

INTERVJU. Det finaste uppdrag man kan få, tycker nye ordföranden Peter Aspelin om att få leda Svenska Läkarsällskapet som fyller 200 år. Han är stolt över sitt sällskap och till och med över den rökande barnläkaren på väggen. Och han tror inte på ett samgående med Läkarförbundet.

TEXT: ELISABET OHLIN FOTO: STEFAN BLADH

Han ska få fart på tisdagarna

Det är kutym i sällskapet att ordförande lämnar över klubban till sin vice, efter två år. Så vid årsskiftet tog Peter Aspelin över ordförandeskapet efter Anna Engström-Laurent.

– Ett hedersuppdrag, väldigt kul och viktigt, säger Peter Aspelin, till vardags professor i radiologi, om sin nya roll.

– Som forskningsintresserad läkare är det det finaste uppdrag som kan erbjudas i Sverige, tillägger han.

Han har haft en rad andra tunga uppdrag inom forskning och utbildning tidigare, se ruta.

– Jag har alltid gillat helhets-, strategi- och utvecklingsfrågor, att få insikt och kunna påverka.

Karriärst?

– Ja, i alla fall betraktar nog omvärlden mig så. Men ingen av tjänsterna har jag sökt. Men jag har inte heller tackat nej.

Peter Aspelin föddes i Uppsala. När han var fyra flyttade familjen till Skåne och redan efter en månad lär han ha bytt dialekt till malmöitiskan, som numera är något avslipad.

Han är ensam i släkten om att vara läkare. Föräldrarna var lärare, många andra var präster. Självtänkte han bli jurist. En slump gjorde att det blev läkarbanan. I tredje ring – av fyra – sa någon till honom att han minsann inte skulle kunna komma in på läkarutbildningen med sina betyg. Det avgjorde saken.

– Då bestämde jag mig för att läsa så att jag skulle klara av det. Jag är en extrem tävlingsmänniska.

Som sällskapets ordförande ser han en rad utmaningar. En är att attrahera fler till tisdagssammankomsterna.

Boingggg! Klockan är halv sex tisdagen den 29 januari och den stora gongongen ljuder en trappa upp i sällskapets ungdoms hus på Klara Östra

■ PETER ASPELIN

Ålder: 63 år.

Aktuell: Ny ordförande i Svenska Läkarsällskapet som firar 200 år.

Medicinsk specialitet: Medicinsk radiologi.

Arbete: Professor i diagnostisk radiologi vid institutionen för klinisk vetenskap, intervention och teknik vid Karolinska institutet och enheten för radiologi på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Bakgrund: Studier i Lund, leg 1971, med doktor 1976, professor 1989. Har varit prorektor och prodekanus vid KI, ordförande i SBU:s vetenskapliga råd, ordförande i Karolinska Universitetssjukhusets FoUU-kommitté och vice ordförande i Svenska Läkarsällskapet.

Familj: Hustrun Linda och två barn.

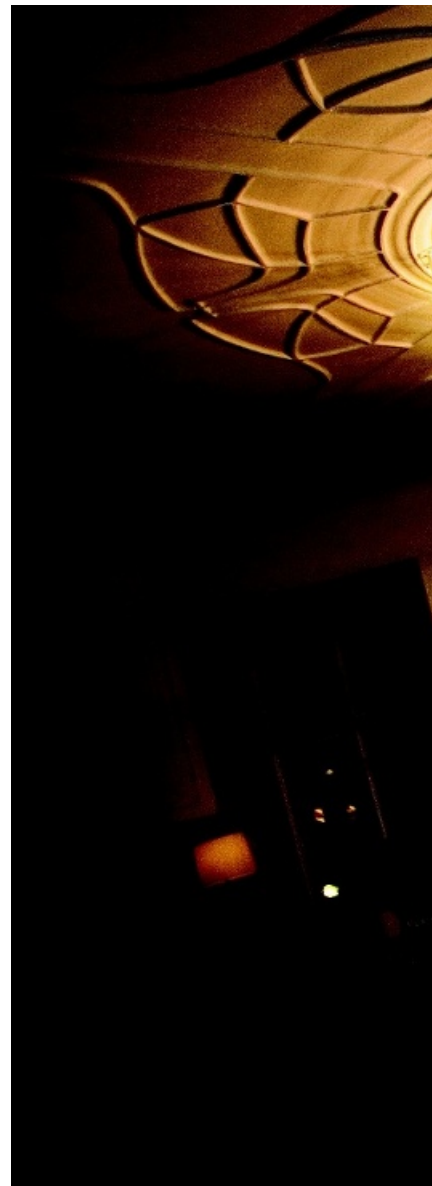
Senast lästa bok: »En kortfattad historik över nästan allting« av Bill Bryson, »om allt från Big Bang till nutid, en av de mest imponerande böcker som skrivits«.

Träffade senast en patient: Ett par veckor sedan. I snitt en gång om året, har inte arbetat kliniskt på tio år.

Viktigaste hälsofrågan: Fattigdomen i utvecklingsländerna, malaria, aids och undernäring, om man ska ha ett globalt perspektiv.

Viktigaste läkarfrågan: Att ta tillbaka initiativet och se till att den professionella kompetensen leder och styr sjukvården.

Dold talang: De jag har visar jag mer än gärna upp. För min ålder och vikt är jag relativt bra i squash och golf, det sticker jag inte under stol med.



Kyrkogata 10 i Stockholm. Huset andas förgångens tid. Det knarrar i parketten, ljuset är lite dämpat och väggarna pryds av oljemålningar och porträtt. I trappan passerar man pediatrikern Adolf Lichtenstein (1884–1950) i vit rock och med en tjock cigarr i handen.

Borde man inte flytta porträttet eller måla över cigarren? undrade debattörer i LT förra året när huset fyllde hundra [1]. Nej, cigarren ska vara kvar, säger Peter Aspelin.

– Absolut. Det har inte varit aktuellt att flytta på honom. Det vore nästan historie-



Läkarsällskapets nye ordförande Peter Aspelin vill förnya riksstämman och rekrytera fler medlemmar. Att gå samman med Läkarförbundet är ingen bra idé. Sällskapets icke-fackliga perspektiv är en styrka, anser han.

revisionistiskt. Vi är stolta över vår historia.

I sammanträdesrummet tronar Jöns Jacob Berzelius, en av 1800-talets främste vetenskapsmän och en av initiativtagarna till sällskapet.

För 200 år sedan, den 25 oktober 1808, hölls första tisdagssammankomsten, på den tiden ett slags läsecirkel där man diskuterade vetenskap-

liga rön från utlandet.

Egentligen rådde då ett förbud mot litteraturimport, kung Gustav IV Adolf var rädd för influenser från franska revolutionen. Efter fem års påtryckningar kom till sist hovkanslerns tillstånd att hålla läsecirkel och bilda sällskap. Kanske bidrog det faktum att hov-

kanslern drabbats av en akut urinvägsåkomma och fått behandling av en annan av säll-

»I det gamla Egypten fick läkarna pengar för att hålla folk friska och avdrag om de blev sjuka.«

skapets grundare, överkirurgen livmedikus Carl Fredrik von Schulzenheim.

Ett 50-tal personer har nu bänkat sig till 2008 års andra tisdagssammankomst. Peter Aspelin hälsar välkommen innan moderatorn och professorn Martin Ingvar inleder. Kvällens ämne, integrativ medicin, hur alternativa metoder kan införlivas i skolmedicinen, kan sägas ligga i tiden. Många tycker säkert att tisdagarnas ämnen och talare borde kunna attrahera större skaror, men föreläsningssalen

är inte ens halvfull. Särskilt svårt verkar det vara att få dit de yngre läkarna.

För att nå ut till fler av sällskapets 17 000 medlemmar sänds därför tisdagssammankomsterna numera på webben. Huset har också fått trådlöst Internet och snart ska den något dunkla föreläsningssalen renoveras och få nya bekvämare stolar.

Nu blir det Peter Aspelins sak att ta sällskapet vidare in i dess tredje århundrade. Han vill rekrytera fler och yngre medlemmar, dels genom att föra ut vad sällskapet står för, dels genom att ta reda på vad medlemmarna vill ha ut av sitt medlemskap.

Han vill stärka sällskapets ställning i debatten, göra det tydligt för myndigheter att det är sällskapets medlemmar och experter som tar fram till exempel vårdprogram, riktlinjer och SBU-rapporter.

– Den kopplingen gör man inte alltid. Man tror de sitter där som individer.

Byggstenarna i sällskapet är de 64 sektionerna. Deras verksamhet är vertikal, specialitetsinriktad. Men sällskapet kan också bidra med ett helhetsperspektiv på sjukvården, tycker han, till exempel som riksstämman försökt göra de senaste åren, med horisontella och sjukdomsövergripande teman, till exempel rörelseorganens sjukdomar.

Besökstalen på riksstämman har dalat. För åtta år sedan talade man om 20 000 besökare [2]. Förra året var man nere i 13 364 besökare. Men andelen läkare är större nu, omkring hälften, och stämman har aldrig haft ett så stort utbud av symposier som nu, påpekar Peter Aspelin.

– Vi vill ha fler besökare, men man måste se skillnaden mellan kvalitet och kvantitet. Att samla sex sju tusen läkare och få ett bra kunskapsutbyte är kanske realistiskt och bättre än att få fler besökare. Utvecklingen går mot ökad specialisering. Konkurrenten har ökat, sektionerna anordnar egna »veckor«, arbetsgivarnas

INTERVJU

inställning till ledighet har ändrats.

– Vi ska göra mer attraktiva program och hoppas att folk har tid att se till utvecklingen även horisontellt. Det är en utmaning, men sällskapets vara eller inte vara står inte och faller med riksstämman.

Och om man lägger samman alla sektionsmöten med stämman har sällskapet aldrig varit så aktivt som nu, tror han.

Kommer Läkaresällskapets roll att förändras?

– Den måste ständigt omprövas. Den närmaste tiden kommer vi att jobba mycket med att definiera kunskapsbaserad vård, kvalitetsregister, kvalitetsindikatorer för god vård, hur man köper och beställer vård.

Att professionen tar fram kvalitetsindikatorer ser han som »oerhört viktigt« för att bibehålla god vård. I kvalitetsregistren är det också problem med skillnader i indata. Individvariationen är stor.

Hur ser du på att det är så svårt att beskriva sjukvårdens komplexitet, att hitta ersättningsystem som kan spegla den komplexiteten och på att kvalitet på många områden endast kan mätas fläckvis?

– Mycket beklagansvärt. Att mäta »outcome« är en av sjukvårdens absolut svåraste utmaningar. Det gäller att hitta så tidiga och bra indikatorer som möjligt. »Final outcome« kan dröja länge. Det är kanske sjukvårdens största utmaning att hävda kvaliteten framför produktiviteten.

– Det stora bekymmer vi har i dag är att vi tjänar på sjukdom. Systemen är inflationsdrivande. När man köper och säljer sjukvård måste man ha tagit fram de indikatorer som är viktiga. I det gamla Egypten fick läkarna pengar för att hålla folk friska och avdrag om de blev sjuka.

Utvecklingen går mot en ökad konkurrensutsättning utan att man egentligen kan definiera »varan«. Hur ser du på det? Måste man egentligen vänta eller kan man utveckla kvalitetsmetoderna



Tisdagarna på sällskapet avslutas med middag. Från vänster professor Mats Berlin, docent Rune Eliasson, professor Martin Ingvar och Peter Aspelin.

parallellt?

– Det kan gå för fort. Det är viktigt att det sker under kontrollerade former så att det går att följa upp.

– Man försöker hittills bara konkurrensutsätta den lätta delen av sjukvården som lättare går att beskriva. Men även en primärvårdskohort kan skilja sig väldigt mycket. Någon måste utvärdera till exempel Vårdval Halland innan alla inför likadana system. Det har införts väldigt mycket i sjukvården som aldrig utvärderats, för man byter hela tiden.

Både Läkarförbundet och Läkaresällskapet vill ha fler medlemmar. I dag har de en del parallell verksamhet, till exempel har båda kommittéer eller råd för etik, läkemedel och forskning och utbildning. Ofta är de av samma åsikt, men inte alltid. I fråga om den nya specialitetsindelningen var de inte eniga. Från för-

bundshåll finns önskemål om att slå samman de två till en organisation för att göra läkarkåren starkare. I de andra

»Vi vill ha fler besökare, men man måste se skillnaden mellan kvalitet och kvantitet.«

nordiska länderna finns inte denna uppdelning mellan vetenskaplig sammanslutning och yrkesförbund. Men att gå ihop vore ingen bra idé, tycker Peter Aspelin.

– Vi har mycket gemensamt och förbundets verksamhet är oerhört viktigt. Sällskapets fördel är att vi är en icke-facklig organisation. Vi kan driva frågor för att de är viktiga för patienterna och sjukvården. Man kan inte misstänka oss för att driva lönefrågor och arbetstidsfrågor. När vi till exempel tar fram kvalitetsparametrar tänker inte vi på hur de kan påverka arbetstid eller löneutveckling. Om man har ett fackligt ansvar måste man ha i åtanke hur det påverkar till exempel antalet läkartjänster.

– Det finns behov av en

opolitisk aktör. Vi är en experttillgång för landstingen och de vill ju inte gå till sin motpart. Landstingen och SKL är ibland i konflikt med Läkarförbundet. Den konflikten finns aldrig här. Vår legitimitet står och faller med att vi inte har det fackliga perspektivet. Att vi sedan som individer är medlemmar i båda, det är självklart.

Som professor i radiologi har Peter Aspelin varit med i arbetet med målbeskrivningarna för den nya specialiteten bild- och funktionsmedicin, där även neuroradiologi, nukleärmedicin och klinisk fysiologi ska ingå. Framtidens utbildning kräver en kunskap i både morfologi och funktion, samtidigt som även radiologin blir mer subspecialiserad, till exempel med en uppdelning efter organrelaterade sjukdomar. Nästa genombrott kommer inom molekylär utbildning, tror han, och bilden kommer att användas även i behandling, till exempel mikroinvasiv kirurgi, [3]. Utbildning kommer också att kunna användas inom psykiatin.

– Man kommer inte att se vad vi tänker på, men vilken del av hjärnan vi tänker med, och det säger en del om vad vi tänker på, säger Peter Aspelin.

Det många tänker på efter tisdagssammankomsterna är middag. För dem som vill kan den intas ytterligare en trappa upp. Peter Aspelin sägs förresten vara en »fantastisk middagstälare«.

– Jag tycker det är rätt roligt, så jag får ofta värdinnan till bordet. Ibland blir det lite betungande, säger han, men ser inte missnöjd ut.

Den här kvällen blir det inte tid ens till middag. Han hinner bara upp och hälsa. Men under jubileumsåret lär det bli många tillfällen till både middagar och tal. ■

1. Debattinlägg i Läkartidningen i nr 12, 14-15, 16, 17 och 18/2007.
2. LT 48/2000, sidan 5593.
3. Se även LT 49-50/2007 sidan 3756-57.

■ SÅ FIRAR LÄKARESÄLLSKAPET 200 ÅR

■ Extra medel till klinisk forskning delas ut genom sällskapets 200-årsfond.

■ Åtta böcker om bland annat sällskapets historia, sällskapets hus och läkekonsten under tusen år ges ut.

■ En programbok över alla sällskapets alla arrangemang och föredrag under 2008, »säkert tusentals«.

■ Nio Berzeliussymposier.

■ Festligheter, bland annat på 200-årsdagen 25 oktober.

Nordiskt influensavaccin skjuts på framtiden

De nordiska länderna skjuter produktion av influensavaccin på framtiden. Tillgången på vaccin är bättre än vad man förutsåg 2005. Samtidigt har teknikenombrott inom cellinjektivering låtit vänta på sig.

Äldre- och folkhälsominister Maria Larsson kallade i förra veckan till ett nordiskt ministerråd angående beredskap vid en pandemi. De nordiska länderna är överens om att ett fördjupat nordiskt samarbete behövs. Däremot skjuts en eventuell gemensam produktion av influensavaccin på framtiden. En sådan diskussion får anstå till dess att pågående tekniskifte kommit så långt att det är möjligt att bedöma förutsättningarna för produktion.

– Utvecklingen av cellinjektivering – det sätt varpå influensavaccin framställs – har tagit mycket längre tid och har stött på fler hinder på vägen än vad man beräknade

2005, berättar Bo G Pettersson, departementssekreterare på Socialdepartementet.

– Det finns i dag ett 30-tal olika tekniker för att ta fram influensavaccin. Vem eller vilka som vinner är oklart, fortsätter Bo G Pettersson.

Genom att intresse och pengar strömmat till branschen för forskning och tillverkning av influensavaccin, har nya upptäckter medfört att tillgången på vaccin är bättre.

– Tillgången på influensavaccin har ökat kraftigt genom utveckling av adjuvans, som gör att kroppen tar upp vaccinet bättre, varför det krävs betydligt mindre doser. Befintlig produktion räcker till väsentligt fler än vad vi befarade 2005, säger Bo G Pettersson.

Att i nuläget ta initiativ till att upprätta en vaccinfabrik, vare sig det gäller på egen hand eller tillsammans med övriga nordiska länder, är för riskfyllt, bedömer politiskt ansvariga efter att ha tagit del

av en utvärdering som en svensk expertgrupp har gjort av en förstudie från det svenska vaccinföretaget SBL Vaccin AB. Man pekar på betydande osäkerheter. Inget av de alternativ som har utretts håller enligt utvärderingen för att gå vidare med i nuläget.

Det bästa sättet att säkra tillgången på influensavaccin vid en pandemi bedöms i nuläget vara en så kallad pandemigäranti, att landet försäkras sig om att få köpa vaccin i händelse av en pandemi. Socialstyrelsen har ingått ett sådant avtal för de kommande tre åren med option i ytterligare tre år med GlaxoSmithKline (GSK).

De nordiska länderna har enats om att samordna kommunikationen under en pandemi. Man kommer också att samarbeta kring analys av förändringar på vaccinområdet för att säkra tillgången till vacciner vid en pandemi.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen.se

Årets influensa kan stå emot Tamiflu

Ett mindre antal stammar av årets influensavirus har visat sig vara resistenta mot Tamiflu, uppger Smittskyddsinstitutet, Läkemedelsverket och Socialstyrelsen. Det muterade viruset är fortfarande känsligt för läkemedlet zanamivir (Relenza).

Det är inom ramen för ett europeiskt influensanätverk som man funnit att ett mindre antal av årets influensa A-stammar bär på en mutation som gör dem okänsliga mot läkemedlet oseltamivir (Tamiflu). De undersökta virusstammarna kommer vad man vet inte från patienter som behandlats med Tamiflu. Men den beskrivna mutationen har tidigare hittats i Japan, där vanliga influensafall ofta föreskrivs Tamiflu. De aktuella fynden ska dock inte innebära någon akut risk för att det denna säsong ska uppstå svårigheter med att behandla svårt sjuka influensapatienter. Däremot kommer fynden lite oväntat och ställer långsiktiga krav på skärpt uppmärksamhet, uppger myndigheterna. ■

Läs mer om influensa på www.lakartidningen.se. Se även s. 357 i detta nummer.

Löneöversyn och lokala avtal dröjer

Det nya läkaravtalet har ännu inte resulterat i några nya lokala avvikelseavtal.

I Sörmland är den lokala löneöversynen med 3-procentiga höjningar enligt det nya avtalet klar, men de lokala avvikelseavtalen till vilka det 0,5-procentiga påslaget är kopplat återstår. ■

Läs mer det nya avtalet i LT 1-2/2008 sidan 17 och på www.slf.se.

Hedborg utreder »arbetsförmåga«

Anna Hedborg, generaldirektör för Riksförsäkringsverket, har fått i uppdrag att utreda begreppet »arbetsförmåga« och ta fram en enhetlig bedömning.

Utredningen ingår i det ohälsopakets som regeringen presenterade i budgetpropositionen för 2008 och består av två delar. Dels ska utredaren föreslå metoder för att bedöma arbetsförmåga på ett systematiskt sätt. Det ska vara klart den 31 maj 2008. Utredaren ska också beskriva och analysera begreppet »sjukdom« ur sjukförsäkringens perspektiv. Denna del av utredningen ska redovisas senast den 30 april 2009. ■

Elisabet Ohlin

Läs mer på debatt sidan 378.

SBU tvekar om HPV-vaccination

Det är oklart hur starkt skydd mot livmoderhalscancer ett barnvaccinationsprogram skulle ge, enligt Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU. Men Smittskyddsinstitutet vill att det införs.

Allmän barnvaccination mot humant papillomvirus, HPV, skulle ge visst skydd mot cellförändringar. Men det är oklart hur länge det varar och vilket skydd det skulle ge mot livmoderhalscancer, enligt en SBU Alert-rapport som kom 31 januari, se www.sbu.se.

Samma dag som rapporten kom varnade företrädare för SBU på DN Debatt för att allmän vaccination och överdrivna förväntningar på ef-

ekten skulle leda till ökade hälsorisker, genom att färre kvinnor skulle vara motiverade att delta i cellprovskontroller.

Ragnar Norrby, generaldirektör för Smittskyddsinstitutet, anser att HPV-vaccin borde införas i barnvaccinationsprogrammet.

– Jag tycker det. Man kan inte kräva av något vaccin att det ska vara heltäckande.

Man kan heller inte vänta tills uppföljningen av effekten är klar, menar han. Det kan ta över 30 år.

I slutet av februari väntas Socialstyrelsen ta ställning till frågan om allmän vaccination.



Ragnar Norrby

Helsingforsdeklarationen uppdateras – men knepigt att bredda dokumentet

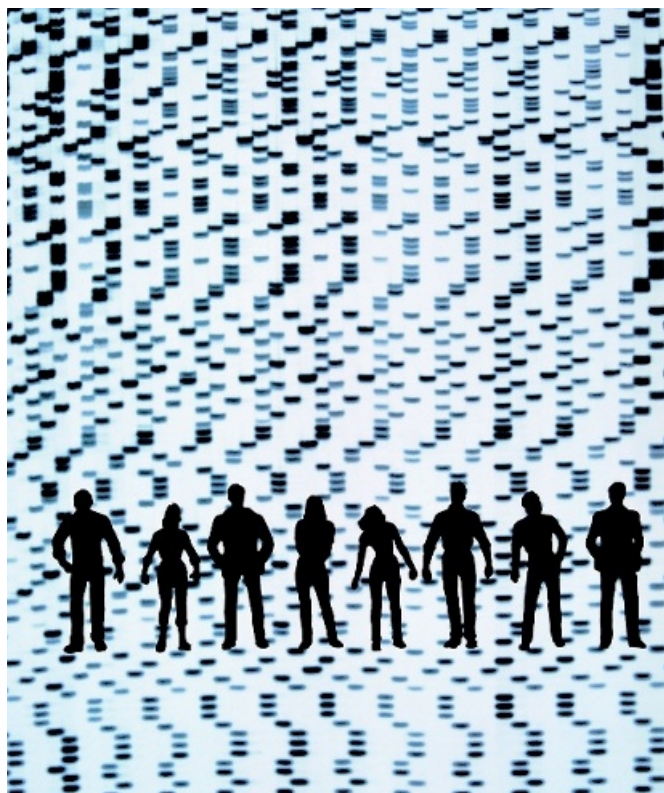
Helsingforsdeklarationen, de etiska principerna för medicinsk forskning på människor, ska uppdateras. Syftet är att täppa till luckor och justera paragrafer som hittills inte vunnit acceptans. Frågan är hur mycket deklarationen kan fanna utan att förlora i legitimitet.

Sveriges läkarförbund har fått i uppgift att leda den arbetsgrupp som ska ta fram ett utkast, som ska leda till en reviderad deklaration vid WMAs årsmöte i oktober 2008. Helsingforsdeklarationen har reviderats fem gånger – senast 2000 – sedan dokumentet upprättades 1964.

Syftet med att se över skrivningarna är att identifiera luckor i regelsamlingen samt att justera de paragrafer som hittills inte vunnit acceptans. I det utkast som tagits fram av WMAs arbetsgrupp, som leds av Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i WMAs kommitté för medicinsk etik, har dock flera justeringar gjorts som innebär glidningar i för vem och vad deklarationen ska gälla.

I maj 2007 fick arbetsgruppen i uppdrag av WMA att i första hand arbeta in två fotnoter men att samtidigt också se över hela texten. Arbetsgruppen, som förutom Eva Nilsson Bågenholm består av representanter från läkarförbunden i Tyskland, Brasilien, Japan och Sydafrika, hade till sin hjälp John Williams, professor i medicinsk etik och tidigare anställd vid WMA.

– 1964 var det självklart att det enbart var läkare som höll på med klinisk forskning. Men så är inte fallet i dag, så vi beslöt att göra ett försök att bättre spegla verkligheten, säger Eva Nilsson Bågenholm.



Det är läkarens plikt att i medicinsk forskning skydda berörda personers liv, hälsa, privatliv och värdighet.

Foto: Lawrence Lawry/Science Photo Library

– Vi beslöt att pröva om det skulle finnas en acceptans för att anpassa våra etiska regler till att omfatta även andra yrkesgrupper. Men efter att frågan diskuterats på det svenska mötet blir troligen remissvaret från Sverige att vi inte ska utvidga deklarationen, fortsätter Eva Nilsson Bågenholm.

Har syftet varit att kunna sätta dokumentet i händerna på forskande sjuksköterskor?

– Faktum är att vi inte kan säga vilka etiska regler andra grupper ska ha, men till WMAs möte i Helsingfors i mars kommer bland andra också sjuksköterskor och sjukgymnaster. Vi hade till det svenska nationella mötet där remissen diskuterades

bjudit in Vårdförbundet, som på grund av sjukdom gav återbud samma dag.

Det var i förra veckan som Läkarförbundet bjöd in företrädare för universitet, myndigheter, läkemedelsindustri med flera till ett möte i Stockholm för att brett diskutera förslag till revidering, som varit på nationell remiss sedan i höstas och som i en första vända ska behandlas vid WMAs internationella möte i början av mars.

Helsingforsdeklarationen brukar presenteras som det grundläggande dokumentet inom medicinsk forskning när det gäller etiska principer vid »försök som rör människor«.

I deklarationen utgår man

från läkarens främsta uppgift, att värna om människors hälsa. I deklarationen förutsätts att forskning på människor utgår från allmänt accepterade vetenskapliga principer, att den baseras på tillförlitliga laboratorie- och djurförsök samt en grundlig kunskap om den vetenskapliga litteraturen.

I det liggande förslaget har den omdiskuterade paragraf 29, om regleringen av användningen av placebo, modifierats. Vid mötet i Stockholm i förra veckan kunde man gemensamt godta användningen av placebo, förutsatt att ett antal villkor uppfylls, så att läkaren kan förena plikterna mot den enskilde patienten, och samtidigt se till forskningsintresse och folkhälsa.

Betydligt svårare hade flera av deltagarna för erfgifter i terminologin i syfte att vidga dokumentets giltighet. I de föreslagna justeringarna har bland annat »läkare« på flera ställen ersatts med »hälsoperсонал« eller »forskare«, beroende på vilken situation som åsyftas.

Kan man bevara legitimiteten om Helsingforsdeklarationen blir ett allmänt forskningsdokument«?

Nej, menar Mats G Hansson, docent i etik, Uppsala universitet, som förvisso tycker det är naturligt att man reviderar deklarationen eftersom forskningen går framåt, men att man får akta sig för att kasta ut barnet med badvattnet.

– Helsingforsdeklarationen är ett dokument för läkare av läkare. Det är en mycket viktig relation som finns mellan läkare och patient. Läkarens skyldigheter är gentemot patienten, och att främja hälsa och bättre forskning. Där finns tydliga plikter som tar hänsyn till uppdraget.

»Vi beslöt att pröva om det skulle finnas en acceptans för att anpassa våra etiska regler till att omfatta även andra yrkesgrupper.«



Eva Nilsson Bågenholm

I den nya versionen av Helsingforsdeklarationen föreslås vidare att »medicinsk« forskning ska ersättas med »biomedicinsk« forskning.

– När man har ambitionen att vidga de etiska reglerna till att omfatta annan personal än läkare, hälsopersonal eller »biomedicinsk forskning« gör man sig till talesman för något som inte har med patientrelationen att göra. Läkare har mandat att uttala sig om läkares plikter, och ska hålla sig till medicinsk forskning. Men läkaren kan inte med patienten som plattform göra sig till talesman för biomedicinsk forskning. Den måste förankras någon annanstans, menar Mats G Hansson.

Peter Höglund, docent i klinisk farmakologi och ledamot i Vetenskapsrådets etikkommitté, är även han kritisk till att ändra Helsingforsdeklarationens arbetsområde från »medical« till »biomedical«:

– 2000 bytte man till »medical« och nu vill man av någon outgrundlig anledning byta tillbaka igen. I deklARATIONEN borde ett kapitel finnas om definitioner, efterlyser Peter Höglund, som också han hävdar att det i deklARATIONEN måste vara »läkare« och inte »forskare« som åsyftas, bland annat eftersom patienten ska kunna ställa medicinska frågor.

Paragraf fem uppfattas som själva grundbulten i deklARATIONEN. »Vid medicinsk forskning som inbegriper männis-

»Man skulle kunna försöka göra så att deklARATIONEN tog upp möjligheten att behandla djur mer mänskligt.«



Niels Lynöe

kor måste omsorgen om dem som är föremål för undersökningen alltid gå före vetenskapens och samhällets intresse.« Även här uttryckte seminariet förbehåll, **till synes små ändringar kan äventyra innehållet.**

– Paragrafen bygger på den nu aktuella patienten, med den nu aktuella sjukdomen. Att gå in på andra intressen är en helomvändning. Jag tycker att det ska stå kvar som det gör, påpekar Peter Höglund.

En glidning i betydelse sker också genom den föreslagna ändringen att ersätta begreppet »human subjects« med »human beings«, det vill säga från människa med moraliska och rättsliga intressen, enligt filosofisk och rättslig tradition, till människa som biologisk varelse.

Niels Lynöe, professor i medicinsk etik vid institutet för lärande, informatik, management och etik, vill öppna HelsingforsdeklARATIONEN ytterligare. Han menar att dokument bör anpassas till förändringar i tiden.

– HelsingforsdeklARATIONEN har en styvmoderlig behandling av djuret och djurs välbefinnande. Man skulle kunna försöka göra så att deklARATIONEN tog upp möjligheten att behandla djur mer mänskligt. Det är framför allt den yngre generationen studenter som reagerar, säger Niels Lynöe.

Hänsyn till djur har tidigare ingått i deklARATIONEN, men

»Läkaren kan inte med patienten som plattform göra sig till talesman för biomedicinsk forskning. Den måste förankras någon annanstans.«



Mats G Hansson

föreslås nu få en egen paragraf.

Vidare diskuterades vid mötet i Stockholm paragraf 4, som handlar om underrepresenterade gruppers behov att få delta i forskning. »Barn« och »gravida« föreslås skrivas in som exempel. Kritikerna hävdar att det finns fler sårbara grupper med lika stora behov. Med allt mer träffsäkra och specialiserade läkemedel är det en förmån att få delta som patient i studier.

– **De flesta uppfattar** det som en fördel att delta i klinisk forskning. Det är viktigt att beakta de svagas rätt, rättvis principer i paragraf 4 respektive 8. Om det uppfattas vara en börda att delta i klinisk forskning, då ska denna fördelas lika. Om det uppfattas som en fördel, då ska också detta fördelas lika, säger Niels Lynöe.

Mats G Hansson är inte bara kritisk till flera av de föreslagna ändringarna. Han ifrågasätter också att HelsingforsdeklARATIONEN, som reviderats vid fem tillfällen tidigare, så kort inpå den tidigare revisionen 2000 arbetas om igen:

– Det är ett starkt och viktigt dokument som citeras och används för lagstiftning. Man ska ha en konservativ hållning när det gäller etiska regelverk, säger han. Man ska undvika att lägga till frågor om till exempel djuret. Läkaren står inte i en sådan roll till ett djur som en patient.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen.se

Belöningsmodell införs på SöS

Södersjukhusets anställda kommer att belönas om sjukhuset klarar sitt uppdrag 2008. Syftet är att stimulera till nytänkande och flexibilitet.

– Vi agerar på en tuff marknad, där det är viktigt att kunna behålla och rekrytera nya medarbetare. När medarbetarna trivs och känner sig motiverade kan vi också erbjuda den bästa vården, säger Södersjukhusets VD Christina Söderholm i ett pressmeddelande.

Clara Strömberg, ordförande i Södersjukhusets läkarförening, välkomnar modellen:

– Om sjukhuset klarar budgeten kommer eventuellt överskott att fördelas på klinikerna. Vi får en morot att spara och effektivisera. Det blir spännande, men jättesvårt. Det blir verksamhetscheferna som får bestämma vad vi får göra med pengarna.

Elisabet Ohlin

Allmänläkarna ännu färre år 2023

Antalet allmänläkare förväntas sjunka efter 2009 för att år 2023 vara 15 procent lägre än det var år 2005, enligt Socialstyrelsens senaste prognos.

Den totala tillgången på läkare kommer år 2023 att vara i nivå med dagens. Men redan i dag överstiger efterfrågan tillgången. Detta trots att antalet läkare i svenska hälso- och sjukvården ökat med 24 procent under åren 1995–2005. Allmänläkare, psykiatrer, ortoped och geriatriner har ökat med 25–30 procent. Kardiologerna har ökat mest, med 75 procent. Specialisterna i företagshälsovård har blivit färre. Läkartätheten är en halv gång större i Stockholm än för landet i stort.

År 2005 fanns 5 300 allmänläkare. De väntas bli fler fram till år 2009 men sedan kommer stora pensionsavgångar, vilket gör att antalet år 2023 väntas bli 4 500, enligt rapporten.

Landstingen har särskilt svårt att rekrytera specialister och ST-läkare i psykiatri, allmänmedicin, radiologi och kliniska laboratoriespecialiteter.

För att få en balans är det viktigt att landstingen samordnar sina ST-tjänster och bättre fördelar dem mellan de olika specialiteterna, enligt Socialstyrelsen, som också påpekar att import av läkare är en osäker strategi för att på lång sikt kompensera för den läkarbristen. ■

Läs mer Årsrapport NPS 2008: www.socialstyrelsen.se