

Rekrytera med fortbildning – i ryggsäck!

Vi har tidigare (i Läkartidningen 8/98) föreslagit att pengar skulle överföras från landstingens läkemedelsbudget till fonder för läkares fortbildning. Detta eftersom läkemedelsreformen och nya etiska riktlinjer kan förväntas skapa ett kulturskifte med såväl minskat utbud som minskade möjligheter för läkare att delta i industristödd utbildning. Liknande förslag har lagts för hur det skulle kunna organiseras, t ex 3 kr per recipe (Björn Olsson).

Vi kan knappast hoppas på att vare sig arbetsgivare eller läkemedelsindustrin kommer att driva denna fråga, det måste vi göra själva. Frågan blir dels hur det ska kunna genomföras, dels hur pengarna mest effektivt kan användas.

Vad gäller det sistnämnda vill vi komma med ett förslag. Principen bakom förslaget är att det mest effektiva ofta är det minst byråkratiska, närmast den enskilde läkaren och mest privat, dvs innehåller ett moment av marknad och inte bara plan. Marknaden kan skapas genom att man åstadkommer en efterfrågan eller påverkar utbudet.

Vad gäller utbudet arbetas det på många håll och många nivåer med utbildningsfonder, fortbildningsansvariga grupper och så vidare. Detta är alldeles berömvärd, men enligt vår mening är det ofta på den andra sidan nog så stora svårigheter föreligger, dvs möjligheterna att delta i utbildning och skapa en reell efterfrågan.

Vi föreslår därför att pengar avsätts i en fond, så väl från landsting som från läkemedelsindustrin, eller från läkemedelsbudget enligt ovan. Avkastningen från fonden fördelas sedan på alla läkare i tjänst. Denna ryggsäck med pengar är privat och kan inte disponeras av arbetsgivare eller användas till annat än fortbildning. Summan är också kopplad till en vikariatspott som disponeras av arbetsgivaren så att ju fler läkare på en arbetsplats som förbrukar sina fortbildningspengar desto lättare är det att få medel till arbetsplatsen för vikariatsperioder.

Pengarna är datummärkta och måste användas inom t ex ett eller två år, annars förloras såväl innehålllet i den egna ryggsäcken som arbetsgivarens vikariatsmedel. Om vikarie inte kan anskaffas får arbetsgivaren fritt förfoga över vikariatspotten som därigenom upplever

tydlig stimulans när läkare fortbildas även om man inte lyckas få vikarie. Sådan stimulans behövs inte sällan.

Läkaren själv bestämmer

Vilket slags utbildning pengarna ska användas till avgör läkaren själv, inte arbetsgivaren. Skriftlig och muntlig rapport från utbildningen till den egna arbetsplatsen är ett villkor. Målet ska vara att skapa medel till denna ryggsäck så att de räcker till minst en veckas fortbildning per halvår utöver den fortbildningsnivå som föreligger idag.

På många håll är det svårt att rekrytera distriktsläkare. Att rekrytera med fastställda möjligheter till fortbildning kunde vara ett bra sätt att locka till sig

läkare och samtidigt visa att man inom primärvården verkligen är intresserad av fortbildning. Det kunde då vara rimligt att vid anställning erbjuda en veckokurs per halvår och en under tiden längre löpande utbildning i till exempel epidemiologi, grundläggande forskarutbildning eller fastställda möjligheter till fortlöpande auskultation på andra kliniker.

Att nya kolleger får bra anställningsvillkor kan verka provocerande, men är antagligen ett av de bästa sätten att få fart på utvecklingen, och det behöver vi!

Johan Mattson

Kjell Antus

distriktsläkare i Härnösand

Krockkuddens baksida

Den ökade förekomsten av krockkuddar i moderna bilar har rest frågeställningar om detta säkerhetssystem avigsidor. Med anledning av frågor från ambulans- och räddningstjänstpersonal samt sjukvårdspersonal vill jag belysa några av riskerna i själva kraschförloppet samt i omhändertagandefasen.

Vad är en krockkudde och när utlöses den normalt?

Sensorer, placerade i bilens kupé, front eller sida, ger vid tillräckligt kraftigt våld en signal till en gasgenerator i vilken en snabb kemisk reaktion genererar kvävgas. Vissa frätande biprodukter, exempelvis natriumhydroxid (kaustiksoda) kan uppstå vid denna reaktion och ingå i det för övrigt ofarliga talkdammet från kudden. Ljudnivån uppgår till 170 dB. Krockkudden fylls med gas inom tiondelar av en sekund och rörelsefastheten kan uppgå till ett par hundra km/tim.

Det innebär således stor risk att befinna sig för nära (20–25 cm) en frontal krockkudde.

Kan en krockkudde utlösas oavsiktligt?

Normalt inte. Dock utlöser inte krockkudden när uppbromsningen understigit sensorns utlösningströskel. Under räddningsarbete kan då krockkud-

den accidentellt utlösas. Det har rapporterats att krockkudde utlösts av kommunikationsradio. Bilfabrikanterna vägar inte helt utesluta att mobiltelefon utan yttre bilantenn kan utlösa en krockkudde.

Krockkuddar skyddar de åkande vid frontala kollisioner där dödsrisken minskas med 20 procent jämfört med obältade åkande. Ambulanspersonal och mottagande läkare skall dock var medvetna om att en krockkudde kan orsaka skador om personen suttit närmare krockkudden än 20–25 cm. Detta kan gälla exempelvis kortväxta kvinnor i slutet av en graviditet.

De åkande kan få frätande basiska och mekaniskt irriterande ämnen i ögon och sår. Gas och partiklar kan i enstaka fall provocera astmaanfall hos astmatiker. Ljudnivån kan ge tillfällig hörselnedsättning.

Råd till ambulanspersonal

Råd till ambulanspersonal finns i Socialstyrelsens meddelandeblad nr 5/98 [1]. De viktigaste punkterna är:

– Använd skyddskläder med handskar och glasögon för att inte irriteras av frätande ämnen och undvik kontamination.

– Om den skadade fått frätande ämnen i ögonen, skölj med fysiologisk natrium-

kloridlösning i minst 15 min. Om astmaanfall provocerats ge patienten sedvanlig astmamedicin.

– Kom ihåg att föra vidare uppgifter om kraschsituationen (om bilbälte använts och om krockkudde utlösts) till mottagande läkare, så att denne får en klar bild av traumavåldet, samt om risk för kontamination av frätande ämnen i ögon och sår föreligger.

Om krockkudde inte har utlösts:

– Exponera inte dig själv, patient eller utrustning för det område där en oav-

siktligt utlöst krockkudde kan expandera. Beräkna exempelvis ett säkerhetsavstånd om ett par decimeter från ratt respektive instrumentbräda. Sidokrockkuddar innehåller liten energimängd, men bör ändå respekteras.

Allmänna synpunkter

Omhändertagandet skall i normalfallet inte fördröjas av de nämnda orsakerna, men taktiken kan behöva modifieras. Det är viktigt att mottagande läkare informeras om kraschsituationen och

risken för kontamination av ögon och sår med frätande ämnen.

Ulf Björnstig

tf professor och trafiksäkerhetsdirektör,
Vägverket,
Borlänge

Referens

1. Björnstig U. Sjukvårdsinsats i fordon med krockkudde – råd till ambulanspersonal. Meddelandeblad nr 5/98 Socialstyrelsen Stockholm 1998.

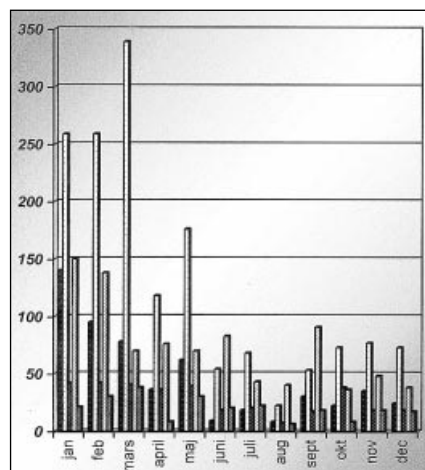
Djärva hälsoreformer i Zambia

Under en kort period 1995 arbetade jag i Läkarbankens regi på ett missions-sjukhus i Mpongwe, Ndola Rural district, Zambia. På sjukhuset och på de hälsocentraler som var knutna till det hölls en hög ambitionsnivå med målsättningar och behandlingsstrategier utifrån identifiering av hälsoproblem och deras orsaker. Statistik fördes på målpåfyllelse, som vaccinationsträckning, diagnosfrekvenser m m.

Ekonomi i Zambia var mycket pressad med hög inflation och nödvändig privatisering utifrån Världsbankens krav på strukturella förändringar i Zambias ekonomi.

Även sjukvården hade ekonomiska krav. Finansieringen bestod till stor del av bidrag från olika organisationer. Patientavgifter hade även införts, måttliga men höga om man saknar ekonomiska medel helt.

Vid en hälsocentral fanns statistiken anslagen på väggen i mottagningsrummet. På ett stapeldiagram (Figur) sjönk



Frekvenser utifrån besöksorsak. Vit stapel malaria. Besöksavgifter införda mars–april (bearbetning av ursprungsdiagram).

besöksfrekvenserna påtagligt mellan två månader, framför allt malaria som besöksorsak. En sänkning som kvarstod och inte kunde förklaras med årstid.

En faktor som direkt sammanfaller med nedgången var införandet av patientavgifter, vilket kan ha medfört att patienter med feber och malaria ej sökt vid hälsocentralen utan litat till någon form av traditionell egenvård.

Vilka konsekvenser detta fått och om denna förändring kvarstår idag vet jag inte, men det enkla diagrammet pekade på möjligheten av oönskade konsekvenser av organisatoriska-ekonomiska förändringar inom sjukvården. Konsekvenser som kan vara svårfångade i en osäker nationell diagnosstatistik om patienterna i stor utsträckning inte kontaktar sjukvården. Ett problem som kunde berörts mer.

Bertil Malmödin

överläkare
medicinkliniken,
Falu lasarett

Homocystein i plasma Bristmarkör och riskmarkör

Jag har med intresse följt diskussionen i Läkartidningen 36 och 45/98 och 1–2/99 kring funktionell B₁₂-brist, funktionell folatbrist, och den korrekta provtagningen av P-homocystein. Speciellt uppskattar jag att det klargjorts att P-homocysteinet provtagning och

transport inte är mer komplicerad än motsvarande hantering av merparten rutinprov [1].

Jag tror att de flesta är eniga med Göran Waller och Helga Refsum [2] om att P-homocysteins ställning som riskmarkör och möjlig riskfaktor är omstridd.

Prospektiva kontrollerade interventionsstudier pågår och mer eller mindre fullständiga svar kan väntas inom några år.

Vad som däremot knappast är omstritt är att P-homocystein har förtjänster som bred bristmarkör vid misstanke