

Vässa talangerna inför förhandlingen med hjälp av KLF-modellen!

I Läkartidningen 25/99 visar och kommenterar Göran Edbom, ordförande i läkarförbundets förhandlingsdelegation, färsk lönestatistik. Han understryker med stor tyngd att det finns en mycket graverande tendens i materialet som det inte råder något som helst tvivel om, nämligen att kvinnornas löner släpar efter kraftigt. Och läkarförbundet ska nu nysatsa på att höja de kvinnliga läkarnas löner.

Sedan de första larmrapporterna om kvinnliga läkares arbetsförhållanden kom 1986 har ojämlikhet mellan könen vad gäller betalning för utfört arbete varit ett välkänt och diskuterat fenomen för Sveriges Kvinnliga Läkares Förening (KLF).

I statistiken som Edbom kommenterar ser man att skillnaderna idag startar redan på specialistutbildningsnivå för att fortsätta hela karriärgången till verksamhetschefsnivå.

Kurser i löneförhandling

Därför startade Kvinnliga Läkares Förening 1998 löneförhandlingskurser för kvinnliga läkare. Kurserna har varit välbesökta och mycket uppskattade. Deltagarna har varierande bakgrund från nylegitimerade kolleger till blivan-

används morfin akut, t ex vid lungödem, med god effekt.

Peter Lindvalls frågeställningar kan emellertid inte entydigt besvaras och visar på vikten av forskning inom det palliativa området, för att kunna erbjuda en behandling på en vetenskaplig grund.

Peter Strang

professor,
Norrköping

Barbro Beck-Friis

professor,
Linköping

Referenser

1. Twycross R, Lichter I. The terminal phase. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N: Oxford textbook of palliative medicine. 2a uppl. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998: 977-92.
2. Ahmedzai S. Palliation of respiratory symptoms. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. Oxford textbook of palliative medicine. 2a uppl. Oxford: Oxford Medical Publications, 1998: 483-516.

de verksamhetschefer och även kvinnliga fackliga företrädare för läkarförbundet.

I KLF-modellen blandas avtalsfakta med förhandlingsteknik och strategier, rösthantering och kroppsspråk och inte minst gruppövningar. Detta är ett forum inte bara för inhämtande av fakta utan för ömsesidigt utbyte av erfarenheter och en plattform att bygga från genom att lyssna, reflektera, öva och – inte minst – ha roligt tillsammans. Beträffande det fackliga innehållet och strategier har vi fått hjälp med kompetens från läkarförbundet.

Individuella löner lever vi redan med, och ser vi framåt kan den trendkänsliga ana en ökad decentralisering i lönebildningen. Då är KLF-modellen ett sätt för läkare att vässa sina talanger inför en förhandling. Att eliminera osakliga löneskillnader är ett mål i sig, men dessutom är det av största vikt för hela läkarkåren dels att sådana ej finns, dels att vi är riktigt lönesatta.

Att formulera ett mål är viktigt och vi vill fästa uppmärksamheten på en väg till ökad jämställdhet – KLF-modellen.

För Kvinnliga Läkares Förening
Tove Hallböök (sekr)

Klarade sig PIL-arna verkligen bäst?

I Läkartidningen 36/99 redovisar Martin Ritzén, Ulla Holm, Mariana Nicolausson, Stina Söderberg och Hans Åberg en utvärdering av Karolinska institutets läkarstudenter antagna enligt olika urvalskriterier. På KI har man sedan några år tagit in läkarstuderande mot bakgrund av motivation och lämplighet (PIL). Dessa antagningsformer är nu analyserade och resultaten redovisas i den aktuella artikeln. Då jag själv hade förmånen att delta i utvärderingen har jag läst studien med extra stort intresse. Jag ställer mig dock frågande till huvudresultatet av undersökningen. Enligt artikelns rubrik »PILarna klarade sig bäst» får man en uppfattning att det föreligger verkliga skillnader mellan de olika grupperna av läkarstuderande. Hur ha man kunnat dra denna slutsats?

I Figur 1 i artikeln redovisas de mest betydelsefulla resultaten. Det är uppenbart för mig åtminstone att huvudgrup-

perna (de som togs in med betyg, högskoleprov samt PIL-arna) får en likartad skattning av klinisk lämplighet. Cirka 10 procent är utomordentligt lämpliga, 40–50 procent mycket lämpliga, några få procent mindre lämpliga eller olämpliga. Resten är acceptabla eller lämpliga.

Den korrekta slutsatsen måste vara att intagningsförfarandet inte spelar någon större roll för de framtida resultaten, dvs PIL-are klarar sig lika bra som de andra intagna (vilket i sig är bra nog). Ingen statistisk signifikant skillnad mellan grupperna presenteras i artikeln. Jag önskar få kännedom om vilka vetenskapliga metoder författarna har använt för att komma fram till att PIL-arna bedöms som bättre än övriga kvotgrupper när det gäller lämplighet som blivande läkare.

Peter Arner

professor, Karolinska institutet

Replik:

Lyckades väl med teoretiska och kliniska studier

Vår slutsats har inte varit att »PILarna klarade sig bäst» (rubriken sattes inte av författarna utan av Läkartidningen!), utan att »... den grupp studenter som

annars ej skulle ha antagits på traditionellt sätt lyckas väl med sina teoretiska och kliniska studier». Den slutsatsen anser vi oss kunna dra, med hänsyn till

ANNONS

Fel i referatet om spinal manipulation

Vi vill kommentera Nils Rydells och Lars Räfs artikel »Spinal manipulation-behandling med stor komplikationsrisk» i Läkartidningen 34/99.

Författarna refererar i sin artikel på sid 3538 till Thanassis Seferlis studie »Acute low back pain» och påstår att patienter i grupp I remitterades till sjukgymnast för manipulativ behandling.

Detta är inkorrekt refererat. I avhandlingen på sidan 26 framgår att »the Manual therapy programme» innehöll nio huvudgrupper individuell behandling och att de behandlande sjukgymnasterna själva beslutade avseende val av behandlingsform samt antal behandlingar.

Cirka 10 procent av patienterna i grupp I har behandlats med spinal manipulation. Detta är en siffra som är re-

att PIL-gruppen genomgående fick högre skattningar i delvariablerna beträffande klinisk lämplighet än övriga grupper och likaså placerade sig bäst i den globala skattningen av »klinisk lämplighet», även om skillnaderna mot betygsgruppen inte var stora. Det är mycket intressant att en grupp som retrospektivt visade sig ha ett medelbetyg i studentexamen omkring 4,0 – i motsats till betygsgruppens 4,8–5,0 – faktiskt klarade sig minst lika bra i både tentamina och bedömning av »klinisk färdighet».

Peter Arner sätter emellertid fingret på ett problem som vi haft med den statistiska utvärderingen av studien: Vår kritiska statistiska konsult menade, förmodligen med rätta, att man inte kan göra en korrekt statistisk bearbetning när hela populationen ingår i studien (det är alltså inte ett »sample» ur en större population). Därför saknas en sådan utvärdering, vilket gjorde våra slutsatser försiktiga.

Martin Ritzén

professor, Stockholm

Ulla Holm

psykolog, Uppsala

Mariana Nicolausson

handläggare,

Karolinska institutet,

Stina Söderberg

chefsfpsykolog, Stockholm

Hans Åberg

professor, Karolinska institutet

presentativ för de i experimentgruppen ingående sjukgymnasterna i det normala kliniska arbetet.

Inga behandlingskomplikationer

Vidare påpekar författarna att »fler patienter i grupperna som fått manipulativ behandling eller sjukgymnastisk träning blev diskbråcksopererade, men skillnaden var inte statistiskt signifikant».

Läsaren kan eventuellt lockas tro att anledningen till den icke signifikanta skillnaden skulle vara behandlingskomplikationer, t ex av de typer som artikeln i övrigt beskriver.

Vid genomgång av journaler och gemensamma erfarenheter kunde konstateras att

- i inget fall uppstod behandlingskomplikationen nervrotsaffektion vid spinal manipulationsbehandling i samband med lumbago utan radikulär eller refererad smärtutstrålning;
- i inget fall behandlades patient med radikulär strålningssmärta med spinal manipulation;
- i inget av de fall med nervrotsaffektion vid förstagsbesöket och där vald behandlingsform var manuell

traktionsbehandling eller autotraktion försämrades patienterna avseende smärt- och neurologiskt status i samband med traktionsbehandling;

- i några fall med nervrotsaffektion och i övrigt klinisk bild med suspekt diskpatogenes och där behandlingsvalet enligt ovan var traktion uppnåddes ingen varaktig positiv behandlingseffekt. Dessa patienter återremitterades enligt projektplanen till utredning och eventuellt ställningstagande till operation.

Patientmaterialet är inte större än att det inte kan uteslutas att den osignifikanta skillnaden är en slumpeffekt. Det kan heller inte uteslutas att patienterna i experimentgrupp I och II följdes av de behandlande sjukgymnasterna på ett intensivare och mer frekvent sätt så att återremittering kunde ske på ett kliniskt adekvat sätt.

Marna Alderlin

Mia Lindqvist

Venke Smedmark

Marina Wallin

Jan Wonnevi

Dan Wallin

legitimerade sjukgymnaster,

Dipl OMT (OMT III-examen),

Stockholm

Om att ta bort skräp i ögat

På sommarnöjet fick jag skräp i ögat – det kändes i övre konjunktival-säcken och kunde ej fås till lägeändring. Följande morgon var det status quo, jag sökte närliggande vårdenhet där en vänlig distiktssköterska försökte se något, men sade sig ej kunna vända på ögonlocket. Det var en läkaruppgift. Spolning gav inget resultat. Jag erbjöds så läkartid om 6 timmar.

Då åkte jag till annan vårdenhet – de ligger tätt i Skåne. Även här avböjde sjuksköterskan en begäran om att få övre ögonlocket vänt och inspekterat. Det gör bara läkaren. En vänlig kollega ryckte strax in och botade mig.

Om ovan beskrivna behandlingspolicy är representativ för våra öppenvårdsenheter måste följande fråga ställas. Ingår ej i våra högt kvalificerade och gediget utbildade sjuksköterskors utbildning att vända på ett ögonlock?

Inom företagshälsovården där under-tecknad arbetat i 30 år har mina sjuksköterskekollegor vänt på 1 000-tals ögonlock och avlägsnat löst skräp och det har fungerat utmärkt. Här bör påpekas att stänk av svetsloppor och annat som suttit fast på kornea varit en läkaruppgift, liksom misstanke om lesion av kornea.

För att optimera och kostnadseffektivisera sjukvården är rätt omhändertagandenivå en gyllene regel. Hur många läkartimmar skulle kunna sparas om vändning och inspektion samt åtgärd mot löst sittande skräp under övre ögonlocket blev en rutinuppgift för alla de sjuksköterskor som kommer i kontakt med denna patientkategori?

Bengt R Tufvesson

f d concernläkare SCA,

Sundsvall