

Utan AT-läkare stannar vården – men vart tar de vägen?

AT-läkare borde vara Sveriges »hungrigaste« läkargrupp, fulla av energi att kasta sig ut i det kliniska arbetslivet efter en lång tids studier och med en stark längtan efter kunskap att omsätta i praktiken. Men någonting verkar hända under AT-resans gång som skapar ett starkt sug efter alternativa karriärvägar. Vad är det som avskräcker många AT-läkare från att vilja fortsätta inom den allmänna sjukvården? frågar de ansvariga för AT-stämman 2008.

AT-stämman år 2008 är avslutad, föreläsningar och verkstäder utvärderade, festen bortstädad. Ett nytt gäng läkare är på väg till sina första legitimerade jobb. En lärdom från AT-stämman verkar vara att många AT-läkare vill jobba som stafettläkare, åka utomlands eller letar efter alternativa karriärer för att sedan eventuellt starta sin specialiseringstjänstgöring (ST). Möjligen leder detta till färre specialister, alternativt att dagens läkare gör ST senare, vilket i förlängningen leder till ett större glapp mellan färdiga specialister och de stora pensionsavgångarna.

Ute i landet och i storstäderna har många AT-läkare en tung arbetsbelast-

ning. Många arbetar mer än 100 procent, och de förväntas många gånger täcka extra jourpass. Under placeringen på distrikt tar en del AT-läkare lika många patienter som vårdcentralens ordinarie doktorer, om inte fler. Dessutom tillhör AT-läkarna ofta den minoritet på vårdcentralen som arbetar heltid, vilket leder till fler uppföljningar och fler provsvar, men sällan till mer administrativ tid. Sjukhustidens extrajourer ger naturligtvis ekonomiskt ett extra tillskott till den oftast skrala AT-lönen, men många känner också att de måste visa framfötterna för att erhålla goda omdömen som »ambitiös och framåt« och därmed öka sina chanser till vikariat och specialisttjänstgöring. För visst

handlar framtida karriär om kontakter och goda omdömen.

På årets AT-stämman kunde vi konstatera att föreläsningen »Alternativa karriärvägar – guld och gröna skogar?« med läkarna Johanna Adami och Jon Tsai var en av de mest populära. Adami talade om sitt jobb inom läkemedels-/bioteknikindustrin och Jon Tsai om sina tidigare erfarenheter som managementkonsult. I en fullsatt föreläsningssal rapporterade föreläsarna att de upplevt mer drivna medarbetare, erhållit snabbare resultat, fått bättre återkoppling och i högre grad mött lyhörda arbetsgivare. De har känt sig mer betydelsefulla som ung kompetens och haft högre löner. Föreläsningen fick högt betyg av åhörarna.

Sedan fyra år tillbaka har AT-läkare möjlighet att förhandla sin lön individuellt. Trots detta har storstäderna, där tjänsterna är hett eftertraktade, tarifflöner baserade på lögstälön. I Stockholm förra året var lönen 23 000 kronor i månaden. Löneutvecklingen 2006–2007 framgår av faktarutan.

Socialstyrelsen föreskriver att AT-tjänsten ska bestå av utbildning och läkararbete samt ge både yrkesmässig och personlig utveckling.

Trots detta är det stora skillnader över landet när det gäller schemalagd utbildning. Den interna utbildningen på respektive sjukhus och även bland kliniker varierar stort från någon enstaka timme till en hel eftermiddag per vecka. Undervisning sker naturligtvis fortlöpande under det dagliga arbetet, men det hårt pressade arbetsschemat gör att den konstruktiva kritiken, som är nödvändig för den personliga utvecklingen, ofta uteblir. Detta trots att 50 procent av AT-lönen subventioneras av statliga FoU-medel (forskning, utveckling och utbildning). Resterande hälft betalas av den klinik som AT-läkaren är placerad vid.

På vissa sjukhus har man valt att erbjuda en utbildningspott inom tjänstens ramar att disponera efter eget intresse. På andra sjukhus är utbildningsdelen märkbart liten. Alla arbetsgivare erbjuder exempelvis inte samtliga AT-läkare att gå på AT-stämman, som tar två ar-



Foto: Kerstin Hertzman

Det var vi som fixade AT-stämman 2008!

Organisationskommittén för AT-stämman 2008

JENNY ALKÉN, JOHANNES ARPEGÅRD, LUKAS BERGLUND, HELENE BODEGÅRD, JOHANNA ENARSSON, SOFIA HULTMAN, JACOB INGVAR, MARIA LYCKE, RIIKKA NEUVONEN, ÅSA ODENBRO, SOPHIA RÖSSNER, TOMAS SJÖBERG, INA SKAGERVIK, CLAUDIA ZOLFAGHARI, KRISTINA ÖHMAN
info@at-stamman.nu

FAKTARUTA

Löneutveckling 2006–2007 (procent).

Alla löntagare i Sverige	3,3
Hela läkargruppen	2,7
AT-läkare	2,3
Konsumentprisindex	2,2

betsdagar under ett arbetsår i anspråk. I Stockholm anordnar Läkemiddelsak-kunniga (Läksak) fyra kostnadsfria utbildningseftermiddagar per år för AT-läkare, men långt ifrån alla får delta med motiveringen att de inte kan avvaras från ordinarie verksamhet. Den hårt arbetande AT-läkaren skulle rätteligen kunna fråga sig vart alla FoUU-medel går.

AT-läkare utgör på många håll en betydelsefull del av akutverksamheten där de täcker majoriteten av jourlinjerna.

Många vårdcentraler är också angelägna om att ha AT-läkare i tjänst, då man relativt billigt får hjälp att hantera primärvårdens höga patientflöde. Trots denna viktiga roll får många AT-läkare inte ut sin lagstadgade sommarsemester. Ofta krävs det att man verkligen står på sig, vågar säga ifrån till schemaläggare och överläkare och kräva några sommarveckor i följd. Nog känner sig många outhärliga ibland – men åtskilliga blir besvikna när detta inte återgäldas med motsvarande rättigheter.

Kanske är AT-läkaren vårdens mest tacksamma och lättöverkörda. Med sina korta visiter på olika kliniker är t ex AT-läkaren inte med i utvecklingsarbetet av arbetsrutiner. AT-läkare har heller inte någonting att jämföra med och de flesta vill bara ta sig igenom sina 18 till 21 månader på smidigaste sätt, med goda om-dömen och bra möjligheter i den fortsatta karriären.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

APROPÅ! Läkemiddelsprövningar

Klinisk prövning av läkemedel – exemplet med antidepressiva

Läkartidningen 16/2008 redogör Göran Isacson för faktorer som bidrar till att kliniska prövningar av antidepressiva medel ibland redovisar effekter som obetydligt skiljer sig från placebo. Han nämner felaktig depressionsdiagnostik, rekrytering av icke representativa patienter via annonsering, bristande efterlevnad av läkemedelsordinationerna och samtidig behandling med andra läkemedel eller psykoterapi [1].

Jag vill här till lägga kliniskt-farmakologiska faktorer, som främst sammanhänger med farmakogenetiskt betingade olikheter i metabolism, effekter och biverkningar av standarddoser av psykofarmaka. De flesta antidepressiva, både tricykliska medel och serotoninåterupptagshämmare (SSRI), metaboliseras (hydroxyleras) av cytokrom P450 2D6, som står under monogen kontroll [2].

Vid en klinisk prövning på stora patientgrupper förväntas de fyra förekommande läkemedelsmetabola genotyperna bli slumpmässigt fördelade mellan ultrasnabba (med genduplikationer), homozygot snabba, heterozygot snabba och homozygot långsamma hydroxylerare. Ju mindre försöksgruppen, är desto större

är risken för en snedfördelning av genotyperna så att ultrasnabba (1–2 procent) och långsamma (5–10 procent) hydroxylerare inte alls ingår. Om å andra sidan ett nytt preparat prövas på terapirefraktära patienter kan denna grupp ha en överrepresentation av snabba hydroxylerare, vars plasmakoncentration kan bli subterapeutisk [3].

Orsaken till den interindividuella variabiliteten i effekter och biverkningar av antidepressiva blir lätt att förstå om man i prövningen mäter jämviktsskoncentrationer av läkemedlet och dess huvudmetabolit i plasma. Kvoten dem emellan representerar den läkemedelsmetabola fenotypen. Kombinationen av koncentrationsbestämning av läkemedlet och genotypbestämning av CYP 2D6 är ett suveränt men sällan använt sätt att diagnostisera såväl risken för terapiresistens (ultrasnabba genotypen) som benägenheten att få biverkningar (långsamma genotypen).

I framtiden kan man antagligen på liknande sätt bena upp interindividuella olikheter i läkemedels upptag i hjärnan och receptoreffekter. Givetvis kan man komma ganska långt med god klinisk uppföljning av effekterna och inte

minst genom dos-effektstudier, men den kliniska bedömningen kan vara bedräglig.

Konsekvensen av farmakogenetikens snabba utveckling är att man i en aldrig så väl selekterad och randomiserad patientgrupp i själva verket kommer att behandla helt olika subpopulationer på samma sätt. I framtiden måste vi kunna fastställa doseringsregimer för olika läkemedelsmetabola och farmakodynamiska genotyper. Detta skulle motsvara situationen vid doseringen av läkemedel som utsöndras oförändrade av njurarna. Här anpassas ju doseringen till njurfunktionen.

Sammanfattningsvis finns en rad farmakologiska faktorer som förklarar varför de kliniska prövningarna av antidepressiva ibland ger helt oväntade resultat. De flesta kan emellertid bemästras med tillgänglig farmakologisk metodik. Isacson tar även upp behovet av att slutgiltiga kliniska prövningar utförs och publiceras av kompetenta prövare vid välrenommerade kliniker, som står fria från kommersiella inflytanden. Detta förslag är värt att utredas i särskild ordning. För detta talar bl a artiklar i JAMA och Läkartidningen om att spökskrivare (»opi-

nion makers») författar många prövningsrapporter [4-6].

Folke Sjöqvist
professor emeritus,
fd Huddinge sjukhus
Folke.Sjoqvist@ki.se

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Göran Isacson har i sitt avhandlingsarbete handletts farmakologiskt från min f d institution.*

REFERENSER

1. Isacson, G. Läkemiddels kliniska värde måste värderas kliniskt. Läkartidningen. 2008;105:1157-8.
2. Sjöqvist F, Eliasson E. The convergence of conventional therapeutic drug monitoring and pharmacogenetic testing in personalized medicine: focus on antidepressants. Clin Pharmacol Ther. 2007;81:899-902.
3. Kawanishi C, Lundgren S, Ågren H, Bertilsson L. Increased incidence of CYP2D6 gene duplication in patients with persistent mood disorders: ultrarapid metabolism of antidepressants as a cause of nonresponse. Eur J Clin Pharmacol. 2004;59:803-7.
4. Dahlqvist R. Kunskap på lerfötter. Läkartidningen. 2008;105:1405-6.
5. Sjöqvist, F. Skärpta krav på ojävig hantering vid val av läkemedel. Ledamöter i Stockholms läkemedelskommittéer lämnar årlig jävsdeklaration. Läkartidningen. 2001;99: 541-3.
6. Ross JS, Hill KP, Egilman DS, Krumholz HM. Guest authorship and ghostwriting in publications related to rofecoxib: a case study of industry documents from rofecoxib litigation. JAMA. 2008;299:1833-5.