

Vad tycker Sylf om AT-skyddsombud?

I Läkartidningen 32–33/98 beskriver Isis Amer-Wåhlin på ett utmärkt sätt att AT-skyddsombud väl kan behövas. Även om tanken på att inrätta skyddsombud kan kännas främmande är sådana vid behov kraftfulla instrument!

Vad tycker Sylf?

Johan Fischer

Värnamo

Sylf svarar

Isis Amer-Wåhlin och Johan Fischer lyfter fram viktiga aspekter av ett engagemang för att stärka AT-läkarnas ställning och höja utbildningskvaliteten i allmäntjänstgöringen. Det behov av en generell kulturförändring inom organisationerna och inom läkarkåren som Isis Amer-Wåhlin så förtjänstfullt beskriver ställer vi oss till 100 procent bakom. För att knyta an till Johan Fischers förslag om inrättande av »AT-skyddsombud» kan man säga att i ett riktigt kollegialt klimat borde varje enskild läkare vara ett skyddsombud för de AT-läkare han eller hon för tillfället har i sin närhet.

Den insiktsfullhet som Johan Fischer och andra äldre kolleger visar genom att på olika sätt engagera sig i de yngsta läkarnas situation, talar för att en kulturförändring verkligen är möjlig. Sylf är ense med Johan Fischer om att det finns ett behov av en mer formell, stödjande och till viss del kontrollerande funktion, men anser att det behovet borde kunna uppfyllas av de studierektorer som inrättats på allt fler håll (idag finns uppskattningsvis ca 150 studierektorer).

Studierektorsfunktionen ännu utvecklad

Studierektorsfunktionen är ännu utvecklad och långt ifrån alla studierektorer har det stöd och den organisatoriska ställning som krävs för ett framgångsrikt arbete. Redan idag finns det dock flera exempel på att engagerade studierektorer kan åstadkomma positiva förändringar. Sylf anser att Läkarförbundet och Sylf hellre än att verka för inrättandet av en ny institution bör fortsätta engagemanget för att stödja fram-

vuxten av en professionell och effektiv studierektorsorganisation; att satsa resurserna på utvecklingen av en existerande funktion hellre än att söka skapa en ny.

Detta är dock inte tillräckligt. Arbetet för en bättre AT måste, som Gunilla Hoffstedt påpekade i sin kommentar till Fischers förslag (Läkartidningen 24/98), ske på flera olika sätt. Att göra de nya målbeskrivningarna för AT kända och använda är ett självklart exempel. Ett fortsatt engagemang för att få handledarfunktionens betydelse erkänd och göra framgångsikt handledarskap till något självklart meriterande är ett annat. Breda inventeringar och utvärderingar av olika sätt att organisera AT är ett tredje. Någon form av »SPUR-inspektion» av AT är kanske också en tanke värd att prova.

Listan kan utan svårighet göras längre, och varken Sylf eller Läkarförbundet kommer att ha svårt att finna meningsfulla aktiviteter inom detta mycket angelägna område.

För Sylfs styrelse

Eva Nilsson Bågenholm,

ordförande

Carolina Wetterqvist,

ledamot

Jan Larsson,

kanslichef

Vem har upphovsrätten till röntgenfilmer?

Det gläder mig att författarna till artikeln i Läkartidningen 24/98 om lungödem efter postoperativ spasm nu anser (Läkartidningen 32–33/98) att bilderna kunde ha utelämnats! Emellertid bör påpekas att diagnosen lungödem kan ställas tidigare med hjälp av lungflilmer *av god kvalitet* än vad som är fallet vid enbart fysikalisk diagnostik.

En annan aspekt i detta sammanhang är vem som har förfoganderätt över röntgenfilmer när det gäller publicering. Om jag inte minns fel gäller lagen om upphovsmannarätt för röntgenfilmer. I princip innebär detta att ansvarig radiolog skall godkänna publiceringen, något som inte alltid sker.

Håkan Arvidsson

docent,

Frankrike

Laryngospasm – en omild försyn?

Jan-Michael Breider och Ingvar Gustafson ger i Läkartidningen 24/98 en föredömlig översikt av behandlingen och patofysiologin vid lungödem efter laryngospasm. När man diskuterar genesen nöjer man sig dock med att bara konstatera att patienten »fick» laryngospasm (tre fallstudier utan enligt författarna listade riskfaktorer). Om detta var ett uttryck för en omild försyn eller om det fanns en annan förklaring framgår inte av diskussionen.

Inte förvånad

Författarna uttrycker i artikeln förvåning över att efter en internationell litteraturgenomgång hitta så få fall av allvarlig laryngospasm (deras referens 8).

Jag delar inte deras förvåning. I ett internationellt perspektiv står den svenska narkosläkaren alltför ofta med ett eller till och med två »ben» i operationskorridoren, vilket får konsekvenser för hans praktiska färdigheter.

Narkosläkaren har ansvar för patientens fria luftväg. Bristande förmåga att upprätthålla den fria luftvägen är klinisk oskicklighet. För att undvika missförstånd bör jag nog påpeka att även undertecknad uppvisat dylik vid tillfällen.

Bristande klinisk skicklighet, om man har någorlunda »talang», botar man genom att öva, öva, öva – i vårt fall alltså att söva, söva, söva. Det är här man skall söka den främsta förklaringen till att laryngospasm över huvud taget utgör ett problem.

Författarna lägger i artikeln tyngdpunkten på behandlingen av en i och för sig allvarlig komplikation som enligt min mening med övning och dito vana lätt kan undvikas. Jag vill med denna kommentar lägga tyngdpunkten på ett erkännande av vikten av övning och erfarenhet så att problemet över huvud taget inte uppstår. Laryngospasm pre-, per eller postoperativt är således ingenting som patienten »får» utan i regel ett uttryck för bristande teknik hos vederbörande anestesör.

Lars Hagerman

(numera) privatpraktiserande

narkosläkare,

Stockholm