

»Polikliniken öppnar kl 10.00 och Akademiska Bokhandeln kl 09.00. Om du passar på när de öppnar och köper en lärobok i öronsjukdomar så hinner du att slå i dig det viktigaste.' ... Så talade en av den tidens auktoriteter.«

en primärvårdsläkares dagliga verksamhet.

De besvikna studenterna nämner även sina tidigare kontakter med sådana patienter under primärvårdsundervisningen men menar att denna »inte varit strukturerad utan av mycket varierande innehåll. Exempelvis kan en läkarstudent före ÖNH-momentet undersöka med otoskop utan att ha undervisats i handhavande eller normalbild på ett systematiskt sätt. Det är helt enkelt svårt att uppå en integration utan att studenterna har de baskunskaper som krävs«.

Frågan är om dessa brister kan repareras under de kommande sju undervisningsdagarna på KI. En betydligt mer omfattande undervisning ges på motsvarande kurser i Lund, Göteborg och Umeå enligt en jämförande tabell i studenternas artikel.

Denna för specialiteten miserabla situation på KI kommer mig att tänka på hur det var för 100 år sedan då ÖNH-specialiteten avknoppades från kirurgin beroende på det ökade behovet av livräddande och hörselbevarande ingrepp vid komplicerade otiter. Det var inte ovanligt att maktfullkomliga kirurgchefer var obenäga att dela med sig av sitt revir.

En av dem var Karl Gustaf Lennander i Uppsala. Han hade en underläkare som just var på väg till Stockholm för att tillträda ett vikariat. Resan blev på Lennanders order

hastigt inhiberad på grund av en akut vakans på den egna kliniken. Vederbörande beordrades att i stället redan dagen efter inställa sig för att överta ansvaret för den kirurgiska polikliniken.

Den unge kollegan invände »men det kan ju komma öronfall och sådana har jag ingen erfarenhet av«. Svaret blev: »Polikliniken öppnar kl 10.00 och Akademiska Bokhandeln kl 09.00. Om du passar på när de öppnar och köper en lärobok i öronsjukdomar så hinner du att slå i dig det viktigaste. För övrigt vill det bra stor otur till om du skulle få något svårare fall första dagen.« Så talade en av den tidens auktoriteter.

Förvisso har förutsättningarna för specialiteten ändrats sedan dess och även vidareutvecklats med nya kunskaper samt nya undersökningsmetoder och behandlingar. En basutbildning på endast sju dagar kan förvisso sägas vara något mer patientanpassad än en timmes läroboksstudier men inte särskilt mycket, förefaller det. Bristande instrumentell träning och kontakt med endast ett minimalt antal akuta ÖNH-fall kan innebära en dyster framtid både för de blivande läkarnas kompetens inom en praktiskt viktig specialitet och framför allt för kommande patienters behov och önskemål.

Studenterna har så rätt när de skriver »det bästa sättet att träna sin läkarroll är det praktiska mötet med patienter«. Det visar att studenterna är måna om sin utbildning och sin kommande verksamhet. Genom sin artikel visar de ett ansvar, som deras nuvarande lärare och schemaläggare tycks sakna och vars ambitioner förefaller sväva högt över dagens kliniska verklighet och framtidens behov av kompetenta läkare.

Nils Gunnar Toremalm
professor emeritus
i ÖNH-sjukdomar, Lund
n.toremalm@telia .com

SLUTREPLIK OM PRIORITERINGAR I VÄSTERBOTTEN:

Gör bättre nästa gång

■ Landstingsdirektör Sofie Edberg har i allmänna ordalag kommenterat behovet av att göra prioriteringar i sjukvården och att både verksamhet och politisk ledning ska vara inblandade i detta (LT 5/2009, sidan 296). Vi har på intet sätt ifrågasatt att prioriteringar behöver göras både i sjukvården och i landstingsvärlden och i samhället i stort, och att politisk ledning och verksamhetens företrädare där båda har viktiga roller.

Vi har däremot på ett antal konkreta punkter kommenterat och haft kritiska synpunkter på hur prioriteringsprocessen drevs och forcerades fram i Västerbottens läns landsting under hösten 2008 (LT 3/2009, sidan 126). Avsikten med den kritiken var att öka chansen att en liknande process i framtiden, i Västerbotten eller i andra landsting/regioner, ska kunna gå bättre och mera trovärdigt fram, inte minst mot bakgrund av den glättade bild av processen som företrädare för landstingsledningen tidigare målat

upp i detta medium (LT 45/2008, sidan 3180; LT 48-49/2008, sidan 3510).

I ett helt annat sammanhang fällde socialminister Göran Hägglund häromdagen repliken »Det är bättre att göra rätt än att göra fort«, och det borde väl gälla även för den form av planering och prioritering i sjukvården som vi diskuterar här.

Erik Bergström
docent, överläkare, barn- och ungdomskliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Kurt Boman
professor, överläkare, Medicin-geriatrik, Skellefteå lasarett

Rune Dahlqvist
professor, överläkare, Läkemedelscentrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
rune.dahlqvist@pharm.umu.se

Lisbeth Slunga Birgander
docent, överläkare, Arbets- och beteendemedicinskt centrum, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Vart ska jag skicka remisserna?

■ I arbetet som husläkare i Stockholmsområdet blir jag allt mer frustrerad över att inte veta vart jag ska skicka mina remisser för att få en specialistbedömning inom rimlig tid. Var gör man arbetsprov, opererar ljumskbräck, bedömer svår psoriasis, fryser vårtor, gör fertilitetsutredningar, opererar diskbräck eller spinalstenos, åtgärdar fula tänder eller i princip vad som helst? Ska man ha detta i huvudet när det hela tiden ändras, nu senast då storsjukhusen införde remisstopp? Det är faktiskt inte rimligt att ägna en stor del varje dag

att jaga bästa möjliga vård och ändå ofta få remissen i retur då man inte har möjlighet att uppfylla vårdgarantin.

En lösning som jag nu ska praktisera är att skicka remisserna direkt till vårdgarantikansliet där man har en bättre överblick.

Jag tror att det är det bästa man kan göra om man vill att ens patienter ska få optimal vård och man själv ska hinna träffa lite nya patienter!

Jesper Zetterquist
specialist i allmänmedicin,
Näsbypark
jesper.zetterquist@nasybyparkshlm.se