

# Patetiskt påstå att huvudmannen inget gör åt läkemedelsutbildningen!

II Som ordförande i en av landets läkemedelskommittéer förundras jag över att en vanligtvis välunderrättad kollega som Eva Nilsson Bågenholm på ledarplats i Läkartidningen 19/2004 fortsätter att som ett mantra upprepa att huvudmannen visar »flagrant avsaknad av vilja« och »inte tar sitt ansvar och betalar för läkarnas kompetensutveckling« etc, underförstått att det bara är läkemedelsindustrin som förstår behovet och ställer upp med utbildning.

## Landstingets metoder inte lika exklusiva

Genom mina kontakter med landets alla läkemedelskommittéer vet jag ju att huvudmannen, landstinget, gör en hel del. Men det sker inte alltid med industrins exklusiva metoder, som dessutom vanligen innebär att det är den för-

kätrade huvudmannen som får stå för både ledighet med lön och produktionsbortfall under utbildningen.

Landstingens läkemedelskommittéer har experter, terapigrupper, informationsläkare och informationsapotekare som tillsammans med lokala läkemedelsråd tar fram rekommendationslistor på läkemedel, håller terapiinriktade seminarier, gör besök ute på vårdcentraler och kliniker, informerar via sin läkemedelstidning, tipsar om producentobundna läkemedelswebbplatser, ordnar riktade utbildningar för angelägna områden.

## Läkemedelsutbildning allt viktigare

Varje vårdcentral, varje klinik har i sin budget (från huvudmannen) medel för utbildning av medarbetarna, som naturligtvis inte räcker till allt, men som ska

riktas till de områden som är mest angelägna för verksamheten. Läkemedelsutbildning borde vara ett av de mest angelägna områdena, ju mer decentraliserad läkemedelsbudgeten blir. Att denna utbildning måste balansera industrins marknadsföring av läkemedel är lika självklart.

Av den anledningen har vi t ex just startat en ny landstingsfinansierad utbildning, granskad av IPULS, gemensam för verksamhetschefer och ekonomer: Läkemedelsbudgeten – hot eller möjlighet? Finansiär: »Huvudmannen – landstinget«.

**Kerstin Hulter Åsberg**

*ordförande i Läkemedelskommittén,  
Landstinget i Uppsala län  
kerstin.hulter.asberg@lul.se*

## Replik:

# Efterlyses: landsting som erbjuder läkare opartisk utbildning!

II Kerstin Hulter Åsberg förundras över att Läkarförbundet fortsätter kräva att landstingen står för läkarnas utbildning. Om något landsting redan idag tar sitt fulla ansvar och erbjuder anställda läkare producentobunden läkemedelsinformation samt fortbildningsaktiviteter i den omfattning som behövs, vill vi gärna veta det. Våra medlemmar har inte märkt av detta ännu.

## Rapport från Socialstyrelsen

Jag önskar verkligen att vi inte skulle behöva upprepa att landstingen inte tar sitt ansvar för läkarnas fortbildning. Men enligt en rapport från Socialstyrelsen före jul står fortfarande läkemedelsindustrin för merparten av fortbildningen på läkemedelsområdet. Och så länge det är fallet kommer Läkarförbundet att jaga huvudmännen. Högt på vår önskelista står mer producentobunden information och utbildning om läkemedelsbehandling – kollegor efterfrågar detta i hög grad.

## Behovet måste utgå från verksamheten

Läkarnas fortbildningsbehov ska diskuteras och planeras tillsammans med ansvarig verksamhetschef. Läkemedelsindustrins utbildningar kan vara en del i fortbildningen, men behovet måste utgå från verksamheten, och de producentobundna utbildningarna borde definitivt vara i majoritet.

Att arbetsgivaren står för alla kostnader, oavsett utbildningsarrangör, borde

vara en självklarhet i en kunskapsintensiv verksamhet.

## Alternativ utbildning innan man förbjuder

Många landsting arbetar idag för att ta bort all industrifinansierad utbildning för läkare. Detta görs innan behovet av och tillgången på annan utbildning är klarlagt. Huvudmannen måste visa att man kan erbjuda alternativ innan man förbjuder någon utbildning. För patienternas skull får inte all fortbildningsverksamhet avstanna, den medicinska utvecklingen går snabbt och läkarkåren är angelägen om att hålla sig uppdaterad för att kunna bedriva bästa möjliga medicinska vård.

## Dags ta fram nationell läkemedelslista

Läkemedelskommittéerna har en viktig roll i att ta fram producentobunden information och utbildning. Många kommittéer är aktiva, men alltför mycket tid

ägnas idag åt att göra egna listor istället för att ta fram producentobundna utbildningar. Det är dags för en nationell lista så att de lokala kommittéerna kan lägga mer tid på utbildning för kollegorna. Det finns hög kompetens i kommittéerna och den kan användas bättre.

Det är mycket bra att man i Uppsala startat en landstingsfinansierad utbildning, men en utbildning räcker inte och speciellt inte om den bara riktas till verksamhetschefer.

Jag ser fram emot att landstingen och kommittéerna intensifierar sitt arbete med fortbildningsaktiviteter till läkarkåren. En stilla förhoppning är att landstingen en dag tävlar om att vara bästa arbetsgivare!

**Eva Nilsson Bågenholm**

*förste vice ordförande,  
Sveriges läkarförbund  
eva.nb@swipnet.se*

# Är läkare (och andra forskare) tvingade till en viss grad av hybris?

II Den medicinske rådgivaren i Västra Götalandsregionen Christer Enkvist har varit på riksstämman 2003 och konstaterar nu i sin krönika att »Läkarkåren lider inte så sällan av hybris« (LT 7/2004, sidan 586). Han »bevisar« sin generaliserande hypotes (»Alla skall ju visa ...« och »Alla känner ...«) genom att refere-

ra två (säger två) föredrag, där slutsatserna inte höll måttet när han granskade dem med sina argusögon. (Argos var i den grekiska mytologin en jätte med hundra ögon, som aldrig sov samtidigt.)

Här glömmes Enkvist allt om Sir Karl Popper och hans vita svanar, när han pådyvlar läkarkåren en allvarlig karaktärs-

brist. Man skulle bäst glömma detta påhopp om det inte omedvetet pekade på två allvarliga problem i det vetenskapliga systemet.

## »Publish or perish«

I de anglosaxiska länderna har »publish or perish« länge varit en barsk realitet. Denna realitet har också vunnit intåg i de nordiska länderna. För att kunna publicera resultat från sin forskning »tvingar« de flesta tidskriftsredaktioner författarna till att påvisa positiva resultat. Dessa är ibland utan praktisk betydelse även om de är prydda med nog så fina statistiska signifikanser.

Negativa resultat kan publiceras när de motsäger andra tidigare publicerade uppmärksammade resultat. Med andra ord – det är sällan meriterande att komma fram till negativa resultat, vilket heller inte leder till uppnående av nya forskningsanslag. Felet är således ofta systemets.

## Alzheimers sjukdom och nyfödda gnagare

I krönikan finns ännu ett påstående, som förtjänar att kommenteras: »Läkarkåren och forskarna lider inte sällan av hybris när de ser på sina möjligheter att med forskning åstadkomma det till synes omöjliga.«

Också här är det ofta fråga om systemfel. Anslagsbeviljande myndigheter tvingar forskare till en alltför hög grad av fantasifullhet, när de i sina ansökningar måste redogöra för kliniska eller andra tillämpade applikationer för sin grundforskning. Ett exempel på detta är att när amerikanska fonder började satsa på Alzheimers sjukdom skrev en del neurobiologer ordet »Alzheimer« ett flertal gånger i sina ansökningar, men fortsatte efteråt sin forskning på nyfödda gnagares hjärnor.

## En bred palett av forskning

Det till synes omöjliga uppnås oftast av en tillfällighet. Samhället måste ha råd med en bred palett av forskning – från grundforskning till utvecklingsarbete på små sjukhus – utan en stark innehållsmässig styrning från politiker och deras välmenande rådgivare.

**Andrus Viidik**  
professor emeritus,  
Wien, Österrike  
av@ana.au.dk

# Gör upp med Axel Oxenstiernas strukturer och lär av förändringarna i norsk sjukvård

I I Läkartidningen 9/2004 (sidan 750) presenteras ett förslag från Läkarförbundets centralstyrelse, som nu är ute på remiss. Förslaget innebär en mycket välkommen förändring i grunden av en gammal sjukvårdsstruktur, som inte håller för tidens krav.

Det är inte att ta till överord att det råder krisstämning inom den svenska sjukvården. Exempel på stora problem inom vården är många, t ex oacceptabelt långa väntetider, strukturförändringar tillkomna i all hast, i strid ström avhoppande landstingspolitiker/sjukhusdirektörer/landstingsdirektörer.

Från politiskt håll försöker man, ofta genom rena diktat, att i ren panik styra patientströmmar, genom att förhindra/försvåra remisser till specialister, genom att med »pekpinnar« styra akuta sjuka patienter till den egna akutsjukhusorganisationen, trots att det kanske finns mer närliggande och välfungerande sjukhus på andra sidan landstingsgränsen!

Allt detta är välkänt för de flesta. Listan på olika problem och märkliga åtgärder inom landstingsvärlden kan göras hur lång som helst!

## Axel Oxenstierna

Detta förhållande baseras på en snart 150 år gammal struktur, landstingsorganisationen med dess gränsdragningskultur, som i sin tur vilar på länsindelningen, som skapades i en helt annan tid, då Sverige såg helt annorlunda ut – Axel Oxenstiernas länsindelning av år 1634. Sveriges infrastruktur är givetvis helt annorlunda i dag!

Vi lever i en helt annan tid nu. Inte ens ländernas gränser är av samma betydelse som tidigare, åtminstone inte inom EU, som snart har 25 medlemsstater, vars ca 450 miljoner innevånare, åtminstone rent teoretiskt kan röra sig ganska fritt inom EU-territoriet.

Att bedriva sjukvård i vårt land i fortsättningen enligt den modell vi har nu tillhör en förgången tid. Eftersom vi ofta bevittnar att personer i ledande ställning, politiker och chefer inom landets landsting uppenbarligen varken kan, orkar eller vill upprätthålla sina positioner måste detta ju stå för något allvarligt systemfel. Nej, varför vara defensiv och bygga vindsydd när det blåser, när att bygga väderkvarnar är mer framgångsrikt, enligt ett kinesiskt ordspråk!

## Norge tänkte om

I Norge är primärkommunen huvudman för distriktsläkarorganisationen sedan

länge. Vad gäller sjukhus och specialistvård, förvaltade den norska motsvarigheten till våra landsting, fylke, detta fram till för drygt två år sedan. En flerårig turbulens kring förhållandena vid sjukhusen i Norge, lik den som pågår här, föranledde den dåvarande regeringen, utan något stort politiskt motstånd, att besluta om ett statligt övertagande. Vad detta innebär för patienten finns att läsa på [www.sykehusvalg.net](http://www.sykehusvalg.net)

Det viktigaste inslaget i detta ur patientsynvinkel är det fria sjukhusvalet; inga politiska diktat styr, utan patienten väljer själv var i landet man helst vill söka specialistvård utifrån vad man inhämtat angående kötid och vårdkvalitet.

## Vårdcentralerna till kommunerna

Vad gäller primärvården i Sverige är det logiskt att primärkommunen, som redan ansvarar för äldrevård efter Ädelreformen, undantaget läkarmedverkan, även tar över vårdcentralerna. En bättre samordning av det kommunala engagemanget i detta avseende uppnås därmed.

För patientens bästa, och för nationen, måste vi tänka i andra banor och bygga nya strukturer. I en krissituation är i regel nyorientering den bästa åtgärden i krisbearbetningen! Ett sätt är att följa exemplet Norge vad gäller sjukvårdens struktur!

Sveriges läkarförbund har gjort en mycket bra lägesanalys av situationen inom dagens sjukvård. Nu återstår finslipning av detaljer. Du som är medlem – tyck till på Läkarförbundets webbplats, [www.slf.se](http://www.slf.se)

**Jan Ulfberg**

docent, överläkare, Avesta  
[www.janulfberg@yahoo.se](mailto:www.janulfberg@yahoo.se)