

Blivande familjeläkare lär sig pediatrik främst på vårdcentralerna

■ Det är intressant att i Läkartidningen 47/2003 (sidan 3891) ta del av professor Hugo Lagercrantz synpunkter på det pediatrika inslaget i vår specialistutbildning, och mycket talande att han anser att den *enda* pediatrika utbildning vi får är den tid vi tjänstgör på en pediatrik klinik. Det är ju inte helt ovanligt att företrädare för organ- och åldersspecialiteter ser på saken just ur den synvinkeln.

Kraven för att bli allmänläkare

För att bli specialist i allmänmedicin ska ST-läkaren följa patienter i primärvården över tid och på så sätt träffa många patienter (barn i alla åldrar likväl som

vuxna i alla åldrar) med vanliga åkommor.

De ovanliga åkommorna kan vi i vissa fall behöva komma i kontakt med för att hitta igen dem i det allmänmedicinska symtombruset, och då kan en sjukhusklinik vara en perfekt plats att tjänstgöra på. Det kan också vara lämpligt att träna vissa färdigheter på en annans specialitets mottagning.

Lär på våra arbetsplatser

Våra kunskapsmål, som står beskrivna i målbeskrivningen för allmänmedicin, ger oss vägledning om vad vi ska kunna som färdig specialist, och av de diagnoserna ser vi de flesta ute i primärvården,

på våra arbetsplatser. Där, på våra läkarmottagningar, får vi också den största delen av vår pediatrika utbildning under specialiseringstjänstgöringen. Vi ser barnen med deras familjer, i deras vardagliga sammanhang.

De flesta av oss anser att de pediatrika klinikerna är en lämplig plats att hämta in ytterligare kunskap från, men den kunskapen är att betrakta som en liten del av vårt pediatrika kunnande.

Eva Jaktlund

*ST-läkare, Ånge vårdcentral,
ordförande i Svensk förenings
för allmänmedicin (SFAM) ST-råd
eva.jaktlund@swipnet.se*

Ska marknadskrafterna styra arbetsmiljön?

■ Efter att ha läst inlägget av Göran Albinsson Bruhner (GAB) i Läkartidningen 47/2003 (sidorna 3927-8) infinner sig några frågor:

1. Då GAB antyder att »rätten« att få utsätta småbarn för passiv rökning är något som måste värnas, undrar jag om han är indignerad över förbudet mot barnaga.

2. GAB skriver om polisväsendet: »Dess uppgift är inte att skydda oss från oss själva utan från andra«, och låter oss förstå att det därmed har ett existensberättigande. Av vilken anledning väljer

GAB att inte förstå att rökförbud på restauranger handlar om att *skydda* framför allt anställda från vissa gästers (*andras*) egoistiska och arbetsmiljöskadande beteende; att utsätta omgivningen för skadlig rök?

3. Anser ekonomie doktor Albinsson Bruhner att marknadskrafter ensamt ska styra vilka krav som anställda har rätt att ställa på sina arbetsmiljöer?

Mattias Schmidt

*med kand
schmidtmatias@hotmail.com*

Replik:

Lagfästa miljöregler är motiverade

■ Svar på Mattias Schmidts frågor:

1. Redan i 1734 års lag var det straffbelagt att låta hemaga övergå i misshandel. Jag är inte indignerad över det år 1979 införda förbudet mot aga. Min utgångspunkt är dock att föräldrar vill sina barns bästa. Men naturligtvis finns de som av obetänksamhet utsätter småbarn för tobaksrök. Dessa torde dock vara så få att det inte går att motivera etablerandet av ett integritetskränkande kontrollorgan med rätt att göra husrannsakan ifall rökdetektorn ger utslag vid ytterdörrens nyckelhål.

2. Frågan är redan besvarad i min krönika. Det är inte konstigare med särskilda restauranger för icke-rökare (antinikotinister) än speciella matställen för icke-köttätare (vegetarianer).

3. Anställda har en självklar rätt att ställa vilka krav de vill på sina arbetsmiljöer. Den saken angår inga marknadskrafter. Den relevanta frågan gäller vilka hänsyn som skall tas till kraven.

Effektiva marknadslösningar förutsätter välinformerade aktörer. Alldenstund många arbetsplatser – bl a sjukhus – rymmer för de flesta människor okända farligheter är lagfästa miljöregler motiverade.

Göran Albinsson Bruhner

*ekonomie doktor, har ett yrkesförflutet
inom försvar, industri, forskning och
dagspress
gbruhner@algonet.se*

Tre fall av »luftsjuka«



Foto: IBL

Under en och samma flygresa drabbades en passagerare av frontalsinuit och en av gastroenterit, vilket beskrivs i inlägget. Dessutom ett fall av tandvärk som bara uppträdde vid landning! (Planet på bilden har inget direkt samband med artikeln.)

■ Det var under en rutinflygning – åtminstone för besättningen – som det hände. Jag sitter bekvämt tillbakalutad i min flygplansfåtölj när jag hör en kvinnas bakom mig sitta och stöna och andas högfrekvent. Ett par sekunder senare händer samma sak med en man snett framför mig. Båda verkar frånvarande, lätt motoriskt oroliga och påtagligt bleka.

»Ont i magen«

Vi är på väg att landa på Arlanda och sitter fastspända, så jag kan bara gissa vad det gäller och försiktigt komma med lite råd. Får veta att kvinnan, som är cirka 30 år, tidigare klagat över ont i »magen« och väninnan tror att det satt igång igen. Ber henne täcka över ansiktet med en duk för att hon skall slippa hyperventilationsproblem.

Mannen, 50 år och uppskattad tenor i vår kör, har en sjuksköterska, också hon körmedlem, vid sin sida. Hon har pro-

blem att få någon anamnes av honom men kan konstatera att pulsen är normal.

Väl på marken har det lugnat ner sig för kvinnan så jag kan koncentrera mig på vår tenor. Han talar svagt och berättar att han fått en intensiv huvudvärk och att han är svag i båda armarna. Han är illamående men börjar klarna sakta och börjar må bättre. Fortfarande dock blek och mycket matt. Någon fokalneurologi får jag inte fram.

Besättningen ordnar med att det kommer ut en ambulans på plattan och vi åker direkt till neuroakuten, Karolinska sjukhuset, med honom. Dessförinnan hann jag se om kvinnan som blivit påtagligt bättre och inte behövde någon ambulanstransport. På KS har 50-åringens huvudvärk släppt och han är beredd att sjunga en hjältearia.

Frontalsinuit

Vad hade hänt? Det var knappast ett aneurysm som hotade att spricka. Han hade inte haft några huvudvärksattacker tidigare så det var inte troligt att det rörde sig om migränanfall eller supraorbitalisneuralgi. Värken hade suttit strax ovanför ena ögat och det ömmade fortfarande där. Dessutom hade han varit lite förkyld. Aha! Alltså var det »bara« en frontalsinuit, som vid avstängning och utan tryckutjämning lett till en så dramatisk sjukdomsbild.

Det visade sig att kvinnan i planet ätit något olämpligt föregående dag och haft våldsam gastroenterit, där tarmtömningen stoppats med Imodium. En kolik som förvärras av tryckskillnad i kabinen är mer svårbegriplig – kanske en omfördelning av en redan dilaterad tarm kan ha utlöst smärtan?

Tandvärk vid landning

Till raden av »luftsjuka« hör min hustru, som hade en tand som alltid värkte vid landning. »Mycket intressant«, sa tandläkaren, hade bara läst om det. Fick borra i tre tänder innan han hittade kaviteten, och efter lagning är tanden inte besvärlig längre.

I dessa bristtider när man inte har någon stationerad läkare ens på en sådan flygplats som Arlanda – Läkartidningen 36/ 2003 (sidorna 2785-6) – chansar man på att någon resande kollega finns i närheten vid akut sjukdom som är beredd att hoppa in. Självklart ställer väl de flesta upp men O, sancta simplicitas – det gäller att komma ihåg vad som stod i fysiologiboken!

Gösta Claesson

med dr, överläkare, barnkirurgen,
Astrid Lindgrens barnsjukhus,
Karolinska sjukhuset, Stockholm
gosta.claesson@ks.se

Fördomsfullt i psykiatribok om kvinnlig sexualitet

II Femte upplagan av »Psykiatri« från år 2000 av Jan-Otto Ottosson är rekommenderad kurslitteratur på psykiatrikursen på läkarprogrammet. Kapitel 25 heter »Störningar i sexuell identitet och preferens« och där blandas rubriker som pedofili, zoofili, incest och våldtäkt med homosexualitet.

Detta är anmärkningsvärt då homosexualitet slutade att klassas som en sjukdom 1979. I avsnittet om homosexualitet står bland annat: »... I stort är den manliga homosexualiteten mer erotisk färgad än den kvinnliga ...« samt »... Bland kvinnor har de flesta fasta förbindelser medan männen är mer flyktiga ...«. Här synliggörs ett fördomsfullt heteronormativt synsätt och en föråldrad bild av kvinnlig sexualitet som erotisk och passiv.

Replik:

Det är mig fjärran att vilja sprida fördomar

II Eftersom jag arbetar med en ny upplaga av »Psykiatri« kommer Magdalena Ståhls synpunkter lägligt. Om homosexualitet kan uppfattas som jämställd med sexuella perversioner har avsnittet oneligen fel placering.

Det är riktigt att homosexualitet numera inte betraktas som en psykisk störning. Däremot har ICD-10 diagnoskriterier när en individ – hetero-, bi- eller homosexuell – önskar sig vara annorlunda då läggningen orsakar problem (egodyston sexuell orientering). Jag har därför redovisat de fruktlösa utsikterna med olika former av psykioterapi och i stället

Avsnittet avslutas med rubriken »Behandling«, där det bla heter: »Konfliktcentrerad psykoterapi av homosexualitet har inte varit framgångsrik och beteendeterapi ger på sin höjd kortvariga förändringar ...«.

Tänk om Jan-Otto Ottosson – istället för att beskriva fördomar som vetenskapliga fakta – ansträngde sig för att ifrågasätta normer och framförde en attityd där människor slipper hamna bland incest och pedofili när de blir kära i någon av samma kön och där kvinnlig sexualitet kan vara minst lika »erotiskt färgad« som manlig.

Magdalena Ståhl

termin 9, läkarprogrammet,
Karolinska institutet, Stockholm
magdalena46@hotmail.com

betonat behovet av stöd för att acceptera läggningen.

Vid jämförelse av manlig och kvinnlig homosexualitet har jag framhållit att variationen är lika stor som i heterosexuella förhållanden.

Som framgår av referenserna på nätet bygger Psykiatri på vetenskapliga artiklar eller översikter och monografier av specialister inom respektive områden. Det är mig fjärran att vilja sprida fördomar.

Jan-Otto Ottosson

professor emeritus i psykiatri, Göteborg
jan-otto.ottosson@gothnet.nu

Bättre resursanvändning inom sjukvården – med med etiken i centrum

II I ett allt kärvare sjukvårdsklimat med för patienterna långa väntetider både till operativ och medicinsk behandling och krympande ekonomiska ramar är debatt kring hur sjukvården fungerar och synpunkter på eventuellt förändringsarbete synnerligen viktigt. Folke Flam tar i Medicinska kommentar i Läkartidningen 37/2003 (sidorna 2822-3) upp viktiga aspekter på denna problematik.

Vi känner säkert igen oss alla, när han beskriver mottagningsarbete som en lågprioriterad del i vår läkarverksamhet. Vi går hellre på viktiga möten eller opererar en intressant åkomma än engagerar oss i

ett betungande mottagningsarbete. Man frågar sig varför utvecklingen gått i den riktningen. Är det så att vad vi själva gör som läkare blivit mera prioriterat än vad vi gör för patienten? Som läkare är vi ju satta att ställa patienten i centrum och ej verka för egen vinnings skull. Detta öppnar viktiga etiska frågeställningar och kräver att vi rannsakar oss själva, hur vi verkar i vår läkarroll.

Etiken får inte glömmas bort

Användandet av resurserna på ett optimalt sätt är naturligtvis av fundamental betydelse för att nå kostnadseffektivitet