Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-20 76 19, jan.lind@lakartidningen.se

Nej till schemalagda jourer!

Angående artikeln i Läkartidningen 44/2003 (sidan 3487) om att Västra Götalandsregionen förbereder schemalagda jourer till följd av Knas-propositionen (Knas – Kommittén för nya arbetstids- och semesterregler) vill jag framhålla att schemaläggningen av jourerna är ett mycket dåligt alternativ.

Vi har en rimlig jourbörda

På vår klinik har vi en rimlig jourbörda på 2–3 jourer/månad, och få upplever jourerna som betungande. Dessutom ger jourkompensationen möjlighet till sammanhängande ledighet utöver semestern, vilket medför verklig vila. För dem som vill ha en inkomstförstärkning finns möjlighet att ta ut jourkompensationen som kontant ersättning, vilket ger valfrihet.

Med schemaläggning försvinner denna möjlighet och vi skulle få jobba mer på obekväm arbetstid än vad vi gör nu och utan ersättning. Istället tvingas vi vara lediga halvdagar eller vardagar utan att det passar ihop med familjeliv. Det ger också dålig kontinuitet på vårdavdelningarna och är mycket dåligt ur utbildningssynpunkt. Dessutom behövs betydligt fler läkare, vilket vi i nuläget inte har.

Redan för 20 år sedan var denna fråga uppe om schemaläggning av jourarbetet och då lyckades Sveriges läkarkår med kraft avvisa detta. Låt oss göra så även nu!

Björn Andersson
docent, överläkare, sektionschef, angiologsektionen, medicinska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/ Sahlgrenska
Bjorn.Andersson@medfak.gu.se

Sjukskrivningskurs eller sjuk-skrivnings-kurs?

Jag har nyligen fått en inbjudan till fördjupningsutbildning om sjukskrivning. Bakom kursen står Riksförsäkringsverket, uppbackat av tre läkarorganisationer, bl a Distriktsläkarföreningen.

Utbildningen motiveras med de höga sjuktalen, som driver sjukförsäkringen till kollaps med krav på sänkta sjukskrivningstal. Läkarens roll i detta beskrivs som svår: »Det tar emot att vara samhällets kontrollant«, »... är provocerande att bli pressad till att erbjuda sjukskrivning som nödlösning på problem med liten eller ingen medicinsk halt«.

Situationsbeskrivningen är väl i stort sett korrekt, men är den adekvata åtgärden utbildning av läkare till »särskild kompetens« för att kunna utfärda det nya »Särskilda läkarutlåtandet« och därmed erhålla 2 500 kr i arvode i stället för 750 kr som »annan läkare« erhåller?

Är det inte dags att se över hela försäkringssystemet, som år efter år av ändringar, tillägg och växlande tillämpning blivit orättvist, godtyckligt och rehabiliteringsfientligt?

Enligt inbjudan är 300 distriktsläkare erbjudna att gå kursen. Jag hör till de utvalda. Varför? Anser man att jag är speciellt lättpåverkad och därför lämplig? Eller skriver jag extra dåliga intyg? Eller ska jag se det som en gratifikation att få möjlighet att begära högre arvode några år innan jag går i pension?

Utbildning i försäkringsmedicin är viktig, men i detta fall avstår jag från min plats på kursen och därmed också möjligheten till högre ersättning för intyg.

Olof Dahlström
distriktsläkare, Söderala

Om polio i Sverige

I Läkartidningen 1–2/2004 (sidorna 82-6) skriver professor Sten Iwarson om infektionspanoramat under 1900-talet. Han kommenterar bland annat polio och de stora polioepidemierna under seklets första hälft. Tyvärr spårar jag ett par missuppfattningar som bör rättas till.

Det svenska vaccinet

Sten Iwarson skriver att »Vaccinationskampanjerna mot polio, i Sverige med Salks vaccin, genomfördes med stor entusiasm från 1957 och framåt.« Det rätta förhållandet är att Salkvaccin aldrig använts i Sverige i någon vaccinationskampanj. Det svenska vaccinet utvecklades enligt andra principer än Salkvaccinet. Enda bestående likhet är användningen av formaldehyd som inaktiveringsmedel.

Formalin är ett gammalt och beprövat avdödningsmedel känt och använt långt före Salkvaccinet. Under flera år befann sig Sven Gard, som ledde utvecklingen av det svenska vaccinet, och Jonas Salk i en häftig polemik. Eftersom jag var ansvarig för utredningsarbetet beträffande kinetiken vid poliovirus inaktivering kom även jag att dras in i striden.

Den svenska metodiken blev framgångsrik. Inte osannolikt räddade den oss från olyckor som den s k Cutterincidenten i USA då otillräckligt behandlat poliovaccin orsakade infektion och förlamningar hos injicerade.

Sten Iwarson nämner polioutbrottet i Göteborg 1961 då 100 fall registrerades. Han anser att polions återkomst skedde med en hemvändande utlandsturist, en uppgift som jag inte känner igen. Enstaka poliofall hade emellertid anmälts i Göteborg alla åren under 1950-talet (1953 cirka 50 fall, 1955 fler än 20).

Poliovaccinets kvalitet

Från avloppsvatten och inapparenta infektioner isolerade vi regelbundet virus. Poliovirus cirkulerade fortfarande. Vaccinationen hade ännu inte blivit så omfattande att virus försvunnit ur miljön. När jag gick igenom registreringarna tillsammans med stadsläkaren Tryggve Andén fann vi att 11 (endast 2 paresfall) hade fått fullständig vaccination med tre injektioner. Övriga var ofullständigt vaccinerade eller ovaccinerade. Skyddseffekten kunde beräknas till mellan 91 och 98 procent, ett tecken på det svenska poliovaccinets kvalitet. Samma metodik som tidigare används för vår vaccinframställning än idag.

Erik Lycke
professor emeritus, Göteborg