

»Räcker det att ledamöter med jäv lämnar rummet, eller stannar deras 'ande' kvar i rummet?«

beredningsgruppen fick högre betyg än män utan kontakter. Skillnaderna är betydande: om man räknar lägsta tilldelade betyget som 0 procent och högsta betyget som 100 procent får män och kvinnor med jävkontakt ca 15 procentenheter högre betyg än män utan kontakter.

Således blir, allt annat lika, män som saknar de rätta kontakterna i viss utsträckning missgynnade. De får relativt sett lägre betyg på sina ansökningar och bör ha sämre möjligheter att få bidrag när konkurrensen är stenhård.

Ämnesrådet för medicin har kommit tillrätta med diskrimineringen av kvinnor, men knappast med »nepotismen«. Varken FAS eller VR har ens närmat sig frågan om jävsrelationernas betydelse trots att detta är en synnerligen vital fråga i den forskningsetiska debatten. Räcker det att ledamöter med jäv lämnar rummet, eller stannar deras »ande« kvar i rummet?

Självklart finns andra och kanske effektivare modeller för att behandla ansökningar. Amerikanska National Science Foundation arbetar med starka »program officers« och externa bedömare. Möjligen skulle ett sådant system lösa den ständigt närvarande jävsproblematiken i svensk forskning. Under alla omständigheter är det dags att föra upp detta på dagordningen för den forskningspolitiska debatten.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Norström T. Forskningsanslag beviljades oftare för män än för kvinnor. *Läkartidningen*. 2007; 104:3273-5.
2. Glynn C, Hyenstrand P, Jacobsson C, Larsson M, Lundberg E, Wadskog D. Vetenskapsrådet och jämställdheten. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2006.
3. Jacobsson C, Lundberg E. Jämställdheten i Vetenskapsrådets forskningstöd 2003-2007. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2008.
4. Wennerås C, Wold A. Nepotism and sexism in peer-review. *Nature*. 1997;387(6631):341-3.
5. Sandström U, Hällsten M. Persistent nepotism in peer-review. *Scientometrics*. 2008;74(2):175-89. <http://forskningspolitik.se/DataFile.asp?FileID=150>

Fler debattinlägg på sidan 1912.

APROPÅ! Ett HSAN-ärende

Tur att Förnya-knappen finns ...

Redovisningen av fallet med fenytoin-överdosering, vilket beskrevs i *Läkartidningen* 24-25/2009 (sidan 1664) gav mig en tankeställare. Efter ett långt yrkesliv innanför sjukhusets skyddande murar har jag, efter pensioneringen, kastat mig ut i verkligheten och tjänstgör nu som vikarierande distriktsläkare (ej hyrläkare).

Vanligt förekommande på min mottagning är patienten, ofta till åren kommen, som kommer för sin regelbundna årskontroll. Vederbörande behandlas oftast för ett flertal åkommor såsom högt blodtryck, höga blodfetter, kärilkramp, andningsproblem, diabe-

tes, sömnproblem, depression etc. Patienten behandlas som regel med ett flertal läkemedel.

Vid korrekt handläggning borde jag nu, utifrån journaluppgifter, anamnes och klinisk undersökning, värdera om indikation fortfarande finns för vart och ett av de aktuella läkemedlen. Vidare borde jag, utifrån klinik och aktuella data för lever- och njurfunktion, värdera om doseringen av läkemedlen är korrekt. Åldersbetingade förändringar kan ha påverkat såväl farmakodynamik som farmakokinetik och därmed utgöra skäl för dosändring. Om något av läkemedlen sponeras eller om något läggs till, bör man bedö-

ma om detta påverkar effekt och metabolism av de övriga.

Hur ser då verkligheten ut? Efter journalläsning, samtal och klinisk undersökning har de tillmätta 30 minuterna för länge sedan runnit ut, och nästa patient väntar troligen otåligt på sin tur. Ändå återstår journalföring. Vad gör man då? Räddningen är den ack så bekväma Förnya-knappen i läkemedelsmodulen.

Kanske är det min tur att nästa gång sitta på de anklagades bänk.

Jan Eric Wirén
överläkare emeritus;
vikarierande distriktsläkare,
Vårdcentralen Husie, Malmö
jan.eric.wiren@telia.com

APROPÅ! Läkarens möte med patienten

Vart är vi på väg?

Då jag läser senaste numret av *Läkartidningen* väcks återigen tanken. I min vardag ser jag fler och fler exempel på hur patienter och läkare flyttas som pusselbitar mellan sjukhus och avdelningar. Gemensamma väntelistor, dålig kontinuitet då läkare tvingas att växla mellan arbetsplatser, utlokalisering av patienter till »fel« avdelningar, missar i information mellan vårdgivare då patienter flyttas runt, är saker som vi förväntas acceptera.

Två exempel från LT 26/2009: I en artikel om kirurgi på äldre läser jag: »Eftersom ortopedien

ibland inte ser patienten efter operationen, får man lätt en glättad bild av verkligheten.« I ett referat av ett ansvarsärende läser jag: »När det var dags för operation träffade den opererande läkaren patienten först då hon redan var sövd.«

För mig är detta tydliga tecken på hur strukturen i vården ökar riskerna för felbehandling och sänker kvaliteten på omhändertagandet. Visst finns det inte sällan goda skäl till att en operatör inte träffar sin patient pre- eller postoperativt, men att det kan vara en norm är för mig obegripligt.

Noggrann journalanteckning, sidomarkering

och preoperativ »time-out« (som en extra kontroll) är givetvis bra, men en personlig kontakt med patienten är att sätta ribben högre (där den ska vara).

För handen på hjärtat – vem av oss som arbetar i vården skulle acceptera en elektiv operation utan att träffa kirurgen först? Läkarens möte med patienten måste prioriteras bättre; vi ska inte stillatigande acceptera att förvandlas till gäster på våra avdelningar och mottagningar.

Anders Tuneskog
narkosläkare, Ljungby
anders.tuneskog@ltkronoberg.se