

keln »Även barnen bör erbjudas vaccination mot hepatit B» (Läkartidningen 10/96). Vi är emellertid förvånade över Sven Öbergs restriktiva inställning till vaccination i hans medicinska kommentar i samma nummer.

Varje år får i genomsnitt ett tiotal föräldrar ofrivilligt uppskjuta sin återgång till förvärvsarbete i ett till tre år som följd av svårigheterna att få daghemsp plats för sina smittförande barn. Ett inte obetydligt antal familjer har därutöver blivit så utfrusna och mobbade av personal och andra föräldrar när information om smittan har offentliggjorts eller läckt ut att de måst flytta till annan ort. RFHB rekommenderar, i likhet med American Liver Foundation, Viral Hepatitis Prevention Board och WHO, att samtliga barn omgående vaccineras mot hepatit B. Efter en sådan förebyggande åtgärd bör Socialstyrelsen skriva om sina alltför restriktiva allmänna råd om barnomsorg för barn med hepatit B (SOSFS 1991: 2).

RFHB har nyligen genomfört en omfattande enkätundersökning. Svaren visade tydligt att barn med kronisk hepatit B ofta utsätts för en mycket negativ särbehandling vid besök hos svenska tandläkare. Vi vill därför understryka betydelsen av att riskgrupper inom vården såsom läkare och tandläkare vaccineras mot hepatit B. På det sättet försvinner den risken för smittspridning. Vidare minskas den rädsla som finns inom vården för hepatit B.

Även Sverige bör följa WHO's rekommendation att genomföra en allmän barnvaccination mot hepatit B senast år 1997. Åtgärden är enkel, billig, ofarlig och helt nödvändig. Merkostnaden är mindre än 1 krona per svensk och år. Vinsterna för folkhälsan är mycket stora både i Sverige och globalt.

Ulf Nersing  
RFHBs ordförande

PS. RFHBs informations-skrift: »För dig som vill veta mer om Hepatit B» kan beställas kostnadsfritt från RFHB, Box 9094, 102 72 Stockholm.

## Hur ta pulsen?

I en intressant föreläsning på thoraxkliniken, Karolinska sjukhuset, den 20 februari i år över ämnet »Läkaren som pa-

**Max 400 ord  
i korrespondenspalten!**

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord plus, om nödvändigt, ett fåtal referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren.

tient» berättade Lars Mogensen hur en sjukvårdsarbetare tog hans puls: »Han placerade sitt finger vid handleden mitt emellan a radialis och a ulnaris och sade i en myndig ton: 72.»

Som åhörare vågade jag inte avbryta honom. Om jag hade gjort det skulle jag ha sagt: »Om du vore lite mer till åren kommen, Lars, och – som jag – hade haft tid att på eftermiddagen följa den mycket intressanta engelska serien 'London brinner' i TV, skulle du där märka att alla brandmännen räknar pulsen med fingret placerat under käkvinkeln.»

### Se upp för karotisstenos!

Detta är högst lovligt. Det är lätt att känna pulsen där och viktigt att veta att den skadades puls når skallbasen. På unga människor är det ofarligt att trycka där. Hos äldre, som kan ha karotisstenos med tromb, kan ett tryck där (och särskilt när trycket lättas) släppa iväg en embolus till hjärnan. Det måste vara ett lätt tryck som skall släppas långsamt.

Annars kan det gå som för chefskirurgen A Humphries, Cleveland Clinic, Ohio, när jag besökte honom för många år sedan. Han skulle operera en patient med karotisstenos nästa dag och ville visa hur han försäkrade sig om att han utan risk kunde stänga av karotis under operationen. Han tryckte en kort minut på den stenoserade karotisartären. När han släppte på trycket föll patienten förlamad åt motsatt sida. Under den fortsatta rondens sade dr Humphries till sin assistent: »No operation tomorrow.»

Stig Ekeström  
leg läkare, Stockholm

## Avslöjande om underläkarnas verklighet!

Sylf-ordföranden Thomas Lindén påpekar i Läkartidningen 10/96 ånyo den dåliga arbetsmiljön som råder för underläkare. I en kommentar talar ordföranden i Läkarförbundet Robert Leth om behovet av att skapa anställningstrygghet. Något längre ned i kommentaren yttrar dock Robert Leth följande: »Som arbetsledare i vården måste man själv ta tag i problemen, man kan inte vänta på att andra ska lösa dem. Jag har aldrig upplevt att någon överordnad reagerat negativt för att man som underläkare hävdar sin rätt. Medicine studerande visar inga tecken på hjälplöshet, tvärtom. Känner man sig hjälplös när man sedan börjar arbeta är det ett tecken på att man undervärderar sig själv.»

Är detta verkligen rätt åter-givet? Om så är fallet är detta yttrande synnerligen anmärkningsvärt – och avslöjande. Hur kan man på egen hand ta tag i problemen eller hävda sin rätt när korttidsvikariat, obetald övertid och dålig kontinuitet och därmed dåligt medbestämmande är verklighet för underläkare i dagens sjukvård? Hur kan det komma sig att vi underläkare som medicine kandidater inte känner oss hjälplösa, men sedan plötsligt börjar undervärdera oss då vi börjar arbeta – har det ingenting med den verklighet vi möter att göra? Är det enbart utslag för en inre svaghet hos underläkarkåren? Och om så är

fallet vad är ditt råd till oss med otrygga anställningsförhållanden? Är det att vi ska vara stora och starka och modiga, trots vår ställning på arbetsmarknaden? Den synen ligger farligt nära den syn som Robert Leth förnekar finns hos äldre kolleger, nämligen att vi »minsann ska gå igenom samma hundår som de själva gjort».

Nej, Robert Leth, det är inte karaktärssvaghet som präglar oss – det är verkligheten! Gör något åt den, det är din uppgift som förbundsordförande!

Inlägget som signerats av 17 leg läkare under vidareutbildning har skickats in av

Ann Katrin Karlsson,  
Göteborg

## Kommentar: Vikariatsträsket måste saneras!

Arbetet med att förbättra vår arbetsmiljö måste bedrivas på bredast tänkbara front. På nationell nivå sker det genom att påverka lagar och avtal. Den målstyrda specialutbildningen med fast anställning för legitimerade underläkare utgjorde här ett viktigt steg. Den nu aktuella partsgemensamma genomgången av alla vikarier utgör en fortsättning på detta arbete. Det vikariatsträsk som återuppstått i arbetslöshetens spår måste saneras.

Alla oegentliga vikariat måste bort. Detta är en nödvändig förutsättning för ett fackligt agerande på arbetsplatsen.

### Lokala initiativ

Arbetet med att förbättra arbetsmiljön bedrivs också gentemot de enskilda landstingen. Flera viktiga initiativ har tagits, t ex i Malmö rörande arbetsförhållandena på akutintagen, t ex i Göteborg med klimatundersökningar och inventering av alla läkares anställningsformer, t ex i form av kartläggningar av kvinnliga husläkares arbetssituation, t ex i form av studier av primärvårdens psykosociala arbetsmiljö.

Därtill måste arbetsmiljöarbetet också bedrivas på den enskilda arbetsplatsen, i kontakten kolleger emellan för att attityder skall förändras. Och här är trygga anställningsförhållanden en absolut förutsättning för att den enskilde skall kunna ställa krav.

Det jag vänder mig emot är den känsla av uppgivenhet i ar-

**ANNONS**

betsmiljöarbetet som sprider sig. Inget framgångsrikt arbetsmiljöarbete kan endast bedrivas på central nivå. Det är absolut nödvändigt att i det dagliga arbetet med sina kollegor oförtrutet och konkret arbeta vidare. Passivitet i detta avgörande skede kan leda till att resultaten uteblir. Aktivitet och engagemang av oss alla kan nu förändra verkligheten.

Robert Leth  
ordförande i Sveriges  
läkarförbund

## Ortopedmedicin i primärvård

I Läkartidningen 1-2/96 ställer Carl-Göran Hagert en fråga om primärvården har en målgrupp av patienter som bara ses av primärvårdsläkarna, ej av specialister i handkirurgi.

I förlängningen av detta resonemang måste väl också ortopederna fundera på om de kan ha ett patienturval som bara ses hos dem. Muskeltöjningar och ledmobilisering är en vedertagen behandling hos exempelvis coxartros-patienter, om inte operation för ögonblicket är indicerad, och många av dessa patienter blir betydligt förbättrade och erhåller ökad rörlighet och mindre smärta.

I min praktik kan jag referera tre fall med terapieresistenta laterala humerusepikondyliter hos en styrkelyftare, en postkassörska och en kylmontör, där diagnosen verifierats av ortoped eller av mig.

Efter operation av de två sistnämnda patienterna, utan bestående effekt, noterades stramhet i musculus extensor indicii i alla dessa tre fall. Töjning gjordes i princip tre gånger dagligen, och i alla tre fallen erhöles en klar förbättring där patienterna kliniskt efter avslutad behandling och kontroll bedömdes återställda.

Min fundering blir om töjningen av Musculus extensor indicii har medfört en ändrad rörlighet mellan ulna och radius och därför ändrat den mekaniska belastningen på laterala humerusepikondylen?

I primärvården finns en uppsjö av patienter som behandlas enligt ortopedmedicinska principer, många av dem i väntan på att träffa ortoped/handkirurg där väntetiden ofta kan uppgå till ett par månader. Många av patienterna blir återställda innan de kommer

till specialist varför Hagert kan ha rätt i att det urval av patienter som kan ses på specialistmottagningar många gånger har fått ett tämligen omfattande omhändertagande redan i primärvården.

### Stort ortopedmedicinskt kunnande

Jag blir ändå förvånad att läsa i C G Hagerts repliksvar i Läkartidningen 1-2/96 att ingen handterapeut/handkirurg använder metoder av ortopedmedicinsk karaktär. Redan idag finns ett stort ortopedmedicinskt kunnande hos sjukgymnaster/ortopeder/allmänmedicinare/företagsläkare och i den praktiska vården sköts ett stort antal patienter enligt ortopedmedicinska principer för problem i rörelseapparaten där underarm, hand ingår. Det återstår sålunda att övertyga handkirurger/handterapeuter, via litteratur, om principernas goda funktion – men varför inte pröva praktiskt själva och därefter utvärdera metoderna?

Bertil Rosenquist  
leg läkare,  
specialist i allmän medicin,  
Farsta

## »Barnens bästa» – motsägelsefullt begrepp

På sistone har välmående läkare och präster i olika mediciner klagat över bristande hörsamhet från Utlänningsnämndens sida mot deras intyg om utvisningshotade barn där familjerna bedömts sakna skyddsbehov och asylskäl, som i det omdiskuterade Åselle-fallet. Man hänvisar till FNs barnkonvention artikel 3 där det heter att »... vid alla åtgärder som rör barn ... skall barnets bästa komma i det främsta rummet».

Man tycks mena att invandrarbarns oro, vållad av ovisshet om uppehållstillstånd vid upprepade överklaganden och av att de hålls gömda undan utvisning, skulle vara skäl att tillmötesgå deras önskemål oavsett risk för efterföljd bland andra flyktingfamiljer och eventuell prejudicerande innebörd.

»Barnets bästa» uppfattas

som en överordnad bjudande princip, viktigare än andra intressen, t ex behovet att reglera invandringen.

Man kunde möjligen invända att fullbordad utvisning, lika väl som beviljat uppehållstillstånd, skulle skingra ovissheten och på sikt ge barnen ro. Återfärd till hemlandet där etnisk och släktsamhörighet finns bör borga för möjligheter till god utveckling och att vara väl hemmastadd. Om man saknar asylskäl har man nämligen samma, om än knappa, levnadsvillkor som är genomsnittligt för landets befolkning.

### Missledande översättning

Men den springande punkten är naturligtvis om tesen om barnets bästa verkligen skall tolkas på detta bjudande sätt. Det vore väl förvånande om FN-konventionen skulle ha skrivits i sådant syfte. En undersökning av den engelska texten bekräftar också detta. »... the best interest of the child shall be a primary consideration». Man skriver alltså ej »the primary consideration», vilket skulle kunna ge den absoluta innebörd man vill läsa in i den onyanserade och missledande svenska översättningen.

Innebörden är i stället att tillsammans med andra lika tungt vägande eller än viktigare intressen är barnets bästa en förstahandshänsyn. I artikel 3 står dessutom utsagt... »ensure the child such ... care as is necessary for his wellbeing, taking into account the rights and duties of his parents».

### Innehåller motsägelser

Begreppet »barnets bästa» är i sig vagt och mångtydigt och av samma typ som »frihet», »rättvisa» m fl honnörsord. Detta därför att de innehåller motsägelser. Rättvisa i ett sammanhang kan innebära orättvisa i ett annat. Ett frikostigt tillgodoseende av vissa barns bästa genom beviljat uppehållstillstånd kan genom exempelvis makt leda till att än fler barnfamiljer göms undan, med oro bland än fler barn, dvs motsatsen till det man ville åstadkomma.

Om man erkänner att det kan finnas ekonomiska och andra begränsningar för hur många asylsökande vi kan ta emot inser man kanske att en alltför liberal inställning i det närvarande kan föra till en snä-

lare hållning i framtiden än vi önskar.

Man kan hysa all respekt för Barnombudsmannen, Rädda Barnen och enskilda läkare som vill hävda barns och flyktingbarns intressen, men överord och känslomässigt grundade beskyllningar gentemot Utlänningsnämnd och Invandrarverk i deras viktiga uppgifter som varit vanliga på senare tid i olika medier är verkligen ingenting att yvas över, fastmer att skämmas för.

Ulf Carlsson  
leg läkare, Kalmar

## Varför skrivs det ut så mycket läkemedel?

En stor kasse läkemedel inlämnad för destruktion till vårt apotek fick oss att göra en helt ovetenskaplig undersökning i dessa spartider.

Under en månads tid (20 januari-20 februari) antecknade vi alla obrutna läkemedelsförpackningar som återlämnades och räknade sedan ut priset för dessa. Summan blev drygt 79 000 kr.

Här följer några exempel på vad som funnits i olika »kassar»:

12x100 Furix,  
21x30 Bephantensalva,  
14x100 Pankreon forte,  
5x56 Lamictal,  
7x100 Trypizol

Många frågor inställer sig till varför dessa mängder läkemedel inte använts.

Beror det på dålig ordinationsföljksamhet?

Har man försett sig när frikortet gällde?

Skrivs recept ut utan att läkaren kontrollerar om patienten redan har medicin?

Används inte möjligheten att ordinera provförpackning?

Det är dyrt med läkemedel som inte används.

Margareta Kihlander  
apotekschef,

Irene Gustafsson  
miljöansvarig,  
Sjukhusapoteket Svanan,  
Säffle

Alltid dubbelt radavstånd!  
Samtliga manus, även korta inlägg i debatt- och korrespondensspalterna, skall vara utskrivna med minst dubbelt radavstånd och max 25 rader per sida.