

Insinuant och provokativt om omskärelse

■ Yngve Hofvander (YH) har under sin aktiva karriär ägnat sig åt internationell barnhälsovård. Det finns förvisso åtskilliga företeelser och sjukdomar som skördar hundratusentals barns liv varje år. Dessa barn och deras föräldrar skulle förtjäna att våra intellektuella och finansiella resurser fokuserades på dem. Var och en gör sina egna prioriteringar, och vi känner inte till bakgrunden till att YH valt att föra ett korståg just mot omskärelser. Definitivt har ingen i den judiska gruppen bett YH att företräda dem.

Seriösa argument saknas

Som åtskilliga gånger tidigare föredrar YH att diskutera omskärelse ur ett strikt medicinskt perspektiv, men denna gång (Läkartidningen 42/2002, sidan 4198) saknas seriösa argument, och man får onekligen misstanken att YH tar till vulgärargument för att provocera och få igång en brasa igen. Han skriver ju dessutom att: »Den tidigare hetsiga debatten synes emellertid nu ha upphört, vilket är att beklaga.«

YH har varit i USA på ett möte bland likasinnade där både omskurna och de som omskurit skådat ljuset. Den förra gruppen har fått ett sämre sexliv, och den senare gruppen har sett omskärelser som en god inkomstkälla. Diverse citat får underbygga dessa tankar. Vi lär aldrig få se studien om sämre sexliv i tryck – åtminstone inte så som YH återgivit den.

Pudelns kärna

Resten av artikeln ägnar YH att kommentera ett tryck från Socialstyrelsen. Vi är övertygade om att tillsynsmannen kan dra sina egna slutsatser och föreslå åtgärder om man inte är nöjd.

Pudelns kärna är denna: YH vill förbjuda en tradition som den judiska gruppen fört vidare från släktled till släktled. De judiska pojkarna inlemmas i en religiös och kulturell gemenskap, och denna rättighet är deras föräldrar beredda att försvara till nästan vilket pris som helst.

Den medicinska aspekten är viktig, och här finns många studier som redovi-

sar vinster för den omskurna och hans partner, liksom det finns supportrar till YH.

Missar kulturella och religiösa aspekter

Dock måste den religiösa och kulturella aspekten också beaktas, och denna poäng missar YH konsekvent. Den dag omskurna judiska män i Sverige och/eller deras föräldrar bejaktar de teser YH strider för kommer omskärelser att upphöra. Till dess fortsätter vi, även i beaktande av risken att »a lot of very good feelings are gone«.

Folke Flam

*docent, medicinsk chef,
Gynekologkliniken Stockholm
i samarbete med S:t Görans sjukhus,
Stockholm
flamfour@hotmail.com*

Daniel Schmidt

*docent, överläkare,
medicinkliniken,
S:t Görans sjukhus, Stockholm*

Sjukvårdens kapacitet och läkarkåren

■ Jag har under 26 år arbetat i svensk sjukvård som läkare. Under hela min aktiva tid har sjukvårdens kapacitet varit ett problem. Situationen har dock påtagligt förvärrats under de senaste åren. Sådant som 10 timmars väntetid på en akutnottagning eller att man låter patienter med maligna sjukdomar vänta på behandling förekom inte tidigare.

Läkare försätts i omöjlig situation

Den omedelbara bristen på resurser ställer idag den enskilda läkaren i en omöjlig situation. Det är välkänt att många sjukdomar förvärras om diagnostiken och behandlingen fördröjs. Samtidigt har man idag i sjukvården väntetider som definitivt inte är förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Tid om en månad

Sjukvårdens kapacitet är begränsad, och jag har som doktor obetydligt inflytande på den. Istället hanterar huvudmannen den enskilda läkarresursen som om den var obegränsad: Vad ska vi göra med en remiss där åtgärden ska utföras inom en vecka och det inte finns tid förrän om en månad? Lösningen på detta kroniska problem heter idag överbokning.

Man avsätter en timme för ett arbete som vi vet tar längre tid. Den resulterande stressen syns inte i den omedelbara statistiken, men alla vet att den hotar den

medicinska säkerheten och vår hälsa. Det är oftast lätt att räkna ut hur lång tid ett arbetsmoment tar i genomsnitt och att få fram hur många patienter vi kan ta hand om på en timme. Behovet kan beräknas ur incidensen av sjukdomarna, remissflödet och köerna.

Hur många galloperationer eller kolonröntgenundersökningar kommer det att behövas nästa år och hur ska vi organisera detta arbete? Verksamheten måste därefter tilldelas de mänskliga och tekniska resurser som krävs för att klara den önskade nivån.

Datortomografer

Jag undrar om våra huvudmän inte gör dessa beräkningar eller om de inte tar konsekvenserna av resultaten. Jag vet att det på Universitetssjukhuset MAS i Malmö sedan mer än 10 år finns två datortomografiapparater på ca 250 000 invånare. Jag vet att det i schweiziska Bern på ca 200 000 invånare finns tolv datortomografer med tillhörande personal samt ytterligare elva datortomografer i omgivningen.

Visserligen finns det betydande olikheter mellan länderna, men man kan aldrig komma ifrån att man i Schweiz är van att få en datortomografi- eller magnetkameraundersökning vid behov samma dag och en tidsbeställd undersökning inom några dagar.

I Malmö kan detta ta upp till ett år. De långa väntetiderna gör naturligtvis att många patienter söker akut och att många utredningar görs på jourtid. Om jag då som jourhavande radiolog sent på kvällen av en kollega pressas till att göra en tumörtagning blir kvaliteten inte bra, och den blir inte bättre om jag går en kurs i kvalitetssäkring.

Arbetsvillkoren lika viktiga som lönen

Våra huvudmän tar inte ansvar för våra arbetsvillkor. De begär mer arbete av oss än vi hinner med. De bryr sig inte om ifall vi kan genomföra arbetet med den kvalitet som patienterna med all rätt kräver av oss.

Ett starkt engagemang av Läkarförbundet i dessa frågor är önskvärt. Jag efterlyser klara anvisningar för hur man ska hantera situationer när man på grund av bristande resurser pressas att göra mer än man kan klara med bibehållen kvalitet. Våra arbetsförhållanden är lika viktiga att kämpa för som lönen – i sista hand med strejk om så skulle krävas.

Pavel Kesek

*överläkare, röntgen,
Trelleborgs lasarett
pavel.kesek@telia.com*