

Varför är alla överens om att sjukskrivningsnivån är för hög?

■ Ledig dag idag. Har gått igenom de senaste numren av Läkartidningen och det är som vanligt intressant och spännande. Den här gången blev jag också arg och det är ovanligt.

I Läkartidningen 36/ 2002 (sidorna 3532-3) läser jag om »automatisk telefonsjukskrivning» och Riksförsäkringsverkets förslag till åtgärder mot den ökande långtidssjukskrivningen. Och jag blir arg!

Telefonkontakt ibland det bästa

Det är inte formen det gäller. En telefonkontakt kan ibland vara den bästa varianten. På 1980-talet talade vi om Leon-principen, »lägsta effektiva omhändertagandenivå». Det var klokt. Den vill jag återuppväcka. En telefonkontakt är ofta Leon. Besök på mottagning ska användas i de situationer, när det är Leon.

Utbildning i försäkringsmedicin?

Utbildningsdagar i försäkringsmedicin har jag varit på många gånger under mina 18 år som allmänläkare. Kan inte komma ihåg att jag lärt mej något väsentligt. I den aktuella situationen är det fullkomligt meningslöst och ett stort slöseri med pengar och läkartid. Vårdprogram – befängt påhitt. Det går inte att standardisera på det sättet.

Säkert finns det läkare som sjukskriver slentrianmässigt – och läkare som vägrar sjukskrivning, där det är motiverat. Detta vet den lokala försäkringskassan. Det rimliga vore att Försäkringskassans förtröendeläkare pratar med vederbörande läkare. Det behövs inget rikstäckande program för det! Även här gäller Leon!

Varför är alla överens?

Varför är alla överens om att sjukskrivningsnivån är för hög? Vad är friskt och vad är sjukt – individen eller samhället? Varför är sjukskrivningsnivån olika i olika delar av Sverige och i olika länder? Det är intressanta frågor, som Riksförsäkringsverket gärna får undersöka. Vad är problemet? är första frågan.

Är den höga sjukskrivningsnivån ett symptom på en allvarlig sjukdom i vårt samhälle, i vårt sätt att leva, i våra värderingar? Det är *viktiga frågor!*

Eva Nyh

*allmänläkare,
Eda vårdcentral
eva.nyh@home.se*

Hjärtkirurgen René Favaloro – några personliga minnen

■ Göran Nilsson har skrivit en trevlig artikel om René Favaloro (Läkartidningen 23/2002 (sidorna 2654-6)).

Jag träffade Favaloro i La Plata som medicine studerande, i samband med en motorcykelolycka där hans bror och en studiekamrat till mig var inblandade. Han var redan då färdig läkare. Sedan hörde jag inget om hans liv förrän jag, boende i Sverige, i slutet av 1960-talet läste hans artiklar om koronar bypasskirurgi. Så småningom fick jag veta mer om hans tolv år som allmänläkare och kirurg tillsammans med sin yngre bror i La Pampa-provinsen; det var torrt, sandigt och mycket besvärligt att nå patienterna på landet när det regnade, i motsats till den fuktiga pampasgrässtappen i Buenos Aires-provinsen, där Evert Taube galopperade.

När Favaloro bestämde sig för att fortsätta sin utbildning fick han ett presentationsbrev av sin gamla kirurgiprofessor i La Plata, dr Mainetti, till Cleveland Clinic, Ohio, där han efter långt och hårt arbete klarade sin National Board-examen både i Virginia och New York, vilken var likvärdig med Ohios, för att vara på den säkra sidan.

Första bypass-operationen

Efter en misslyckad resa till Argentina 1965 började han, tillbaka i USA, med dubbel mammariaimplantation, och i maj 1967 gjordes den första bypassoperationen lokalt i höger koronarkärl. Vid den femtonde operationen gjordes den första aortokoronara bypass-operationen vid Cleveland Clinic. Favaloro presenterade resultaten av den aortokoronara bypass-kirurgin 1970 vid den sjätte världskardiologikongressen i London, vid ett symposium tillsammans med Arthur Vineberg och Charles Friedberg, och med Paul White bland åhörarna. Trängseln var stor i salen. Donald Ross bjöd Favaloro att operera någon av sina patienter på National Heart Hospital, och de kom att bli de första operationerna av den typen som gjordes i England.

Sones och Favaloro

Jag anser inte att det var Mason Sones' och Favaloros sociala bakgrund som gjorde att de kom varandra så nära; för mig var det mest en fråga om empati, starkt kryddad med arbetsnarkomani, som gjorde dem till vänner för livet.

Favaloro var född i Buenos Aires-provinsen där alla på den tiden var barn till immigranter, vilket raderade ut sociala olikheter i samband med yrke eller



René Favaloro, 1923–2000.

inkomster, till skillnad från i norra Argentina. Dessutom var skola och universitet kostnadsfria för den enskilde och öppna för alla.

Det som för mig var en gåta är att den första operationen

med aortokoronor bypass med hjälp av vena saphena med bra resultat var den som utfördes av E Garrett i Houston 1964, och av någon för mig okänd anledning fortsatte de med Vinebergs operation till 1968 när resultaten från Cleveland Clinic publicerades. Då söktes den första patienten upp, som ännu levde, och fallet blev publicerat 1973 i JAMA.

Bra ledning kan ge oväntade resultat

Jag är helt överens med Göran Nilsson om att ett forskningscentrum med en bra ledning ofta kan ge oväntade resultat. Ett tidigt exempel fanns i Buenos Aires i ett laboratorium under ledning av Bernardo Houssay, Nobelpristagare i medicin (1947). Vid samma laboratorium blev även Luis F Leloir Nobelpristagare i kemi (1970), medan Eduardo Braun-Menendez upptäckte angiotensinet. César Milstein, av judiskt ursprung, fick Nobelpriset (1984) när han var i London.

Favaloros död

Jag är övertygad om att Favaloro inte tog livet av sig på grund av sjukhusets ekonomi. När jag träffade honom i Buenos Aires cirka tre månader innan han dog pratade vi länge, vi hade ett helt liv bakom oss, och plötsligt sade han: »Titita, jag upplever fortfarande mina händer som mycket stadiga och därför kan jag fortsätta att operera utan problem.» Och han nämnde, en passant, »vi har dålig ekonomi». Men det problemet hade, och har, alla institutioner i Argentina, och kampen var en del av hans liv.

Ulderico Volpe

*kardiolog, klinisk fysiolog,
Saltsjöbaden
wcb259a@tinet.se*