

– Men vi gynekologer kanske oftare gör tithålskirurgi och har ett bredare indikationsområde, säger han och konstaterar att laparoskopi i årtionden varit en gynekologisk diagnosmetod.

– Det som kanske har räddat oss tidigare är att diagnostik alltid tar mindre tid än kirurgi. Nu går vi allt oftare över till att fortsätta diagnostiken med kirurgi när det är möjligt.

Han påpekar att det inte bara är vid laparoskopi som en gynekolog arbetar med lyfta armar, utan också vid den traditionella gynekologiska undersökningen och vid vaginala ingrepp som exempelvis prolaps- och inkontinensoperationer.

– Man kan ha stöd för armarna, men det är inget som ingår i rutin eller standardutrustning och när man inte har några besvär tänker man inte på det. Men en förslitningsskada är ju inget som kommer på en vecka.

En av de åtgärder som redan vidtagits är inköp av en röststyrd robot som ska utnyttjas för att hålla kameralaparoskopet. Operatören kommenderar roboten från en mikrofon. Ett särskilt projekt planeras för att utvärdera hur roboten påverkar belastningen på personalen och antalet operationer jämfört med tidigare.

Svein-Erik Tronstad hoppas också att det ska bli fler bildskärmar på rörliga armar som är lätta att flytta så att de inte är i vägen för arbetet samtidigt som skärmarna är lätta att se.

**Karin Hedberg anser** att man kan ställa upp en del allmänt giltiga krav på en god operationsmiljö:

- Alla ska kunna se utan att behöva böja sig, vrida på sig eller sträcka på sig.
- Alla ska kunna arbeta med sänkta axlar och armarna intill kroppen större delen av tiden och slippa arbeta med armarna framför sig utåtförda från kroppen.
- Ingen ska behöva stå med hela kroppstyngden på ett ben för att sköta fotreglage med den andra foten.

Svein-Erik Tronstad tror att arbetsmiljön och påfrestningarna kan variera från specialitet till specialitet, delvis beroende på i vilken del av patientens kropp ingreppen utförs. Det kan också bero på vilka vanor eller ovanor man lagt sig till med från början som läkare.

– Vårt budskap, som jag vill betona, är att det finns möjligheter att förbättra. Vi vill kunna göra än mer för våra patienter, men mer avspänt och med mindre risk för belastningsskador hos personalen.

TEXT: **Lennart Edqvist**  
frilansjournalist

## Kunde bara operera fem minuter i taget

■ För Marika von Hamos blev ryggvärken så svår att hon bara kunde operera i femminutersetapper. Hon blev sjukskriven, har nu lämnat sjukhuset och är privatpraktiker.

Hon började inom gynekologin 1976 och blev färdig specialist 1981, dvs flera år innan det fanns videokameror kopplade till laparoskop.

– Då stod man böjd och tittade rakt genom laparoskopet. Även om vi inte gjorde några långa operationer – steriliseringar och diagnostik var det som gällde – så blev det många gånger och därför påfrestande.

**I och med den moderna tithålskirurgins** utveckling blev det annorlunda, med operationer som ofta pågår ett par timmar. Hon beskriver hur hon då tvingades stå lätt vriden åt vänster och ganska statiskt, starkt koncentrerad på arbetet.

– I början gick det bra men så småningom kunde jag bara stå så fem minuter i taget och var sedan tvungen att gå ifrån och vila därför att jag fick ont.

År 1997 blev besvären så svåra att hon var sjukskriven under årets sista månad. Värken satt i ländryggen och ut åt vänster.

– Jag insåg att jag inte kunde fortsätta att operera längre.

Marika von Hamos bestämde sig för att bli privatpraktiker och lyckades så småningom få tillstånd för detta. I november 1998 kunde hon öppna sin motvagn i Lidköping. Följaktligen gör hon nu inte några laparoskopier, bara »vanliga« gynekologiska undersökningar.

Hon har ingen värk längre och säger att en viktig förklaring till detta är den hjälp hon fick av en sjukgymnast med

akupunktur och massage. Men hon pekar också på de förändrade arbetsuppgifterna. Hon slipper de påfrestande arbetsställningar som operationer medför.

**En undersökning** med magnetisk resonanstomografi av hennes ländrygg visa-

*I början gick det bra, men så småningom kunde jag bara stå så fem minuter i taget och var sedan tvungen att gå ifrån och vila därför att jag fick ont.*

de artroser. Hon är övertygad om att de är en följd av felbelastningen under alla åren av laparoskopi och laparotomi, även om det inte går att säga med absolut säkerhet.

– Jag tror allmänt att det är viktigt för läkare i kirurgiska specialiteter att hålla sig i trim, att göra någon gymnastik eller att hålla i gång kroppen med någon annan slags motion. Man tänker inte på det här när man är ung för då går besvären över, men när de upprepas gång på gång kan det så småningom bli bestående problem.

TEXT: **Lennart Edqvist**  
frilansjournalist

## Svårt att få uppgifter om läkarnas belastningsskador

■ Hur stort är problemet med belastningsbesvär hos läkare inom opererande specialiteter? Försök att få svar på frågan under arbetet med detta reportage har inte gett några säkra besked.

Men en del data finns:

Arbetsmiljöverkets informationssystem om arbetsskador (ISA) visar att 1998–1999 anmälde 104 läkare arbetssjukdomar, i 17 fall belastningsskador. Störst andel med 54 fall gällde sociala eller organisatoriska faktorer. Det framgår inte om opererande specialiteter är mer utsatta än andra.

I en enkät gjord av statistiska centralbyrån i början av år 2000 (på uppdrag av

Arbetsmiljöverket) svarade 3,8 procent av tillfrågade läkare att de under de senaste 12 månaderna hade haft besvär orsakade av påfrestande arbetsställningar. Här finns ingen fördelning på olika grupper läkare.

Bland sjuksköterskor var andelen med besvär 11,9 procent och bland undersköterskor och sjukvårdsbiträden 18,9 procent. Gruppen frisörer, hudterapeuter m fl låg högst med 32,8 procent. •