

Varför kommenterar inte ordföranden det verkliga problemet?

Svar till Läkarförbundets ordförande (ruta »Bättre förr?«) i Läkartidningen 44/2006 (sidan 3343).

För en gångs skull har vi lyckats få in en blänkare om sjukvårdens problem i en stor dagstidning, där beslutsfattare söker information. Dessutom kom innehållet att kommenteras på ledarplats i den andra stora tidningen. Vad gör då läkarkårens representanter? De rycker omedelbart ut för att förminska, eller förinta, intrycket av att läkare skulle kunna vara ansvariga för något fel i sjukvårdens bedrivande.

Visst, vi kunde naturligtvis ha varit mer explicita, så att även fäkunniga förstätt budskapet. Vi illustrerade ju obalansen mellan primärvård och specialistvård, något som tydligen många läsare förstod. Kommentarer vi fått talar för detta, medan de som känt sig utpekade anlagt en allmänt hållen moteld i stället för att tänka efter. Verkligheten är ju att efter 30 års uttalanden om satsning på allmänläkare och primärvård antalet besök i offentlig primärvård minskar trots

ökande befolkning. Det finns nu en brist på cirka 2 000 allmänläkare, medan antalet andra specialister tillåts öka, något som Läkarförbundets ordförande tycks finna helt i sin ordning. Hon tycker dessutom att »det är trist«. Det tycker jag också, men av helt andra skäl än de som ordföranden står för.

Det hade varit klädsamt om Läkarförbundets ordförande hade kommenterat det verkliga problemet, den ökande obalansen mellan allmänläkare och specialister, i stället för att nedlåtande tala om en gammal mans nostalgiska önskan tillbaka.

Jag betackar mig för sådana kommentarer. I synnerhet som jag är övertygad om att jag vet mer än ordföranden om tillståndet inom kardiologin både nu och då – det går bra att söka i litteraturen. Jag publicerar inte bara i Läkartidningen, som väl är den tidskrift som håller förbundets ledning à jour med den medicinska utvecklingen.

Lars Werkö
professor, Stockholm

Replik:

Artikeln innehöll många sakfel och tendentiösa beskrivningar

Lars Werkö och jag verkar vara överens om att det behövs förändringar i sjukvården, men jag håller inte med om Werkös och Enkvists beskrivning av problemen i en DN debatt-artikel.

De som likt Werkö och Enkvist har inflytande och stor kunskap måste använda den på ett ansvarsfullt sätt. Nämda debattartikel innehöll många sakfel samt flera tendentiösa formuleringar som tyvärr grusar budskapet.

Man måste också vara beredd att få kritik när man sticker ut hakan. Ibland kan det leda till en fruktbar debatt som leder sakfrågan framåt, men det kan också leda till raka motsatsen.

Låt oss hoppas att debatten om sjukvårdens problem och möjligheter fortsätter i en konstruktiv dialog.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande, Sveriges läkarförbund
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

Tribonatinfusion vid laktacidosis kan rädda liv

Frid och Sterner beskriver i LT 36/2006 (sidorna 2560-2) »Fyra fall av laktat-acidosis vid metforminbehandling«; två av patienterna har avlidit. Omedelbar dödsorsak har inte diskuterats.

Enligt Kellum [1] är laktatanjonen inte farlig; livshotande är lågt pH i blodet: det glykolytiska enzymet fosfofruktokinase är pH-avhängigt och inaktiveras av lågt pH. Därmed omöjliggörs utlita-tion av glukos i hjärnceller med åtföljande sänkt medvetandegrad och till och med letal koma [2]. Från terapeutisk synpunkt är därför viktigast att höja pH i blodet, inte att avlägsna laktatanjoner (med dialys). I hela världen används Ringer-laktatlösning (= Hartmanns lösning) utan laktatintoxikationer.

Däremot har snabb höjning av blodets pH med alkaliserande infusioner i liknande situationer räddat patientens liv, senast visat av Ahmad och Beckett [3] vid patientens pH 6,38 och Ryan [4] vid pH 6,61.

Man kan diskutera om inte snabbt insatta Tribonatinfusioner kunnat förebygga letal utgång hos Frids och Sterners patienter nr 2 och 4. Tribonatinfusion kan påbörjas redan på akutmottagningen, också när »PRISMA-apparaterna är upptagna«.

Viktor Rosival
specialistläkare,
SYNLAB, avdelningen för klinisk biokemi,
Dérers sjukhus, Bratislava, Slovakien
rosivalv@hotmail.com

REFERENSER

1. Kellum JA. Lactate and pH: Our continued search for markers of tissue distress. Crit Care Med. 1998;26:1783-4.
2. Alberti KGMM, Zimmet P, DeFronzo RA, Keen H. International Textbook of Diabetes Mellitus. 2nd ed. Chichester: John Wiley and Sons; 1997. p. 1218.
3. Ahmad S, Beckett M. Recovery from pH 6.38: lactic acidosis complicated by hypothermia. Emerg Med J. 2002;19:169-71.
4. Ryan JDN. Survival after marked hyperlactataemia. Anaesthesia. 2006;61:512-3.

42 nummer per år.

Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i Läkartidningen.

Utmanande saklig **Läkartidningen**