

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 medier klagat över bristande hörsamhet från Utlänningsnämndens sida mot deras intyg om utvisningshotade barn där familjerna bedömts sakna skyddsbehov och asylskäl, som i det omdiskuterade Åsele-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.