

Viktigt informera om radiologins roll vid utredning av muskuloskeletala tumörer

I Läkartidningen 39/98 beskrivs ett ansvarsärende om en resistens vid en sternoklavikularled. Det beskrivs att »en ortopedläkare skulle titta på röntgenbilderna»... »en ortopedläkare tillfrågades på röntgenronden och friade från tumörmisstanke».

Enligt min mening är bedömning av en skelett-mjukdelstumör ett lagarbete mellan kliniker, radiolog, patolog/cytolog och andra. På tumörcentra på universitetssjukhusen hålls tumörkonferenser där bland andra tumörortoped, radiolog, patolog/cytolog är med.

På länssjukhus förekommer ofta fall med något slags muskuloskeletala tumör

och utreds förutom kliniskt med textslätröntgen, skintigrafi, MRT.

Tolkningen av dessa bildgivande undersökningar är radiologens uppgift; på röntgenronden förmedlas denna tolkning till kliniker.

Det är sålunda inte klinikern som tolkar röntgenbilder, varför skulle då radiologer finnas och varför skulle de avge utlåtanden?

Det finns skäl att upplysa om radiologins roll.

Stefan Söderlundh
överläkare, röntgenavdelningen,
Centrallasarettet,
Växjö

Alla kan inte syssla med allt

I Läkartidningen 36/98 skriver Pål Svendsen under rubriken »Medicinska chefer har skuld till den dåliga arbetsmiljön» bl a följande: »Det är helt meningslöst (min kursivering) att vara läkare vid universitetsklinik, om man inte alltid har en akademisk uppgift aktivt igång. Annars blir man en dum och trött ekorre, apatisk och utan framtid.»

Under förutsättningen att »akademisk uppgift» ges den gängse definitionen »forskning och utbildning» är detta bland det fånigaste jag läst på länge. Det blir inte mindre fånigt av att Svendsen lite längre fram i sitt inlägg skriver: »... måste chefen se till att skapa en rimlig fördelning mellan undervisning, forskning, utveckling, metodgranskning och sjukvård.»

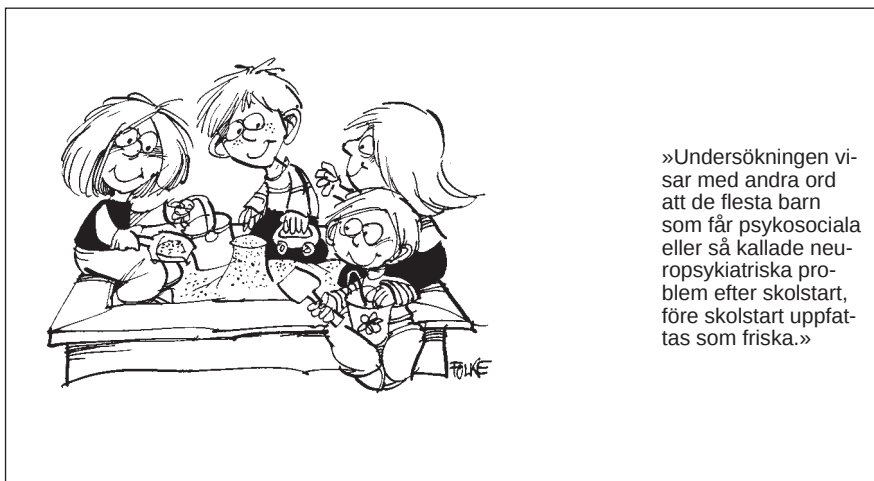
Det sistnämnda citatet ger en mycket god bild av den komplicerade situation, som är normal för en universitetsklinik, och vars inneboende prioriteringsproblem hela tiden skärps när resurserna krymper. I en sådan situation är det dock ytterligt tveksamt, om lösningen är att alla ska syssla med allt.

Tvärtom ser jag avgjorda fördelar med att en del av läkarna på universitetssjukhusen ges större resurser för akademiskt arbete, medan andra lägger tyngdpunkten på utveckling – och drift – av den dagliga verksamheten, »produktionen». Sådan koncentration ger rimligen bättre möjligheter till lyckade resultat inom samtliga verksamhetsgrenar.

Sedan är det en annan sak, att man över ett längre tidsperspektiv kan skifta tyngdpunkt i sitt arbete – från akademi till klinik eller vice versa.

Slutligen – vi är olika som människor. Fallenheten för forskning, undervisning, utveckling, ledarskap, och – sist men inte minst – den kliniska skickligheten varierar hos oss alla. För mig är den självklara logiska slutsatsen av detta att var och en på sitt sätt ges den uppgift, som vederbörande är bäst lämpad för – inte att man skall tvingas plotta bort sig inom alla de områden, som en universitetsklinik har att sköta.

Bror Gärdelöf
specialistläkare,
anestesi- och intensivvårdskliniken,
Universitetssjukhuset i Linköping,
tillika chefsöverläkare, ambulans-
sjukvården i Östergötland



TECKNING: FOLKE NORDLINDER

Skolan bör anpassas till elevers naturliga olikheter

I Läkartidningen 38/98 presenteras en viktig undersökning som utförts av skolläkarna Birgitta Amcoff och Margareta Bondestam.

Undersökningen visar att BVC-kontroller endast identifierar 17 högriskbarn av totalt 82 barn som senare i skolan visar sig få problem med motorik, språk och beteende. Amcoff och Bondestam menar att den rimliga tolkningen är att skolan utsätter barn för skarpa krav än de omgivningen ställer vid tidpunkten för BVC-kontrollen, som sker vid 5–6 års ålder.

Undersökningen visar med andra ord att de flesta barn som får psykosociala eller så kallade neuropsykiatriska

problem efter skolstart, före skolstart uppfattas som friska.

Undersökningen bör leda till att inbresset fokuseras på skolan snarare än på eleven – dvs att skolan anpassas till elevers naturliga olikheter snarare än att läkare med förfinade medicinska metoder tidigt försöker diagnostisera elevers statistiska avvikelser från genomsnittet. Det handlar i nästan samtliga fall om elever med olika mognadstakt och olika begåvningsprofil; normala elever med svårigheter och som är i behov av liten klass, god struktur, individualiserad pedagogik, konsekvens, lugn och ro.

Leif Elinder
skolläkare/barnläkare, Uppsala