

Medicinska chefer har skulden, del 2

Det är synd om läkarna på universitetssjukhusen! De knuffas in i ett hopplost ekorrhjul av sjukvårdsproduktion som de inte själva kan reglera. De får inte tid att ägna sig åt produktionskontroll av det som görs på den egna kliniken, inte heller för utvecklingsarbete. På så vis blir de förvandlade till dumma och trötta ekorrar, apatiska och utan framtid.

Stress är att jagas av arbetsuppgifter som man själv inte kan styra, men kan man själv vara med att råda, och få se resultat av sitt arbete, blir man inte stressad även om man har mycket att göra.

Skulden ligger hos de medicinska cheferna som inte lyckas skapa balans mellan sjukvård och eftertanke.

Så sant, så sant! Men varför begränsar Pål Svendsen (Läkartidningen 36/98) sin skildring bara till läkarna på universitetskliniker?? Frånsett att vi vanliga läkare i allmänhet inte håller på med avhandlingsarbeten är vi utsatta för samma problem!

Från Primärvårdens horisont kan

Om gravida kvinnor som "förser sig"

I Läkartidningen 36/98 berättar Jan Bondeson som vanligt underhållande och initierat; denna gång om »intryck i moderlivet»; om hur man förr trots att en gravid kvinna kunde »förse sig». Det innebar att om hon betraktade t ex någon person med en missbildning kunde denna drabba det väntade barnet.

En anekdot från kursen i medicinsk genetik dyker upp i mitt minne. Föreläsaren redogjorde för de omfattande undersökningarna av nedärvning, som utfördes på Listerlandet i början av seklet. I en släkt fann man en man med klyvhand, som ju nedärvs autosomt dominant. Märkligt nog fanns i hans släkt ingen, som hade klyvhand. Mannen själv visste dock besked: Man menade allmänt i byn att hans mor under graviditeten hade »försett sig» på mannen som bodde granne med familjen. Denne hade klyvhand!

Heléne Björngren
leg läkare, Malmö

man identifiera alla de problem Pål Svendsen beskriver. Ej helt rationella datajournaler, dålig datautbildning, sköterskestyrda tidböcker, överlastade öppna mottagningar eller »lättakuter», samt en riklig flora av »kvalitetsenkäter» att svara på snabbt är faktorer som innebär stress.

Att inte hinna med den lagstadgade »kvalitetssäkringen», och att inte få tillfälle till adekvat kompetensutveckling gör inte stressen mindre. Att inte hinna tänka efter och reflektera över de aktuella patientärendena medför att sjukvårdskostnaderna rakar i höjden på grund av oöverlagda beslut – ytterligare en belastning på den enskilda läkaren – som själv är medicinskt ansvarig för sitt arbete. Kanske rent av att patienterna blir lidande!

Varför säger inte fler chefer ifrån?

Varför riktar »vi» inte mer kritik uppåt i organisationen? Sannolikt skulle fler chefläkare behöva avgå, som Pål Svendsen skriver – tyvärr ofta ersatta av andra yrkeskategorier med än mindre kunskap om läkarnas arbetssituation. Ur askan i elden?? Chefer utan kurage att säga ifrån uppåt, och utan insikt att lyssna neråt i sjukvårdshierarkin är inte bra för någon!

Utvägen är nog att vi alla, oavsett arbetsplats och position försöker nyttja specialistföreningar och fackförbund för att definiera arbetsuppgifter och innehåll på ett effektivare sätt. Hur stor del av vår arbetstid som ska avsättas till de olika delarna, för att arbetet ska flyta humant.

Robert Svartholm
specialist i allmänmedicin
Rimforsa

Stor variation av kärllkirurgi i olika regioner

I Läkartidningen 34/98 ger Jesper Swedenborg och medarbetare en intressant redogörelse för omfattningen av kärllkirurgi i Sverige vid perifer kärllsjukdom, bukaortaaneurysm och carotisstenoser [1]. En av slutsatserna är den stora variabiliteten mellan olika regioner, vilket tolkas som ett tecken på underutnyttjande av invasiv teknik (»Operera mera!»).

Författarna anser också att »landsingen utgör en förklaringsgrund genom att tillhandahålla olika omfattning av kärllkirurgisk vård i de olika regionerna.» Är det inte snarare så att det är kirurgerna som i olika omfattning lyckats övertala sjukvårdshuvudmännen att satsa på kärllkirurgi (eller själva omdisponerat resurser inom kirurgin)? Det vore intressant att se relationen ingrepp i förhållande till antalet kirurger med kärllkirurgisk specialitet inom olika sjukvårdsområden. Det är också fråga om tillgång till kringresurser för diagnostik – radiologiska, fysiologiska eller medicinska.

Amerikanska erfarenheter har visat att redan tillgång till viss specialunder-

sökning eller -behandling ökar användningen av denna. I detta sammanhang vore det av intresse att diskutera hur starka indikationerna egentligen är för ett visst ingrepp ett av de arbeten som citeras [2] försökte man genom att använda en specialistpanel i ett modifierat Delfi-förfarande avgöra i vilken omfattning ingrepp var motiverade.

Den erfarenhet vi fått på SBU med ett sådant förfarande när det gäller kranskärlls ingrepp har lärt oss de stora svårigheter som föreligger för att i det enskilda fallet verkligen avgöra om ett ingrepp är motiverat eller ej. Vi har kommit fram till att utvecklingen inom berörda specialiteter bäst torde främjas genom fortlöpande analys av verksamheten, med adekvat uppföljning av de patienter som utreds och behandlas, gärna i form av kvalitetsregister [3].

Från denna synpunkt är Swedenborg och medarbetare att gratulera till den redogörelse man åstadkommit, även om analysen varken är fullständig eller framåtsyftande. Skillnaderna i 30-dagars mortalitet efter ingrepp är betydande, men det vore ännu viktigare att få