

Professor skyldig till grovt forskningsfusk, anser KI

Vetenskapsrådets expertgrupp för oredlighet i forskning slog i september i fjol fast att en tidigare professor vid KI gjort sig skyldig till mycket allvarlig oredlighet i forskningen, bland annat genom att i flera manus och artiklar manipulera data för att förstärka resultaten, se LT nr 38/2010, sidan 2224.

KI kommer nu efter ytterligare beredning, där man bland annat låtit en advokatbyrå granska expertgruppens arbete, fram till samma slutsats. Man kommer därför att gå vidare och granska en avhandling där de felaktiga uppgifterna redovisats. Därutöver fortsätter man att utveckla rutiner för forskningsdokumentation.

Ansvaret för eventuella disciplinåtgärder mot professorn ligger hos hennes nuvarande arbetsgivare, Göteborgs universitet. Professorn har begärt en överläggning med arbetsgivaren, vilken kommer att hållas inom kort. Innan dess lämnar man inga kommentarer i fallet, uppger universitetets kommunikationsansvarige.

Saken kompliceras av att det mesta av fuskets skett vid KI, som professorn inte längre har någon anställningsrelation till. När det gäller den allvarligaste anklagelsen, att professorn ska ha producerat falska dokument för att vilseleda Vetenskapsrådets expertgrupp, begicks detta dock efter att professorn påbörjat sin anställning i Göteborg.

Michael Lövttrup

Fler insatser inom rehabgarantin

Fler patienter fick hjälp vid långvarig smärta, ångest och depression under 2010 än under 2009. Det uppger Sveriges Kommuner och landsting, SKL, i ett pressmeddelande. KBT-behandlingarna inom ramen för rehabiliteringsgarantin var drygt 40 procent fler i fjol än 2009. Totalt utfördes 44 101 behandlingar för personer med ångest, depression eller stress 2010.

Insatserna för personer med långvarig, diffus smärta har också ökat. 7 751 personer fick i fjol multimodal rehabilitering, vilket enligt SKL är 23 procent fler än 2009.

Marie Närlid

var inte bra för njurarna, men då blev ju värken alldeles galen.

Doktorn: Då får man kompensera med något annat.

Linnea: Ja, det gjorde han, men det hjälpte inte och den har jag fortfarande. Jag saknar den där tabletten, den hade ett väldigt långt namn som jag inte kommer ihåg.

Anders Erikson säger att i ett litet samhälle som Emmaboda är patienterna ofta ovilliga att åka in till sjukhuset, i det här fallet till Kalmar, sex mil bort.

– De tycker det är bökigt. Kommer de till mig är det inte för att få en remiss utan för att vi ska kunna fixa det på plats.

Men det betyder också att distriktsläkaren får ett stort ansvar.

– Det är kul att kunna axla, och det blir faktiskt lättare att se till helheten. För ju fler vårdaktörer som är inblandade, desto fler mediciner blir det.

Men Anders Erikson tyck-

er att det är viktigt att ha en förståelse för hur slutenvården arbetar när patienterna väl läggs in.

– De ska ha korta vårdtider och måste lösa problemen fort. Då sätter man kanske in en medicin som är bra just då. Sedan går tiden, och den är kanske inte den bästa längre. Då är det min uppgift att se till att den sätts ut.

När Sveriges Kommuner och landsting presenterade Öppna jämförelser 2008, Vård och omsorg av äldre, var andelen patienter, 80 år och äldre som behandlas med tio eller fler läkemedel, lägst i Emmaboda med 6,4 procent. Det svenska genomsnittet låg på 14,2 procent.

I motsvarande undersökning som presenterades förra året låg Emmaboda kvar på samma andelstal, men nu hade flera kommuner gått om. Ljusnarberg i Örebro län och Jokkmokk i Norrbottens län hade 4,7 procent. Dessutom har den generella siffran sjunkit till knappt 12 procent.

tar emot färre patienter

väl äldre som kroniskt sjuka patienter.

– Jag är övertygad om att en bra årlig kontakt och uppföljning kan minimera de andra besöken.

Hon berättar att man nyligen, som första hälsocentral i landstinget i Kalmar län, anställt en äldresjuksköterska.

– Hon är redan överöst med arbete, säger Iréne Öberg.

Äldresjuksköterskan har en lång befattningsbeskrivning som inkluderar att hon är delaktig i arbetet med äldres läkemedel.

Hälsocentralen har fyra anställda distriktsläkare, två på heltid, en på 80 procent, en på 50. På hälsocentralens lista finns cirka 6 900 patienter. Ungefär 500 är över 80 år.

– Det fattas 1,3 läkartjänster, men det har fungerat ändå eftersom vi har ST-läkare och AT-läkare här hela tiden. Men så ska det inte behöva vara, säger Iréne Öberg.

Hon skulle vilja att ingen av »hennes« läkare hade fler än 1 500 patienter på sin lista.

– Jag tror på idén att göra rätt från början. Inte behöva ta tillbaka patienten utan ha tiden man behöver från början för de här patienterna. Då skulle läkarna också få mer tid för äldre och läkemedel.

Dessutom anser Iréne Öberg att det vore bra om distriktsläkarna hade i genomsnitt nio patienter om dagen och att de jobbade varje dag.

– Om du har för mycket patienter, då behöver du sitta kvar på kvällen för att ta hand om papper och prov-

Anders Erikson berättar själv stolt om Emmabodas siffror men säger samtidigt att för den enskilda patienten finns inget egenvärde i att vederbörande framför allt ska ha få mediciner.

– Huvudsyftet är att de ska ha rätt mediciner. En del behöver tio tabletter om dagen för att må bra.

Doktorn: Jag skriver lite om vad vi har sagt i dag, och så skickar jag det till Tove. Så tar hon prover och vi tittar på socker och salt och blodvärdet.

Linnea: Det brukar vara dåligt.

Doktorn: Men du har rätt fin färg på kinderna. Jag skriver ett brev till dig med svar på proverna. Jag gör ändringar i din medicinlista, så nästa gång som du får de här rullarna från apoteket så är det lite annorlunda. Sedan får vi se hur det går, om det blir någon bättring. Är du inte nöjd får vi ändra igen, men tanken är att du ska kunna ha mindre ont.

Linnea: Ja, det vore skönt. ■

svar, och då måste du vara ledig en dag för det. Och det tror jag inte gynnar systemet. Det är bättre att vi är på jobbet.

Iréne Öberg tror att arbetssättet med färre listade patienter per doktor och en äldresjuksköterska på hälsocentralen kostar mindre i längden.

– Ett fungerande samarbete med den kommunala vården och att doktorn gör ordentliga läkemedelsgenomgångar är också framgångsfaktorer. Det tar mer tid i början, men blir enklare sedan. Och tid är ju pengar.

Sara Gunnarsdotter

I läs också Läkartidningen nr 6/2011, sidorna 258-61 på Lakartidningen.se

Infrastrukturminister Elmsäter-Svärd om sjuktransporter i Norrlandstingen:

Viktigt med tillgängliga flygplatser

Viktiga flygplatser ska vara tillgängliga dygnet runt för akuta sjuktransporter med ambulansflyg. Det lovar infrastrukturminister Catharina Elmsäter-Svärd efter att ha blivit uppvakad av representanter från de fyra nordligaste landstingen.

– Vi har nu satt igång ett arbete för att hitta en långsiktig, hållbar lösning. Jag håller med Norrlandstingen om att patientsäkerhetsperspektivet måste väga tyngst, säger Catharina Elmsäter-Svärd.

Norrlandstingens regionförbund – Jämtland, Norrbotten, Västerbotten och Västernorrland – har lyft frågan om tillgången till nattliga flygtransporter.

Det har blivit allt svårare under senare år att nyttja flygplatser för ambulansflygtransporter, vilket enligt överläkare Helge Brändström, som är flygmedicinskt ansvarig inom Västerbottens läns landsting, har flera orsaker.

– Antalet statligt drivna flygplatser är färre än tidigare och för både statliga och kommunala flygplatser har vi sett en utveckling mot att man inte har pengar för att

hålla dem öppna i tillräcklig omfattning.

– Det har också blivit betydligt svårare att få klartecken för viktiga ambulansflygtransporter. Tidigare räckte en kontakt med flygplatsansvariga, nu måste vi separat få godkänt med både flygplatsägaren, staten eller kommunen, och de i sin tur med Luftfartsverket för att ordna flygledning, snöröjning och att öppna flygplatsen.

Osäkerheten är frustrerande för akutsjukvården, tillägger Helge Brändström. Patient-säkerheten hotas i enskilda fall, och situationen har lett till lex Maria-anmälningar.



Helge Brändström

Han pekar på ett pedagogiskt problem i arbetet med att värna ambulansflyget.

– Jag möter ibland uppfattningen att man tror att ambulanshelikoptrarna ger en tillräcklig beredskap, men vi behöver verkligen ambulansflyget som ett komplement, inte

minst när väderförhållandena är sådana att helikoptrarna inte kan lyfta. Under ett år hade vi 70 ambulansflyguppdrag mellan 20 och 07 på dygnet, och det handlar nästan uteslutande om direkt livshotande tillstånd.

Merparten av ambulansflygtransporterna sker till Norrlands universitetssjukhus i Umeå, men Helge Brändström uppskattar att ungefär en tredjedel har specialistvården i Göteborg, Lund och Uppsala som destination. Det gäller exempelvis svåra brännskador och barn med hjärtsjukdomar.

Att Norrlandstingen nu valt att lyfta frågan nationellt hänger ihop med att man upplever att ingenting hänt sedan Transportstyrelsen lämnade ett förslag 2009 om att staten ska garantera beredskapen dygnet runt på tio flygplatser.

– Förslaget är ett steg i rätt riktning, och för norrländsk del skulle det garantera tillgången till fyra flygplatser vid våra universitets- och länsjukhus samt Kiruna. Men det löser inte alla problem, för det kommer ändå



Ambulansflyg.

att finnas kvar akutsjukhus som Gällvare, där man inte har dygnet runt-tillgång till sin flygplats, säger Helge Brändström, som är nöjd med den diskussion som man fått igång med regeringen.

Catharina Elmsäter-Svärd, som är nytt statsråd efter valet i höstas, säger att problemen med akuta sjuktransporter med ambulansflyg kom som en nyhet.

– Jag kan inte ange någon tidsplan, men vi arbetar för fullt på departementet med att hitta en lösning, säger hon.



Catharina Elmsäter-Svärd

Fredrik Mårtensson

SLF: Varning för »alternativ KAP-KL«-pension

Gå inte med på så kallad alternativ KAP-KL som tjänstepensionslösning om du är anställd hos privat arbetsgivare som är ansluten till arbetsgivarorganisationen Pacta. Läkarförbundet varnar för att privata värd företag anslutna till Pacta försöker använda särskilda bestämmelser som kan ge sämre pension.

Dessa undantag ska bara tillämpas för förvaltningschefer/arbetstagar med motsvarande funktion eller särskilda fall där man är överens om en annan lösning. Det kan

till exempel handla om en person som är i slutet av sitt yrkesliv och som vill vara kvar i en annan pensionsplan.

– Men nu börjar arbetsgivare erbjuda denna lösning på bred front, och prövar inte tillämpningen för varje enskild person, säger Cecilia Curtelius Larsson, handläggare vid Läkarförbundets avdelning Arbetsliv och juridik.

Läkarförbundet uppmärksammar frågan efter att ha fått samtal från medlemmar som erbjudits »alternativ

KAP-KL«, i anställningsavtal med privata företag, anslutna till arbetsgivarorganisationen Pacta.

Medlemmar har ringt och undrat efter att ha fått ett anställningsavtal som de inte har förstått.

Det handlar om formuleringen: »detta avtal ingås med stöd av KAP-KL, bilaga 2, särskilda frågor KAP-KL, punkt 1«.

Har Pactaanslutna företag rätt att göra så här?

Nej, de måste göra en prövning i varje enskilt fall. De särskilda lösningarna avser

läkare som är i slutet av yrkeslivet och har gått på en annan pensionsplan eller om anställningen avser en högre chef såsom förvaltningschefer eller dylikt.

Vad råder Läkarförbundet berörda medlemmar att göra?

– Att de kontaktar oss på Läkarförbundets medlemsrådgivning.

Marie Närlid

från Iakartidningen.se

En längre version finns att läsa på vår webbplats.