

och sjukvård är inget undantag. Strukturella dissonanser uppstår och förvärras av missförstånd och misstänksamhet mellan olika grupper. Utmaningen är att skapa en kreativ konfrontation mellan områdena. De flesta inser att skillnaderna kan hanteras och att ett ökat samarbete mellan klinik och laboratorium är nödvändig. Frågan är bara hur detta ska åstadkommas.

För en hållbar forskningsorganisation

Det råder enighet bland de intervjuade om värdet av att vidmakthålla universitetssjukhusens form. »De [politikerna och sjukhusledningarna] måste bestämma sig för vilken sorts organisation de vill ha. De inser hur viktiga vård, förebyggande verksamhet och förbättringar är; vad de behöver göra nu är att fundera på hur de ska organisera verksamheten för att åstadkomma detta.«

Kulturella aspekter är väldigt viktiga för både kliniker och forskare när de beskriver vad de uppfattar som kärnan i universitetssjukhusen som organisation. Denna kärna beskrivs som en miljö av »ifrågasättande«. »Vi måste fråga oss om vi gör ett bra eller dåligt arbete. På så sätt kan vi identifiera forskningsfrågor.« Det betyder att forskningen blir en integrerad del av vardagssysslorna. »Detta måste vägleda sjuksköterskor lika väl som läkare. Det måste finnas en integrerad mentalitet från toppen av verksamheten. Allt handlar om kultur.«

Partnerskap mellan universitet och klinik

Det finns två, sinsemellan relaterade, föreställningar om hur samspelet mellan klinik och laboratorium kan förbättras. Den första är att utöka möjligheterna att bedriva forskning i kliniska miljöer. Den andra är att skapa plattformar för samverkan mellan grupper och mellan individer.

Forskningen vid universitetssjukhusen

Hur kan forskningen vid universitetssjukhusen utvecklas? Några generella tendenser kan urskiljas. Medel bör öronmärkas för småskaliga, kliniskt inriktade forskningsprojekt. Tid måste avsättas för forskning för alla kliniskt verksamma. För att undvika fragmentering kan denna forskningstid samlas ihop inom kliniska forskargrupper med lämpliga möjligheter för handledning. Resurser måste avsättas för att kunna utveckla en kader av forskare med klinisk inriktning.

En annan möjlighet som framhålls är att skapa organisatoriska strukturer för samverkan mellan olika avdelningar och institutioner för att knyta samman klinisk och experimentell forskning. Detta ses från många håll, särskilt från fakulteter, sjukhusledningar och forsknings-

finansierare, som ett sätt att skapa interaktiva miljöer där möjligheter till intellektuella möten erbjuds.

En sådan mer strukturell ansats får dock ett visst mothugg inom den kliniska verksamheten. Den kan inte skapa förutsättningar för mer genuint samarbete, utan stannar på en organisatorisk nivå. Sådana organisationer tenderar, menar man, att bli för stela och fångar inte in komplexiteten och föränderligheten i forskningen. En person som intervjuades ritade upp en mängd linjer i en enda röra och sade: »Detta är den sorts organisationsstruktur vi behöver.«

En gränsöverskridande, interaktiv miljö

I dagsläget, med den ökade tids- och kostnadspressen inom sjukvården och forskningens ökande specialisering, är det en övermänsklig uppgift att lägga ansvaret för integrationen på enstaka individer. En fråga som restes i diskussionerna var om formella strukturer för samverkan borde skapas. Det svar som framkom var ett intressant »ja och nej«.

Samverkan är nödvändig, men kan inte ledas eller drivas fram. Ska man korsa gränser mellan akademi och klinik kan man inte dirigera fram en sådan trafik: den måste uppmuntras och stödjas. Barriären mellan klinik och laboratorium är inte huvudsakligen strukturell utan kulturell, skulle man kunna hävda.

Man talar olika språk, har olika ideal, tidshorisonter och belöningsssystem, och strävar efter olika mål.

För att lösa dessa motsättningar och olikheter räcker det inte med att skapa nya strukturer. En ny organisationskultur måste byggas upp och vidmakthållas.

Slutord

Detta är naturligtvis inte hela sanningen om uppdelningen mellan klinisk verksamhet och den medicinska forskningen. Det utgör *ett* perspektiv och *en* förklaringsmodell som utgår från kulturella faktorerets betydelse för kommunikationssvårigheterna. Det räcker inte – även om detta också är en viktig komponent – med att bygga upp integrerade strukturer för klinisk och experimentell samverkan.

Det krävs också en kraftigt förbättrad interaktion mellan kliniskt verksamma och experimentella forskare. Kan dessa bägge element kombineras finns förutsättningarna för en hållbar kommunikation över disciplin- och organisationsgränser, till gagn för vetenskapen, sjukvården och samhället som helhet. •

Referens

1. Dainton F. Reflections on the universities and the NHS (mimeo), 1981.

Korrespondens

Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, jan.lind@lakartidningen.se

Okunskap eller bedrägligt beteende vid rekvisition av journalkopior?

■ Nyligen anlände ett brev från ett försäkringsbolag innehållande en begäran om journalkopior för försäkringsmedicinsk bedömning. Av brevet framgick att bolaget för journalkopior ej betalade något för de första nio sidorna och ett mindre belopp därutöver. Man hänvisade till avgiftsförordningen för allmänna handlingar (1992:191). Bolaget meddelade vidare att man ej tog emot postförsäkring samt att man förväntade sig en snabb handläggning av ärendet.

Privatmottagningen ingen myndighet

Jag fick nu anledning att för bolaget förklara följande:

1. Journalhandlingar hos privatläkare är ej allmänna handlingar utan läkarens egendom.
2. En privatläkarmottagning är ej någon myndighet.

3. Om bolaget önskade erhålla journalkopior fick det vänligen betala en skälig ersättning för journalhantering, kopieringskostnader, porto m m.

Med anledning av det inträffade föreslår jag privatpraktiserande läkare som får liknande rekvisitioner av journalkopior att hantera situationen på ovan angivet sätt.

Jan Byström

privaturolog och jur kand, Stockholm
janby@spray.se