

TABELL. Diagnosspecifik sjukskrivningsstatik

Genomsnittligt antal sjukskrivningsdagar (median) i Region Skåne för några diagnoser.
(Antal personer, deras andel i procent av alla med diagnosen.)

Diagnos	Kvinnor Antal dagar	Antal personer	Procent	Män Antal dagar	Antal personer	Procent
Skulderluxation samt recidiverande luxation och sublaxation i skulderled (S43.0, M24.4B)	32	100	18,7	31	250	17,5
Rotatorkuffsyndrom, bicipesdinit, tendinit med förkalkning, impingementsyndrom samt bursit i skulderled (M75.1 – M75.5)	25	554	11,9	36	582	12,2
Adhesiv kapsulit i skulderled (frusen skuldra) (M75.0)	27	96,	9,1	22	47	7,5
Ankyloserande spondylit (M45)	21	34	10	22	45	8,4
Reumatoid artrit (M05 & M06)	35	370	13,2	33	91	8,9
Primär artros i första karpometakarpalleden, ensidig eller UNS (M18.1)	69	112	13,4	59	23	11,1
Knäledsartros (M17)	58	431	9,2	64	506	11,6
Höftledsartros (M16)	74	283	15,4	75	368	20,5
Karpaltunnelsyndrom (G56.0)	24	1 183	23,8	27	424	22,2
Sluten radiusfraktur (S52.50)	33	860	31,3	35	442	25

- Statistiken är baserad på samkörning av Region Skånes databas (1 jan 2003–31 dec 2006) och data från Försäkringskassan (1 jan 2003–26 sep 2007).
- Antal dagar anges i nettodagar; deltidssjukskrivning är omräknad till heltidssjukskrivning.
- Endast sjukskrivning som lett till ersättning från Försäkringskassan ingår. För sjukskrivna som var anställda ingår alltså inte sjukfrånvaroperioder kortare än 14 dagar.
- Statistiken bygger på en förmodan att sjukskrivningen kan tillskrivas huvuddiagnosen.
- Observera att siffrorna inte är helt tillförlitliga, se artikel.

Arbetsställningens belastning avgörande

Arbetsuppgifterna och hur arbetsställningarna belastar den smärtsamma axeln är väldigt avgörande för bedömning av arbetsförmågan när det gäller patienter med besvär i skuldran. Det säger Anders Nordqvist, överläkare i ortopedi i Malmö.

Anders Nordqvist är ordförande i den grupp inom Morse som arbetat med sjukskrivningsriktlinjer för skuldrans sjukdomar och skador.

Gruppen har tagit fram kunskapsunderlag och förslag till riktlinjer för subakromiella smärttillstånd, artros/artrit, instabilitet samt frusen skuldra. Många av förslagen har ingen motsvarighet i Socialstyrelsens beslutsstöd.

– När det gäller just skuldrans sjukdomar och skador

behandlar Socialstyrelsens beslutsstöd endast några få diagnoser med kortare symptomduration såsom akut tendinit och akut axelluxation. Vi inriktar oss framför allt på långvariga besvär och sådant som är aktuellt för operativ behandling. Men vi har även tittat på axeldiagnoser ur ett primärvårdsperspektiv, säger Anders Nordqvist.

För frusen skuldra finns rekommendationer även i Socialstyrelsens beslutsstöd.

– Den individuella spänvidden är stor inom denna diagnosgrupp, vilket är helt i överensstämmelse med Socialstyrelsens rekommendationer.

Gruppens föreslagna riktlinjer präglas överlag av en väldigt spänvidd i rekommenderade sjukskrivningstider.

– Det man slås av är att det är en väldigt stor variation i sjukskrivningsbehov mellan olika diagnoser, mellan olika individer och vid olika arbetsuppgifter. Just när det gäller axeln är det väldigt avgörande vad man har för arbete och arbetsställning, om man har tungt arbete eller om man har armen upplyft.

Rekommendationerna skiljer också på om det är den domnanta eller den icke domnanta sidan av kroppen som drabbats.

Ett exempel är den rekommenderade sjukskrivningstiden efter operativ behandling av smärta i skuldran vid rotatorkuffruptur – kuffsutur. Då styrs sjukskrivningstiden av skadans storlek, den postoperativa smärtan, läkningsförloppet, den sjukgymnastiska

rehabiliteringen, typen av arbetsbelastning och vilken sida av kroppen som drabbats. Den rekommenderade sjukskrivningstiden är från 6 och upp till 40 veckor eller mer.

Rekommendationerna är inte evidensbaserade.

– Nej, det är väldigt dåligt med evidens i litteraturen.

Har ni tagit hänsyn till den diagnosspecifika sjukskrivningsstatistiken?

– Vi har studerat den också och kommer efter hand att få ta del av mer data. Då diagnoskoderna ofta sätts för summariskt med icke diagnosspecifika koder eller döljs av annan samtidig diagnos uppstår problem med registreringen. Det är svårt att få tillförlitliga siffror, säger Anders Nordqvist.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Cancerforskning får ökade statsanslag

De statliga forskningsanslagen ökar med 2,4 miljarder år 2009. År 2012 kommer anslagen att vara 5 miljarder högre än i år, i fasta priser. Det aviserade regeringen den 28 augusti. Medicin blir ett av de prioriterade områdena.

– Ett mycket glädjande besked och ett lyft för den medicinska forskningen. Det är väldigt viktigt att det ges resurser till både bredd- och spetsforskning, säger Hans Hjelmqvist, ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation.

Hur mycket av de ökade anslagen som kommer den medicinska forskningen till del, det ska regeringen återkomma till i höstbudgeten, som presenteras den 22 september. Ytterligare detaljer kommer sedan i den forskningspolitiska propositionen, som väntas en månad därefter.

En stor del av tillskottet på 2,4 miljarder för 2009 ska ges i form av direkta anslag till universitet och högskolor, 700

TABELL 1. Så fördelas de ökade anslagen (miljoner kronor, fasta priser)

	2009	2010	2011	2012
Universitet och högskolor	700	1 000	1 200	1 500
Strategiska områden	500	1 000	1 300	1 800
Forskningsråd	200	300	300	500
Biobanker, register m m	100	100	100	100
Industriforskningsinstitut	100	200	200	200
Innovationspaket	100	100	100	150
Slopad högskolekurs	300	300	300	300
Tidigare aviserat (2007)	400	400	400	400
Summa	2 400	3 400	3 900	5 000

TABELL 2. Totala offentliga FoU-anslag i miljarder och deras andel av BNP (löpande priser)

År	Mdr	Procent av BNP
2008	30,35	0,95
2009	33,21	1,0
2010	35,45	1,02
2011	36,5	1,0
2012	38,15	1,0

miljoner, och det tillskottet ska år 2012 ha vuxit till 1,5 miljard, se Tabell 1.

»Strategiska områden« får 500 miljoner år 2009 vilket ökar till 1,8 miljarder år 2012. De strategiska områdena är

medicin, teknik och miljö.

Som exempel på strategiska områden inom medicin nämner regeringen forskningsprojekt inom stora folksjukdomar som cancer och alzheimer.

Efter ökningen kommer de totala offentliga forskningsanslagen, inklusive landstingens medfinansiering, att ligga på 1 procent av BNP de kommande åren, enligt regeringens beräkningar. Med ökningen på 2,4 miljarder, och när anslagen också uppräknats för inflationen, blir de totala FoU-anslagen drygt 33 miljarder kronor nästa år.

Elisabet Ohlin

Oenighet i CS om belastningsregistret

Socialstyrelsen bör kunna få tillgång till uppgifter ur belastningsregistret inför utfärdande av legitimationer.

Det är ledamöterna i Läkarförbundets centralstyrelse, CS, överens om, enligt ordförande Eva Nilsson Bågenholm.

– Vi var ganska eniga om att Socialstyrelsen bör ha möjligheten vid legitimationstillfället, eftersom man kan bli av med legitimationen på grund av brott.

Det ska dock vara upp till Socialstyrelsen att bedöma om uppgifterna i registret är relevanta, anser CS.

Läkarförbundet har dock ingen officiell politik i frågan. Den togs ändå upp i CS i förra veckan med anledning av att

Eva Nilsson Bågenholm är expert i Patientsäkerhetsutredningen, som ska ta ställning i saken. Utredningen ska även ta ställning till om det ska införas krav på att arbetsgivande ska lämna utdrag ur registret till arbetsgivaren. Även detta diskuterade CS, liksom frågan om Högskoleverkets möjligheter att kräva utdrag ur registret vid antagning till läkarutbildningen. Men här var man inte lika överens.

– De flesta i CS tycker att även arbetsgivaren och Högskoleverket bör ha tillgång till uppgifterna och detta är de åsikter jag kommer att framföra i utredningen, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Läkarförbundets etik- och ansvarsråd, EAR, har tidigare

ställt sig tveksamt till krav på att lämna uppgifter vid antagning. Och Thomas Flodin, ledamot i CS och ordförande i EAR, betonar att åsikterna inom CS går isär vad gäller Högskoleverkets och arbetsgivares möjligheter att kräva utdrag ur registret. Han håller inte med om beskrivningen att »de flesta« i CS är för något sådant.

Patientsäkerhetsutredningen ska presentera sitt förslag senast 31 december 2008. Och när betänkandet kommer på remiss blir det aktuellt för Läkarförbundet att utforma en officiell politik i frågan. Det poängterar både Eva Nilsson Bågenholm och Thomas Flodin.

Elisabet Ohlin

Lena Marions ny medicinsk redaktör på Läkartidningen

Lena Marions, gynekolog och obstetrik, är ny medicinsk redaktör på Läkartidningen. Hon är expert på ungdomsgynekologi men arbetar också internationellt inom reproduktiv hälsa.

Lena Marions, 54, är docent vid Kvinnokliniken på Karolinska Universitetssjukhuset, Solna. Hon är också känd som medicinskt ansvarig vid sex- och samlevnadsmottagningen, Sesam City i Stockholm, som har en stor utåtriktad verksamhet. I medier syns hon svara på frågor om säkra preventivmedel, könsjukdomar och aborter.

Det är påfallande hur stor okunskapen är kring sex och samlevnad, konstaterar hon och menar att den bland annat grundar sig i dålig skolundervisning.

– Sex och samlevnad är ett övergripande skolämne. Men endast sex procent av de lärarstuderande väljer att läsa ämnet i sin grundutbildning.

Lena Marions vill som medicinsk redaktör arbeta för säkra aborter och bra preventivmedel. En övergripande läkarfråga hon värnar är forskningen.

– Det är viktigt att driva forskning på klinisk nivå. Ska man uttala sig om saker så ska man ha en bakgrund. En del är rädda för klinisk forskning, men det är också ett sätt att kvalitetsssäkra.

För Läkartidningen har hon skrivit ett drygt tiotal medicinska artiklar, av vilka hon själv spontant lyfter fram en ABC-artikel om så kallad »druvbörd«, en livshotande men mycket ovanlig graviditetskomplikation (Mola hydatidosa och andra trofoblastsjukdomar. Läkartidningen 2005;102:1247-50).

Den stora passionen i hennes liv är vandringar i de italienska alperna, en vana hon utvecklade under ett år för WHO i Genève 2003, där hon arbetade för säkra aborter i låg- och medelinkomstländer. Med sönerna utflyttade tar hon och maken sig ut på långvandringar så ofta de kan. Det internationella intresset hålls vid liv genom forskningsprojekt i Laos respektive Iran, genom Sida Sarec.

Marie Närlid



Foto: Göran Segeholm

Docent Lena Marions.

Gravida läkare kan slippa jourberedskap

Gravida läkare i Stockholms läns landsting kan befrias från jourberedskap. Stockholms läkarförening hoppas på att avtalet blir prejudicerande för övriga landet.

Stockholms läkarförening har i dagarna slutit ett avtal med Stockholms läns landsting som ger gravida rätt att på egen begäran befrias från jourarbete på kvällar och nätter.

Avtalet gäller i dagsläget anställa inom den förvaltningsstyrda sjukvården i Stockholms läns landsting, men kommer successivt att omfatta även de landstingsdrivna bolagen och på sikt ska förhoppningsvis även privat verksamhet skriva på.

– Vi på Stockholms läkarförening är oerhört glada över avtalet. Beredskapsbefrielse för gravida är något som vi arbetat för under flera år, eftersom det finns uppenbara och vetenskapligt bevisade hälsorisker med att arbeta jour, säger Thomas Flodin, ordförande i Stockholms läkarförening och ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse.

– Vi hoppas nu att avtalet ska bli prejudicerande ute i landet, motsvarande frågan

om att ST-läkares rätt till tillsvidareanställning kommit att få genomslag, där vi också var tidigt ute, säger han.

En utvidgad rätt till jourbefrielse infördes redan 2004 i Jönköpings län, men i övrigt har det varit kärt att få igenom denna typ av avtal.

– Det har tidigare talats om att befria gravida vid en viss månad. Men jourbefrielse ska gälla meddetsamma. När det gäller risken för påverkan på fostret är den tidiga graviditeten som känsligast, säger Thomas Flodin.

Läkarförbundet fick i fjolårets centrala förhandlingar inget genomslag för krav på utökad jourbefrielse för gravida.

Sylfsordförande Heidi Stensmyren välkomnar avtalet:

– Verkligen roligt. Att gravida inte ska behöva gå jour, och inte bara befrias de sista månaderna, har vi kämpat för länge. Vi försökte få med detta krav i avtalsrörelsen men det fick stryka på foten för avvikelseavtalseländet.

Enligt avtalet mellan Läkarförbundet och Landstingsförbundet är gravida berättigade till jourbefrielse de två sista månaderna av graviditeten.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen.se

SKL säger ja till obligatoriskt vårdval

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) säger ja till obligatoriska vårdval och fri etableringsrätt. Däremot avvisar man utredningsförslaget om att regeringen ska fastställa ett grunduppdrag för primärvården. Det beskedet gav SKL i ett pressmeddelande på fredagen.

Beslutet var inte enhälligt, då socialdemokraterna, vänsterpartiet och miljöpartiet reserverade sig. Även borgerligt styrda

landsting har tidigare i den offentliga debatten tagit ställning mot förslaget, eftersom det strider mot kommunernas självbestämmanderätt.

Delbetänkandet om att landstingen blir skyldiga att införa ett vårdvalssystem som ger patienten rätt att välja mellan olika primärvårdsgivare ingår i utredningen Patientens rätt i vården, som kommer med ett nästa delbetänkande i mitten av december. ■