

Vårdförbundet vill inte träffa Läkarförbundets presidium

Vårdförbundet vill inte längre ha presidiummöten med Läkarförbundet efter höstens artiklar i tidningen Sjukhusläkaren om ledarskapet i vården.

– Just nu är det svårt att se att det finns förutsättningar för ett konstruktivt samarbete mellan presidierna, säger Anna-Karin Eklund, ordförande i Vårdförbundet.

De två förbundens presidier, ordförande och vice ordförande i förbunden, totalt sex personer, har tidigare haft omkring tre möten om året.

– Träffarna har varit viktiga för att få förståelse för varandras politik och för att kunna ta steg framåt med vår egen politik. Vi har väl inte alltid kommit fram till samma lösningar på alla problem, men vi har kunnat enas om problembeskrivningar och vissa steg som behöver tas, säger Anna-Karin Eklund.

Men i februari meddelade Vårdförbundet i ett brev till Läkarförbundet att Vårdförbundet ville ställa in det planerade mötet i mars. Anledningen var höstens debatt om ledarskapet i vården.

Debatten uttryckte, enligt Anna-Karin Eklund, »bristande respekt« för sjuksköterskorna och innehöll »grova påhopp« på dem.

– Flera inlägg som skrivits av företrädare för Läkarförbundets ledning visade en bristande respekt för de professioner som ingår i Vårdförbundet, framför allt sjuksköterskorna, och deras yrkeskunskap. Det var påhopp på den och påhopp på Vårdförbundets sätt att arbeta och på Vårdförbundets politik, säger Anna-Karin Eklund.

Hon syftar på Läkarförbundets förste vice ordförande Marie Wedin och artiklar i nr 5/2005 av tidningen Sjukhusläkaren. Under intervjun har



Ledarskapsdebatten uttryckte, enligt Vårdförbundets ordförande Anna-Karin Eklund, »bristande respekt« för sjuksköterskorna och innehöll »grova påhopp« på dem.

Foto: Andreas Lundberg

hon dock svårt att ge konkreta exempel, hon har inte tidningen framför sig.

– Det är trist att Vårdförbundet tar det på det sättet. Det europeiska vårdförbundet har inga problem med vårt sätt att resonera, säger Marie Wedin.

Anna-Karin Eklund har uppfattat Sjukhusläkarens budskap som att den medicinska kompetensen skulle vara av överordnad betydelse för en chef.

– Vi anser att ledaregenskaper är viktiga och att man leder ett team med olika professioner där alla kompetenser är lika viktiga, säger hon.

Enligt Läkarförbundet är inte den medicinska kompetensen av överordnad vikt för en chef, enligt Eva Nilsson Bågenholm. Det avgörande är ledarskapets kompetens.

Marie Wedin menar att båda delar är viktiga.

– Men förmågan att se strategiskt och framåtblickande på den medicinska verksamheten kommer med läkarnas medicinska utbildning, säger Marie Wedin.

Eva Nilsson Bågenholm be-

klagar att presidiekontakterna avbrutits.

– Det är synd för de regelbundna samtalen har varit bra. Vi har t ex diskuterat patientsäkerhetsfrågor och tagit fram en gemensam broschyr om IT-frågor i vården.

Det är bra att också kunna diskutera frågor där de två förbunden inte är eniga, tycker hon, till exempel ledarskapet i vården. Andra tänkbara diskussionsämnen skulle kunna vara vårdplatsfrågan, sjukvårdspolitik och ett familjeläkarsystem.

Kontakterna med Läkarförbundets ledning är dock inte helt brutna.

– Jag och Anna-Karin Eklund sitter i olika styrelser ihop, bland annat SBU, så vi ordförande har mycket kontakt ändå, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Anna-Karin Eklund håller med.

– Jag och Eva har inga problem med att dela med oss av varandras synpunkter. Vi ska diskutera hur vi kan hitta former för träffarna igen.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Läkarförbundet ser över ledartexter

Rutinerna kring Läkarförbundets ledartexter i Läkartidningen ska diskuteras grundligt i september av centralstyrelsen. Och åtminstone fram till fullmäktigemötet kommer texterna att vara signerade.

Läkarförbundets centralstyrelse, CS, hade en första diskussion om ledartexterna vid förra veckans möte, apropå att ordförande Eva Nilsson Bågenholm ändrade i vice ordförande Marie Wedins ledare i LT nr 14, se även LT nr 15–16 och 17.

– Vi har diskuterat hanteringen av de tre ledarna fram till fullmäktige, och där ser vi inga problem, säger ordförande Eva Nilsson Bågenholm.

De tre texter som är planerade fram till fullmäktigemötet i början av juni kommer att vara signerade av enskilda CS-ledamöter, andra än ordföranden. Rutinerna kring dem kommer att vara som tidigare, texterna passerar ordföranden.

– Vi kommer att föra en diskussion som vanligt om dem.

Kan du ändra i texterna om ni blir oeniga?

– Vi är överens om innehållet, så den situationen kommer inte att uppstå.

Tycker du så här i efterhand att du gjorde fel när du ändrade?

– Jag tycker inte det var bra och jag är inte nöjd med det, men jag såg inget annat val.

På ett internat i september ska CS ha en mer genomgående diskussion om hur ledarna ska användas i Läkarförbundets arbete, till exempel om de ska vara signerade eller osignerade eller skrivna enbart av ordföranden och liknande frågor.

Vad gäller under sommaren?

– Det beror på fullmäktige. Hur CS agerar efter fullmäktige beror på vilket CS vi har.

Ser du framför dig stora förändringar i toppen?

– Det vet jag ju inte.

För din egen del?

– Inte som jag ser det nu.

Marie Wedin var inte med vid CS-sammanträdet på grund av den europeiska sjuksköterskaföreningens konferens i Slovakien där hon skulle hålla föredrag.

Elisabet Ohlin



Den omstridda ledartexten i LT nr 14.

Närsjukvårdsprogrammet klubbat

Framtidens närsjukvård, som varit på remiss i Läkarförbundets delföreningar, togs av centralstyrelsen förra veckan.

Programmet kompletterar Framtidens sjukvård från 2004.

– Det här är sista pusselbiten i Läkarförbundets syn på framtidens sjukvårdsstruktur i Sverige. Nu har vi ritat hela kartan och försökt beskriva en modell för läkarnas roll, säger CS-ledamoten Thomas Flodin, som lett arbetsgruppen bakom programmet.

Inte mycket har ändrats efter remissrundan.

– Vi har förtydligat en del och ytterligare betonat allmänläkarnas ställning i närsjukvården och filat på definitionen av »närsjukvård«.

Definitionen lyder: »Vård nära patienten som inte kräver den fullt utrustade sjukhusvårdens resurser.«

Ett problem som, enligt förbundet, bör bli mindre om

programmet genomförs är bristen på vårdplatser på sjukhusen.

– En viktig del är att vi beskriver en ny roll för sjukhusläkarna, att delta i arbetet utanför sjukhusen.

Ett annat problem som är tänkt att minska är dagens bristande samverkan kring äldre, psykiskt sjuka och funktionshindrade.

– Vi beskriver en del av närsjukvården, samverkansvård, där läkares insatser för patienter med behov av vård i hemmet beskrivs. Den ska ske i samverkan med kommunen.

Kommunen ska kunna köpa läkartjänster av offentliga eller privata vårdgivare.

Närsjukvården delas in i tre delar:

1. Den primära närsjukvården. Den består av familjeläkarvården och vård i hemmet och finansieras av staten.

– Basen för närsjukvården ska vara ett nationellt familjeläkarsystem.

I familjeläkarvården ingår även sammanhängande omvårdnad, samtalsterapi, sjukgymnastik m m. Med vård i hemmet menas vård som ges i hemmet av andra än läkare.

2. Den specialiserade närsjukvården. Förutom dagens öppna specialistvård ska den också bestå av närsjukhus, det vill säga sjukhus som inte är fullt utbyggda akutsjukhus. Även denna del finansieras statligt. Vårdplatserna konkurransupphandlas av regionala beställarorganisationer. Sjukhusspecialisterna i närsjukvården ska ersättas enligt nationell taxa. De ska också alternera med arbete på de fullt utrustade sjukhusen.

3. Samverkansvården. Den del definieras utifrån patienten och omfattar all vård av patienter med stora och varaktiga vårdbehov. All vård av dessa patienter – utom inläggning på sjukhus – ska betalas av kommunerna, det vill säga även akutbesök på sjukhus.

Först vid inläggning betalar staten. Vården av dessa patienter kräver god kommunikation mellan familjeläkarvården, den specialiserade närsjukvården och sjukhusvården, enligt programmet.

De flesta remissinstanser var positiva. Bland de mer kritiska fanns Distriktsläkarförbundet, Chefsföreningen, reumatologerna och några lokalföreningar. Flera ifrågasätter om programmet verkligen leder till bättre samverkan, kanske flyttas bara gränsen. »Ensidigt läkarperspektiv« är en kommentar från reumatologerna. »Pratigt« och »ostrukturerat« är ord i ett av de mest kritiska svaren, från Stockholms läkarförbundet, där Thomas Flodin själv är ordförande.

– Det är min förening, men de är självständigt tänkande.

Programmet finns på <<http://www.slf.se>> från och med den 3 maj.

Elisabet Ohlin

Försöksperson fick psykos vid fas 1-studie i Lund

Nyligen drabbades en 25-årig man av psykos vid en läkemedelsstudie för AstraZeneca i Lund. Nu mår han bra. Men händelsen fick stor uppmärksamhet eftersom sex försökspersoner i en studie i mars i Storbritannien råkade så illa ut att det var fara för deras liv.

Det väcker frågan om försökspersoner vet vad de ger sig in i.

– En person som får en psykos insjuknar inte för gott. Försökspersonen mår bra efter någon eller några dagar. Det är inte ovanligt att även godkända läkemedel ger psykosymtom om de överdoseras. Syftet med en fas 1-studie är just att finna vilken dos som är lämplig för framtida patienter.

Det säger docent Tomas Eriksson, Psykiatri, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

Det brittiska läkemedelstestet tycker han är svårare att bedöma.

– Det är uppenbart att försökspersonerna där fick en för hög dos och att för många försökspersoner fick pröva den samtidigt. Är man osäker på effekten är det klokare att börja med endast en person och en extremt låg dos.

Det som testades av AstraZeneca i Lund var en medicin mot neuropatisk smärta. En försöksperson fick en kraftig ångestreaktion med psykosymtom och överfördes till psykiatriska kliniken i Lund.

Var biverkningen väntad?

– Vi har sett liknande biverkningar, t ex ångestreaktioner, på högre doser. Vi har givit fyra gånger så mycket i en enskild dos utan någon biverkan, men i större mängder än så har personer blivit oroli-

ga, fått synvillor och tankepåverkan, säger professor Hans Basun, globalt medicinskt ansvarig för tidig utveckling av produkter mot neurodegenerativa sjukdomar och smärta på AstraZeneca.

Hade försökspersonerna informerats om detta?

– Ja. De har fått skriftlig information om väntade biverkningar. Men för oss var dessa oväntade eftersom de kom på en så låg dos. Informationen finns i materialet som personerna skriver på inför studien.

Hade den här personen haft psykos tidigare?

– Vi har ingen möjlighet att kontrollera detta, och vi förlitar oss på de uppgifter försökspersonerna lämnar. De har lämnat uppgifter om att de inte haft psykos.

Hur många deltog?

– 10 deltog och fick en lägre dos. En på låg dos avbröt för att han fick obehagskänslor. 10 deltog på en högre dos och där drabbades en person av psykosymtom och uppfattades som hotfull.

Hur går ni vidare?

– Vi har avbrutit testet och undersöker substanskoncentrationen i blodet hos försökspersonerna. Kan vissa vara extra känsliga? Vi måste sätta oss ner och analysera i detalj. Det finns inga bra läkemedel mot t ex nervsmärtor efter skador. Det är därför angeläget att få fram ett läkemedel.

Margaret von Platen
frilansjournalist

Läs mer På LT Debatt i nr 15–16/2006 kommenterar Pierre Lafolie katastrofen vid läkemedelsprövningen i Storbritannien.