driva på den utvecklingen. Initialt kan en sådan garanti i så fall gälla de tyngsta grupperna, menar Anders Milton.

Andra möjligheter för att arbeta mot en mer likvärdig vård är att inrätta kvalitetsregister och nätverk, och att stimulera till ett ökat deltagande i utvecklings-, kvalitets- och uppföljningsaktiviteter.

Såväl antalet öppenvårdsplatser som slutenvårdsplatser måste öka, anser Anders Milton, och föreslår bland annat 300 vårdplatser för korttidsvård.

– Vi har ju sett från bland annat Italien, där personer med psykiska problem vid behov kan sova över några enstaka nätter på en vårdinrättning, att det är en framgångsrik modell.

300 fler slutenvårdsplatser

I Anders Miltons översikt framgår det att det dessutom behövs cirka 300 fler slutenvårdsplatser för bland annat avgiftning och inom högspecialiserade enheter.

Bland övriga konkreta förslag till åtgärder nämner Anders Milton i översikten bland annat 20 000 nya platser för daglig sysselsättning för psykiskt funktionshindrade, och att man bör överväga om kostnaderna för den rättspsykiatriska vården kanske borde föras över på staten.

Men när det gäller konkreta förslag skriver han samtidigt att det inte går att på en generell och nationell nivå peka på vilka områden som är viktigast att prioritera. Behoven och tillgången ser allt för olika ut i landet.

Peter Örn

psykiatrin

liksom om fler öppenvårds-, och slutenvårdsplatser, välkomnar han.

– Psykiatrireformen hade goda intentioner, men effekten för den enskilde patienten blev ofta en mycket passiv tillvaro. Ökade möjligheter till sysselsättning för psykiskt funktionshindrade är därför viktigt.

»Värst i storstadsregionerna«

– När det gäller slutenvårdsplatser har vi idag ett läge då man på vissa håll måste vara närmast katastrofalt sjuk för att överhuvudtaget läggas in. Men situationen ser mycket olika ut i landet, och värst är problemen i storstadsregionerna, säger Hans Ågren.

Peter Örn
peter.orn@lakartidningen.se

Avtal med statligt anställda läkare uppsagt

Statens arbetsgivarverk har inför nästa avtalsperiod sagt upp det särskilda läkaravtalet och vill att läkarna ingår i Sacos avtal.

Avtalet med de statligt anställda läkarna, liksom Arbetsgivarverkets avtal med Saco-S, löper ut den sista september. Verket har deklarerat att man inte har för avsikt att teckna något nytt avtal med Läkarförbundet.

– Det är anmärkningsvärt, avtalet har fungerat bra. Vi tycker att läkarna har en så speciell situation att vi behöver ett eget avtal, säger Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm, och nämner till exempel jourverksamheten.

Enligt Läkarförbundet skulle förändringen innebära att Arbetsgivarverket förlorar en i sjukvårdsfrågor och i medicinsk forskning kunnig motpart.

– Vi tror inte att förslaget är förankrat, säger Karin Rhenman, ombudsman vid Läkarförbundet.

Förändringen skulle innebära att nästa lokala lönerevision för läkarna vid universiteten skulle skötas inom Saco-S i samarbete med Sveriges universitetslärarförbund, och inte av den lokala läkarföreningen. Risken kan vara en sämre löneutveckling. Vid några fakulteter ligger läkarna lite högre än andra grupper. Och för de läkare som är anställda vid statliga myndigheter skulle inte längre Läkarförbundet centralt sköta alla förhandlingar om löner och villkor.

Sedan 1966 har statligt anställda läkare haft ett eget avtal. Men Arbetsgivarverket, som är arbetsgivare för läkare vid universitet och myndigheter, vill ha så få motparter som möjligt och vill därför inkludera läkarna i Saco-S-avtalet, det avtal som gäller för övriga statligt anställda Saco-medlemmar. Läkarna är den enda grupp som har ett separat avtal.

Christer Hedvall, förhandlingsdirektör vid Arbetsgivarverket säger att ett separat avtal inte längre är motiverat. Eventuella avvikelser regleras i lokala avtal.

– Läkarnas senaste löne- och förmånsavtal ser likadant ut som senaste uppgörelsen med Saco-S, säger han.

Läkaravtalet berör 1 700 personer. Ungefär två tredjedelar är anställda vid universiteten, de flesta med kombinationstjänster.

Elisabet Ohlin

Örebro ansöker om läkarutbildning

Som Läkartidningen tidigare berättat, LT nr 32–33/2002, vill Örebro universitet starta en läkarutbildning.

Det fem år gamla universitetet håller på att bygga upp ett medicinskt vetenskapsområde. Redan nu finns forskning och samverkan med den medicinska fakulteten vid Hälsouniversitetet i Linköping. Egen läkarutbildning blir den tredje pusselbiten. Troligen lämnas ansökan till Högskoleverket under hösten.

– Om allt går i lås lämnar vi in ansökan i höst, säger Jens Schollin, prorektor vid Örebro universitet och forskningsansvarig inom Örebro läns landsting.

Om ansökan beviljas bedömer Jens Schollin att de första läkarstudenterna kan börja hösten 2007.

Tanken är att Örebros läkarutbildning ska vara profilerad. Särskild tyngd ska läggas på följande fyra områden: klinisk patientnära forskning, evidensbaserad medicin, samtidens ohälsa samt basjukvård.

Elisabet Ohlin

Dålig kunskap om läkemedels miljöfara

Det behövs mer forskning kring hur läkemedelsrester påverkar miljön. Det har Läkemedelsverket kommit fram till i sin rapport »Miljöpåverkan från läkemedel samt kosmetiska och hygieniska produkter« som i förra veckan överlämnades till regeringen. Läkemedelsverket ser att läkemedel, kosmetiska och hygieniska produkter kan utgöra en miljöfara men att kunskapen ännu är bristfällig.

Från regeringshåll är det idag för tidigt att svara på om det kommer att bli några pengar till mer forskning inom området, men förslagen från Läkemedelsverket kommer att beredas i vanlig ordning, enligt socialminister Lars Engqvists pressekreterare.

I regeringsuppdraget, som ligger till grund för rapporten (se LT nr 4/2003), ingick att se över om en miljöklassificering är möjlig att göra på nationell nivå. Läkemedelsverket anser dock att ett miljöklassificeringssystem på europeisk nivå är att föredra fram för ett nationellt sådant.

Sara Zetterlund-Holfve