



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 19.000 SjukhusSpecialister | UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARFÖRENINGEN

NR5/2011

Hur ser det ut för den kliniska forskningen?



Foto: Göran Olofsson

Sjukhusläkaren har pejlat läget

Professorerna har blivit fler, men det är inte alla som jublar • Sidorna 12-23



VID ALZHEIMERS SJUKDOM

TA KONTROLL REDAN FRÅN START



Använd din
smartphone för att
scanna in QR-taggen*

eller gå till **www.aricept.se**
för mer information

*Ladda ned en QR-läsare till mobilen för att scanna in QR-taggen
ovan och gå direkt till aricept.se

Aricept® (donepezil) Rx. F. N06DA02 Indikation: Symtomatisk behandling av mild till medelsvår Alzheimers sjukdom. Varningar och försiktighet: Aricept är kontraindicerat för patienter med känd överkänslighet mot donepezil, piperidinderivat eller ingående hjälpämnen. Försiktighet är påkallad vid behandling av patienter med supraventrikulära kardiella ledningsproblem, obstruktiv lungsjukdom eller svårt nedsatt leverfunktion. Dosering, styrkor: 5 eller 10 mg en gång dagligen. Aricept filmdragerad tablett 5 mg eller 10 mg: 28 st, 98 st (tryckpack Ff), 50 x 1 (endos för sjukhusbruk Ef), 100 st (burk Ff). Munsönderfallande tablett 5 mg eller 10 mg: 28 st, 98 st (blistar Ff). Datum för senaste översyn av produktresumén: 2009-06-15. För mer information samt förpackningar och prisuppgifter se www.fass.se. Pfizer AB, www.pfizer.se

Därför får du Sjukhusläkaren

Tidningen Sjukhusläkaren

ges ut av Sjukhusläkarna, som är den största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund, med drygt 17.000 medlemmar.

- Tidningen bevakar fackliga och sjukvårdspolitiska frågor.

SJUKHUSLÄKARNA

organiserar hälften av Läkarförbundets medlemmar. Vi organiserar alla specialist - er på sjukhus samt professorer, docenter och högsckolektorer vid universiteten.

Riskera inte att bli utan Sjukhusläkaren – anmäl din nya adress när du flyttar!

Enklast gör du det genom att skicka ett e-mail till: medlem@slf.se

Du kan också skicka ett vanligt brev med din nya adress till

Medlemsadministrationen,
Box 5610, 114 86 Stockholm
eller ringa Läkarförbundets
medlemsregister. Tel: 08-790 35 70.
Fax: 08-790 33 25

I detta nummer

Ledaren	4-5
Dr Snake	7
Krönikan av Mikael Rolfs	8
Landsting och storregioner	10-11
Klinisk forskning	12-23
Läkemedel	24-25
AT	26-29
Din Pension	30-38
Arbetsmiljö	39
Bonustema: Ögon	40-47
Prioriteringar Utblick Danmark	48-49
Vårdgarantin Utblick Danmark	50
Vårdgarantin Utblick Norge	51
Sjukhusläkarnas symposium	52-55
Specialister i öppenvård	56
Fortbildning	57
Jouren	58-59

Sjukhusläkarens redaktionskommitté



Sjukhusläkarens redaktions - kommitté:
Thomas Zilling,
ansvarig utgivare, kirurg.
Mikael Rolfs,
anestesiolog,
Helene Thornblad,
webb - redaktör,
Christer Bark,
chefredaktör.



Vi vill skapa debatt, opinion och belysa sjukhusläkarnas frågor

Sjukhusläkarens reportrar

Christer Bark

▼ Har varit chefredaktör för tidningen Sjukhusläkaren sedan 2001. Arbetade under många på dagstidningen Arbetet till och från som reporter, förstasidesredigerare, redaktionssekreterare och nattchef.

Startade nätportalen Ditt Österlen och har i journalistiska nätverk frilansat åt en rad tidningar och tidskrifter.



Anna-Lena Bengtsson

▼ Anna-Lena Bengtsson är frilansande journalist sedan 2006. Var med och startade Dagens Medicin 1994, där hon arbetade både som reporter och redaktör till 2006. Hon har arbetat på en rad tidningar, bland annat Norrköpings-Tidningar, Skånska Dagbladet, Katrineholms-Kuriren och Veckans Affärer. Hon har även varit redaktör för en regeringsutredning på Socialstyrelsen.



Helene Thornblad, Sjukhusläkarens webbredaktör.

▼ Helene Thornblad är Sjukhusläkarens webbredaktör sedan 2010. Hon har arbetat som reporter och redaktör sedan 1987, med arbetsmiljö som huvudområde. Helene Thornblad har skrivit flera reportage- och fackböcker om bland annat ergonomi och ledarskap och har varit fast medarbetare för tidningen Arbetsliv. Hon har även varit redaktör för tidningen Författaren.



Tidskriften Sjukhusläkaren nr 5/2011

Postadress: Box 5610, 114 86 Stockholm

Besöksadress: Villagatan 5

Tel: Sjukhusläkarnas kansli: 08-790 33 00

Fax: 08-411 56 67

E-post: helene.thornblad@slf.se

Postgiro: 71019-4 Bankgiro 152-9452

Redaktör: Christer Bark, 0709-634062

christer.bark@sjukhuslakaren.se

Ansvarig utgivare: Thomas Zilling, thomas.zilling@tele2.se

Redigering/layout: Christer Bark.

Annonser: Pia Gelhaar, Mosstorpsvägen 47,

181 56 Lidingö

Tel 08-765 81 66, 070-747 86 87.

pia.gelhaar@telia.com

Prenumeration 300 kronor/helår

TS-upplaga: 20.300 ex ISSN 1100-2913

ISSN 1651-2715. Medlem i



Vem tror på allvar att sjukhus dödar en fullsatt minibuss

 Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

På en resa till Skottland blev jag något förvånad då min värd förklarade för mig att han hade en försäkring för att täcka reskostnaden hem till Sverige om han skulle drabbas av ett akut tillstånd som kräver kirurgi.

▼ – Förstår du, sannolikheten att jag skall drabbas av MRSA (Metacillinresistent staphylococcus aureus) här i Skottland är så stor så den risken vill varken jag eller min fru ta, berättade han för mig.

Även om det är lite smickrande att min svensk-skotske vän hyser så stort förtroende för svensk sjukvård, så lika förfärad blir jag över hans totala avsaknad av förtroende för ett av Europas mer ansedda universitetssjukhus.

Nyligen gick Vårdförbundets ordförande Sineva Ribeiro och landstingsstyrelsens ordförande i Kalmar län Anders Henriksson (S) ut i en debattartikel i Sydsvenska Dagbladet med krav på en nollvision för vårdskador.

Bakom kravet ligger Socialstyrelsens undersökning om vårdskador inom somatisk slutenvård. Enligt denna undersökning dör 3 000 personer årligen eller åtta personer per dag i Sverige på grund av skador de fått av vården.

Enligt debattörerna behöver sjukvården en säkerhetskultur liknande den inom trafiken, flyget och kärnkraftsindustrin. Framgångskonceptet heter checklistor och tid till säkerhetsgenomgångar och reflektion.

Att folk dör på ett sjukhus är inte så konstigt, men att dödsorsaken är direkt orsakad av vistelsen på sjukhus med uppgift om 3 000 undvikbara dödsfall kräver noggrann kritisk granskning.

Om dessa dessutom skall vara undvikbara är uppgiften i mina ögon orimlig och kan man verkligen likställa en vårdskada med en trafikskada, eller varför inte idrottsskada när man diskuterar orsakssamband.

Socialstyrelsen definierar en vårdskada som lidande, obehag, kroppslig eller psykisk skada, sjukdom eller död som orsakats av hälso- och sjukvården och som inte är en oundviklig konsekvens av en patients tillstånd eller en förväntad effekt av den behandling patienten erhållit på grund av tillståndet.

Jag vill inte påstå att jag blir så mycket klokare efter att ha läst denna definition, som spänner från allt från obehag av nageltrång till ond bråd genom NSAID-inducerad cerebral insult.

Men ryms verkligen allt under en och samma hatt och blandar man inte ihop begreppen vårdskada med icke förutsägbara komplikationer?

Mitt antagande för detta är att mer än 60 procent av

Akutläkare godkänt som egen specialitet

Årets UEMS-möte i Neapel, 6-8 oktober, innehöll ett rafflande val där vår svenske kandidat Hans Hjelmqvist valdes in på posten som vicepresident.

▼ Mycket oväntat slogs huvudkandidaten till ordförandeposten, Bernhard Mailliet från Belgien, ut av polacken Romuald Krajewski med siffrorna 13-12.

Mailliet som under många år varit föreningens generalsekreterare har varit mycket aktiv inom organisationen och vid UEMS förvärv av en kontorsfastighet i centrala Bryssel. Av många ansågs Mailliet som den naturliga kandidaten till ordförandeposten inte minst för att fullfölja projektet med ombyggnaden av kontorsbyggnaden i Bryssel och därmed

Schweiz avskaffar utbildning till allmänläkare och patienterna hänvisas till specialister i öppenvård

skapandet av ett hus för samtliga läkarorganisationer i Europa, benämnt Domus Medica. Nu valde fullmäktige annorlunda. Med nya statuter i UEMS är mandatperioden fyra år och hela styrelsen väljs samtidigt.

Stort steg framåt blev det för akutläkare som nu godkändes som en specialitet inom UEMS och fick en egen sektion. Dock inte i full enighet. Bland annat Tyskland fann inget som helst behov för akutläkare i sin sjukvårdsorganisation.

Slutligen blev fullmäktiges beslut att akutläkare får status som egen fullvärdig specialitet och den europeiska målbe-

Vården s varje dag?

skadorna anses härröra från kirurgin. En sak är väl om en patient snavar och bryter lårbenshalsen på vägen till toaletten på vårdavdelningen, något helt annat om man har en läckande anastomos efter stor colonkirurgi. I det senare fallet så behöver orsaken inte ha något att göra med vården utan kan mer bero på dålig cirkulation i anastomosen beroende på kardiovaskulär sjukdom hos patienten där vården har svårt att förutse risken.

Nyfiken på Socialstyrelsens rapport så finner jag att denna baserar sig på en retrospektiv genomgång av 2 000 patientjournaler. Dessa är utvärderade av två sjuksköterskor som i sin tur konsulterade en grupp läkare som fick avgöra om det förelåg vårdskada eller ej enligt Socialstyrelsens definition.

Inom vetenskapliga sammanhang är vi kritiska till retrospektiva studier och vill nog gärna att de skall följas upp av en prospektiv undersökning innan vi drar allt för stora växlar. Det som nu skett är att media och även många inom vården tagit Socialstyrelsens antagande som en absolut sanning.

Intressant är att läsa att Socialstyrelsen själva i sin diskussion ställer sig frågande till att deras siffror harmoniserar dåligt med antalet Lex Maria anmälningar.

2004 rapporterades 458 händelser enligt Lex Maria mot 10 000 beräknade vårdskador med bestående men och beräknade 3 000 orsakade dödsfall. Socialstyrelsen hävdar underrapportering.

Använt på rätt sätt kan strukturerad journalgranskning

"Oroande att ingen ifrågasatt Socialstyrelsens utredning om vårdskador"

vara av stort värde för vården. Det beskriver Danderyds sjukhus i sin kvalitetsredovisning 2010.

Här används metoden för att identifiera vårdskador och komplement till avvikelshanteringssystemet som direkt ger resultat i handlingsplaner för att minska eller undvika skador i vården.

I redovisningen kan vi se att antalet vårdrelaterade infektioner minskat år från år och att antalet odlingar på riskpatienter för MRSA är högt.

Danderyds sjukhus är ett bra exempel på varför vi i dagsläget inte behöver någon statlig utredning om nollvision för vårdskador.

Däremot bör kanske alla fundera på att inte ropa vargen kommer om vi inte har på fötterna, så att inte sjukhus i vår närhet får ett oförtjänt dåligt rykte.

Att det går att hävda att det skulle krascha en fylld minibuss om dagen med dödlig utgång i svensk sjukvård, enbart på grund av dålig vård, utan att någon ifrågasätter uppgifterna oroar mig.

Speciellt i en tid då kvalitetsregister och öppna jämförelser får allt större betydelse för styrningen av svensk sjukvård.

Thomas Zilling,
ansvarig utgivare



et av europeiska specialitetsföreningen

skrivningen godkändes. Detta innebar dock inte att specialiteten med automatik godkänns ute i Europa. Detta styrs av EU:s Yrkeskvalifikationsdirektiv där vi idag har 42 specialiteter upptagna, men beslutet är ett stort steg framåt för akutläkare som egen specialitet.

I samband med akutläkardiskussion annonserade Schweiz, som inte är medlem i EU, att man inte längre antar några läkare för utbildning i allmänmedicin. Vill man praktisera som allmänläkare i Schweiz får man genomgå utbildning i intermedicin. I övrigt så hänvisas patienterna till specialister i öppenvård och befolkningen anses nog kompetent för att själva veta vart man skall vända sig.

Medicinsk mikrobiologi fick sin målbeskrivning godkänd, liksom sektionen för neuroradiologi. Sektionen för anestesi fick inte sin Europeiska målbeskrivning godkänd då ingen från sek-

tionens styrelse gjorde sig besväret att närvara vid mötet.

UEMS som är paraplyorganisation för specialitetsföreningarna i Europa är nu oomstritt Europas mäktigaste läkarorganisation. CPME som tidigare var den organisation EU-kommisionen rådfrågade har genom utträdet av Frankrike, Italien, Spanien och Portugal tappat sin ledarroll. Nyss nämnda länder har istället bildat en allians vid sidan om CPME som nu kommer att verka med egna lokaler inom Domus Medica.

UEMS framgångssaga beror till stor del på inkomster från ackreditering av fortbildning samt godkännande av CME-poäng för kurser och konferenser till dess organisatörer. Under det gångna året har detta gett inkomster motsvarande 10 miljoner kronor och verksamheten med ackreditering av fortbildning ökar med cirka 30 procent per år. Svensk samarbetspartner med kontoret i Bryssel är IPULS.

Thomas Zilling

”

VI HAR EN TRADITION NÄR DET GÄLLER SAMVERKAN SOM INTE ÄR LIKA SJÄLVKLAR PÅ ANDRA STÄLLEN I VÄRLDEN.

KAJ STENLÖF FORSKNINGSCHEF FÖR GOTHIA FORUM, EN MÖTESPLATS FÖR KLINISK FORSKNING



Samverkan och forskning är något jag brinner för. Jag är medicinare i grunden, har studerat endokrinologi och bedrivit egen forskning. Under ett antal år arbetade jag även i USA för att lära mig mer om klinisk forskning. De senaste åren har jag varit engagerad i Gothia Forum: en mötesplats och resurs för alla som arbetar med klinisk forskning.

Gothia Forum är egentligen en fortsättning på Västra Götalandsregionens tidigare framgångsrika historia med klinisk forskning. Det är den region i Sverige som satsat mest på klinisk forskning i rena pengar per invånare.

För att kunna ta ytterligare ett steg i den här utvecklingen lyssnade vi på alla aktörers synpunkter och önsknings. Vi kom gemensamt fram till att det behövdes en fysisk kopplingspunkt, en funktion eller enhet som kunde sköta all samverkan mellan parterna rent praktiskt. Det var i den andan som Gothia Forum föddes.

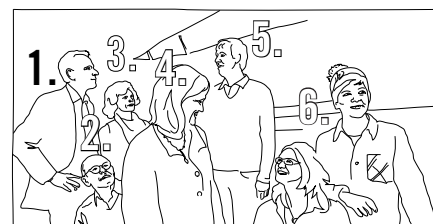
Vi ser projektet som väldigt unikt eftersom vi i samråd med regionen, sjukvården, akademien och ett flertal vanligen konkurrerande läkemedelsbolag på kort tid nådde en samsyn om vad som behövdes göras.

Jag brukar säga att vi gör det vi är bra på i Sverige: samarbete. Vi har en tradition och en erfarenhet när det gäller samverkan som inte är lika självklar på många andra ställen i världen. Det är något vi ska ta fasta på och utnyttja.

Min främsta lärdom om samverkan?

Att bästa sättet att lyckas är att se andra lyckas. Det är en fantastisk lärdom.

”



1. KAJ är en av länkarna i kedjan som gör det möjligt att utveckla läkemedel i Sverige. En livsavgörande kedja – om vi vill behålla läkemedelsforskningen.

TILLSAMMANS ÄR BÄSTA MEDICINEN

Drevande journalister, mmmmmm

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Journalister har de gångna veckorna drevat om drivna sätt att använda våra indrivna skatter. Nämligen att ge dom direkt till de folkvalda.

▼ Att vara politiker är att utsättas för press, skämtar journalisterna triumferande i samband med redovisande av varje nytt smaskigt bostadsbidrag eller reseersättning, oavsett hur länge sen det skedde. Flera partier har lite yrvaket insett att flera av deras partitoppar riskerar tappa ansiktet. Socialdemokraterna har klarat sig bättre, dom riskerar bara tappa Hakan.

Då skulle man ändå tycka att humor är bra för politiken. Att mannen som till exempel gav oss den nya skojiga beteckningen för sambo (alltså placebo – när man bor ihop och inte vet om det) verkligen borde uppskattas efter förtjänst. Men nej, efter de senaste veckornas turbulens om den politiska adeln, biter inte ens humor på de besvikna gräsrotterna. Istället muttras det bittert om det man inte får tänka:

– Det finns ingen heder i Sverige längre, den enda heder som finns idag är hedersmord.

I städer runt om försöker politiker återupprätta det sargade förtroendet genom att sätta upp bemannade valstugor på gator och torg för att riktiga människor ska kunna komma och ställa frågor om vad som egentligen har hänt. Naturligtvis utan att få några svar, men de kan åtminstone komma och klaga av sig, som en förtroendevald så fint uttryckte det i TV.

För vården är det förstås alldeles utmärkt när politiker granskas. Då slipper ju sjukvården undan. Landets alla läkare drar varje morgon en lättnadens suck när morgontidningens huvudrubrik inte rör ämnen som "Skulle få en höft – vaknade upp med ett knä" eller "Sökte med sticka i fingret – förlorade hela överkroppen".

Men en viss oro sprider sig ändå i kåren. Socialstyrelsens hög med outredda klagomål och anmälningar är stor och växande. De äldsta är dessutom alla 2500 fall man fick ta över från HSAN för ett år sen – och som var gamla redan då... Och med ett stadigt inflöde av nya fräscha klagomål har nu högen vuxit till imponerande 7 500 stycken!

En efterfrågesuccé, en tillväxtbransch, säger man stolt på den ansvariga avdelningen inom myndigheten och pekar också förtjust på de minst 35 nya fall som kommer in dagligen. Här gäller förstås inte heller sjukvårdens ojämlika strategi om att sjukast går först, nej här går det i turordning tryggt och fint. Ofta har väl den klagande patienten ändå avlidit och har han det inte så var det väl ändå inte så allvarligt, säger man bekymmerslöst.

Men att det jobbas på i denna myndighetstakt är trots allt inte så fördelaktigt tycker den allt mer oroade läkarkåren. Riskens ses som överhängande att patienter, om de tycker att fel begåtts, istället börjar polisanmäla sina läkare i allt högre grad.

Nej, man vill ju verkligen inte att det bristande förtroendet för vården man själv har ska sprida sig, säger man bekymrat.

En väg för att invagga förtroende att man lyssnar kan vara att också landstingen, likt politikerna utan ansikten och hakor, också sätter ut valstugor på gator och torg dit folk kan komma och klaga av sig. Helt enkelt en ny typ av Sjukstuga.

En annan väg är att man på Socialstyrelsen omgående anställer glada unga utredare, inte bara med meritkrav som Rättvisans Riddare och Hämnens Hjälte utan även med media- och TV-vana. De skulle då kunna medverka i både Cold Case och TV3 Efterlyst för att få utredningarna att gå snabbare.

Och man måste också betänka att det inte är lätt att göra rätt om man inte vet hur man gör och en del i det är att läkarna inte får tillräckligt med fortbildning.

Den externa fortbildningen minskar nämligen stadigt för alla specialistläkare visar Läkarförbundet i sin årliga mätning. Men glädjande nog ser man nu första gången att i alla fall internutbildningen istället ökar!

Det känns sannerligen trösterikt för alla oss som snart sitter i fängelse.

Dr Snake



”Alla dessa storslagna planer gör mig något nedslagen”

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Så är hösten här och även jag har återvänt till kliniken efter min sena semester. Trevligt nog har vi nu flyttat in i nya lokaler.

▼ Det har satsats massor på utrustning och konst. Det som ger mig mest, oväntad, underhållning är att kaffeapparatens pratarmyska med mig och att bröstmjölkskökets särskilda diskmaskin har en genomskinlig lucka genom vilken man kan se allt vatten svisca förbi. Jag vet, lite infantilt, men litet kan roa mycket.

Fast denna engångssatsning gör att jag inte kan låta bli att reflektera över att det sällan finns resurser för det dagliga arbetet, dels vad gäller utrustning, dels vad gäller personaltid, utom just vid stora byggnadsprojekt.

Vår lilla sektion är bara ett exempel, sedan har vi ju jättesatsningar såsom Nya Karolinska där miljarterna i bygg-gropen verkar sakna gränser. Kanske är detta ett av de stora problemen i vården. De små insatserna/kostnaderna är inte lika marknadsföringsmässiga som stora byggprojekt med visioner om nya sätt att erbjuda och utföra vård, ofta med en känga mot dagens system som framhålls som ineffektivt och gammalmodigt.

Sambandet att dagens vård lever i svält och därmed inte kan fungera effektivt är inte gångbart att framhålla. Priset blir att samhällets bild av vårdens brister alltid lyfts fram på bekostnad av de som faktiskt är ganska nöjda med den vård de fått/får. Och så är cirkeln sluten. Det blir en sanning att dagens vårdutförande och organisation är gammalmodig, ineffektiv och måste förändras radikalt.

Varför man då inte får lyfta blicken och säga att hela sjukvårdens organisation och ledning är gammalmodig, ineffektiv och dessutom utsatt för oklar styrning är ju lätt förvirrande. Jag pratar om landstingen som utförare av vård, och de storartade projekten – regionbildningarna.

Alla vill bli den nya regionföreträdaren och förfoga över stora domäner, både mark och ekono-

”Annars är det bra, jag har laddat batterierna och ska nu lära mig tyska av vår nya kaffeapparat”

miska resurser, för då kommer de att kunna styra vården ännu mer effektivt. Tror vi på detta?

Se hur region Skåne hanterat frågan med biologiskt aktiva läkemedel, Västra Götalands syn på MS-behandling och hur Norrbotten hanterat kostnaden för ett dyrt ögonläkemedel. Vem kan säga att det framträder en bild av ansvarstagande, effektivare ledningar som ger bättre vård i jämförelse med dagens mindre landsting?

Skepsisen mot regionernas förträffligheter finns ju inte bara från min sida, där finns både politiker, högre tjänstemän och verklighetens folk.

Det verkliga trycket att skapa regioner finns bland de redan frälsta, och de sitter tyvärr alltför ofta på de positioner som med storskaligheten kommer att få en ännu högre position.

En del av dessa personer framhåller också gärna att regionfrågan är så komplicerad, så att vi vanliga medborgare inte ska få rösta om det, inte heller egentligen ha något inflytande över den. Vi ska lugnas med uttalanden om stärkta finanser och bättre ledning.

Så just att Sahlgrenska har svåra problem på grund av svängningar i beställningar av vård, det ska bli intressant att se vad den stora regionen kommer att göra för att säkerställa den långsiktighet som behövs för att ett universitetssjukhus ska kunna utföra sitt uppdrag som högspecialiserad vårdutförare, utvecklingsmotor och utbildningscentrum?



Mikael Rolfs,
styrelseledamot
i Sjukhusläkarna.

”

KLINISKA PRÖVNINGAR KRÄVER SPECIALTILLVERKADE LÄKEMEDEL. DET ÄR EN DEL AV FORSKNINGSPROCESSEN.

JONAS ÖDMAN ANSVARIG FÖR PRODUKTION AV KLINISKT PRÖVNINGSMATERIAL, ASTRAZENECA MÖLNDAL

När ett läkemedel provas ut på patienter i så kallade kliniska prövningar, då finns läkemedlet ännu inte i produktion. För att kunna göra de nödvändiga undersökningarna måste speciella prövningsmaterial tas fram. Då kommer jag in i bilden. Vår avdelning planerar och levererar allt som behövs för att studera ett läkemedel.

Arbetet innebär mycket kontakt med den kliniska prövningsenheten. Det handlar om att skriva protokoll, få in data från olika håll, bestämma doser och sen jobba fram olika tabletter och lösningar. Därefter ska vi matcha ihop allt det här och se till att det blir genomförbart.

Det som tar längst tid är att visa att prövningsmaterialet är hållbart, att det finns en stabilitet. Är substansen t ex hållbar i tre månader? Bryts den ner, händer det saker?

Som jag uppfattar det har vi en god standard på det här området i Sverige. Hanteringen sker på ett förstklassigt sätt vilket ger oss bra data. Det som är en nackdel är att en del av landstingen inte är tillräckligt intresserade. Visst skiljer det sig, men det känns inte alltid uppskattat att läkemedelsindustrin är igång och stör deras ordinarie verksamhet.

Jag tror att man på vissa nivåer inte alltid ser möjligheterna – man ser en kostnad. Frågan vi alla bör ställa oss är vad den här forskningen betyder för Sverige?

”



5. JONAS är en av länkarna i kedjan som gör det möjligt att utveckla läkemedel i Sverige. En livsavgörande kedja – om vi vill behålla läkemedelsforskningen.

TILLSAMMANS ÄR BÄSTA MEDICINEN

”Sjukvården blir aldrig jämlig så länge landstingen får styra”



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Lyft ut sjukvården från storregionerna och förstatliga den. Då får diskussionerna om storregionerna ett annat fokus och vi kan få en sjukvård på lika villkor. Kåre Olsson, tidigare förtroendevald revisor i landstinget Dalarna vill att sjukvård i landstingsmodellen bör försvinna så snabbt som möjligt.

▼ Han har varit förtroendevald, opolitisk revisor i landstinget Dalarna under många år. Under den tiden har han sett ökande regionala skillnader i sjukvården. Med en erfarenhet som tidigare forskare inom organisk och fysikalisk kemi är han van att granska, analysera och dra slutsatser. Landstingsmodellen för sjukvård dömer han ut som både ineffektiv och ojämlig.

Han pekar på att vilken sjukvård man får i Sverige i dag beror på i vilket landsting man bor i. Medan patienter med maculadegeneration i Stockholm exempelvis får det dyra originalläkemedlet Lucentis får patienterna i Blekinge nöja sig med ett billigare läkemedel som inte är utprovat för sjukdomen. På samma sätt ser det ut inom område efter område inom sjukvården i dag.

Vem som styr sjukvården i dag är dessutom osäkert och ofta slumpartat. Det är allt för många faktorer som spelar in, samtidigt som ledarskapet i landstinget och sjukvården är svagt.

Kåre Olsson pekar på det absurda att staten i dag påverkar vården genom en mängd olika beslut som sedan inte kan följas upp eftersom makten och verkställigheten ligger ute i landstingen, vårdgarantin är ett exempel.

Det främsta skälet till att han vill se att staten tar över

Före detta landstingsrevisor har gett upp: ”Sjukvården måste förstatligas”

ansvaret för sjukvården är för att säkerställa att vi får en vård på lika villkor.

Men en inte oviktig bieffekt skulle bli att regionfrågan kan diskuteras på ett helt annat sätt än hittills om sjukvården och landstingen inte blockerade diskussionerna.

– På det viset skulle samhällsutveckling och kommunikationer få en mer central roll inom regionerna, menar Kåre Olsson.

Med ett statligt totalansvar för sjukvården bör man skilja mellan ansvar och utförande, menar han.

– Landstinget kan få ett utföraruppdrag av staten på samma sätt som privata aktörer, men ansvaret bör ligga hos staten.

Ett nationellt organ bör inrättas som beslutar vilken kapacitet sjukvården ska ha inom olika områden. Där kan man också fatta beslut om vilka delar som ska vara statligt styrda och vilka delar som ska läggas ut på andra utförare, precis som man gör inom annan statlig verksamhet, anser han.

Effekten av en sådan förändring, menar han, skulle leda till ett bättre kapacitetsutnyttjande i sjukvården och bättre förutsättningar för vård på lika villkor.

Sjukvården är en nationell fråga som av historiska skäl hanteras på landstings- och regionnivå, en olycklig koppling som ingen har någon nytta av i dag, konstaterar Kåre Olsson.

Anna-Lena Bengtsson

Ledarskapet i landstingen och sjukvården är svagt. I dag försöker staten styra med en mängd beslut, men de blir sällan verklighet, menar Kåre Olsson.

Foto: Lars Bergman



14 procent fler klinisk

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

De kliniska professorerna har blivit 14 procent fler de senaste tio åren på de sex stora universitetssjukhusen. Det visar den undersökning som Sjukhusläkaren gjort.

▼ 2001 fanns det 393 kombinationsanställda professorer/specialistläkare (s.k. prölarer) på de sex universitetssjukhusen, Karolinska i Stockholm, Sahlgrenska i Göteborg, Akademiska sjukhuset i Uppsala, Skånes universitetssjukhus och på universitetssjukhusen i Umeå och Linköping. Idag, 2011, har de ökat till 448 visar lönestatistiken.

Men det skiljer sig markant mellan de olika orterna. I Skåne,

Umeå och Uppsala har antalet kombinationsanställda professorer ökat kraftigt medan de sjunkit i Linköping.

Sjukhusläkaren har pejlat tillståndet för den kliniska forskningen

Debatten om den kliniska forskningens kris har varit het under 2000-talet.

Frågan är vad ökningen av antalet kliniska professorer betyder. En stor del av ökningen kan tillskrivas den reform som innebar att lektorer fick chans att bli befordrade till professorer om de kunde uppfylla meritkraven.

En omstridd åtgärd, som vissa menar lett till en devalvering av professorsrollen. Möjligheten att bli befordrad finns kvar, men idag är rättigheten avskaffad.

Både enighet och oenighet

Sjukhusläkaren har talat med Forsknings- och utbildningsdirektören på Karolinska sjukhuset, och med respektive dekanus på de fem övriga medicinska fakulteterna vid universiteten.

Vi har bett dem ge sin syn på den kliniska forskningens framtid med den egna verksamheten som grund.

Den bild som framträder är i vissa stycken enad, i andra splittrad. Samtliga anser att det är ett stort nationellt problem att det saknas tid och karriärvägar för forskare i Sverige idag.

Däremot råder oenighet om den kliniska forskningen befinner sig i kris.

Olle Larkö, dekanus på Sahlgrenska Akademien tycker inte att den kliniska forskningen befinner sig i kris, medan Stellan Sandler, dekanus på medicinska fakulteten i Uppsala tycker tvärtom.

Av Kim Nordlund och Linnéa Borgert



Något man däremot är eniga om är att det råder nya tider. Ingen har idag råd att återbesätta tjänster efter pensionerade professorer per automatik.

Idag gäller det för professorn att kunna tillföra unik forskning och dessutom kunna dra in externa forskningsmedel för att stärka den egna ortens konkurrenskraft.

– Tiden är förbi då varje specialitet kan ha sin egen professor, menar Bengt Järvholm, dekanus på medicinska fakulteten på Umeå universitet.

Tvingas välja olika vägar

Sjukhusläkarens intervjuer visar också att universitetsorterna tvingas välja olika vägar. Medan Karolinska kan satsa på att rekrytera toppkrafter och på fasta tjänster tvingas Linköping att säkra framtiden med att prioritera grundutbildning och att försöka matcha fram ett ungt forskarlag till ett framtida elitlag.

Glädjande, men inte problemfritt

Sjukhusläkaren har också talat med Thomas Zilling, ordförande för Sjukhusläkarna för att få en facklig kommentar.

– Ur ett fackligt perspektiv är jag glad för att antalet kliniska professorer ökat, även om det är ett resultat av Thams reform med skapandet av befordringsprofessorer.

Thomas Zilling är i likhet med professorn, i neurofysiologi, Eva Svanborg i Linköping (se sidan 19) oroad för kompetensen och att staten satsar för lite för att tillgodose karriärvägar och fasta professorstjänster.

– 40- och 50-talsgenerationerna använde forskning som ett konkurrensinstrument för att nå vidareutbildningstjänster som AT eller FV (idag ST). Det kravet finns inte på samma sätt idag och medicinstudenter på prekliniska institutioner blir allt ovanligare. I en förlängning innebär detta att allt färre blir professorskompetenta, menar han.

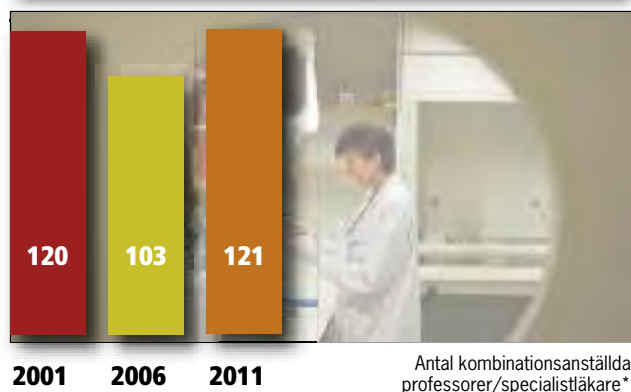
Thomas Zilling oroar sig även för den framtida undervisningen.

– Idag varierar finansieringen över landet och det finns tjänstekonstruktioner där del av lön finansieras av forskningsanslag. Det är inte rimligt. För att garantera att forskning och undervisning blir oberoende måste staten skjuta till medel så att fakultetsanslagen täcker lönekostnaderna, säger han.

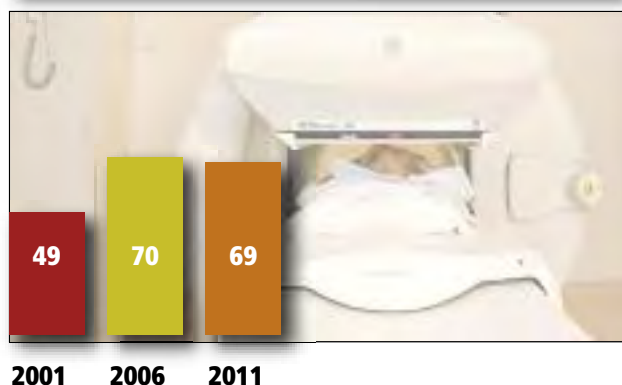
Läs mer sidorna 13-23

...a professorer på tio år

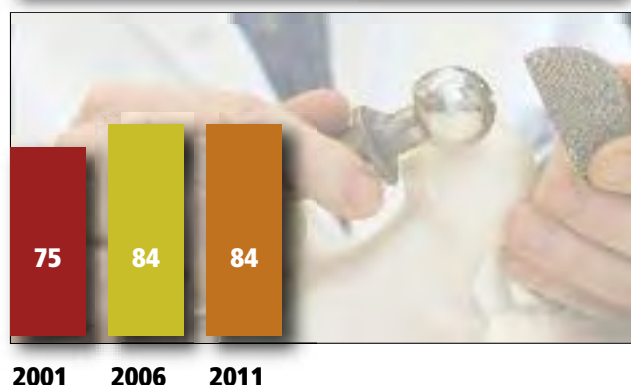
KAROLINSKA + 0,8 % (2001-2011)



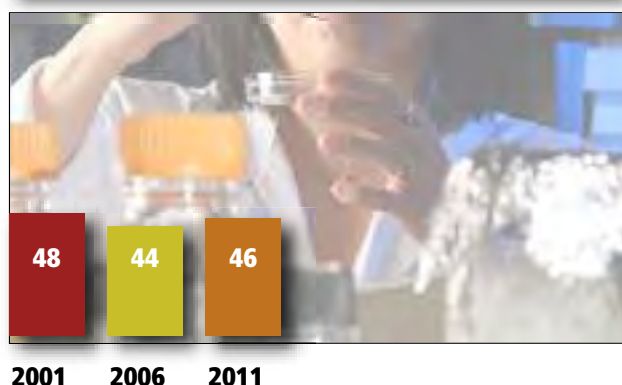
SKÅNES UNIVERSITETSSJ. + 41 %



SAHLGRENSKA + 12 %



LINKÖPING - 4 %



UMEÅ + 29 %



UPPSALA + 26 %



Statistiken visar antalet kombinationsanställda professorer/specialistläkare (s.k. prölarer*) på de sex stora universitetssjukhusen och bygger på sjukhusens lönelistor. I statistiken för Karolinska ingår Huddinge även före sammanslagningen. I Skåne har vi räknat med de prölarer som är anställda på Labmedicin Skåne och Psykiatri Skåne i statistiken för Skånes universitetssjukhus, 2011, trots att labmedicin och psykiatri knoppats av från universitetssjukhuset och idag är egna förvaltningar.

KAROLINSKA

Medveten satsning på att skapa fasta tjänster



Karolinska kräver numera i princip att man har disputerat för att få bli överläkare.

Foto: Medicinsk Bild, Karolinska

 **Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se**

Karolinska har skärpt satsningen på universitetssjukhusets akademiska roll.

Idag sker en medveten rekrytering av personer som ligger på hög professorsnivå och som kan vara aktiva i den kliniska verksamheten.

▼ – Vi har som krav att man som regel inte ska kunna bli överläkare om man inte disputerat och så vill vi att verksamhetscheferna ska vara forskningskunniga och ha doktorerat. Vi satsar också medvetet på att det ska finnas en karriärstegen för den som vill forska, inte bara för de som deltar i den direkta sjukvårdsproduktionen, säger forsknings- och utbildningsdirektören Sten Lindahl.

Han tycker att det ser bra ut för den kliniska forskningen på sjukhuset idag och att Karolinska varit framgångsrikt när det gäller att locka till sig externt riskkapital.

– Senaste räkenskapsåret fick vi in 1,1 miljard kronor i nya pengar till sjukhusmiljön, som inte kom från landsting eller från staten utan från utomstående forskningsfinansiärer.

Trots detta menar Sten Lindahl att det finns problem inom den kliniska forskningen.

– Det stora problemet, som inte är nytt, är att det saknas tid för forskning i den kliniska miljön, eftersom pressen på sjukvårdsproduktion är så hård. Därför försöker vi medvetet skydda tiden för forskning genom att inrätta fler tjänster, säger Sten Lindahl.

Han berättar att Karolinska idag använder minst 51 procent av sina ALF-medel till att anställa folk i landstingsmiljö, samtidigt som man inrättat nästan 80 halvtids-tjänster för forskning de senaste fem-sex åren för att garantera forskning i den kliniska miljön.

– Dessa satsningar har tillsammans skapat 150 – 200 tjänster för klinisk forskning under dessa år, så vi ser positivt på utvecklingen, säger Sten Lindahl.



Eva Hellström Lindberg forskar på myelodysplastiskt syndrom (MDS) på Karolinska – en benmärgscancer nära besläktad och lika vanlig som akut leukemi. På vår fråga om tillståndet för den kliniska forskningen svarar hon att hon egentligen inte tycker att den är i kris. Foto: Stefan Nilsson

När Sjukhusläkaren frågar vad han skulle vilja förbättra svarar han:

– Att vi fick ytterligare tid för forskning. Att vi kunde förstärka vår implementeringsforskning, så att vi blev bättre

på att sprida ny kunskap som vi fått genom forskningen i den kliniska miljön. Jag skulle också vilja ha en ökad samverkan med näringslivet kring den farmakologiska och medicintekniska produktionen.

SAHLGRENSKA

"Den kliniska forskningen är ingen krisbransch"

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Olle Larkö, dekanus på Sahlgreńska Akademien, ser många problem med den kliniska forskningen, men han håller inte med om att det skulle vara en krisbransch.

▼ – Vi har en verksamhet som växer.

Antalet kliniska professorer har de senaste tio åren ökat med tolv procent på Sahlgreńska. Sedan 2006 har det dock stått still. Enligt Olle Larkö beror detta på att tillsättandet av nya kliniska professorer görs vid behov. Han menar att Sahlgreńska akademien i det stora hela har ökat sin verksamhet och att uppdelningen mellan klinisk och preklinisk forskning inte längre är lika intressant.

– Vi har attraherat externa finansörer, vilket också gett oss ökade anslag från staten.

Även om Olle Larkö inte tycker att den kliniska forskningen befinner sig i kris så ser han många problem med verksamheten idag. Ett exempel är att det kan vara svårt att få ut sin forskningstid.

– Sjukhusdirektören har skrivit under på att det ska vara en "kupad hand" över de pengar som ska gå till forskning respektive de som ska gå till patientvård, men i och med de besparingar som regionen har gjort på universitetssjukhuset har detta börjat svikta.

Landstingen beställer ju sjukvården och Västra Götalandsregionen har sågat ganska kraftigt på universitetssjukhuset och satsat på primärvården istället.

– Det är att satsa pengar på vaxproppar istället för på svårt sjuka människor, menar Olle Larkö och



Olle Larkö: – Vi växer så jag tycker inte att vi är en krisbransch, även om "den kupade handen" som skulle skydda forskningen öppnats när regionen sparar pengar. Foto: Göran Olofsson

sticker ut hakan.

Det största problemet är dock, enligt Olle Larkö, att för få läkare är intresserade av att forska, mycket på grund av den ekonomiska aspekten. Dels är utbildningen som krävs för att disputera nästan två gånger så lång, samtidigt som man bara får 2 000 kronor mer i månaden.

– Det är dålig utdelning på dubbelt så lång utbildning, säger han.

Om Olle Larkö fick önska sig något så är det just att det ska bli mer lönsamt att forska och att politikerna håller händerna och sparbetingen borta från universitetssjukhusen.

– Jag tycker att man ska "freda" universitetssjukhusen. Vi utbildar framtidens läkare och sjuksköterskor. Sparar man på utbildningen och forskningen så går man av den gren man sitter på.

Redan idag snyltar Sverige, som har en påtaglig läkar-

Elit eller bredd? Nu börjar huggsexan om framtidens forskning

Ska svensk klinisk forskning präglas av elitsatsning eller av breddsatsning? Det är ett av de många vägval som forskningspolitiken står inför nästa år.

▼ Hösten 2012 lägger regeringen forskningspropositionen för åren 2013–2016. Tidsperspektivet kan verka långt, men avgörande steg tas redan de närmaste månaderna, när myndigheter och lärosäten kommer in med sina underlag

till utbildningsdepartementet.

På den kliniska forskningens område har flera bollar kastats upp i luften de senaste åren och hänger ännu kvar i luften:

- ALF-avtalet är uppsagt och löper ut den 1 januari 2015.

- Vinnova och Vetenskapsrådets förslag om en ny struktur för finansiering av klinisk forskning – Svensk Behandlingsforskning. Förslaget ska ses som ett komplement till de redan existerande finansieringsformerna och skulle innebära att 500 miljoner årligen skjuts till av landsting och stat gemensamt.



På Sahlgrenska akademien bedrivs forskning kring biomaterial där man bland annat forskar kring implantatytor för att förbättra inläkningen av dessa så att behandlingsresultaten blir bättre, men även för att patienterna ska kunna belasta implantaten tidigare.

Foto: Stefan Ideberg. Omslagsbilden är tagen av Göran Olofsson.

brist, tillräckligt på Danmark, Polen, Rumänien och många andra länder, tycker han.

Hur ser du på framtiden?

– Jag ser att behoven kommer att ändras. Vi har fler människor med psykisk ohälsa idag än tidigare, vi har fler cancerpatienter. Å andra sidan har vi färre hjärtattacker. Alltså kommer vi behöva omfördela resurserna. Vi har också en

äldrande befolkning som kommer att innebära en utmaning.

Vilka satsas det på?

– Först ser vi till att klara utbildningsbehovet, därefter satsar vi på de som är duktigast att forska. En hård, men någorlunda rättvis fördelning, tycker jag.

Har ni någon specialitet som saknar professor?

– Neurokirurgi.

Medel

Det finns politiska signaler om att den nya forskningspolitiken kan innebära en omsvängning till en klinisk forskning med tydligare elitprägel på bekostnad av bredden:

- Fokuseringen på spetsforskning i Olle Stendahls utredning från 2008 om den kliniska forskningen, formulerad som "styrning av resurser till den bästa forskningen".

- Utbildningsminister Jan Björklunds debattartikel om klinisk forskning på DN Debatt i maj i år gav signaler om hårdare kriterier för utbetalning av ALF-medel, med styrning av medel till landsting som redan

har mer omfattande "omfattning och nivå" på den kliniska forskningen.

Forskningspropositionen kommer troligen att lägga samman pusslet om finansiering av den kliniska forskningen på ett annat sätt än tidigare. Flera tunga instanser – myndigheter, universitet och vetenskapliga råd – har deadline för att lämna in underlag vid årsskiftet 2011/2012. Fackliga och andra intresseorganisationer har chans att påverka under våren 2012.

Helene Thornblad

LINKÖPING

Här är framtidshoppet unga forskare och bra grundutbildning

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Kampen om statens pengar är hård. För att klara sig bättre i konkurrensen med de äldre universitetsorterna har Linköping valt att satsa främst på grundutbildningen, och på att försöka bygga upp ett starkt "juniorlag" forskare som ska matchas fram till ett blivande elitlag.

▼ Mats Hammar, dekanus på hälsouniversitetet (medicinska fakulteten), menar att Linköping missgynnas av staten när det gäller tilldelningen av forskningsmedel jämfört med de äldre universitetsorterna.

– Karolinska och Lund, till exempel, får nästan lika mycket forskningsmedel som grundutbildningsmedel. Vi får bara ungefär hälften så mycket till forskning som till grundutbildning. Det betyder att när Karolinska och Lund rekryterar en person kan de utlova åtminstone halva tiden forskning, det kan inte vi.

Mats Hammar tycker också att Linköping borde få mer ALF-medel.

– ALF-medlen borde anpassas i relation till grundutbildningen. I och med att hälsouniversitet är en ung fakultet som har vuxit fort, har ALF-medlen inte ökat i proportion till grundutbildningen. Om de hade anpassats till grundutbildningens kvalitet och storlek hade vi haft mycket mera medel att använda i vår verksamhet, säger Mats Hammar.

Statens regler för bidrag och dagens verklighet där forskningsmedel delas ut efter "excellence", det vill säga hur mycket man citeras och publiceras och hur mycket externa medel man drar in, tvingar Linköping att hitta egna vägar, menar Mats Hammar.

Något som han tror kan förklara varför de kliniska professorerna minskat i antal i Linköping de senaste tio åren, samtidigt som de ökat på flertalet andra universitetsorter.

– För fem år sedan genomförde vi en verksamhets- och kompetensanalys som visade att hälsouniversitetet, som då var den yngsta medicinska fakulteten, hade i förhållande till sitt forskningsuppdrag en ganska liten del prekliniska forskare och en lite större del kliniska. För att få mer heltäck-



Mats Hammar anser att Linköping, som ung universitetsort missgynnas av staten, och borde ha mer ALF-medel. Foto: Peter Karlsson

ande forskning gjorde vi därför förstärkningar på de prekliniska områdena, säger Mats Hammar.

– Vi har också sagt att vi ska ha den bästa grundutbildningen i Sverige. Det är prioritet ett, men vi måste också locka till oss förstklassiga forskare som kan stärka vår konkurrenskraft. Är utbildningsbehovet täckt så är det inte säkert att vi återbesätter en professorstjänst vid en pensionsavgång. Då kanske vi istället försöker rekrytera en person som kan höja vår konkurrenskraft, alltså en person som har högre citering och visat prov på bra forskning eller kan dra in mer externa forskningsmedel.

Enligt Mats Hammar har det inneburit en hel del rekryteringar på prekliniska områden, där man kunnat rekrytera starka forskare.

Mats Hammar betonar dock att man fortfarande är väldigt angelägen om att bygga upp kompetensen även på kliniksidan, men rekryteringssvårigheterna har gjort att Linköping lägger mycket resurser på att bygga från grunden.

Mats Hammar säger att det idag finns ett ambitiöst program i Linköping, "Från student till docent", som förhoppningsvis ska ge Linköping en plats i elitlaget i framtiden.

– Programmet går ut på att hjälpa våra egna studenter att göra en kombinerad klinisk och forskningsmässig karriär. Vi vill visa att man kan stanna kvar i Linköping efter sin examen. Nu antas många unga till forskarutbildningen som är kliniker, och vi försöker ge dem möjlighet att fortsätta forska tills att de i princip kan meritera sig till en professur, säger han.

– Jag ser det som att vi tryggar en egen återväxt. Det är ett arbete som tar tid, men jag känner mig mycket tryggare nu.

Eva Svanborg, professor och överläkare i klinisk neurofysiologi:

”Dagens utveckling kan innebära döden för de små specialiteterna”

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Konverteringen av lektorer till professorer är problematisk. Det anser Eva Svanborg, professor och överläkare i klinisk neurofysiologi i Linköping. Hon menar att det innebär en stor fara att landstinget får stå för de största kostnaderna.

▼ – Om landstinget bestämmer sig för att sluta finansiera professorstjänsterna skulle i princip 80 procent av dem försvinna, säger hon.

Många av Linköpings kliniska professorer är idag betalda av landstinget. Professorerna är i många fall uppförordnade lektorer. För att som lektor bli professor krävs det att man uppfyller ett visst antal krav, men Eva Svanborg tror att kompetenskraven för professorstjänsterna minskar i samband med konverteringen av lektorer.

– Med det gamla sättet att tillsätta tjänster, med nationell och internationell konkurrens, krävdes mer för att bli professor. Då var det den med högst meriter som vann. Idag har det blivit en slags inflation i professorstitlar. Detta kan ju också vara en anledning till att Linköping ligger ganska risigt till när det gäller forskningsproduktion på den kliniska sidan, säger Eva Svanborg.

Eva Svanborg är oroad över att kliniska professorstjänster inte återutlysas när den tidigare innehavaren slutar sin anställning.

– Risken är att ingen kan ta det fulla ansvaret för den kliniska forskningen. Jag tror att det, framför allt för de små specialiteterna, kan innebära döden om det inte finns folk som ansvarar för forskning och utveckling. Det kan nog vara så att om ett par år så finns inte min specialitet, klinisk neurofysiologi, längre. Det som händer nu, det är att min generation går i pension och jag har inte sett någon plan för hur man ska ersätta oss, säger hon.



Prolia® är subventionerat för behandling av osteoporos hos postmenopausala kvinnor som löper ökad risk för frakturer där behandling med alendronsyra inte bedöms som lämplig.³

Referenser: 1. Prolia® produktresumé, 20 september 2010. 2. Kostenuik PJ. Curr Opin Pharmacol 2005; 5: 618–625. 3. www.tlv.se 10-12-18

Prolia® (denosumab) Rx, F 60 mg injektionsvätska, lösning i förfylld spruta. ATC-kod: M05BX04. **Indikation:** Behandling av osteoporos hos postmenopausala kvinnor som löper ökad risk för frakturer. Prolia® minskar signifikant risken för vertebrala och icke-vertebrala frakturer samt höftfrakturer. Varje förfylld spruta innehåller 60 mg denosumab i 1 ml lösning (60 mg/ml). Denosumab är en human monoklonal IgG2-antikropp producerad i en cellinje från däggdjur (CHO) med rekombinant DNA-teknik. För fullständig information vid förskrivning, produktresumé och aktuella priser, se www.fass.se. Prolia® är subventionerat för behandling av osteoporos hos postmenopausala kvinnor som löper ökad risk för frakturer där behandling med alendronsyra inte bedöms som lämplig. Datum för översyn av produktresumén 20 september 2010.

Amgen AB, Box 706, 169 27 Solna. 08-695 11 00. www.amgen.se
GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 Solna. 08-638 93 00. www.glaxosmithkline.se

DMB-SWE-AMG-310-2011 JUNI 2011



prolia®
denosumab
STYRKA MOT FRAKTURER

LUND

"Staten måste se över finansieringen Universitetssjukhusen får för lite betalt"

 **Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se**

Sveriges universitetssjukhus får för lite pengar med tanke på sitt utbildnings- och forskningsuppdrag. Det anser Bo Ahrén, dekanus på medicinska fakulteten i Lund, som menar att det drabbar den kliniska forskningen.

▼ – Det är rätt slående tycker jag, att de sjukhus som har de största ekonomiska problemen i Sverige är universitetssjukhus, säger han.

Det kostar tio till tolv procent mer att ställa en diagnos på ett universitetssjukhus än på ett vanligt sjukhus. Detta på grund av att det även ingår forskning och utbildning i sjukhusens uppdrag. Bo Ahrén tycker att universitetssjukhus borde få mer betalt för sitt uppdrag än de får idag, nu täcker ofta inte pengarna de tio till tolv procenten som behövs.

– **Hela finansieringen av universitetssjukhusen bör ses över. När ekonomin är så pass begränsad kommer forskningen i kläm, menar han.**

Bo Ahrén är bekymrad över att en sjukhuschef på ett universitetssjukhus idag tvingas att fokusera mest på att hålla budgeten.

– Egentligen borde det vara en chef som kan intressera sig mest för forskning och utveckling, säger han.

Detsamma, menar han, gäller verksamhetscheferna.

– Många verksamhetschefer är väldigt intresserade av forskning och gör så gott de kan med sina förutsättningar, men de har en svår sits. De har det tufft. Det är ett väldigt tryck på patientvård idag, vilket gör att det blivit svårt att få tid till forskning.

Bo Ahrén säger att han inte vill överdriva problemen för den kliniska forskningen, men det är tydligt att han är orolig för vad som ska hända om kraven på sjukvårdsproduktion ännu mer pressar tillbaka möjligheten till forskning.

För att få en bättre kommunikation och kunna tackla problemen startades på Skånes universitetssjukhus, i januari 2010, projektet "Universitetets-medicinskt centrum i Skåne (UMCS)".

– Det är ett samarbete mellan universitetssjukhuset och akademien där vi fullt ut sitter i varandras ledningsgrupper. Jag sitter med i sjukhusledningen och sjukhuschefen sitter

med i vår fakultetsledning. Projektet har gjort att vi kommit närmare varandra och nu finns ett inflöde av forsknings- och utbildningsfrågor in i klinikledningen, säger Bo Ahrén.

Bo Ahrén, som var expert i regeringens utredning av den kliniska forskningen, ledd av Olle Stendahl, tycker inte att man kan tala om kris även om andelen publikationer och citeringar av svenska forskare minskat i en internationell jämförelse.

– Det finns ingen kris på så sätt att det sviktar helt, det pågår fortfarande väldigt mycket fin forskning på universitetssjukhusen, men man måste ta tag i incitamentsstrukturen för forskarna inom vården om Sverige ska ha en chans att även i fortsättningen vara en framstående forskarnation. Idag är belöningen för att forska devalverad och det saknas den karriärgång som fanns tidigare, säger han.

– Det har också blivit svårare för läkare att forska idag, eftersom forskningen har blivit mer komplex, menar Bo Ahrén.

– Det räcker inte längre att ingå i en enskild forskargrupp, utan man måste samarbeta i nätverk. Det kan handla om att ingå i ett register i en biobank, eller om man är lite mer experimentell, att man arbetar i nätverk med preklinisk forskning, det gör att forskningen kräver lite mer.

Vad har Skånes universitetssjukhus för framtidsmål när det gäller forskning och utbildning?

– Att ha forskning inom de ämnen vi undervisar i. Det betyder inte att alla lärare ska forska, men vi strävar efter att ha akademiska tjänster i alla ämnen som vi undervisar i.

Om du fick önska dig tre saker?

1. Tydligare incitament för de som satsar på forskning. Forskning ska vara en merit som syns i karriären och lönekuvertet.

2. Att forskning ska kunna ingå i en läkartjänst vid universitetssjukhusen, så att det finns naturlig tid för forskningen.

3. Att finansieringen av universitetssjukhusen ökas.

Ska Sverige som nation ha en chans att hävda sig när det gäller klinisk forskning måste staten se till att det lönar sig att forska, menar Bo Ahrén, dekanus på medicinska fakulteten i Lund.

Foto: Kennet Ruona



UMEÅ

– Tiden är förbi då varje specialitet kan ha sin egen professor

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

– Det går inte att forska om allting, för det finns det inte resurser till. Man måste i någon mån profilera sig.

Det menar Bengt Järvholm, dekanus på medicinska fakulteten på Umeå universitet.

▼ Bengt Järvholm säger att idag är alla tvungna att jobba efter andra principer än förr och rekrytera professorer efter det undervisningsbehov som finns och efter duktiga personer inom de områden som prioriteras forskningsmässigt, vilket kan variera över tid.

Antalet kombinationsanställda professorer/specialistläkare på Umeå universitetssjukhus har ökat med 29 procent de senaste tio åren. Bengt Järvholm tror att det har mycket att göra med att många lektorer har befordrats till professorer. Detta på grund av att högskoleförordningen ändrades så att en universitetslektor hade rättighet att bli befordrad om man var tillräckligt meriterad. Nu är detta borttaget ur förordningen, men förhandlingar pågår på central nivå om vad som ska gälla framöver.

Bengt Järvholm ser ganska ljust på den kliniska forskningens framtid på Umeå universitetssjukhus. Men han ser även vissa problem. Ett av dem är att det finns för få kandidater på nationell nivå som är tillräckligt professorskompetenta om man ska rekrytera. Detta beror, enligt Bengt Järvholm, på flera saker.

– En orsak är att forskningen ofta kommer i kläm då kraven inom sjukvården på kliniskt arbete är så höga. En annan orsak är att de här personerna har svårt att hitta en bra karriärgång där de både kan utveckla sig kliniskt och vetenskapligt.

Inget görs åt känt problem

Enligt honom borde det skapas en bättre och mer strukturerad karriärbana för kliniska forskare än den som finns idag.

– Nu överlåter vi åt varje individ att på egen hand pussla ihop det hela. Det hade varit bra om vi tillsammans med sjukvården kunde hitta en modell där vi utvecklar individer till att bli potentiella toppforskare inom den kliniska forskningen, menar han.



Bengt Järvholm tycker att det är ett problem att forskningsprojekten i Sverige provas vart tredje år. Det är för kort tid för att kunna utvärdera forskning på, menar han.

Foto: Samuel Bengtson

Bengt Järvholm tycker också att det skulle innebära en stor förbättring om de fasta resurserna till de seniora forskarna/professorerna ökade, så att de fick större frihet att göra projekt som kanske misslyckas.

Bara en tredjedel av pengarna kommer från staten

– Allt mer av forskningsresurserna går idag till olika forskningsråd och finansiärer, vilket gör att vi är mycket beroende av att själva skaffa externa anslag. På en fakultet som vår är två tredjedelar av de forskningspengar vi har externa pengar. Bara en tredjedel kommer via fast anslag från staten.

Bengt Järvholm menar också att det är ett problem att forskningsprojekten i Sverige provas vart tredje år.

– Det är för kort tid för att kunna utvärdera forskning på. Forskning är riskverksamhet. Forskare ska prova saker och idéer som många gånger visar sig vara fel. Men ibland gör de saker tvärtom som visar sig stämma, som omvandlar världen och lär oss väldigt mycket och som samhället har väldigt stor nytta av, säger han.

Han menar att dessa forskare måste känna någon slags trygghet när de testar nya idéer och att det då är svårt att leva i huvudsak på externa medel som omprövas vart tredje år.

UPPSALA

Antalet professorer ger inte hela bilden "Den kliniska forskningen befinner sig i kris"

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Den kliniska forskningen befinner sig i kris. Detta menar Stellan Sandler, dekanus på medicinska fakulteten i Uppsala. Det blir allt svårare att ta ut forskningstid och dessutom kräver forskning stora patient - underlag. Han tycker därför att det är viktigt med ett ökat samarbete, både nationellt och internationellt.

▼ Trots att antalet kombinationsanställda professorer/specialistläkare har ökat med 26 procent de tio senaste åren i Uppsala så anser Stellan Sandler att den kliniska forskningen brottas med stora problem.

Den kliniska forskningen är i kris, även på Akademiska sjukhuset. De forskande läkarna har blivit mer och mer pressade att klara av sjukvårdens krav och tiden för forskning har därför begränsats.

– Den sammanhängande tid som behövs är svår att få fram, säger han, samtidigt som han betonar att det kan vara stora skillnader. På vissa kliniker är forskningstiden garanterad, på andra ställen blir det svårare och svårare.

Ett annat stort problem, menar Stellan Sandler, är att forskningen kräver stora patientunderlag.

– I framtiden måste man sannolikt samarbeta i stora grupper för att göra bra kliniska studier, och då måste vi gå utanför vårt sjukhus, säger han.

Ett projekt som diskuteras i nuläget är att skapa nationella biobanker, något som Stellan Sandler anser vara väldigt viktigt för den kliniska forskningen. Men han menar att man då måste lösa hur det ska gå till praktiskt, samt se till att de hanteras på rätt sätt vad gäller provers omhändertagande och etik kring insamlingen. Ett stort europeiskt biobanksprojekt (BBMRI.eu) där landsting, svenska universitetssjukhus inklusive Akademiska sjukhuset är under utveckling.

– Kan man få till det här bra så kommer det bli ett lyft för den kliniska forskningen, säger Stellan Sandler.



De forskande läkarna har blivit mer och mer pressade att klara av sjukvårdens krav och tiden för forskning har begränsats så att svensk klinisk forsknings framtid är hotad, menar Stellan Sandler.

Han hoppas också mycket på det samarbete som inletts mellan Uppsala universitet, Sveriges Lantbruksuniversitet, Karolinska, KTH och Stockholms universitet, som är en satsning för hela landet, under namnet Science for Life Laboratory, där målet är att försöka knyta ihop klinik och grundläggande forskning och därmed skapa plattformar för avancerad och dyrbar forskning.

När det gäller ökningen av kombinationsanställda professorer/specialistläkare menar Stellan Sandler att det blivit en numerär expansion på pappret, men att verkligheten ibland kan se annorlunda ut idag än tidigare.

– En nybliven professor fick tidigare mera tid för forskning än vad lektorn som numera befordrats får, eftersom den befordrade lektorn kan ha kvar sin undervisningsdel och inte heller erhåller ökade forskningsresurser.

– Regeringens läkemedelsstrategi tacklar inte de verkliga problemen



Yngve Gustafson, professor och överläkare i geriatrik, verksam i Umeå, menar att regeringen inte ser de verkliga problemen. Foto: Mikael Lundgren



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

– Försämringen av sjukhusläkarnas arbetsvillkor har lett till att vården av de mest sjuka äldre i många avseenden blivit sämre de senaste åren. De flesta läkare som skriver ut medicin till äldre får aldrig möjlighet att utvärdera läkemedelsbehandlingen – varken under tiden på sjukhuset, eller på ett återbesök, säger Yngve Gustafson, professor och överläkare i geriatrik, verksam i Umeå.

▼ Kanske kommer vi aldrig att kunna få behandlingsrekommendationer för patienter äldre än 80 år. Läkare måste få både möjligheter och skyldigheter att utvärdera förskrivningen, säger Yngve Gustafson.

Regeringens Läkemedelsstrategi ger Socialstyrelsen i uppdrag att påbörja arbetet med en förstudie för att få fram ett underlag för behandlingsrekommendationer när det gäller äldres läkemedelsanvändning. Men resonemanget tacklar inte de verkliga problemen, menar Yngve Gustafson.

Stora skillnader mellan 80-åringar

– Det finns i princip inget vetenskapligt underlag för behandling av människor äldre än 80 år, och kanske kommer det aldrig att vara möjligt att utforma behandlingsriktlinjer. Äldre är inte en enhetlig grupp, och uppföljning av individen är A och O.

"Läkemedelsgenomgångar kan aldrig ersätta en noggrann uppföljning av en patientansvarig läkare"

Yngve Gustafson är konsultläkare på äldreboenden och har, som han säger, "förmånen att få utvärdera läkemedelsbehandlingen regelbundet". Trots sin kompetens på området måste han ofta omvärdera ordinationer. Mycket spelar in, äldres upptag av läkemedel skiljer sig från yngres, liksom distribution i kroppen, metabolism, utsöndring och känslighet.

– Varje vecka blir jag förundrad över hur starka biverkningarna kan vara. Jag har valt läkemedel med omsorg och dosering med försiktighet och ändå måste jag göra om i hälften av fallen. All läkemedelsbehandling av äldre måste ses som ett experiment. Och när man gör experiment måste man utvärdera.

De politiska ambitionerna om att förbättra äldres läkemedelsanvändning riskerar att stupa på att sjukhusläkarnas arbetssituation är så pressad att det inte finns utrymme för återbesök – i kombination med politiska riktlinjer om all uppföljning ska ske i primärvården, menar Yngve Gustafson.

– Primärvården har inte rätt förutsättningar, där har man

för lite tid till sitt förfogande och har inte heller sett patienten på sjukhuset. I dag är det extremt ovanligt att den läkare som skrivit ut medicinerna får möjlighet att följa upp och ingen tar det samlade medicinska ansvaret för gamla och multisjuka.

– Läkemedelsgenomgångar, som Läkemedelsstrategin tar upp, kan aldrig ersätta en noggrann uppföljning av en patientansvarig läkare, säger Yngve Gustafson.

Att behandla äldre med läkemedel kräver en sann läkekunst, menar Yngve Gustafson. Att lära sig se, känna igen, och förstå biverkningar kräver både kunskap och erfarenhet.

– Jag anser att läkare utan specialkunskaper om äldre och läkemedel inte borde få förskriva till personer äldre än 80 år.

Yngve Gustafson understryker att dålig kvalitet i förskrivningen till äldre både drabbar de enskilda och samhällsekonomin:

– Läkemedelsbiverkningar kostar samhället omkring 12-13 miljarder kronor per år, och är den vanligaste orsaken till att äldre läggs in på sjukhus i dag. Omkring var tredje fallskada som drabbar äldre beror på biverkningar. Det är helt oacceptabelt. Vi har inte råd med dålig kvalitet.

– Det som krävs är att läkare får både skyldighet och reell möjlighet att utvärdera sin förskrivning.

Helene Thornblad

Motioner till Läkarförbundets fullmäktigemöte

Sjukhusläkarna slår larm om bristande kunskaper i farmakologi

Yngve Gustafson uttrycker det som vi och många läkare känner, säger Sjukhusläkarnas ordförande Thomas Zilling.

▼ – Sjukhusläkarna har under många år kritiserat de ansvariga inom sjukvården för att underskatta vikten av att det krävs tid för patient/läkarmötet och läkemedelsuppföljningar. Vi är inte emot nationella riktlinjer, men vi är emot byråkratisk stelbenthet och ovetenskapligt förenklade riktlinjer. Dessutom, vad spelar det för roll med riktlinjer om det saknas kunskap, säger Thomas Zilling.

– Vi är mycket oroade över farmakologins ställning idag och vill genom en motion till Läkarförbundet slå

larm om de rådande förhållandena.

– Studier har visat att läkemedelsrelaterade problem står för en alltför stor del av sjukhusinläggningarna för de över 65 år och att många av dessa hade kunnat undvikas om läkemedlen använts korrekt. I en avhandling år 2007 fann man att 3 procent av dödsfallen i Sverige kunde kopplas till läkemedel, säger Thomas Zilling.

Sjukhusläkarna vill nu att farmakologin får större plats i läkares grundutbildning och fortbildning och att Läkarförbundet kartlägger utbildningen.

Sjukhusläkarna vill också att läkares individuella medicinska ansvar tydliggörs och stärks.

Läs mer om Sjukhusläkarnas motioner till Läkarförbundet på www.sjukhuslakaren.se

Christer Bark

”Det skulle vara förödande för oss om AT försvinner”

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Vid Piteå älvdals sjukhus är AT-läkarna en viktig del av sjukvården. Sugna på att få testa sina kunskaper utgör de en frisk fläkt i arbetslaget. Det är också bland dem som sjukhuset hämtar sina framtida specialister.



▼ – På ett sådant här litet sjukhus, med drygt hundra vårdplatser är AT-läkarna viktiga. De kommer snabbt in i jobbet och gör ett viktigt kliniskt arbete. Utan dem skulle vi få det jättetufft, konstaterar Catharina Lysell-Bergström (bilden), AT-studierektor vid sjukhuset.

Hon pekar också på att AT-systemet gör att det sker ett viktigt utbyte av ny kunskap och beprövad erfarenhet. Det händer att AT-

läkarna har gjort specialarbeten som kan tillföra sjukhuset nya kunskaper.

Anna-Karin Stridsman, ögonläkare vid sjukhuset, och tidigare AT-studierektor, tycker att det är ett roligt och stimulerande att undervisa AT-läkare. Hon betonar också att utan AT skulle sjukhuset få betydligt svårare att rekrytera läkare i framtiden.

– Vi skulle missa ett viktigt tillfälle att marknadsföra vårt sjukhus för de unga läkarna, säger hon.

Catharina Lysell-Bergström pekar på att nästan alla läkare som jobbar i länet också har gjort sin AT och ST här.

– AT är nästan den enda bas som vi har att rekrytera ST-läkare från. Det skulle vara förödande för oss om AT försvinner från läkarutbildningen, säger hon.

Sjukhusläkaren har besökt Piteå – Här är AT-läkarna inte bara en viktig resurs, utan även det stora hoppet inför framtiden

Irene Nyström AT-rekryterare vid sjukhuset berättar entusiastiskt att man numera inte har några svårigheter att fylla de nio AT-tjänsterna vid sjukhuset.

– I år hade vi 28 sökande. Det känns som att vinden har vänt och många vill komma till de mindre sjukhusen. Här får de stå i första ledet och delta i sjukvården på ett annat sätt än vid de stora sjukhusen, säger hon.

Innan någon av de sökande antas som AT-läkare sker ett noggrant urval där intervju och ett besök vid sjukhuset är centralt.

– Jag tycker att det är viktigt att vi ser att de passar in på sjukhuset och i det sociala sammanhanget här, säger Irene Nyström.

Därför ser hon alltid till att aspiranterna stannar kvar över natten när de intervjuas så att de kan träffa de AT-kollegor som finns vid sjukhuset, äta middag med dem och höra lite hur stämningen är. Av de totalt 41 AT-läkarna vid Norrbotten

Fortsättning nästa uppslag >>

I Piteå har AT-läkaren Jennifer Walton-Bernstedt, från Stockholm, hela läkarkåren bakom sig. Förutom att hon och de andra AT-läkarna är viktiga resurser för att tillgodose pitebornas vård, innebär deras AT-tid i Piteå en möjlighet för Norrbottens sjukvård att locka till sig framtida specialister.

Foto: Marcus Hortlund



tens fem sjukhus är det en jämn könsfördelning. Vid Piteå älvdals sjukhus är det däremot fler kvinnor än män som gör sin AT-tjänst.

– Jag tror att det beror på att vi inte har någon akutkirurgi. Det gör att många felaktigt tror att vi inte har någon akut. Men vi har en akutmottagning som är öppen dygnet runt, säger Irene Nyström.

Vid Piteå älvdals sjukhus håller man också hårt på arbetstidslagstiftningen och att AT-läkarna inte ska ha nattjourer. Här går AT-läkarna hem mellan klockan 21-22, med ett par timmars beredskap.

– Tids nog, under sin ST-tjänstgöring, får de göra sin nattjänstgöring, säger Irene Nyström.

Jennifer Walton-Bernstedt är en av de nio utvalda. Hon har gått sin läkarutbildning i Stockholm, men sökte sig till Piteå för att göra sin AT.

– Jag valde Piteå mycket på grund av utbildningen och de kurser som ingår i AT här. Dessutom tror jag att det är bättre att göra AT på ett mindre sjukhus. Man bli snabbare säker i sin kliniska bedömning, säger hon efter åtta månaders tjänstgöring vid sjukhuset.

Jennifers AT började med en kurs i akut traumahandläggande där ATLS, akut medicin och akut pediatrik ingick. Andra kurser som hon ska gå är en veckolång kurs i skadehandläggning i fjällmiljö och en kurs i försäkringsmedicin. Hennes utbildning avslutas med en AT-resa där hon kan välja en veckokurs inom EU-området, utifrån intresse, till ett värde av 14 000 kronor.

För att främja sammanhållningen bland AT-läkare i Norrbotten arrangeras också en AT-konferens med olika föreläsningar under två dagar varje år, där alla AT-läkare deltar.

– Jag jämförde utbudet över landet innan jag bestämde mig för att söka Piteå älvdals sjukhus. Många sjukhus erbjuder en stipendium medan Piteå erbjuder färdiga kurser. Det tilltalade mig, berättar Jennifer.

Hon besökte också den årliga AT-mässan där landstingen deltar för att sälja in sina sjukhus.

– Jag var runt och lyssnade på de olika rekryterarna. Det som fick mig att slutligen bestämma mig var Irene Nyström.



Anna-Karin Stridsman, ögonläkare vid sjukhuset, tidigare AT-studierektor och Irene Nyström, AT-rekryterare i samtal. Båda är eniga om att utan AT-läkare skulle det vara svårare att rekrytera framtida specialister till Piteå.

Hon höll en så bra information om Norrbotten och Piteå, säger Jennifer Walton-Bernstedt.

Anna-Lena Bengtsson

Fakta| Piteå älvdals sjukhus

▼ Piteå älvdals sjukhus har cirka 800 anställda, 118 vårdplatser varav 16 finns på psykiatrisk vårdenheter. Länsdelssjukhus för södra Norrbotten med 9 AT-tjänster.

Vid sjukhuset finns:

Ortopedi

Operationsenhet med särskilt länsövergripande uppdrag

Medicin- och rehabiliteringsklinik

Dialysmottagning

Vuxenpsykiatrisk klinik

Barn och ungdomspsykiatrisk mottagning

Barn- och ungdomsenhet

Ögonmottagning

Öron- näs- och halsmottagning

Kvinnoklinik

Radiologisk avdelning

IVAK; Intensivvård, akutmottagning, ambulansenhet B

Laboratoriemedicin

Paramedicinska enheter i form av sjukgymnastik, arbetsterapi och

logopedi

Länsgemensamma funktioner vid sjukhuset är

Rättspsykiatri

Psykiatrirehabilitering.

SKL: Försvinner AT måste det ersättas av något annat



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Direktiven till en översyn av läkarutbildningen är enligt uppgift klara och presenteras inom kort av regeringen. Ute i sjukvården fruktar många att det kan innebära att det nuvarande AT-systemet försvinner på bekostnad av en utökad teoretisk del.

▼ EU-kritik att den teoretiska delen i den svenska utbildningen inte är tillräckligt lång och därmed utgör ett hinder för den fria rörligheten i EU är en del som kommer att granskas.

I dag finns cirka 2100 AT-läkare i sjukvården som, under handledning, gör en betydelsefull arbetsinsats. För många av de mindre sjukhusen är AT-systemet inte bara arbetskraft utan en möjlighet att exponera och marknadsföra sig gentemot de unga läkarna. Samtidigt gör AT-läkarna en betydande arbetsinsats som kan bli svår att ersätta i ett nytt system.

Förändringar kommer att dröja

Hos SKL välkomnar man en översyn av läkarutbildningen men tror att det kommer att dröja innan det sker några förändringar.

– AT är en anställningsform där vi räknar med att AT-läkarna ska jobba och delta i vården. Försvinner den måste det ersättas av något annat eftersom de inte är specialistläkare, säger Britt-Inger Kajnäs, arbetslivschef på SKL.

Hon betonar att de blivande läkare som påbörjat sin utbildning också får avsluta den enligt gällande studieordning och där ingår AT. Men skulle det i framtiden bli en direktövergång från teoretiska

studier till specialistutbildning skulle det ställa till problem, menar hon.

– Men det dröjer sannolikt minst sju år innan det blir aktuellt med någon förändring. Vi räknar dessutom med att få vara med och påverka utredningen, säger hon.

Utlandsstudenter en framtida potential

Britt-Inger Kajnäs ser också svenska läkarstudenter som utbildar sig i utlandet som en möjlig potential att hämta hem om AT-läkarna försvinner ur sjukvården.

Bakgrunden till översynen av läkarutbildningen är att enligt EU:s direktiv för yrkeskvalifikationer ska läkares grundutbildning omfatta minst sex års studier. De kraven lever den svenska fem och ett halvt års långa medicinska grundutbildningen inte upp till. EU har vid flera tillfällen påpekat detta för den svenska regeringen.

Relationen mellan grundutbildning och AT är därmed en av de frågor som utredningen måste ta upp och ta ställning till.

Är det rimligt att svenska läkare när de får sin examen inte har rätt att utöva yrket och inte har möjlighet att flytta till ett annat land utan att först göra sin AT är en fråga som måste besvaras.

Samtidigt har Läkarsällskapet efterlyst en tätare samordning av grundutbildning och AT. Medan andra vill se en grundutbildning under statligt huvudmannaskap där grundutbildning och AT slås samman.

Förlänger man den teoretiska delen i utbildningen som EU vill och samtidigt behåller nuvarande AT som sjukvården vill blir läkarutbildningen betydligt längre än i andra EU-länder.

Samtidigt har länder som Storbritannien, Nederländerna och Irland med fem-åriga utbildningar visat sig ovilliga att följa EU:s direktiv och framfört kritik mot kraven. Något som Sverige hittills inte har gjort.

Anna-Lena Bengtsson

Frågor och svar om

■ I förra numret av Sjukhusläkaren slog vi larm om att läkare som arbetar åt flera arbetsgivare samtidigt riskerar en pensionssmäll.

■ I det här numret tittar vi på landstingens pensionsskuld. Är den ett hot mot din framtida pension?

■ Vi intervjuar också, Nils Bacos, pensionsexpert, ekonom och författare till boken "Maximera din pension, planera pensionsuttagen rätt". Han skulle vilja se ett helt annat pensionssystem där individen har makten över pengarna.

■ Men vi börjar med att Thomas Månsson, avtalsexpert på KPA Pension, får svara på några av de många läsarfrågor vi fått efter förra numret.



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Hej, högsta beröm för Er genomgång av pensionsbestämmelserna och lättfattligt. Jag har bara några kompletterande frågor.

Om jag nu, vid 57 års ålder skulle byta landsting, räcker det med att jag där arbetar sju år eller måste två år tas bort förutom de två sista. Det vill säga, måste jag jobba 9 år där för att få ut full pension ÄVEN om jag jobbat massor med år inom SLL?

Svar: Om du byter landsting och arbetar där under sju år kommer ditt pensionsunderlag att beräknas utifrån de fem år som föregår de två sista åren. Det innebär alltså att du inte behöver arbeta under nio år i den sista anställningen.

TioHundra som ju är sjukvården i Norrtälje är ju landstinget, men ändå inte. Jag jobbade 80 procent där i två år nyligen, samt 20 procent kvar på min vanliga SLL-anställning. Kan det räknas eller är TioHundra en sidoanställning trots att det är ett kommun-landstingsbolag inom SLL, t.ex samma slutenvård-specialenheter mm inom BUP där jag jobbar?

Svar: Anställningarna i TioHundra respektive SLL betraktas som två separata anställningar.

Jag står i färd att gå i pension efter att ha jobbat tio år i landstinget i Kalmar län och 15 år hos Stockholms läns landsting, men de senaste åren som hyrläkare. Hur gör jag rent praktiskt för att få ut min tjänstepension?

Svar: Inför den bevakningstidpunkt som dina f d arbetsgivare har (65 eller 67 års ålder), uppmärksammar KPA Pension dem att det är dags att betala ut pension till dig.

Vissa arbetsgivare tar då kontakt med dig för att kontrollera om du vill ha pensionen eller skjuta upp uttaget, andra väljer att utbetalningarna ska starta om du inte själv säger något annat. Vill du göra ett förtida uttag måste du alltid själv kontakta dina före detta arbetsgivare.

Jag har arbetat som sjuksköterska innan jag läste medicin och blev läkare. Arbetsgivaren har varit samma landsting och jag har 12 år som sjuksköterska och 17 år som gynekolog. Får jag räkna de tolv som sjuksköterska som pensionsgrundande för tjänstepension?

Svar: Förutsatt att anställningen som sjuksköterska var pensionsgrundande, får du tillgoda räkna den tiden som pensionsgrundande.

Jag är född 1950 och har jobbat mer än 30 år inom Region Skåne. Någon har sagt att man kan få mer tjänstepension genom högre faktor om åren blir fler upp till 37/30. Är detta riktigt?

Svar: Tidsfaktorn för förmånsbestämd ålderspension i en och samma anställning kan högst uppgå till 1,000, dvs 30/30.

När man byter arbetsgivare kan lönen bli stor genom utbetalning av inestående jourkomp och semester hos den gamla arbetsgivaren och ny högre lön hos den nya. Men jag har fått besked att denna inte får räknas som ett år i beräkningen av förmånsbestämd pension. Stämmer detta?

Svar: Ja, det stämmer. Pensionsunderlaget hos den senare arbetsgivaren beräknas utan hänsyn till lön i tidigare anställningar.

Jag har varit återkommande perioder i Norge. I detta måste ligga intjänad pension i Norge. Hur kommer man i åtnjutande av den?

Svar: När det gäller den eventuella allmänna pension som du har tjänat in kan Pensionsmyndigheten i Sverige hjälpa dig, när det gäller eventuell tjänstepension föreslår jag att du

n din pension



kontaktar den eller de arbetsgivare som du hade där.

Jag vill gå i pension vid 62 års ålder och har under många år sparat i privata pensionsförsäkringar. Vad jag förstår så minskar min tjänstepension med 5 procent för varje år som jag går i förtida pension. Vad är förmånligast för mig? Att vänta med att ta ut tjänstepension till 65 års ålder och tömma mina pensionsförsäkringar. Eller ta ut den 15 procent lägre tjänstepensionen och toppa på med pensionsförsäkringarna?

Svar: Det går inte att svara på vad som är mest förmånligt eftersom det är så många faktorer som påverkar i endera riktning. Det som kan sägas är att om en anställning avslutas utan att förmånsbestämd ålderspension tas ut, tillgodoräknas inte den återstående tiden fram till 65 års ålder.

Om man går på pensionsberäkning enligt livräntan, dvs inte på de fem bästa av de sju sista åren. Hur många procent beräknas man förlora?

Svar: Såväl livränta som förmånsbestämd ålderspension beräknas på samma sätt vad gäller beräkningsperiod och pensionsunderlag (undantag gäller dock t o m 2011). Livränta beräknas dock enbart med hänsyn till den pensionsgrundande tid som finns vid avgångstillfället, för förmånsbestämd ålderspension gäller att avgång med genast börjande uttag innebär att återstående tid fram till 65 års ålder tillgodoräknas.

Hur många procents skillnad det blir går inte att besvara generellt eftersom beräkningarna är beroende av individuella faktorer.

Jag har arbetat i Västra Götalandsregionen i 26 år, men har sedan fem år tillbaka arbetat inom Stockholms läns

landsting. Jag är nu 65 år och ska pensionera mig i november. Hur räknas min pension ut?

Svar: Det är svårt att svara på vad som gäller för just din pension. Generellt beräknas förmånsbestämd ålderspension på det pensionsunderlag som fastställs i den sista anställningen. När det gäller pensionsgrundande tid för förmånsbestämd ålderspension så gäller generellt att den dels utgörs av tid i tidigare anställning med kommunal pensionsrätt, dels tid i den sista anställningen. Den tidigare anställningen ger rätt till en livränta som betalas ut, men eftersom tiden som har tillgodoräknats livräntan även har tillgodoräknats den förmånsbestämda ålderspensionen, så minskas den förmånsbestämda ålderspensionen med livräntan från den tidigare arbetsgivaren.

Men det är viktigt att poängtera att man behöver inte arbeta nio år i den sista anställningen för att få rätt till förmånsbestämd ålderspension. Det finns alternativa beräkningar i avtalet. För att pensionsunderlaget ska beräknas enligt huvudreglerna krävs dock att anställningen har varat i minst fem hela kalenderår under beräkningsperioden. Beräkningsperioden är de sju år som föregår året före avgångsåret. De alternativa reglerna behöver dock inte innebära att pensionen blir lägre jämfört med om pensionsunderlaget hade beräknats enligt huvudregeln. Vill du veta mer exakt hur din pension blir så vänd dig till din arbetsgivare.

Om jag har arbetat en dag sista året då jag går i pension räknas det då? Jag får olika besked beroende på vem jag frågar. I din artikel skrev du att man måste arbeta minst tre månader hos en arbetsgivare för att det ska räknas som ett pensionsgrundande år.

Svar: För att få räkna tid för förmånsbestämd ålderspension gäller att anställningen sammanhängande måste uppgå till minst tre månader. Den pensionsgrundande tiden beräknas sedan utifrån den faktiska anställningstiden. För att ett helt år ska tillgodoräknas så måste anställningen vara hela året.

Jag har varit tjänstledig 10 månader i år. Kommer det året att räknas som ett tjänstepensionsgrundande år när man räknar fram om jag arbetat i 30 år?

Svar: Hel tjänstledighet räknas inte som pensionsgrundande tid.

I din artikel skrev du att man kunde arbeta bara några timmar per dag för att få året räknat som tjänstepensionsgrundande, men jag har fått svaret att man måste arbeta minst halvtid? Vad är rätt?

Svar: Förutsatt att anställningen sammanhängande uppgår till tre månader, tillgodoräknas den faktiska anställningstiden som pensionsgrundande oavsett sysselsättningsgrad.

Landstingens pensionss

"Varningsropen är en kamp om pengarna"



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Landstingens pensionsskulder är inte det främsta hotet mot våra framtida pensioner. Det är paradoxalt nog alla medicinska framsteg som gör att människor lever allt längre, samtidigt som vi fortsätter att gå i pension vid 65 års ålder. Det konstaterar Mikael Nyman, pensionsexpert och chefredaktör för affärsbrevet Pensionsnyheterna.

▼ Han tycker inte att vi ska överdramatisera de pensionskulder som kommuner och landsting har, men menar att det är rimligt att de lägger undan en del av de senaste årens vinster för att klara av den puckel som 40-talisterna utgör och som kostar mycket pengar.

Mikael Nyman förutspår att kommuner och landsting både kommer att behöva höja skatten och ta mer betalt för vård och omsorg i framtiden för att klara av sina kostnader. Men jämfört med den stigande ålderskurvan och de välfärds-kostnader det innebär i är pensionsskulden inte något stort problem, menar han.

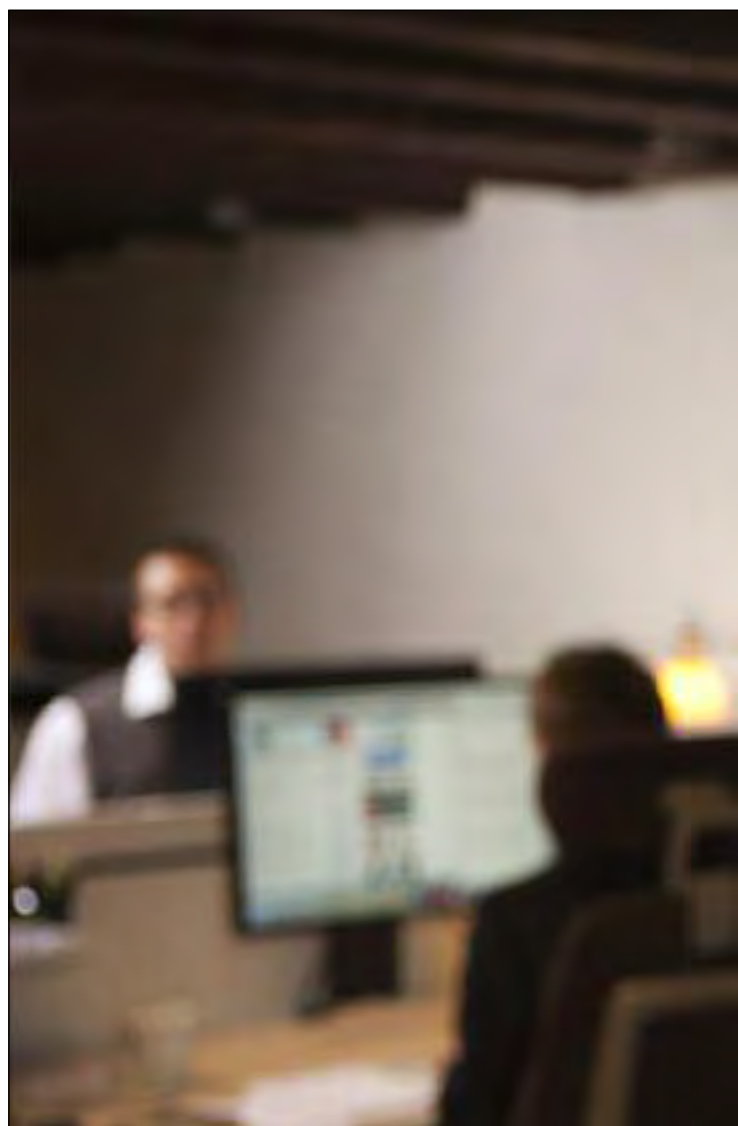
– De gamla ofonderade pensionerna kommer att kosta i framtiden och de kommer att betalas direkt över landstingens resultaträkning, säger han.

"Varningsropen en kamp om pengarna"

De återkommande varningsrop om pensionsskulderna är en del i kampen om vem som ska förvalta det kapital, pensionsskulden på cirka 350 miljarder kronor, som nu finns ute i kommuner och landsting.

– Det här är pengar som försäkringsbolagen vill ta hand om och förvalta och naturligtvis har de lobbyister som talar för sin sak, säger Mikael Nyman.

Kampen står mellan om pengarna ska låsas in hos försäkringsbolagen eller om de ska samlas i ladorna hos kommuner och landsting. Men då handlar det



Man måste vara mycket svartsynt för att oroas av landstingens pensionsskuld, sp

om man törs lita på sina politiker. Om man till exempel väljer att lösa in skulderna i försäkring så bakbinder man politikerna så att pengarna inte kan gå till något annat. Då går det inte att använda dem till sjukhusbyggen och ishallar.

Han förklarar att den pensionsskuld som beskrivs i olika rapporter och i media är den totala summa som skulle behöva betalas ut om alla går i pension samtidigt, i dag. När man talar om pensionsskulden handlar det om det om pengar som ska betalas ut på 20-40 års sikt.

– Snittpersonen beräknas ta ut sin person om 20 år, konstaterar han.

Skuld inget stort problem



Speciellt i perspektiv av när pengarna ska betalas ut, menar Mikael Nyman.

Foto: Elisabeth Ohlson Wallin

Han betonar att det är viktigt att dela upp pensionsskulden i olika delar.

– Så fort man anställer en person och lovar betala pension uppstår det en pensionsskuld i framtiden. I kommuner och landsting har man tidigare noterat vad man är skyldig och skickat notan vidare till framtida generationer utan att reservera eller spara några pengar.

Men nu har man börjat avsätta pengar till de framtida pensionerna, men inte till riktigt allt eftersom man förväntar sig att de pengar man avsätter ska förränta sig. I dagsläget får de anställda själva bestämma över vilket försäkringsbolag

som ska hantera de pengar som de tjänar in till pensionen, men för till exempel läkare, som snart sagt alltid har pension över taket på 7,5 inkomstbasbelopp så har man där ingen valfrihet utan den pension som överskjutande lönedelar ger går till en förmånsbestämd pension. Det innebär att den i pengar ska motsvara en viss procentsats av slutlönen, givet att man jobbat de 30 år som krävs för full förmån.

– Det blir allt vanligare att både kommuner och landsting väljer att försäkra bort dessa pensioner vilket betyder att man

Fortsättning nästa sida >>

tar kostnaden när den uppstår, inte när pengarna ska betalas ut. Om kommunen väljer att försäkra bort den skulden, sätts det av riktiga pengar, som sedan förvaltas av försäkringsbolaget. Då är avkastningen på just det kapitalet oväsentlig för den framtida pensionären. Det är arbetsgivarens sak att se till att fylla i pengar om det fattas om försäkringsbolagets pengar inte räcker i slutänden, säger han.

Men försäkringsbolagen och särskilt livbolagen har varit under debatt på senare tid. Det har ifrågasatts om de kan klara sina åtaganden i förhållande till de skulder och tillgångar de har idag.

– Räknat i dagens marknadsvärde är det några som inte har tillräckligt med pengar, konstaterar Mikael Nyman.

Beräkningarna görs genom att man tar det ekonomiska läge vi har i dag och drar ut det 30–40 år framåt och använder det som ett riktmärke för att se om bolagen är solventa och kan uppfylla sina förpliktelser i framtiden.

– Med den mycket nedpressade ränta som vi har i dag är det många som har problem. Räntan som de kan få på sina placeringar är lägre än vad de "måste" ha för att uppnå det som de garanterat sina kunder, konstaterar han.

Men samtidigt menar han att man måste vara mycket svartsynt för att oroas av dessa siffror i perspektiv av när pengarna ska betalas ut.

För att minska sin risk säljer livbolagen nu av aktier och satsar pengarna i obligationer.

– För dem som har förmånsbestämd pension, alltså de delar som ligger över taket på de 7,5 inkomstbasbeloppen, spelar det här ingen roll. De har sin förmån säkrad. Det är

arbetsgivarens problem, inte de anställdas, konstaterar han.

Men för dem som jobbar på den privata sidan i den avgiftsbestämda ITP 1-planen, påverkar utvecklingen på de finansiella marknaderna pensionsnivån direkt, varnar han.

– Om börsen går ned strax före pensioneringen kommer pengarna att räcka kortare tid eftersom man fördelar ut dem i förhållande till den återstående livslängden.

Men pengar som kommuner och landsting sätter av till framtida pensioner påverkas också av ränteläget och gör att de inte växer så mycket som beräknat. Helt nyligen räknades pensionsskulden upp med cirka 25 miljarder när SKL aviserat att den diskoteringsränta som landstingen beräknar sina pensionsskulder mot ska sänkas från 4,5 procent till 3,75. Det får effekten att pensionsskulden växer eftersom man inte längre får anta en lika hög ränta som tidigare.

Det största hotet mot sjukvårdspersonalens pensioner kommer från en allt dyrare sjuk- och äldreomsorg som står för en allt större del av den offentliga notan och hotar att tränga undan annat. Nya läkemedel, dyra behandlingar och äldreomsorg väntas på sikt öka välfärdskostnaderna rejält. Och i jämförelse med den prognostiserade ökningen av dessa kostnader är den ofunderade pensionsskulden i landets kommuner och landsting ett mindre problem.

– Välinformerade patienter som ställer krav på de senaste medicinerna och behandlingarna kommer att innebära stora etiska problem och växande kostnader för kommuner och landsting, konstaterar Mikael Nyman.

Anna-Lena Bengtsson

"Skattehöjning på 25 öre betalar hela pensionsskulden"

 **Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se**

Den totala pensionsskulden för landstingen är drygt 180 miljarder kronor. Räknat i skatteuttag motsvarar pensionsskulden för både kommuner och landsting en skattehöjning på 25 öre, enligt SKL:s beräkningar.

▼ De stora kostnaderna för landstingen är inte pensionerna. Det är verksamheten, konstaterar Stefan Ackerby, SKL:s biträdande chefekonom.

Men den stora stridsfrågan bland landstingens ekonomer var under 1990-talet hur pensionsskulden skulle redovisas: Som en utgift när den betalas ut eller som en skuld under tiden den tjänas in.

Många kommuner och landsting gick en period över till en redovisning där man tog upp pensionsskulden och

bokförde kostnaden när den tjänades in. Men när pensionsskulden ligger på balansräkningen som en skuld påverkar varje liten förändring årets resultat och det kan vara svårt att jobba långsiktigt.

– Förenklat kan man säga att sjukvården kunde tvingas lägga ned ett par kliniker därför att man gjort en ny pensionsskuldberäkning. Man tvingades spara för att uppfylla balanskravet, det blev orimligt, säger Stefan Ackerby.

Det hela landade i en kompromiss, en blandmodell som en majoritet av landstingen nu håller sig till. Man redovisar pensionsskulden före 1998 som en ansvarsförbindelse och bokför den som en kostnad när den betalas ut på det gamla viset. Medan efter 1998 bokförs den kommande pensionsutbetalningen som en skuld.

– Det handlar om olika synsätt bland ekonomer, säger Stefan Ackerby.

Men det finns undantag, Östergötland, Jönköping och Skåne använder sig av en fullfonderingsmodell där hela skulden redovisas.

Anna-Lena Bengtsson

Zübeyde och Emma på Korsika, hösten 2046.

Planera framtidens drömmresa du också, så får du se hur du och din kompis ser ut när ni kommer fram: facebook.com/amfpension

Med ett stabilt pensionsbolag blir det lättare att förverkliga dina drömmar.

Vi står säkert nu när världsekonomin vacklar eftersom vi har branschens starkaste finanser. Vi har också låga avgifter och har fått pengarna att växa mest av alla de senaste 15 åren. Dessutom går all vinst till dig som sparar hos oss.*

Nu är det dessutom enkelt att välja AMF. Ring 020-696 320, så hjälper vi dig. Sedan lovar vi att jobba hårt för att du ska kunna göra det du drömmer om i framtiden.



* AMF har högst solvens av alla jämförbara livbolag (september 2011). Avkastningen gäller den tryggare sparformen med garanti (källa: Svensk Försäkring). Tänk på att din pension både kan öka och minska i värde, men eftersom AMF drivs av ömsesidiga principer delas ingen vinst ut till ägarerna.

För framtiden.

”Pensionssystemet är inte anpassat för dagens rörliga värld”

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Nils Bacos, ekonom, pensionsexpert och författare till boken ”Maximera din pension, planera pensionsuttagen rätt”, skulle vilja göra om hela det förmånsbestämda pensionssystemet och ge individen makten över pengarna.

KAP-KL som är det förmånsbestämda tjänstepensionssystemet för kommunalt och landstingsanställda, är inte uppbyggt och anpassat för en flexibel arbetsmarknad, menar han.

▼ – Systemet är bra för vissa, men mindre bra för många andra. De som vill trappa ner mot ålderns höst, arbeta hos flera arbetsgivare, starta eget, eller är unga, är förlorare. Vinnare är de som gör sen karriär och håller sig till en arbetsgivare.



Dagens förmånsbestämda tjänstepensionssystem, idag kallat KAP-KL, skapades på 1950-1960-talen. Huvudregeln är att din pensions storlek beräknas på fem av dina sista bästa år* innan du går i pension.

Nils Bacos (bilden) menar att på 1950-60-talen var det ett enkelt och robust system.

– Det fanns ingen rörlighet på arbetsmarknaden. Läkarna hade som många andra en trappa där de efter ett antal tjänsteår fick lönehöjning. Var du statligt anställd var du det livet ut. Var du kommunalt anställd så gick du inte till

Pensionsexperten Nils Bacos menar att det är dags att ge individerna makten över pensionspengarna

industrin. Det fanns i stort sett ingen som gick över från ett kollektiv-avtalat tjänstepensionssystem till ett annat. I en sådan värld var systemet bra, men idag ser världen helt annorlunda ut, menar han.

Därför skulle Nils Bacos vilja skrota dagens tjänstepensionssystem och bygga upp ett nytt.

– I min värld är pension uppskjuten lön. Det är pengar som jag avstått i löneförhandlingar. Pengar som jag tjänat in, som ”sparats” till min pension.

Nils Bacos menar att man ska ställa frågorna: Vems är pengarna och vem är de till för?

– Jag har väldigt svårt att förstå varför inte jag som individ ska ha beslutanderätten över mina pensionspengar. Varför göra begränsningar som är strängare än skattelagstiftningen? Varför göra begränsningar i kollektivavtal?

”Det borde vara mitt beslut när jag vill sluta”

– Om jag vill sluta tidigt borde jag väl ha möjlighet att göra det. Om jag vill sluta sent borde jag kunna skjuta upp min tjänstepension. Om jag vill ta ut pensionen under en lång eller kort period är det väl också något som jag som individ borde ha makten över. Om det är mina pengar borde jag väl även kunna bestämma att jag vill ta ut en mindre summa månatligen mot att pengarna går till mina anhöriga om jag dör.

I Nils Bacos drömscenario är besparingarna öronmärkta åt individerna som får med sig pengarna, som en ”pensionspeng”, när man byter jobb.

”Det kommer att bli många förändringar i framtiden vare sig man vill eller inte”

– Det kanske också borde vara så att man själv får variera sin pensionsavsättning. När man är ung AT-läkare och bildar familj betalar man en lägre pensionspremie och får högre lön och betalar istället en högre premie senare i livet.

Nils Bacos kan tänka sig en lång rad varianter, men menar att så länge arbetsmarknadens parter har allt makt bromsas nytänkande.

– De har väldigt liten tilltro till individens förmåga att fatta egna beslut. I dagens KAP-KL hade det, till exempel, varit ganska enkelt att göra ett tillägg i avtalet och komma överens om att de unga, som vill, får gå över till ett premiebaserat system.

Nils Bacos säger att han naturligtvis inte menar att han vill frånta fack och arbetsgivare makten att förhandla fram storleken på premien, men att vad man sedan gör med premien och hur den varierar borde individen själv få bestämma.

– Det är ju ett nollsummespel.

Nils Bacos säger att KAP-KL och alla tjänstepensionssystem, oavsett om vi vill eller inte, kommer att tvingas gå igenom många förändringar i framtiden på grund av att den ekonomiska verkligheten förändras och att svenskarna blir allt äldre.

– Vi lever i en global och turbulent värld där det inte går att springa ifrån den ekonomiska verkligheten. Men det som bekymrar mig mest är att det till syvende och sist hänger på kommunernas och landstingens kassa och deras förmåga att betala ut pensioner.

Tror du inte att staten kommer att gå in som garant för pensionerna om det skulle behövas. Staten har ju sanktionerat systemen?

– Det kan staten aldrig göra. Det gjorde den grekiska staten, se vad som händer där nu.

”När pengarna inte räcker är det enklast att försämr pensionerna”

Nils Bacos säger att historien visat att när pengarna inte räcker till så är det lättare att göra neddragningar i pensionssystem än lönesystem.

– Sänkta löner märks med en gång, men när man försämrar pensioner så lägger man in en broms långt i framtiden. Pensionspengarna är anonyma och ägarlösa och inte öronmärkta. De beslutade försämringarna inträffar först många, många år senare för de flesta, så effekterna märks först när du går i pension.

Så skedde i ATP, säger Nils Bacos och ger ytterligare ett exempel på hur pensionerna för inte så längesedan försämrades för en stor grupp anställda i Sverige över en natt.

– Hur glada tror du tjänstemännen var inom ITP-systemet när man i en förhandling övergick från prisbasbelopp till inkomstbasbelopp? I ett klubbslag förlorade vissa halva sin pension!

Nils Bacos jämför med förhållandena för läkarkåren.

Fortsättning nästa sida >>

Även som
tuggtablett!

Kalcipos®-D forte

**Fulladdad
med D-vitamin!**



Med Kalcipos-D forte får dina patienter en prisvärd behandling med både kalcium och hela den rekommenderade dygnsdosen av 800 IE (20 µg) D-vitamin^{1,2,3} – i en enda tablett!

En tablett per dag ökar chansen till en god compliance!⁴

Kalcipos-D forte lämpar sig särskilt väl för patienter som riskerar brist på kalcium och D-vitamin. Patienterna kanske är äldre, vistas för lite i solen, har mörkt pigmenterad hud eller bär täckande klädsel. Äldre personer har dessutom en försämrad förmåga att bilda D-vitamin.⁵



Kalcipos®-D forte
BEHÅLL DEN INRE STYRKAN

Kalcipos-D forte: Förebyggande och behandling av kalcium- och D-vitaminbrist hos äldre samt som tillägsbehandling vid osteoporos till patienter med hög risk för kalcium- och D-vitaminbrist. Kalcium 500 mg, vitamin D₃ 800 IE (20 µg). Receptbelagd. Sväljtablett 90 resp 180 tabletter, tuggtablett 90 tabletter. 1 tablett dagligen. För fullständig information se www.fass.se Produktresuméerna är granskade: 2010-07-02/2008-08-19. **Referenser:** 1) Information från Läkemedelsverket 4:2007. 2) Tillägg SBU-rapport Osteoporos 2006. 3) Chapuy et al, N Engl J Med 1992;327:1637-42. 4) Bloom BS, BMJ 2001;323:647. 5) Lips P, Eur Clin Nutr 1996;26:436-442.

Recip

Kundservice: 020 35 05 05 • info@starktskelett.nu • www.starktskelett.nu

"Alla talar för sin sjuka mor, så det är de unga som blir förlorare i ett system byggt på förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter"

– Tänk dig att läkarkåren skulle få förmånsbestämd tjänstepension på all inkomst över 7,5 prisbasbelopp istället för 7,5 inkomstbasbelopp. I år är prisbasbeloppet 42.800 kr och inkomstbasbeloppet 52.100 kr. Skulle man få förmånsbestämd tjänstepension på all inkomst över 321.000 kr om året istället för som nu 390.000 kr om året skulle skillnaden blir 70.000 kr. Cirka 60 procent av den summan innebär 4.000 kr mer i månaden livet ut.

"Dagens monopolsituation har skapat en falsk trygghet"

Nils Bacos säger att han är lite skrämmd, och tycker att fler borde vara det, över den monopolsituation som arbetsmarknadens parter skaffat sig, som enligt honom lett fram till en falsk trygghet för individen.

– Tryggheten fungerar när du har en anställning och är inne i systemet, men kommer du ur systemet ligger du illa till. Hur många av oss över 50 år har 100 procents hälsa? Försök teckna en pensionsförsäkring om du inte är 100 procent frisk.

Nils Bacos tar ITP-marknaden som exempel på hur monopolsituationen oroar honom.

– Där har arbetsmarknadens parter genom sin monopolställning kunnat styra pengarna till de bolag de äger, vilket lett till en snedvriden konkurrens och till att det inte finns några alternativ för de som hamnar utanför systemet. I dag finns till exempel inga produkter som tar gapet mellan jobben. Monopolet gör att det inte blir någon produktutveckling.

Han ifrågasätter också pensionsbolagens maktställning på aktiemarknaden.

– Är det verkligen arbetsgivarnas och fackens sak att ha makt i olika bolag?

2011 förvaltrade Alecia och AMF, ägda av arbetsmarknadens parter, nästan 900 miljarder kr. (Alecia cirka 500 miljarder kr och AMF, enligt årsredovisningen, 377 miljarder kr) och KPA, som ägs till 60 procent av Folksam och 40 procent av SKL, förvaltrade cirka 75 miljarder kr.

"Det finns starka intressen som vill behålla rådande förhållanden"

– Så det finns starka intressen som vill bevara rådande förhållanden, säger Nils Bacos, som menar att det tyvärr är de yngre, som ska bära framtiden, som är de stora förlorarna.

– I förmånsbaserade system, med kollektiva förhandlingar, är det de äldre som har den politiska och fackliga makten och som sitter vid förhandlingsbordet som vinner. Historien har visat att de som har makt över besluten alltid gynnar sig själva. Alla talar för sin sjuka mor.

Nils Bacos säger att under de 30 år som han arbetat med pensioner har samtliga förändringar, sedan ATP-systemet ändrades, gjorts till det sämre och att det är de unga som fått bära kostnadsbördan, de som vid beslutstillfället inte var beslutsföra.

Från kommuner och landsting finns trots det egna ägarintresset ett intresse att förändra det förmånsbestämda tjänstepensionssystemet, eftersom det är omöjligt att prognosticera kostnaderna.

Nils Bacos säger att han förstår att det är många som vill bevara det förmånsbaserade systemet.

– Som anställd vet du vad du får och behöver inte bekymra dig.

"Osäkerheten om kostnaderna gör det svårare för läkarkåren att höja lönerna"

Nils Bacos menar att det inte är en självklarhet att ett förmånsbaserat system är mer gynnsamt för läkarkåren.

– Den ekonomiska osäkerheten om vad det kostar arbetsgivaren kommer alltid att vara ett bekymmer i förhandlingarna, vilket leder till att läkarna på sikt får svårt att få igenom sina lönekrav.

Nils Bacos tycker att KAP-KL blivit ett otroligt komplicerat system idag.

– Det är ett gigantiskt detektivarbete i kommuner och landsting att lägga ut pensionerna. Det är inte som gemene man tror att de ligger inmatade i ett datasystem och är klappade och klara att köra ut. Försök att få ut något snabbt från KPA. Det tar oerhört lång tid.

Nils Bacos säger att han inte är förvånad att Sjukhusläkaren blivit kontaktad av pensionerade läkare som undrar om de verkligen får ut all intjänad pension.

– Det finns gamla klausuler från förändringar där den anställda själv ska återropa sin pension på förmåner intjänade hos andra arbetsgivare, men det har ju inte den anställda en aning om. Ska man själv återropa gammal samordning så är så klart risken stor att man missar pension.

Christer Bark

* Så här ser huvudregeln ut för att beräkna din förmånsbestämda pension:

Det är de sista nio åren, innan du går i pension, som avgör hur stor din pension blir. De två sista åren av de nio tas alltid bort, därefter beräknas din pension på medellönen på de fem bästa åren av de sju som återstår.

Nye chefen avgick omedelbart efter kritiken

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Barnkliniken vid Gävle sjukhus som fått utså stora neddragningar och många chefsbyten letar nu åter efter en ny chef. Den stresstålige chef, som landstinget tidigare i år rekryterat mot läkarnas vilja, lämnade sitt jobb av familjeskäl samma vecka som Sjukhusläkaren publicerade en artikel om det omfattande missnöjet bland läkarna vid kliniken.

▼ Nu hoppas barnklinikens läkare på att man äntligen ska få en mer stabil och varaktig förändring.

För att klara den akuta situationen har en tillfällig chef, Margreth Rosenberg, anställts på kliniken under ett år. Till sin hjälp får hon en erfaren läkare med betydande chefserfarenhet, Erik Hemmingsson, som har gått in som konsult, för att stötta både klinikledning och divisionsledning.

Erik Hemmingsson är specialistläkare inom gynekologi men verkar i dag som konsult. Han har tidigare bland annat varit chef både för Akademiska Sjukhuset, Södersjukhuset och senast landstingsdirektör i Uppsala Län, ett jobb som han lämnade 2008.

– Vi är försiktigt optimistiska, säger Gunilla Kördel, en av de hårt prövade överläkarna vid kliniken.

Som Sjukhusläkaren berättade i nr 4-2011 har det varit en omfattande turbulens vid kliniken, sju verksamhetschefer på fem år och en halvering av antalet specialister på tre år. Det har i sin tur gjort att läkarna vid kliniken har fått fler nattjourer, samtidigt som vårdplatserna blivit färre när neonatal- och barnavdelningen vid sjukhuset slagits samman.

Fredrik Sewon, specialistläkare vid kliniken och fackligt ombud säger att den senaste krisen kan vara början på en lösning.

– Erik Hemmingsson förstår våra problem, vi får se hur långt det räcker, säger han.

Samtidigt konstaterar Fredrik Sewon att ytterligare en av



I förra numret berättade Sjukhusläkaren om de många chefsbytena på barnkliniken i Gävle och protesterna mot den nye chefen som tillsatts med hjälp av ett konsultbolag, trots läkarnas protester.

de få seniora överläkarna vid kliniken begärt tjänstledigt och det är osäkert om han återvänder.

Erik Hemmingsson som kontrakterats av landstinget för att under ett år stötta den tillfälliga klinikchefen med läkarsynpunkter konstaterar redan i dag att arbetsbördan är tuff för de seniora överläkarna.

– Kliniken är underbemannad, jag skulle vilja att man rekryterar tre seniora överläkare för att ge andrum och bättre möjligheter till fortbildning och planering av verksamheten, säger han.

Han betonar också att klinikens underläkare behöver stöd av fler erfarna läkare med bakjournskompetens. Det skulle skapa en ökad trygghet bland personalen på kliniken, konstaterar han.

Och Erik Hemmingsson är hoppfull. Han menar att lika snabbt som en klinik kan få en nedåtgående spiral, lika snabbt kan det gå att vända den uppåt igen.

– Här finns en bra kompetens, både bland överläkare och underläkare men de behöver bli fler för att få avlastning och inte ständigt gå på utmattningens gräns, säger Erik Hemmingsson.



Sätt patient-säkerheten först!

SE110015473

Lucentis® – den enda godkända anti-VEGF-behandlingen för både patienter med våt åldersrelaterad makuladegeneration och för nedsatt syn på grund av:

- Diabetiska makulaödem (DME)¹
- Makulaödem till följd av centralvenstrombos (CRVO)¹
- Makulaödem till följd av grenvenstrombos (BRVO)¹

Det finns idag klinisk erfarenhet från mer än 1,2 miljoner patient-behandlingsår sedan 2006!

Förkortad produktinformation för Lucentis® (ranibizumab), 10 mg/ml injektionsvätska, lösning. **Indikationer för vuxna:** Behandling av neovaskulär (våt) åldersrelaterad makuladegeneration (AMD) samt behandling av nedsatt syn på grund av diabetiska makulaödem (DME) och behandling av nedsatt syn på grund av makulaödem till följd av retinal venocclusion (RVO) (grenvensocklusion eller centralvensocklusion). **Farmakologisk grupp:** Antineovaskulära medel. **Dosering:** Injektionsflaska för engångsbruk, endast avsedd för intravitreal användning. Lucentis skall administreras av en utbildad oftalmolog med erfarenhet av intravitreal injektioner. Rekommenderad dos av Lucentis är 0,5 mg (0,05 ml). **Varningar och försiktighet:** Behandling med Lucentis är endast avsedd att ske via intravitreal injektion. Intravitreal injektioner, däribland injektioner med Lucentis, har förknippats med endoftalmit, intraokulär inflammation, regmatogen näthinneavlossning, näthinne-ruptur och iatrogen traumatisk katarakt. Använd alltid korrekta aseptiska injektionsmetoder då Lucentis administreras. Dessutom skall patienter kontrolleras under veckan efter injektionen för att möjliggöra tidig behandling om en infektion uppkommer. Patienter skall instrueras att omedelbart rapportera alla symtom som tyder på endoftalmit eller någon av ovan nämnda händelser. **Effekter på förmågan att framföra fordon och använda maskiner:** Behandlingsproceduren med Lucentis kan orsaka temporära synstörningar, vilka kan påverka förmågan att framföra fordon eller använda maskiner. **Förpackning:** 0,23 ml lösning i en injektionsflaska. **Receptstatus:** Läkemedlet är receptbelagt och ingår i förmånssystemet, Rx, F. **Texten är baserad på produktresumé:** 2011-09-02. **Ytterligare information och pris:** se www.fass.se. Har du frågor angående våra receptbelagda produkter är du välkommen att vända dig till Novartis Medicinsk Information. Telefon: 08-732 32 00, e-post: medinfo.se@novartis.com. **Ref. 1.** www.fass.se



Novartis Sverige AB, Box 1150, 183 11 Täby.
Telefon 08-732 32 00, www.novartis.se

Utländska läkare r



Utan utländska ögonläkare skulle Sverige redan i dag ha stor brist inom specialitet



Kommentera artikeln på www.sjukhusläkaren.se

Utländska ögonläkare kan bli räddningen för den åldrande svenska befolkningen. Samtidigt som stora pensionsavgångar är på gång bland landets ögonläkare vill bland annat många grekiska läkare specialisera sig i Sverige.

▼ Sverige har redan i dag en stor andel utländska ögonläkare och många grekiska läkare som vill specialisera sig inom ögonsjukvården söker sig till Sverige eftersom de har svårt att få specialistutbildning i sitt hemland, berättar Anders Behndig, ordförande i Sveriges Ögonläkarförening.

Äldningen för svensk ögonsjukvård



en. Av Ögonläkareföreningens drygt 600 aktiva ögonläkare är drygt 80 av utländsk härkomst.

Foto: Anna Karin Drugge

Han konstaterar att utan utländska ögonläkare skulle Sverige redan i dag ha stor brist inom specialiteten. Av Ögonläkareföreningens drygt 600 aktiva ögonläkare är drygt 80 av utländsk härkomst, en siffra som troligen är ännu högre eftersom många valt att bli svenska medborgare.

Närmare en tredjedel av landets ögonläkare är över 60 år. De närmaste 10 åren kan bli kännbara, menar Anders Behndig, och varnar för att bristen kommer snabbt när 40-talistgenerationens ögonläkare går i pension samtidigt som befolkningen kommer att behöva mer ögonsjukvård.

– Av någon anledning har vi få läkare i åldergruppen 45-55 år vilket kommer att förstärka bristen ytterligare, konstaterar han.

Många av de sjukdomar som drabbar ögonen är vanligast i hög ålder. Det handlar om grå starr, grön starr,

maculadegeneration och diabetesretinopati.

Det här innebär att behovet av kontroller, behandlingar och ingrepp ökar kraftigt om några år. Redan i dag är grå starr med över 80 000 operationer per år det vanligaste operativa ingreppet i sjukvården. Medelåldern på patienterna är 73 år och två tredjedelar av patienterna är kvinnor.

– På 80-talet trodde man att det skulle gå att opererar bort köerna. Idag är köerna till stor del borta, men vi behöver ändå ligga kvar på samma höga operationsnivå, konstaterar Anders Behndig.

Idag finns ögonläkare vid nästan alla sjukhus i Sverige, stora som små. Men det kan snabbt förändras.

– Det räcker att några läkare går i pension och vi inte kan ersätta dem, organisationen är sårbar och vi behöver snabbt göra något åt den, säger Anders Behndig.

Anna-Lena Bengtsson

Ögonblicklig kärlek förde Luai Alissa till Sverige



Fem av åtta läkare som går ST-utbildningen till ögonläkare vid Centralsjukhuset i Karlstad har sin bakgrund i ett annat land

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

På ögonkliniken i Karlstad är majoriteten på ST-utbildningen från andra länder. Luai Alissa från Syrien hittade kärleken när han var på en konferens i Sverige. Idag är han en av många läkare med utländsk bakgrund som ser till att hålla igång svensk ögonsjukvård.

▼ Fem av de åtta läkare som går ST-utbildningen till ögonläkare vid Centralsjukhuset i Karlstad har sin bakgrund i ett annat land. De kommer från Polen, Iran, Grekland, Österrike och Syrien medan de tre svenska läkarna på utbildningen kommer från Värmland.

Luai Alissa har varit i Sverige i åtta år och talar perfekt svenska. Under sin läkarutbildning i Syrien arbetade han som volontär för Röda Korset och det var när han var på en konferens som Röda Korset höll i Sverige som han mötte sin hustru. Efter ett distansförhållande och besök i varandras länder valde Luai att flytta till Sverige. Han var då klar med sin grundutbildning och hade också gjort det som motsvarar AT-tjänstgöring i Syrien.

– För att jobba i Sverige fick jag komplettera min utbildning och genomgå ett kunskapsprov på Karolinska institutet och jag måste också göra svensk AT-tjänstgöring i två år.

Då tyckte han att det var helt onödigt och bara fördröjde möjligheterna att börja specialistutbildningen. Men i dag är han tacksam för dessa två år.

– Jag lärde mig hur det svenska sjukvårdssystemet fungerar och det har underlättat mitt arbete väldigt mycket, konstaterar han.

Idag tycker han att alla läkare som kommer hit från andra länder ska göra AT eller motsvarande.

– Det är viktigt att veta hur allt fungerar inom sjukvården och förenklar möjligheten att klara jobbet, konstaterar han.

Han är imponerad av den svenska sjukvården som han tycker är välfungerande. Mest av allt är han imponerad av att alla i Sverige har tillgång till samma vård.

– Att det är så jämlikt här underlättar jobbet som läkare. Självklart kan allt bli bättre men jämfört med andra länder slipper du fundera över vilken bakgrund patienten har, om de har råd med medicinen eller behandlingen. Efter att ha jobbat i Sverige tror jag att det är svårt att jobba i ett mindre jämlikt land, säger han.

Idag går han sitt tredje år på ST-utbildningen och ska snart börja den kirurgiska delen. Luais fru som ursprungligen kommer från Jordanien är också läkare och går ST-utbildning för neurologer. Hon hamnade i Sverige genom att fadern arbetade för Ericsson. Nu är Luai och hans fru rotade i Sverige och har nyligen fått sitt andra barn.

Luai är medveten om att arbetsbörda för ögonläkare kommer att öka de närmaste åren när många specialister går i pension.

– Jag tror att många utländska läkare framförallt från EU-länderna kommer att söka sig hit. Det är betydligt lättare för dem att snabbt börja tjänstgöra här, konstaterar han.



Luai Alissa är imponerad av den svenska sjukvården som han tycker är välfungerande. Mest av allt är han imponerad av att alla i Sverige har tillgång till samma vård. Foto: Johan Eklund



Endosbehållare 30, 120 st
Droppflaska 10 g, 3x10 g



Vardagen kan bli lättare för dina patienter med torra ögon^{1,2}.

OFTAGEL®
(karbomer)

är en basbehandling som kan hjälpa vid alla grader av besvär.
fuktar och smörjer ögat som den naturliga tårvätskan.
är ett receptfritt läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet.

1) Miljanovic et al; Impact of Dry Eye Syndrome on Vision-Related Quality of Life; Am J Ophthalmol, 2007; 143:409-415. 2) Shiffman et al; Utility Assessment among Patients with Dry Eye Disease; Ophthalmology, 2003; Vol 110, No 7:1412-19. Oftagel, ögongel (2,5 mg karbomer/g gel); är ett receptfritt läkemedel, F. Indikation: Tårsubstitut för behandling av torra ögon inklusive keratokonjunktivitissicca. Dosering: En droppe en till fyra gånger dagligen eller efter behov beroende på tillståndets svårighetsgrad. En endosbehållare räcker för båda ögonen. Öppnad endosbehållare bör kasseras efter administrering. Biverkningar: Direkt efter applikation kan lätt övergående sveda och dimsyn förekomma. Försiktighet: Vid användning av Oftagel droppflaska ska eventuella kontaktlinser tas ut vid droppning. Pris & ytterligare information: Se www.fass.se. Datum för översyn av SPC 090904.

Santen

Santen Pharma AB • www.santen.se

Stora framsteg gör at



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

– men läkemedlen är dyra, så olika resurser i landstingen har skapat en ojämlik sjukvård

Ögonsjukvården har gjort stora framsteg det senaste decenniet. I dag kan man både stabilisera och förbättra synen hos patienter som tidigare inte kunde behandlas. Framgångens baksida är kraftigt ökande kostnader.

▼ Stefan Seregard, professor vid Karolinska Institutet och verksamhetschef vid S:t Eriks Ögonsjukhus i Stockholm, blev färdig specialist i ögonsjukdomar och klinisk patologi 1991. Sedan dess har utvecklingen gått svindlande snabbt.

– Vi kan göra så oerhört mycket mer idag, mycket på grund av bättre möjligheter till diagnostik. Tekniken gör det möjligt att i detalj se igenom näthinnan och avbilda med hög upplösning, berättar han.

Men också på behandlingssidan har utvecklingen gått framåt. Ett exempel är åldersrelaterad makuladegeneration, åldersförändringar i gula fläcken, som är den vanligaste orsaken till blindhet i västvärlden. Men i och med det nya läkemedlet Lucentis som kom på marknaden 2007 kan många patienter nu behålla synen.

Stefan Seregard menar att läkemedlet är imponerande och innebär en stor förbättring av patienternas livskvalitet.

– Med Lucentis kan vi både stabilisera och förbättra synen hos patienter som tidigare blev blinda. Baksidan är naturligtvis att läkemedlet både är dyrt och personalkrävande, konstaterar han.

Lucentis sprutas in i ögats glaskropp av en ögonläkare varannan månad. Varje dos kostar drygt 8.900 kronor. Hos 90-95 procent av patienterna stoppas sjukdomsför-



– Ny teknik gör det idag möjligt att i detalj se igenom näthinnan och avbilda med hög upplösning, berättar han. – Vi kan göra så oerhört mycket mer idag för patienterna, säger Stefan Seregard.

Fortsättning nästa sida >>

tt fler behåller synen



ög upplösning, vilket gör att vi fått mycket bättre möjligheter till diagnostik, samtidigt som vi fått nya läkemedel som Lucentis som är imponerande och gör att vi
Foto: Stefan Nilsson



Stefan Seregard, professor vid Karolinska Institutet och verksamhetschef vid S:t Eriks Ögonsjukhus i Stockholm.

loppet upp efter ett års regelbunden behandling. Mellan 33 och 40 procent får också bättre syn visar en studie av SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

– Det varierar hur många injektioner patienterna behöver. I Stockholm ger vi i snitt sju injektioner per år, men rekordet för en patient är 28 injektioner, berättar Stefan Seregard.

Problemet är att det är svårt att i förväg veta vilka patienter som behöver många injektioner.

Landstinget i Stockholm har accepterat att betala för Lucentis vilket innebär kostnader på cirka 35-40 miljoner kronor per år. Men andra landsting har gjort andra bedömningar. I bland annat Blekinge har landstinget av ekonomiska skäl istället valt cancerläkemedlet Avastin som kostar 3.000 kronor per ampull, men som inte har formell evidens för gula fläcken utan primärt är ett läkemedel mot spridd tjocktarmscancer.

En anledning är en amerikansk studie som Sveriges Ögonläkarföreningen står bakom och som visar att Avastin är ett fullgott alternativ till Lucentis för behandling av fuktig maculadegeneration.

Ampullerna är dock tillverkade för intravenöst bruk och innehåller betydligt mer än vad som behövs för en injektion. Fördelas innehållet upp på flera injektioner kan kostnaden sänkas till en tusenlapp per injektion.

– Men det innebär samtidigt en ökad risk för infektioner, säger Stefan Seregard.

När det gäller operation av grå starr som är den absolut vanligaste operationen i Sverige har tekniken för-

bättrats bland annat genom att operationsöppningarna är mindre och antibiotikaproylax gör att risken för infektioner minskat.

Skånsk studie visar att gamla sanningar för att diagnosticera grön starr inte håller

Det gamla sättet att diagnosticera glaukom, grön starr, har varit att mäta ögontrycket. Professor Anders Heijl och hans forskargrupp, vid Lunds universitet och UMAS i Malmö, har i en omfattande studie på befolkningen i Skåne bekräftat att en sänkning av ögontrycket är viktigt för att minska sjukdomsprogress.

Problemet är att många individer har ett ögontryck som uppfattas vara i överkant utan glaukom, medan andra personer kan ha ett normalt ögontryck och ändå ha glaukom.

Mäter man bara ögontrycket riskerar friska personer därför att behandlas i onödan, samtidigt som man missar personer som verkligen har glaukom.

Resultaten från den skånska undersökningen har gjort att behandlingen idag är mer individanpassad. En datoriserad synfältsundersökning har utvecklats av Anders Heijl och medarbetare och den används i dag av flertalet glaukomspecialister. Det gör att man kan sätta in insatserna där de gör störst nytta genom att identifiera de patienter som har störst risk för progress av sin glaukomsjukdom.

Ögonsjukvården slår rekord i kataraktoperationer

Kommentera artikeln på www.sjukhusläkaren.se

Över 91.000 kataraktoperationer genomfördes i Sverige under 2010. Det är rekord av ögonsjukvården, som aldrig tidigare gjort fler operationer. Samtidigt kan man se tecken på att det uppdämda behovet av kataraktoperationer har betatts av, konstaterar Mats Lundström, ansvarig för det svenska kataraktregister där samtliga operationer av grå starr registreras.



▼ De tecken som Mats Lundström (bilden) refererar till är att medelåldern bland de opererade sjunker, synskärpan har förbättrats och skillnaden mellan könen har planat ut. Ju äldre patienterna är desto fler är kvinnorna. Men Mats Lundström poängterar samtidigt att patienterna fortfarande

får vänta även om kötiderna har kortats. De senaste tre åren har kötiderna i genomsnitt legat på 1,5-2 månader mot tidigare sex månader.

Att vi får allt fler äldre människor i Sverige gör att många förväntar sig en kraftig ökning av antalet kataraktoperationer. Men Mats Lundström menar att det är svårt att förutse effekterna av åldergruppernas förändringar.

– I dag kan vi operera patienter redan när de insjuknar. Det innebär att vi har ett ökande antal äldre som redan har opererats, konstaterar han.

Dagens höga operationsfrekvens kan därför göra att den förväntade kraftiga ökningen kommer betydligt senare än väntat.

Med hjälp av det nationella kataraktregistret som startade i januari 1992 har ögonsjukvården i

Sverige bra kontroll över vilken effekt olika åtgärder får, både vad det gäller väntetider och operationsutfall. Något som skulle ha varit svårt att se för den enskilda kliniken eller landstinget. Ett tydligt exempel är det snabba genomslaget för profylaktisk antibiotika i samband med kataraktoperationer.

– 1998-99 kunde vi, genom registret, visa att antibiotikan minskade antalet svåra infektioner i ögongloben till mer än hälften, berättar Mats Lundström.

Genom att sprida informationen vid nationella möten och via användarna av registret fick behandlingen ett snabbt genomslag.

– Det har inneburit att flera hundra patienter hittills har undgått att bli blinda, konstaterar Mats Lundström.

Via registret har man också följt hur vårdgarantin påverkat operationsfrekvensen.

Kataraktregistret bildades i samband med den första vårdgarantin och gällde just grå starr. Fram till 1995, när vårdgarantin upphörde, kunde man via registret se hur operationsköerna kortades. Den nya vårdgarantin som kom 2005 fick också den kraftigt genomslag och minskade köerna igen.

Sedan 2003 är kataraktregistret en del av EyeNet Sweden som är ett registercentrum som stöds av SKL. EyeNet Sweden driver i dag tio kvalitetsregister varav fyra handlar om ögonsjukvård. Här finns också kvalitetsregister för trauma, tandvård och neuropsykiatri.

– EyeNet Sweden hjälper andra professioner när de vill starta ett nationellt kvalitetsregister, berättar Mats Lundström.

Det innebär bland annat att man tillhandahåller expertis i registerkunskap, statistik, epidemiologi och förbättringskunskap.

– Vi hjälper också till med driften och den tekniska lösningen, diskuterar idéer, syfte och vad man vill ha ut av registret, berättar Mats Lundström.

Anna-Lena Bengtsson

”Idag ställs frågor som var helt omöjliga förut”

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Svarta hål i den offentliga danska ekonomin skärper kraven på medicinska prioriteringar. I dag ställs frågor i den danska debatten som varit helt omöjliga tidigare, som ”är det verkligen ekonomiskt försvarbart att ge dyr medicin till döende patienter”.

Danska läkare efterfrågar en evidensbaserad prioriteringsmodell, liknande dem som finns i Norge och Storbritannien.

▼ Finanskrisen har hittills drabbat Danmark betydligt hårdare än Sverige. För sjukhusen gäller anställningsstopp och indragna tjänster, även av specialisläkare.



Jacob Birkler: Medicinska prioriteringar måste göras på en generell nivå, så att besluten inte hamnar i läkarens möte med patienten

Danska överläkareföreningen bedömer att minst 50 överläkare har förlorat sin anställning. Flera av dem har fått byta specialitet eller flytta utomlands för att hitta nya jobb.

Totalt har mer än 3 000 sjukvårdsanställda sagts upp. För att tackla finansieringsproblemen har politikerna börjat axla rollen att göra medicinska prioriteringar. Vid nyår ändrades indikationsgränserna för fetmaoperation så att endast de patienter som utvecklat en följd-sjukdom kan få en operation. Åldersgränsen höjdes också, från 18 till 25 år. Förändringen har lett till att antalet fetmaoperationer minskat med 80 procent.

Beslutet drevs igenom trots att fem specialitetsföreningar lämnade arbetsgruppen i protest mot att prioriteringen gjordes på politiska och inte medicinska grunder.

Finanskrisen har ställt sjukvårdens prioriteringar på sin spets i Danmark

Prioriteringar var även temat för de danska specialistläkarnas symposium i samband med årsmötena i Vejle i början av oktober.

– Det är en ren illusion att kunna behandla alla patienter oavsett hur mycket det kostar. Men hur kan vi samtidigt försvara något mindre? Så inledde Jacob Birkler, ordförande i Danmarks etiska råd, sitt anförande.

Bästa sättet att tackla prioriteringar är att göra dem öppet och att vara medveten om vilka värderingar som ligger till grund för dem, sa han.

– Det är inte oetiskt att prioritera, däremot är det oetiskt att påstå att vi inte gör det. Då sker prioriteringarna istället i det fördolda.

Jacob Birkler argumenterade för att medicinska prioriteringar ska göras på en generell nivå, så att besluten inte hamnar i läkarens möte med patienten.

Samhällsdebatten om prioriteringar har hårdnat de senaste åren, menar Jacob Birkler.

– Jag får nu frågor som hade varit otänkbara för några år sedan, till exempel ”Kan det löna sig med dyra mediciner till döende patienter eller med sjukvård för svårt funktionshindrade?”

– Optiken har flyttat sig så att fokus nu ligger mer på ekonomi än på medmänsklighet. Ska vi prioritera patienter på eller utanför arbetsmarknaden? Ska vi skapa snabbspår till vård för de mest produktiva – är det etiskt?

Det finns etiska aspekter även på förebyggande insatser, menar Jacob Birkler.

– De riskerar att bli somatiserande, stigmatiserande och leda till hälsotyranni. Vissa sjukdomar ses som självförvalande, ”det är ditt eget fel att du blev sjuk”. Är det vad vi vill uppnå?

Den norska prioriteringsmodellen presenterades av Siv Cathrine Høymork, anestesilog och ledare för Norges kvalitets- och prioriteringsråd för hälso- och sjukvård.

– Det finns tydligt uttalade krav om att skära i de norska hälso- och sjukvårdsutgifterna, men frågan är vilka som ska prioritera, politikerna, professionen eller byråkraterna? Jag engagerade mig i rådet för att jag anser att detta är en



Sophie Hæstorp Andersen, företrädare för regeringspartiet Socialdemokraterna i Danmark, var tveksam till att politiker ska fatta bindande beslut om prioriteringar. Det är svåra beslut som måste fattas i samråd med professionen, menade hon och tog de olika prioriteringar som sker av för tidigt födda i Danmark och Sverige.

process som ska ledas av läkare.

I Norge sker en del av prioriteringsarbetet genom den medicinska vårdgarantin (se artikel nästa uppslag). Kvalitets- och prioriteringsrådets uppgift liknar den roll SBU har i Sverige – att värdera medicinska åtgärder i förhållande till patientnytta och kostnadseffektivitet.

– Tidigare bestod rådet enbart av experter som få lyssnade på. Exempelvis föreslog rådet en nedläggning av det norska mammografiprogrammet, men det fick inget genomslag. Nu har vi bytt ut en stor del av medlemmarna i kvalitets- och prioriteringscentret mot topparna i norsk hälsoförvaltning, och det har gett resultat.

Sedan Siv Cathrine Høymork tillträdde i våras har rådet sagt nej till en utökning av mammografiprogrammet till åldrarna 44-49 år och nej till behandling av tjocktarmscancer med monoklonala antikroppar, dock rekommenderas fas 4-studier. Nu håller rådet på att ta ställning till ultraljuds-screening under tidig graviditet (vecka 11-13).

Beställningsjobb

– Det senare är en ren beställning från regeringspartiet som tagit ställning för tidig screening. Men vi ser ut att få respekt för vårt beslut, hur det än blir.

– De fyra största patientföreningarna är medlemmar i rådet, och de har stått bakom våra beslut också när patienter

inte får rätt till behandling. Det är även viktigt för oss att få med personer som profilerat sig i debatten i projektgrupperna, så att vi får in hela oenigheten i gruppen.

”Politikerna ska prioritera”

Det danska läkarförbundets ordförande Mads Koch Hansen var tydlig med att det är politikernas ansvar att besluta om prioriteringar i sjukvården, men att professionen har en viktig roll i att bidra med beslutsunderlag.

– Jag anser att rationell klinik i vardagen inte är detsamma som prioriteringar. Oomtvistligt avgör vi vilken patient vi tar först, om tre kommer in med liknande diagnoser. Men vi ska inte avgöra om vi har råd att behandla alla tre. Det är politikernas ansvar.

Men Sophie Hæstorp Andersen som företrädde regeringspartiet Socialdemokraterna, var tveksam till att politiker ska fatta bindande beslut om prioriteringar.

– I Sverige gör man allt för att rädda för tidigt födda barn, i Danmark har vi en annan policy. Det är svåra frågor och jag är glad att vi politiker inte måste ta dessa beslut. Jag anser att besluten måste fattas i dialog mellan profession och politiker.

Danmarks vårdgaranti på väg att göras om

Nu ska de sjukaste prioriteras

 **Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se**

Regeringsskiftet i Danmark ser ut att innebära slutpunkten för den danska vårdgarantin i nuvarande form. Den danska vänsterregeringen vill införa en differentierad vårdgaranti där allvarligt sjuka patienter prioriteras och andra får vänta längre.

▼ Den danska vårdgarantin är utformad som en behandlingsgaranti med maximalt en månads väntetid. Åtminstone på pappret innebär det danska systemet betydligt snävare tidsramar än den svenska vårdgarantin.

Efter remiss från allmänläkare får det gå maximalt en månad* till behandling plus två veckor för varje diagnostisk undersökning. Ska en omgång prover tas och en röntgenundersökning utföras kan alltså väntetiden förlängas med sammanlagt fyra veckor.

Den danska behandlingsgarantin infördes år 2002, då med en tidsgräns på två månader, och den kombinerades samma år med en utvidgad rätt till fritt sjukhusval. Det innebär att patienter har rätt att gå till ett privatsjukhus om tidsgränserna inte kan hållas. I praktiken innebär garantin inte att alla behandlingar sker inom tidsgränsen, men fler patienter får vända sig till privatsjukhus.

Tidsfristen i behandlingsgarantin avkortades till en månad år 2007, året innan Danmarks ekonomi sattes i gungning av finanskrisen.

Med allt hårdare nedskärningskrav i sjukvården började kritiken växa mot systemet.

"En differentierad väntetid skulle vara bättre och mer effektiv. Det skulle innebära en annan behandlingsgaranti som var anpassad efter diagnosens allvarlighet. Nästan alla regioner beskriver att en månads väntetid, jämfört med tre månader, medför ett mindre produktivt sjukhusväsen där det behövs en ständig överkapacitet", sammanfattade utvärderingsinstitutet Krevi i en rapport 2009.

Intervjupersonerna i rapporten – avdelningschefer och ekonomichefer på offentligt ägda sjukhus – ansåg att privatsjukhusen huvudsakligen tagit på sig de mest lönsamma,

mindre komplexa operationerna. Konkurrensen hade även gjort det svårt att rekrytera sjuksköterskor, medan läkarna ofta arbetade dubbelt.

Ord och inga visor blir det när rapportförfattarna sammanfattar intervjupersonernas åsikter med citaten "systemet innebär missbruk av offentliga medel" och "får folk som stannar i det offentliga systemet att framstå som idioter".

Men bilden av privatsjukhusen som vinnare är inte entydig. Å ena sidan har patienttillströmningen till den privata sjukvården varit god, stadigt ökande från kring 50 000 patienter år 2005 till 116 000 patienter år 2010. Den åtta veckor långa sjuksköterskestrejken våren 2008 skapade gigantiska köer, vilket drev på utvecklingen. Å andra sidan har ersättningsnivåerna förhandlats ner i omgångar, så mycket att en del privata kliniker tvingats stänga på grund av fallande intäkter.

I början av 2011 gav sig de danska läkarna på allvar in i debatten om behandlingsgarantin. Framförallt riktades kritik mot undanträngningseffekter av svårt sjuka äldre och patienter med komplexa diagnoser, områden där privatsjukhusen inte erbjuder alternativ.

Danska Läkarförbundet publicerade i februari en undersökning som visade att 71 procent av de danska specialitetsföreningarna ansåg att de patienter som var i störst behov av behandling inte nödvändigtvis fick tillgång till den först.

72 procent av föreningarna ansåg att medicinpatienter sattes åt sidan till förmån för kirurgipatienter till följd av behandlingsgarantin.

I samband med undersökningen föreslog danska Läkarförbundet en behovsbestämd behandlingsgaranti, där läkare i enlighet med medicinska riktlinjer fastställer en garantiperiod till behandling utifrån patientens behov, dock med en utredningstid på maximalt en månad.

En av de tydligaste kritikerna var Benn Duus, ordförande i danska ortopedisällskapet: "Behandlingsgarantin är så oflexibel att patienter med svåra, invalidiserande smärtor får vänta medan patienter med lättare besvär snabbt kommer till behandling", sa han i intervju med Danmarks Radio.

Han menade också att vissa ortopedkirurgiska ingrepp sker alltför snabbt till följd av behandlingsgarantin, till exempel knäoperationer vid besvär som kan vara övergående.

Danska Läkarförbundets förslag plockades upp i den

Medicinsk vårdgaranti verklighet i Norge

I Norge finns en medicinsk vårdgaranti, liknande den som Sjukhusläkarna och Läkarförbundet kräver, där den behandlande specialisten tillsammans med patienten lägger upp ett utrednings- och behandlingsförlopp.

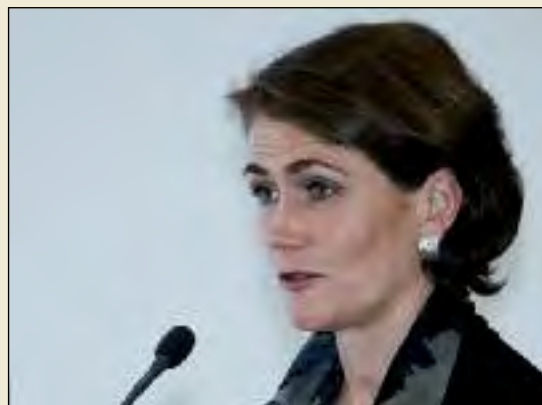
▼ Varje invånare i Norge har idag rätt till en allmänpraktiserande läkare, en fast läkarkontakt (fastlege), som fungerar som "portöppnare" till den specialiserade vården. Alla remisser ska värderas av specialist inom 30 dagar, vid misstanke om allvarlig eller livshotande sjukdom inom 15 dagar.

Därefter gör specialisten en prioritering inom ramen för en medicinskt grundad vårdgaranti med differentierade väntetider i förhållande till diagnosens svårighetsgrad. Vårdgarantin backas upp av beslutsstöd med väntetidsgarantier.

I dag finns beslutsstöd för ett 30-tal medicinska områden som tillsammans täcker in de flesta vanliga diagnoserna, och fler är på gång.

I den norska vårdgarantin innebär tidsgränserna maximal väntetid till behandling. Den specialist som tar emot remissen ska tillsammans med patienten lägga upp ett utrednings- och behandlingsförlopp med behandlingsstart före tidsfristens utgång. Om ingen diagnos har kunnat sättas inom den angivna tiden ska det vid tidsfristens utgång finnas en tidssatt plan för det fortsatta utredningsförloppet.

Patienter som inte fått behandling inom tidsfristen har rätt till vård i annan sjukvårdsregion eller, om så



Siv Cathrine Høymork, anestesilog och ledare för Norges kvalitets- och prioriteringsråd för hälso- och sjukvård, som engagerade sig i rådet eftersom hon tyckte att vårdens prioriteringar är en process som bör ledas av läkare.

krävs, i utlandet.

Exempel: Operation av hängande ögonlock som påverkar syn eller synfält är ett exempel som använts flitigt i den danska debatten om behandlingsgarantin. I Danmark har patienter med denna diagnos ofta opererats inom en månad, medan patienter med svårare och mer komplexa diagnoser fått vänta.

Det norska beslutsstödet (i detta fall prioriteringsvägledning för ögonsjukdomar) anger den maximala väntetiden till operation av hängande ögonlock till 26 veckor, med en mer skyndsam behandling under vissa villkor, till exempel om patienten riskerar försämrad syn, att förlora körkortet eller har särskilt stora besvär.

Som jämförelse har patienter med behandlingsbara förändringar i gula fläcken (våt makuladegeneration) rätt att få behandling inom maximalt sex veckor.

Helene Thornblad

danska valrörelsen av vänsteroppositionen, som tog ställning för en differentierad vårdgaranti.

Efter regeringsskiftet finns den nu inskriven i regeringsförklaringen, med reservationen att de allvarligaste sjukdomarna ska behandlas inom en månad.

När Socialdemokraternas hälso- och sjukvårdspolitiska talesperson Sophie Hæstorp Andersen deltog i de danska specialistläkarnas symposium om prioriteringar i Vejle i början av oktober, vände hon sig direkt till läkarna med en inbjudan till samverkan om den differentierade vårdgarantin:

– Jag är tveksam till att vi politiker ensidigt ska fatta

bindande beslut i dessa frågor. Den differentierade behandlingsgarantin måste utformas i dialog mellan profession och politik. Målet är att komma fram till vilka sjukdomar som kan vänta två eller tre månader på behandling. Jag kan inte svara på hur snabbt vi ska komma dit, men det ska ske i en öppen process.

*En längre tidsgräns, två månader, gäller för psykiatri och för cancerdiagnoser finns ett särskilt snabbspår. Vissa behandlingar, till exempel organtransplantation, fertilitetsbehandling och utprovning av hörsapparat, ingår inte i behandlingsgarantin.

Helene Thornblad

”Fusioner bäst för den a



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Alla sjukhusfusioner har som mål att effektivisera sjukvården och spara pengar. Ofta finns dessutom ett underliggande syfte att nå målet genom att stärka den administrativa och ekonomiska styrningen på kunskapsstyrningens och läkarprofessionens bekostnad.

▼ Sjukhusläkarnas symposium om sjukhusfusioner den 14 oktober visade tydligt att resultatet i praktiken blir precis tvärtom. De allra flesta sjukhusfusioner sänker kostnadseffektiviteten. En viktig framgångsfaktor för de få lyckade exempel som finns är att professionens strävan efter ökad kvalitet får vara en motor i fusionen.

Soki Choi, med. dr. som disputerat med en avhandling om sammanslagningen av Karolinska universitetssjukhuset, tecknade en snabb bakgrund till fusionen.

Ursprungsmotivet kastades på soptippen

– I det första skedet var forskning och utveckling det dominerande motivet för fusion. Men efter valet 2002 tog socialdemokraterna över ett stort budgetunderskott, och efter en dom i länsrätten fick landstinget bara några veckor på sig att sätta budgeten i balans. Fusionen sattes i snabbfil, nu med målet att spara 700 miljoner kronor på tre år, berättar Soki Choi.

Fusionen skulle genomföras snabbt och i stor skala. Managementkonsultens plan följdes till punkt och pricka, och divisionscheferna avkrävdes fullständig lojalitet.

Managementkonsulten trodde fel

– Men när planen skulle ut på golvet gick man in i en vägg.

Managementkonsulterna hade trott att kulturkrocken mellan Huddinge och Solna skulle vara den stora stötestenen i fusionen. Istället visade det sig vara kulturkrocken mellan administratörerna och läkarprofessionen.

– Radikala förändringar är inte smart inom sjukvården. Framgångsrika förändringar sker över tid, i små steg och som utveckling av befintliga strukturer.



Birgir Jakobson, sjukhusdirektör på Karolinska universitetssjukhuset, till höger, medger att det är svårt att mobilisera läkare till att ta ledningen på sin egen klinik. So finns.

Fortsättning nästa uppslag >>

Administrativa makten”



nade att det är viktigt vilken legitimitet ledarskapet har. Det går inte att genomföra en förändring om inte läkarprofessionen är med, och det ska det inte heller
ki Choi replikerade att organisationskompetensen har också ett värde i sig. Ledare i sjukvården måste ta in expertstöd och vara öppna för den kunskap som

Foto: Stefan Nilsson

Chefer måste överge diktatorsrollen

Ett framgångsrikt ledarskap inom sjukvården är enligt Soki Choi ett "management by meaning":

– Chefens roll behöver ändras, från diktator till facilitator.

I min studie fanns en klinik som gått mot strömmen och lyckats bra med sammanslagningen. Där lyckades chefen plocka upp ursprungstanken med fusionen, den kliniska excellensen, och arbetade "bottom-up" istället för "top-down". När forskningen var nyckeln skedde en spontan integration.

Soki Choi förespråkar ett "hybridiserat" ledarskap i sjukvården, som både är grundat i professionen och i evidensbaserad organisationsforskning.

– Chefskapet är för svårt för en individ i dag.

Därför tror jag på delat ledarskap.

Effektiviteten minskar med storleken

Lars Erik Kjekshus, forskningsledare i hälsoekonomi och sjukhusledning vid Oslo universitet, inledde med en översikt över forskningen om sjukhusfusioner. Det finns två huvudspår i forskningen, dels om vad som är en optimal sjukhusstorlek, dels om effekten av fusioner.

– När det gäller sjukhusstorlek finns studier som visar på en positiv skaleffekt upp till 200 vårdplatser. Vid 500-600 ökar komplexiteten i organisationen så mycket att effektiviteten minskar. Det finns ingen dokumentation om generella samband mellan volym och kvalitet, förutom för behandling av exempelvis vissa cancerformer, aids och transplantationer, där resultaten är bättre vid höga volymer, förklarade Lars Erik Kjekshus.

Han tillade att begreppet vårdplats skiljer sig mellan olika länder. I USA, där merparten av all fusionsforskning skett, är det generellt sett gott om vårdplatser och beläggningsgraden ligger kring 80 procent för att väntetiderna ska kunna hållas nere.

– Forskningen om effekten av sjukhusfusioner visar att de oftast inte leder till lägre kostnader, förutom om sammanslagningen i realiteten innebär att ett litet sjukhus läggs ned.



Anders Biörklund, pensionerad läkare från Lund, överklagade det beslut regionen fattade 2009 om att fusionera Skånes universitetssjukhus till förvaltningsrätten. Han menade att 50-60 läkare har hoppat i sjön och vill inte vara med längre på grund av fusionen.

Sammanslagningar har gjort norsk sjukvård mindre effektiv

– Min egen studie av fusionsvågen i Norge 1995-2000 visar att norsk sjukvård är signifikant mindre kostnadseffektiv i dag än före sammanslagningarna, trots att sjukvårdspersonalen producerar med vård. Det är den organisatoriska effektiviteten som minskat.

Före fusionsvågen fanns 80-90 sjukhus i Norge, nu finns 19 "hälsobolag" och åtta små privatsjukhus. Det största är Oslo universitetssjukhus med 20 000 anställda och en årsbudget på 17 miljarder norska kronor.

– I Norge håller vi nu på att förlora begreppet sjukhus. Frågan är om det man egentligen vill uppnå är "the end of professional dominance"? Risken är att fusionerna används som verktyg för att underminera läkarprofessionens ställning.

Birgir Jakobsson, sjukhusdirektör på Karolinska universitetssjukhuset, tillträdde år 2007 när fusionen redan var genomförd.

– En utredning från konsultbolaget McKinsey visade på många brister, framförallt i ledarskapet. Många chefer var trötta och desillusionerade efter fusionen. Det positiva var att de var väldigt motiverade att göra något åt situationen.

Birgir Jakobssons fokus har varit att förbättra patientflödena, prioritera forskning, utveckling och utveckling samt att satsa på ledarskap och patientsäkerhet.

– En nyckel har varit att tillsätta kompetenta specialister som flödesledare. Vi arbetar också med standardisering – ett ord som läkare hatar. Men vi vill inte standardisera läkonsten och mötet med patienten utan det arbete som sker före och efter.

– Enligt våra medarbetarundersökningar har ledarskapet blivit bättre och bättre. Tidigare har för få chefer varit läkare, men det har ökat. Men medarbetarundersökningarna visar på allvarliga skillnader mellan manliga och kvinnliga läkare i frågor som möjligheterna att påverka beslut och självständigt planera sitt arbete. Dessa frågor arbetar vi med tillsammans med läkarföreningen.

Sjukhusläkarnas ordförande Thomas Zilling frågade om akademien kommer i kläm vid fusioner.

– Strävan efter excellens är en viktig drivkraft bakom fusioner, men man har mätt utfallet väldigt dåligt, svarade Soki Choi.

Lars Erik Kjekshus svarade att vissa fusionsmodeller kan innebära en fördel i och med att forskningsmiljöerna blir större.

– Men i Oslo har vi kunnat se att sammanslagningen i sig skapar många processer som innebär svårigheter för forskningen.

Anders Biörklund, pensionerad läkare från Lund, överklagade det beslut regionen fattade 2009 om att fusionera Skånes universitetssjukhus till förvaltningsrätten. Beslutet upphävdes men fattades igen i slutet av 2010.

Han drog paralleller mellan läget i den pågående fusionen och fartyg i storm:

– Det finns ingen kapten – cheferna har lämnat



Sjukvårdspersonalen producerar med vård efter fusionsvågen i Norge 1995-2000. Ändå är norsk sjukvård signifikant mindre kostnadseffektiv i dag än före sammanslagningarna, eftersom den organisatoriska effektiviteten minskat, berättade Lars Erik Kjekshus, forskningsledare i hälsoekonomi och sjukhusledning vid Oslo universitet

skeppet och dekanus går i pension. 50-60 läkare har hoppat i sjön och vill inte vara med längre. Fusionen har drivits igenom trots personalens protester.

Soki Choi svarade att ledningen ofta blir måltavla för kritik i sjukhusfusioner.

Ledarskapets legitimitet oerhört viktig

– Ledarskapet har betydelse, men det betyder inte allt.

Birgir Jakobsson vill istället framhålla ledarskapets betydelse.

– Det är viktigt vilken legitimitet ledarskapet har. Det går inte att genomföra en förändring om inte läkarprofessionen är med, och det ska det inte heller göra. Utmaningen är att mobilisera läkare till att ta ledningen på sin egen klinik. Jag tror inte på att förändra genom att flytta rutor och dra streck på ett annat sätt. Istället vill jag se ett förbättringsarbete i vardagen, där man bara flyttar rutor om man absolut måste.

Soki Choi replikerade:

– Det är ett problem när beslut baseras på politiska opinioner eller eget tyckande. Organisationskompetensen har också ett värde i sig. Ledare i sjukvården måste ta in expertstöd och vara öppna för den kunskap som finns.

Torsten Kindström från föreningen Balans, patient- och anhörigförening för depression och bipolär sjukdom, ställde en fråga om motsatsen till fusioner – utlokalisering av verksamheter.

– Nya Karolinska sjukhuset kommer att ha så få vårdplatser att psykiatri och geriatrik ska kastas ut från sjukhuset. Beslut fattas om att splittra den psykiatriska organisationen utan något som helst underlag.

Birgir Jakobsson svarade:

– Jag är inte politiker, men det är självklart ett dilemma att bygga ett nytt sjukhus med färre vårdplatser än det gamla. Jag har farhågor om att det du beskriver varken är bra eller önskvärt. Men vi har sagt att vi i varje fall ska titta närmare på vad det kan innebära.

Fler nya specialiteter klubbade i Stockholms vårdval

 Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Ögon ingår från och med den 1 oktober i det utökade vårdvalet i Stockholm. En mängd nya specialiteter klubbades vid Stockholms läns landstings senaste budgetmöte. Redan i januari tillkommer specialiteterna hud, öron-näsa-hals och gynekologi.

▼ Stockholm har kommit längst i landet när det gäller det utökade vårdvalet inom hälso- och sjukvården. Här ser man gärna att specialister etablerar sig utanför sjukhusen, men inom den offentliga finansieringen.

Sjukvårdspolitikerna i Stockholm vill att vårdval så småningom omfattar all öppenvård som inte kräver akutsjukhusets resurser.

2012

Vid landstingets budgetmöte i september beslutades att under 2012 införa vårdval inom specialistområdena allergologi, primärvårdsrehabilitering, ryggkirurgi, reumatologi och sjukgymnastik.

2013

Under 2013 utökas vårdvalet med avancerad sjukvård i hemmet, specialiserad palliativ slutenvård, specialiserad obesitasbehandling, neurologi och urologi. Under utredning för vårdval är dessutom allmänpsykiatri för vuxna, barn och ungdom med psykisk ohälsa och öppen barnmedicinsk vård.

Att flytta ut öppenvården utanför sjukhusen är ett sätt för landstingsledningen att effektivisera och slimsa sjukhusen för att få fler vårdplatser och mer vård för pengarna.

Landstingsdirektör Toivo Heinsoo hoppas att det utökade vårdvalet ska ge fler privata nyetableringar och fler valmöjligheter för patienterna.

Det utökade vårdvalet innebär att de specialister i Stockholm som vill starta en verksamhet slipper delta i upphandlingar, om deras specialitet ingår i vårdvalet. Det räcker att de uppfyller de auktorisationskrav som landstinget ställer upp. Avtalen är på tre år och löper på så länge man inte säger upp dem och så länge de krav som ställs uppfylls.

Förutom Stockholm arbetar ytterligare sex landsting med utökat vårdval, men i begränsad form. Det är Uppsala, Kalmar, Halland, Jönköping, Kronoberg, Värmland.

Halland satsar på närsjukvård

I Halland, som var först ut i landet med vårdval, är närsjukvården spindeln i nätet. Sjukvårdspolitikerna vill att så mycket som möjligt av vården ges inom närsjukvården. Distriktsläkarna får redan i dag sällskap av andra professioner. Förutom rehabiliteringscoacher, terapeuter och kostrådgivare finns också specialister i barnmedicin, hudsjukdomar, ortopedi och psykiatri, ute på vårdcentralerna.

Men i samband med regionfullmäktige i juni i år tog man beslut att vårdvalet ska utökas och en ny utökad modell, Vårdval Halland plus, ska jobbas fram under året. Slutgiltigt beslut tas i fullmäktige i mars 2012 om vilka specialiteter som ska ingå och vilken ersättningsmodell som ska tillämpas, berättar utvecklingschef Eva-Karin Möllefors.

Tanken med Vårdval Plus är att mottagningarna ska ha specialister inom olika områden knutna till sig. De kan arbeta vid mottagningen ett par dagar i veckan. På så vis vill man förflytta mer av sjukvården från sjukhusen till vårdcentralerna.

Bland de specialiteter som diskuteras och kan komma att ingå i Vårdval plus, finns barnmedicin, gynekologi, hudsjukvård, kirurgi, ortopedi, reumatologi, urologi, ögonsjukvård, öron-näsa och -hals-sjukvård samt psykiatri.

Anna-Lena Bengtsson

– Fortbildning för läkare ska ske nära verksamheten

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Fortbildning för läkare är mer än bara enstaka kurser, framför allt ska den vara knuten till den verksamhet man jobbar i. Det anser Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet som presenterar sina synpunkter i en ny gemensam skrift.

▼ Läkares fortbildning pågår under hela det yrkesverksamma livet. Hur det ska gå till att etablera en systematisk struktur för fortbildning och kontinuerlig professionell utveckling beskriver Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund i, "Fortbildning för läkare, en sammanställning av kunskapsläget om läkares fortbildning".

Utgångspunkten har varit att Svenska Läkaresällskapet och Läkarförbundet jobbat gemensamt med frågan, berättar Kerstin Nilsson, tidigare ordförande i Läkaresällskapets utbildningsdelegation.

– Eftersom det varken finns något formellt eller informellt regelverk och ingen myndighet ansvarar för fortbildningen så är det en viktig fråga för de professionella organisationerna konstaterar hon.

Både Läkarförbundet och Sällskapet betonar gemensamt att det behövs någon form av systematisk process kring läkares fortbildning och vill att det sker inom ramen för det pedagogiska begreppet CPD, kontinuerlig professionell utveckling.

– Vi förordar att fortbildning ska vara knuten till den verksamheten man jobbar i. Det är inget motsatsförhållande till den verksamhet som IPULS driver, men fortbildning är så mycket mer än enstaka kurser, säger Kerstin Nilsson.

Hon menar att kurser bara är ett moment, men långt ifrån det enda.

Ny skrift från Läkarförbundet och Läkaresällskapet vill fylla bristen på regelverk

– Vi måste se det mer ur ett kontinuerligt perspektiv där fortbildningen är knuten till den professionella utvecklingen. Det gagnas av ett system där man identifierar sitt lärandebehov utifrån vilken verksamhet man har framför sig, säger Kerstin Nilsson.

Hon betonar att Läkarförbundet och Läkaresällskapet inte tror på ett system med poäng för att certifieras. Istället vill man att fortbildningen ska vara knuten till arbetsituationen och ske i en dialog med verksamhetschefen.

– Skriften riktar sig i första hand till professionen men också till de som har ansvar för sjukvårdsproduktion ute i landet, beslutsfattare, politiker och högre tjänstemän, säger Thomas Zilling, Sjukhusläkarnas ordförande.

Han har själv bidragit med två kapitel, del en utblick för att se hur fortbildning går till i övriga Europa och dels hur man gör en behovsinventering av läkares fortbildningsbehov i praktiken som han arbetat fram tillsammans med Hans Hjelmqvist som är svensk delegationschef i UEMS, den europeiska sammanslutningen för specialistläkare.

Ett antal texter presenterar begreppet CPD och de olika delarna, kvalitetsförbättring, kvalitetssäkring och kvalitetskontroll.

Janet Grant som är professor i medicinsk pedagogik skriver om evidens för ändamålsenlig fortbildning och sammanfattar kärnan i CPD, ett område som hon skrivit flera läroböcker om.

Fotnot: "Fortbildning för läkare" kan laddas ned från Läkaresällskapets eller Läkarförbundets hemsida.

Anna-Lena Bengtsson

Allt fler äldre tvinga



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

En stor del av sjukhusläkarnas arbetstid sker på obekväma arbetstider. Arbetsbelastningen är hög även i den äldsta gruppen, 56-64 år, där mer än var fjärde har både sjukhusbunden jour och beredskap.

▼ I förra numret redovisade vi delresultat från Sjukhusläkarnas jourenkät. Fokus låg då på förändringar i sjukhusläkarnas arbetsmarknad samt köns- och åldersfördelning. I det här numret presenterar vi data om jour- och beredskapsarbetet.

Nästan tre fjärdedelar – 73 procent av medlemmarna – deltar i jour- eller beredskapstjänstgöring.

Av dessa har 20 procent enbart sjukhusbunden jour, 46 procent enbart beredskap och 34 procent både sjukhusbunden jour och beredskap. Denna andel har ökat sedan jourundersökningen 2009 då 28 procent hade både jour och beredskap.

Det framträder en bild av förändrade arbetsvillkor med allt tyngre arbetsbelastning, också högt upp i åldrarna. Mer än var fjärde sjukhusläkare (26 procent) i åldrarna 56-64 år har både sjukhusbunden jour och beredskap.

– Jag är inte förvånad. En allt mer slimmad organisation med brist på vårdplatser och färre personal tvingar arbetsgivaren att ta ut alltmer jourarbete av sina läkare och i en allt högre ålder. Samtidigt sviktar primärvårdens jouråtagande på många håll och antalet akutläkare över landet varierar stort, säger Sjukhusläkarnas ordförande Thomas Zilling.

För de allra flesta – 72 procent – av dem som har sjukhusbunden jour (primärjour) är jourpassen inplanerade i veckoschemat utöver 40 timmars tjänstgöring.

Jourpassen långa

Jourpassen är ofta mycket långa, 58 procent

Sjukhusläkarens jourenkät visar att arbetsbelastningen ökat

har jourpass som är längre än 12 timmar på vardagar och på helger är andelen 60 procent. Hela 11 procent anger att de på helger har jourpass som är längre än 24 timmar.

Även om det går att förlägga brytpunkten (det klockslag man sätter för att kunna beräkna dygnsvilan) så att 26-timmars arbetspass är tillåtna, väcker dessa resultat frågor om arbetstidlagen respekteras på alla arbetsplatser.

Knappt hälften – 43 procent – av dem som har sjukhusbunden jour arbetar nattjournsveckor (med två eller fler nattjourpass per jourvecka), och oftast ingår då tre nattjournpass per vecka.

Av de sjukhusläkare som har beredskapspass har nästan hälften – 44 procent – beredskap på en arbetsplats där det inte finns motsvarande sjukhusbunden jour.

En förklaring till detta är att arbetsgivaren vill ha specialistläkare i beredskap även för mindre frekventa händelser, som de jourande läkarna på sjukhusen inte har tillräcklig kompetens för. Samtidigt förstärker detta bilden av hög belastning på högt specialiserade seniora kolleger.

Även beredskapspassen är långa. 16 procent har beredskapspass på över 24 timmar på vardagar och hela 59 procent har pass som är längre än 24 timmar på helger.

I den äldsta åldersgruppen, 56-64 år, är det något färre som har långa beredskapspass på vardagar, men när det gäller helgpassen är beredskapspassen ungefär lika långa i alla ålderskategorier.

Få lediga efter beredskapspass

De allra flesta sjukhusläkare har inte möjlighet att vara lediga efter sina beredskapspass. 71 procent svarar att deras schema inte möj-

ns till tuffa jourpass

liggöra ledighet efter beredskapspass vardagar och 56 procent kan inte vara lediga efter beredskapspass på helgen.

Detta är anmärkningsvärt mot bakgrund av att det centrala avtalet reglerar att alla som vill ska kunna vara lediga efter beredskapspass. Det finns dock en möjlighet att rättigheten förhandlats bort i lokala avtal.

Fler vill vara komplediga

Resultaten av jourenkäten visar att det är fler som vill kunna vara komplediga efter beredskapspass än som har möjlighet till ledighet.

26 procent vill alltid vara lediga hel eller halv dag efter beredskap och 34 procent vill vara lediga hel eller halv dag om natten varit störd.

Endast 29 procent vill inte vara komplediga alls efter beredskapspassen. Här särskiljer sig dock den äldsta gruppen, 56-64 år, där 41 procent inte vill vara komplediga dag efter beredskap.

Chockerande siffror

– Jag blir bestört när jag ser dessa siffror. När vi öppnade för att via kollektivavtal ge arbetsgivaren möjlighet att anpassa jourpassens längd till vårdens behov så jobbade vi på många håll med att få en arbetsmiljöprofil i avtalen. I detta låg möjlighet till patientfritt arbete dag efter beredskap och möjlighet till ledighet om det varit fler än två störningar under natten, även om jouren inte genererade tillräckligt med jourkomp. Avtalen behöver nog dammas av för uppenbarligen bryr sig inte arbetsgivaren och många lokalföreningar tycks blunda med båda ögonen, säger Thomas Zilling.

Få beredskapspass ostörda

Jourenkätens resultat visar att få beredskapspass är ostörda. Bara 19 procent arbetar 0-5 procent av tiden under ett beredskapspass en typisk vecka.

Var tredje sjukhusläkare (33 procent) arbetar 5-10 procent av tiden under beredskapspasset och 16 procent arbetar minst en fjärdedel av tiden.

På helger, då beredskapsarbetet för många

specialister inkluderar schemalagda arbetsuppgifter, är det hela 43 procent som arbetar 25 procent eller mer av tiden under beredskapspasset.

Mycket arbete på obekvämtid

Sammantaget sker en stor del av sjukhusläkarnas arbete på obekvämtid. Hälften av de sjukhusläkare som arbetar jour och beredskap lägger 20 procent eller mer av sin faktiskt arbetade tid på kvällar, nätter och helger.

Många sjukhusläkare har ett stort antal jourkomptimmar att ta ut. 39 procent av dem som svarat på enkäten har 200 timmar eller mer inestående, 10 procent har mer än 500 timmar.

– Jag trodde nog fler skulle redovisa många sparade timmar. Det så kallade jourkompberget är värderat till 1,6 miljarder kronor. Bara 10 procent av medlemmarna ligger på mer än tre månader inestående jourkomp, säger Thomas Zilling.

För 20 procent av sjukhusläkarna betalas jourkompen ut automatiskt efter ett visst antal timmar, oftast går gränsen vid 200 timmar. För 33 procent betalas komptimmar ut efter ett visst antal dagar och det mest frekventa är 180 dagar. För 29 procent betalas jourkompen inte ut med automatik, och 18 procent vet inte hur det regleras.

Få känner till rätten att löneväxla

19 procent av sjukhusläkarna svarar att de har rätt att löneväxla jourkomp till pension, 24 procent har inte den möjligheten och 57 procent vet inte om de har rätt till löneväxling.

– Möjligheten till löneväxling av jourkomp till pension är förmånlig. Märkligt att så få känner till möjligheten och likaså att så få bryr sig att ta reda på hur och när eventuell inestående jourkomp betalas ut med automatik. Att man inte vet kan bero på att lokalföreningarna har svårt att nå ut till sina medlemmar men även givetvis att man inte bryr sig och hoppas att någon annan sköter det fackliga.

Helene Thornblad

Sök medel ur Sjukhusläkarnas fonder

▼ Sjukhusläkarna förvaltar Stiftelsen Sjukhusläkarföreningens Understödsfond och Stiftelsen Lasarettsläkaren Gustaf Wennerströms donationsfond. Ur dessa fonder har vi möjlighet att dela ut medel varje år. Fonderna kan dela ut medel till behövande medlemmar i Sjukhusläkarna eller till medlemmars efterlevande. När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och du måste lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation samt

ange anknytning till Sjukhusläkarna. I enlighet med stadgarna prioriteras barn och behövande änkor/änklingar till avlidna medlemmar. För sökande med en årsinkomst överstigande 250 000 kr bedöms behovet av understöd från fall till fall. Från understödsfonden kan understöd vidare utgå till medlemmar som har särskilt behov. Behovet av understöd bedöms från fall till fall utifrån den totala familjeekonomin. Till ansökan skall kopia av senaste självde-

klaration bifogas. Vid frågor går det bra att kontakta **Madeleine Blomquist** på Sjukhusläkarnas kansli, tel 08-790 34 50. Särskild ansökningsblankett samt riktlinjer för fondutdelningen kan rekvireras från Sjukhusläkarna på telefon 08-790 34 50 eller per e-post till madeleine.blomquist@slf.se eller hämtas på http://www.slf.se/Pages/6146/ansokningsblankett_fonderna.doc

Sista ansökningsdag är den 15 december.