

Förbundet välkomnar Stendahls förslag

– Det är positivt för oss. Ett väldigt gediget arbete och till väldigt stora delar kongruent med vårt forskningspolitiska program. Han har stämt av mycket med oss.

Det säger Hans Hjelmqvist, ordförande i UFO, Läkarförbundets utbildnings- och forskningsdelegation, om särskilde utredaren Olle Stendahls förslag till åtgärder för att stärka den kliniska forskningen, se förra numret av LT, sidan 512.

160 nya tjänster för disputerade forskare går till och med längre än förbundets förslag om 150 sådana forskartjänster.

Strävan efter högre meritvärde för forskning och att verksamhetschefer ska ha forskarmeriter är bra, liksom satsningen på fler och yngre forskare, tycker Hjelmqvist.

– Vi har efterlyst 100 forskar-AT och 200 forskar-ST. I Stendahls förslag har antalet inte specificerats, med det finns en tydlig inriktning.

Har han tänkt sig att alla AT och ST-läkare på universitetssjukhusen ska forskare?

Ja, så kan det tolkas, enligt Pernilla Arrland, sekreterare i utredningen.

Utredningens förhoppning är att landstingen ska satsa på detta men eftersom frågan ligger på landstingens bord

finns inga konkreta förslag till statliga initiativ och utredningen föreslår inte heller några särskilda statsanslag.

– Det optimala är att man har forskning i sin AT på universitetssjukhusen, säger hon.

En ökad kvalitetsgranskning av forskningen är också bra, enligt Hjelmqvist. Men vad gäller själva fördelningen av ALF-medlen

och huruvida en central pott vore bra på sikt, har Läkarförbundet inte tagit ställning till än. En utredning inom förbundet ska titta på den frågan och lämna sin första rapport inför fullmäktige till hösten.

– Det är en kontroversiell fråga. Vi vill att ALF-medlen fördelas efter kvalitet men systemet måste ha både bredd och spets, men hur mycket ska vara bredd och hur mycket



Hans Hjelmqvist



Läkartidningen presenterade Stendahls förslag i förra numret.

ska vara spets? I dag görs fördelningen på olika sätt på olika universitetsorter.

Hans Hjelmqvist välkomnar också satsningen på forskarinitierade studier och implementeringsstudier liksom satsningen på infrastruktur.

– Större resurser kan inte en enskild forskargrupp bära, de måste finnas på universitetssjukhusen.

Över huvud taget har läsningen av Stendahls förslag varit »angänäm«.

– Jag har inte hittat något som går emot vårt forskningspolitiska program.

Men om privatiseringar av vården har förbundet en annan åsikt än Stendahl. Stendahl varnar uttryckligen för privatiseringar i närheten av universitetssjukhusen och inom forskningssvaga områden som allmänmedicin och psykiatri, detta med tanke på svårigheter att inkludera forskningen i såväl avtal som verklighet.

Hans Hjelmqvist kommenterar:

– Läkarförbundet är för mångfald. Jag kan inte se att man inte kan ha privat verksamhet, men det är viktigt att skriva in forskningsåtaganden i avtalen. Nu privatiseras till exempel en stor del av primärvården i Stockholm och det är en stor utmaning. Jag tror att det finns brister i avtalen.

– När det gäller universitetssjukhusen måste man tänka igenom vad man gör innan man privatiserar delar av dem och inte bara se till den praktiska vården. Universitetssjukhusen kanske i stället skulle vara statligt finansierade, säger Hjelmqvist.

Elisabet Ohlin

Läkarförbundets forskningspolitiska program kom förra året, se www.slf.se och LT nr 18/2007.

■ Karolinska tveksamt till fler forskar-AT

Ge AT och ST på universitetssjukhusen en tydlig forskningsprofil genom forskar-AT och forskar-ST, så att duktiga läkare lockas att söka sig till universitetssjukhusen, föreslår Olle Stendahl.

Karolinska Universitetssjukhuset tillsätter 40 nya AT-block varje år och av dem är 12 forskar-AT. Om förslaget att alla skulle vara forskar-AT säger sjukhusets forskningsdirektör Sten Lindahl:

– Det tål att tänka på. Det är ett bra förslag för att rekrytera yngre forskare till den medicinska vetenskapen men med nuvarande ekonomiska ram finns en risk att vi då måste skära ner antalet AT-block, och det leder till en minskad genomströmning av AT-läkare.

finns kvar på Södersjukhuset»

Det är nödvändigt att ha tid att ifrågasätta vad man gör i vården, men läkarna blir i dag en underutnyttjad intellektuell arbetskraft som nästan alltid är stressad, menar han.

– Alla läkare på universitetssjukhus borde ha minst tio procents forskningstid.

Och mindre sjukhus som har svårt att locka läkare kunde inrätta forskartjänster i

stället för att anställa dyra stafettläkare, tycker han.

Eva Tillman, chefläkare på Södersjukhuset, förklarar varför sjukhuset har slutat med forskar-AT.

– Det tog för lång tid för dem att bli klara och vi hade en del avhopp. De stannar inte kvar på sjukhuset som ST-läkare när de har dispute-rat. Vi har bara en institution

och väldigt lite FoU-medel jämfört med Karolinska, så vi måste tänka strategiskt hur vi ska använda dem. Vi tyckte det var viktigare att satsa på våra ST-läkare och postdoktjänster.

– Det hänger definitivt inte ihop med bolagiseringen, säger hon.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

■ Få forskar-AT och färre doktorander

2,5 procent av landets AT-läkarna har forskar-AT, enligt Sveriges yngre läkares förbunds AT-rankning 2007. Året innan var andelen 2,7 procent. Hela 60 procent av AT-läkarna ville ha inslag av forskning i sin AT, enligt en enkät gjord av Vetenskapsrådet.

Antalet doktorander vid medicinsk fakultet har ökat med 35 procent till 5 851 under åren 1997-2006, men antalet doktorander med läkarexamen minskade från omkring 1 800 till omkring 1 500 under samma period, enligt Stendahls delbetänkande.

Privatpraktiker gör utspel om ersättningsetableringen

Återinför ersättningsetablering för privatläkarna. Annars riskerar en miljon läkarbesök att gå förlorade för att privatläkarna inte kan överlåta sina mottagningar till yngre kollegor. Det menar Svenska privatläkarföreningen som ser oroande tendenser i en medlemsenkät.

Läkarföreningen har nyligen skickat ut en enkät bland 1 200 medlemmar för att undersöka pensionsplanerna i den åldrande läkargruppen. Syftet med enkäten var också att ta reda på hur läkarna förhåller sig till att regeringens väntade proposition om att återinföra ersättningsetablering är uppskjuten.

Detta på grund av att EU-kommissionen ifrågasatt rätten till ersättningsetablering och landstingens modell med tilldelning av så kallade samverkansavtal, som kan strida mot EU-fördraget om fri konkurrens.

Kritiken gäller samverkansavtal för sjukgymnaster, men kan påverka även privatlä-



Foto: Tina Esh

Kerstin Engervall

karna eftersom de följer samma lagstiftning.

Kerstin Engervall, vice ordförande i Privatläkarföreningen, har analyserat svaren i enkäten – och ser en dysret utveckling. Om rätten till ersättningsetablering av läkare inte införs befarar hon att en stor del av privatläkarkåren kommer att försvinna.

– **Enkäten visar** att inom två år är det 400 privatläkare som planerar att stänga sina mottagningar av åldersskäl. Inom tio år finns bara en femtedel av läkarna kvar. Vår enkät är ett sätt att peka på hur gam-

mal kåren är och vilka problem vi får om ersättningsetablering uteblir, säger Engervall.

Men EU ifrågasätter även den nationella taxan. Enkäten visar att nästan sju av tio läkare arbetar enligt den nationella taxan, med eller utan ett vårdavtal med landstinget.

När taxan nu hotas av den uppkomna situationen, sätter Privatläkarföreningen sitt hopp till regeringen, som sagt att de vill slå vakt om systemet. EUs kritik har varit att många läkare gått på långa avtal utan att konkurrensutsettas, samt att avtal mellan landsting och sjukgymnaster bör upphandlas för att ge största möjliga konkurrensneutralitet och transparens.

Både regeringen och Läkarförbundet tror dock att systemet med ersättningsetablering i framtiden kan behöva förändras i någon mån, till exempel att konkurrensutsetta även läkare på den nationella taxan.

Agneta Borgström
agnetaborgstrom@glocalnet.net

Regeringen:

Viktigt att värna om små vårdgivare

Regeringen anser att ersättningsetablering behövs för att få en mångfald av stora och små aktörer i sjukvården och för att värna patientkontinuiteten.

Så ser regeringens svar ut till EU-kommissionen den 22 februari. Efter att EU i höstas väckt kritik mot ersättningsetablering har frågan bollats mellan EU och regeringen.

EUs huvudargument har varit att systemet inte är tillräckligt »öppet« för konkurrens, och slår ner på att exempelvis samverkansavtal mellan landsting och vårdgivare kan

tecknas utan att först offentliggöras. Regeringen har då hänvisat till Regeringsrättens utslag om att sådana samverkansavtal kan tecknas utan upphandling. Samtidigt har regeringen medgett att systemet troligen måste förändras för att förbättra konkurrensutsetningen. Samma signaler har kommit även från Läkarförbundet.

Men regeringen säger också i sitt senaste svar att ett nytt regelverk kring samverkansavtal inte får minska antalet privata vårdgivare.

– Vi ser lite bredare på detta

med mångfald av aktörer och tycker att det är viktigt med stora och små, privata och offentliga vårdgivare ur ett patientperspektiv. Den nationella taxan har gjort att vi även fått en mängd små privata vårdgivare, säger Tobias Nilsson (kd), politiskt sakkunnig åt Göran Hägglund.

Vilka förändringar som regeringen är villiga att göra kring samverkansavtalen vill han inte gå in på. Han vill inte heller sia om utgången av frågan, men bedömer att regeringens argument är goda.

Agneta Borgström



Foto: Joakim Berlund/Scampix

Intyg för sportflygare ändras

Nya krav gäller från den 1 mars för så kallade »medicinska intyg klass 2« som utfärdas till sportflygare. Dokumentationen blir mer omfattande än tidigare.

En ny blankett, »Ansökningsblankett för medicinskt intyg«, kan laddas ner från www.luftfartsstyrelsen.se.

För att intygen ska accepteras i Europa måste läkarundersökningarna göras av auktoriserad flygläkare. Förnyelseundersökningar kan dock göras av alla läkare med svensk legitimation men gäller då bara för kategorierna segelflyg, ultralätt flyg och ballongflyg privat samt enbart i svenskt luftrum. För detaljer, se Luftfartsstyrelsens webbplats. ■

Vissa län har högre dödlighet än andra

Den dödlighet som kan påverkas av insatser från sjukvården skiljer sig mellan landstingen, enligt en ny rapport från Folkhälsoinstitutet.

Gotland, Gävleborg, Sörmland och Värmland har högre sådana dödstal än riket totalt. Det handlar bland annat om dödlighet i diabetes, kronisk luftrörskatarr, emfysem, cerebrovaskulär sjukdom och cancer i livmoderhalsen.

Uppsala och Kronobergs landsting utmärkte sig med lägre dödstal. ■

Läs mer Rapporten »Åtgärdbar dödlighet«: www.fhi.se