SJUKSKRIVNINGSRIKTLINJER. Psykiatern Åsa Kadowaki är en av dem som arbetat med Socialstyrelsens omdebatterade utkast till sjukskrivningsriktlinjer för bland annat utmattningssyndrom. Nu tar nästa grupp, ledd av psykiatriprofessorn Marie Åsberg, vid.

TEXT: ELISABET OHLIN

Utmattningssyndrom är lätt att förebygga, men svårt att behandla, enligt psykiatriprofessorn Marie Åsberg. Psykiatern Åsa Kadowaki, till höger, håller med om att tillståndet är lätt att förebygga, men tror att hennes syn på behandling skiljer sig från Marie Åsbergs. Till vänster Peter Währborg, tf professor i beteendemedicin.

Foto: Pontus Tideman

Marie Åsberg tar över

Marie Åsberg, professor emeritus i psykiatri, blir sammankallande i den nya arbetsgrupp som ska slutföra Socialstyrelsens arbete med sjukskrivningsriktlinjer för utmattningssyndrom.

Den nya arbetsgruppen blir den tredje som arbetar med sjukskrivningsriktlinjer för utmattningssyndrom åt Socialstyrelsen.

– Vi känner behov av att få in nya personer för att få in andra synvinklar, säger Anna Ericsson, ny projektledare på Socialstyrelsen.

På frågan varför Marie Åsberg, som tidigare har varit en av Socialstyrelsens experter på utmattningssyndrom, inte varit med i de tidigare arbetsgrupperna hänvisar hon till Jan Larsson, biträdande enhetschef på Socialstyrelsen, men han ville förra veckan inte kommentera det.

En skillnad nu är att de tidigare grupperna har arbetat med flera psykiatriska diagnoser. Den här gången blir det en särskild grupp bara för utmattningssyndrom.

– De har väl tyckt att de behöver mer djupgående kunskap, säger Marie Åsberg själv.

Socialstyrelsens första arbetsgrupp tog i våras fram ett förslag, som sedan granskades av en andra grupp, där ett antal allmänläkare och psykiatrer ingick, bland andra Åsa

LÄS MER *Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa, Socialstyrelsen, 2003, se ‹www.socialstyrelsen.se›.*

Kadowaki (se artikel på nästa uppslag). Det var resultatet av arbetet så långt som väckte stor debatt i slutet av sommaren.

Ett utkast presenterades i korthet i Dagens Nyheter den 10 augusti. Det såg ut som att den som drabbats av utmattningssyndrom helst inte skulle sjukskrivas alls (LT nr 34, sidan 2310).

Kritiken lät inte vänta på sig. Den 14 augusti anklagade psykiatern Jörgen Herlofson Socialstyrelsen för att »torgföra en antihumanistisk ideologi«. Han påstod att huvudskälet bakom de föreslagna riktlinjerna var att »sjukskrivningarna för den här typen av ohälsa kostar samhället för mycket«. I stället borde Socialstyrelsen uppmärksamma problematiken med att »rehabiliterande vårdverksamheter befinner sig på vårdens skuggsida med låg status och inadekvat ekonomi«. Det enda många personer med stressrelaterad ohälsa har fått är sjukskrivning, och nu skulle de inte ens få det, menade han.

Jörgen Herlofson är psykiater och har introducerat det amerikanska DSM-systemet för psykiatrisk diagnostik i Sverige. Han var, precis som Marie Åsberg, med i Socialstyrelsens arbete med kunskapsöversikten och diagnoskriterierna för utmattningssyndrom från 2003. I DN-artikeln skriver han också: »Det är knappast Socialstyrelsens uppgift att förminska betydelsen av de kriterier för utmattningssyndrom som man själv en gång godkänt och givit officiell status och diagnos.«

I arbetet med sjukskrivningsriktlinjerna ska Marie Åsberg ta hjälp av bland andra forskarkollegan Åke Nygren, professor emeritus i personskadeprevention, två allmänläkare, en stressmedicinare och en rehabläkare. Flera av dem har arbetat med ett vårdprogram om utmattningssyndrom som nyligen gavs ut av Stockholms läns landsting. Arbetet kommer också att förankras hos Svenska psykiatriska föreningen.

– Det viktiga är att vi får en chans att stå bakom dem. Vi har inte varit nöjda med tidigare skrivningar, säger föreningens ordförande Christina Spjut.

Den här gången tror Christina Spjut att det ska gå bra.

– Jag har talat med Marie Åsberg som kommer att arbeta med riktlinjerna för utmattningssyndrom och vi har nog samma uppfattning, säger Christina Spjut.

Föreningen ska också arbeta med riktlinjerna för ångest och depression. Ett problem med att ta fram riktlinjer är dock bristen på statistik, enligt Christina Spjut.

– Vi vet inte hur sjukskrivningarna ser ut på diagnosnivå. Det är oerhört dåliga data, vi vet inte om de sjukskrivna har fått någon behandling och vi vet inte om de har haft tillgång till specialpsykiatri. Alla blir inte bra med första linjens sjukvård i primärvården. Vi behöver mycket bättre statistik. Nu tar man riktlinjerna »ur luften«, det vill säga gissar i stort sett sjuktidernas längd. Det är egentligen inte alls acceptabelt, säger Christina Spjut.

Elisabet Ohlin

De flesta andra riktlinjer klara

Försäkringsmedicinskt beslutstöd – vägledning för sjukskrivningar. Så heter sjukskrivningsriktlinjerna som Socialstyrelsen presenterade och publicerade på sin webbplats 1 oktober, se ‹www.socialstyrelsen.se›.

Ett mindre antal riktlinjer har blivit försenade. Förutom utmattningssyndrom och de andra psykiatriska diagnoserna gäller det symtomdiagnoserna trötthet, yrsel och huvudvärk. Riktlinjerna för dessa ska vara klara senast den 31 december.

»Det finns inga belägg för sjukskrivningstider«

Utmattningssyndrom är ett svårbehandlat tillstånd som det inte finns någon »quick fix« för. Det menar professorn i psykiatri Marie Åsberg. Nu är det hennes sak att ange rimliga sjukskrivningstider, något som hon själv menar att det inte finns vetenskapliga belägg för.

Marie Åsberg är professor emeritus i psykiatri, med inriktning på behandlingsforskning och numera verksam vid Stressrehab på Danderyds sjukhus i Stockholm. Hon har forskat kring utmattningssyndrom sedan 1998 då sjukskrivningarna, särskilt de psykiskt relaterade, började skjuta i höjden.

År 2003 beskrevs den nya diagnosen utmattningssyndrom i Socialstyrelsens kunskapsöversikt »Utmattningssyndrom – stressrelaterad psykisk ohälsa«. Marie Åsberg var en av experterna i arbetsgruppen bakom den. Men alla slutsatser i översikten – om diagnostik, naturligt förlopp, behandling, rehabilitering och prevention – är preliminära. Den vetenskapliga evidensen saknas.

»Ett gram prevention är värt ett ton behandling.«

Utmattningssyndrom är enligt Marie Åsberg ett stressinducerat tillstånd som åtföljs av biokemiska förändringar. Det skiljer sig från normal trötthet. Det skiljer sig också från depression, som är en vanlig komplikation. Det har ett successivt insjuknande, akut förvärring och ett långvarigt förlopp.

Arbetsförmågan kan vara nedsatt under lång tid. Det är svårt att behandla, men lätt att förebygga.

– Ett gram prevention är värt ett ton behandling, säger Marie Åsberg.

Hon har som forskare träffat 700–800 personer med utmattningssyndrom, men aldrig sjukskrivit någon själv.

Marie Åsberg

I kunskapsöversikten sägs att sjukskrivningens längd måste avpassas individuellt. Någon förväntad tid anges inte.

Men där sägs också att klinisk erfarenhet talar för att syndromen tenderar att bli långvariga. Sjukskrivningstider över ett år är inte ovanliga. Men det är inte känt om detta beror på tillståndet i sig, på bristande behandling och rehabilitering eller på en arbetssituation som individen inte förmår återvända till.

Det sägs också att en del personer, som kämpat länge för att klara av sina arbetsuppgifter, kan »vara rädda för att släppa taget och vara sjukskrivna«. »De kan behöva hjälp att acceptera att heltidssjukskrivning kan vara nödvändig för att vända tillståndet.«

Men det finns också lättare tillstånd, där sjukskrivning inte är nödvändig och där det kan räcka med »ett samtal om tänkbara orsaker till utmattningen och åtgärdsförslag«.

För några veckor sedan ta-

SJUKSKRIVNINGSRIKTLINJER

lade Marie Åsberg på en temakonferens i Lund om utmattningssyndrom. Konferensen arrangerades av Region Skåne som en del i regionens projekt för en bättre sjukskrivningsprocess. Då sa Marie Åsberg att det inte finns »några som helst belägg för tider«.

Sedan dess har hon tagit på sig uppdraget att ta fram sjukskrivningsriktlinjer.

Kommer ni inte att ange tider?

– Det måste vi göra. Det är vårt uppdrag. Men det kan hända att det inte går.

Det vetenskapliga underlaget är tunt. Marie Åsberg har tidigare i en enkätstudie följt upp 4 000 personer som 1999 hade varit sjukskrivna för en psykisk diagnos, de flesta av typen utmattningssyndrom eller depression. Ett år senare hade endast 20–25 procent av dem återgått i arbete. Och det var ingen skillnad för dem som hade fått behandling.

– Men var det rätt behandling? De hade knappast fått specialinriktad behandling för utmattningssyndrom, för det fanns inte då, utan gängse behandling för depression, terapi och/eller tabletter.

– Och vad du än får för åkomma så går mycket av sjukskrivningstiden åt till att vänta på olika saker, finansiering, rehabilitering ...

På Stressrehab, som Marie Åsberg och professor Åke Nygren startat på Danderyds sjukhus, bedrivs såväl klinisk stressrehabilitering som forskning om utmattningssyndrom.

Behandlingen består av tre delar. För det första gruppsamtal för ökat självförtroende och bättre copingstrategier i stressande situationer. För det andra arbetslivsinriktad rehabilitering med vägledning, arbetsträning och eventuell hjälp att hitta annat arbete. Och för det tredje metoder för stresshantering, till exempel mindfulness.

Det handlar om andra linjens sjukvård. Många av patienterna är svårt sjuka. De flesta har varit sjukskrivna minst ett halvår. Drygt hälften återgår i arbete.

Men även patienter med ännu längre sjukskrivningstid bakom sig, upp till sex sju år, har gått att rehabilitera, berättar hon.

På temakonferensen i Lund sa Marie Åsberg att de som drabbats av utmattningssyndrom »behöver varken morot eller piska«.

Vad menade du med det?

– Många känner sig väldigt hotade av att inte få vara sjukskrivna. Det handlar inte om att de inte vill vara friska. Det handlar om att de inte har hittat vägen tillbaka. De flesta har försökt och försökt. De har sömnstörningar, minnesstörningar och koncentrationsstörningar.

Att som Åsa Kadowaki säger »konfrontera problemet i det sammanhang där det uppstått« kan vara rätt, men det är inte möjligt för alla, menar Marie Åsberg. Hon är tveksam till om kognitiv behandling är det rätta för dem.

– Det finns ingen »quick fix« för de patienterna. De har nästan undantagslöst redan prövat allt, inklusive någon form av samtalsterapi.

Tror du att du talar om en annan grupp patienter än Åsa Kadowaki?

– Ja, det är möjligt. De vi ser har långa sjukskrivningstider bakom sig.

En del av Marie Åsbergs forskning handlar om att hitta biologiska markörer, för att senare kunna hitta andra behandlingsformer. Man har bland annat kunnat konstatera att kortisolfrisättningen är mindre än hos friska och ännu mindre än hos deprimerade.

Stressrehab undersöker i en randomiserad studie om rehabiliteringen fungerar bättre med en coach som samordnar insatserna runt den sjukskrivne och vägleder denne tillbaka i arbete. Om något år eller två kommer resultatet.

Marie Åsberg ska också presentera en skattningsskala för bedömning av utmattningssyndromets olika symtom.

Elisabet Ohlin

Sjukskrivningsdiskussionen uttryck för »curlingsjukvård«

Det behöver inte ta lång tid för utmattade att bli friska. Men läkarnas förhållningssätt kan göra tillståndet långvarigt. Det menar psykiatern Åsa Kadowaki, som talar om skadlig »curlingsjukvård«.

Åsa Kadowaki är psykiater och arbetar utifrån kognitiv beteendeterapi och tillämpad beteendeanalys med konsultationspsykiatri i primärvården i Linköping. Hon var en av dem som medverkade i Socialstyrelsens andra arbetsgrupp för beslutsstöd vid sjukskrivning för psykiatriska diagnoser, bland andra utmattningssyndrom, och därför var hon inbjuden att tala vid temakonferensen i Lund (se artikel härintill).

– Sjukskrivningstiderna har fördubblats de senaste tio åren utan att det finns någon medicinsk grund för det, sa hon.

Svensk sjukvård de senaste decennierna har präglats av »tycka synd om, kompensera och ta över« på bekostnad av »optimal medicinsk diagnostik och terapi« och till skada för patienten. Svenska läkare är alltför inriktade på att tillfredsställa önskemål om utredning och behandling och på så vis bekräfta patienten, menar Åsa Kadowaki, som kallar det för curlingsjukvård. Sjukskrivningsdiskussionen är bara toppen av isberget, menar hon.

I stället bör läkekonst baseras på att bota, lindra och trösta självständiga individer. Läkarna måste grunda sina åtgärder på objektiva medicinska bedömningar och också lära sig att säga nej och sätta gränser i patientens intresse.

– Vi måste diskutera mer hur vi ska förhålla oss. Det handlar inte om pekpinnar, det handlar om läkekonst. Vi måste se på sjukskrivning som en behandlingsmetod som har såväl effekter som biverkningar, sa hon och varnade för att genom sjukskrivning plocka bort människor ur deras sammanhang.

»Sjukskrivningstiderna har fördubblats de senaste tio åren utan att det finns någon medicinsk grund för det.«

Den som drabbats av utmattning bör få hjälp att ändra sitt beteende, helst i det sammanhang där problemet uppstått, enligt Åsa Kadowaki. Det handlar om att hitta kärnproblemet, vad som utlöst reaktionen, vad som vidmakthåller den och vad som kan bota. Det kan handla om att skapa insikt mellan valda beteenden och konsekvens, att vända det till en erfarenhet som man kan ha nytta av.

Ska man inte sjukskriva alls för utmattningssyndrom?

– Varje fall kräver individuell bedömning av för- och nackdelar med rekommenderad behandling. Långa heltidssjukskrivningar utan parallella behandlingsinsatser skapar bara mer ohälsa

En person som drabbats av utmattningssyndrom bör få hjälp att ändra sitt beteende, helst i det sammanhang där problemet uppstått, menar Åsa Kadowaki. Hon varnar därför läkare för att genom sjukskrivning plocka bort människor ur deras sammanhang. Foto: Pontus Tideman

och utanförskap. Att bara vänta läker ingen.

Beteendeförändring kan användas som behandling för utmattning. Patienterna behöver ändra förhållningssätt i sin totala livssituation. Även om problemet kan bero på miljön så måste det hanteras.

Åsa Kadowaki

– Det är skönt att inte gå till jobbet om man är trött eller har en konflikt. Trötthet signalerar behov av förändring via ökad gränssättning, och för att hantera konflikter behöver man lära sig sunt självhävdande.

I sitt jobb träffar hon patienter med lång sjukskrivning bakom sig.

Många problem som de patienterna har beror på flykt från obehagliga känslor, menar Åsa Kadowaki. Att undvika och fly bort från det som skapar problem kan förvärra problemen. Det blir en negativ förstärkning och det patienten är rädd för kan generaliseras till fler livsområden. Att bli sjukskriven kan därför fördröja förändringsprocessen. En lång sjukskrivning kan dessutom ge nya psykiska symtom som fobier, depression och panikångest.

Det är viktigt att inse att det finns personer med väldigt allvarliga, objektiva symtom, påpekar hon. Men att utmattning alltid är svårt att bota tror hon är en myt. Att sjukskrivningstiderna blivit så långa, det tror hon beror mindre på patienternas ursprungliga problem och mer på läkares och andra behandlares förhållningssätt – att de bekräftat patientens upplevelse utan att ge annan behandling än sjukskrivning och råd om vila. Dessutom blir det snabbt många aktörer, som tycker olika saker, runt patienten. Det kan skapa förvirring kring vems det egentliga ansvaret är, menar hon.

Hon håller med Marie Åsberg om att utmattningssyndrom är lätt att förebygga. Men ifråga om behandling, hur mycket man behöver ta hand om patienten och om det behövs en coach som samordnar olika aktörer, där tror hon att hennes syn skiljer sig från Marie Åsbergs.

– Vi doktorer måste bli väldigt noggranna med vad vi *inte* ska göra med våra patienter. Vi ska inte förmedla att de är svaga och sköra. Det finns de som är sköra, men de är inte så många. De andra behöver hjälp att komma vidare på egen kraft. När vi sjukskriver människor gör vi dem beroende av oss.

– Vi läkare måste träna oss i frustrationstolerans – att ta del av patientens lidande utan att alltid försöka ta bort det. Utveckling sker via smärta. Vi måste tro på patientens förmåga till förändring för att kunna hjälpa.

Elisabet Ohlin

Läkare med gränser

Åsa Kadowaki är också initiativtagare till det ideella nätverket Läkare med gränser, som vill »skapa bättre balans mellan individens autonomi och läkarens expertroll«. Se ‹www.lakaremedgranser.org›. Där finns också litteraturtips och publicerade artiklar.

Tänk på pensionen om du blir privatanställd

Avtalspensionen är en stor del av pensionen. Den kan påverkas mycket av förändringar sent i arbetslivet, till exempel om man blir sin egen eller om man övergår i privat anställning.

I många landsting ställs läkare nu inför olika privatiseringstankar. Pensionsfrågan kanske inte är det första de flesta tänker på. Men effekterna av att lämna sin anställning kan bli stora, enligt Christian Roth, pensionsrådgivare på Max Matthiessen.

Härom veckan var han inbjuden att tala om pensionsfrågor för ett hundratal medlemmar inom Stockholms läkarförenings sektion SLSO, och förvirringen var stor.

Många olika faktorer påverkar pensionen, såsom antal intjänandeår, lön och vilket kollektivavtal som gäller.

– Läkare är ofta mindre insatta i sin privatekonomi än högavlönade i allmänhet, säger Christian Roth.

Förändringar i anställningen kan få stora konsekvenser.

– Inte sällan tjänar man in halva sin pensionsrätt de sista tio åren, säger han.

Detta har förstås betydelse för den som i slutet av sin karriär funderar på att övergå i eget företagande. Personen måste själv bestämma hur mycket som kan avsättas till pensionen.

För högavlönade grupper som läkare utgör avtalspensionen i bästa fall en stor del av den slutliga pensionen.

De flesta läkare är idag landstingsanställda, och för dem beräknas avtalspensionen enligt pensionsavtalet KAP-KL. En stor del av avtalspensionen är förmånsbaserad, det vill säga det är lönenivån i slutet av karriären som till stor del styr hur hög avtalspensionen blir. Och eftersom lönen vanligen är högst i slutet av karriären betyder det att arbetsgivaren har högre pensionskostnader för sina anställda under deras sista år före pensioneringen. Ju mindre del av pensionen som intjänats tidigare, desto dyrare blir det för arbetsgivaren, som då ska kompensera för de tidigare årens lägre inbetalade belopp.

– Läkare blir ofta högavlönade förhållandevis sent och kan ofta ha haft ett dåligt pensionsintjänande.

Att ge en läkare som närmar sig pensionsåldern en kraftig löneförhöjning kan därför bli väldigt dyrt för arbetsgivaren. Av samma skäl kan en arbetsgivare vara obenägen att nyanställa en äldre läkare.

För privatanställda tjänstemän heter pensionsavtalet ITP. Det fungerar på liknande sätt. Gemensamt är att man tjänar in mest de sista åren. Generellt ger ITP något bättre villkor än KAP-KL.

»Inte sällan tjänar man in halva sin pensionsrätt de sista tio åren.«

För den som lämnar sin landstingsanställning för att gå över i privat anställning sker en samordning av de två systemen. Dessutom är efterlevandepensionen bättre i ITP. Det gör det särskilt dyrt för en privat arbetsgivare att ta över en före detta landstingsanställd.

Av den anledningen erbjuds därför numera inte alla läkare som nyanställs i den privata sektorn det traditionella ITP-avtalet, ITP (2). De kan i stället erbjudas en helt och hållet premiebaserad lösning, där en fast procentsats av lönen avsätts till pension. För många – men inte för alla – innebär det en sämre pension än med den förmånsbaserade varianten, kanske uppåt 10 000 kronor mindre i pension i månaden.

Det kan därför vara en fördel att stanna i sin landstingsanställning och behålla sitt gamla kollektivavtal.

Ju äldre en läkare är vid byte av arbetsgivare, desto mer angelägen bör han eller hon vara att behålla sin förmånsbaserade pension även i den nya anställningen.

– Får man ITP (2) är det bra och positivt för läkaren, men arbetsgivaren vet att det blir dyrt. Arbetsgivare är idag väldigt angelägna om att ge en premiebestämd lösning, säger Christian Roth.

Han råder alla att ta reda på hur eventuella förändringar skulle slå för just dem.

– Det bästa vore om läkare fick veta om de vinner på att övergå till premiebestämd lösning. Det finns de som är stora förlorare. För dem är det inte lika intressant att lämna sin anställning i landstinget. För andra är det ingen stor fråga.

Till den som funderar på att trappa ner till halvtid vid exempelvis 58 års ålder säger Christian Roth:

– I alla system är det dåligt att trappa ner eftersom det är i slutet man tjänar in stora delar av sin pensionsrätt.

Om man har en förmånsbaserad avtalspension kan det till exempel vara bättre att gå i pension helt och hållet. Från 61 års ålder (från 62 år för ITP) blir premien ändå betalad av arbetsgivaren. Däremot blir den pension man får ut något lägre eftersom den tas ut under längre tid.

Elisabet Ohlin

Pensionspengarna kan påverkas mer än man tror av att den anställde läkaren blir sin egen i slutet av karriären.

FAKTA Pensionens delar:

- **Statlig pension.** Består av inkomstpension och premiepension. Betalas av staten och regleras i lag. Den statliga pensionen påverkas ej av den del av årsinkomsten som överstiger 7,5 inkomstbasbelopp (cirka 344 000 kronor).
- **Avtalspension.** Till exempel ITP eller KAP-KL. Betalas av arbetsgivare och regleras i kollektivavtal. Särskilt betydelsefull för högavlönade.
- Eventuellt **privat pensionssparande**.

Vetenskaplig oredlighet:

»Rektor är jävig«

Om rektor är den som slutgiltigt ska bedöma om det förekommit vetenskaplig oredlighet vid universitetet finns risken att misstänkta fall tonas ner, menar Anders Ekbom apropå ett förslag till hantering av misstänkt vetenskaplig oredlighet.

Vetenskapsrådet (VR) och Sveriges universitets- och högskoleförbund (SUHF) har utarbetat ett gemensamt förslag till hur misstänkt vetenskaplig oredlighet ska hanteras. Utbildningsdepartementet, som fått förslaget, har i sin tur skickat det på remiss.

Förslaget går i korthet ut på att högskolorna ska inrätta särskilda oredlighetsnämnder med såväl juridisk som vetenskaplig kompetens. Vem som helst som misstänker att vetenskaplig oredlighet förekommer kan anmäla det till rektor vid högskolan där forskaren arbetar. Rektorn överlämnar ärendet till nämnden som gör en bedömning om huruvida en fullständig utredning ska göras. Om så är fallet knyts två utomstående experter till utredningen. Utifrån nämndens svar, som baseras på de sakkunnigas utlåtande, fattar så rektor beslut i ärendet.

Läkarförbundet skriver i sitt svar att man instämmer i huvuddelen av förslaget.

– Men det kvarstår en del problem att lösa, säger Anders Ekbom, ledamot av förbundets centralstyrelse och tidigare ordförande i den granskningskommission som utredde fuskanklagelserna runt den norske forskaren Jon Sudbø.

Läkarförbundet menar att oredlighetskommitténs utlåtande borde vara bindande för rektors beslut. Anders Ekbom, hävdar att rektor är jävig i sammanhanget.

Anders Ekbom

– Oredlighet är ju något som faller tillbaka på universitetet, det är ett incitament för rektorn att hålla nere den typen av beslut, säger han.

Det ska enligt förslaget också finnas en fristående oredlighetskommitté med myndighetsstatus, dit det går att överklaga, som ersätter VRs expertgrupp för frågor om oredlighet i forskningen.

– Det är inte så bra att vi som forskningsfinansiär också agerar tillsynsmyndighet, säger Gunnel Gustafsson, biträdande generaldirektör vid VR.

Enligt Läkarförbundet är det viktigt att universiteten och högskolorna verkligen avsätter pengar för professionella granskningar, för att garantera rättssäkerheten för både den anmälda och anmälaren.

– Om den anklagade är oskyldig finns ett enormt behov av att få ett papper på det. Och anmälaren har behov av att få klarlagt om fusk förekommit. För det behövs juridisk kompetens och inte bara tyckanden, säger Anders Ekbom och påpekar att resultatet av en oredlighetsutredning därför måste vara offentligt.

Läkarförbundet efterlyser också ett särskilt stöd till den som gjort anmälan.

– Av erfarenhet vet vi att de som slagit larm har råkat illa ut. Det måste finnas någon form av skydd för »whistleblowers« så att de inte straffas ut ur organisationen, säger Anders Ekbom.

Sara Gunnarsdotter

Se även ledaren i detta nummer.

Örebro ansöker på nytt om läkarutbildning

Läkarutbildning för 60 nya studenter per termin med start redan hösten 2008. Det hoppas Örebro universitet på när man nu för andra gången ansöker om rätt att få utfärda läkarexamen.

Så sent som våren 2006 fick Örebro universitet avslag på sin ansökan om att få starta läkarutbildning. Högskoleverket ansåg då att steget mellan universitetets vision och verkligheten var för stort. Men i Örebro gav man inte upp för det, utan har utifrån Högskoleverkets bedömning vidtagit åtgärder, och måndag den här veckan lämnades en ny ansökan in till Högskoleverket.

Bland annat har 15 nya professurer i medicinska vetenskaper inrättats vid universitetet för att stärka förutsättningarna för den biomedicinska och den kliniska forskningen.

Universitetet har också upprättat samarbetsavtal med de medicinska fakulteterna i Glasgow och Maastricht.

Nationellt ska den tänkta läkarutbildningen i Örebro samarbeta med högskolorna i Skövde och Halmstad. Dessutom har man kommit överens med landstingen i Värmland och Dalarna om att dessa kan ta emot studenter för klinisk praktik.

Sara Gunnarsdotter

Läs mer på ‹www.lakartidningen.se›

AVTALSRÖRELSEN 2007

Låsta positioner i de centrala förhandlingarna

I förra veckan träffades åter Läkarförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting för avtalsförhandlingar. Läkarförbundets ordförande, Eva Nilsson Bågenholm, låter lite uppgiven när hon säger att inget har hänt, och att hon heller inte har några förhoppningar om att det kommer att lossna när parterna träffas igen denna vecka.

Däremot finns öppningar för fler avstegsavtal i arbetstidsfrågan. Läkarföreningen i Örebro har till exempel fått ett förslag från arbetsgivaren förra veckan som »ser rätt bra ut«, enligt läkarföreningens ordförande Svante Hugosson. Han hoppas att avtalet blir ungefär som Jönköpings.

– Vi finslipar nu på detaljer till nästa möte med arbetsgivaren den 19 oktober, säger Svante Hugosson. ■

Nedlagd myndighet blir nytt institut för stressforskning

Institutet för psykosocial medicin (IPM), har enligt ett riksdagsbeslut avvecklats som myndighet. Verksamheten har nu förts över till Stockholms universitet och bytt namn till Stressforskningsinstitutet.

Stressforskningsinstitutet ska studera hur individer och grupper påverkas av olika sociala miljöer, med särskilt fokus på stressreaktioner och hälsa. Institutet har fem forskningsgrupper: »Arbetsorganisation och hälsa« (leds av fil dr Hugo Westerlund), »Barn och trauma« (docent Frank Lindblad), »Migration och hälsa« (docent Solvig Ekblad), »Stressprevention« (docent Aleksander Perski) samt »Stress och återhämtning« (professor Torbjörn Åkerstedt). ■

Kostnader för läkemedel väntas öka

Från att ha legat stilla de senaste åren väntas kostnaderna för receptbelagda läkemedel nu stiga, enligt Socialstyrelsens rapport »Läkemedelsförsäljningen i Sverige«. Orsaker är bl a att utbudet av nya läkemedel ökar och att det säljs läkemedel i större volymer. Dessutom gick flera patent på storsäljare ut 2002–2005, vilket gjorde att priserna sjönk. Det väntas inte ske de närmaste åren. Läs rapporten på ‹www.socialstyrelsen.se› ■