

## Arbetstidsförkortning i årets avtalsrörelse?

Inför kommande avtalsförhandlingar framför flera förbund krav om arbetstidsförkortning. Jag undrar vilken uppfattning läkarförbundet har i denna fråga. Vid en kartläggning av distriktsläkares produktivitet och arbetstidskartläggning i Dalarna visade det sig att 85 procent hade heltidsgrundanställning, men att endast 53 procent av dessa arbetade heltid. Orsaken till nedgången i arbetstid angavs till »utbrändhet», »bristande ork med allt svårare patientsammansättning».

Jag har nu ett flertal kollegor som återvänt till Danmark respektive flyttat till Norge och därifrån rapporterar om betydligt lägre veckoarbetstid (34–36 timmar). Om lunchen är 1/2 timme räknas denna in i arbetstiden.

Vi har nu en alltmer lika fördelning mellan könen inom kåren. Hemmafruuppbackning är förgången tid. Våra kvinnliga kollegor har tyvärr ännu inte en alldeles jämställd situation i hemmet. Stressen är hög med alla krav från yrke och familj. »Familjearbetstiden» överstiger många gånger 100 timmar/vecka exklusive litteraturläsning och resor. Är det dags även för Läkarförbundet att se över arbetstiden?

*Birger Brouneus*  
distriktsläkare,  
Grängesberg

## Kommentar

Som insändaren pekar på kommer frågan om en generell arbetstidsförkortning med stor sannolikhet upp som en komponent i 1998 års avtalsrörelse. Frågan är redan väckt i de partsdiskussioner som pågår och en utredning skall genomföras under hösten som en förberedelse till kommande avtalsförhandlingar.

Inom Läkarförbundet kommer frågan att diskuteras och penetreras under hösten och Centralstyrelsen fastställer sin strategi i slutet av året. Förbundets uppfattning i dag utgår från det kända problem vi har inom kåren med en alltför stor volym obetald övertid. En ren förkortning av veckoarbetstiden leder sannolikt bara till en

## KORRESPONDENS

### Max 400 ord i korrespondensspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalten 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. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.

ökad volym övertid. Arbets-  
tidsproblematiken för läkarkåren är komplex och kräver därför särlosningar, som framför allt måste ge individen större möjlighet att styra sin arbets-  
tid.

*Förhandlingsavdelningen*

## Inga perforeringar med EU-godkänd spiral

Viveca Odland, Kerstin Anderson och Ian Milsom hävdar i sitt senaste inlägg i Läkartidningen 26–27/97 om bland annat spiralen CU SAFE 300 att det ställs alldeles för små krav i CE-klass III för medicintekniska produkter (i sin inledande artikel uttalade författarna felaktigt att spiraler föll under klass I).

Spiralen är EU-godkänd och har lanserats i Europa, med totalt närmare 350 000 insättningar hittills. Från Kovalents sida har marknadsföringen som Odland och medarbetare kritiserat bestått i ett introduktionsbrev utsänt till Sveriges samtliga gynekologer inför Medicin 96 och ett brev till samtliga barnmorskor i mars -97. Vi vill bestämt förneka att vi i något av våra brev försökt »nischas in» oss på unga flickor. Vi har ingen avvikande uppfattning om de riktlinjer som idag finns i Sverige för insättande av spiral. Om den information vi sänt ut tolkas på något annat sätt så är det fel!

### Vi ändrade formuleringen

I november 1996 sändes följande information till 1 200

gynekologer: »Denna spiral har egenskaper som gör att den lämpar sig även för kvinnor/flickor som inte fött barn».

Det var denna formulering som Viveca Odland kritiserade under Medicin 96. För att undvika ytterligare påpekanden ändrade vi formuleringen i brev till 4 400 barnmorskor i mars -97. »CU Safe 300 är framtagen och avsedd för dagens kvinna, dvs kvinnor som inte fött barn (nullipara) eller har upp till tre barn».

Odland och medarbetare säger att vi har erhållit åtskilliga påpekanden på Medicin 96. Det är inte överensstämmande med verkligheten. Kerstin Anderson med kollega och Viveca Odland är enligt våra noteringar de enda som var öppet kritiska på Medicin 96.

I det närmaste 6 000 personer från professionen har tagit del av vår information utöver Odland, och inte en enda har bedömt den som oriktig, varken i brevform eller via telefon. Kovalent har byggt upp all produktinformation med relationsorienterad marknadsföring, dvs personliga besök.

### Varför kontaktades vi inte?

Att dessa två uttalanden ovan skulle föranleda en massmedial hetsjakt är för oss svårt att förstå. Vi är förundrade över att FARG, den grupp som Odland och medarbetare företräder, inte brevledes eller ens via telefon kontaktat oss för en diskussion. Nu sätter man sig till doms över en produkt och ett företag som inte ens blivit tillfrågat eller informerat om författarnas uppfattning.

Odland är också mycket kritisk till hur medierna hanterat p-pillerdebatten. Detta kan vi

väl förstå, men vi anser också att angreppet på en geometriskt förfinad spiral inte ligger långt efter. Man borde gå lite mer eftertänksamt fram i båda fallen med tanke på alla kvinnor som oroas i onödan. Att författarna själva ej kände till CU Safe 300 när vi kontaktade dem under hösten 1996 och att de ej införskaffat några spiraler från oss tyder på att Odland, Milsom och Anderson inte har några kliniska erfarenheter av denna spiral.

### Lätt att sätta in

Vi kommer även framgent att framhålla »anektdoten» från [1], dvs bedömningen i studien att CU Safe 300 var lättare att sätta in och ta ut än andra spiraler. Kanske är det så att den lättare insättningen kan vara en orsak till att inga perforeringar på närmare 350 000 insättningar rapporterats? Statistiskt sett borde ju mer än 200 perforeringar ha inträffat. (Technical Report Series 753 WHO 1987. Tabell 14 i publikationen visar 0,6 till 0,9 fall per 1 000 insättningar för TCu kroppsbaserade spiraler, dvs Gyne T och liknande.)

Avslutningsvis vill vi gärna framhålla att Socialstyrelsen i sitt tillrättsläggande (Läkartidningen 25/97) underströk att hormon- och kopparspiraler är underkastade lika höga krav.

*Jan Brattberg*  
VD för Kovalent AB,  
Västra Frölunda

### Referens

1. van Kets HE, van der Pas H, Delbrage W, Thierry M. A randomized comparative study of the TCu380A and Cu Safe 300 IUDs. Adv Contracept 1995; 11: 123-9.

## Skulle tricyklika vara olämpligt vid depression?

Utlåtande från Ansvarsnämnden, HSN 2191/96 presenterat i Läkartidningen 30–31/97 har säkert fått fler än mig att höja ögonbrynen. Jag ifrågasätter inte på något sätt Socialstyrelsens eller Ansvarsnämndens bedömning utom på en punkt som dock verkar mycket anmärkningsvärd. Motiveringen »Om man över huvud taget skulle använda antidepressiv medicinerings borde man ha valt något SSRI-prepa-

rat som ger mycket mindre biverkningar än Tofranil» (menade Socialstyrelsen), markerar en syn på depressionsbehandling som kräver kommentarer.

Att betrakta SSRI som ett alternativpreparat väl jämfäst med tricykliska antidepressiva är väl ingen nyhet, men att betrakta tricykliska som en olämplig behandlingsform vid depression har jag svårt att acceptera.

Menar man verkligen från Socialstyrelsen att tricykliska är en olämplig behandlingsform?

Alternativet måste väl vara att man anser att indikationerna för SSRI kan vara vidare än indikationerna för tricykliskt antidepressiva, och om så är fallet tror jag att många ute på fältet vore tacksamma för någon form av vägledning om vilken typ av situationer där SSRI är acceptabelt, men inte tricykliska antidepressiva.

Jag hoppas på ett klargörande i frågan som har stor praktiskt betydelse i vår dagliga verksamhet.

*Sam Runeberg*  
distriktsläkare,  
Porsö vårdcentral

Kommentar:

## Måste ses i sitt sammanhang

Ett ärende måste ses i sin helhet. Att rycka loss vissa delar från sitt sammanhang och dra slutsatser från dessa kan få olyckliga konsekvenser. Aktuellt ärende gällde en patient som behandlades för tarmbesvär. Den medicin som sattes in har bl a risk för depression som biverkning. Då patienten söker med depressiva besvär bör en första åtgärd vara att sätta ut den medicin som eventuellt kunnat orsaka besvären. Detta gjordes inte. I stället sattes tricykliska samt Haldolin. Härav tveksamheten inför tidpunkten för antidepressiv behandling.

I det aktuella fallet hade patienten besvär med blödningar från tarmen och var nyligen opererad. I valet av antidepressiv behandling faller det sig naturligt att välja ett SSRI-preparat, som på kliniken har visat sig ha mindre uttalade biverkningar i form av obstipation än tricykliska.

*Ulla Fryksmark*  
medicinalråd,  
Socialstyrelsen

## KORRESPONDENS

### Patient i IT-åldern

I mars 1997 mottog jag ett e-mail från en 48-årig man. Han hörde av sig efter att ha sett klinikens hemsida där jag välkomnade frågor.

I sex år hade han haft svåra nackbesvär, genomgått en rad undersökningar och provat både rehabiliteringsperiod på internat och polikliniska behandlingsomgångar. Han hade nekats ytterligare rehabiliteringskurs.

De senaste två åren har han varit helt sjukskriven från det fysiskt ansträngande arbetet, men har sin anställning kvar och vill gärna kunna återgå i arbete. Tre mils bilkörning till jobbet, som ökade nackbesvären, var en första tröskel.

Efter fyra månader och sex långa telefonsamtal kände han sig mycket bättre och kunde göra saker som länge varit omöjliga. Han har diskuterat med arbetsgivaren och försäkringskassan om möjligheter att komma igång med arbetet, kanske kombinerat med distansarbete hemifrån.

Samtalen har rört sig kring olika delar i smärtbilden. När det gäller rörelseapparatusens besvär är den medicinska diagnosen bara en liten del.

Utgående från den aktuella funktionen (diagnos) gäller det att finna lämpliga övningar, som ofta kan synas obetydliga, och sedan öka träningsdosen långsamt för att inte framkalla ohärlig smärta. Den psykologiska delen handlar kanske om att hitta balansen mellan en attityd »det här kan jag klara av» och att acceptera att det tar tid, att minimera bakslag, men ändå vara beredd på dem.

Behovet av alternativa förfaranden att hantera kroniska är stort muskuloskeletala besvär. Dels är problemen vanliga, dels är uppgivenheten alltför utbredd.

### Väcker frågor

Denne patients utveckling väcker för mig framför allt två frågor:

1. Hur skall detta ärende korrekt handläggas vad gäller t ex remisskrav och kostnadsfördelning? Har försäkringskassorna diskuterat dessa nya möjligheter?

2. Telefonens för- och nackdelar?

Vid kroniska muskelledbesvär finns sällan något mer avgörande att hämta vid en klinisk undersökning. Under förutsättning att den »behandlande» är erfaren och att patienten är motiverad, kan beskriva sina symptom och reaktioner samt lyssna och följa instruktioner ser jag flera fördelar med telefon som kanske borde utnyttjas mera:

– Att beskriva sina besvär utan stöd av t ex synen tvingar patienten till eftertanke, man kan inte bara förutsätta att »det syns väl».

– Råd och instruktioner måste av behandlaren beskrivas extra väl.

– Om samtalet planeras väl kan man ha en större tidsmarginal för att avsluta eller fortsätta.

– Det kan vara lättare för behandlaren att ha större tolerans med att vänta in frågor om man sitter i telefon än om man har patienten framför sig. Nackdelen med att inte kunna »känna efter» uppvägs ofta av fördelen med att låta bli just detta. (När manuell undersökning blir nödvändig får man naturligtvis förfara annorlunda.)

Alla synpunkter välkomnas!

*Anna-Lisa Hellsing*  
yrkes- och miljömedicinska  
kliniken, Örebro

### Namn är en dålig identitet

I Läkartidningen 32-33/97 kritiserar Björn Hammarskjöld Socialstyrelsens koder för receptförskrivare och föreslår att man i stället använder egna koder, t ex sitt namn. Hans argument är felaktiga, men typiska och förtjänar en diskussion.

Arbete med datorer ställer ofta logiken på sin spets. Databashantering har lärt oss att det i grunden finns två sorters begrepp: identiteter och attribut, dvs egenskaper som är knutna till en identitet. För identitet krävs att den är unik och oföränderlig. Det är också önskvärt att alla identiteter har ett enhetligt format.

I praktiken använder man ofta en persons namn i stället för identitet och det fungerar

alldeles utmärkt i enkla vardagsituationer. Det gör t ex ingenting att det finns två Andersson på en liten arbetsplats, det gör ingenting att Persson har bytt namn till Ståhlborst eller att det finns en medarbetare vars namn består av fem svårstavade ord. Arbetsplatsen är liten och vi vet hela tiden vem som är vem. Men det duger inte i större sammanhang.

### Tre skäl

Låt mig fastlå att namn är en dålig identitet av minst 3 starka skäl.

1. Det kan finnas flera som har samma namn.

2. Namn kan man byta.

3. Ett namn kan se ut precis hur som helst och det finns ingen automatisk metod att kontrollera om det är rätt skrivet. Behov av automatisk kontroll finns bl a därför att datorer kan göra fel (sic!). Det är sant att datorer klarar att hantera långa namn och fantasifulla format – det passar bra för en PC, men är förkastligt då man arbetar med stora databaser.

### Nytt identitetsbegrepp

När man tänker riktigt nog visar det sig att namn inte är identitet utan attribut, på samma sätt som hårfärg, färdigheter, musiksmak m m. Datatekniken försöker inte ersätta våra namn med sifferkoder, utan tillför ett nytt identitetsbegrepp. Det handlar om en markör som håller reda på vem som är vem och det finns ingenting kränkande i att den består av en abstrakt teckensekvens.

*Ted Goliger*  
läkare och civilingenjör,  
Göteborg

### Föreslå svenska beteckningar!

Det är extra viktigt att en engelsk term förklaras på svenska första gången den används i en artikel. Så snart som möjligt bör man förstås försöka finna en bra svensk beteckning.

Finns det sådana problem i artiklar du läser eller skriver?

Läkartidningens redaktion välkomnar debattinlägg om sådana termer. Debatten kring nya ord visar att våra läsare gärna antar utmaningen att skapa svenska beteckningar!