

ökad risk för försenad läkning och ytterligare skador om idrottsutövaren fortsätter träna eller tävla.«

När det gäller de båda ovan nämnda elitidrottarna sprutades lokalbedövningsmedel runt hälsenan inför den tävling där senan gick av. Om lokalbedövningsmedlet var av betydelse för rupturen i dessa två fall är omöjligt att avgöra till och med i efterhand, men tvivelsutan medförde injektionerna inget gott. Den kunskap och erfarenhet som finns idag är att man inte skall lokalbedöva hälsenesmärta inför idrottstävlingar.

Även om det finns tillfällen då lokalbedövning kan vara berättigad i idrotts-sammanhang måste idrottsmedicinerna inse att dessa tillfällen är mycket få, och att det nästan alltid är bättre att låta bli.

Övriga konsekvenser

Dessa fall beskriver en situation där den medicinska behandlingen kan ha medverkat till att en icke oväsentlig komplikation har uppstått. En hälseneruptur med en atypisk lokalisering, som kräver en omfattande akut kirurgisk åtgärd, åtföljt av en mycket lång rehabilitering och där man inte kan bortse från risken för bestående oförmåga att utöva idrott på hög nivå, bör leda till en principiell diskussion avseende ekonomisk ersättning inom ramen för Patientskadeförsäkringen. På samma sätt kan det också diskuteras om behandlingsrutinerna som kan ha orsakat sådan komplikation bör granskas av Socialstyrelsen, framför allt i akt och mening att minska risken för upprepning.

Kvarstående erfarenheter

Sammanfattande vill vi bestämt hävda att det idag finns oerhört mycket erfarenhet och kunskap inom idrottsmedicinen, och att en del av den kan klassas som evidensbaserad. För att idrottsmedicinen skall ge bästa resultat krävs emellertid att kunskapen paras med eftertänksamhet och etik-kunskap. Dessutom skall vi gemensamt lära inte bara av framgångar utan också av de tillfällen då behandlingen misslyckats.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Stor skillnad mellan olika uthyrningsföretag

Många landsting har på senare tid börjat anlita massuthyrningsföretag i stället för konsultföretag för att klara sin läkarförsörjning. Detta har medfört en kraftig försämring av kvaliteten på stafettläkartjänsterna. I artikeln redovisas vilka krav som bör kunna ställas på uthyrningsbolagen för att upprätthålla kvaliteten och öka effektiviteten i verksamheterna.

ULF DAMMERT

leg läkare, specialist i allmänmedicin, Uppsala
ulf@dammert.se

II Det har förekommit en debatt i olika medicinska tidskrifter om kontroller av läkares legitimation och eventuella anmärkningar hos Ansvarsnämnden. Orsaken till denna debattartikel är bl a ett uttalande från en bemanningsledare för ett uthyrnings-/bemanningsföretag i Mellansverige.

Denne skulle enligt en tidningsartikel nyligen ha sagt att man »naturligtvis inte väljer att kontraktera en läkare som fått en anmärkning i Ansvarsnämnden«. Detta hårresande uttalande visar att åtminstone detta uthyrningsföretag använder sig av anställda som inte har mycket kunnande vad gäller den medicinska delen av företagets verksamhet!

Det är en skandal att företaget i fråga inte använder anställda *läkare* som gör en bedömning av andra läkares kompetens!

Bättre med kirurg på vårdcentral?

Under senare år har jag i olika sammanhang kommit underfund med vilken skiftande kvalitet det är hos de olika uthyrningsbolagen.

Ett enda exempel ytterligare:

Ett annat bolags bemanningsledare – ej läkare – omtalade för mig att man visserligen oftast använde annan specialist än specialist i allmänmedicin för tjänstgöring på vårdcentral, men att det inte behövde vara någon sämre lösning. Exempelvis hade man en kirurg som de senaste två åren på jourkompetid arbetat nästan tio veckor om året på en vårdcentral. Nästan bättre att använda honom än en specialist i allmänmedicin!

När jag frågade om det omvända – dvs om en distriktsläkare arbetar tio veckor om året på en kirurgklinik, innebär detta att han är bättre kirurg än en

specialist i kirurgi – hördes ett förläget skratt.

Två slags uthyrningsföretag

Enligt min uppfattning finns det två olika typer av uthyrningsföretag: konsultbolag och massuthyrningsbolag.

Om arvodet för en läkartjänst är ungefär lika tror jag att landstingen skulle få ut väsentligt mer för sina pengar om man anlitar riktiga konsultbolag. Trenden har emellertid gått mot att landstingen endast vill anlita massuthyrningsbolag för att underlätta det administrativa.

Exempelvis har de fyra nordligaste länen ansett att det varit alldeles för många s k stafettläkarföretag i omlopp, och man infordrade anbud för dessa läkartjänster samt krävde slutande av s k ramavtal (dvs ett avtal som man ska tillämpa i varje enskilt fall om kortare tjänstgöring kommer till stånd).

Endast de företag som sedan godtagits ska i princip användas de närmaste åren framöver. Dessa företag har många läkare ute samtidigt varje vecka, varför de är av typen »massuthyrningsföretag«.

Det handlar då oftast om att passivt sända ut läkare utan att dessa i förväg ges någon noggrann information om de lo-

Vid nästa upphandling – skilj mellan äpplen och päron! Infordra anbud angående konsultläkartjänster för sig och massuthyrningsbolag med passivt iväg-sändande av läkare för sig.

kala förhållandena – medicinskt eller administrativt. När läkarna väl kommer till vårdcentralerna/sjukhusen går det åt mycket tid till introduktion innan de kan sätta igång och tjänstgöra fullt ut.

Till förfång för små företag

På många håll i landet i övrigt har man på samma sätt infordrat anbud och därvid utformat dessa så att i princip endast de stora bolagen kunnat delta. Detta är till förfång för oss med mindre företag.

Min egen erfarenhet: Jag är företagsledare för ett konsultbolag med verksamhet med läkarleasing – stafettläkarverksamhet – till vårdcentraler sedan 15 år. Jag är själv läkare. Sedan några månader har mitt senaste kontrakt gått ut (efter sju år i samma sjukvårdsdistrikt), och företaget har för närvarande ingen stafettläkarverksamhet alls, då upphandling med massuthyrningsbolag har genomförts och man rent juridiskt inte anser att man kan gå ifrån upphandlingen.

Försämrad stafettkvalitet

Enligt min uppfattning har ovanstående inneburit en kraftig försämring av kvaliteten på stafettläkartjänsterna.

Massuthyrningsbolagen lägger i de flesta fall in sina läkare i ett tjänstgöringsschema utan att veta vad tjänstgöringen på just den orten går ut på! Först »godkänns« läkarna av företaget – som ovan beskrivits ofta av folk som själva inte är läkare! Uppringning för tagande av referenser görs inte heller av läkare! Jag har själv blivit uppringd av flera av dessa bemanningssekreterare angående referenser för läkare som tidigare tjänstgjort hos mig.

Vad bör landstingen göra?

Vid nästa upphandling – skilj mellan äpplen och päron! Infordra anbud angående konsultläkartjänster för sig och massuthyrningsbolag med passivt iväg-sändande av läkare för sig.

För läkarstafetter enligt konsultbolagsprincipen kan bl a följande krav ställas:

- Bolaget ska anlita läkare för bedömning av läkares kompetens. Det är således ej tillåtet att delegera till andra än läkare att i sådant ärende handha kontakter med Socialstyrelsen eller med tidigare arbetsplatser.
- För varje läkartjänst ska en ansvarig läkare hos konsultbolaget utses – här kallad AL. Denna ska alltid först själv tjänstgöra på det aktuella tjänstgöringsstället.
- AL ska upprätta en detaljerad skriftlig information om den lokala verksamheten, såsom krav på utredning före remiss, remissvägar, lokala terapitraditioner och utredningar samt

detaljer om hur tjänstgöringen är upplagd. Även det viktigaste avseende datajournalssystemet bör noteras, liksom uppgift om befattningshavare och hur samarbetet fungerar med dem – distriktssköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sekreterare. Därutöver antecknas allt det praktiska med uppgift om bostäder, leasingbilar, lunchställen, personalkaffe etc.

- AL ska uppdatera denna information kontinuerligt och sända den till läkarna. Denna ska även gås igenom muntligt per telefon inför varje veckas tjänstgöring. AL ska också ställa krav på att deltagande läkare ska ta ansvar för varandras provsvar, fortsatt utredning, sjukskrivningar och liknande. Därigenom kan läkarna direkt, från i princip första timmen, sätta igång med tjänstgöringen på ett nytt ställe, och de ordinarie läkarna slipper att »reda upp« efter icke-specialist och därutöver åtgärda provsvar m m.
- AL ska personligen tjänstgöra på samma ställe ett flertal utspridda veckor per år för att kunna hålla god kontakt med de lokala läkarna och deras krav, liksom att vara förmedlande länk även åt andra hållet.
- Deltagande läkare i stafetten ska återkomma flera gånger varje år. Det är t ex mycket *bättre* att sprida ut sex tjänstgöringsveckor med tjänstgöring en vecka i taget än att samma läkare tjänstgör sex veckor i rad och sedan inte återkommer. I det senare fallet är sannolikheten mycket liten att en patient som behöver återbesök t ex 2–3 gånger per år någonsin får träffa samma läkare.
- Större krav måste ställas på att tjänstgörande läkare verkligen har rätt specialistkompetens för den befattning det gäller. Som det är nu medges ofta undantag enligt anbudet, och i praktiken har det ibland varit mer undantag än regel! Skriv in att om det i efterhand (efter t ex åtta månader) visar sig att mer än 30 procent av tjänstgöringsveckorna upprätthålls av ST-läkare eller annan specialist än den aktuella avförs detta bolag från ramavtalet. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren är sedan 1988 företagsledare för Doktorn Stockholm och Uppsala AB.

AC-laryngit – känd sjukdom eller ej?

■ AC-laryngit står för laryngit, orsakad av en längre tid exposition av luftkonditionering (air condition).

Bilresa till Italien

Det första fall jag upptäckte var jag själv när familjen för ett par år sedan bilade till Italien en varm sommar. Bilens AC-anläggning gick för fullt nonstop. När vi stannade i södra Tyskland blev jag på kvällen kav hes, men kände inga andra symtom. Dagen därpå, lika hes, fortsatte jag och familjen till Italien med ACn på. Vid framkomsten var jag ännu hesare, men efter tre dagar fullt återställd. Ingen annan i familjen drabbades.

Vid hemresan inträffade samma sak med heshet, som beskrivits ovan. Ett par dagar efter hemkomsten var jag helt återställd. Under heshetsperioderna hade jag inga andra förkylningssymtom såsom hosta eller snuva. Ett par veckor senare flög jag till USA och drabbades återigen av samma heshet både efter dit- och hemresan.

Sedan dess har jag tagit för vana att fråga alla patienter med laryngit om de varit exponerade för AC de senaste dagarna. Förvånansvärt ofta blir svaret ja. Dessa patienter har inga andra symtom och är i avsaknad av infektionsparametrar i blodet. Svalg och näsa inspekteras u a, medan däremot stämbanden är kraftigt rodnade och svullna. Röstvila ett par dagar gör susen, alla blir friska.

Yrkeschaufförer stänger av

Jag har talat med några yrkeschaufförer, som noterat samma negativa effekter av AC och därför använder denna intermittent och slipper då få besvär. Ingen av dessa har sökt läkare, då de själva tror sig ha upptäckt en skadlig inverkan på stämbanden av för mycket AC-användning.

Jag är säkerligen inte den ende läkare som känner till denna åkomma, men jag vill med dessa rader ändå informera kolleger som inte känner till detta fenomen att diagnosen AC-laryngit är lätt att ställa om man har detta tillstånd i åtanke. Behandling och utredning behövs ej i de fall, som läker »planenligt«. Om de icke gör det, skall de naturligtvis utredas vidare.

Claes von Segebaden

leg läkare, Stockholm
segebode@hotmail.com