

Låt specialistexaminationen fortsatt vara frivillig!

Låt dem som vill visa upp sin kompetens på en tenta göra det på frivillighetens grund som nu, men låt de andra göra det i det dagliga arbetet i stället! Det skriver Staffan Gullsby om specialistexamen

STAFFAN GULLSBY

leg läkare, Länssjukhuset Gävle/Sandviken

staffan.gullsby@lg.se

■ Debatten om teoretisk specialistexamen har blossat upp, senast i form av Daniel Nowinskis inlägg (Läkartidningen 43/2002, sidan 4291) om vikten av examen. Och än en gång frågar jag mig suckande varför vi sätter sådan oerhörd tilltro till den teoretiska examinationen. Det är ett alldeles för grovt och trubbigt redskap som borde utrangerats för länge sedan.

Kan bara bli ett stickprov

Jag är övertygad om att det inte går att kunna allt, oavsett ämnesområde. Det finns heller knappast en skriftlig tentamen som kan täcka allt den avser att täcka utan snarare är det en fråga om stickprov. Stickproven kommer stundom ligga så långt ut i kanten att de upplevs som perifera och mindre viktiga för helheten. Skillnaden mellan att lyckas och misslyckas beror då på ren tur, inte på reella kunskapsskillnader.

Jag är även övertygad om att vårt språk inte är så enkelt att det alltid är solklart vad som menas i en skriftlig fråga. Nyanser i det talade språket har en tendens att försvinna i skrift. Hur man individuellt tolkar en fråga leder till hur man svarar, och om tolkningen inte ligger i linje med frågeställarens så är det i en teoretisk examination detsamma som underkänt.

Tentafrågor kommer således i varierande utsträckning att innehålla såväl perifera frågor som slamkrypare och bägge typerna upplevas lika orättvisa. Om vi vill undvika detta måste vi göra tentamen så lätt att alla klarar av den, vilket gör den helt onödig.

Endast om examinatorsn följer den svarande i vardagen under en längre tid och under avspända former kan en någorlunda adekvat värdering beträffande dennes kunskaper ske. Det gör inte tentamensförfattaren, det gör i bästa fall bara ens kollega.

Det finns mycket som inte är tilltalande i läkarmiljön. Ett utbildningsklimat som innebär att specialistexamen

hänger på min förmåga att besvara skriftliga frågor, inte på min faktiska kunskap eller egen motivation för ämnesområdet, förbättrar inte precis situationen. Motivationen att lära inbillar jag mig i all min naivitet inte kommer av piskor och yttre krav utan inifrån. Jag hoppar inte för att landsting, fack eller läkarsällskap säger så. Jag hoppar för att jag själv vill! Och hoppar jag fel så är jag övertygad om att mina kolleger upplyser mig om det.

Var skall det sluta?

Jag är vidare bekymrad över var denna önskan om det eviga examinerandet skall sluta. Ska vi införa dagliga förhör för att på amerikanskt manér slippa bli svartlistade? Kontrollsystem, betygssättning och hierarkier, en alldeles utmärkt grogrund för pennalism, är det vad vi vill ha? Och vad sker i nästa steg? Ska vi ha upprepade specialisttentor för att tillse att kunskapen att skriva rätt svar upprätthålls också? AT-tentor för alla läkare vartannat år fram till pensionen? Vad ska vi göra med dem som misslyckas på skriftliga tentamina? Omtentor om och om igen? Göra om ST? Dra in legitimationen?

Låt examinationen vara frivillig

Någon gång måste det väl ändå få vara färdigtentat! Förvisso är utvärderingen av specialistkompetens av idag inte bra eftersom den är beroende av chefs godtycke. Men att ersätta detta med en tenta är i mycket efter värre. Uppfattningen att tentamensstress låter komiskt är kränkande för dem som faktiskt upplever den.

Läkaryrket ger redan nu alldeles för lite tid att vara ledig, och om de ambitiösa stackare med anlag för prestationsångest kroniskt skall fylla sin fritid med tentaläsande riskeras förlust av både nattsömn, familj och självkänsla. Stressen blir definitivt inte mindre av risken att tentan kontrollerar fel saker och att den svarande blir missförstådd.

Nej, låt examinationen för specialistkompetens fortsatt vara frivillig! Låt dem som vill visa upp sin kompetens på en tenta göra det, men låt de andra visa upp den i det dagliga arbetet i stället! •

Behandling med östrogen

■ Med anledning av Bo von Schoultz förtjänstfulla referat av National Institutes of Healths publicering av försöken med hormonell substitutionsterapi (Läkartidningen 34/2002, sidorna 3276-8) vill jag bidra med några kommentarer.

Som östrogen har man använt sk konjugerade östrogener i en daglig dos av 0,625 mg och kombinerat med 2,5 mg medroxiprogesteronacetat. Studierna hade pågått i drygt 5 år då de avbröts på grund av att kärlskador började uppträda.

Östrogenpreparat i Sverige

Östrogenpreparatet har tidigare under många år saluförts i Sverige under namnet Promarit. Till sin verkan motsvarade det ungefär 1 mg östradiol, enligt mina erfarenheter. Det framställs genom extraktion ur urin från dräktiga ston. Dess östrogena verkan betingas till stor del av steroiden ekvilenin. Det är viktigt att påpeka att det ej finns något ämne som heter östrogen. Östrogen verkan har en substans som framkallar östrus hos kastrerade möss. Sådana ämnen finns bland både djur och växter och kallas i dagligt tal för östrogener. På 1950-talet fanns ett mycket populärt naturläkemedel framställt ur frömjöl från klöver. Det rekommenderades även av urologerna vid uretrit. Vid närmare analys befanns det innehålla östrogener.

Själv hade jag en gång en patient som var överkänslig mot håstår och som fick en kraftig allergisk reaktion av Promarit, som för övrigt inte längre finns på den svenska marknaden. Hur sammansättningen av de konjugerade östrogenerna kontrolleras känner jag ej till, men min hästallergiska patient visar ju hur föreningar kan förekomma.

Biverkningar av östrogen

Det är möjligt att kärlskadorna inte hade uppträtt om man använt ett kemiskt rent och väl definierat östrogenpreparat. Redan under 1940-talet visade John Nae-slund, professor i obstetrik och gynekologi i Uppsala, i kaninförsök att mänskliga östrogener endast hade obetydlig inverkan på bröstkörteln, medan progesteron hade en kraftig proliferativ effekt. Professor Axel Westman vid Karolinska sjukhuset ansåg att man utan risk kunde ge östrogen till klimakteriska kvinnor med bröstcancer.

Mirjam Furuholm och jag själv har därför strävat efter att använda så litet gestagen som möjligt vid hormonell substitutionsterapi, och att vid kontinuerlig behandling med östrogen + gesta-

gen aldrig ge mer än 0,35 mg noretisteron om dagen. Det brukar lyckas om man först avbryter all behandling under en månads tid. Om patienten trots det får blödningar brukar jag enbart ge östrogen i 7 veckor och sedan östrogen + gestagen i 10 dagar, då en menstruationsliknande blödning börjar. Därefter östrogen i 7 veckor osv. Nuvarande preparat för HRT har som regel endast 1 mg estradiol, men 1 mg noretisteron och ibland ännu mer för att undvika blödningar. Denna dosering kan innebära en ökad risk för bröstcancer.

Psykisk påverkan

En sak som ofta försummas i studier över östrogenet är dess påverkan på psyket. Särskilt gäller det intellektuella kvinnor. En av våra mest framstående journalister på 1960-talet tappade i klimakteriet helt förmågan att skriva och blev deprimerad. Sedan hon fått östrogen blommade hon snabbt upp och blev en av de stora dagstidningarnas korrespondent i Paris. En av Mirjam Furu-
hjelms patienter, en mycket känd författarinna, kunde ej skriva mera efter sin nionde bok. Sedan hon fick östrogen har hon publicerat ytterligare nio utmärkta böcker.

Sabbatsbergs kvinnoklinik

På Sabbatsbergs kvinnoklinik ägnades speciellt intresse åt östrogenets betydelse för psykiska funktioner, och Fedor-Freybergh publicerade sin doktorsavhandling i ämnet [1] 1977. Furu-
hjelms och Carlström publicerade 1984 [2] en dubbelblind studie på 58 menopausala kvinnor där blodkemin följdes med rutinmetoder, och FSH, LH och östradiol bestämdes.

Det visade sig att största välbefinnandet inträffade då östrogennivån motsvarade den vid korpusluteumfasen. Såväl serumkolesterol som triglycerider sjönk under östrogenbehandlingen. Resorptionen av östrogen varierade rätt mycket, och vissa kvinnor behövde större doser på grund av dålig resorption.

Axel Ingelman-Sundberg

*professor em, f.d. klinikchef,
Sabbatsbergs kvinnoklinik*

Referenser

1. Fedor-Freybergh P. The influence of estrogens on the wellbeing and mental performance in climacteric and postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 1977; Suppl 54:778.
2. Furu-
hjelms M, Karlgrén E, Carlström K. The effect of estrogen therapy on somatic and physical symptoms in postmenopausal women. Acta Obstet Gynecol Scand 1984; 63: 655-61.

Vinster med finnålscytologisk undersökning av sköldkörteln vid kronisk trötthet

II Lars-Olof Hansson och medarbetare [1] ifrågasätter kostnadseffektiviteten av finnålscytologisk undersökning av tyreoida vid kronisk trötthet. Vid utredning av orsak till kronisk trötthet var vår hypotes att tyreoidas roll är underskattad. För att skärpa diagnostiken av tyreoida bedömde vi att finnålscytologisk undersökning kunde vara av värde som komplement till sedvanliga biokemiska och serologiska analyser.

40 procent hade lymfocytär tyreoidit

Som vi redovisade [2] hade inte mindre än 40 procent av patienter med kronisk trötthet otvetydig kronisk lymfocytär (autoimmun) tyreoidit vid finnålscytologisk undersökning. Hade inte denna undersökning utförts, och utredningen endast omfattat TSH, skulle mer än hälften ha missats (även med övre gräns 4 mE/L).

Hansson och medarbetare [1] förespråkar ökad användning av anti-TPO »hos icke tidigare diagnostiserad patient med ett TSH-värde över ca 3 mE/L«. Tyvärr uppvisade i vårt material av cytologiskt verifierad tyreoidit vid kronisk trötthet endast omkring hälften antikroppar mot TPO och/eller tyreoglobulin [3].

Patienter med kronisk trötthet och autoimmun tyreoidit behöver tillskott

Replik:

Reflextestning till marginell merkostnad

II Bo Wikland och P O Sandberg har i grunden samma syn som vi vad gäller vikten att diagnostisera hypothyreos och klarlägga om autoimmun genes föreligger.

Reflextestning

Moderna analysinstruments möjlighet till reflextestning – dvs att automatiskt göra ytterligare en analys beroende på utfallet av gjorda analyser – gör det enkelt och kostnadseffektivt att bestämma anti-TPO på prov med TSH > t ex 2 eller 3 mE/L. Kostnaden för sjukvården blir då endast reagenskostnaden för analysen, vilken är ca 50 kr/prov. Detta skall jämföras med kostnaden för en finålsbiopsi som är drygt 600 kr/prov.

Vi är precis som Bo Wikland och P O Sandberg mycket medvetna om att tillgången på patologer/cytologer med specialintresse för diagnostik av autoimmuna tyreoidasjukdomar inte är jämnt spridd över landet och inte lika god som

av sköldkörtelhormon, oavsett initialt TSH-värde.

Uppenbara vinster med cytologi

Utan cytologisk diagnostik skulle flertalet av våra undersökta patienter ha dömts till fortsatt dålig livskvalitet med långa sjukskrivningar och kanske sjukpension. Vi ser med cytologi uppenbara vinster i form av såväl minskat mänskligt lidande som ekonomiska besparingar. Vi har därför svårt att förstå Hanssons och medarbetares argumentation.

Bo Wikland

*med dr, Läkarhuset Hötorget City,
Stockholm
bo.wikland@telia.com*

P O Sandberg

leg läkare, patolog/cytologlab, Täby

Referenser

1. Hansson LO, Danielsson O, Stemme S. Är finnålscytologisk undersökning kostnadseffektiv? Läkartidningen 2002;99:3733-4.
2. Wikland B, Sandberg PO. Nytt referensintervall för diagnostik av hypothyreos – fortfarande syns endast toppen av isberget. Läkartidningen 2002;99:3733.
3. Wikland B. Cytologisk diagnostik av tyreoida vid kronisk trötthet. Läkartidningen 2000;97:4887.

tillgången till moderna automatiserade immunkemiska analysinstrument som med god och jämn kvalitet kan påvisa förekomst av anti-TPO hos patienter.

Kostnadseffektivt

Det är möjligt att finålsbiopsi kan fånga en del patienter i ett tidigare skede än vad som görs med anti-TPO test. Dock är det otvetydigt så att reflextestning är mycket kostnadseffektivt för att diagnostisera autoimmun tyreoidasjukdom.

Lars-Olof Hansson

*verksamhetschef,
klinisk kemi och farmakologi,
Akademiska sjukhuset, Uppsala
lars-olof-hansson@clm.lul.se*