

fall för såväl mödrarna som deras ofödda barn, och även för deras redan födda barn. Ett synnerligen viktigt inlägg i abortdebatten. (Boken är utgiven av Veritas förlag och redaktionen består av flera namnkunniga kristna skribenter, som t ex Erwin Bischofberger, professor emeritus i medicinsk etik.)



Staffan Bergström skriver till mig från Karachi, där han med några meter just undkommit en självmordsbombare, och undrar varför hans inlägg inte väckt någon debatt i Läkartidningen. Han ber mig som kristen läkare att kommentera det han skrivit.

Det är utmärkt, Staffan, att du fortsätter kämpa för kvinnors och barns rätt till ett värdigt liv. Och vare sig man är kristen eller ateist måste man fortsätta att diskutera vad som är ett skyddsvärt liv, både i livets början och i livets slut. Det är en svårlöst konflikt.

Man kan också spekulera över hur man i framtiden kommer att betrakta de 30 000 aborter som utförs årligen i Sverige i dag. Om några decennier, då vetenskap och etik gett oss nya och bättre metoder att hantera fertiliteten, kommer våra aborter då att fördömas på samma sätt som vi i dag fördömer forna tiders tvångssteriliseringar och lobotomier?

Men att Läkartidningens kristna läsare har viktigare frågor att ta ställning till, som klimathot och orättvis fördelning av jordens resurser, än att käbbla om huruvida befruktningen sker i ett ögonblick eller under några timmar, det ska vi vara tack samma för. Att en humanistisk professor som Staffan Bergström definitivt har viktigare saker att göra, det tackar vi vår Herre för!

Elisabet Finne
företagsläkare, Sundsvall
elisabet.finne@gmail.com

Studierna avgör evidensen

■ Johan Hambræus hävdar i ett debattinlägg i LT 10/2010 (sidorna 694-5) att »SBU bortsåg helt från både behovet av diagnos och tekniskt rätt utförd behandling i sin rapport 2006, där man diskuterade hur man skulle behandla patienter med långvarig smärta«. Ett litet klarläggande kan vara på sin plats.

SBU, liksom andra HTA-organisationer (health technology assessment), använder bestämda kriterier för vilka studier som ska inkluderas, bl a när det gäller diagnoser och beskrivning av patienter.

Patienterna i de granskade studierna hade långvarig ryggsmärta, men för övrigt fanns inget krav på diagnosdefinition. Olika typer av radiofrekvensbehandling accepterades. Vi hade ingen garanti för att behandlingarna »utförts på ett adekvat sätt«, om inte detta framgick av de granskade publikationerna.

Slutsatserna i SBU-rapporten bygger på resultaten från tre systematiska översikter och en randomiserad klinisk studie. Den nytillkomna systematiska översikten (Bogduk N, Dreyfuss P, Govind J. A narrative review of lumbar medial branch neurotomy for the treatment of back pain. *Pain Med.* 2009; 10:1035-45) kan förhoppningsvis bidra till att öka kvaliteten i framtida utvärderingar av radiofrekvensbehandling.

Clas Mannheimer
professor, avdelningen för akut och kardiovaskulär medicin, SU/Östra, Göteborg; expert i projektgruppen för rapporten Metoder för behandling av långvarig smärta, SBU 2006

Susanna Axelsson
projektledare, SBU
axelsson@sbu.se

Har vi läkarbrist?

■ Många har uppfattningen att Sverige har läkarbrist. Den statistiska sanningen är dock att vi har flest läkare per invånare av alla världens länder, dvs 1 läkare per ca 250 invånare och totalt mer än 40 000. På slutet av 1960-talet var totalantalet ca 10 000. Antalet har alltså fyrfaldigats på ett 40-tal år!

I LT 46/2009 söker en klinik två läkare för specialistutbildning (ST-läkare). I beskrivningen av kliniken i annonsen står det: »... har 30 slutenvårdsplatser. Kliniken bemannas för närvarande av 15 specialistläkare och 5 ST-läkare.« 20 läkare på 30 vårdplatser motsvarar alltså 1,5 vårdplats per läkare (min kommentar). Samma klinik hade på 1960-talet 72 vårdplatser och 3 läkartjänster, dvs 24 platser per läkare! Jag är helt sanningsenlig!

Med dagens mått mätt var samtidigt arbetsförhållandena helt omänskliga med t ex jour, visserligen i hemmet, varannan dag och helg utan jourkompensation! Man accepterade förhållandena eftersom man hade inkomst av öppen mottagning inklusive jour som ett slags ackord. Ju mera mottagning, desto högre inkomster! Man var helt nödvändig för verksamheten, och klarade man kraven gav arbetet märkligt stor tillfredsställelse!

Sjukfrånvaron per år var på ensiffrig nivå och lägst bland alla yrkeskategorier. Beprövad erfarenhet fick man samtidigt i stora mått. Det var sämre med tid för vetenskaplig skolning.

1970-talets läkarreformer, med 40-timmarsvecka, jourkompensation och borttagande av prestationslön, har sedan, vad jag förstär, bidragit till stora förändringar av läkararbetet. Alla läkare på lika utbildningsnivå har haft väsentligen lika lön. Extra-

uppsatser, uppdrag, arbete i andra landsting och i grannländer under ledighet har ökat inkomster. Motivationen för kliniskt arbete har avtagit.

Projekt, utvecklingsarbete och »forskning« har uppvärderats på bekostnad av kliniskt arbete. Det har återgett status åt läkarna till glädje också för sjukhuset/landstinget. Även den ovan refererade kliniken har deltagit i denna utvecklingsframgång genom många doktorander och avhandlingsarbeten.

Är den här utvecklingen enbart av godo? Används resurserna rätt? Gör läkarna rätt saker? Att de administrativa kraven ökat är oomtvistligt med allt omständigare intyg och dokumentation trots datorisering.

De många läkarna, framför allt på de stora sjukhusen, tillägnas vetenskaplig skolning, men får de erforderlig beprövad erfarenhet? Ger de sig tid för vanlig patientvård och uppföljning av sina patienter eller återremitteras dessa alltför snabbt till en redan överlastad primärvård?

Åter till ursprungsfrågan: Har vi läkarbrist? Eller har vi motivationsbrist och systemfel som bidragit till obalans i fördelningen av läkarresurser från kliniskt arbete till förman för utvecklingsarbete?

För att förekomma missförstånd vill jag tillägga att jag uppskattar den utveckling som möjliggjort ökad jämställdhet i både hem och arbete.

Göran Lindé
som inte vill bli betraktad som »bättre förr-doktor«, infektionsläkare emeritus, Örebro
linde.goran@telia.com

