

Bevara AT på universitetssjukhusen!

Det var med växande ilska jag tog del av Elisabeth Jaensons inlägg »Avskaffa AT på universitetssjukhusen – för bättre utbildning» (Läkartidningen 15/00, sidan 1876). Hon motiverar sitt påstående med att det skulle leda till fler läkare i landsorten och bättre doktorer/forskare – påståenden vilka jag finner högst ogrundade. Själv har jag gjort AT på Norrlands universitetssjukhus i Umeå och fick en alldeles utmärkt handledning på samtliga kliniker.

Mer tid för handledning

Den totala arbetsbelastningen på ett universitetssjukhus är oftast mindre än på ett landsortssjukhus. Det ger faktiskt mer tid för handledning, förutsatt att det finns intresserade handledare, vilket självklart är individbundet! Men vad garanterar att de mest handledningsintresserade doktorerna finns på mindre sjukhus? Nej, kanske är det tvärtom, då doktorerna på ett universitetssjukhus oftare är vana vid studenter av olika kategorier.

Inte heller upplevde jag att läkarkandidaterna skulle vara en belastning. Tvärtom har de fått mig att mogna fortare i doktorsrollen då jag plötsligt var tvungen att vara doktor inför både kandidaten och patienten, vilket ställde höga krav på mig att kunna förklara olika sjukdomstillstånd och motivera undersökningar och provsvar.

Sjukförsäkringsutredningen på nätet

Sjukförsäkringsutredningen har i dagarna öppnat en hemsida på Internet: www.sjukforsakring.gov.se

Utredningen kommer att använda hemsidan för att löpande informera om utredningens iakttagelser och hypoteser och som ett diskussionsforum för alla som vill delta i utredningsarbetet.

Sjukförsäkringsfrågorna berör alla, och det är därför viktigt och naturligt att utredningsarbetet bedrivs öppet och att alla ges möjlighet att bidra med sina synpunkter.

Rolf Lundgren
huvudsekreterare
rolf.lundgren@social.ministry.se

Ett vanligt argument mot att göra AT på ett universitetssjukhus är att man endast får se ett urval, redan selekterade patienter. Vad man då glömmer bort är att även ett universitetssjukhus fungerar som ett länsdelssjukhus; förutom specialistremisspatienterna möter man hela uppsättningen av »vanliga patienter».

En annan vanlig invändning är att man inte får gå ensamjourer, vilket är till nackdel då det enligt många uppfattning är under jourerna som man slipas till en fullfjädrad doktor. Det är ju då man tvingas ta egna, självständiga beslut. I Umeå får AT-läkaren i det närmaste gå ensamjour, dvs vara primärjour, men det finns alltid en intermediärjour sovande i huset. Man är alltså den som i första hand både tar emot patienterna på akuten och ansvarar för samtliga vårdavdelningar, men man kan vila i tryggheten att alltid snabbt få tag på och få personlig hjälp av intermediärjouren, som inom några minuter kan vara på plats. Med andra ord »frihet under ansvar», vilket jag upplevde gjorde mig mer säker i mitt agerande. På ett mindre sjukhus tror jag det är större risk att man blir utnyttjad som ren arbetskraft. Glöm inte bort att AT är en del i en utbildning!

Forskningen

När Elisabeth Jaenson skriver att man skulle bli en bättre forskare om man gör AT på ett landsortssjukhus ställer jag mig mycket frågande till om hon överhuvudtaget varit aktiv som forskare. Själv disputerade jag före AT och hade under AT möjlighet vara »forskningsledigt» ett par månader och på så sätt upprätthålla kontakten med den vetenskapliga världen.

Ska man bli en bra forskare är det av yttersta vikt att så mycket som möjligt befinna sig i forskningens centrum (utan att för den skull tappa sitt bondförnuft och förmågan att stå med fötterna på jorden). Att under en längre tid inte ha möjlighet att ta del av seminarier etc och den stimulerande diskussion som förs i en forskargrupp har för många av mina vänner inneburit att de lagt forskningen åt sidan för gott.

Läkarbristen

Slutligen anser Elisabeth Jaenson att AT på landsorten är det enda sättet att få fler läkare till mindre orter. I grunden tror jag att läkarbristen i landsorten har

andra orsaker, t ex en orimligt hög arbetsbelastning och att inte själv kunna påverka vårdens struktur i samhället. Det är således något man inte kommer till rätta med genom att tvinga ut folk till mindre sjukhus, snarare skrämmer man bort en del som före AT är ambivalenta till var de vill slå sig till ro.

Förmodligen kommer det alltid att finnas skillnader mellan sjukhus avseende »slutresultatet», dvs kvaliteten på den färdiga doktorn. Enligt min uppfattning är detta dock något som mer är bundet till AT-blockens uppläggning och den individuella handledningen, och är inte något som kan hänföras till en generell skillnad mellan landsortssjukhus och universitetssjukhus.

Cecilia Mattsson

ST-läkare, medicinkliniken, endokrinologsektionen, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
cecilia.mattsson.us@vll.se

Tack för ledaren!

Jag vill tacka Bernhard Grewin för ledaren i Läkartidningen 16/00 (sidan 1921). Jag arbetar sedan tio år som ÖNH-praktiker med vårdavtal med Uppsala läns landsting. Landstinget säger sig vilja verka för mångfald i vården. Mitt vårdavtal gör det möjligt att operera tonsillektomier i slutet vård.

År 1999 gick jag över »takbeloppet» på grund av stort behov/patienttryck. Inom offentlig vård är det två års väntetid. Detta har haft till följd att jag i år tvingas betala tillbaka 100 000 kr, vilket motsvarar landstingets kostnad för 10 tonsillektomioperationer.

Samtidigt har jag haft en fast kostnad (vårddygn, operationssal) på 5 000 kr per operation. Jag har opererat patienterna och betalat kostnaderna men ej haft någon intäkt. För närvarande förhandlar vi om ett nytt avtal, men mitt intresse att hjälpa Uppsala läns landsting med tonsillektomioperationer är betydligt mindre nu.

Lars Sundén

ÖNH-specialist, Elisabethsjukhuset i Uppsala