



Universitetssjukhuset i Lund.



Universitetssjukhuset i Malmö.

Ett sjukhus eller två – professorer oeniga

Positioneringen inför ett eventuellt beslut om att koncentrera universitetssjukvården i Skåne är i gång. Tio ledande företrädare för medicinska fakulteten vid Lunds universitet varnar för utarmning av den ort som förlorar den högspecialiserade vården. 47 lundaprofessorer kräver tvärtom stopp för profileringsprocessen och välkomnar en sammanslagning.

I ett brev till regionstyrelsens arbetsutskott som under-tecknats av ett tiotal professorer vid Lunds universitets medicinska fakultet – däribland dekanus, prodekanus och prefekterna vid såväl Lunds som Malmös institutioner – kritiseras tankarna på att koncentrera all högspecialiserad sjukvård i Skåne till ett sjukhus. I stället vill man att profileringen av de två universitetssjukhusen i Lund och Malmö fortsätter.

Det är viktigare att den högspecialiserade vården är samlokaliserad med basvården inom samma specialitet än

med andra specialiteter som den inte har så mycket gemensamt med, anser professorerna, som befarar att ett högspecialiserat sjukhus skulle medföra ständiga förflyttningar av patienter, personal och studenter. Det sjukhus, Malmö eller Lund, som blir utan högspecialiserad sjukvård skulle dessutom riskera att utarmas och förlora sin status som universitetssjukhus.

Den uppfattningen delas inte av 47 lundaprofessorer i det så kallade kliniska professorskollegiet, som tidigare under våren skickade ett brev till regionstyrelsen där de tvärtom krävde stopp för profileringsprocessen, som de anser skapar stora problem vad avser logistik, patientsäkerhet, vårdkvalitet och läkarutbildning. I ett längre perspektiv, menar de, bör målet vara att den högspecialiserade vården koncentreras, förslagsvis i form av ett nytt sjukhus i närheten av ett kommande Medicin Village i Lund.

Michael Lövtrup

från Läkartidningen.se

Läs fler artiklar på vår webbplats.

- Ett tredje universitetssjukhus välkomnas
- Skånska klinikchefer i upp-rop mot sparkrav
- Verifierat samband mellan Pandemrix och narkolepsi
- Protest mot slimmad vård

- Ytterligare steg mot kom-munal hemsjukvård
- Marie Wedin välkomnar riksdagsbeslut
- Uppgårelsen med Thomas Zilling JO-anmäld

några frågor till ...

Ylva Böttiger, styrelseleda-mot i den ny-startade stiftelsen SIDI, Swedish institute for drug informatics. Ylva Böttiger är docent i klinisk farmakologi och överläkare samt chef för Läkemede-ls-informationscentralen vid Karolinska universitetssjukhuset. Hon är också en av Läkartid-ningsens medicinska redaktörer.



Vad är SIDI?

– En stiftelse som i samarbete med akademien vill tillgänglig-göra oberoende läkemede-ls-information både i Sverige och världen. Ån så länge har stiftel-sen en webbplats och en sökmo-tor för läkemede-lsinformation, »Drugle«, som görs tillgänglig via webbplatsen (sidi.se). Sedan är det tänkt att stiftelsen ska kunna ta på sig uppdrag, till exem-pel från myndigheter, forsk-ningsuppdrag eller uppdrag att skapa öppna och obundna infor-mationskällor.

Varför har ni startat SIDI?

– Vi är alla överens om att be-hovet av strukturerad och tro-värdig läkemede-lsinformation är stort. Det är jättesvårt att veta vad som är evidensbaserad in-formation och vad som är re-klam. Vi har det hyggligt för-spänt i Sverige, men motsvarig-heten till t ex Fass finns inte på andra håll i världen. Vi ser att det finns ett behov och tror att vi kan skapa något.

En stiftelse får inte vara vinst-driven och har en lagstadgad revision av att den drivs i enlig-het med sitt ändamål. Den kan fylla en nisch i förhållande till företag och myndigheter, anser Ylva Böttiger.

– Läkemede-lsföretagens in-formation är inte oberoende. Myndigheterna tillhandahåller information, men deras uppdrag är väldigt väl definierat och be-gränsat av lagar och regler, och det tar lite längre tid att komma fram i processer. Där kan en obero-ende stiftelse fylla en funk-tion. Man kan snabbt plocka upp och sprida viktiga forskningsre-sultat.

SIDI ska enligt stadgarna kunna ta emot bidrag från orga-nisationer och privatpersoner

och samtidigt vara oberoende. Hur?

– Vi diskuterar att söka peng-ar från Vinnova, Sida och Bill Ga-ges Foundation, men det är stif-telsens stadgar som reglerar hur pengarna används.

Hittills har finansieringen be-stått av styrelseordföranden och professorn Lars L Gustafssons forskningsmedel, som bekostat utvecklingen av Drugle som en del av forskningsprojekt vid Karolinska institutet. Han har se-dan överlåtit sökmotorn till SIDI.

Kan stiftelsen även ta emot medel från organisationer inom läkemede-lsindustrin, till exem-pel Läkemede-lsindustriföre-ningen?

– LIF är ju en branschorgani-sation, så teoretiskt skulle vi kunna göra det. Vi utesluter inte att det kan finnas information, som vi och läkemede-lsindustrin är överens om att den behöver bli bättre tillgänglig, som till exem-pel produktresuméer från Lä-kemedelsverket.

Språket på sajten är engelska. Ambitionen är att nå ut interna-tionellt.

– Det är det som är så fint med vår globala IT-värld. Informatio-nen fungerar lika bra i Kampala som i Stockholm. Det finns ingen anledning att den inte skulle vara tillgänglig där.

Vad har ni fått för respons?

– Mest positiv. Någon har frå-gat om vi vill konkurrera med redan pågående projekt kring IT och läkemede-l i vården. Det är inte fråga om att konkurrera om någonting utan om att erbjuda en plattform. Det finns potenti-ellt bra projekt som inte har nå-gon plattform. T ex skulle inter-aktionsdatabasen SFINX, som jag varit med att bygga upp, ha kunnat ligga hos SIDI, om SIDI hade funnits när den startades.

Vad kan en läkare ha för nytta av SIDI nu?

– Man kan till exempel via sökmotorn hitta produktinfor-mation om ett läkemede-l som inte finns i Fass, men där det finns motsvarande information i ett annat land. Det vi i förläng-ningen skulle kunna erbjuda är till exempel information om rekommenderade läkemede-l, bi-verkningar eller antibiotikaresi-stens.

Ser du någon konflikt mellan din roll i SIDI och dina övriga yrkesroller?

– Nej.

Elisabet Ohlin



Läkarförbundet stod som värd för fyra välbesökta seminarier under årets Almedalsvecka – fem om man räknar med det som anordnades tillsammans med den nationella samordnaren för kvalitetsregistren. Bland annat debatterades det utvidgade vårdvalet, då förbundet passade på att presentera sina färska riktlinjer för vårdval inom specialistvården.

»Undanträngningseffekter beror på att läkarna prioriterar fel«

Mats Eriksson, ordförande i SKL:s sjukvårdsdelegation, bollade över ansvaret till läkarna för de undanträngningseffekter som Läkarförbundet menar att vårdgarantin leder till.

– Om läkare gör dessa val gör de fel prioriteringar, sa han på Läkarförbundets seminarium om vårdgarantin i Almedalen.

Marie Wedin, Läkarförbundets ordförande, konstaterade att vårdgarantin satt fokus på tillgängligheten och fått alla att tänka efter hur vården kan arbeta snabbare och bättre. Problemet, menade hon, är att i kömiljarden smälles nybesök högre än återbesök. I kombination med resursbrist leder det till undanträngningseffekter som inte stämmer överens med vare sig medicinsk etik eller den statliga prioriteringsordningen.

– Och det är läkarkåren



Marie Wedin

som fått ta ansvar för de här undanträngningseffekterna. Det är vi som måste förklara för kroniska patienter varför de inte får sina berättigade återbesök, sa Marie Wedin.

Mats Eriksson (M), ordförande i SKL:s sjukvårdsdelegation, ville dock inte kännas vid att vårdgarantin skulle leda till undanträngningseffekter.

– Hos oss i Halland har våra revisorer checkat av detta och inte hittat några sådana effekter. Jag vet inte vad dina medlemmar rapporterar, men om man gör dessa val tycker jag att man gör fel prioriteringar.

Anne Carlsson, ordförande för Reumatikerförbundet, tyckte att det var typiskt att läkarkår och politiker skyller på varandra och menade att det är styrsystemets utformning som gör att man kan skylla på undanträngningseffekter.

– Man måste tala ihop sig om en smidigare modell där inte tillgängligheten är prio ett utan det medicinska utfallet.

Kenneth Johansson (C),

ordförande i riksdagens socialutskott, ville inte skylla på läkarna utan sa:

– Vi har satt upp det regelverk och stiftat de lagar som vi anser ska gälla, men den medicinska prioriteringen gör inte politikerna, utan det är doktorernas uppgift. Men vi accepterar inte undanträngningseffekter. Anledningen till att regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att se om det finns sådana tendenser är att det ska upp på bordet så att vi kan göra något åt det.

Marie Wedin upprepade Läkarförbundets lösning på problemet: en så kallad medicinsk vårdgaranti där nationella riktlinjer och den statliga prioriteringsplattformen bakas in i garantin.

– Patienten får inom en stipulerad tid, kanske en månad, komma till specialist för att få bedömt de medicinska behoven och få utmejslat ett vårdförlopp med behandling, eventuell rehabilitering och återbesök. Finns det flaskhalsar som gör att man inte klarar processen inom rimlig tid får patienten gå till

en annan vårdgivare.

Anne Carlsson betonade att för de patienter hon representerar kan andra delar av kedjan vara väl så viktiga som att snabbt få komma till specialisten.

– Vårt problem är att det tar för lång tid att få en diagnos, att vi hinner bli så sjuka. I dag kan det ta sju år för en kvinna med ospecifika ryggproblem att få sin diagnos. Om vi fick diagnos i tid skulle vi inte behöva komma till specialisterna för att få en behandling.

Michael Lövtrup

Läs mer En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se

från Lakartidningen.se

Läs fler artiklar på vår webbplats.

■ **Kvalitetsregister gör nytta i uppföljningen, anser verksamhetschefer**

■ **Ekonomi utmaning i framtidens sjukvård**

■ **Antibiotikaresistensen utmanar den politiska viljan**



Ett utvidgat vårdval utan detaljstyrning

»Reglerna ska bygga på tillit och undvika detaljstyrning.«
Läkarförbundet presenterade under Almedalsveckan riktlinjer för ett utvidgat vårdval.

Landstingen kommer på sikt inte att kunna behålla både rollen som beställare och rollen som utförare. Att kombinera de båda rollerna kommer inte att vara trovärdigt. Det framhöll Läkarförbundets vd Håkan Wittgren när han inledde Läkarförbundets seminarium om utvidgat vårdval på måndagen under Almedalsveckan i Visby.

Vid seminariet presenterade Läkarförbundet riktlinjer för vårdval inom specialistvården, som väntas komma att se mycket olika ut mot bakgrund av landstingens och regionernas skiftande förutsättningar och preferenser vad gäller produktion och politik.

Vårdval »ska vara förenliga med lagens syfte, att genom konkurrens skapa effektivare, tillgängligare vård med hög kvalitet«, understryker Läkarförbundet.

Samma meddelarfrihet som i offentligt producerad vård bör erbjudas i privat vård, slog Håkan Wittgren vidare fast.

– Det bör också vara möjligt att kombinera tjänstgöring, att arbeta både på sjukhus och i öppen form – och där läkare har möjlighet att variera anställningsform,

fortsatte Håkan Wittgren för en fullsatt Stora salen i Rindihuset, akademikerfackens plats under Almedalsveckan.

En farhåga är att små företag kan komma att få svårt att etablera sig.

– Kostnadsansvar för medicinsk service, labb, röntgen och övrig service måste utvecklas så att även mindre företag klarar uppgiften, framhöll Håkan Wittgren, som till Läkarförbundets önskelista lade till att »ersättning ska vara skälig och täcka alla åtaganden förenliga med uppdraget samt att administrationen ska vara minimal«.



Håkan Wittgren

Enligt Läkarförbundet har den öppna specialistvården en viktig uppgift inom läkarutbildning, klinisk forskning och kliniska prövningar. Forskning och utbildning har identifierats vara styvmoderligt behandlade i vårdval. ST-utbildning i privat öppenvård har ibland stupat på att man inte hittat ekonomiska former.

Marie Närlid

Läs mer En längre version av artikeln finns på Lakartidningen.se