

**LÄKARNAS HÄLSA**

# Få läkare utnyttjar stöd av kolleger

**Allt färre läkare kontaktar Läkarförbundets kollegiala rådgivare. Webblistan »Läkare behandlar läkare« används i betydligt mindre omfattning än rådgivarna. Nu ska formerna utvärderas.**

Läkare söker ogärna vård för sina egna hälsoproblem, se LT nr 1-2 och 3 i år. Läkarförbundet har försökt möta problemet dels via det kollegiala nätverket, dels genom listan över läkare som behandlar läkare.

Kollegialt nätverk består av läkare som ideellt står till förfogande för kolleger i behov av tillfälligt råd och stöd i en svår situation.

Nätverket startades 1998 av Läkarförbundet efter dansk förebild. Beteendevetaren Inger Löfvander, anställdes då av förbundet just för att bygga upp och samordna nätverket. De första åren ökade kontakterna med nätverkets rådgivare och under 2001 var de som flest, omkring 700, inklusive samtal direkt till Inger Löfvander.

**Men 2004 hade** kontakterna minskat till omkring 440. Trots detta bedömer Inger Löfvander att nätverket fungerar bra. Och hon hoppas att minskningen beror på att be-

hovet minskat, att läkarna får stöd på annat håll.

– De första åren var det läkare i 50-årsåldern som hörde av sig. Många av dem var för sent ute, och är kanske fortfarande helt eller delvis sjuk-skrivna. De var förtvivlade och utmattade. Många av dem kände att hela identiteten var i gungning. Nu har gruppen av äldre minskat. Men även yngre läkare hör av sig. Det är lite oroande, säger hon.

Nätverket är inte tänkt för vård eller behandling. Endast en tiondel av dem som söker stöd hänvisas vidare till sjukvården. Att andelen är liten tyder på att nätverket används på rätt sätt, menar Inger Löfvander.

**Vid sidan av de kollegiala rådgivarna finns kontaktlistan »Läkare behandlar läkare«, som är tänkt att underlätta för läkare att »med bibehållen integritet söka vård för egna somatiska eller psykiska åkommor«.** Läkarförbundet har satsat betydligt mindre resurser på listan jämfört med nätverket. Det är lokalföreningarna som ska se till att den fylls med namn. Idag finns 40 läkare på listan som utnyttjas i mycket liten omfattning. Av de 40 på listan har hälften ald-

rig konsulterats av en kollega.

Listan skapades 2002 efter initiativ från distriktsläkarföreningen, DLF, vid förbundets fullmäktige två år tidigare. Även om den utnyttjats lite så säger DLFs ordförande Benny Ståhlberg att listan förefaller uppskattad, åtminstone enligt en enkät bland läkarna på listan. Han tycker att den bör marknadsföras mer.

– Jag är ganska övertygad om att behovet är större, säger Benny Ståhlberg.

En särskild utbildning i förhållningssätt vore inte heller fel, tycker han.

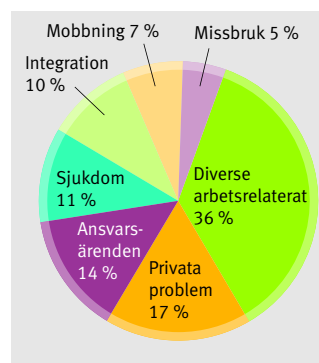
**Också Marie Wedin**, ordförande i Läkarförbundets arbetslivsgrupp, tror att orsaken till det låga utnyttjandet – liksom till de minskade kontakterna inom det kollegiala nätverket – är att många inte känner till att hjälpen finns.

– Jag tror inte att det beror på att behovet har minskat. Det är en ren marknadsföringssak. Båda är väldigt bra saker som har en stor potential att bli bättre. Vi behöver fler läkare på listan »Läkare behandlar läkare«, och den behöver bli mer känd. Det är likadant med kollegialt nätverk. Långt ifrån alla läkare vet att den hjälpen finns att tillgå, säger Marie Wedin.

Läkarförbundet har försökt att nå ut med information bland annat via skyddsombuden runt om i landet och i andra fackliga sammanhang. Men det har uppenbarligen inte varit tillräckligt, menar Marie Wedin. Hon tror att många hjälpbehövande läkare har resignerat av psykosociala skäl. När de väl behöver hjälp orkar de inte ta reda på var den finns.

– Drömmen vore att det finns i allas medvetande innan behovet blir skriande. Nu ska förbundet fundera på hur arbetet kan intensifieras.

Inger Löfvander är numera främst förbundskansliets personalchef. Tills vidare ska hon



**Läkarförbundets kollegiala nätverk hade under 2004 cirka 440 kontakter. De fördelade sig på problemområden enligt diagram.**

Källa: Nätverkets nyhetsbrev september 2005.

parallellt fortsätta som nätverkets samordnare och samtidigt fundera på om formerna för nätverket och listan bör ändras och utvecklas.

De två läkare som i förra numret av LT berättade om sin sjukdomstid, tyckte att det vore bra om de kollegiala rådgivarna kunde bedriva uppsökande verksamhet, eftersom den som går in i väggen kanske inte själv orkar ta kontakt.

**Borde nätverket fungera så?**  
– Det är chefen och arbetskamrater i första hand som ska vara uppmärksamma när en medarbetare inte mår bra, säger Inger Löfvander.

I Stockholm till exempel finns tio kollegiala rådgivare. De kan inte överblicka 9 000 läkare och se och höra allt, menar hon.

– Grundprincipen är att rådgivarna är stand by, inte uppsökande. Men det finns situationer på det lokala planet där en rådgivare ser att en kollega inte mår bra. Man kanske vet att någon blivit anmäld eller misstänker missbruk. Vad gör man då? Det är en återkommande fråga i nätverket. Svaret är att man själv som rådgivare måste göra en bedömning och se om man ska söka upp den kollegan eller inte.

**Elisabet Ohlin**  
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

**Kollegialt nätverk**  
Nätverket består av 140 rådgivare runt om i landet som ideellt ger tillfälligt samtalsstöd i svåra situationer i arbetet eller privat. Behövs mer än ett par samtal ska rådgivaren hänvisa vidare till behandling.  
Rådgivarna är utvalda av lokalföreningarna utifrån kriterier som erfarenhet, integritet och intresse. Förbundet ordnar återkommande fortbildning för rådgivarna. Rådgivarna är fristående och åtskilda från den fackliga verksamheten för att värna om samtalssekretessen.  
Lika många kvinnor som män kontaktar nätverket, de flesta per telefon, en tredjedel i ett personligt möte.

**Läkare behandlar läkare**  
Listan rymmer 40 namn på läkare i olika specialiteter. Sex av dem är allmänläkare, sex är psykiatrer.  
De 40 läkarna är ojämnt fördelade över landet. Förbundet har 28 lokalföreningar. Elva av dessa geografiska områden har inga läkare alls på listan. Flest har Östra Skåne. Där finns sju sådana kolleger som enligt webbplatsen är »införstådda med vad det innebär att ta emot en kollega som patient«. De har dock ingen särskild utbildning för uppgiften.  
Listan och kontaktuppgifter till kollegialt nätverk finns på Läkarförbundets webbplats: [www.slf.se](http://www.slf.se) under Arbetsliv.

# Hög tröskel för att söka hjälp

Det händer väldigt sällan att Anna Sallin får en kollega som patient. Hon är en av läkarna på listan »Läkare behandlar läkare«.

Hälften har aldrig blivit uppsökta av någon kollega, trots att de står på listan.

Av listans läkare är Anna Sallin den enda i Göteborg. Hon är helprivat allmänläkare och har funnits med i två år. Under den tiden har hon haft väldigt få läkarpatienter.

– Jag kan räkna dem på ena handens fingrar och de har kommit till mig via Läkarförbundet.

Att de är så få, det tror hon beror på att tröskeln att söka hjälp är så hög.

De som har sökt hennes hjälp har några saker gemensamt, säger hon. De borde ha sökt hjälp för länge sedan. De

har varit överbelastade i kombination med någon somatisk sjukdom. Den somatiska sjukdomen har de oftast redan fått hjälp med, men inte resten.

– Jag kopplas in när man behöver en sjukskrivning.

Hon upplever att de haft ett motstånd mot att bli sjukskrivna, att säga att man inte orkar mer.

– Det finns ju ett utbrett hjältekomplex i vår kår. Vi ska vara så duktiga. Man går tills man rasar eller så behandlar man sig själv eller pratar informellt med någon kollega. Om man har tid. Många jobbar bara.

Anna Sallin hamnade på listan i samband med att förbundet fick veta att hon och hennes kolleger skulle starta en verksamhet med stressrehabilitering. Någon särskild utbildning i patientsituationen då patienten är kollega har hon inte. Att läkare i Norge med motsvarande uppdrag i Norge erbjuds sådana särskilda kurser hade hon inte hört talas om, men tycker att det låter som »en väldigt bra grej«.

Elisabet Ohlin



Anna Sallin

Foto: Privat

## Andra länders arbete för läkarnas hälsa

Insatser för läkares hälsa görs i många länder. I Spanien har läkarna ett hemligt sjukhus. I Australien finns rådgivningstjänsten »Doctors' health«. Av de nordiska länderna utmärker sig Norge, bland annat genom ett särskilt forskningsinstitut.

Så här arbetar läkarförbundet i Finland, Danmark och Norge med läkares hälsa:

### FINLAND

Ett 30-tal förtroendeläkare, många företagsläkare eller psykiatrer, finns i hela landet. Till förtroendeläkare väljs erfarna och uppskattade läkare.

Förtroendeläkarna kan behandla sina kolleger, men syftet är snarast att ge råd och underlätta för kollegerna att hitta rätt hjälp inom det vanliga sjukvårdssystemet.

De tre första kontakterna bekostas av Läkarförbundets bidragsfond, som också kan ge läkare och deras familjer bidrag för särskilda behov som inte täcks av det offentliga.

Läkarförbundet erbjuder utbildning för uppdraget två gånger om året. Den tar upp ämnen som ansvarsärenden, arbetsmiljö, mobbning, rehabilitering och företagshälsovård för läkare.

### DANMARK

Ett kollegialt nätverk av omkring 100 kolleger bistår ideellt med

samtal och rådgivning. Syftet är inte ett patient-läkarförhållande. Vid behov ska rådgivarna hänvisa vidare inom den ordinarie sjukvården. De regionala läkarföreningarna ansvarar för namnlistorna.

### NORGE

Ett kollegialt nätverk, »støttelegeordningen«, finns i hela landet och erbjuder upp till tre informella stödsamtal. Inkomstbortfall eller kostnad för resor kan täckas av läkarföreningen.

Desutom finns lege-forlege-ordningen i hela landet, speciellt utvalda allmänläkare för formella konsultationer. De har fått särskild utbildning i att förhålla sig till patienter som är läkare. Lege-for-lege-ordningen är under omprövning sedan alla

invånare fått sin egen fastläkare.

Legeforeningens forskningsinstitut ägnar sig uteslutande åt läkares hälsofrågor.

Resurscentret och kursgården Villa Sana tar emot läkare och deras partners för rådgivning och kurser i hälso- och livsfrågor, till exempel vid risk för utmattningstillstånd.

Forskningsinstitutet, läkares vistelse på Villa Sana och utgifter inom støttelegeordningen bekostas av läkarföreningens pensionsfond.



Foto: Theresia Köhlin

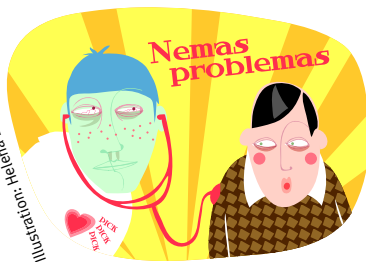


Illustration: Helena Lundberg

»Det finns ju ett utbrett hjältekomplex i vår kår. Vi ska vara så duktiga. Man går tills man rasar eller så behandlar man sig själv ...«

## Så bör kollegan bemötas som patient

Läkare bör bemötas och behandlas som andra patienter. För att säkra det behöver man känna till de psykologiska och organisatoriska hinder som finns.

Det menar Reidar Tyssen, psykiater och forskare i medicinsk beteendevetenskap vid Universitetet i Oslo, i en artikel (1). När en kollega vänder

sig till en annan angående egen sjukdom ska det alltid tas allvarligt. Och kunskap om att behandla kolleger bör förmedlas redan i grundutbildningen, anser han.

Solveig Klingberg Larson är privatpraktiserande psykiater i Karlstad och van att behandla kolleger. Hon tycker att sjuka läkare behöver få möta en läkare som särskilt valt att be-

handla kolleger och som dessutom fått en introduktion i det. Hon tycker också att Läkarförbundet borde undersöka orsaken till det motstånd som finns inom läkarkåren mot att ta emot en kollega.

– Alla vet att läkare inte vill behandla kolleger.

Läs mer:

Christie VM. Syk lege. En presentasjon gjennom 88 le-

gers stemmer. Oslo: Unipub forlag, 2001.

Ingstad B, Christie VM. Encounters with illness: the perspective of the sick doctor. Anthropology & Medicine 2001;8: 201-10.

(1) Tyssen R. Lege-pasient-forholdet når pasienten også er lege, Tidsskr Nor Lægeforen nr. 30, 2001; 121: 3533-5.

# Händelseanalys efter patientskada ger vinst

**Med ambitionen att undvika patientskador lockar LÖF, Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag, samtliga vårdenheter med ett stimulansbidrag om 10 000 kronor.**

Villkoret är att skadan är anmäld till patientförsäkringen och att det upprättas en risk- och händelseanalys på ett strukturerat sätt. Helst enligt den nytgivna handboken som bland annat finns tillgänglig på LÖFs hemsida. Men genomarbetade analyser efter annan välkänd metod accepteras också. Kurser i analysförfarandet kommer under året att arrangeras ute i landstingen.

LÖF har redan de första ansökningarna på sitt bord och räknar med att ta emot ett drygt hundratal per år. Pengar för ändamålet finns avsatt i budgeten. Till att börja med gäller erbjudandet alla skador oavsett svårighetsgrad eller specialitet. Systemet med stimulansbidrag kommer att omprövas årligen.

**Förhoppningen är** förstås att få in så många analyser som möjligt. LÖF förbehåller sig rätten att redigera materialet

och lägga in det i en sökbar databas i aidentifierat skick.

– Materialet ska inte under några omständigheter delges myndigheter eller publicerats på annat sätt än vad som angivits ovan, lovar chefläkare Jon Ahlberg vid LÖF, tillika medicinsk redaktör i Läkartidningen.

– En risk- och händelseanalys görs ju främst för att den egna enheten ska förbättra sina rutiner så att en liknande skada inte inträffar igen. Genom att samla in och systematisera analyserna kan nu även andra ta del av erfarenheterna, tillägger han.

**LÖF ser gärna att analysen** görs så snart som möjligt efter skadetillfället. Personskaderegleringens beslut i frågan behöver inte avvaktas. Rätt utförda analyser, som bland annat måste innehålla åtgärder som leder till ökad patientsäkerhet, ger kliniken eller motsvarande 10 000 kronor



Jon Ahlberg

Foto: Tombjörn Zardig

att användas i verksamheten.

Ett starkt önskemål från patienter som skadas är just att sjukvården agerar så att samma misstag inte drabbar någon annan. LÖF har de senaste åren stegvis förbättrat återföringen av information om skadeanmälningar till vården för lärande.

– Med ekonomiska incitament tror vi att den processen kan påskyndas ytterligare. Hittills har vi bara fått positiva gensvar från chefläkare och vi upplever generellt ett ökat engagemang för patientsäkerhet, säger Jon Ahlberg.

**Nästa steg i LÖFs skadeförebyggande** arbete är att minska de kostsamma förlossningsskadorna. En förlossningsstudie pågår och i augusti räknar man med att presentera preliminära resultat. Förhoppningen är att kunna peka ut förbättringsåtgärder för att minska förlossningsskadorna. Landsting vars sjukhus sedan tillämpar kunskaperna skulle från 2008 kunna erbjudas en rabatt på sin försäkringspremie.

Amelie Cardell

amelie.cardell@lakartidningen.se

## Obligatorisk patientförsäkring

Sedan 1997 är vårdgivaren skyldig att ha en patientförsäkring som täcker patientens eventuella anspråk på ersättning.

LÖF försäkrar landstingens, regionernas och Gotlands kommuns ansvarighet gentemot patienter som skadas i samband med hälso- och sjukvård. Sammanlagt går en procent av LÖFs årliga budget till patientsäkerhetsarbete. En siffra som ökat stadigt de senaste åren.

Privata vårdgivare som saknar avtal med ett landsting har sin försäkring i enskilda försäkringsbolag.

LÖF har i sin tur kontrakterat PSR Personskadereglering AB att svara för utredning och reglering av patientskador i LÖFs försäkring.

Den som är missnöjd med resultatet av företagets utredning kan överklaga till Patientskadenämnden.

Årligen får PSR in omkring 9 000 anmälningar (motsvarar för sjukhusen ungefär 0,2 procent av inlagda patienter). Cirka 45 procent får ersättning, vilket innebär att deras skada då bedömts som undvikbar. Den totala ersättningen till patienter under ett år ligger på ungefär 300 miljoner kronor.

En skada måste anmälas inom tre år från det att patienten fick kännedom om skadan och aldrig senare än tio år räknat från den dag skadan orsakades.

Den vanligaste anmälan gäller skada i samband med total höftplastik (cirka 150 per år). Förlossningsskadorna hör till de enskilt mest kostsamma. Ersättningarna kan där uppgå till åtta miljoner kronor per skadat barn.

LÖFs webbplats:

www.patientforsakring.se

# Inga ekonomiska skäl för generisk förskrivning

**Generisk förskrivning underlättar för förskrivarna. Där emot finns inga ekonomiska vinster att hämta i ett sådant system. Det skriver Läkemedelverket i sin rapport till regeringen.**

För drygt tre år sedan infördes möjlighet till generiskt utbyte av läkemedel på apotek. I diskussionen inför den reformen förekom också alternativet generisk förskrivning. Att regeringen fastnade för alternativet med utbyte berodde

bland annat på att ett system med generisk förskrivning ansågs krångligt, bland annat på grund av generikans många gånger trassliga beteckningar.

**Trots det gav regeringen** förra året Läkemedelverket i uppdrag att analysera effekterna av ett införande av generisk förskrivning. Enligt Läkemedelverkets rapport berodde det främst på problemen med återrapportering till förskrivare efter utbyte av läkemedel på apotek.

Nu är Läkemedelverket klar med sin analys och konstaterar att behovet av att införa generisk förskrivning är svagt efter utbytesreformen. Det finns heller inga ekonomiska skäl att införa generisk förskrivning, tvärtom skulle det medföra en hel del initiala kostnader för utveckling av IT-system och utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal.

**Läkemedelverket anser** också att det evidensbaserade underlaget beträffande generisk

förskrivningspåverkan på patientsäkerheten har sådana brister att det varken går att användas som argument för eller emot ett sådant system.

Däremot menar Läkemedelverket att generisk förskrivning har en pedagogisk fördel och dessutom skulle det underlätta för förskrivaren att slippa välja specifik produkt utan enbart fokusera på läkemedelssubstans.

Sara Gunnarsdotter

sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

# Norsk professor avslöjade forskningsfusk

**Fusket bakom studien om risken att få muncancer var uppenbart och borde ha upptäckts för länge sedan.**

Det säger professorn i epidemiologi, Lars Vatten, vid NTNU i Trondheim, som här omveckan avslöjade en av de största forskningskandaler-na någonsin. Artikeln som publicerades i The Lancet i oktober förra året bygger på påhittade resultat och låtsaspatienter. Den norske cancerforskaren, verksam vid Radi-umhospitalet i Oslo, erkände bluffen sedan Lars Vatten konfronterat honom med sina upptäckter.

– Jag såg på en gång att något var lurtt och ringde både till den aktuella cancerforskaren och hans chef, säger Lars Vatten. Under ett möte som varade i två timmar kunde han inte svara förnuftigt på

våra frågor. Till slut berättade han sanningen, säger Lars Vatten till Läkartidningen.

**Bland dem som först** anade oråd var den norska statsministerns syster, läkaren Camilla Stoltenberg, med ett överordnande ansvar för den norska databasen CONOR. Hon reagerade på cancerforskarens uppgifter om patientrapporter från databasen under år när den inte ens existerade. Camilla Stoltenberg vidarebefordrade sina misstan- kar till styrelsen i CONOR, däribland Lars Vatten som direkt satte igång att undersöka saken.

Det visade sig att merparten av de personer som ingick i studien var uppdiiktade och dessutom födda på samma dag. CONOR har överhuvud- taget inte lämnat ut några data till forskaren.

Chefredaktören för The Lancet, Richard Horton är be- drövad och säger till Svenska Dagbladet att det är den stör- sta svindeln från en forskare som världen någonsin har sett. Artikeln hävdar att ris- ken att få muncancer minskar för dem som tar NSAID-pre- parat. Som en följd av studien gick amerikanska hälsomy- nigheter ut med en varning mot vissa vanliga, smärtstil- lande preparat.

**De norska myndigheterna** har utsett en granskningskom- mission under ledning av An- ders Ekbom på institutionen för medicinsk epidemiologi vid Karolinska institutet i Stockholm. Kommissionen ska bland annat intervjua de 13 medförfattarna, däribland några av världens främsta cancerforskare.

– Vi ska också granska fors-

karens tidigare arbeten. Vår rapport ska vara klar i april, säger Anders Ekbom, ledamot i Sveriges läkarförbunds cen- tralstyrelse.

**Flera av forskarens** arbeten har resulterat i artiklar i in- ternationellt ansedda medi- cintidskrifter. Efter att en ar- tikel publicerats i The New England Journal of Medicine lovade National Cancer Insti- tute i USA att stödja hans forskning med 10 miljoner dollar. En del av summan har redan betalats ut.

Den norska hälsoministern Sylvia Brustad talar i norska medier om att införa en lag, möjligen med fängelse som påföljd, för att förhindra framtida fusk med medicinsk forskning.

**Amelie Cardell**

amelie.cardell@lakartidningen.se