

specialist förväntas delta under tre kursdagar per år, vilket innebär att hela kursprogrammet om tolv endagskurser avverkas på fyra år. Under det femte året inhämtas eventuellt missad kurs.

Därefter inleder specialisten en ny fyraårsperiod med samma tolv ämnen, vilket innebär att varje specialist kontinuerligt uppdaterar vart och ett av de tolv ämnena var femte år. En specialist med grenspecialitet genomför elva kursdagar. Därutöver förväntas specialisten utifrån den egna kompetensprofilen delta i nationella och internationella utbildningsaktiviteter, som han eller hon stämt av med sin verksamhetschef.

**I sektorsrådet** för internmedicin deltar studierektorn tillsammans med verksamhetschefer för alla medicinkliniker inom VGR. Verksamhetscheferna uppmanas att i utvecklingssamtal med specialister i internmedicin framföra betydelsen av att delta i den årliga fortbildningen. Detta formaliseras i en personlig kompetensutvecklingsplan.

För varje kurs finns en ansvarig kursledare som i samråd med studierektorn planerar kursinnehållet. Föreläsarna uppmanas bidra till en ökad diskussion med hjälp av fallbeskrivningar och användning av mentometer. Läkemedelsindustrin medverkar inte i fortbildningen och bidrar inte heller med någon form av sponsring.

Deltagarna faktureras för tre kursdagar per år, medan föreläsarna arvoderas med en arbetsdags förberedelsearbete per föreläsningstimme. Ersättning för förlorad arbetstid utgår till föreläsare utanför VGR.

Sedan starten i januari 2007 har sex kursdagar genomförts. Schemat för 2008 framgår av Figur 1, och i Figur 2 visas programmet för årets kurs i gastroenterologi och hepatologi.

**I fortbildningen deltar** för närvarande 135 specialister,

vilket motsvarar cirka 35 deltagare per kursdag.

Kursutvärderingen har hittills varit övervägande positiv med ett genomsnittligt betyg på 4,1 (5-gradig skala). I kursutvärderingen har deltagarna dessutom påpekat att möjligheten att träffa specialistkollegor under dessa former underlättar diskussionen kring gemensamma administrativa och kliniska problem. Utvärderingen har också visat att man föredrar separata kursdagar framför tvådagarskurser med övernattnings.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

■ **MER INFORMATION**

Studierektorerna kan ge ytterligare information om kurserna:

*Allmänmedicin:*  
Ingmar Lönnqvist  
alphyddan.habo@telia.com

*Anestesi och intensivvård:*  
Stefan Lundin  
stefan.lundin@vgregion.se

*Barn- och ungdomsmedicin:*  
Daniel Holmgren  
daniel.holmgren@vgregion.se

*Bild- och funktionsmedicin:*  
Åse Johnsson  
ase.johnsson@vgregion.se

*Geriatrisk:*  
Bodil Lernfelt  
bodil.lernfelt@vgregion.se.

*Internmedicin:*  
Leif Lapidus  
leif.lapidus@vgregion.se

*Kardiologi:*  
Kristjan Karason  
kristjan.karason@vgregion.se

*Kirurgi:*  
Bo Wängberg  
bo.wangberg@surgey.gu.se

*Obstetrik och gynekologi:*  
Pernilla Dahm-Kähler  
pernilla.dahm-kahler@vgregion.se

*Psykiatri:*  
Lise-Lotte Risö-Bergerlind  
lise-lotte.risobergerlind@vgregion.se

*Ögonsjukdomar:*  
Bertil Lindblom  
bertil.lindblom@oft.gu.se

*Öron-, näs- och halssjukdomar:*  
Anders Tjellström  
anders.tjellstrom@vgregion.se

## Patenten är »motorn« i läkemedelsutvecklingen

■ Oavsett om det handlar om läkemedel, utrustning eller metoder är det ofta de små stegens förbättringar, nya verkningsmekanismer, och anpassning till olika patienters behov och genetiska uppsättning som tillför värde.

En bra och aktuell illustration är Läkemedelsförmånsnämndens (LFN) genomgång av blodtryckssänkande läkemedel, <www.lfn.se>. LFN konstaterar att kostnadseffektiviteten och marginalnyttan varierar mellan substanser och mellan klasser. Men endast ett fåtal (tre) substanser förlorar helt sin subvention. Alla andra läkemedel har ett värde – för någon individ och i någon situation. Inget av dessa läkemedel hade tagits fram utan patent.

**Patent ger – till skillnad från** många andra rättigheter – en tidsbegränsad rätt, i detta fall till exklusivitet på marknaden. Detta för att den som forskat fram produkten skall kunna få igen sina investeringar. I gengäld måste uppfinnaren avslöja sin uppfinning i patentansökan, vilken därigenom blir offentlig. I vårt fall, läkemedel, är den effektiva (netto-) patenttiden som regel 10–12 år och aldrig längre än 15 år.

Efter patentutgången är det fritt fram för alla att kopiera – då gäller en form av »open source«. I fallet läkemedel har vi i de flesta länder mycket effektiva system för att hämta hem besparingar efter att patentet gått ut. Sverige har bland Europas lägsta generikapriser genom ett effektivt utbyte på apoteken. Den forskande läkemedelsindustrin, som jag företräder, stödjer ett maximalt utnyttjande av generika till låga, men hållbara, priser.

**Ett patent på ett läkemedel** är inte en signal att läkemedlet tillför nytta för alla patienter.

Frågan om värdet (»value«) är en separat bedömning. I Sverige är det LFN som avgör vad som ska ingå i den statliga subventionen. Därefter är det landstingen som ska se till att rätt läkemedel används till rätt patient.

**Per A Magnusson** förefaller, att döma av hans inlägg i Läkartidningen 8/2008 (sidan 555), ovetande om att priserna på läkemedel i Sverige bedöms antingen av LFN (»om det är värt pengarna«) eller av landstingen direkt genom upphandling. Även om det inte handlar om en direkt priskontroll har ju »köparen« makt att bestämma om han/hon vill ha de varor som erbjuds till ett visst pris.

Om det nu finns nya läkemedel som inte tillför något, som Magnusson vill antyda, så är det ju upp till sjukvården att då besluta att inte använda de läkemedlen eller till LFN att anse dem inte värda att subventioneras. Men verkligheten är något mer komplicerad: Alla människor är inte lika och det finns ett behov av flera alternativ. Utmaningen ligger i att hitta rätt läkemedel till rätt patient. Och att uppnå behandlingsresultaten till lägsta möjliga kostnad.

**Dagens ekonomiska modell** för medicinsk utveckling – i alla världens länder – bygger på ett samspel mellan offentliga och privata aktörer. Patenten är »motorn« i vårt gemensamma innovationssystem och helt nödvändiga om vi alls vill ha medicinska framsteg. Läkemedelsanvändningen är långt ifrån optimal, men att skylta sjukvårdens tillkortakommanden på förekomsten av läkemedelspatent håller inte.



**Richard Bergström**  
leg apotekare, VD  
Läkemedelsindustri-  
föreningen