tiges beslut om framtida sjukvårdsstruktur i juni 2004.

– Jag anställdes för att genomföra Skånsk livskraft vad gäller högspecialiserad vård, närsjukvård och övriga delar. Man har uppmanat mig att sätta full fart, säger Olofsson.

Men nu har föreningarna begärt central förhandling, enligt 14 § MBL.

Enligt Sören Olofsson är medicinska fakulteten positiv.

Men det kliniska professorskollegiet i Lund, 28 professorer, skriver till sjukhuscheferna att konsekvenserna skulle bli förödande för patientsäkerhet, vårdkvalitet och effektivitet. De vill gärna utveckla ett samarbete, men det liggande förslaget skulle leda till två illa fungerande sjukhus.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

FÖRSLAGET
I en första »profileringsvåg« ska nedre gastrointestinalkirurgi, högspecialiserad endokrinologi (medicin och kirurgi) handkirurgi, urologi och ögon läggas i Malmö och hematologi, lungmedicin, käkkirurgi, reumatologi, övre gastrointestinalkirurgi och öron i Lund. Förslag ej klart för ryggkirurgi.

Storleken ger inte större effektivitet visar forskning

Stora sjukhus ger inte generellt kostnadseffektivare hälso- och sjukvård, visar internationell forskning.

I Sverige fusioneras stora universitetssjukhus till ännu större enheter. Företeelsen har hittills inte kunnat visa på en kostnadseffektivare vård. Internationell forskning visar att den optimala storleken på sjukhus är 300–400 sängplatser, enligt nationalekonomen Lars Söderström, professor emeritus vid Lunds universitet, som gjort en litteraturöversikt över internationell forskning på området. Befintlig forskning stöder inte tesen att stora sjukhus ger effektivare och billigare vård.

Tvärtom blir administrationen ofta en flaskhals i försöken att få till stora enheter med all vård samlad under ett tak.

En övervägande


Lars Söderström

del av litteraturen behandlar förhållanden i USA och Storbritannien. Av 706 vetenskapliga artiklar på temat »sjukhus och kostnader« behandlar 380 USA och 119 Storbritannien (McKee & Healy, 2002). I sökningar fann man dock 24 studier som gäller Sverige.

– Man kan förvisso ha hyggligt stora kliniker, men när man blandar alla typer av verksamheter på ett ställe uppstår problem. Huddinge och Karolinska har redan gjort bort sig. Administrationen fungerar dåligt, man har svårt att hålla kostnads- och kvalitetskontroll, och logistiken fungerar dåligt.

»Storsjukhusen skulle kunna fungera som en galleria, där sjukhuset står för lokalerna och verksamheter får hyra in sig.«

Lars Söderström vill dock ännu inte helt döma ut Region Skånes oavsiktligt offentliggjorda planer för Universitetssjukhuset i Lund respektive Universitetssjukhuset MAS, Malmö, som 2005 hade i genomsnitt 816 respektive 725 disponibla sängplatser.

– När det gäller Karolinska och Huddinge var det uppenbart att det var frågan om en sammanslagning. Nu vet vi inte riktigt vad det blir i Malmö/Lund. En profilering kan jag tänka mig. Det är viktigt att akutsjukvården finns i närheten av patienten, medan en mer specialiserad vård som hjärtvård och cancervård däremot kan man åka några mil för.

Ett argument som brukar föras fram för sammanslagningar är att man ska kunna hävda sig i en framtida export av vård. Är det rimligt?

– Ja, det tycker jag. Till exempel Singapore säljer mycket vård till framför allt arabvärlden, men också till USA. Men möjligheten att exportera vård är naturligtvis avhängig verksamhet, man säljer inte långvård och psykiatri.

I debattboken »Stor och liten – Om vårdeffektiva sjukhus« (2002) argumenterar Söderström tillsammans med kollegan Mattias Lundbäck dock för mindre enheter. Storsjukhusen skulle kunna fungera som en galleria, där sjukhuset står för lokalerna och verksamheter får hyra in sig.

– Lund och Malmö är redan två i ett internationellt sammanhang stora sjukhus som snarare skulle behöva styckas, menar Lars Söderström i dag.

Marie Närlid
marie.narlid@lakartidningen.se

Skynda långsamt med beslut

–När ett beslut väl är fattat ska organisationsförändringarna ske snabbt. Sammanslagningen av Karolinska och Huddinge hanterades tvärtom. Beslutet fattades mycket snabbt utan förankring, men har sedan tagit fyra år för att implementera, säger Thomas Flodin.

– Personalen, inte minst läkarna, har drabbats hårt av omorganisationen. Stämningen på många arbetsplatser har försämrats, fortsätter han.

En fråga som aldrig fick ställas i utvärderingen av Karolinska Universitetssjukhuset – men som enligt Thomas Flodin borde ha fått artikuleras – är om fusionen borde omprövas.

»En fråga som aldrig fick ställas i utvärderingen ... är om fusionen borde omprövas.«

Enligt Thomas Flodin har det för planerna för universitetssjukhusen i Skåne mindre betydelse om man kallar omorganisationen fusion eller profilering:

– Med en gemensam ledning, kliniker och administration – då är det ett sammanslaget sjukhus. Kliniker på geografiskt avstånd leder till en kraftigt försämrad arbetsmiljö.

Ordföranden i Göteborgs Läkarförening, Christina Berntsson, har erfarenhet av att tre sjukhus blir ett: Sahlgrenska, Östra och Mölndals sjukhus, parallellt med ett stort sparbeting. Hon menar också att det är viktigt att ge förberedelserna tid liksom att ha en tydlig målbild: Handlar det om samarbete eller sammanslagning?

– Att ha en klinik på flera platser innebär mycket transporter av patienter. Jag tror att det är bättre att bygga ett helt nytt, då kommer man också förbi kulturer som »sitter i väggarna«.

Marie Närlid
marie.narlid@lakartidningen.se

FORSKNING OCH AT

Amanda varvar AT med forskning

– Det fantastiska med läkaryrket är att det går att kombinera med forskning, säger doktoranden Amanda Jabin Gustafsson, som varvar AT på Huddinge med diabetesforskning.

Att ha ett eget spetsområde att vara bäst inom och att ha möjlighet att kunna göra nya upptäckter som kan hjälpa många patienter i framtiden är en del av charmen med forskningen, tycker Amanda Jabin Gustafsson, som forskar inom diabetes typ 2.

– Jag studerar de molekylära mekanismerna bakom de kalciumsignaler som leder till insulinfrisättning och hur kalciumhalten kan påverkas och stiga. Det är inte helt klarlagt hur signalkedjan till insulinfrisättningen ser ut.

Intresset för forskning väcktes redan på gymnasiet inom ramen för Unga forskare. Sedan gick hon Karolinska Institutets sommarforskarskola för gymnasieelever och hamnade på Rolf Lufts diabetesforskningscentrum där hon träffade sin nuvarande handledare, docent Md Shahidul Islam, och fick ett »eget litet miniprojekt«.

– Jätteroligt att få insikt i forskarvärlden.

Efter att ha auskulterat hos en öron-, näs- och halsläkare i Costa Rica en termin kom hon in på läkarutbildningen i Uppsala. Under termin tre gjorde hon sitt projektarbete, studier av hormonet GLP-1, hos Md Shahidul Islam på Forskningscentrum på Södersjukhuset. Hon fortsatte forska där somrar och helger. Efter termin sex registrerade hon sig som doktorand och blev antagen till forskarutbildning med finansiering från KI för fyra års doktorandstudier.

– Mycket av en forskares vardag handlar om att söka medel, så det är skönt att ha en grund att stå på.

Förra våren blev hon färdig läkare och sökte forskar-AT, på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, eftersom Södersjukhuset inte har några sådana tjänster.

– Det var många som sökte.

Nu har hon gjort medicinplaceringen och har sitt första halvårsuppehåll för att forska fram till i sommar. Sedan blir det kirurgi och så forskning igen i december. Det är förmånligt att få fokusera på en sak i taget och hon hoppas att hela karriären kan få genomsyras av forskning.

Att inte fler yngre läkare forskar tror hon beror på dels att det krävs eget initiativ, dels att det saknas ekonomiskt incitament. Från hennes årskull gör bara två av 75 forskar-AT.



Man kommer inte i kontakt med forskning under vare sig utbildningen eller AT om man inte själv gör ett aktivt val, säger Amanda Jabin Gustafsson.

Foto: Urban Orzolek

– Det finns inte tid avsatt under vare sig utbildningen eller AT om man inte själv gör ett aktivt val. Som student jobbar många också extra för att försörja sig. Det är svårt att motivera folk att göra något oavlönat.

Hon har 23 000 kronor i månaden.

– Skulle jag vara ute efter pengar skulle jag göra AT i Sollefteå och gå mycket jourer, men då skulle jag få välja bort mitt forskningsprojekt.

– Vissa som väljer att inte forska säger att de i stället vill bli bra kliniker, men jag tror inte man behöver välja.

Forskarutbildning är ett fint komplement till läkarutbildningen, tycker hon. Det ger en bredare plattform och övning i statistik, i att kritiskt granska forskningsresultat och i att presentera forskning muntligt och skriftligt.

– Som läkare har man också ett ansvar för att utvecklingen går framåt och om fler fick forskarutbildning skulle också mindre sjukhus på sikt kunna bli mer forskningsinriktade och patientomhändertagandet säkrare och bättre.

Hon är inte säker på att alla AT-block på ett universitetssjukhus borde vara forskar-AT. Tjänsterna skulle hellre spridas ut över fler sjukhus.

– Forskning ska aldrig vara något påtvingat. Man måste drivas av sin nyfikenhet eftersom forskningen är så tidskrävande, säger Amanda Jabin Gustafsson.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se



Foto: Urban Orzolek

Md Shahidul Islam, handledare.

»Oroväckande att inte forskar-AT

»Oroväckande« att Södersjukhuset inte längre har forskar-AT, tycker Amanda Jabin Gustafssons handledare, Md Shahidul Islam.

Att Amanda Jabin Gustafsson, som forskar på labbet på Södersjukhuset, inte kunde söka forskar-AT på samma sjukhus, det är »upprörande«, tycker Md Shahidul Islam, docent i internmedicin. Södersjukhuset hade tidigare forskar-AT-tjänster men slopade dem för några år sedan.

– Södersjukhuset har blivit bolagiserat och satsar på själva vården och ser läkarna i första hand som arbetskraft, trots att sjukhuset är ett av de största utbildningssjukhusen under KI.

Han upplever att det är svårt att locka läkarstudenter att forska, de vill hellre jobba som läkarassistent.

Alldeles för få forskare har läkarbakgrund och forskar-AT skulle kunna vara en bra inkörsport, enligt Md Shahidul Islam, som välkomnar Olle Stendahls förslag till ökad rekrytering, bland annat att ge alla AT-block på universitetssjukhusen en forskarprofil.

Förbundet välkomnar Stendahls förslag

– Det är positivt för oss. Ett väldigt gediget arbete och till väldigt stora delar kongruent med vårt forskningspolitiska program. Han har stämt av mycket med oss.

Det säger Hans Hjelmqvist, ordförande i UFO, Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, om särskilde utredaren Olle Stendahls förslag till åtgärder för att stärka den kliniska forskningen, se förra numret av LT, sidan 512.



Hans Hjelmqvist

»... Hur mycket ska vara bredd och hur mycket ska vara spets?«

160 nya tjänster för disputerade forskare går till och med längre än förbundets förslag om 150 sådana forskartjänster.

Strävan efter högre meritvärde för forskning och att verksamhetschefer ska ha forskarmeriter är bra, liksom satsningen på fler och yngre forskare, tycker Hjelmqvist.

– Vi har efterlyst 100 forskar-AT och 200 forskar-ST. I Stendahls förslag har antalet inte specificerats, med det finns en tydlig inriktning.

Har han tänkt sig att alla AT och ST-läkare på universitetssjukhusen ska forska?

Ja, så kan det tolkas, enligt Pernilla Arrland, sekreterare i utredningen.

Utredningens förhoppning är att landstingen ska satsa på detta men eftersom frågan ligger på landstingens bord finns inga konkreta förslag till statliga initiativ och utredningen föreslår inte heller några särskilda statsanslag.

– Det optimala är att man har forskning i sin AT på universitetssjukhusen, säger hon.

En ökad kvalitetsgranskning av forskningen är också bra, enligt Hjelmqvist. Men vad gäller själva fördelningen av ALF-medlen och huruvida en central pott vore bra på sikt, har Läkarförbundet inte tagit ställning till än. En utredning inom förbundet ska titta på den frågan och lämna sin första rapport inför fullmäktige till hösten.

– Det är en kontroversiell fråga. Vi vill att ALF-medlen fördelas efter kvalitet men systemet måste ha både bredd och spets, men hur mycket ska vara bredd och hur mycket ska vara spets? I dag görs fördelningen på olika sätt på olika universitetsorter.


AKTUELLT

Ökad samordning ska göra klinisk forskning effektivare

Läkartidningen presenterade Stendahls förslag i förra numret.

Hans Hjelmqvist välkomnar också satsningen på forskarinitierade studier och implementeringsstudier liksom satsningen på infrastruktur.

– Större resurser kan inte en enskild forskargrupp bära, de måste finnas på universitetssjukhusen.

Över huvud taget har läsningen av Stendahls förslag varit »angenäm«.

– Jag har inte hittat något som går emot vårt forskningspolitiska program.

Men om privatiseringar av vården har förbundet en annan åsikt än Stendahl. Stendahl varnar uttryckligen för privatiseringar i närheten av universitetssjukhusen och inom forskningssvaga områden som allmänmedicin och psykiatri, detta med tanke på svårigheter att inkludera forskningen i såväl avtal som verklighet.

Hans Hjelmqvist kommenterar:

– Läkarförbundet är för mångfald. Jag kan inte se att man inte kan ha privat verksamhet, men det är viktigt att skriva in forskningsåtaganden i avtalen. Nu privatiseras till exempel en stor del av primärvården i Stockholm och det är en stor utmaning. Jag tror att det finns brister i avtalen.

– När det gäller universitetssjukhusen måste man tänka igenom vad man gör innan man privatiserar delar av dem och inte bara se till den praktiska vården. Universitetssjukhusen kanske i stället skulle vara statligt finansierade, säger Hjelmqvist.

Elisabet Ohlin

Läkarförbundets forskningspolitiska program kom förra året, se ‹www.slf.se› och LT nr 18/2007.

Karolinska tveksamt till fler forskar-AT

Ge AT och ST på universitetssjukhusen en tydlig forskningsprofil genom forskar-AT och forskar-ST, så att duktiga läkare lockas att söka sig till universitetssjukhusen, föreslår Olle Stendahl.

Karolinska Universitetssjukhuset tillsätter 40 nya AT-block varje år och av dem är 12 forskar-AT. Om förslaget att alla skulle vara forskar-AT säger sjukhusets forskningsdirektör Sten Lindahl:

– Det tål att tänka på. Det är ett bra förslag för att rekrytera yngre forskare till den medicinska vetenskapen men med nuvarande ekonomiska ram finns en risk att vi då måste skära ner antalet AT-block, och det leder till en minskad genomströmning av AT-läkare.

Få forskar-AT och färre doktorander

2,5 procent av landets AT-läkarna har forskar-AT, enligt Sveriges yngre läkares förenings AT-rankning 2007. Året innan var andelen 2,7 procent. Hela 60 procent av AT-läkarna ville ha inslag av forskning i sin AT, enligt en enkät gjord av Vetenskapsrådet.

Antalet doktorander vid medicinsk fakultet har ökat med 35 procent till 5 851 under åren 1997-2006, men antalet doktorander med läkarexamen minskade från omkring 1 800 till omkring 1 500 under samma period, enligt Stendahls delbetänkande.

finns kvar på Södersjukhuset«

Det är nödvändigt att ha tid att ifrågasätta vad man gör i vården, men läkarna blir i dag en underutnyttjad intellektuell arbetskraft som nästan alltid är stressad, menar han.

– Alla läkare på universitetssjukhus borde ha minst tio procents forskningstid.

Och mindre sjukhus som har svårt att locka läkare kunde inrätta forskartjänster i stället för att anställa dyra stafettläkare, tycker han.

Eva Tillman, chefläkare på Södersjukhuset, förklarar varför sjukhuset har slutat med forskar-AT.

– Det tog för lång tid för dem att bli klara och vi hade en del avhopp. De stannar inte kvar på sjukhuset som ST-läkare när de har disputerat. Vi har bara en institution och väldigt lite FoU-medel jämfört med Karolinska, så vi måste tänka strategiskt hur vi ska använda dem. Vi tyckte det var viktigare att satsa på våra ST-läkare och postdoktjänster.

– Det hänger definitivt inte ihop med bolagiseringen, säger hon.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Privatpraktiker gör utspel om ersättningsetableringen

Återinför ersättningsetablering för privatläkarna. Annars riskerar en miljon läkarbesök att gå förlorade för att privatläkarna inte kan överlåta sina mottagningar till yngre kollegor. Det menar Svenska privatläkarföreningen som ser oroande tendenser i en medlemsenkät.



Foto: Tina Esh

Kerstin Engervall

Läkarföreningen har nyligen skickat ut en enkät bland 1 200 medlemmar för att undersöka pensionsplanerna i den åldrande läkargruppen. Syftet med enkäten var också att ta reda på hur läkarna förhåller sig till att regeringens väntade proposition om att återinföra ersättningsetablering är uppskjuten.

Detta på grund av att EU-kommissionen ifrågasatt rätten till ersättningsetablering och landstingens modell med tilldelning av så kallade samverkansavtal, som kan strida mot EU-fördraget om fri konkurrens.

Kritiken gäller samverkansavtal för sjukgymnaster, men kan påverka även privatläkarna eftersom de följer samma lagstiftning.

Kerstin Engervall, vice ordförande i Privatläkarföreningen, har analyserat svaren i enkäten – och ser en dyster utveckling. Om rätten till ersättningsetablering av läkare inte införs befarar hon att en stor del av privatläkarkåren kommer att försvinna.

– Enkäten visar att inom två år är det 400 privatläkare som planerar att stänga sina mottagningar av åldersskäl. Inom tio år finns bara en femtedel av läkarna kvar. Vår enkät är ett sätt att peka på hur gammal kåren är och vilka problem vi får om ersättningsetablering uteblir, säger Engervall.

Men EU ifrågasätter även den nationella taxan. Enkäten visar att nästan sju av tio läkare arbetar enligt den nationella taxan, med eller utan ett vårdavtal med landstinget.

När taxan nu hotas av den uppkomna situationen, sätter Privatläkarföreningen sitt hopp till regeringen, som sagt att de vill slå vakt om systemet. EUs kritik har varit att många läkare gått på långa avtal utan att konkurrensutsättas, samt att avtal mellan landsting och sjukgymnaster bör upphandlas för att ge största möjliga konkurrensneutralitet och transparens.

Både regeringen och Läkarförbundet tror dock att systemet med ersättningsetablering i framtiden kan behöva förändras i någon mån, till exempel att konkurrensutsätta även läkare på den nationella taxan.

Agneta Borgström
agnetaborgstrom@glocalnet.net

Regeringen:

Viktigt att värna om små vårdgivare

Regeringen anser att ersättningsetablering behövs för att få en mångfald av stora och små aktörer i sjukvården och för att värna patientkontinuiteten.

Så ser regeringens svar ut till EU-kommissionen den 22 februari. Efter att EU i höstas väckt kritik mot ersättningsetablering har frågan bollats mellan EU och regeringen.

EUs huvudargument har varit att systemet inte är tillräckligt »öppet« för konkurrens, och slår ner på att t ex samverkansavtal mellan landsting och vårdgivare kan tecknas utan att först offentliggöras. Regeringen har då hänvisat till Regeringsrättens utslag om att sådana samverkansavtal kan tecknas utan upphandling. Samtidigt har regeringen medgett att systemet troligen måste förändras för att förbättra konkurrensutsättningen. Samma signaler har kommit även från Läkarförbundet.

Men regeringen säger också i sitt senaste svar att ett nytt regelverk kring samverkansavtal inte får minska antalet privata vårdgivare.

– Vi ser lite bredare på detta med mångfald av aktörer och tycker att det är viktigt med stora och små, privata och offentliga vårdgivare ur ett patientperspektiv. Den nationella taxan har gjort att vi även fått en mängd små privata vårdgivare, säger Tobias Nilsson (kd), politiskt sakkunnig åt Göran Hägglund.

Vilka förändringar som regeringen är villiga att göra kring samverkansavtalen vill han inte gå in på. Han vill inte heller sia om utgången av frågan, men bedömer att regeringens argument är goda.

Agneta Borgström



Foto: Joakim Berlund/Scanpix

Intyg för sportflygare ändras

Nya krav gäller från den 1 mars för så kallade »medicinska intyg klass 2« som utfärdas till sportflygare. Dokumentationen blir mer omfattande än tidigare.

En ny blankett, »Ansökningsblankett för medicinskt intyg«, kan laddas ner från ‹www.luftfartsstyrelsen.se›.

För att intygen ska accepteras i Europa måste läkarundersökningarna göras av auktoriserad flygläkare. Förnyelseundersökningar kan dock göras av alla läkare med svensk legitimation men gäller då bara för kategorierna segelflyg, ultralätt flyg och ballongflyg privat samt enbart i svenskt luftrum. För detaljer, se Luftfartsstyrelsens webbplats.■

Vissa län har högre dödlighet än andra

Den dödlighet som kan påverkas av insatser från sjukvården skiljer sig mellan landstingen, enligt en ny rapport från Folkhälsoinstitutet.

Gotland, Gävleborg, Sörmland och Värmland har högre sådana dödstal än riket totalt. Det handlar bland annat om dödlighet i diabetes, kronisk luftrörskatarr, emfysem, cerebrovaskulär sjukdom och cancer i livmoderhalsen.

Uppsala och Kronobergs landsting utmärkte sig med lägre dödstal. ■

Läs mer Rapporten »Åtgärdbar dödlighet«: ‹www.fhi.se›