



Sjukhusläkaren

TIDSKRIFT FÖR DRYGT 18.000 SJUKHUSSPECIALISTER • UTGIVEN AV SJUKHUSLÄKARFÖRENINGEN

NR3/2012

"Delar av läkarkåren låter sig luras"

Vi lever i en era där byråkrater, politiker och managementfolk styr de sociala normerna

▼ Janet Grant, internationell toppforskare när det gäller kontinuerligt lärande, har ett budskap till den svenska läkarkåren.

– Låt er inte luras! Dagens sociala norm är att allting kan kontrolleras och mätas, men vår forskning visar att det inte går och framförallt att det inte behövs! Professioner vet själva bäst vad som är bäst.

– Kraven på ständigt mätbara resultat och standardisering är främst till för att byråkrater, politiker och managementfolk ska behålla makten och kunna styra professionen och utvecklingen efter sina egna behov. Det gäller även fort bildningen, tro inget annat, säger Janet Grant. • Sidorna 36-39

Sjukvård har blivit en lockvara

• Sidorna 22-23

Tema: Läkemedel Nu krävs nytänkande

• Sidorna 14-18



Foto: Christer Bark

2012
INFÖRS VÅRDVAL FÖR
FLER SPECIALISTER



Din framtid ser ljus ut

Under 2013 införs vårdval för fler specialister runt om i landet, bland annat i Halland och Jönköping. I Uppsala utökas vårdvalet med gynekologi och i Stockholm införs den 1 januari vårdval inom ortopedi. Det ger dig som specialistläkare en spännande chans att bygga en verksamhet utifrån dina idéer och ambitioner.

Vi söker dig som är intresserad av att etablera en ny verksamhet inom ramen för vårdvalet tillsammans med oss.

Praktikertjänst har lång erfarenhet av att starta och driva vårdverksamhet i privat regi. Som verksam hos oss har du det mesta av egenföretagarens frihet men den anställdes trygghet. Vi erbjuder dig administrativt stöd, finansiering och expertstöd inom bland annat kvalitet, så att mer tid kan ägnas åt patienten. Kort sagt, vi förenar det lilla företagets entreprenörskap med det stora företagets resurser.

Vill du veta mer redan nu? Kontakta oss eller läs mer på vardvalsverige.se

HALLAND OCH JÖNKÖPING

Alf Wiklund

alf.wiklund@ptj.se • 070-483 69 60

Magnus Nilsson

magnus.nilsson@ptj.se • 070-518 83 08

STOCKHOLM

Lars Hellman

lars.hellman@ptj.se • 070-789 40 24

Marinette Hansson

marinette.hansson@ptj.se • 070-789 37 03

Gunilla Sägström

gunilla.sagstrom@ptj.se • 070-789 39 31

UPPSALA

Eva Erman

eva.erman@ptj.se • 070-789 37 45

Linda Söderman

linda.soderman@ptj.se • 070-789 37 24

Praktikertjänst är Sveriges största koncern inom privat, entreprenörsdriven tandvård och hälso- och sjukvård där de 2 120 aktieägarna själva arbetar som verksamhetsansvariga på mottagningar över hela landet. Inom koncernen finns ett femtontal mindre och medelstora dotterbolag. Omsättningen år 2011 var 8,9 miljarder kronor och antalet medarbetare var cirka 8 700.

Därför får du Sjukhusläkaren

Tidningen Sjukhusläkaren

ges ut av Sjukhusläkarna, som är den största yrkesföreningen inom Sveriges läkarförbund, med drygt 18.000 medlemmar.

• Tidningen bevakar fackliga och sjukvårds politiska frågor.

SJUKHUSLÄKARNA

organiserar hälften av Läkarförbundets medlemmar. Vi organiserar alla specialister på sjukhus samt professorer, docenter och högskolelektorer 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
Debatt Utomlänsprislistan och EU-vård	6
Dr Snake	7
Geriatriker blev Årets västerbottning	8
Läkemedel	14
Privata sjukvårdsförsäkringar	20
Bonustema Kirurgi	26
Fortbildning	36
Avtalsrörelsen	40
Europas överläkare möttes i Bulgarien	41
Krönikan Mikael Rolf	42
Krönikan Mikael Hoffman	43

Sjukhusläkarens redaktionskommitté



Sjukhusläkarens redaktionskommitté:

Thomas Zilling, ansvarig utgivare, kirurg.

Mikael Rolf, anestesilog, 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 3/2012

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: 20.400 ex ISSN 1100-2913

ISSN 1651-2715. Medlem i



Utvecklingen ställer många f

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

– Menar ni Herr Zilling att vi ska låta sjuksköterskorna operera blindtarmar i framtiden? Frågan ställdes av ordföranden i tyska överläkarföreningen, professor Hartmut Nolte, högröd i ansiktet, när europeiska överläkarföreningen AEMH diskuterade ”task shifting” eller uppgiftsglidning.

▼ Organisationen ville ta fram en skarp resolution mot fenomenet som vi från Sverige omöjligt kunde ställa oss bakom. Men Noltens fråga ställer onekligen saker och ting på sin spets.

När Stig Bengmark var kirurgprofessor i Lund så hävdade han mycket provokativt att vem som helst kan läras upp till att operera, men inte till att bli en akademisk kirurg.

Under samma tid var det helt otänkbart att någon annan än en läkare skulle göra en gastroscopi. Men idag ser vi hur sakta allt mer av endoskopiverksamheten glider över till ett annat skrå nämligen sjuksköterskor med specialistutbildning i gastro- och koloskopier som i tid vida överskrider det vi erbjuder våra ST-läkare.

På samma sätt som vi utbildar endoskopister idag så skulle man mycket väl kunna utbilda en sjuksköterska att bara göra laparoskopiska galloperationer eller katarakt-operationer fem dagar i veckan och ingenting annat!

För ett kirurghjärta kan tanken kännas hemsk, men är

– men det som sker nu handlar inte bara om resursbrist eller läkarbrist utan även om nya attityder

fullt ut genomförbar.

Ingen vågar i det offentliga rummet hävda att en specialistläkare trots allt är bättre för patienten med symptom. Internationellt finns en trend där vi kan se hur alltfler arbetsuppgifter flyttas över till andra yrkeskategorier med kortare yrkesutbildningar ofta med beteckningar hämtade från England eller USA som; ”assistant physicians”, ”endoscopists” eller ”nurse practioners”.

Mycket handlar det om att vår autonomi som egen profession i allt större utsträckning ifrågasätts och naggas i kanten av tjänstemän och politiker som vill hitta billigare arbetskraft för uppgiften.

För några månader sedan blev jag intervjuad av Östgöta Correspondenten med anledning av att första kursen av ”nurse practioners” skulle examineras vid Linköpings Universitet.

Journalisten frågade hur jag såg på att läkarkåren förlorar makt.

Svaret blev att där låg nog inte så mycket makt. Och givetvis lite diplomatiskt att om fenomenet är bra för våra patienter så är det bra.

Men makten ligger fortsatt hos verksamhetschefen och om hon eller han inte är läkare så är den delad med en medicinskt ansvarig.

Nyhet!

Snabb access till rätt ICD-kod



Diagnoskod.se inkluderar:

- Alla diagnoskoder (ICD-10-SE) och alla primärvårdskoder
- Vad respektive kod innefattar
- Alla fördjupande texter
- Vad respektive kod utesluter
- Alla anmärkningar

Diagnoskod.se är ett unikt webbverktyg som hjälper dig att söka efter korrekt ICD-10-SE-kod och alla KSH97-P-koder (primärvårdskoder). Fyll bara i koden eller en beskrivning av diagnosen i sökrutan så är du igång! Du kan även snabbt och enkelt skapa en egen lista över de diagnoskoder som du ofta använder.



Working together for a healthier world™

Omfattar nu även alla primärvårdskoder!

www.diagnoskod.se är helt fri att använda!

Frågor om läkarens yrkesroll

Idag utförs flertalet traditionella läkararbetsuppgifter av andra personalkategorier under skriftlig delegation. Oftast är det kollegor från det egna skrået som står bakom uppgiftsglidningen för att bidra till rationalisering och kostnadsbesparingar.

Men när traditionella läkaruppgifter glider oss ur händerna så kommer det medicinska ansvaret fortsatt ligga på läkarprofessionen.

Frågan är hur kommande generationer kommer att axla den manteln för uppgifter man ibland inte har kunskap och kompetens för.

Många unga finner sig i en professionell roll där man tar platsen som en liten kugge i maskineriet och helst inte ifrågasätter alltför mycket, eller är beredda att ta något övergripande ansvar.

Diskussionen om en alltmer specialiserad eller inskränkt yrkesroll fördes på en kongress nyligen i Göteborg. En ung engelsk kirurg som enbart opererar överviktiga patienter med ingreppet gastric by-pass med stora volymer undrade varför han under sin utbildning överhuvudtaget behövde lära sig något annat än sitt standardingrepp.

Så det är inte bara frågan om en läkarroll i förändring utan även om en attitydfråga hos en kommande generation.

Inom alltför många verksamheter är bristen på specialister skriande och i en värld där andra professioner tar över traditionella läkararbetsuppgifter och ledningsansvar får vi problem med medicinska ledningsansvaret.

Så är det t.ex. för psykiatrin i stora delar av landet, där nu även stora enheter i Stockholm måste luta sig mot hyrläkare för sin läkarförsörjning.

Wilken ögonläkare vill ha det medicinska ledningsansvaret för en verksamhet där man bara opererar ett öga när patienten ser dåligt på båda.

Ett annat område med problem är våra akutmottagningar. Även om akutläkare har accepterats som en egen specialitet ute i Europa och även är på väg in i Sverige så är mycket av bemanningen på våra akutmottagningar ett problem. Inte har det blivit bättre med värdevärdmodeller som till stor del kunnat befria primärvården från mycket jourverksamhet utanför kontorstid.

Kanske kan "assistant physicians" bli de "gate keepers" som akutmottagningarna behöver som resurs innan utbildningen hunnit ikapp behovet.



Thomas Zilling,
ansvarig utgivare

Stefan Carlssons förslag lär inte leda till bättre eller säkrare vård

Stefan Carlssons förslag för statens vård och omsorgsutredning lär knappast skapa en bättre eller säkrare vård. Sannolikt blir resultatet under överskådlig tid det motsatta.

▼ Många politiker kommer säkert att applådera besparingspotentialen på 550 miljoner kronor, men det finns en baksida. Stora strukturomställningar i verksamheten leder till att man under processen förlorar kompetens och tappar i produktion samtidigt som man inte alltid når sina besparingsmål.

Ett närliggande exempel på detta är det ändrade uppdraget för HSAN vars verksamhet skulle inkorporeras i Socialstyrelsen. Mycket snart kom anmälningsärendena att hopa sig på Socialstyrelsens hyllor i brist på kompetent personal.

I en jämförelse med våra nordiska grannländer så brottas vi med stora strukturproblem som många landstings- och regionpolitiker underblåser genom revirstrider, samtidigt som staten inte vill eller kan ta något ansvar.

Socialstyrelsen har länge genom Lars-Erik Holm haft som mål att ta större ansvar för rikssjukvården som exempelvis danska Sundhetsstyrelsen har gjort.

Norge har nått samma effekt genom att staten har tagit ett övergripande ansvar genom inrättande av tre professionellt styrda regioner. För Sveriges del kommer den processen inte att underlättas av en splittrad myndighet.

Det finns också en stor fara med den fristående nya infrastrukturmyndigheten. Visserligen finns ett behov av en myndighet som bygger broar mellan våra sjukvårdshuvdmän, men samma myndighet måste också vara underställd en myndighetsutövning som tar ansvar. Ett bra exempel på detta är regleringen av patientens tillgång till sin egen journal på nätet.

Thomas Zilling

– Ändra utomlänsprislistan

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Nyligen åkte jag till Oslo och opererade en 17-årig svensk flicka ("Emma") med en ovanlig axelskada.

▼ Emmas historia började för tre år sedan när hon vred axeln ur led. Därefter har hon åkt in och ut på olika akutmottagningar med starka smärtor för att dra axelleden tillrätta.

Den operation Emma behövde är synnerligen kostsam och ersättningen i Sverige enligt den dagkirurgiska "utomlänsprislistan" är orealistisk låg.

En svensk klinik hade fått 16.979 kronor i ersättning för att operera Emma enligt den dagkirurgiska "utomlänsprislistan".

Det är denna prislista som skall gälla om lagförslaget om EU/EES-vård klubbas igenom.

Utomlänsprislistan har två delar, en för dagkirurgi och en för inläggande vård. Prislistan premierar inläggningar.

Exempelvis ersätts de flesta artroskopiska axeloperationer med 16.979 kronor efter en dagkirurgisk operation och 47.199 kronor om patienten läggs in.

I våra grannländer läggs patienter inte in utan att det finns medicinska skäl

Ett betydande problem är att många av diagnoserna på prislistan inte opereras annat än dagkirurgiskt i våra grannländer. Klinikerna är helt enkelt inte byggda för att lägga in patienter som rent medicinskt sett inte behöver inläggning.

Miniinvasiva operationstekniker, moderna läkemedel och väl genomtänkta strategier för postoperativ smärtlindring gör att inläggningar sällan är nödvändiga i våra grannländer.

Emma utreddes i Oslo med kontrastinjektion i leden och efterföljande magnetkameraundersökning och skiktröntgen. Utredningen visade att en viktig förklaring till Emmas urlid-vridningar var att en muskelsen som stabiliserar leden rivits loss från sitt fäste.

Hon blev opererad dagkirurgisk några dagar senare. Den skadade muskelsen syddes fast med miniinvasiv teknik och ledkapseln syddes ihop för att minska dess volym. Några timmar efter operation pratade jag med en relativt smärtfri patient och en nöjd familj.

Förbrukningsmaterialet för Emmas operation kostade närmare 10.000 kronor och operationsprocessen motsvarade tre enkla axeloperationer i resursanvändning. När man kalkylerar priset för en operation utomlands ser man mest till kostnad för förbrukningsmaterial och de jämförbara intäkter man får om man opererar något annat.

Felaktiga ersättningar gör att många patienter inte kommer att ha råd att söka EU-vård

Det innebär att om en operation förbrukar resurser som motsvarar tre normala operationer så vill kliniken ha betalt för denna resursförbrukning.

Förslaget om ersättningar av EU/EES-vård efter utomlänsprislistan kommer att leda till att de flesta patienter som utnyttjar rätten till vård inom EU/EES kommer att få betala en betydande andel av vårdkostnaden själva.

Hade Emma opererats enligt detta lagförslag hade familjen fått tillbaka 30 procent av vårdkostnaden. Många patienter med mindre komplicerade diagnoser kommer dock att få en kostnadsstäckning som motsvarar åtminstone 75 procent av operationskostnaden.

Utomlänsprislistans gammalmodiga konstruktion bör ändras

Egentligen är det inte lagförslaget som det är fel på. Det är den svenska utomlänsprislistans gammalmodiga uppdelning i dagkirurgi och inläggande kirurgi det är fel på.

Utomlänsprislistan för dagkirurgi är inte skapad för att ersätta operationer som utförs i dagkirurgi med miniinvasiv kirurgisk teknik och moderna smärtlindringstekniker.

Utan en revidering av lagförslaget, eller de föräldrade prislistor som gäller i Sverige för kirurgi, så kommer många patienter i framtiden inte ha råd att söka vård utomlands.

I Sverige stimuleras sjukhusen att lägga in patienter i onödan

Prislistorna bör återspegla reella vårdkostnader och inte konstruerade vårdkostnader där sjukhusen stimuleras att lägga in patienter för att få en kostnadsstäckning för den utförda kirurgin.

En revidering av prislistorna måste dessutom vara intressant framför allt inom Stockholms läns landsting där behovet av vårdplatser kommer att öka när nya KS är färdigbyggd.

Tidigare statistik från Socialstyrelsen visar nämligen Stockholms läns landsting kvalificerar sig för en av bottenplaceringarna vad gäller dagkirurgisk sjukvård.

Carlos Rivero Siri, specialist i ortopedi, överläkare, Löwet specialistmottagning, Danderyds Sjukhus AB.



Hatten av för alla glada Framtidens specialistläkare

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Vad driver folk att läsa till läkare idag kan man undra med anledning av de stora antalet studenter som varje termin ropas upp för första gången. Det påminner om det gamla bibelordet – många äro kallade men fler äro ut-landsstuderande.

▼ Platserna på läkarlinjen ska dessutom utökas ytterligare säger den glada regeringen, uppmuntrade av det faktum att vi nästan leder världscupen i antalet läkare per medborgare.

HSAN har vi ju avskaffat tröstar man de studenter som redan idag i vilsna flockar driver runt på sjukhusen utan att någonsin ha sett en riktig handledare.

Läkarutbildningen, som tidigare hette Medicin och som bestod av att man i rätt situation skulle rabbla rätt lista, har idag istället utformats med en uppsjö av val, electives och projektarbeten. Oftast med syfte att i längre eller kortare perioder få bort kandidaterna från sjukhusen.

Kurserna man läser är bara delvis ämnesindelade och de blivande läkarna läser istället kurser som heter "Den sjuka människan 1" och "Den sjuka människan 2" ..

Även andra vårdutbildningar gör likadant utifrån sin profession. Sjuksköterskornas kurser heter alltså "Den friska människan" medan sjukgymnasternas heter "Den sneda människan".

Sen får alla vänta med att lära sig något tills de kommer ut i yrkeslivet och får skapa kunskap själva efter bedrövad erfarenhet, muttrar de äldre surt, och anser att hela utbildningen antagit formen av en flirt- och förlovningskurs.

En läkarstudent blev också mycket bekymrad då han hört att innan man blev en duktig läkare ska man ha fyllt en kyrka, men blev mycket lättad när han förstod att det istället rörde sig om att fylla en kyrkogård, vilket han ansåg som betydligt enklare.

Men om studietiden ger utrymme för skoj och flärd är även framtiden ljus med ett rikt yrkesliv och ett otal karriärvägar att välja. Många står i valet och kvalet om att bli forskare och docent eller bli facklig och dissident.

Eller varför inte bli klinikens stora stjärna som med oförtröttlig kunskap och visdom finner de mest sällsynta diagnoser och behandlingar på en oändlig räkka av tacksamma patienter.

En sådan läkare är oundgänglig för varje klinik med sjukvaktning, medan två innebär ekonomisk katastrof.

En annan möjlighet är nu att man snart kan bli akutläkare på riktigt, vilket hävdats från många håll vara en nödvändig utveckling. Motståndarna verkar vara nere för räkning, trots att de under alla år hävdat att akutsjukvård inte är en specialitet utan en plats.

Mycket har hänt från förr på akuten då vaktmästaren skötte sorterande av patienterna på ett enkelt och smidigt vis. Alla med ont i magen eller synliga skelettdelar skulle till kirurgen, medan alla med bröstsmärta eller hög ålder skulle till medicin. Om inget av detta förelåg gällde psyk.

Dessutom var ju beslutsgång och behandlingar enklare. Ont nedanför naveln var indikation för operation, ont ovanför naveln för magnecyl.

Allt gick ju också snabbare tack vare frånvaro av IT-stöd. En jämn och bra hastighet som då rekommenderades var att klara tre patienter per cigarett.

Idag ser det annorlunda ut och sorteringen sköts istället av triagens tipspromenad med kryssrutor och färgade lappar, medan arbetsflödet styrs upp av ofta helt färska tekniker som ger råd mer eller mindre handgripligt, sk ligistiker.

Nåväl även om vägen till specialitet är lång och brokig så brukar resultatet bli att de unga läkarna till slut sällar sig till den äldre skaran av empatiska kunskapsmaskiner i mänsklighetens tjänst.

Och även om läkarnas rykte om att vara glada i hatten och alltid ställa till med upptåg må stämma med verkligheten så finns det ändå en yrkesgrupp som är bättre på att gånga och kröka. Det är rörmokarna.



Dr Snake

Geriatriker blev År

Sångerskan Lisa Miskovsky och världsstjärnan i slalom Jens Byggmark var chanslösa – Yngve Gustafson fick nära 50 procent av rösterna!



Trots goda år hade slalomstjärnan Jens Byggmark och sångerskan Lisa Miskovsky inte en chans mot geriatrikern Yngve Gustafson.

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Yngve Gustafson har krigat sig in i de äldres hjärtan. Han är ikonen som står upp för deras rättigheter. Som tack blev han utsedd till Årets västerbottning.

– Men priset kom som en chock, säger han.

▼ Geriatrikprofessorn Yngve Gustafson är känd för sitt ihärdiga kämpande för äldres rättigheter i vården och de flertaliga duster han haft med landstingsdirektören Jonas Rastad.

För Sjukhusläkaren berättar han om vad det är som får honom att orka fortsätta ta fighten.

Utmärkelsen Årets västerbottning kom som en total överraskning. Folk kunde rösta genom att klippa ut en lapp i Västerbottenkuriren eller gå online och avlägga sin röst på tidningens hemsida. Resultatet. En rungande seger för Gustafson. Yngve fick närmare 50 procent av rösterna, trots konkurrens från nio andra nominerade, bland annat kändisar som sångerskan Lisa Miskovsky och skidåkaren Jens Byggmark.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Yngve Gustafsons kompromisslösa kamp för bättre villkor inom sjukvården har vur

Årets västerbottning



...nit västerbottningarnas hjärtan. Här tar han emot priset som "Årets västerbottning" på Västerbottenskuriren.

Foto: Abebe Asres

Rösträknarna kunde meddela att de flesta av Yngves röster var skrivna på lappar med darrig hand – något han tolkar som att de äldre röstade på honom.

Konkurrensen var tuff, varför tror du att du vann?

– Det var nog mest för att jag har varit ute i media och protesterat mot nedskärningarna i landstinget och att jag i cirka 30 års tid varit engagerad i äldrevårdsdebatten.

Framgången ger Yngve extra bränsle att kämpa vidare för de äldre.

– Jag ser det som att det är folks sätt att protestera mot nedskärningarna inom vården och att jag är en symbol för dem. Många av dem som röstade har säkert varit ute och lyssnat på mina föreläsningar.

Yngve går ingen lätt match, han har flera gånger råkat i luven på landstingsdirektör Jonas Rastad. Därför gläder utmärkelsen och uppskattningen från västerbottningarna extra mycket.

– Det har retat landstingsledningen väldigt mycket att jag fått den här utmärkelsen. Landstingsdirektören var som ett åskmoln.

Yngve Gustafson är mycket besviken på hans agerande.

– Politikerna trodde att eftersom de hade fått tag i en landstingsdirektör som varit professor i kirurgi så skulle det skapa goda förutsättningar att få med läkarkåren – men jag måste säga att under alla de 25-30 år som jag varit fackligt involverad så har vi aldrig haft ett sämre samarbete med landstingsdirektören.

Ni verkar ha en del otalt, du och Rastad?

– Han har genomfört en hel rad mycket korkade beslut. Bland annat har han reducerat antalet vårdplatser inom medicin och stroke, men värst är att han drivit igenom massiva nedskärningar inom geriatriken som riskerar livet på de gamla.

– Jag förstår att man inte kan leva över sina tillgångar, men man ska inte skära på den mest kostnadseffektiva vården. Rehabiliteringen på geriatriken ger mindre kostnader för både landsting och kommun, säger Yngve.

– Rastad har också uttryckt det ungefär så här. "Man måste chansa lite och visar det sig att våra beslut är felaktiga så får vi ändra oss. Dör det en massa folk i onödan så kanske vi måste ompröva våra beslut". Hans agerande att inte först göra konsekvensanalyser är oförsvarbart ur etisk synvinkel.

"Katastrofal ledarstil"

Yngve Gustafson är mycket kritisk till Jonas Rastads ledarstil, som han menar är katastrofal. När folk säger emot honom levererar han svordom efter svordom. Han är inte mogen att ha ett så pass ansvarsfullt jobb eftersom han betar sig så illa gentemot sina viktigaste resurser, de anställda.

Yngve Gustafson är en person som under hela sitt liv drivits av ett rättspatos.

På studenttiden JO-anmälde han en professor vid Umeå universitet för att ha brutit mot offentlighetsprincipen och fick rätt.

– Justitieombudsmannens beslut ledde till att eleverna

fick ta del av sina tentor efter det att proven blivit rättade och kunde de se om de blivit rättade på ett korrekt sätt, säger Yngve Gustafson.

Jämställdhet en hjärtefråga

Jämställdhet mellan män och kvinnor är ett annat ämne som alltid legat honom varmt om hjärtat.

– Sedan jag blev chef 1991 för enheten för geriatrik har jag alltid krävt att mina doktorander ska inkludera en genusanalys. Man måste inse vad det sociala könet betyder för vilken vård, behandling och rehabilitering man får. I åtminstone 95 procent av all vår forskning så ser vi att kvinnor får sämre behandling. Jag tror inte jag kan nämna ett enda exempel på när kvinnor har fått bättre behandling än män. Det kan handla om allt från mindre till sämre insatser till billigare läkemedel.

Varför har det blivit så?

– För att förklara det krävs en historisk och politisk analys, men det är egentligen ganska självklart. Kvinnor har varit hemma och skött barn, samtidigt som manliga normer och regler har dominerat arbetslivet.

Yngve Gustafson säger att ojämlikheten mellan könen är en sak han skulle kunna prata länge om.

Du var bland de första som tog ut pappaledighet?

– Ja. Året var 1978 och jag var den första manliga läkaren att ta ut en längre tid pappaledigt, åtminstone på medicinkliniken. Den vikarierande klinikchefen vägrade mig pappaledighet, men kunde inte stoppa mig eftersom jag hade stöd av den nya lagstiftningen. Jag var hemma ett halvår med vart och ett av mina fyra barn – det var ovanligt då.

För Yngve Gustafson har familjen alltid gått före den egna karriären, så det var först när barnen blev lite äldre som

Så svarar Jonas Rastad på kritiken

Landstingsdirektören Jonas Rastad har fått ta del av den kritik Yngve Gustafson riktar mot honom i intervjun. Så här svarar han:

▼ – Många av påståendena är för mig ganska grundlösa och relativt ogenomtänkta. Därför så väljer jag i min reaktion att inte bli irriterad och inte gå i polemik.

Hade påståendena varit mer trovärdiga och balanserade hade vi haft en ganska animerad debatt. Man kan ju ha olika uppfattningar och om de gäller kärnuppdraget så kan diskussionen bli väldigt intensiv.

– Yngve Gustafson är en person som har gjort mycket gott och gör mycket gott. Han är en av de största företrädarna för geriatriken i landet, men min uppfattning är att geriatriken inte är en sluten vård på ett universitetssjukhus. Kunskapen måste ut till alla allmänläkare. Då kan den komma kunden till godo på bästa möjliga sätt. Vi är mitt inne i den förvandlingen. Vi minskar specialistvården och ökar primärvården – där har vi olika uppfattningar han och jag.

han började forska.

– Jag växte upp med två forskande föräldrar och såg hur uppslukade de blev av forskningen.

Forskar om äldres depressioner

Just nu forskar Yngve om äldres depressioner. Tillsammans med åtta medarbetare letar han efter orsaker – sedan ska det förebyggas och behandlas. Han beskriver forskningen som ”komplex”. Resultatet skall förutom i vetenskapliga tidskrifter publiceras i en artikelserie i Dagens Nyheter.

– Depressioner hos äldre kan egentligen inte betraktas som en traditionell diagnos, man ska nog mer se det som ett symptom där man måste utreda de bakomliggande orsakerna. Det är ofta en kombination av hjärnans åldrande och att de förlorar syn, hörsel och får minnesproblem. Livskriser kan ta väldigt olika form och kan vara jobbiga att bearbeta, hur hanterar man att närstående dör till exempel?

I forskningen arbetar Yngves grupp endast med personer som är äldre än 80 år, man har i dagsläget en databas på över 2 500 personer. Men det är inte kvantiteten som är det viktiga i Yngves ögon, det handlar om kvalitet och noggrannhet i varje enskilt fall.

– Jag brukar säga att det finns sex olika perspektiv som orsak till äldredepressioner. Signalsubstansbrist, åldrande, socialpsykologiska faktorer, kroppsliga organiska faktorer, näringsbrist och inte minst läkemedelsbiverkningar.

”Man måste se till hela människan för att förstå något”

Yngve Gustafson menar att det inte går att analysera äldres depressioner om man inte ser till hela människan. Det kan finnas alla möjliga bidragande orsaker. Det är ungefär där vi står nu, sedan ska vi försöka fördjupa vår kunskap utifrån det.

Yngve Gustafson har patienter som han sett under 30 års tid, antingen i deras hem eller på vårdhem.

– Att få prata med dem om vad som varit bra och vad som varit svårt i livet är bland de häftigaste mötena i mitt liv, säger Yngve Gustafson.

Sjukhusen inte redo för framtidens problem

Andelen demenssjuka patienter är beräknad att dubblas inom de närmsta 30 åren och Yngve är orolig för framtiden. Hans och flera andras forskning visar att behoven av äldre-vård i allmänhet och demenssjukvård i synnerhet kommer att kräva stora resurser i framtiden – något sjukhusen inte är redo för.

– Vi har en sjukvård, framför allt en akutsjukvård, som inte har några som helst förutsättningar för att ta emot demenssjuka. Vår forskning visar att om man tar hand om demenssjuka människor på ett bra sätt så kommer samtliga patientgrupper att få en bra vård. Med andra ord kan man säga att det bästa måttet på en god akutsjukvård är hur bra resultatet blir för människor med demenssjukdom.



Sjukhusläkaren har intervjuat Yngve Gustafson vid ett flertal tillfällen. 2008 slog han larm i Sjukhusläkaren om att äldre ofta får fel läkemedel och fel doser, vilket i vissa fall leder till katastrofala resultat.

Har tagit fram ett tiopunktsprogram

I hopp om förändring har Yngve och hans team tagit fram ett tiopunktsprogram, som i botten handlar om humana värderingar.

– De viktigaste är att de som arbetar inom sjukvården inser att de här äldsta och sköraste människorna är intressanta, men också att man måste ha geriatrisk kunskap för att kunna hjälpa dem. Har du inte kunskapen så riskerar du att du gör mer skada än nytta.

Menar du att attityden mot äldre generellt sett är dålig idag?

– Ja, man kallar dem ofta för ”svarte Petter”, för ingen vill ta hand om dem. Det finns tyvärr idag en total avsaknad av kunskap om det mänskliga åldrandet.

Vi vet att under de allra sista åren av våra liv konsumerar vi ungefär hälften av all vår sjukdomskonsumtion. Att vi då inte har en utbildning eller vård organiserad för att möta den grupp patienter som ökar allra mest, och har gjort så under de senaste 50 åren, tycker jag är konstigt. Vården skulle behöva anpassa sig efter patienterna och inte tvärt om.

Regeringen tillsatte, våren 2011, Eva Nilsson Bågenholm som ”nationell äldresamordnare”. Vissa tyckte att Yngve borde fått jobbet.

Han blir smickrad när han hör det, men säger att han själv aldrig tänkte i de banorna.

På frågan vad han tycker om utnämningen svarar han.

– Jag var lite förvånad när man tillsatte Eva Nilsson Bågenholm på den platsen eftersom hon inte har någon speciell kunskap om äldre, äldresjukvård och äldreomsorg. Jag hade uppskattat om man hade tillsatt någon med ett

Fortsättning nästa uppslag >>>

bredare perspektiv om äldresjukvård och äldrevård.

Stod öga mot öga med en björn

När Yngve Gustafson inte ägnar sig åt att förbättra tillvaron för de äldre i Västerbotten ger han sig ut i naturen, ett intresse han delvis ärvt från sin pappa som var ordförande i Sveriges ornitologiska förening.

– Att få komma ut och möta naturen är det bästa jag vet, säger Yngve, även om det inte alltid är så fridfullt som han skulle önska.

En gång tvingades han fly från en björn bara kilometern från huset.

– Jag metade forell i forsen och vinden kom från stranden. Det porlade rätt så ordentligt i forsen den dagen. Det gjorde att varken björnen eller jag upptäckte varandra förrän vi var alldeles för nära varandra. Då fick jag björnfrossa, jag skakade ordentligt.

Hur nära var ni varandra?

– 20-30 meter, vilket är alldeles för nära, men jag lyckades ta mig över forsen och i säkerhet.

Och Yngves naturstrapatser slutar inte där.

För ett par år sedan var han med familjen i norra Norge och fiskade. Yngve fick en fisk som var något utöver det vanliga. En stor hälleflundra på 100 kilo – till och med betydligt större än han själv.

– Vi kunde äta hälleflundra nästan varje helg i ett helt år.

En annan gång var han nära att bli knockad av en älgko.

– Hade det inte varit ganska gott om träd runtomkring

hade hon nog tagit mig i huvudhöjd den gången.

Men Yngve har varit med om fridfullare naturupplevelser också, som att mata en räv med handen eller dela uteddasset med en grävling.

Fast allra, allra bäst trivs geriatrikforskaren och naturälskaren Yngve Gustafson då familjen är med och de tillsammans kan njuta av att naturen bara har sin gång, då han kan glömma alla strider hans rättspatos tvingar honom att ta.

Martin Hardenberger

Fakta | Yngve Gustafson

▼ Yngve Gustafson har fått närmare 50 artiklar publicerade i olika tidskrifter. Den forskning han är stoltast över är den som kretsar kring förvirring, fallolyckor och depression.

Han har också anlitats som vetenskapligt råd av Socialstyrelsen för att utveckla nya kvalitetsindikatorer inom äldrevården.

Yngve har under fyra år varit verksam i Academic board of EUGMS (European Union Geriatric Medicine).

Han beskriver sig själv som en kliniker och enligt honom är nyckeln till framgångsrik forskning att forskningen bedrivs i närhet med patienten.

I cirka 25 års tid har han engagerat sig fackligt i Sjukhusläkarna, där han tidigare var ordförande i lokalföreningen.

Storfångsten som blev en nyhet i norsk media

Sommaren 2010 hamnade Yngve Gustafson i norsk media då han fångade en hälleflundra på inte mindre än 100 kilo!

Men det var nära att gå illa.

Yngve Gustafson berättar:

– Det blev ordentligt dramatiskt innan vi fick storfångsten i land. Det blåste upp till oväder med grov sjö och en sådan fisk får man ju inte upp i båten sådär jättelätt.

I cirka två timmar kämpade Yngve för att hala in den över två meter långa jättefisken till sin relativt lätta, drygt 5 meter långa aluminiumbåt.

– Fisken hade nog lika mycket mjölsyra på slutet som jag.

Yngve hade bara sin dotter och ett tolvårigt barnbarn med i båten, ingen av dem kunde starta motorn och de drev in mot klipporna.

– Jag var på väg att skära av linan mer än en gång.

Men Yngve gav sig inte och lyckades dra in hälleflundran till båten.

– Efter att två huggkrokar rätats ut lyckades jag föra förtöjningslinan från fören bakvägen in genom gälarna och ut genom munnen på fisken.

Därefter bogserade han fisken efter båten tills en av hans söner, som var ute i en annan båt, kom till undsättning och hoppade över i Yngves båt och hjälpte till att få upp den.

Yngves utrustning, som faktiskt var en 50-årspresent från hans

barn 10 år tidigare, bestod av ett Shimanospö och en Shimanorulle på 0,33 mm.

Hälleflundran fångades på Yngve Gustafsons favoritsemesterställe, utanför Svartisen, 10 mil nordväst om Mo i Rana. I år blir det 25:e året i rad som han åker dit för fiske och fågelskådning med hela familjen; hustru, fyra barn och deras respektive och barnbarn och goda vänner. En skara på 15-20 personer, plus labradoren Chinna förstås.

Men storfångster i all ära.

– Det häftigaste är nog att mata havsörnar som dyker ner bredvid båten om man slänger ut fisk, tycker Yngve.

Han har även tagit sin forskargrupp på 27 personer till favoritstället för "teambuilding", friskvård och verksamhetsplanering.

– Att trassla ut fiskelinor när man hamnat i ett makrillstim främjar samarbetsförmågan, garanterar han.

Fotnot: Hälleflundran (*Hippoglossus hippoglossus*), tidigare också kallad helgefundra, är den största av alla plattfiskar och kan uppnå en längd på 3,5 meter och väga uppemot 325 kilo.

Hälleflundran uppehåller sig gärna på djupet, ner till 1 800 meter, men går även upp på grundare vatten för att söka föda. De torkade fenorna anses i Norge som en läckerhet och kallas rav. Buken och de fetare styckena invid fenorna skärs i remsor och kallas räklung. Hälleflundran har fått sitt gamla namn helgefundra ("helig flundra") på grund av att den tidigare var en omtyckt maträtt under fastan, då kött var förbjudet.



Nu är det bara

2

februari
2012

Dagen då självbilden av Sverige som en världsledande forskarnation fick sig en knäck

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

AstraZenecas beslut att lägga ned all forskning i Södertälje och Lund, som offentliggjordes den 2 februari, har definitivt slagit håll på Sveriges självbild som en nation med en livskraftig, forskande läkemedelsindustri.

▼ Varningsropen från läkemedelsindustrin har varit många de senaste 10 åren. Krav på ökade anslag till medicinsk forskning och ökad samverkan mellan industri och vård har

“Men frågan är om politikerna förstår att de nu måste tänka innovativt” varvats med statistik som visar att Sverige har tappat mark inom forskning och företagande. Ändå verkar AstraZenecas beslut ha kommit som en chock för många politiker.

– Just nu är intresset stort kring forskningsfrågor. Det möte som hölls i

riksdagen i början av maj med socialutskottet och utbildningsutskottet var välbesökt och frågorna var många, men det återstår att se hur mycket konkret som kommer ut av det hela, säger Aina Törnblom, forskningsansvarig på LIF, branschorganisation för forskande läkemedelsföretag, verksamma i Sverige.

Nyligen presenterade organisationen sin årliga FOU-enkät som de gör bland medlemsföretagen. Den visar att den nedåtgående trenden för kliniska prövningar i Sverige fortsätter,

Fortsättning nästa uppslag >>>



rockarna kvar



Foto: Stefan Nilsson

Klinisk forskning borde redovisas i "Öppna jämförelser"



Aina Törnblom tror att deltidsforskartjänster skulle kunna vara en effektiv väg att få kliniskt verksamma läkare att även forska.

trots många uttalanden både från forskarvärlden och från politiska beslutsfattare om vikten av att vända utvecklingen.

– Det har närmast skett en halvering av de kliniska prövningarna i Sverige sedan 2004, det visar hur allvarlig situationen är, konstaterar Aina Törnblom.

Att tre olika departement och två huvudmän är inblandade i forskningsfrågorna i sjukvården gör inte saken lättare, menar Aina Törnblom. Det gör att det finns en uppenbar risk att många förslag till förbättringar hamnar mellan stolarna. Inget av de tre departementen har mandat att samordna idéer och resurser. Utbildningsdepartementet har ansvar för forskning, socialdepartementet för sjukvård och näringsdepartementet för näringslivsfrågor.

"Nationellt samarbete behövs"

– Lösningen ligger i ett nationellt samarbete där representanter ingår från berörda departement, från landsting, akademi och näringsliv. Det skulle underlätta och snabba

Fakta | Läkemedelsbranschen

▼ Största läkemedelskoncerner i Sverige 2010: Pfizer, MSD, Novartis, AstraZeneca samt GlaxoSmithKline.

▼ Mest sålda läkemedel 2010: Enbrel, Humira, Symbicort, Remicade, Atacand.

▼ Läkemedelsexport: 2010: 66,5 mdr.

upp besluten, anser Aina Törnblom.

Hon vill också strama upp och förtydliga sjukvårdens forskningsuppdrag. Trots att det står i Hälso- och sjukvårdslagen att klinisk forskning ingår som en del av vårdens uppdrag verkar inte sjukvårdens beställarnämnder uppfatta det så.

– Jag tror att landstingen måste vara väldigt tydliga när det gäller sjukvårdens forskningsuppdrag. Beställarnämnderna måste få konkreta uppdrag med tydliga mål och uppföljning, säger hon.

Aina Törnblom vill också att klinisk forskning redovisas i "Öppna jämförelser", från Socialstyrelsen och SKL, för att visa vilka landsting som deltar aktivt i klinisk forskning, både industrisponsrad och egen forskning.

Medlemsstatistik från LIF:s medlemsföretag visar att det finns regionala skillnader när det gäller startade läkemedelsprövningar. Inte oväntat visade sig Stockholm, följt av Skåne och Västra Götaland ha flest kliniska prövningar. Men när man fördelade antalet prövningar per 100 000 invånare låg Uppsala i topp följt av Stockholm, Skåne, Västerbotten och Östergötland.

Kräver forskningsmiljard

LIF vill också att regeringen inför en forskningsmiljard för att stimulera landstingens arbete när det gäller klinisk forskning på liknande sätt som kömiljarden infördes för att minska väntetider i vården. Som exempel nämns att en klinik som genomför en klinisk prövning som finansieras externt av näringslivet får motsvarande summa pengar av staten nästkommande år för att driva egna forskningsprojekt, tillsätta forskartjänster eller stärka infrastruktur för forskning.

Deltidsforskningsstjänster menar LIF kan skapa utrymmen för forskning i samband med klinisk tjänstgöring. Idag är fokus i sjukvården inriktat på att ta emot patienter. Om måttstocken enbart är antalet patienter så kan kliniska forskningsprojekt upplevas som betungande och svåra att hinna med.

– Att forska på halvtid kan ge akademisk stimulans samtidigt som forskaren är förankrad i den kliniska verkligheten, menar Aina Törnblom

Hon pekar även på vikten av att nya läkemedel som tagits fram i klinisk forskning också används i vården.

– Idag går bara sju procent av läkemedelsbudgeten till läkemedel som introducerats de senaste fem åren. Så talet om att sjukvårdens alla pengar går till nya dyra mediciner stämmer inte riktigt, säger hon.

Hon konstaterar att om det inte finns någon efterfrågan på nya mediciner så finns det ingen anledning till klinisk forskning och nya mediciner.

– Det måste finnas ett jämt flöde mellan klinisk forskning, introduktion i vården och användande av nya läkemedel, konstaterar Aina Törnblom.

Små okända bioteknikföretag dominerar listan över spännande forskningsprojekt

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Även om AstraZenecas beslut kom som ett dråpslag för Sverige pågår trots allt lovande forskning för att få fram nya läkemedel inom flera stora sjukdomsområden

I Sverige är läkemedelsföretagen främst inriktade på behandling av cancer. Globalt gäller förutom cancer bland annat typ 2-diabetes, demens, astma och KOL.

▼ I Sverige är läkemedelsföretagens kliniska prövningar framförallt inriktade på nya behandlingar för cancer och sjukdomar i immunsystem och nervsystem. Det visar statistik från LIF, branschorganisation för de forskande läkemedelsbolagen i Sverige.

Kliniska prövningar av cancerläkemedel och läkemedel mot rubbningar i immunsystemet dominerar, men antalet prövningar av läkemedel mot sjukdomar i nervsystemet har haft en stadig uppåtgående trend. Tillsammans utgjorde dessa områden nästan hälften av alla startade och pågående kliniska prövningar under 2011.

För att snabbt få fram dokumentation lägger läkemedelsföretagen i dag sina stora läkemedelsprövningar i tillväxtmarknader som Kina, Indien, Ryssland, Baltikum och Polen, där det snabbt går att få tillgång till ett stort antal patienter och där det finns en växande marknad som gör att bolagen kan få avsättning för sina läkemedel.

100-listan över de mest spännande läkemedelsprojekten som branschtidningen R & D Directions gör varje år, visade att hela 45 av de 70 företagen bakom de listade projekten var små, okända bioteknikföretag.

De stora läkemedelsbolagen fanns bara med i en tredjedel av projekten och då ofta i samarbete med ett mindre bioteknikbolag. Det sjukdomsområde som har flest nya behandlingar på listan är hepatit C, med sex projekt, diabetes och hiv/aids med fyra projekt vardera, medan ledgångsreumatism, Parkinsons sjukdom och schizofreni har tre pågående projekt.

På 100-listan finns förutom flera nya läkemedel riktade mot olika sorters cancer också läkemedel mot sällsynta sjukdomar. Det gäller bland annat njursjukdomen Bergers sjukdom, Duchennes muskeldystrofi, DND och benmärgs-sjukdomen myelofibros.

Förbättrad diagnostik och genteknik har bidragit till att vi får fler säriläkemedel. Idag finns cirka 7 000 sällsynta sjuk-



Mindre bioteknikföretag har tagit över den intressanta läkemedelsforskningen enligt branschtidningen R & D Directions, som varje år gör en top-100-lista.

domar men bara behandling för en liten del av dem.

Den europeiska registreringsmyndigheten, EMA har infört särskilda bestämmelser för säriläkemedel där kraven på klinisk dokumentation har sänkts och registreringen förenklats.

För att få status som säriläkemedel ska läkemedlet behandla en sjukdom som är livshotande eller kronisk funktionsnedsättande och drabbar färre än fem per tiotusen individer. EMA och deras vetenskapliga kommitté har godkänt 45 nya säriläkemedel sedan år 2000.


Bland de stora företagen som satsar på säriläkemedel finns bland andra Pfizer, Glaxo Smith Kline och Novartis. Också amerikanska myndigheter försöker öka intresset kring säriläkemedel. The National Institutet of Health startar ett internationellt forskningskonsortium för sällsynta sjukdomar med målet att minst 200 nya behandlingar ska tas fram före år 2020.

I slutet av förra året rapporterade den amerikanska branschorganisationen för forskande läkemedelsföretag, PhRMA, att hela 851 olika läkemedel och vacciner befinner sig i klinisk utvecklingsfas eller i väntan på marknadsgodkännande.

En majoritet av dessa läkemedel riktar sig mot Lung- och andningsvägar, därefter kommer i fallande ordning Cancer-sjukdomar, Artrit och muskuloskeletala sjukdomar, Autoimmuna sjukdomar som RA, MS, neurologiska sjukdomar, psykiatriska sjukdomar, ögonsjukdomar, obstetriska/gynekologiska sjukdomar, njurar/urologiska sjukdomar och mage/tarm.

När det gäller läkemedelsprojekt riktade mot folksjukdomar var fyra av projekten inom diabetesområdet, två mot KOL, ett mot fetma, ett mot astma och ett mot åderförkalkning.

Här är läkemedlen som bolagen har på gång

 Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Inom diabetesområdet pågår ett intensivt utvecklingsarbete. Ett resultat är så kallade inkreatiner, ett tarmhormon som frisätts när vi äter och gör att levern minskar frisättningen av glukos och ökar frisättningen av insulin. Till dessa läkemedel räknas DPP-4-hämmarna och GLP-1-antagonisterna.

▼ Kombiglyza XR från BMS/Astra/Zenecca är en kombinationstablett som består av den nya DPP-4-hämmaren Onglyza och metformin.

Novo Nordisk har ett långtidsverkande GLP-1-antagonist, semaglutide som genomgått FAS II-programmet med goda resultat.

Företaget har också NN9924 som är en långtidsverkande oral GLP-1 antagonist som står inför FAS II. Dapagliflozin från BMS/AstraZeneca är en SGLT-2-hämmare som förutses kunna innebära ett paradigmskifte inom diabetesbehandling.

Registreringsansökan lämnades in 2010 både till FDA och EMA.

GSK har ett samarbete med Human Genome Science kring darapladib som har en ny antiinflammatorisk verkningsmekanism mot förhöjda blodfetter. Det pågår två stora studier som förväntas avslutas i april 2014.

Anacetrapib är en ny substans mot åderförkalkning från Merck Sharpe & Dohme. Förutspås bli en kommande storsäljare om den klarar sig hela vägen till marknadsgodkännande.

Anacetrapib är en så kallad CETP-hämmare och ska ges i tillägg till statinbehandling.

Nya och bättre kombinationstabletter och nya verkningsmekanismer är på gång inom HIV/AIDS. En intergrashämmare från Gilead, elvitegravir kan komma att utmana MSD:s intergrashämmare Isentress under 2013.

Novo Nordisk har i sina studier med sitt diabetesläkemedel Victoza observerat så pass stor vikt-nedgång att man beslutat inleda FAS III-program i sommar med liraglutide för patienter med övervikt som riskerar att utveckla typ II-diabetes.

Inom Alzheimers sjukdom tävlar företagen om nästa storsäljare. Pfizer/J & J ligger bakom den monoklona antikroppen bapineuzumab som testat i fjorton FAS III-studier med sammanlagt 10 000 patienter.

Eli Lilly har också en monoklonal antikropp, solanezumab, som testas i FAS III.

Baxters intravenösa immunoglobulin gammagard innehåller antikroppar mot amyloid beta och har visat mycket lovande resultat i en FAS II-studie.

Patienter med hepatit C som har kronisk infektion och sviktande lever väntas få tillgång till det nya proteashämmarna telaprevir och roceprevir från Vertex respektive MSD.

Dessa har visat sig effektiva hos 75 procent av patienterna tillsammans med dagens basbehandling som ensam bara är effektiv hos hälften.

Boehringer-Ingelheim, Bristol Myer-Squibb, Gilead och Roche har också läkemedel mot hepatit C i sina forskningsportföljer.

Målet är att ta fram en oral eller inhalerad behandling eftersom de nya proteashämmarna ges som injektion tre gånger om dagen.

Anna-Lena Bengtsson

” VI MÅSTE BLI BÄTTRE PÅ ATT REKRYTERA FORSKNINGSPATIENTER. OCH ATT GÖRA DET SNABBT.

LOTTA LIND ÅSTRAND FORSKNINGSSJUKSKÖTERSKA MED ANSVAR FÖR KONTAKT MED FORSKNINGSPATIENTER



Som forskningssjuksköterska har jag en central roll i utvecklingen av ett läkemedel.

Jag är spindeln i nätet i den kliniska prövningen där nya läkemedel provas ut. Jag är kontaktpunkten mellan patienten, läkarna som de ska träffa, läkemedelsföretaget man samarbetar med och forskargruppen i övrigt.

I min roll är kontakten med forskningspatienten central. Patienten måste kunna ringa mig så fort de har några frågor som rör studien. Om de känner sig oroliga? Min personliga erfarenhet är att de känner sig trygga för de vet att vi alltid finns tillgängliga. De kan nå oss direkt på telefon, de behöver inte vända sig till något kösystem, växel eller ringa upprepade gånger.

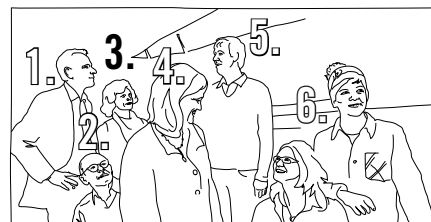
Det är viktigt att vi förmedlar den här tryggheten. Vi ger dem tid att ställa frågor, att diskutera med mig eller läkaren.

I stort tycker jag det känns som att vi i Sverige är positiva till att medverka i forskningsstudier. Men de sista två-tre åren har jag upplevt att det har blivit lite svårare att rekrytera forskningspatienter, och vi har funderat på vad det beror på.

När det gäller framtiden tror jag att vi i Sverige måste bli bättre på att rekrytera patienter – och att göra det snabbt. För vi konkurrerar med länder där man kan få fram många patienter på väldigt kort tid.

Vi borde hitta ett bättre rekryteringssystem och utveckla samarbetet mellan kliniker för att snabbare hitta forskningspatienter. Tempo är viktigt, eftersom det alltid är tid man jagar för att forskningsprocessen inte ska bli för dyr. Så det är en viktig utmaning.

”



3. **LOTTA** 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



– de forskande läkemedelsföretagen



■ Hur ska den svenska sjukvården finansieras i framtiden, heloffentligt, delvis privat eller med en offentligt bekostad basjukvård och privata sjukvårdsförsäkringar som täcker resten.

■ Försäljningen av privata vårdförsäkringar fortsätter att öka i Sverige. Varje år betalar cirka 400 000 svenskar eller deras arbetsgivare 1,5 miljarder kronor ur "egen kassa".

■ Bra eller dåligt? Sjukhusläkaren har talat med Roger Mörtvik, samhällspolitisk chef på TCO och Jens Magnusson, välfärdsekonom på SEB.

■ Mest ökar de privata sjukvårdsförsäkringarna inom kommuner och fackliga organisationer där de används som lockvara för att rekrytera nyckelpersoner och medlemmar.

– Regeringen kan tvingas reglera försäkringsmarknaden

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

– Om andelen privata sjukvårdsförsäkringar växer kraftigt tror jag att vi hamnar i ett läge där politikerna tvingas gå in och reglera branschen för att det inte ska bli en förmån som belastar och underminerar den offentliga sjukvården. Det säger Roger Mörtvik, samhällspolitisk chef på TCO.

▼ Han tror att det i så fall kan bli aktuellt både med en rejäl förmånsbeskattning eller att göra sjukvårdsförsäkringen

obligatorisk.

Roger Mörtvik har följt utvecklingen av privata sjukvårdsförsäkringar och granskat flera studier inom området. Hans slutsats är att de som behöver sådana försäkringar i Sverige egentligen är ganska få.

– Det handlar om småföretagare och nyckelpersoner där en lång frånvaro kan få katastrofala följder för företaget, säger han.

”Vanliga medborgare har inget behov av en försäkring”

Men för vanliga medborgare menar han att det överhuvudtaget inte finns något behov av en sjukvårdsförsäkring.

– När man erbjuder privata sjukvårdsförsäkringar och folk ska betala själva är intresset ganska måttligt. Det de flesta sjukvårdsförsäkringar erbjuder, finns i dag redan i pri-



Privata sjukvårdsförsäkringar kan vara ett känsligt ämne. Lärarförbundet har lagt ut en lång analyserande förklaring på nätet varför man anser att förbundet satsning inte är en gräddfil för välbeställda. Förklaringen kan läsas på <http://www.lararforsakringarbloggen.se/?tag=sjukvardsforsakring>

"En utbyggd och bra företagshälsovård skulle göra större nytta än privata försäkringar"

märvården, säger han.

Att ökningen av privata sjukvårdsförsäkringar skulle bero på brister i den offentliga vården tror han inte på. Istället menar han att det snarare handlar om förändrade förväntningar på sjukvården. I själva verket har den offentliga sjukvården aldrig servat fler patienter än i dag, ändå klagar vi.

– Den största risken är att arbetsgivarna börjar tycka att det är billigare att erbjuda personalen en försäkring och lite friskvård än en utbyggd företagshälsovård, med budskapet håll dig frisk. Då stoppas det förebyggande arbetet upp på arbetsplatserna, varnar han.

Roger Mörtvik tycker att ett bra alternativ till sjukvårdsförsäkringar vore att staten satsar resurser på att bygga upp företagshälsovården och ställer krav på företagen att ansluta sig till en kvalificerad företagshälsovård mot att de får skattelättnader.

– Det allra bästa vore en företagshälsovård som både jobbar förebyggande och har primärvårdsuppgifter från landstingen. Det skulle det bli ett attraktivt alternativ för företagen och skulle minska intresset för privata vårdförsäkringar. Det skulle jag satsa på som politiker, säger Roger Mörtvik

Han pekar på att både utbud och efterfrågan drivit på efterfrågan. Försäkringsbranschen har skapat den här typen av försäkringar för att det finns pengar att tjäna på det.

Men han ser också att ökningen beror på en viss grad av efterfrågan som handlar om att folk vill ha snabbare vård än vad de upplever att de kan få.

Konkurrensmedel för att locka medlemmar

Det är främst företag som försäkrar sig om vård för nyckelpersoner och småföretagare som inte kan vara borta från arbetet utan att det påverkar företaget negativt. En annan drivkraft, menar han är, att det blivit en statusmarkör i vissa grupper att kunna få vård lite snabbare än andra. En tredje är gruppen fackliga organisationer som använder



Roger Mörtvik tror inte att privata sjukvårdsförsäkringar avlastar sjukvården. "Det blir bara ökad konsumtion av vård", menar han.

privata sjukvårdsförsäkringar som ett konkurrensmedel för att locka nya medlemmar.

Det här, menar han, får till följd att också andra fackliga organisationer tvingas ha det som medlemsförmån.

Roger Mörtvik tror inte på att sjukvårdsförsäkringar är lösningen på sjukvårdens kostnadsökningar.

Han pekar på att flera studier tvärtom visar att privata sjukvårdsförsäkringar inte avlastar den offentliga vården. Snarare verkar de leda till ökad konsumtionen av vård.

I länder där man har satsat på privata sjukvårdsförsäkringar, som Holland och Schweiz har man tvingats reglera och strama åt marknaden för att det inte ska leda till kostnadsökningar. Man har också tvingats gå in och styra så att försäkringsbranschen inte bara kan välja ut de lönsamma patienterna som i USA och lämnar de olönsamma till det offentliga vilket kan ske vid en helt fri marknad, konstaterar han.

– Dilemmat blir då att man tvingas välja mellan att göra försäkringen obligatorisk eller så måste man reglera mycket strikt vilken typ av vård försäkringen ska omfatta och då försvinner valfriheten, konstaterar Roger Mörtvik.

Han ser också en fara i att om man inte reglerar på rätt sätt kan det sluta med att privata sjukvårdsförsäkringar tar hand om de enkla lättbehandlade och nöjda patienterna medan det offentliga får ta hand om den tunga vården.

Anna-Lena Bengtsson

Privata sjukvårdsförsäkringar

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

För Uddevalla kommun har privata sjukvårdsförsäkringar blivit en del i rekryteringsprocessen för att locka arbetskraft till kommunen. Kommunstyrelsens ordförande, Henrik Sundström (M), menar att försäkringen gynnar både de anställda och kommunen.

▼ Han konstaterar att i kampen för att få tag på attraktiv arbetskraft måste landsortskommunerna hitta nya sätt att tänka. Idag betalar kommunen en privat sjukvårdsförsäkring för de tio förvaltningscheferna, medan anställda erbjuds att göra ett bruttolöneavdrag för att få en försäkring. Avdraget är på 217 kronor i månaden och innebär att de anställda betalar 1 500 kronor per år för en försäkring som är värd 4 000 - 5 000 kronor.

– Att bara höja lönen innebär enbart att vi får ett

”lönerace”. Det förlorar vi bara på och det blir dyrare för oss. Privata sjukvårdsförsäkringar är bra både för den anställde och för kommunen och gör att personalen är snabbt tillbaka på jobbet om något skulle hända eller om de blir sjuka, säger Henrik Sundström.

Han kan tänka sig att utöka förmånen till också andra personalgrupper som va-ingenjörer och specialistsjuksköterskor som är svårrekryterade.

– Vi skulle kunna skapa ett helt paket med förmåner, där en privat sjukvårdsförsäkring är en del av flera

andra, för att bli attraktiva för de yrkesgrupper som det är hård konkurrens om, säger Henrik Sundström.

Sunne kommun betalade tidigare privat sjukvårdsförsäkring för alla anställda. Men när premierna blev högre och den kommunala ekonomin sämre slutade kommunen att stå för kostnaden och erbjöd istället ett bruttolöneavdrag på samma sätt som Uddevalla kommun. Det tackade cirka 200 av kommunens anställda ja till av de totalt cirka 1 200.

”Försäkringen en rättvisefråga”

Läraryrket är en av de fackliga organisationer som

erbjuder medlemmarna möjlighet att teckna en privat sjukvårdsförsäkring. Enligt kanslichef Sören Holm kom det till efter en viss efterfrågan från medlemmarna. I dagsläget har cirka 1 500 - 2 000 av Läraryrketets 230 000 medlemmar tecknat försäkring. Sören Holm ser försäkringen som en rättvisefråga.

– Tidigare var den här typen av försäkring förbehållen en mindre grupp anställda. Nu kan vi via kollektivets styrka erbjuda en produkt som många har råd med, säger han.



Sören Holm från Läraryrketet är stolt över att förbundet, tack vare kollektivets styrka, kan erbjuda en produkt som många har råd med.

Unionen erbjuder privat försäkring för egenföretagare

Också Unionen erbjuder privat sjukvårdsförsäkring, något de fått mycket kritik för. Men enligt Mikael Dubois, utredare på Unionen, så riktar sig Unionens sjukvårdsförsäkring enbart till de medlemmar som är egenföretagare.

I ett inlägg på Unionens hemsida betonar han att försäkringen riktar sig till en begränsad grupp som är speciellt utsatt när det gäller sjukdom. Där en längre tids sjukfrånvaro för de flesta egenföretagare leder till att de tappar kunder, också på lång sikt.

Han pekar också på att egenföretagare i många fall har sämre försäkringsskydd än vanliga anställda eftersom de inte täcks av kollektivavtal. Försäkringen erbjuder försäkringstagarna att snabbt komma i vård med fem dagars garanti för specialist och femton dagars garanti för behandling samt medicinsk rådgivning per telefon alla dagar i veckan. I detta ingår undersökning och behandling på privat sjukhus eller annat sjukhus som är lämpligare ur behandlingssynpunkt.

Men Mikael Dubois medger samtidigt att den ökade efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar reser många frågor kring grunderna för att få tillgång till sjukvård och den offentliga sjukvårdens legitimitet. Han betonar att Unionens åsikt är att sjukvård ska ges efter medicinska behov och inte efter betalningsförmåga.



Mikael Dubois, utredare på Unionen, betonar att Unionens åsikt är att sjukvård ska ges efter medicinska behov, men att egenföretagare har sämre skydd än anställda och därför behöver en försäkring.

Foto: Carola Andréasson

ngar har blivit ett lockbete



Illustration: Myran

”Partnerskap mellan privat och offentlig vård kan lösa framtidens finansiering”

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Ett partnerskap mellan offentligt finansierad vård och privata lösningar via sjukvårdsförsäkringar är en viktig del av framtidens lösning. Det menar Jens Magnusson, välfärdsekonom på SEB, och pekar på de utmaningar som väntar med en allt äldre befolkning och ett ökat tryck mot sjukvården.

▼ – Att vi skulle få två separata system, ett helt privat och ett helt offentligt, tror jag är mindre lyckat och inte i linje med den svenska modellen. Lösningen på många av de här framtida välfärdspåståenden är i stället att tänka lite mindre offentligt eller privat och lite mer offentligt tillsammans med privat. Det är inte antingen eller utan både och, säger han.

Men han ser inte att någon översyn av finansieringen av sjukvården kommer att ske de närmaste åren.

– Vi har val i Sverige om två år. Det här är en känslig fråga som egentligen kräver överenskommelser över parti-gränserna.

”Viktigt med tydliga riktlinjer”

Han pekar på att det är viktigt att politikerna definierar vad det offentliga åtagandet egentligen innebär. Vad är rimlig väntetid för att träffa en läkare och inom vilken tid kan man förvänta sig att få vård? Om det offentliga åtagandet blir tydligare blir det lättare för individer och arbetsgivare att avgöra om de vill komplettera den offentliga vården med t.ex. sjukvårdsförsäkring eller företagshälsovård.

– Även om vi på papperet har en vårdgaranti så väntar många betydligt längre. Det beror delvis på att landstingen i många fall är dåliga på att tala om att man kan söka sig någon annanstans. Men det beror också på att människor

tycker att det är besvärligt att söka sig till ett annat landskap och till andra länder.

Sjukvårdsförsäkringarna i Sverige ger kvalitetsmässigt inget utöver den offentliga vården, konstaterar Jens Magnusson. I första hand handlar det om att få tillgänglighet för sin behandling för att snabbt komma tillbaka till arbetsplatsen.

En annan viktig del är den guidning försäkringsbolagen hjälper till med i sjukvårdssystemet.

– Den delen verkar vara nästan lika viktig och uppskattad av dem som har en sjukvårdsförsäkring. Det är ofta svårt att veta var man ska vända sig i sjukvården för att hamna rätt. Med en sjukvårdsförsäkring har jag en guide som fixar allt och bokar in mig på rätt ställe utan att jag behöver lägga en massa tid på det, eller känna att jag sökt mig till fel ställe.

Just den här guidedelen tror han skulle underlätta för många fler att få vård snabbare på ett enkelt sätt.

”Kollektiva sjukvårdsförsäkringar borde vara avdragsgilla”

Jens Magnusson ser också gärna ett aktivt stöd från politikerna till de arbetsgivare som köper kollektiva sjukvårdsförsäkringar till sina anställda. Det är generellt positivt att arbetsgivare tar ansvar för de anställdas välfärd. En skattemässig likabehandling mellan t.ex. den avdragsgilla företagshälsovården och den icke avdragsgilla sjukvårdsförsäkringen, skulle vara ett bra sätt att ytterligare uppmuntra ett sådan ansvarstagande, anser han.

Slapp vänta tack vare egen sjukvårdsförsäkring

Han berättar att han själv skadade sitt knä förra våren och hamnade på akuten på ett av Stockholms sjukhus.

– Jag fick snabb och bra sjukvårdsbehandling och det visade sig att jag behövde operation. Problemet var att ingen kunde säga när den kunde göras. När jag ringde sjukhuset efter en månad fick jag till svar att det dröjer minst ytterligare 10 veckor. Jag fanns inte med i den närmaste tidens operationsplanering och det gick inte att få något besked när operationen kunde ske.

I den situationen valde Jens att använda sig av den vård-



Jens Magnusson tror att en utveckling mot två separata system, ett offentligt och ett privat, vore olycklig.

försäkring han har genom sin arbetsgivare SEB och redan veckan efter kunde han få sitt knä opererat.

– Min knäoperation var kanske inte det mest angelägna ur samhällets synvinkel. Men för mig var det viktigt med tanke på jag annars hade missat tid tillsammans med min ettåriga son som var mycket rörlig, konstaterar han.

Jens Magnusson pekar också på att ju fler som behandlas via försäkringar och ju mer pengar som tillförs den vägen till den samlade sjukvården, desto mindre blir trycket i de kvarvarande sjukvårdsköerna och landstingens budgetar.

– I framtiden kommer trycket på hälso- och sjukvården att öka och skattepengarna kommer att behöva läggas på dem som behöver vården mest.

”Vården underfinansierad och orättvis”

Redan idag är delar av sjukvården underfinansierad vilket gör att hårda prioriteringar görs hela tiden i verksamheten. Men prioriteringarna görs lokalt och utan tydliga politiska

riktlinjer vilket ofta gör vården ojämlig och svår att förutse för den enskilde.

Geografi, val av sjukhus, personlig bakgrund, utbildningsnivå och andra saker har stor betydelse för vilken vård vi får. Det finns därmed många skäl till varför en ökad tydlighet vore önskvärd, konstaterar han.

Jens Magnusson är dock i grunden optimistisk och menar att politiker ändå i slutändan är pragmatiker och kommer att lösa problemet. Det vore dock önskvärt om förändringarna kom igång redan nu, menar han.

– Det kan bli svårt att höja skatterna till de nivåer som skulle behövas med nuvarande finansieringsmodell, en ökning med cirka 40 procent, enligt Sveriges Kommuner och Landsting. Det ökade trycket mot sjukvårdssystemet sker gradvis under lång tid. Men det blir alltid dyrare att vänta med förändringar till sista minuten, konstaterar han.

Anna-Lena Bengtsson

"Bakjournskolans krav sätt beslut att bedriva bakjou

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

En särskild utbildning med kompetensbevis för att jobba bakjour kan komma att få stor betydelse inte bara för Sveriges kirurger utan för hela världen. Vi har satt fokus på att det krävs kompetens för att driva viss vård, säger Agneta Montgomery, ordförande i Svensk Kirurgisk Förening

▼ I april presenterade Svensk Kirurgisk Förening bakjournskolan för landets verksamhetschefer och professorer inom kirurgi och fick deras ja till att genomföra den så snabbt som möjligt, berättar Agneta Montgomery.

– Det innebär att chefen inte kan kräva att en läkare utan bakjournkompetens plötsligt ska gå bakjour bara för att det är sommar, säger hon. Det innebär också att det inte går att ta politiska beslut att driva verksamhet utan att det finns tillräcklig kompetens, konstaterar hon.

Agneta Montgomery menar att bakjournskolan är en strategiskt mycket viktig fråga som sätter fokus på att det krävs kompetens för att driva viss typ av verksamhet.

Bakjournutbildningen är upplagd på samma sätt som en ST-utbildning. Den innehåller ett program med mål-

beskrivning, ett antal kurser och krav på vissa praktiska erfarenheter som bedömts av lokal handledare.

För att i rimlig tid få den erfarenhet som bedöms som nödvändig för att vara bakjournkompetent kan det bli nödvändigt att jobba en tid på en annan klinik eller ett annat sjukhus.

För att få ett kompetensbevis krävs en ansökan hos föreningens studiekommitté, som granskar och bedömer om kursplanen är uppfylld innan den utfärdar kompetensbevis.

Agneta Montgomery hoppas att kirurgernas bakjournskola ska bli förebild för andra specialiteter och betonar att kompetenskravet är viktigt för att läkaren ska känna sig trygg i sin roll och att patienter ska känna att de blir omhändertagna på samma kvalificerade sätt i hela landet.

– Som specialitetsförening kan vi inte påverka politiska beslut och hur strukturen ser ut vid varje enskilt sjukhus, men vi kan vara med och utforma utbildning, ställa kompetenskrav och synliggöra konsekvenserna av politiska beslut, säger Agneta Montgomery.

Förslaget om ändrad specialitetsindelning, som är ute på remiss, är en annan viktig fråga för landets kirurger.

Kirurgordföranden välkomnar att akutkirurgi, urologi och kärllkirurgi blir egna specialiteter och att barnkirurgi slås sammans med barnmedicin.

– Vi har drivit frågan att akutkirurgi ska bli en egen basspecialitet. Kärllkirurgerna har länge varit på väg från allmänkirurgin så det känns bara naturligt. Att

I KORTHET

Plåster mot sammanväxningar vid öppen kirurgi

▼ Ett plåster som kan hejda sammanväxningar i buken efter operation har tagits fram av kirurgen Bobby Tingstedt tillsammans med kemister.

Nio av tio som har opererats med öppen kirurgi drabbas av sammanväxningar och fem procent får bestående besvär med tarmvred.

Bobby Tingstedt biologiska plåster fäster på skadade ytor i bukhinnan. Plåstret kan komma att användas vid de 80-100 000 operationer som görs årligen i Sverige

och bespara patienter onödigt lidande i form av smärta och att tvingas till omoperationer.

Tidigt kirurgiskt ingrepp av epilepsi bättre än läkemedel

▼ Kirurgisk behandling av epilepsi kan för vissa patienter vara den bästa åtgärden för att minska antalet anfall. Men i bland annat Sverige får ofta patienter vänta i årtal på operation.

Tidig kirurgi kan dock vara av stor nytta för patienterna, enligt en ny randomiserad undersökning. Amerikanska forskare studerade patienter med tinninglobsepilepsi som trots behandling med två olika läkemedel hade haft stora problem med epileptiska anfall under

ter stopp för politiska r utan kompetens"

urologerna har tvingats gå en omväg, via utbildningen till kirurg, för att bli specialistkompetenta har varken varit kostnadseffektivt eller vettigt. Det har bara gjort utbildningen onödigt lång.

En ST-utbildning är färskvara, betonar Agneta Montgomery. Har man varit bort från sin specialitet några år så har man inte längre tillräcklig kompetens. Det gör att det känns helt onödigt med dubbla specialiteter för urologer.

Uppdraget var omöjligt

Agneta Montgomery berättar att utbildningsansvaret som svensk kirurgi fick vid den förra förändringen av specialistutbildningen nästan har varit övermäktig. Trängseln vid operationsborden har varit stor. Att en specialist som inte ska stanna inom specialiteten tagit operationsutrymme har försenat utbildningen för dem som inriktat sig på att jobba som kirurger.

– Som förening vill vi fokusera på att få till stånd en bra utbildning, så att vi så snabbt som möjligt får fram operatörer med hög kompetens.

Anna-Lena Bengtsson

Agneta Montgomery, ordförande i Svensk Kirurgisk Förening menar att bakjournskolan ökar patientsäkerheten och skyddar läkare från att tvingas ställa upp på saker de inte har kompetens för.



maximalt två år efter insjuknandet.

Deltagarna lottades till antingen kirurgi, där en del av tinningloben skars bort, eller fortsatt läkemedelsbehandling.

Slutsatsen är att 11 av 15 patienter som fick kirurgi var anfallsfria efter två år. Motsvarande siffror i kontrollgruppen var 0 av 22.

Studien som publiceras i tidskriften Jama har finansierats av den amerikanska myndigheten National Institutes of Health.

Fettmakirurgi effektivaste behandlingen av typ 2-diabetes

▼ Tidigare observationsstudier har visat att fetma-

kirurgi kan vara den mest effektiva metoden mot typ 2-diabetes.

Nu kommer två randomiserade studier som stöder detta. I den ena studien ingick 60 patienter. Alla hade ett kroppsmasseindex, BMI, på minst 35 och hade haft diabetes i minst fem år.

Två år efter operation var 75 procent av de patienter som genomgått fettmakirurgi fria från sin diabetesjukdom. Bland dem som enbart fick medicinsk standardbehandling var det ingen som var "botad".

Forskarna bakom studien var knutna till Catholic University of Rome.

Den andra studien kommer från Cleveland Clinic i Ohio, USA. Där randomiserades 150 diabetiker med BMI mellan 27 och 43 till fettmakirurgi.

Robotsimulering ger skickligare kirurger och färre vårdskador

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Allt mer komplicerad teknik används i dagens operationsalar vanligtvis utan krav på certifiering. Sedan början av 2012 finns Europas första robotsimulator av typen Ross på KTC, kliniskt träningscentrum vid Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Det har ökat intresset för kursverksamheten inom robotkirurgi betydligt.

▼ – Vi jobbar för att införa kirurgisk teknik på ett organiserat sätt med kurser för olika specialitetsområden. Robotsimulatorens är ett viktigt verktyg i den grundläggande färdighetsträningen inom robotassisterad kirurgi och riktar sig både till läkare på ST- och specialistnivå, säger Magnus Kjellman, ansvarig för kirurgisk simulering på KTC, Kliniskt träningscentrum vid KS i Solna och ordförande för SIKT, Svensk Förening för Innovativ Kirurgisk Teknologi.

Robotassisterad kirurgi har ökat drastiskt i Sverige de senaste tio åren. Hundratals operationer genomförs enbart på Karolinska Universitetssjukhuset varje år. De urologiska-, gynekologiska- och endokrinkirurgiska

Fakta | 30.000 tränas varje år

KTC på Karolinska tar årligen emot cirka 30 000 besökande för olika färdighetsträningsövningar, varav hälften är personal och hälften studenter.

▼ Ross virtuella simulator är utvecklad av det amerikanska bolaget Simulated Surgical Systems och levereras för närvarande med övningar för grundläggande färdighetsträning och procedurträning för urologi och gynekologi. Robotsimulatorens kostar cirka 1 miljon kronor.

Da Vinci-systemet, det vill säga den riktiga roboten som används på patienter, är utvecklad av Intuitive Surgical och är ännu så länge det enda bolag som finns på marknaden. Roboten kostar mellan 10-20 miljoner kronor beroende på typ.

Läs mer på:

<http://www.karolinska.se/Forskning/Utbildning/Utbildningscentra/KTC---Kliniskt-traningscentrum>



Robotkirurgi kommer inte att ta över kirurgin. Det är bara ytterligare ett kirurgiskt verktyg, säger Magnus Kjellman, ansvarig för kirurgisk simulering på KTC, Kliniskt träningscentrum vid KS i Solna.

klinikerna är de som för närvarande använder metoden. Nyligen genomfördes för första gången i Sverige robotassisterad kirurgi på patient med så kallad neuroendokrin tumör i bukspottkörteln genom ett samarbete mellan kirurger inom endokrinkirurgi och övre gastroenterologisk kirurgi.

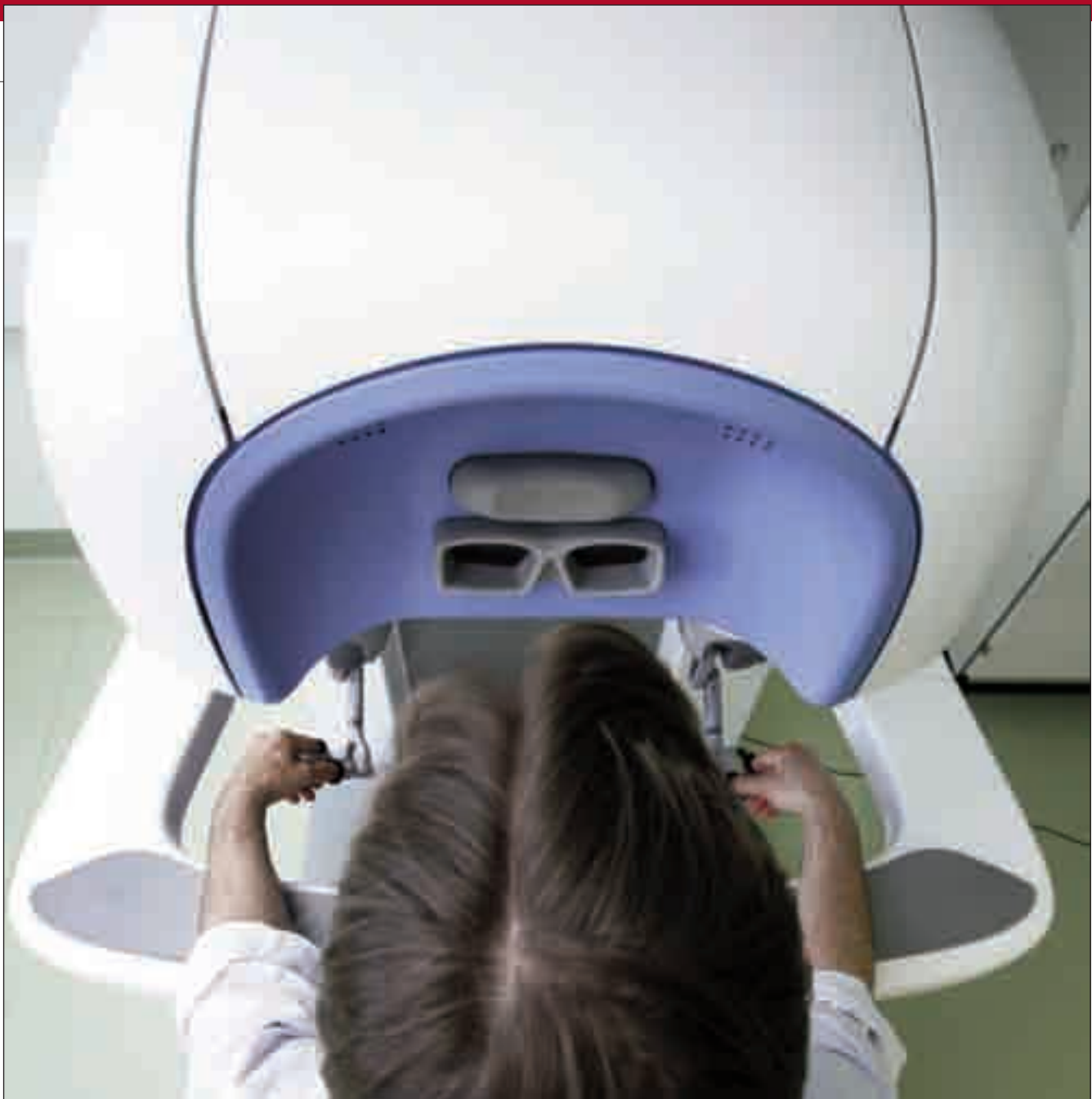
– Ny avancerad teknik är oftast inte farlig när den introduceras av den skicklige och engagerade kirurgen. Det är när alla vi övriga, som sett hur enkelt det ser ut, ska göra likadant som riskerna uppstår. Vår uppgift på KTC är att träna bort den farliga första träningsfasen hos den stora massan av kirurger och implementera kirurgisk teknik på ett säkert sätt, förklarar Magnus Kjellman.

Sedan drygt ett år tillbaka kan man gå kurser i robotassisterad kirurgi på KTC. Kurserna utförs med så kallad progressiv inläring där kursdeltagaren börjar med webbaserad teoretisk inläring. Efter ett avklarat teoretiskt prov är nästa steg träning i successivt svårare träningsmiljöer, från virtuell träning i Ross-simulatorens till våtlabsövningar.

– Den nya virtuella robotsimulatorens på KTC har gjort tekniken lättillgänglig och varit till stor hjälp för de läkare som arbetar på Karolinska, säger Magnus Kjellman.

Ett problem när det gäller simuleringskurser är att det ofta riskerar att gå för lång tid mellan träning till att operatören får utöva sina kunskaper kliniskt. Magnus Kjellman poängterar att det är viktigt att det finns en planering för kursdeltagarna redan när de börjar träningen så att de får använda sina färdigheter på patienter under handledning, genast efter den mest avancerade kursen.

– Annars riskerar vi att kunskaperna snabbt rinner ut i sanden, säger han.



Fotpedaler och joystick är de kirurgiska instrumenten vid robotkirurgi. Det är dessutom ett mycket bekvämt och vilsamt sätt att jobba på för operatören.

Foto: Stefan Nilsson

Robotassisterad kirurgi fungerar så att operatören sitter vid en konsol och tittar på bilden av operationsfältet. Instrument och kamera som sitter på roboten är kopplad till patienten. Med hjälp av fotpedaler och två joysticks som sitter på konsolen styr kirurgen instrumenten.

Robotassisterad kirurgi har visat sig fungera bäst vid operationer inom ett begränsat område där tillgängligheten för den traditionella laparoskopiska kirurgin är begränsad.

Därför har den varit framgångsrik inom prostata-, njur-, binjure- och gynekologiska tumörområdet. Ett annat område där den passar bra är inom ändtarmstumörer. Till hösten räknar man på KTC med att genomföra kurser i färdighetsträning även för dessa kirurger.

Några av fördelarna med tekniken är att instrumenten har vristfunktion. Det gör att de följer kirurgens handrörelser mer exakt. Kameran har 3D-funktion och HD-bild. Roboten kompenserar för eventuella skakningar och kirurgen sitter ergonomiskt riktigt. Men det finns

också nackdelar, kirurgen känner exempelvis inte av motståndet i rörelserna utan måste lära sig det visuellt.

Magnus Kjellman tror inte att robotarna kommer att ta över all typ av kirurgi. Det handlar snarare om en utökning av verktyg i kirurgens verktygslåda, menar han.

Inom kort får den traditionella laparoskopin 3D-skärmar med tillhörande glasögon som ger kirurgen djupkänsla. Med största sannolikhet kommer det att ske en parallell utveckling av de båda teknikerna.

– Alla kirurger som ska utnyttja teknikerna bör ha tillgång till färdighetsträning, innan de opererar på patienter. Vi som driver dessa utbildningar har som uppgift att visa på nyttan av den, inte bara att kirurgen blir bättre tekniskt, utan också att vårdskadorna minskar på sikt, säger Magnus Kjellman.

Anna-Lena Bengtsson

”Fusionen finns på papper, m

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Det har gått drygt ett år sedan kirurgklinikerna i Lund och Malmö slogs samman som en del i bildandet av SUS, Skånes Universitetssjukhus. Det stora jobbet det här året är att fullfölja koncentrationen av den högspecialiserade vården och försöka skapa en gemensam kultur.

▼ En av de stora utmaningarna har varit att se till att de båda akutteamen i Lund och Malmö jobbar på samma sätt eftersom hälften av alla kirurgipatienter kommer via akuten, berättar klinikchef Folke Johnsson.

– Deras relation till de olika specialistteamerna är otroligt viktig för att patienter ska få lika bra behandling om de kommer in med ett övre GI-problem i Malmö som i Lund och omvänt när det gäller kolorektalkirurgi. Att få flödena av patienter att fungera bättre har varit viktigt.

Men att skapa en gemensam kultur tar betydligt längre tid än ett år.

”Sjukhusen hade olika lösningar på nästan allt”

– Det är frapperande hur olika kulturen är vid sjukhusen och att man valt olika lösningar på nästan allt. Vi försöker ta det bästa från de båda sjukhusen och skapa något gemensamt, till och med schemalagningen av personal skiljer sig åt, konstaterar Folke Johnsson.

Han får medhåll av Evita Zoucas (bilden), kolorektalkirurg som arbetade i Lund före fusionen och numera jobbar i Malmö.

– Jag tror att det behöver gå en hel generation av specialister för att vi ska få en gemensam kultur, säger hon.

Hon menar att fusionen i dag finns på papper och i strukturen, men att det är långt ifrån en klinik.



– Den gemensamma tanken

finns ännu inte eftersom kliniken består av två grupper av specialister som ännu inte arbetar gemensamt, säger Evita Zoucas.

Gemensamma morgonmöten två gånger i veckan, via video, ska dock bidra till att öka samarbetet mellan klinikens olika delar i Malmö och Lund.

– Den delen har fungerat mycket bra. Det är ett tillfälle när olika kompetens och erfarenheter kan delas av hela gruppen. Malmö med sin stora erfarenhet inom



Kliniken hålls ihop med hjälp av tåg och video. Klinikchefen kvart mellan de båda städerna, men två gånger i veckan hålls gemensamma morgonmöten.

Så har det gått ett år efter att kirurgklinikerna i Malmö och Lund slogs ihop

laparoskopi och komplicerade bukväggsproblem och Lund med stor erfarenhet av endoskopi och handläggning av akuta blödningar, säger Folke Johnsson.

För Folke Johnsson, som chef för kliniken, skapar avståndet mellan Malmö och Lund problem.

– Det är viktigt att vara synlig men det är svårt att hinna vara på två ställen samtidigt. Det är stor skillnad mot att bara vara chef i enbart Lund som jag var tidigare, konstaterar Folke Johnsson.

När fusionen genomfördes tog han på sig rollen som

en vi är långt ifrån en klinik”



Folke Johnssons arbetsdag styrs av möten ömsom i Lund och Malmö. För att kunna leda kliniken tvingas han använda både tåg och video. Med tåget tar resan en timme, medan mötena via video tar några minuter. Här samtalar Folke Johnsson med kollegan Yvonne Rundgren inför ett sådant möte. Foto: André de Loisted

klinikchef under själva sammanslagningen eftersom det inte fanns någon ordinarie klinikchef varken i Malmö eller i Lund. Han konstaterar att året varit händelserikt.

– Det har varit en stor utmaning, men jättekul, säger han.

"Den högspecialiserade vården har blivit bättre"

Folke Johnsson betonar att vinsten med hela processen är att den högspecialiserade vården har koncentrerats.

– Ingrepp som vi gör sällan har samlats till ett ställe. Det gör att kirurgerna får mer träning genom att göra fler ingrepp, kvaliteten på vården har blivit bättre och både operationstider och kötider har förkortats. Ett av de bästa exemplen är pankreasoperationer som koncentrerats till Lund, där vi nu gör 70-80 operationer per år, berättar han.

Men kortare kötider beror inte bara på sammanslagningen, menar han.

– Tydliga krav från huvudmannen spelar också en viktig roll.

Grovarbetet med en gemensam kirurgiklinik startade redan 2009. Då gjordes en uppdelning av kirurgin så att övre gastrointestinal kirurgi och endokrinkirurgi med inriktning på hormonproducerande körtlar, matstrupe, magsäck, bukspottskörtel och lever blev kvar i Lund medan Malmö fick kolorektalkirurgi med tarm- och ändtarmskirurgi.

Samtidigt valde man att hålla bröstcancerkirurgin och akutkirurgin utanför uppdelningen. Där finns verksamhet på båda sjukhusen. Lund har fått ett akutkirurgiskt team något man saknade tidigare.

Kirurgi via ryggen kan sänka högt blodtryck

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Förstorade binjurar eller tumörer i binjurarna är en vanlig förklaring till svårbehandlat, högt blodtryck som kräver många olika blodtrycksmediciner. En snabb operation via ryggen kan ändra på det, konstaterar professor Per Hellman, endokrinkirurg vid Akademiska sjukhuset i Uppsala.

▼ Vid Akademiska sjukhuset har man valt att gå in via ryggen med laparoscopi för att operera binjurar. Det är den snabbaste vägen, konstaterar Per Hellman och berättar att en operation tar mellan 30 - 90 minuter.. Andra alternativ är att gå in via sidan eller med öppen kirurgi.

– Vi har valt den här metoden som standard för att den är snabb, mindre smärtsam för patienten och för att vi kan gå in bakom bukhålan och på så vis undvika att påverka tarmarna, berättar han.

Per Hellman menar att flera tusen patienter med högt blodtryck kan vara odiagnostiserade för just överproduktion av aldosteron, och i behov av korrekt behandling, där operation i många fall är det mest lämpliga.

Folksjukdom

– Det här är något av en folksjukdom. Hos cirka 10 procent av alla som genomgår datortomografi av buken upptäcks en förstörd binjura av en tillfällighet, berättar han.



En borttagen binjura med tumör. Det vita är tumören. Operationen ska minska produktionen aldosteron och sänka blodtrycket hos patienten.



Binjurar kan opereras på flera olika sätt. Vid Akademiska sjukhuset har man valt att gå in via ryggen som är det snabbaste sättet.

De flesta tumörer är godartade, men en tumör i binjurarna behöver inte vara elakartad för att vara farlig. Den kan orsaka en ökad produktion av hormoner som höjer blodtrycket kraftigt, sätter kroppen under ständig stress och ökar risken för hjärt-kärlsjukdomar.

En ökad produktion av aldosteron ger högt blodtryck och orsakar stor brist på kalium medan för mycket kortison gör att patienten sväller upp i ansikte och runt magen. De här tillstånden kan kräva fyra, fem olika mediciner för att sänka blodtrycket.

Studier, i bland annat Italien och Australien, visar att tumörer som producerar aldosteron ligger bakom cirka 10 procent av högt blodtryck i befolkningen.

– En omräkning till svenska förhållanden skulle innebära att drygt 40 000 svenskar skulle lida av överaktiva binjurar, där många skulle behöva opereras, jämfört med de cirka 200-300 som i dag opereras årligen, konstaterar Per Hellman.

Kan slippa läkemedel

Det innebär att andelen läkemedel för högt blodtryck skulle kunna minskas kraftigt. Patienter som i dag tvingas ta upp till 20 gram kalium om dagen skulle kunna upphöra helt med medicineringen. Redan två till tre dagar efter operationen behöver patienten inget extra kalium.

Även om ingreppet är snabbt saknas ett enkelt och snabbt sätt att diagnostisera förhöjda halter av aldosteron som beror på binjurförstoring.

– En teknik som kan bli användbar i framtiden är PET-kamera men den är ännu inte färdig, konstaterar Per Hellman.



Att gå in via ryggen för att operera binjure är en mindre smärtsam metod för patienten.

Foto: Stefan Nilsson

70-talsteknik testas på svåropererade tumörer i lever och bukspottskörtel



Flera olika tekniker med både likström, växelström och mikrovågor används vid Akademiska sjukhuset för att ta bort tumörer i lever och bukspottskörtel, berättar Per Hellman.

Foto: Stefan Nilsson

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Sedan i höstas testar Akademiska sjukhuset i Uppsala att behandla svåropererade tumörer i lever och pankreas med elektroporering, liknande en teknik som användes mot olika typer cancer redan på 70-talet och som nu fått en renässans.

▼ Andra alternativ vid svårbehandlade tumörer är RF, radiofrekvensbehandling och mikrovågsbehandling. Den nygamla tekniken, IRE, irreversibel elektroporering, testas nu i nya studier vid sjukhuset. Operatören lägger ett pulsatilt elektriskt fält av likström över tumörcellerna. Det elektriska fältet orsakar små hål på cellmembranet som öppnar sig och dör. En finess med tekniken är att stödjevävnad runt kärl och gallgångar inte skadas.

– Det gör att vi kan behandla tumörer som omsluts av ett kärl eller en gallgång. Tumören klarar inte av den drastiska förändringen i miljön, berättar professor Per Hellman.

Ett problem är att likström kan påverka hjärtrytmen. Patienten måste därför vara uppkopplad till EKG så att det går att anpassa de elektriska stötarna till hjärtslagen.

Hittills har IRE testats på enstaka levertumörer, som annars inte skulle gå att operera. Några fler pankreas-tumörer har genomgått denna behandling med bra korttidsresultat, men någon längre tids utvärdering av tekniken har ännu inte skett.

RF är den metod som använts längst, cirka 15 år, för behandling av levertumörer vid Akademiska sjukhuset. En nål med högfrekvent växelström förs in i levertumören där temperaturer på 80-90 grader kan uppstå. Det överlever inte cellerna kring nålspetsen.

Behandlingen pågår under cirka 10 minuter och hur stor nekrosen blir avgörs av nålens storlek. Ett stort kylande kärl i närheten av tumören kan dock sänka temperaturen och göra att behandlingen inte blir fullständig.

Mikrovågsbehandling är lite av samma teknik och har använts i cirka två år. För att ta död på tumörcellerna skickar man in mikrovågor i tumören istället för växelström. Fördelen är att dessa inte kyls ned lika lätt.

Ett annat område där mikrovågsbehandling varit framgångsrik är vid prostatacancer.

Anna-Lena Bengtsson

Vem ska bli Årets Visslare?



– och vem ska få Friska Sjukvårdspriset?

Vill du uppmärksamma någon som "stått upp för demokrati och yttrandefrihet i vården till gagn för patienter och läkare"? Eller någon som förtjänar ett pris för att "genom enträget arbete lyckats få varaktigt förbättring inom vården för patienter och läkare"?

▼ Då är du välkommen att nominera till Sjukhusläkarnas priser Årets Visslare och Friska Sjukvårdspriset.

Priserna delas ut på Framtidens Specialistläkare i Malmö den 6 september i år.

Sjukhusläkarna har sedan 2008 delat ut priser för att uppmärksamma personligt mod, civilkurage och engagemang för förbättringar i sjukvården.

Sänd din nominering till:
madeleine.blomquist@slf.se

– Läkaren vet bäst själv visar forskningen

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

– Ibland är läkaren sin egen största fiende, säger toppforskaren Janet Grant, mångårig professor i medicinsk pedagogik vid "UK Open University Centre for Education in Medicine" i London. Idag driver hon en fristående forskarorganisation och ett distanslärandecentrum.

▼ – När delar av läkarkåren själv inför reglerande och kontrollerande system där läkaren ska samla på sig poäng för än det ena, än det andra för att bevisa sin kunskap, eller när delar av läkarkåren försöker standardisera sina utbildningar, så spelar man bara byråkrater, politiker och managementfolk, som vill styra professionen, i händerna.

Det finns ingen "best practise" när det gäller lärande

– Min forskning visar tydligt att lärandet blir bäst om det är fritt och individuellt och ingår i en process i vardagen.

När vi i en studie fick 48 lika bra svar på vilka behov läkaren hade när det gäller lärandet, slutade vi att fråga.

När vi fann 40 olika bra sätt att lära sig, så slutade vi att fråga.

När vi hittade 40 olika varianter av effektivt lärande som kunde implementeras i praktiken så slutade vi att fråga.

Saken var bevisad.

Det finns ingen "best practise" när det gäller lärandet.

– En profession, i det här fallet läkarkåren, kan själv identifiera vad man är i behov av att lära sig och kan själv implementera det i vardagen.

Det finns inget behov av att hitta på system där man samlar poäng.

Faktum är att poängsamlandet värdesätter fel sätt att lära sig på. Poängsamlandet är en kalkylerande process. Det finns inget systematiskt förhållande mellan de olika poängen. Man

– men i den sociala maktkampen har byråkrater, politiker och managementfolk för tillfället vunnit slaget

värdesätts efter att ha deltagit i en rad isolerande "event". Det är ett mycket dåligt och ineffektivt system.

Janet Grant håller med om att poängsamlande kan ge möjligheter att få utbildning överhuvudtaget.

– Visst och det är så klart bra, men bäst är det för byråkratin och managementfolket som kan behålla kontrollen. Det finns tyvärr också en rad företag och organisationer som tjänar pengar på att konstruera styrda utbildningar för att tjäna pengar under förespeglingen att de behövs av än den ena eller den andra orsaken.

Big business

Fortbildning har blivit "big business" och poängsamlarsystemen är en del i en mycket större sak.

– Men läkare behöver inga sådana system överhuvudtaget. Det är inte så läkare lär sig visar vår forskning. Läkare är "lärandemaskiner". Det vet alla som inte är läkare och hamnat på en middag med läkare. Det är urtrist. Det enda de talar om är olika kliniska fall och vad man kan lära sig av dem.

I våra studier har vi tittat på vad doktorer verkligen gör.

De behandlar en patient, någonting händer och de förstår att de måste ta reda på någonting. Så de beslutar vad de behöver lära sig och sedan tar de reda på hur och så gör de det. Och när de lärt sig vad de behöver så försöker de använda sig av kunskapen i praktiken.

Det är situationslärande och det fungerar alldeles utmärkt!

Vi vet från de studier vi gjort att doktorer lär sig effektivt på en mängd olika sätt.

Det finns ingen gemensam syn bland läkarna på hur man vill lära sig.

Fortsättning nästa uppslag >>>



Sjukhusläkaren fick en intervju med Janet Grant när hon talade om forskningen kring fortbildning då de europeiska överläkarnas fackliga organisationer möttes i Varna i Bulgarien. Hennes budskap var att det finns starka intressen som vill styra fortbildningen för att kontrollera professionen.

Foto: Christer Bark

Faktum är att det kan vara mycket effektivt att sitta på en föreläsning.

– Jag bryr mig inte om ifall läkaren sitter i ett hörn med en



Te eller kaffe, det spelar ingen roll.

Foto: Christer Bark

bok, eller talar med en vän på ett kaffekalas. Jag bryr mig inte om ifall läkaren lär sig på ett internationellt möte, i vardagen eller är aktiv i en undervisningsgrupp. Därför att det finns inga bevis för att någonting är effektivare än något annat.

Det finns ingen "bästa metod" att lära sig. Det finns många som tjänar på att hävda det, men de har fel, det visar vår forskning.

Hur den individuella läkaren vill lära sig beror på kultur, syftet och många andra faktorer och den ena läkaren vill lära sig på ett sätt, den andre läkaren på ett annat sätt.

Och ena minuten vill samma läkare lära sig på ett sätt, den andra minuten på ett annat sätt. Dessutom är det så att när läkarna blir mer och mer erfarna blir de också mer olika och behöver ännu mer individuell frihet vad de ska lära sig och hur de ska lära sig det de behöver.

Chockerande för byråkratin

– Att forskningen visar att lärandet bör vara individuellt och tillåta läkaren att utgå från sina egna behov i praktiken är så klart chockerande och ett stort problem för byråkrater, politiker och managementfolk för då tappar de kontrollen över läkarkåren. Det är också en stor utmaning för system med poängsamlande för de vill reglera och standardisera hur och vad läkaren ska lära sig.

Det kan låta banalt och ofarligt att säga att lärandet bör vara individuellt och att det bör vara en naturlig process i vardagen, men det ifrågasätter den nuvarande retoriken och det är att ifrågasätta mycket mer. Det är att ifrågasätta de

sociala normer som råder i samhället.

I dag styr "värderingsmänniskorna"

Synen på utbildning går i cykler och speglar samhällets normer som idag inte värdesätter och litar på professioner och professionell kunskap.

I dagens byråkratiska era är det "värderingsmänniskorna" som styr. De är vinnarna och de förstår sig inte på professioner. De ser på tillvaron på ett annat sätt, säger Janet Grant.

– En läkare kan inte säga att jag kan det här bättre än någon annan. Då bryter han eller hon mot det socialt tillåtna och när jag säger att forskningen visar att lärandet ska vara en individuell process och att man ska lita på att professionen klarar det bäst själv, så säger "värderingsmänniskorna" att man måste ha ett kompetensbaserat curriculum med tester så att de kan göra sina utvärderingar.

Ibland säger de att det är för patientsäkerhetens skull, ibland för att vården ska vara kostnadseffektiv, men jag har aldrig träffat en läkare som inte vill ha patientsäker eller kostnadseffektiv vård.

Övertro på mätningar

– När jag säger att min forskning visar att man kan lita på professionen, så säger "värderingsmänniskorna" att det är nödvändigt att kontrollera och mäta resultaten av insatta resurser.

Problemet är att det går inte att mäta effekten av fortbildning gentemot patientnytta. Det är att lura sig själv. Det finns för många intervenerande faktorer emellan. Mätningen blir helt meningslös.

Janet Grant skulle vilja stoppa dem som vill följa, det hon kallar, "resultatvägen". Inte bara för att hon menar att den bygger på en felaktig övertro på mätningar och utvärderingar.

– När du börjar gå längs "resultatvägen" drar du på dig stora problem. Då startar kontrollen av professionen och den kliniska processen blir farligt politiserad.

Dilemmat är att "värderingsmänniskorna" även styr lärandet till enkla saker som de tror sig kunna utvärdera.



SIM spänner musklerna för din fortbildning...

Boka in hela eller delar av v 39, 24-28/9 2012 i Uppsala.

Svensk Internmedicinsk Förenings Fortbildningsvecka (SIM-veckan) välkomnar alla ST- och specialistläkare i internmedicin med grenspecialiteter och närliggande specialiteter, t ex allmänmedicin, geriatrik och akutsjukvård – till en fullmatad fortbildningsvecka på Clarion Hotel Gillet i Uppsala.

2012 innehåller en del nyheter, bl a har vi fler State-of-the-Art föreläsningar och intressanta seminarier så att du får ut maximalt av veckan.

Läs mer och anmäl dig på www.sim-veckan.se





Janet Grant har forskat åt brittiska regeringar i årtionden, men det är bara en bråkdel som publicerats offentligt. Hennes passion för cricket är också något hittills okänt. Men Sjukhusläkaren kan avslöja att hon, enligt sonen, är en person som engagerat sig mest av alla i sporten i England och förstått minst. Själva var han ett underbarn som legspinbowler och har varit med i det brittiska landslaget, vilket även Janet Grants dotter varit. Dottern var för övrigt den första kvinnliga cricketspelare som gjorde ett hat trick på "The Lords" – cricketens moderarena. Därefter slutade dottern omedelbart sin karriär – nöjd. Janet Grant, däremot har inga tankar på att avsluta sin forskarkarriär för att förbättra fortbildningen, eller sitt cricketengagemang. Foto: Christer Bark

Och det är något de måste göra för annars vet de inte hur de ska agera, säger Janet Grant.

Avskyr kunskapstester

När Sjukhusläkaren frågar Janet Grant om det är något speciellt som gör henne arg svarar hon att hon egentligen aldrig blir arg, men att hon avskyr! kunskapstester när det gäller professioner.

– De speglar en syn på professionen som säger att "vi kan definiera dig, vi vet vad du gör och det du gör är lätt och apropå det så kan vi få någon annan att göra det billigare".

Men en profession är komplicerad även om den många gånger utför till synes enkla saker.

En pilot ser ut att göra enkla saker hela tiden, men det ligger mycket kunskap bakom besluten som gör att piloten gör rätt avväganden. Så professionerna måste kämpa emot.

Utmaning att få samhället att förstå

Utmaningen för de som sysslar med fortbildning är att vinna gehör i samhället för forskningsresultaten som visar att det blir bäst om man stöttar läkarens eget lärande, på läkarens egna villkor, och inte ger stöd åt utbildningar bara för att de går att mäta och observera för den som vill reglera läkarkåren.

Janet Grant har gjort sig känd som den främsta förespråkaren för det som kallas CPD (continuing professional development), kontinuerligt professionellt lärande. Hon menar att effektivt och bra lärande bör utgå från praktiken och vara en kontinuerlig process i vardagen styrd av professionen som besitter kunskaperna.

Enligt Janet Grant är kärnan i det kontinuerligt professionella lärandet mycket enkel.

Ungefär som Nikes slogan "Just do it".

– Bestäm vad du ska lära dig, hur du ska lära dig

det, lär dig det och tillämpa det! Svårare är det inte. Se bara till att lära dig på ett sätt som passar dig, säger Janet Grant.

– Tyvärr tillåter inte de rådande samhällsnormerna i Väst-europa professionen den friheten, vilket är en hämsko som gör att professionen inte kan göra sitt jobb ordentligt, menar hon.

Janet Grant har inget emot att läkarkåren formaliserar de egna meriterna om samhället kräver det.

– Det gör ingen skada, men om sanningen ska fram så gör det inte mycket nytta heller.

Hon har heller ingenting emot "guidelines" som hjälpmedel.

– De kan fungera väldigt bra för många om de uppfattas just som hjälpmedel och inte som de enda rätta valen.

Janet Grant är den internationellt kanske mest framstående forskaren när det gäller CPD, men hon säger att CPD-forskningen tyvärr fortfarande befinner sig på en alldeles för låg nivå.

– Den är väldigt sporadisk och sporadiskt utspridd på olika människor. Även de organisationer som är ansvariga för CPD gör research som inte är mycket värd, tycker hon.

– Studierna är oftast på en mycket låg nivå. De är för små och för specifika för att kunna bidra till generella slutsatser. Det positiva är dock att man idag talar om kontinuerligt professionellt lärande överallt. Att det blivit ett begrepp som skaffat sig ett eget utrymme. Så det kontinuerliga professionella lärandet pågår på ett effektivt sätt, även om forskningen är dålig.

Positivt är också, tycker hon, att dagens studenter betraktar det kontinuerliga professionella lärandet som något helt självklart.

– Alla är väl medvetna om att man kommer att behöva lära livet ut i vardagen. Så var det inte förr. Så därför är jag optimist.

Det centrala avtalet klart, men mycket kan fortfarande förhandlas lokalt

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Läkarförbundet vann kampen om det centrala avtalets huvudfrågor. Nu pågår de lokala revisionsförhandlingarna, som avgör hur utfallet blir för varje läkare. Där finns också möjlighet att skapa lokala lösningar i frågor som inte regleras centralt.

▼ I årets avtalsrörelse ville arbetsgivaren ha ett tillsvidareavtal utan "siffra", dvs fastställd nivå för lönehöjning. De ville också tillämpa lönedialogsmodellen i större utsträckning, och bryta upp de lokala parternas "veto" för förhandlingsmodellen.

– Vi lyckades få ett tidsbegränsat, ettårigt, avtal med en siffra – 2,6 procent. Nivån är likvärdig med industrin och övrig offentlig sektor. Vi har också lyckats bevara den nuvarande regleringen som innebär att läkarfacket lokalt har rätt att begära att revisionsförhandlingen förs enligt den traditionella förhandlingsmodellen, säger Lars Nevander, Sjukhusläkarnas representant i förhandlingsdelegationen.

Avtalets siffra – 2,6 procent – anger det lägsta garanterade utfallet på hela huvudmannaområdet. Det innebär att fördelningen sker genom förhandlingar på region- och lands-

tingsnivå. I praktiken kommer alltså nivån på löneökningarna att variera mellan förvaltningarna, om inte facket och arbetsgivaren lokalt kommer överens om en jämn fördelning.

Positivt är också att SKL och Läkarförbundet kom överens om att påbörja en kartläggning och analys av tidsbegränsade anställningar för legitimerade underläkare och specialister.

– Min erfarenhet är att sådana kartläggningar brukar leda till att många vikariat omvandlas till fasta tjänster. Det behövs. Otrygga vikariat och visstidsanställningar är ett stort problem, framförallt på universitetsorterna, säger Lars Nevander.

Däremot nådde förhandlingarna inte fram i frågorna om ett partsgemensamt arbete för läkares fortbildning. Läkarförbundet fick varken gehör för önskan att avsätta en del av löneutrymmet till en lokal pott för bättre jour- och beredskapsersättning eller för rätt till jourbefrielse nattetid från 55 år och beredskapsbefrielse från 60 år. Å andra sidan hade SKL också flera önskemål som inte gick igenom.

– Glädjande var däremot att vi i de allmänna bestämmelserna fick in att föräldrapenningstillägget om 10 procent av lön under fem månader inte behöver tas ut i följd. Tidigare riskerade den som tillfälligt gick in och jobbade under föräldradledigheten att bli av med lönetillägget.

Det centrala avtalet ger grunden för de lokala revisionsförhandlingarna. Det handlar om mycket mer än att fördela lönepotten, framhåller Lars Nevander. SKL vill rent allmänt reglera så lite som möjligt centralt, vilket innebär att det kan gå att göra lokala överenskommelser om många av de frågor där de centrala parterna inte nått ända fram.

Exempel på frågor som kan drivas in de lokala förhandlingarna är lokal pott för jour- och beredskapsförbättringar, årliga lönekartläggningar för att komma till rätta med osakliga löneskillnader mellan könen (istället för vart tredje år som lagen säger), befrielse från jour och beredskap nattetid för gravida läkare och äldre läkare, rätt till tjänstledighet på deltid och partsgemensamma arbetsgrupper för förbättrad fortbildning.

– Min erfarenhet från tidigare förhandlingar i Skåne är att det går att nå ganska bra resultat i de lokala revisionsförhandlingarna. Vi har till exempel kommit överens om ersättning motsvarande 1,5 timlön extra/timme för läkare som går in och jobbar med kort varsel, till exempel när man ersätter någon vid sjukdom. Vi har också fått igenom vissa arbetsmiljöförbättringar vid jour och beredskap, en policy om rätt till tjänstledighet på deltid för att arbeta inom vårdvalet och att forskning ska vara meriterande vid lönesättning.

Välkommen till Sjukhusläkarnas seminarium i Almedalen den 5 juli!

Välkommen till Sjukhusläkarna i Almedalen den 5 juli!

Under Almedalsveckan i sommar ordnar Sjukhusläkarna ett seminarium om bristen på vårdplatser med titeln "Överbeläggningar på sjukhus, hur kan trenden vändas?"

▼ Paneldeltagare är: Hans Liljedahl, patient i Region Skåne, Mats Eriksson, SKL, Marie Lawrence, Socialstyrelsen, Pernilla Niia, Arbetsmiljöverket, Lena Furmark, Socialdepartementet. Moderator är Mikael Rofs, Sjukhusläkarna.

Seminariet hålls kl 13.30-14.30 på Kårhuset Rindi, Tage Cervins gata 1, Visby.

Helene Thornblad



Thomas Zilling, Sjukhusläkarnas ordförande, valdes till förste vice ordförande i den europeiska överläkarföreningen AEMH. Här leder han ett gruppmöte om yrkeskvalifikationsdirektivet som är under omarbetning i EU.

Foto: Christer Bark

Läkarflykt från östra Europa

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Den fria rörligheten inom EU leder till att Bulgarien och andra fattiga länder i öst dräneras på utbildad sjukvårdspersonal. Det är oerhört viktigt att löner och arbetsvillkor förbättras för läkare i Östeuropa, säger Sjukhusläkarnas ordförande Thomas Zilling.

▼ Han valdes till förste vice ordförande i den europeiska överläkarföreningen AEMH vid det årliga plenarmötet i bulgariska Varna i mitten av maj.

– I Bulgarien tjänar en läkare bara 300-400 euro i månaden. Systemet föder korruption, det förekommer att läkare tar svarta pengar från patienter, vilket är en farlig utveckling. Och många läkare och sjuksköterskor flyttar utomlands. Antalet sjuksköterskor har nästan halverats i Bulgarien på tio år och en liknande utveckling sker på läkarsidan.

Yrkeskvalifikationsdirektivet innebär att läkarexamen/specialistbevis från ett EU-land automatiskt ska

erkännas i alla andra EU-länder. Det sätter stor press på sjukvårdssystemen i framförallt Östeuropa att höja lönerna och AEMH-mötet enades om ett krav om att alla läkare i Europa ska ha en lön som är minst 2-3 gånger så hög som medelinkomsten i respektive land. Målet ska vara att få upp miniminivån på lönerna till det som i dag är genomsnittinkomsten för Europas läkare.

AEMH-mötet antog den nordiska resolutionen om läkares vidare- och fortbildning, vilket innebär att man värnar om kontinuerlig (formativ) bedömning i motsats till examinering genom slutexamina och om rätten för varje EU-land att själv bestämma om regler för vidare- och fortbildning.

Yrkeskvalifikationsdirektivet

EU-kommissionen presenterade i december ett förslag till ändringar i yrkeskvalifikationsdirektivet. Nu pågår ett intensivt lobbyarbete i Bryssel för att påverka Europaparlamentet som väntas fatta beslut om direktivet i slutet av året.

Till de förslag som diskuteras hör att läkares grundutbildning ska vara minst fem år (mot tidigare sex år) och minst 5 500 timmar, reglering av minimilängd för dubbelspecialisering, ett europeiskt varningssystem för läkare som förbjudits att utöva yrket och rätten att ställa krav på språkkunskaper hos läkare som söker arbete i annat land.

Helene Thornblad

– Vi måste hjälpas åt att stå upp för det som våra patienter behöver

Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Nu har Läkarförbundet haft sitt fullmäktigemöte, men denna gång tänker jag inte skriva om stämningar och interna åsikter! Däremot känner jag mer och mer att motioner, argumentationer och tankar som luftas i pauserna allt mer uttrycker en enorm frustration över hur vår vardag ser ut.

▼ Någonstans i rivandet av världens hierarkier – läs driften att sätta oss läkare på plats – har något vitalt gått förlorat.

Nedrustningen skedde på många plan. Författningar ändrades så att inte kravet på medicinskt ansvar skulle väga tyngst vid ledning av sjukvård.

Teamvård har utvecklats till en konststart som inte ger någon kontinuitet för patienten och därigenom minskar läkarens chans att följa och försvara sin patient mot systemens inneboende brister och fall-gropar.

Minimibemanningskoncept har slagit så att läkare inte längre har en arbetsplats i taget utan ofta ska täcka minst två eller tre olika vårdprocesser under en och samma arbetsdag.

Medicinskt ansvar är fundamentet som vi läkare jobbar utifrån. Det är också detta som legitimationen från Socialstyrelsen signalerar – vi är betrodda av samhället att ta medicinskt ansvar och att värna individens rätt till vård utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Men varför hamnar då detta alltid i brytning med vår vardag?

Hur kommer det sig att detta inte värderas högre i det dagliga arbetet? Varje dag måste vi ta strid för att "individerna" patienterna inte ska ses som "klossen" patienterna som ska baxas från ena ändan av en oklar

process till den andra.

Med ögon i nacken måste vi försöka spåra upp de som inte passar in i vårdprogrammets vita A4 -sidor. Vi måste argumentera, nöta och ibland hamna på randen av att hota för att få igenom det som vi anser våra patienter behöver.

Men ibland tröttnar man, man orkar inte ta samma strider varje dag, man viker sig lite grand och försöker kompensera genom att hitta andra vägar.

Det som vi då missar är signalen till övriga kollegiet och framförallt nyare kollegor – de ser vad vi gör just nu, inte vad vi backat från under de tidigare åren, och deras toleransnivå börjar därför på en lägre nivå och så är utförsbacken här.

Är allt tröstlöst då? Nej naturligtvis inte. Om vi kan utnyttja kraften i vårt kollektiv, om vi kan enas om några viktiga principer att ta strid för så kan vi försätta berg!

Om en kollega börjar visa tecken på att inte orka stå emot måste vi andra stötta och driva tillbaka påbud från ledningar utan eget personligt ansvar dit de hör hemma!

Våga skriva, våga tala och framförallt våga stå för den legitimation vi har.

Ingen vet bättre än vi vad den innebär, men vi kanske glömt att den dessutom innehåller makten över vården. Patienten kommer till oss för att få hjälp, därför finns sjukvård.

Släpp inte greppet utan våga sträcka ryggarna och ta den plats som vi i kraft av samhällets förtroende ska inta!

Mikael Rolfs,
styrelseledamot
i Sjukhusläkarna



E-recepten klickar inte med dagens och framtidens värld



Kommentera artikeln på www.sjukhuslakaren.se

Klick, klicketi-klick, klick, scroll, klick, siffra, klick, klick ... Har du som jag någonsin klagat eller hört någon klaga över de många klickerna i en elektronisk patientjournal?

▼ Till och med för en sådan enkel sak som att skriva ut ett läkemedel kan det krävas flera dussintals klick, fastän du är inloggad och patientens läkemedelslista redan finns på skärmen.

Att skriva recept på ett läkemedel är ett exempel på implementering av e-hälsa. E-recept förs ofta fram som en framgångssaga inom e-hälsa och det är sant att e-recept är en framgång, på sätt och vis.

E-recept används av nästan alla som förskriver läkemedel i Sverige idag och visst, de minskar riskerna med överföringsfel, gör det lättare att förnya recept och sparar tid på apoteken.

Men tänk efter lite grand. Är det verkligen så här vi vill och bör arbeta? Dagens e-recept – och till stora delar arbetssätten kring dem – är en elektronisk variant av en envägskommunikation på papper från en tid innan 1990-talet.

Då fanns bara papper som medium. Då fick patienten bäst förmån om en och samma läkare skrivit recept på patientens alla läkemedel vid samma tillfälle. Då var läkarens ordination det som patienten fick.

Idag har vi möjlighet till dubbelriktad kommunikation; handelsnamnet som ska skrivas på receptet är normalt inte den produkt som farmaceuten kan expediera inom förmånen; beslut om förpackningsstorlek fattas av farmaceut utifrån lagerhållning och läkemedelsförmånens regler etc, etc.

Det som i dag vore tekniskt möjligt – att läkaren ordinerar läkemedel (substans, beredningsform, styrka och dos och när det finns medicinska skäl läser ordinationen till en viss produkt) för en viss tid och ändrar dos eller sätter ut läkemedel som i slutet vård och vid dosläkemedel – det tillåter inte dagens regelverk och därför inte heller våra IT-system. Ändå är det naturligtvis så vi borde arbeta.

Nästan alla andra beslut som du tvingas fatta vid e-

recept är beslut som expedierande farmaceut ändå ska ta (och ofta har bättre underlag för att ta som t ex vad som finns tillgängligt) utifrån reglerna kring läkemedelsförmånen.

Att till exempel skriva flera uttag av ett recept är faktiskt en förmånsregel i första hand, inte en medicinsk regel. När det finns medicinska skäl att begränsa tid mellan expeditioner då ska det naturligtvis finnas som en möjlighet, men inte annars.

Varför har det blivit så här då? Elektroniska patientjournaler, liksom e-receptsystem, måste byggas utifrån regelverken. Och regelverken borde naturligtvis anpassas efter patientens och vårdens behov, samt i exemplet med e-recept även behoven på apotek.

Men hur ska lagstiftare, myndigheter, beslutsfattare inom vården, apotek, samt IT-utvecklare veta vad de ska göra om det inte finns tillräckligt med läkare och annan vårdpersonal som ifrågasätter regelverk baserade på en föråldrad pappersvärld?

Hur ska, framför allt yngre läkare, våga och orka ge sig in i detta arbete om de inte får stöd av alla oss andra? De ska inte behöva stå till svars för alla tillkortakommanden i de befintliga patientjournalerna. Fel som beror på inriktningsbeslut fattade för fem, tio eller femton år sedan!

Därför är det viktigt att det finns personer med mod och visioner att beskriva nya och bättre arbetssätt som IT kan göra möjliga.

Arbetet med en nationell ordinationsdatabas, NOD, kommer kunna förbättra situationen till en del men det tar tid och det krävs också regeländringar för att nå ända fram. Så om inte varje läkare tar sitt ansvar fullt ut kommer NOD, precis som dagens system för ordination av dosförpackade läkemedel, inte att fungera bra. Läkarens ansvar och vad patienten förväntar sig återkommer jag till i en annan krönika.

*Mikael Hoffmann, läkare,
specialist i klinisk farmakologi
och i infektionssjukdomar,
samt chef för stiftelsen
NEPI – Nätverk för
läkemedelsepidemiologi.*



Toviaz®
(fesoterodin)

- låt patientens behov styra dosen

Toviaz® minskar effektivt antalet trängnings- och inkontinensepisoder vid överaktiv blåsa.^{1,2} Toviaz® har signifikant dosrespons vilket ger ett spelutrymme att anpassa dosen efter hur patienten upplever effekten när behandlingen inletts.^{3*}



Toviaz® (fesoterodin) ATC-kod G04BD11 Urologiska spasmolytika. R. F. Indikation: Symtomatisk behandling av trängningsinkontinens och/eller ökad frekvens av blástömningar och/eller trängningar, som kan uppträda hos vuxna patienter med överaktiv blåsa. **Dosering:** Rekommenderad startdos är 4 mg en gång dagligen. Beroende på patientens svar kan dosen ökas till 8 mg en gång dagligen. Maximal dygnsdos är 8 mg. Full behandlingseffekt observerades mellan 2 och 8 veckor. **Kontraindikationer:** Överkänslighet mot den aktiva substansen, mot jordnötter eller soja eller mot något hjälpämne. Urinretention, Ventrikelretention, Okontrollerat trängvinkelglaukom, Myasthenia gravis, Svårt nedsatt leverfunktion (Child Pugh C), Samtidig användning av CYP3A4-hämmare hos individer med måttligt till svårt nedsatt lever- eller njurfunktion, Svårt ulcerös kolit, Toxisk megakolon. **Varningar och försiktighet:** För ingående beskrivning av varningar och försiktighet se www.fass.se. **Förpackningar och styrkor:** Depottablett 4 mg, 28 st, 84 st (blister), 90 st (burk). Depottablett 8 mg, 28 st, 84 st (blister) 90 st (burk). För prisuppgifter och ytterligare information, se www.fass.se. Senaste översynen av information 20120312. TOV120511PSE08.

Referenser: 1. Herschorn S et al. BJU Int 2010; 105(1):58–66. 2. Kaplan SA et al. BJU Int 2011; 107(9):1432–40. 3. Khullar V et al. Urology 2008; 71(5): 839–43.

*Rekommenderad startdos är 4 mg 1 gång dagligen. Beroende på patientens svar kan dosen ökas till 8 mg 1 gång dagligen. Maximal dygnsdos är 8 mg.



Pfizer AB
191 90 Sollentuna
Telefon 08-550 520 00
www.pfizer.se

