



bakjour. Vem ska bli bakjour? För kirurgerna är frågan akut. Subspecialisering, teknikutveckling och ett förestående generationsskifte hotar patientsäkerheten, varnar Svensk kirurgisk förening i samband med en workshop under mässan »Framtidens specialistläkare« i Malmö.

text: marie närliid foto: pontus tideman

Bakjour – en akut fråga

Vi har i Sverige en formaliserad och kontrollerad grundutbildning, AT och ST. Men sedan tar det slut, säger Peter Elbe, aktiv i Svensk kirurgisk förenings utbildningskommitté, när bakjourns kompetens diskuteras vid en workshop under »Framtidens specialistläkare« i Malmö i början av september.

– För er som är bakjourer och för andra som är på väg in: Vem bestämmer när ni ska bli bakjourer och varför? Frågar han deltagarna, ST-läkare och studierektorer från små och stora sjukhus företrädesvis i södra och mellersta Sverige.

– Bra fråga, finns det ett behov så slits man in i bakjour. Det är ett stort problem i vår specialitet att det inte finns några formella kriterier för vad vi ska kunna som bak-

jour, svarar Peter Milos, studierektor i Linköping och vice ordförande i Svensk neurokirurgisk förening, och kastar bollen vidare:

– Hur många har en skriftlig rutin för vilka kunskaper som behövs?

Kunskapsfrågan hanteras inte alls, svarar en kvinnlig endokrinolog vid medicinkliniken, lasarettet i Trelleborg.

På större universitetssjukhus har de medicinska färdigheterna som krävs fastställts, uppger en deltagare från Stockholm.

– Då har det börjat röra på sig. Men begränsningen är att det gäller medicinska kunskaper, av de mjuka delmålen



Peter Elbe



Karsten Offenbartl

finns ingenting alls. Och hur handskas man med bakjourer som inte är tillgängliga? undrar Peter Milos efter det att flera av de yngre

läkarna i gruppen luftat erfarenheter av att ha ställts inför denna situation.

Subspecialisering och snabb teknikutveckling tillsammans med ett generationsskifte när 40-talisterna går i pension sätter press på bemanningen. Kvalitetsskillnader i den geografiskt ojämlika vård som ges äventyrar patientsäkerheten, diskuterar Svensk kirurgisk förening. Bakjouren för kirurgin

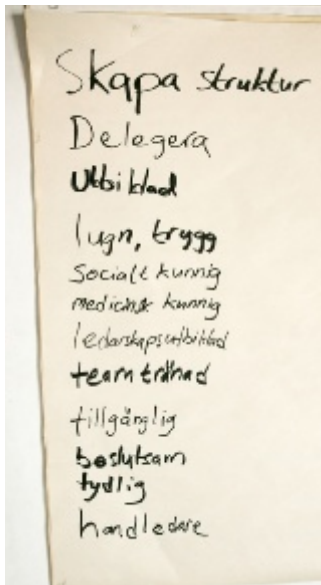
fungerar samtidigt som traumaledning.

– Uppfattar vi att vi på alla sjukhus i dag möter upp befolkningens förväntningar på kompetens? frågar Karsten Offenbartl, kirurg och mångårig bakjour vid Höglands sjukhuset Eksjö samt studierektor och en av initiativtagare till Svensk kirurgisk förenings bakjoursskola.

I England certifieras kirurger vart femte år under karriären och i Irland finns för specialutbildningen ett utbildningsprogram som löper under 6–9 år tid, och som innefattar utbildning i »human skills«, säger han.

I Sverige gör många kirurger debut som bakjour sommardag.

– En väldigt stor andel blir insläppt sommardag, av behov, inte av kompetens.



Vad ska en bakjour leva upp till? Önskelistan på vilka kvalifikationer bakjouren ska besitta är lång. Behovet är stort att på något sätt formalisera bakjourens kompetens. Det visade workshoppen vid mässan »Framtidens specialistläkare« i Malmö. Peter Elbe (ovan, t v), en av ledarna för workshoppen, och Ann-Cathrin Moberg, kirurg, en av deltagarna. Ovan t h: Karsten Offenbartl, initiativtagare till Svensk kirurgisk förenings bakjoursskola.

Samtidigt är kompetens en glidande förmåga, »precis som att du fortsätter att jobba inom din specialitet«.

Samtidigt som kompetenserna smalnas av – en bröstkirurg gör sällan gastrojobb i dag, finns en oro bland sjukhusens schemaläggare att färre vill äta sig bakjourns uppdrag:

– Jag är inte bara bakjour utan också schemaläggare. Hur många specialister kan man i gruppen hårbärgera som inte går bakjour? Bli det för många blir det tungt för resten, kommenterar en kvinna från Karolinska universitetssjukhuset.

Den fackliga lösningen på problemet är att låta arbetsinsatserna kosta:

– Bakjourens kompetens måste värderas högre. En del subspecialiserar sig hellre än



att gå bakjour. Det är för att bakjour inte värderas och ersätts tillräckligt, säger Marie Wedin, vice ordförande i Läkarförbundet, och fortsätter:

– Kan man koppla patientsäkerhet med att få en ordentlig ersättning skulle man kunna få upp frågan. Det skulle stå i varje klinisk årsredovisning att vi har si och så många kompetenta bakjourer.

Karsten Offenbartl låter sig dock inte nöja med det:

– Marie Wedin, det är inte bara en lönefråga. Det handlar om patienter. Den sista allmänskirurgen är snart död. Kunskapsmassan är så stor, allt vi ska kunna tekniskt och manuellt – ta till exempel invärtesmedicin. Frågan är hur vi seniora kirurger hjälper morgondagens kirurger –

utan att förlora för många på vägen.

Att det från patientsäkerhetssynpunkt inte är optimalt att ha hyrläkare som bakjourer råder enighet om. Katastrofrutiner är svåra att handlägga om man inte kan systemet. Samtidigt är verksamhetschefens ansvar en kompromiss mellan realiteter, kompetens, scheman.

– På verksamhetsnivå ska man ha en plan för att utbilda bakjourer. För kirurgi tror jag det är att det finns en nationell nivå där våra delföreningar har ett ansvar för vilket sätt man ska närma sig på. Alla kan inte lära sig alla operationerna. Som subspecialist har man gått vidare och kan inte behärska omfånget av tekniker, säger Karsten Offenbartl.

Marie Närlid

Bakjourns-kompetens under lupp

Läkarförbundet utreder läkares bakjourens kompetens. Uppdraget från fullmäktige är att i ett första steg klargöra vilken kompetens som krävs för att bli bakjour.

Läkarförbundet har tillsatt en arbetsgrupp som ska definiera vad som krävs för att arbeta som bakjour. Gruppen, som leds av Hans Hjelmqvist, ledamot i Centralstyrelsen och ordförande i Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, har fått i uppgift att ta fram förslag på vad som bör ingå i en bakjourns utbildning – generellt samt för respektive specialitet där bakjour ingår. Det första mötet hålls 28 september.

– Arbetet planeras vara klart till fullmäktige 2011, säger Turid Stenhaugen, utredare, Läkarförbundet.

Hon framhåller att förbundet inte tar ställning till bakjoursskolorna, utan arbetar generellt med utbildningsprogram.

Det var i fjol som frågan väcktes om en reglering av bakjourer.

Svensk kirurgisk förening yrkade i en motion till Läkarförbundets fullmäktige i



Turid Stenhaugen

december på att Centralstyrelsen ska arbeta för att bakjourens kompetens ska »tydligt definieras inom respektive verksamhet där bakjour finns«. Centralstyrelsen fick också i uppgift att se till att utbildningsprogram upprättas. Svensk kirurgisk förening ville med denna åt-

gärd täppa till det tomrum man tyckte sig ha identifierat för färdiga specialister. Men framför allt vill man höja patientsäkerheten och minska de stora kvalitativa skillnaderna i den vård som erbjuds. (Se vidare artikel intill från en workshop i ämnet vid »Framtidens specialistläkare«, konvent i Malmö.)

Frågan om att reglera bakjour är inte enkel. Centralstyrelsen valde också att ducka när man i ett yttrande till motionen om att reglera bakjourer ansåg frågan besvarad. CS framhöll i yttrandet att man gärna ser att de bakjournsskolor som redan finns utvecklas och sprids genom IPULS i samråd med berörda specialistföreningar – men att det kan vara svårt att definiera en bakjournskompetens på nationell nivå.

Behovet av formaliserad kompetensutveckling för färdiga specialister sorterade CS i sitt yttrande in under »det livslånga lärandet«. Individuella utvecklingsplaner är en fråga för arbetsgivare att upprätta i samråd med medarbetare utifrån verksamhetens behov, påtalade CS.

En tydlig förtjänst såg dock CS med förslaget: att en tydligare beskrivning av bakjournskompetens skulle kunna utgöra en viktig grundsten i den ansvarskod som numera användas för befattningsklassificering i den partssammansatta lönestatistiken.

Fullmäktige gick på kirurgernas linje. Bakjournsskolorna, som startats inom kirurgi och är på gång även för obstetrik och gynekologer, syftar till att yngre läkare får en adekvat bakjournsutbildning och att befintliga bakjourer bibehåller och utvecklar sin bakjournskompetens. Marie Närlid

Genterapi mot ögonsjukdomar snart verklighet i Sverige

I Lund är planerna långt framskridna på att börja med genterapi mot retinitis pigmentosa, en samling ärftliga ögonsjukdomar som förstör näthinnan för människor i ung ålder. Det blir då första gången genterapi mot en degenerativ sjukdom genomförs på människor i Sverige.

Ett stort steg inom svensk genterapi håller på att tas vid Lunds universitet. För första gången kommer degenerativa sjukdomar i det centrala nervsystemet att behandlas med genterapi.

– Vi planerar för genterapiförsök vid ögonklinik i Lund. Inom ett till två år gör vi den första operationen, säger Sten Andréasson, professor, överläkare och avdelningschef för oftalmologienheten i Lund.

Till en början handlar det om forskning, men om det faller väl ut kommer det att



Sten Andréasson

leda till klinisk behandling. Själva ingreppet beskriver Sten Andréasson som en ren rutinoperation. Ett litet hål görs i näthinnan, där den ade-noassocierade virusvektorn sprutas in. Virusets »smittar« sedan cellerna i näthinnan med den friska genen som börjar uttrycka det saknade proteinet eller enzymet.

– Sedan ska det inte behövas fler operationer, säger Sten Andréasson.

De stora frågorna handlar i stället om hur stor effekten blir och hur länge den sitter i – det finns patienter i USA

Varannan nyanställd läkare utbildad utomlands

Nästan hälften av de nylegitimerade läkare som började arbeta i svensk sjukvård 2008 hade utländsk examen, huvudsakligen från EU-länder med Grekland, Polen och Tyskland i topp. En av tio utlandsutbildade hade tagit examen utanför EU.

Socialstyrelsen har för Nyhetsbyrån Siren tagit fram statistik över antalet nyanställda nylegitimerade läkare 2007–2008. Man har också tagit reda på var de nylegitimerade läkarna som anställdes dessa år har fått sin utbildning – och var i landet man fått anställning.

2008 nyanställdes i Sverige totalt 1833 läkare. Hälften, 48 procent, av dessa hade utländsk utbildning. Nio av tio läkare i denna grupp var utbildade i EU-länder, med

Grekland, Polen och Tyskland i topp, medan var tionde nyanställd läkare var skolad utanför EU. I denna senare grupp dominerar läkare från Irak stort.

Antalet nylegitimerade läkare från Grekland som började läkartjänst i Sverige steg kraftigt mellan 2007 och 2008, från 65 till 130 personer. En förklaring kan vara att det skedde i samband med Bulgariens och Rumäniens inträde i EU, varefter konkurrensen om läkartjänster i Grekland hårdnade; väntetiden för en ST-plats kan gå upp mot tio år.

Ökningen av nyanställda med utbildning från Polen och Ungern (från 97 år 2007 till 175 2008) speglar däremot de första kullarna av svenska medborgare som lä-

Läs mer Tabell över utlandsutbildade läkare i samtliga landsting finns i anslutning till artikeln på www.lakartidningen.se.

ser sin utbildning utomlands (se LT nr 29/2010, sidorna 1680-3, samt LT nr 44/2008, sidorna 3096-102). Sveriges och Norges generösa studiemedelssystem innebär att studerande får ta med sig studiebidraget vid studier utomlands. Detta har öppnat en exportmarknad för forna östländer vad gäller medicinsk utbildning.

Socialstyrelsen har också tagit fram länsvis statistik över nyanställda med utlandsexamen. Högst andel utlandsutbildade nyanställda hade 2008 Gävleborgs län, där nästan tre av fyra (74 pro-



Bilden visar degenerativa förändringar med pigmentansamlingar och ställvis avsaknad av näthinnekärl.



Frisk ögonbotten.

som behandlades för fyra år sedan, fortfarande med effekt – eller om viruset kan ta sig in i hjärnan och orsaka biverkningar, något som inte har setts hittills i de internationella fallen.

Retinitis pigmentosa är den vanligaste orsaken till grava synskador hos personer i yrkesverksam ålder. Men det är inte en sjukdom utan ett

hundratals eller ännu fler genetiska defekter som var och en kan orsaka den degenerativa av näthinnsans celler och bildningen av pigmentklumpar i ögonbotten som kännetecknar patienterna. Man tror att det finns cirka 4 000 personer i Sverige som lider av någon form av ärftlig näthinnesjukdom. Över 2 900 av dem finns i Retinitis pigmentosa-registret i Lund, där

Sten Andréasson och hans kollegor sedan 1990 har samlat alla patienter från specialistcentret i Lund samt många patienter från resten av Sverige och Skandinavien.

Registret är också en av anledningarna till att forskargruppen i Lund nu är högt intressant i genterapisammanhang. Av etiska skäl vill man nämligen först behandla patienter med viss funk-

tion kvar i näthinnan, men där synen med säkerhet kommer att bli sämre.

– Vi har under lång tid kartlagt släkterna som lider av dessa sjukdomar, och vi vet hur deras sjukdomar kommer att utvecklas, säger Sten Andréasson.

En amerikansk studie på genterapi med genen RPE65 visade förra året att effekten var större ju yngre patienterna var, och en åttaårig pojke återfick nästan normal ljuskänslighet efter behandlingen. Men det är inte barn som kommer att behandlas i Lund, åtminstone inte till en början.

– Jag tror absolut att man kan rädda mer hos barn eftersom dessa celler dör efter hand. Men när vi nu går in med nya gener så vill vi inte gärna utsätta barn för den risken, utan vi börjar med äldre patienter, säger Sten Andréasson.

Fredrik Hedlund

TABELL 1. Nyanställda läkare med svensk eller utländsk utbildning redovisade efter första sysselsättningsår i hälso- och sjukvården 1 november efter utbildningsland 2007 och 2008.

Utbildningsland	2007	2008	Totalt
Sverige	909	949	1 858
EU/EES	457	683	1 140
Tredje land	171	201	372
Totalt	1 537	1 833	3 370
Därav*			
Grekland	65	130	195
Tyskland	93	97	190
Polen	54	101	155
Ungern	43	74	117
Rumänien	47	56	103
Danmark	32	49	81
Irak	39	40	79
Island	21	28	49
Italien	8	23	31
Norge	10	16	26
Bulgarien	12	12	24
Ryssland	12	12	24
Storbritannien	4	5	9

* Av läkare utbildade utanför EU har Socialstyrelsen bara statistik för Irak och Ryssland när det gäller första sysselsättningsår. Dessa länder hamnar dock i topp även när det gäller nyligitimerade läkare med utbildning från länder utanför EU 2005–2009.

Källa: Socialstyrelsen

cent) hade utbildats utanför Sverige. Högt ligger också Värmlands län (65,5 procent)

och Blekinge län (62,5 procent).

Marie Närlid



Barbro Westerholm (FP)



Anders W Jonsson (C)



Finn Bengtsson (M)

Tre läkare i nya riksdagen

Inga nya läkare har valts in i riksdagen, däremot har tre av de läkare som satt i den gamla riksdagen återvalts för en ny fyraårsperiod. Det gäller Barbro Westerholm (FP), Finn Bengtsson (M) samt Anders W Jonsson (C).

Däremot blev inte tidigare moderaten Göran Thingwall, numera SPI, återvald. Eftersom Lennart Levi (C) inte ställde upp för återval betyder det att antalet läkare i riksdagen minskar från fem till tre.

Till Läkartidningen (nr 24–25/2010) har Barbro

Westerholm tidigare uppgivit att hennes hjärtefrågor är äldre frågor, vård och behandling för personer med sällsynta diagnoser samt bemötandet av HBT-personer.

Finn Bengtsson berättade att han bland annat ville driva frågan om ett försäkringsbaserat, statligt finansierat sjukvårdssystem samt införande av passiv organ donation, medan Anders W Jonsson nämnde patientsäkerheten och ojämlikheten i vården – både social och geografisk – som viktiga frågor.

Michael Lövtrup

Mikael Hasselgren ny medicinsk redaktör

Mikael Hasselgren, FoU-chef för primärvården i Landstinget i Värmland, är ny medicinsk redaktör på Läkartidningen med ansvar för allmänmedicinområdet.

Mikael Hasselgren är 46 år, specialist i allmänmedicin, »stockholmare i grunden« men sedan 18 år bosatt i Värmland. När han fick frågan om han ville bli ny redaktör för allmänmedicin blev han väldigt glad, säger han.

– Läkartidningen är den viktigaste kommunikationskanalen inom den svenska läkarkåren. För min egen del är Läkartidningen mitt sätt att hänga med, nu när jag inte har lika mycket tid att gå på utbildningar som när jag var yngre.

2005 disputerade Mikael Hasselgren på en avhandling om astma ur ett epidemiologiskt perspektiv. I dag koncentreras den egna forskningen i huvudsak till den så kallade Selma-studien, en kohortstudie där tanken är att följa barn från födelsen och framåt för att studera sambandet mellan miljöfaktorer och utvecklingen av astma och allergi.

Uppdraget som FoU-chef för primärvården i Värmland, som är på halvtid, kombinerar Mikael Hasselgren med att arbeta som distriktsläkare i Munkfors. Vårdcentralen har inte haft en ordinarie läkare på fyra år. Nu försöker



Foto: Michael Lövtrup

Mikael Hasselgren, specialist i allmänmedicin, är ny medicinsk redaktör på Läkartidningen.

man vända trenden genom att göra enheten till utbildningsvårdcentral för EU-läkare enligt ett koncept från Skäggetorps vårdcentral i Linköping.

Att ge terapi åt vårdcentraler i kris har blivit något av Mikael Hasselgrens specialitet. Innan han kom till Munkfors arbetade han under närmare tio år vid vårdcentralen i Kronoparken – »Karlstads Rinkeby«. När han kom dit avlöste stafettläkarna varandra. Sedan fem år är bemanningen stabil.

– Det finns ingen »quick fix« för att vända utvecklingen, som att bara höja lönerna, utan det handlar om flera små saker som att hitta bra chefer, satsa på ST- och AT-läkare och att skapa arbetsglädje.

Som allmänläkare är det med belåtenhet som Mikael Hasselgren konstaterar att det politiska intresset för primärvården ökat, inte minst genom vårdvalsreformen.

Han ser gärna att Läkartidningen hakar på den utvecklingen och bidrar med studier som jämför exempelvis regelverk och ersättningsmodeller.

– Vad gör man runtom i landet? Vad fungerar bäst? Hur ska vi få betalt? Ska vi ha en nationell modell eller olika i olika landsting?

Vetenskapliga tidskrifter har Mikael Hasselgren hittills kommit i kontakt med endast som skribent. Han ser fram emot att nu få vara med i processen med att följa vad som kommer in och välja ut vad som ska publiceras.

Medievana i generell mening finns det däremot gott om i familjen – hustrun Gunnilla medverkar sedan sju år i SVT:s »Fråga doktorn«. Att programmet har stort genomslag märker han som läkare på att patienter ofta ställer frågor utifrån programmet.

Överhuvud är det tydligt att patienter är mer informerade i dag, menar Mikael Hasselgren, inte minst tack vare webben.

– Det är en bra utveckling. Vi läkare kan inte vila på vår auktoritet utan måste argumentera.

Michael Lövtrup

Vårdens undantag i förvaltningslagen kan slopas

I ett betänkande från förvaltningslagsutredningen föreslås att nuvarande undantag när det gäller hälso- och sjukvården slopas. I dag finns en begränsning i förvaltningslagen av möjligheterna till överklagande när det handlar om »ärenden i första instans som avser hälso- och sjukvård«. Skälet är svårigheten att skilja mellan det som är ärendehandläggning och det som är så kallat faktiskt handlande.

Utredningen menar att dessa svårigheter är överdrivna. Läkarförbundet påpekar dock i ett remissvar att den föreslagna förändringen inte får leda till att beslut om att exempelvis neka en patient viss behandling underkastas en onödigt formell och tidskrävande handläggningsordning, bara för att uppfylla krav på kommunikation och överklagandeförfarande. ■

Oklart om samband mellan vaccin och narkolepsi

Efter att ha gått igenom tillgänglig information konstaterar den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA att det inte går att dra några slutsatser om eventuella orsakssamband mellan influensavaccinet Pandemrix och narkolepsi, och att ytterligare studier därför behövs.

I EU har hittills 81 fall av narkolepsi efter vaccination med Pandemrix rapporterats från sjukvården, varav merparten, 64 stycken, i Finland och Sverige. ■

Läkemedel med rosiglitazon dras in i hela EU

Läkemedel med rosiglitazon dras in tillfälligt i hela EU. Det meddelade den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA i slutet av förra veckan.

Anledningen till beslutet är att rosiglitazon kan öka risken för hjärt-kärlsjukdom. Läkemedelsverket uppskat-

tar att omkring 5 000 patienter i Sverige för tillfället behandlas med rosiglitazon och rekommenderar ansvariga läkare att ta reda på vilka och erbjuda dem annan behandling.

Enligt Läkemedelsverket kommer försäljningen av Avandia och Avandamet, de två rosiglitazonpreparat som



Kan öka risken för hjärt-kärlsjukdom.

säljs i Sverige, att upphöra under de närmaste månaderna. ■

Fel val av diabetesläkemedel kan vara ödesdigert

Det finns idag få läkemedel som specifikt korrigerar en central defekt vid diabetes typ2, insulinresistens. Nya data tyder alltså på att det inte finns någon anledning att vänta på ett sådant läkemedel, rosiglitazon, när det finns ett alternativt som nästan likt är säkrare.

Tilläggskommentar
Sådan information som inte finns i denna artikel kan vara viktig för dig. Kontakta din läkare för mer information.

Läs mer Se även debattartikel sidan 2300. ■