

# Snälla, snälla, snälla ... stöd en ny utbildningsort för läkare i Sverige!

Att Sverige inte är självförsörjande för en stor yrkeskår som läkare är både unikt och högst osolidariskt mot andra länder. Sverige behöver en utbildningsort till. Örebro universitets ansökan om att starta läkarutbildning behöver fackligt stöd.

**S**ensommarens »Uppdrag granskning« i Sveriges Television om den kroniska läkarbristen pekade på Läkarförbundets brist på framsynhet när det gäller antalet utbildningsplatser. Tyvärr kan jag inte låta bli att känna mig lite träffad av kritiken; jag var som Uppsalastudent med i styrelsen för Medicine studenternas förbund (MSF) på slutet av 1980-talet och medger att det på Villagatan fanns en känsla av att risken för arbetslöshet var överhängande.

Mitt fackliga engagemang fortsatte efter AT i Värmland, och jag hade, liksom flera andra, svårt att få ST-tjänst på 1990-talet. Husläkarreformen, med dess betoning på kunden och lönsamheten, stod i fokus, och att utbilda nya specialister kunde »någon annan göra«, enligt arbetsgivarna. Då var det svårt att tro att vi skulle få leva med stafettläkareländet, vara medlem i EU och introducera nylegitimerade läkare av vilka mer än hälften har utbildats utanför Sverige.

**I retroskopet är det lätt att se** att Läkarförbundet, i stället för att bromsa, skulle ha förordat en ökning av antalet utbildningsplatser. Att Sverige inte är självförsörjande för en stor yrkeskår som läkare är både unikt och högst osolidariskt mot andra länder. Läkarutbildningen finns i dag på sex orter i landet och examinerar drygt 1 000 studenter per år. Det är för litet för att klara de pensionsavgångar som väntar, och därför kommer läkare utbildade i andra länder att behövas under en lång tid framöver.



**MIKAEL HASSELGREN**  
verksamhetschef, med dr,  
primärvårdens FoU-enhet,  
Landstinget i Värmland  
mikael.hasselgren@liv.se

**Jag har numera bytt till** arbetsgivar- och studierektorsperspektivet och på avstånd studerat Örebro universitets två senaste ansökningar om att starta läkarutbildning. Jag är förundrad över hur ansökningarna behandlas av staten – Högskoleverket, Utbildningsdepartementet men framförallt av våra andra medicinska universitet – och av Läkarförbundet.

Nu satsar Örebro tredje gången giltigt, den 15 oktober lämnas ansökan in till Högskoleverket, och om ett år kan 120 nya studenter påbörja sina läkarstudier i Örebro! Högskoleverkets kritik gällde initialt bristen på lärare inom prekliniska ämnen, en brist som Örebro har försökt att satsa sig ur genom att anställa professorer. Man har även sökt samarbete med andra medicinska universitet, ungefär som Linköping gjorde på 1980-talet, då man startade med en Uppsala-Linköping-linje.

Men övriga medicinska universitet vill inte samarbeta. Det är institutet i Solna som i praktiken hotar med att lägga ett hästhuvud i sängen hos den som vågar närma sig Örebro. Här finns givetvis krassa ekonomiska motiv – man vill inte dela med sig av de statliga ALF-medlen för klinisk forskning. Det krävs politiska och fackliga krafter som kan motverka de medicinska fakulteternas egenintresse och i stället se till samhällets och läkarkårens behov.

**En annan intressant kritik** från Högskoleverket var bristen på en sammanhållen pedagogik och att den modell som utvecklats i samarbete med universiteten i Maastricht och Glasgow är för komplicerad. Det blir en litet lustig kritik för den som minns att Linköping 1986 startade med det som då var nytt, komplicerat och modernt inom pedagogiken. Givetvis har Högskoleverket rätt i att det är en pedagogisk utmaning att utbilda läkare i Örebro. Samtidigt skul-



Foto: Sven Lindwall/Scampix

»Snälla, snälla, snälla ...« sjöng Caroline af Ugglas i Melodifestivalen. Mikael Hasselgren instämmer och uppmanar till stöd för Örebro universitets ansökan om att starta läkarutbildning.

le jag som studierektor känna mig mer bekväm med studenter utbildade i Örebro, oavsett pedagogik, än med dem som nu kommer med för mig okända utbildningar i Rumänien, Grekland, Tjeckien och Polen och som vården helt »okomplicerat« förväntas integrera.

**Utbildningsdepartementet** har genom enmansutredaren Olle Stendahl presenterat utredningen »Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården«. Förutom en missvisande titel – en total avsaknad av lyftning – har utredningen en mycket tydlig intellektuell anopsi för att Universitetssjukhuset i Örebro ens existerar eller det faktum att patientnära forskning bedrivs utanför de medicinska fakulteterna. Detta är, som jag ser det, bara uttryck för en strävan att bevara gamla hierarkier och att spetsforskning är det enda som räknas. Men det är inte den kliniska forskning, den utbildning eller den vård som Sverige behöver. Vi behöver läkare och forskare som har inriktning mot bassjukvård, evi-

densbaserad medicin och de stora folkhälsoproblemen i samhället i dag.

Läkarförbundet och även dagens MSF påpekar vikten av kvalitet framför kvantitet i läkarutbildningen, men problemet är att vi likt Toyota måste producera både många och goda exemplar. Det klingar dessutom falskt att hålla kvalitetsfanan högt när den nuvarande utbildningen på Karolinska institutet knappt fick godkänt av Högskoleverket och det går bra att regionalisera läkarutbildningen i Umeå till sjukhus i Sunderbyn, Öster-

sund och Sundsvall. Det är tydligen inte lika komplicerat som att starta en utbildning på ett relativt läkarkandidat-tomt universitetssjukhus i Örebro.

Men även med dagens ökade utbildningsvolym behövs en utbildningsort till. Jag håller med barnläkaren och rektorn för Örebro universitet Jens Schollin som säger: »Det finns en bortre gräns för hur många läkarstuderande som kan erbjudas klinisk praktik i vården i anslutning till de befintliga utbildningsorterna.«

Så snälla Sveriges läkarförbund, ge mig, mina kollegor i Västra Svealandsregionen och våra patienter hopp om en bättre situation! Då sakliga argument uppenbarligen inte har tillräcklig kraft behövs facklig och politisk vilja. Visa bättre omdöme, framsynthet och vilja till förändring än vad jag gjorde på min tid. Stöd Örebro universitets ansökan om en ny läkarutbildning!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## APROPÅ! Läkemedelsförsörjningen i låginkomstländer

# Indiens läkemedelsindustri hotas av frihandelsavtal

För närvarande (september 2009) pågår förhandlingar om frihandelsavtal mellan Indien och andra handelsblock, främst EU, EFTA och Japan. Förhandlingarna äger rum i tysthet, vilket kritiseras av indiska frivilligorganisationer. Bortsett från en liten grupp av förhandlare och lobbygrupper från industrin vet få vad som egentligen diskuteras.

**Förhandlingarna är** principiellt viktiga från hälsosynpunkt. Indien har tidigare värnat hårt om folkhälsoaspekter i sin patentlagstiftning och har förbehållit sig rätten att tillverka patenterade mediciner av vikt för folkhälsan. Dessa landvinningar är nu hotade. I samband med förhandlingar om frihandels-

avtal utövar rika länder regelmässigt påtryckningar för att förlänga patenträtten på läkemedel och minska möjligheterna att återopa folkhälsan för att tillverka mediciner.

I exempelvis Jordanien krävde USA att man skulle anta s k TRIPS-plus-regler om läkemedel för att landet skulle få tillträde till Världshandelsorganisationen (WTO). Resultatet blev kraftigt höjda läkemedelspriser men däremot inga investeringar.

**TRIPS betyder** »Trade aspects of intellectual property rights« och är en del av det paket som krävs av länder som söker medlemskap i WTO. Sedan 1986 har världens rika länder, ledda av USA, drivit en kampanj för

att intellektuell egendom ska ingå i olika frihandelsavtal. TRIPS är resultatet av detta.

För att möjliggöra tillverkning av generiska mediciner i världens fattigaste länder medgav den s k Doha-deklarationen att generiska läkemedel skulle kunna tillverkas av folkhälsoskäl och att export till andra fattiga länder skulle vara tillåten om vissa procedurer följdes. TRIPS-plus är däremot ett »tilläggs-paket« som USA och den internationella läkemedelsindustrin drivit fram och som hindrar fattiga länder att reglera läkemedelsindustrin och läkemedelspriserna.

**I mars i år varnade FN:s** speciella rapportör för rätten till hälsa, den indiske advokaten Anand Grover, för att TRIPS-

plus-normer leder till högre läkemedelspriser eftersom de skjuter upp eller begränsar generisk produktion.

**Förhandlingarna** i Indien är viktiga av ett annat skäl: Över 90 procent av patienter med livsuppehållande antiretroviral terapi i låg- och medelinkomstländer använder generiska läkemedel tillverkade i Indien. Vidare går 57 procent av läkemedelsexporten från Indien till låginkomstländer. Restriktioner i Indien kan därför få en omfattande verkan i dessa länder.

**Anders Jeppsson**  
läkare och antropolog,  
Socialmedicin  
och global hälsa,  
Lunds universitet, Malmö  
anders.jeppsson@med.lu.se