



Foto: Colourbox



Foto: Alexander Farnsworth/Scanpix

etik. I höst börjar diskussionerna om att ta fram ett helt nytt etiskt regelverk för relationen mellan läkemedelsindustrin och personal i offentlig hälso- och sjukvård. Ambitionen är att det ska vara mindre detaljerat och i stället ange ramar för vad som är tillåtet och inte. Läkarförbundet kommer att bjudas in som en ny avtalspart.

text: fredrik hedlund

Industriavtalet görs om

Relationerna mellan landstingsanställda läkare och läkemedelsindustrin har reglerats i olika typer av avtal och överenskommelser mellan Läkemedelsindustriföreningen, LIF, och företrädare för landstingen ända sedan 1969. Reglernas livslängd har blivit allt kortare, och under de senaste sju åren har de reviderats tre gånger: 2005, 2007 och nu senast vid årsskiftet. Men trots att syftet med regleringen från början har varit att möjliggöra en etisk samverkan mellan läkare och läkemedelsföretag så har reglerna nu blivit så krångliga att följa att de försvarar all typ av samverkan. Det menar i alla fall Läkarförbundet.

– Det enda vi ser är att man ytterligare har komplicerat regelverket och gjort det hart när omöjligt att ha någon som helst samverkan mellan läkare och läkemedelsindustri,

säger Mikael Rolfs, ordförande i Läkarförbundets råd för läkemedel, IT och mediceknik, om den senaste revisionen som började gälla den 1 januari i år.

Han menar dock inte att problemet är att reglerna är för hårda.

– Nej, jag tycker att de är fyrkantigt formulerade. Man måste naturligtvis reglera bort sådant man inte vill ha, men sedan måste man ju också våga säga vad man vill ha. Det är ju väldigt lätt att förbjuda allt möjligt, och till slut har vi ju ingenting kvar, säger han.

Det stora problemet är egentligen att landstingen för länge sedan lät läkemedelsbolagen bekosta läkarnas vidareut-

bildning, bland annat i form av besök på vetenskapliga kongresser. För att inte läkarna ska påverkas av det företag som sponsrar en sådan kongressresa säger överenskommelsen mellan LIF och Sveriges Kommuner och landsting, SKL, att företagen får bekosta endast max 50 procent av

kostnaden för resa, kost och logi. Resten ska landstingen betala – något som inte sker särskilt ofta, enligt Mikael Rolfs.

– Sjukvårdshuvudmännen har inte tagit något ansvar för fort- och vidareutbildningen, trots att det står att man ska göra det i avtalen. Vi ser, när vi gör enkäter, att andelen fort- och vidareutbildning för

läkare går ner hela tiden, säger han.

För att markera sitt missnöje med utvecklingen har Läkarförbundet inte lagt upp den nya överenskommelsen på sin webbplats, där tidigare versioner har legat.

– Vi var ju inte ens inbjudna att delta i diskussionerna kring överenskommelsen, och då finns det inte någon anledning att ställa sig bakom den, säger Mikael Rolfs.

Han vill gärna att Läkarförbundet är med vid nästa revision av etikreglerna.

Redan i höst kommer SKL och LIF att inleda sådana diskussioner, och de är överens om att ta ett större grepp om reglerna denna gång.

– Vi ska försöka höja blicken och börja mer med ett vitt papper. Vi skulle också vilja ha fram en tydlig avsiktsförklaring – varför har vi en överenskommelse, vad är det



Mikael Rolfs



Anders Blanck



Foto: Vincent Hazat/Colourbox



Bilder från vänster: 2012 går en konferens om behandling av opiatberoende av stapeln i Las Vegas. Löpande band hos AstraZeneca. Operation och läkare på konferens.

från grunden

vi ska uppnå? säger Anders Blanck, ny vd för LIF.

Han håller med Mikael Rolfs om att dagens regelverk är alltför detaljerat och svårtolkat. Det har lappats och lagats lite för många gånger, menar han.

– Vår ambition är att försöka ta steget därifrån till något mera ramverksliknande som faktiskt blir enklare och smidigare samtidigt som man behåller en tydlighet i vad man vill åstadkomma, säger Anders Blanck.

Mikael Rolfs önskan att medverka i diskussionerna verkar också kunna bli verklighet eftersom både SKL och LIF är överens om att bjuda in Läkarförbundet till förhandlingsbordet, enligt Anders Blanck.

Vem som ska betala för vidareutbildningen kommer utan tvekan att fortsätta vara en het fråga. Inte minst sedan

»Givetvis kan jag förstå om läkarkåren kan känna en viss oro.«

Göran Stiernstedt, SKL



Göran Stiernstedt

läkemedelsföretaget AstraZeneca nyligen meddelade att man efter den 1 juli i år inte tänker betala några kongressresor till läkare någonstans i världen.

– Det är ett intressant tecken i tiden. Långsiktigt tycker jag att det mest rimliga är att landstingen står för all vidareutbildning av läkare, säger Göran Stiernstedt, chef för avdelningen för vård och omsorg vid SKL.

Det håller Mikael Rolfs

principiellt med om, men han är skeptisk till att det kommer att bli verklighet. Landstingen ser fort- och vidareutbildning som onödiga kostnader, menar han.

– Det viktigaste för mig som läkare är att jag får fort- och vidareutbildning som jag har nytta av i mitt kliniska arbete. Vem som betalar den tycker jag är helt ointressant.

Det jag beklagar med AstraZenecas beslut är att det sannolikt kommer att följas av andra företag, och då kommer det leda till att det blir ännu mindre pengar till fort- och vidareutbildning, säger Mikael Rolfs.

– Givetvis kan jag förstå om läkarkåren kan känna en viss oro, säger Göran Stiernstedt. ■

Industrin försöker återskapa förtroendet

De senaste årens många uppmärksammade skandaler inom läkemedelsindustrin har sänkt förtroendet för den till bottenivåer. Något som företagen nu försöker göra något åt genom att förändra bilden av sig själva. Och i den processen är det inte relationen med läkarna som är den viktigaste.

AstraZenecas beslut att från och med 1 juli i år sluta betala kongressresor för läkare i hela världen är ytterligare ett steg i läkemedelsföretagets förändrade relation med läkarna för att återfå ett visst förtroende. Det är ett led i en process som har pågått ett tag.

Redan 2007 beslutade brittiska GlaxoSmithKline, GSK, att upphöra med alla typer av företagsgåvor till läkare. Och året efter deklarerade amerikanska företag som Lilly och Merck att de frivilligt skulle börja offentliggöra sina betalningar till läkare – visserligen med lagförslaget »The Physician Payments Sunshine Act« hängande över huvudet. Deras frivilliga aktion stoppade inte förslaget, som nu har blivit lag, och alla läkemedelstillverkare i USA är nu skyldiga att offentliggöra alla ekonomiska relationer med läkare som överstiger tio dollar (cirka 65 kronor), oavsett om det rör sig om pengar eller företagsgåvor. Att inte följa lagen kan ge företagen böter på upp till en miljon dollar.

Lagändringen i USA visar att det finns extremt lite förtroende för läkemedelsbolagens agerande. Det är det man försöker förändra nu.

– Nyckelordet är förtroende. Det har ju varit en mångårig diskussion om att det funnits ett bristande förtroende för branschen – att vi indirekt påverkar läkare genom att finansiera deras resor. Och vi vill inte ha den diskussionen, utan vi vill ha en diskussion om våra läkemedel, säger Ann-Leena Mikiver, presschef på AstraZeneca, om beslutet.



Ann-Leena Mikiver

Samtidigt som företagen försöker förändra bilden av sig själva och återskapa en del förtroendekapital genom att begränsa sina ifrågasatta relationer med läkarna menar Göran Stiernstedt att det också kan ses som en strategisk omprioritering av resurserna.

– Hela den långsiktiga trenden är ju att industrin siktar in sig mindre och mindre på läkare. Företagens uppgift är



Förtroendet för läkemedelsindustrin är i botten efter flera uppmärksammade skandaler. Nu vill företagen förändra bilden av sig själva – AstraZenecas beslut att inte betala kongressresor för läkare är ett steg för att återfå läkarnas förtroende. Foto: Colourbox

ju att maximera sin försäljning, och det är klart att de inser att läkarna spelar mindre roll i dag än vad de gjorde för tio år sedan, säger han.

Olika styrsystem och ersättningssystem som är uppbyggda utifrån att läkarna ska följa riktlinjer har minskat deras makt över förskrivningen. I stället fattas de avgörande besluten högre upp i den politiska sfären. Då söker sig också läkemedelsföretagen dit.

– De satsar mer på samverkan på högre nivå. Samverkan kring nationell läkemedelsstrategi, samverkan kring introduktion av nya läkemedel, säger Göran Stiernstedt.

Anders Blanck håller med. – Absolut, det nya politiska landskapet ser annorlunda ut i dag. Du behöver ha kontakter med politiska tjänstemän och politiker på olika sätt, säger han.

Anders Blanck själv är ett levande exempel på denna fokussvängning inom läkemedelsindustrin. Där tidigare vd:n för LIF, Richard Bergström, var apotekare med erfarenhet från flera europeiska läkemedelsföretag är Anders Blanck ekonom med tidigare

erfarenhet som departementsråd och chef för Socialdepartementets avdelning för hälso- och sjukvård. Och det är där, i hans gamla korridorer, som förtroendekapitalet är viktigast nu.

– De som vi dagligdags interagerar med måste ha ett förtroende för oss. Om uppfattningen hos eliten av beslutsfattare har förflyttat sig från för 20 år sedan till i dag så måste vi på något sätt återupprätta deras förtroende, säger han.

Det är ett långt och mödosamt arbete i uppförsbacke just nu. Och Anders Blanck är fullt medveten om att det aldrig kan bli som förr.

– Jag tror aldrig att vi kommer tillbaka till Nobelpriser för 20 år sedan när allting som hade med medicinsk forskning att göra hade en enorm status. Men däremot tror jag att vi kan ha ett slags förtroendefullt samarbete om det som är strategiskt viktigt. Och det är forskning och utveckling av nya läkemedel, att snabbt introducera dem och se till att alla läkemedelsterapi utvärderas. Har man den gemensamma ambitionen så har industrin en mer naturlig roll, säger han.

Fredrik Hedlund

Ingen JO-kritik mot Region Halland

JO-anmälan av Region Halland för uppgörelsen med Thomas Zilling föranledde ingen kritik.

Ärendet avskrevs utan utredningsåtgärd den 11 juli. Beslutet saknar motivering.

Det var i slutet av juni som en privatperson i Kisa i en anmälan till Justitieombudsmannen (JO) hävdade att uppgörelsen med Thomas Zilling var olaglig och begärde att JO skulle pröva saken. Om JO inte skulle anse uppgörelsen lagstridig ville han veta vilka lagrum som medger överföringen av 2,2 miljoner kronor i skattemedel till enskild.

Enligt byråchef Åsa Widmark, som inte själv handlagt ärendet, skrivs de flesta JO-anmälningar av, med eller utan föregående utredningsåtgärder, och de flesta av dessa avskrivningsbeslut är väldigt kortfattade och saknar motivering, berättar hon. ■

»Det är alldeles för mycket att göra«



Ortopeden Arvin Yarollahi, 29 år (bilden), grundare till rörelsen »Nej till nedskärningar i vården«, har

sagt upp sig från sin tjänst vid Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg.

Som frontfigur i rörelsen som startade i våras har han emellanåt fått kritik för att på sin arbetsplats tala öppet om förhållanden i vården. Men detta ska inte ha varit avgörande för beslutet att säga upp sig.

– Att jag säger upp mig är av samma skäl som varför jag startade »Nej till nedskärningar i vården«: För att det är alldeles för mycket att göra, vi är alldeles för få och arbetar 14 timmar nattjour på en stor akutmottagning med mycket folk. Jag kände hur min empati och mitt förhållningssätt till patienterna påverkades av sjukhusets ständiga jakt på att spara pengar.

Nu planerar Arvin Yarollahi för en manifestation den 17 september.

Marie Närlid

Ny modell för att bedöma arbetsförmåga prövas

Försäkringskassan prövar i höst en ny modell för att bedöma arbetsförmåga. – Fokus ligger på dem som varit sjukskrivna i ett halvår, säger Jan Larsson, projektledare på Försäkringskassan.

Det har tagit några år, men inom kort prövas en första modell av det verktyg för bedömning av arbetsförmåga som regeringens förra utredare Anna Hedborg efterlyste i den stora utredningen om arbetsförmåga 2008.

– Ja, ursprungsidén kommer därifrån, säger Jan Larsson, som på tisdagen den 16 augusti lanserade projektet tillsammans med socialförsäkringsminister Ulf Kristersson på Svenska Dagbladets »Brännpunkt«.

I ett första skede ska modellen testas på en begränsad grupp personer som varit sjukskrivna under ett halvt år.

– En första pilot handlar om 100 ärenden över hela landet. Mer fullskaligt hoppas vi kunna sjösätta modellen någon gång i början av 2013, säger Jan Larsson.

Modellen bygger på att patienten själv fyller i ett formulär som därefter skickas till bedömningsläkare. Denna ska därefter ha god tid på sig att läsa in materialet tillsammans med det medicinska underlag som finns i det aktuella ärendet på Försäkringskassan.

Vilka läkare blir det frågan om?

– Det ska vara erfarna läkare som också har försäkringsmedicinsk kompetens, och som utbildat sig i det här verktyget. Det är de läkare som i dag gör SLU och TMU [särskilt läkarutlåtande och teamutredningar, red anm], det vill säga fördjupade medicinska undersökningar.

Inspiration har hämtats från Storbritannien och Holland.

– Den svenska modellen bygger inte på dessa länders verktyg, utan är bättre anpassad för vår sjukförsäkringsmodell. Men vi har en fördel av att komma lite senare. Vi vet vilka delar som föregångsländerna har haft bekymmer med.

Storbritannien använder ett poängsystem: vid en viss poängnivå saknar de sjukförsäkrade arbetsförmåga. Men att sätta poäng inbegriper en hög grad av godtycklighet vad poängen står för, poängterar Jan Larsson. I praktiken blir det den som poängsätter som också fattar beslut.

– I Sverige vill man att det ska finnas en bedömande och en beslutande part, säger Jan Larsson.

I Holland bedöms den sjukförsäkrade i relation till arbetsmarknaden. 8 500 arbeten har kategoriserats, vilka den sjukförsäkrade kan relatera direkt till. Sjukförsäkrade ersätts med förlorad arbetsinkomst om hon eller han får ett annat jobb än vad hon eller han tidigare haft.

– Det är ett makalöst håstjobb som kostar mycket energi att hålla uppdaterat. Och eftersom vårt sjukförsäkringssystem inte är så konstruerat att det kompenserar på det viset finns ingen anledning att gå den vägen, kommenterar Jan Larsson.

I det svenska verktyget kommer krav och beskrivningar att referera till vidare områden, inte till enskilda yrken.

Jan Larsson hoppas att det nya verktyget för att bedöma arbetsförmåga ska vara fördelaktigt för såväl den sjukförsäkrade som försäkringsmyndigheten.

– Vi vill stärka den försäkrades delaktighet i processen och skapa en begriplighet i hur Försäkringskassan fattar beslut, tillägger Jan Larsson.

Marie Närlid

Yrkeskort och varningssystem kan väntas på EU-nivå

Yrkeskort och varningssystem är två av EU-kommissionens förslag till ändrat yrkeskvalifikationsdirektiv. Läkarförbundet har svarat på förslagen.

Yrkeskvalifikationsdirektivet, som antogs 2005, ses nu över av EU-kommissionen som i en grönbok har lämnat en rad förslag, främst i syfte att öka yrkesörligheten inom EU genom att underlätta godkännande av yrkeskvalifikationer i annat EU-land. Läkarförbundet har nyligen svarat på grönboken i ett remissvar. I december väntas EU-kommissionens lagförslag.

Ett av förslagen är att införa ett europeiskt yrkeskort. Det skulle efter ansökan utfärdas av behörig myndighet i hemlandet, för läkarna Socialstyrelsen, för att kunna uppvisas för motsvarande myndighet i det mottagande EU-landet. Det skulle underlätta administrationen i samband med att få ut exempelvis legitimation i annat land, menar kommissionen. Läkarförbundet har inget emot ett yrkeskort men påpekar att det är viktigt att det ger färsk information,

till exempel att kortet kopplas till en webbaserad databas, så att till exempel delegitimering som inträffat efter att kortet utfärdats syns.

Ett annat förslag är ett varningssystem för sjukvårdspersonal som förlorat sin rätt att utöva yrket, något som inte finns i dag. Antingen blir det så att den medlemsstat som utfärdar varningen bestämmer vilka stater som ska varnas, eller så ska varningen spridas till alla medlemsstater. Läkarförbundet förordar det senare.



Joel Hellstrand

– Vårt förslag är att man inrättar en varningsmekanism i IMI-systemet, det informationsnätverk inom EU som Socialstyrelsen använder i dag vid ansökan om svensk legitimation, säger Joel Hellstrand, internationell samordnare på Läkarförbundets kansli.

Omkring 4 700 yrken regleras i direktivet. Läkare är ett av de sju yrken där yrkeskvalifikationer ska erkännas automatiskt i ett annat med-

lemsland. Läkarelegitimation eller specialistbevis från annat EU/EES-land ska automatiskt erkännas i Sverige. Nu vill EU-kommissionen ha en enklare procedur för att kunna ändra på de minimiutbildningskrav som gäller för dessa yrken enligt direktivet. Läkarförbundet har inget emot detta men passar på att upprepa kravet på ökad utbildningslängd.

I dag är direktivets minimiutbildningskrav endast tre år för allmänpraktiserande läkare och även för flera andra specialiteter (bland andra anestesi, hematologi, ögon och öron-, näs- och halssjukdomar). Högst till minst fyra år, men helst till fem år, och betrakta allmänmedicin som en specialitet, säger Läkarförbundet. Det skulle minska skillnaderna i kompetenskrav mellan medlemsstaterna och höja kompetensen i den viktiga primärvården, menar förbundet.

Elisabet Ohlin

Läs mer Länkar till »grönboken« och remissvar finns på Lakartidningen.se

Hälso- och sjukvård mål vid väpnade konflikter

Hälso- och sjukvårdspersonal och vårdinrättningar utsätts allt oftare för våld i samband med väpnade konflikter, påtalar internationella Röda Korset som varnar för personalflykt.

Mellan 2004 och 2009 döddes eller skadades 57 volontärer i tjänst för internationella Röda Korset/Röda Halvmännen, enligt Internationella Rödakorskommittén, ICRC, i en rapport som släpptes i förra veckan.

»Health care in danger: Making the case« bygger på rapporter från 16 länder där

federationen varit verksam. I rapporten skiljs mellan avsiktliga och oavsiktliga överträdelser mot Genèvekonventionen, »krigets lagar«.

Ett stort problem vid medicinskt bistånd är att mediciner och medicinsk utrustning stjäls. Ett än större problem som drabbar civilbefolkningen hårt är personalflykt. 18 000 av Iraks 34 000 läkare ska enligt ICRC ha lämnat



ICRC:s rapport.

landet mellan 2003 och 2006.

Rödakorskommittén belyser också Libyen, där sjukhusen under 2011 tömts på personal, inte minst gästarbetande sjuksköterskor. Sjukhusen i Benghazi och Misrata har sedan oroligheterna började i februari varit kraftigt underbemannade.

Marie Närlid

Läs mer En längre version och länkar finns på Lakartidningen.se

patientsäkerhet

Högsta förvaltningsdomstolen prövar homeopati

Har en läkare som rutinmässigt ordinerat homeopatisk behandling vid sidan av den skolmedicinska behandlingen utfört sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet?

Det har Högsta förvaltningsdomstolen (tidigare Regeringsrätten) gått med på att pröva. Ärendet började för flera år sedan med att HSN, efter begäran från Socialstyrelsen, beslutade om treårig prövotid framför allt med anledning av läkarens systematiska användning av homeopati (LT 20/2009, sidan 1401).

Socialstyrelsen granskade journalerna för 26 slumpvis valda patienter som gått hos läkaren och fann att homeopati varit den mest frekvent vidtagna åtgärden. Homeopatisk behandling hade ordinerats vid bland annat eksem, stressreaktion, håravfall, ångest, elöverkänslighet och foglossning.

Läkaren har överklagat ärendet i omgångar. Kammarrätten slog i fjol fast att det funnits fog för prövotiden. Kammarrätten skrev i sin dom att homeopati för svenskt vidkommande alltså är att betrakta som en alternativ behandlingsform som inte står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kammarrätten ansåg emellertid att läkare, jämfört med andra legitimerade yrkesutövare, bör ha ett något större utrymme att på humanitära grunder, »sista halmstråets princip«, behandla patienter med ofarliga alternativmedicinska metoder, om särskilda omständigheter föreligger. Men det är fortfarande enligt kammarrätten inte godtagbart med rutinmässig användning av alternativmedicinska metoder. Nu har alltså Högsta förvaltningsdomstolen meddelat prövnings-tillstånd av ärendet. **SG**

Redaktör:
Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se