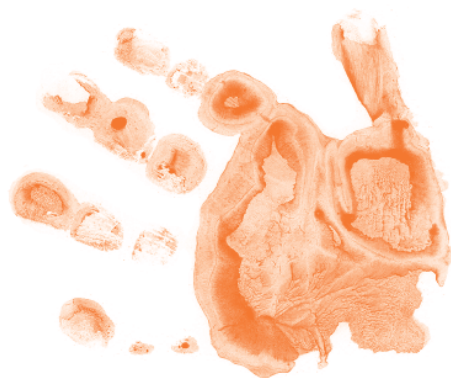


Nr.5/2006

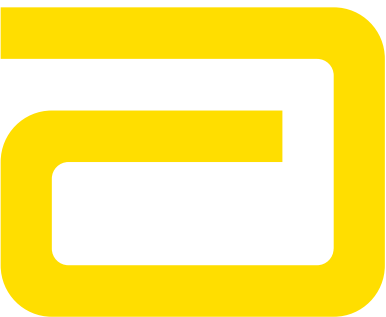
Barnläkaren



SVENSKA BARNLÄKARFÖRENINGEN
SWEDISH PAEDIATRIC SOCIETY



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group



Synagis

– ett skydd mot RS-virus



När det gäller för tidigt födda barn och barn i andra högriskgrupper, kan de som uppvisar svåra förkylningssymtom och allmänpåverkan i form av apnéer eller dålig syresättning (blå läppar) kräva sjukvård omgående.

Det finns idag ingen specifik behandling mot RS-virus, men det finns ett förebyggande läkemedel – Synagis – ett så kallat immunoprophylax, ett läkemedel som innehåller antikroppar mot viruset.

Indikationer:

Prevention av allvarliga sjukhuskrävande nedre luftvägsinfektioner orsakade av respiratoriskt syncytialvirus (RSV) hos barn som har ökad risk för RSV-sjukdom:

- Barn som är födda vecka 35 eller tidigare och yngre än 6 månader då RSV-säsongen börjar.
- Barn under 2 år som inom de senaste 6 månaderna behövt behandling för bronkopulmodell dysplasi.
- Barn under 2 år som har hemodynamiskt signifikant kongenital hjärtsjukdom.

Förpackningar: Pulver och vätska till injektionsvätska, lösning 50 mg och 100 mg.
Dosering: 15 mg/kg kroppsvikt. För ytterligare info se www.FASS.se

rovenback

Barnläkaren

Tidningen Barnläkaren utkommer med sex nummer årligen och är Svenska Barnläkarförningens medlemstidning.

Ansvarig utgivare

Göran Wennergren
goran.wennergren@pediat.gu.se

Tillförordnad redaktör

Jonas F. Ludvigsson
jonasludvigsson@yahoo.com

Redaktionssekreterare

Viveca Karlsson
Viveca.Karlsson@ki.se
Tel: 08-517 747 43

Redaktionsråd

Hugo Lagercrantz
Hugo.Lagercrantz@ki.se

Manuskript insändes

per mail till:
Jonas F. Ludvigsson
jonasludvigsson@yahoo.com

Prenumerationsärenden och adressändringar

Sveriges Läkarförbund
Medlemsregistret
Box 5610
114 86 Stockholm
Tel: 08-790 33 00
Fax: 08-790 33 16

Annonsera i Barnläkaren

Taylor and Francis
Box 3255
103 65 Stockholm
sales@tandf.no

Förlag

Taylor & Francis
Karola Ruckle
Box 3255
103 65 Stockholm
Tel: 08-440 80 40
Fax: 08-440 80 50
karola.ruckle@se.tandf.no

Tryck

Wallin & Dalholm Boktr., Lund

Innehåll

LEDARE

Nya målbeskrivningar och ST-tidens möda och glädjeämnen 3

REDAKTÖRENS RUTA

4

BARNVECKAN 2006

Succé för Barnveckan Helsingborg! 6

ST-ENKÄTEN

Medicinsk forskning under ST 8

Intervjuer 12

ST-läkaren och lönen 14

ST-läkaren och arbetstiden 16

ST-läkaren och fortbildning 18

Intervjuer 24

Ny målbeskrivning för specialistutbildningen 26

I PRIVAT REGI

En gammal dröm 27

Större frihet men också större osäkerhet 28

INTERVJU

Vilket förtroende åtnjuter svensk sjukvård? 30

KALENDARIUM

32



EFFEKTIVT & ENKELT

Alcon presenterar en ny möjlighet för behandling av bakteriell konjunktivit – **Tobrex Depot** (tobramycin 0,3%).

Tobrex Depot har en ny beredning innehållande xantangummi som ger högre koncentrationer av den aktiva substansen en längre tid på ögat. Därigenom minskas antalet doseringstillfällen till två per dag.

Detta tillsammans med en låg frekvens av obehag¹ vid droppningen i ögat innebär att **Tobrex Depot** är ett bekvämt alternativ för både patienten och den behandlande läkaren.

Tobrex Depot är godkänt för behandling av vuxna och barn från ett års ålder.



Tobrex[®] Depot
TOBRAMYCIN 0,3%
ÖGONDROPPAR, LÖSNING

– behandlingsalternativet
som *inte* lämnar badrummet!

ALCON SVERIGE AB BOX 12233, 102 26 STOCKHOLM. TELEFON: 08-634 40 00. FAX: 08-80 67 17.

Alcon[®]

¹Den vanligaste behandlingsrelaterade bieffekten (1,5%) var symptom liknande en allergisk ögonreaktion med pruritus, hyperemi och ökat tårflöde. (Ref:SPC) För fullständig information, se FASS.se

Nya målbeskrivningar och ST-tidens möda och glädjeämnen

Kära kollegor!

I höst pågår ett intensivt arbete med att utforma den nya målbeskrivningen för barn- och ungdomsmedicin. På motsvarande sätt tas målbeskrivningar för de barnmedicinska grenspecialiteterna fram i respektive sektion. Målbeskrivningarna utformas med 12 delmål inom det medicinska kompetensområdet. Dessutom ska 9 delmål anges inom kommunikation, ledarskap, medicinsk vetenskap och kvalitetsarbete. För varje delmål anges metoder för lärande och uppföljning. Utbildningsutskottet tänker sig också att det för varje delmål ska finnas en mer detaljerad målbeskrivning, en checklista. Efter hand som ST-läkaren skaffar sig färdigheter och kunskaper förs det in i checklistan/utvecklingsportföljen. Utvecklingsportföljen ger ST-läkaren och handledaren en bild av hur specialistkompetensen växer fram. Den blivande specialisten kan glädja sig åt hur portföljen blir alltmer välfylld.

Är då den kompetens som definieras i de nya målbeskrivningarna inte densamma som den som definieras i nuvarande? Jo, naturligtvis kommer det i stor utsträckning att vara så. Men efter mer än 10 år behövs självklart en grundlig genomgång av vilka kunskaper och färdigheter som ska krävas för specialistkompetens. Dessutom, för mina ögon ser de nya målbeskrivningarna klart tilltalande ut genom att både vägen till målen och uppföljningen poängteras tydligare. Det känns riktigt modernt.

Få perioder är så intensiva som ST-tiden. Det kliniska arbetet är ofta tungt med inrutade tjänstgöringsscheman och mycket jourarbete. Många bildar samtidigt familj och en hel del börjar forska. Och allt ska rymmas inom den vakna delen av dygnet. Trots slitet är ST-perioden den tid som för många av oss gav mest. Jag vill därför avsluta med något tänkvärt jag läste i somras.

I början av sommaren träffade jag vännen Tony Foucard i Uppsala. Tillsammans med ett par kollegor samspråkade vi med vacker utsikt över Fyrisån. Under samtalet kom vi att nämna Rolf Kostmann, kollegan bakom Kostmanns sjukdom, en medfödd form av neu-

tropeni. Kostmann har berättat sina minnen i boken "Regementsbarnläkaren". Jag hade hört om den, men inte läst den. Två dagar senare damp den ned i ett vadde- rat kuvert från Tony. Boken är fascinerande. 1942–1952 tjänstgjorde Kostmann som barnläkare i Boden. Till en början var han ensam pediatriker i Norrbotten. Arbetsbördan var enorm. Det jag vill lyfta fram är hans reflektion i slutet av boken. Det var inte de senare åren som etablerad överläkare och klinikchef i Östergötland som var hans livs höjdpunkt, det var de spänningsmätade 10 åren i Norrbotten när han som ung fick "leva i nuet med varje fiber av sin kropp".

Hjärtliga hälsningar

Göran Wennergren

Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen



Göran Wennergren
Ordförande i Svenska Barnläkarföreningen

Redaktörens ruta



Hej!
Välkommen till årets femte nummer av tidningen *Barnläkaren*!

I det här numret blickar vi framåt och Nr 5 handlar till stor del om ST-enkäten. Många ST-läkare kanske undrar hur det kan komma sig att vi väntat så

länge med att publicera huvudresultaten? Skälet är att vi under det gångna året haft relativt gott om material. Det är en redaktörs uppgift att prioritera och i första hand måste och ska Barnläkarnas tidning bereda plats åt gemensamma angelägenheter och rapporter från t.ex. Barnläkardagarna. I detta nummer avslutar Anders Lindblad och Jan Neiderud rapporteringen från Helsingborg.

Jag är hemskt glad att nu äntligen få summera ST-läkarenkäten. Jämte skildringen av ideellt arbetande barnläkare (inklusive vår "u-landssatsningen") har ST-enkäten varit mitt viktigaste projekt som chefredaktör. Vi måste måna om våra ST-läkare och uppmärksamma deras behov för att få en bra framtida barnsjukvård. En hög andel ST-läkare anger att de förlorar ekonomiskt på

forskning. Måste man förlora ekonomiskt på forskning? Vi har intervjuat flera ST-läkare om detta men även om fortbildningsmöjligheter. Flera verksamhetschefer och utbildningsansvariga har kommenterat resultaten i ST-enkäten.

Det är inte bara inom "det offentliga" vi tar hand om barn. Liljeberg och Lundberg skriver i detta nummer om hur det är att vara privatbarnläkare.

Nästa nummer är också mitt sista. Det kommer till största delen att handla om den enkät Barnläkaren genomfört bland pediatrik-verksamhetschefer. Hur är verksamhetschefernas arbetssituation(?), anser de att gravida kvinnor bör befrias från jour?, hur är chefernas inställning till forskning? Vi får kommentarer såväl från verksamhetscheferna själva som från andra barnläkare. Vidare hoppas jag kunna få med något eller några inslag om framtidens barnmedicin. Tag chansen att skriva om barnmedicinens framtid eller något annat som ligger dig varmt om hjärtat! Vi tar också tacksamt emot fotografier och bilder som illustrerar något inom barnmedicinen!

Vi går spännande läsning till mötes.

Oktoberhälsningar från Örebro,
Jonas

PRESSLÄGGNINGSDATUM

Nr. 6 Deadline för manus 16/10 och annonsinlämning 30/10, distribution 20/11

Du som vill bidra till *nästa* nummer bör inkomma med ditt bidrag senast **16 oktober**. Jag vill också be alla skribenter att bara skicka in **slutversionen** av sina dokument. Denna version kan sedan endast i undantag ändras. Detta för att jag inte ska behöva lägga ned arbete på att ersätta redan korrekturlästa och kategoriserade bidrag. Det är också viktigt att ni skriver under ert bidrag med namn, titel och arbetsplats (t.ex. "Anders Andersson, Barnläkare, Malmö"). För dig som vill ha med ett evenemang i Barnläkarens kalendarium; se till att få det infört på BLF:s hemsida, då hamnar det också i tidningen Barnläkaren.

Skriv till: jonasludvigsson@yahoo.com
(obs! ingen punkt mellan för- och efternamn).

Stor nyhet för små barn!

Singulair® 4 mg granulat
– godkänt från
6 månaders ålder



I spädbarnsåldern är virusinfektioner en vanlig utlösande faktor för förlorad astmakontroll¹. Försvårade astmasymtom från luftvägarna upplevs ofta som frustrerande och påfrestande både för barnen som drabbas, och deras familjer.



Singulair 4 mg granulat finns nu tillgängligt och är godkänt som tilläggsbehandling från 6 månaders ålder. Granulatet doseras en gång per dygn och kan blandas i en smakportion av t.ex. frukt- eller grönsakspuré

Singulair är indicerat vid astma som tilläggsbehandling hos de patienter med mild till måttlig kronisk astma som ej uppnått fullgod kontroll vid behandling med inhalationssteroider och hos vilka "vid behovsmedicinering" med kortverkande β -agonister ej givit tillräcklig klinisk kontroll av astman.

Singulair är inte avsett för behandling av akuta astmaanfall

1) Carlsen HK et. al. Arch Dis Child 1984;59:310-15.

SINGULAIR®

(montelukast natrium, MSD)

Singulair 4 mg granulat, 28 dospåsar/förpackning
Singulair 4 och 5 mg, 28 och 98 st tuggtabletter/förpackning
Singulair 10 mg, 28 och 98 tabletter/ förpackning
Leukotrienreceptorantagonist mot astma



Tel: 08-626 14 00

Succé för Barnveckan Helsingborg!

Barnveckan i Helsingborg blev en stor framgång med så många som 550 deltagande. En enkät som skickades ut till alla deltagande läkare, där svarsfrekvensen var ca 60%, gav ett gott betyg. Föreläsningarna fick median-betyget 4 av 5 möjliga, där 1 stod för mycket dåligt och 5 för mycket bra. Detta är ett gott betyg till alla sektioner som själva valde tema och föreläsare för sina inslag. För BLF är det viktigt att föreningarna och arbetsgrupperna inom BLF som har överblicken över sina områden, ska fortsätta att vara ansvariga för programmet. Alla föreläsare erbjöds resa, övernattnings och en kongressdag som ersättning. Det är en anledning till att kostnaden för mötet blev högre nu än tidigare. Men, på det här viset, kan Barnveckan få föreläsare från hela Sverige – inte enbart från närområdet till den arrangerande kliniken.

Det är också viktigt att vi kommer bort från Florence Nightingale-stämpeln, som säger att vi ska ta tid från vår fritid, tjänstgöring eller forskning för att utbilda våra kollegor. Det är vår arbetsgivares ansvar att ordna vidareutbildning, och billigare än så här kan det knappast bli. Bra utbildning måste få kosta, även i Sverige. Varje programpunkt hade två, oftast tre föreläsare. För att underlätta arbetet för arrangerande klinik anlätades en kongressarrangör, vilket verkligen var lyckat, även om det kostade lite mer.

Av enkäten framgår att beslutet att koncentrera antalet BLF-möten till två per år är väl förankrat bland barnläkarna. Få vill gå tillbaka till fler möten per år.

Postersessionen var vår stora oro. Vi var oroliga för att den skulle försvinna i mängden av utbud, eftersom vi inte avsatt tid för en postergenomgång. Delvis blev det också så – ca 50 % av dem som svarade på enkäten hade gått runt och studerat postrarna, och mer än 90 % ansåg ialla fall att vi bör ha postrar med.

Deltagarna hade lagt ned mycket arbete på sina presentationer, som innehöll mycket information som vi kan ha glädje av. Postrarna var ett bra inslag och jag hoppas att alla posterförfattarna fick mycket feedback under veckan, så att de är villiga att komma tillbaka. Nästa år i Linköping ska det fungera bättre! BLF vill då ha in mer av de ST-specialarbeten som görs. BLF planerar också att utdela ett pris till yngre läkare för bästa poster.

En ny punkt för BLF-mötet var den gemensamma dagen med barnsjuksköterskorna. Även denna fick ett gott betyg. Av kommentarerna framgår dock att det kan vara känsligt att endast välja ut vissa föreningar att ha en gemensam dag tillsammans med. Flera kommenterade att det var bra med en gemensam dag, men att BLF inte ska

låsa sig vid en förening, utan att flera måste inbjudas. BLF:s styrelse är medveten om problemet och programmet på Barnveckan ska även i fortsättningen bestämmas av BLF tillsammans med sektionerna.

Flera föreningar och arbetsgrupper hade sina års-möten i samband med Barnveckan. De förlades till måndagen och fredagen (epidemiologi, adolescensmedicin, gastroenterologi (Malmö), infektion, HÖV, obesitas, infektion och reumatologi). Förutom dessa hade även VC, BLU, studierektorer och SPUR-gruppen möte, liksom också stiftelsen Acta Paediatrica. Förhoppningsvis kommer fler föreningar att utnyttja möjligheten nästa år. Det finns många fördelar; t ex kan alla gå på de olika föreningarnas program, även om de inte tillhör just den föreningen. Av enkäten framgår att 7% inte visste om detta. Dels kan föreningarna använda möteslokaler i anslutning till det stora mötet där BLF kan stå för kostnaden och även använda sig av samma anmälningssystem som för det stora mötet.

Industrins vara eller inte vara på våra möten har diskuterats tidigare. Mer än 90% av alla som svarat på enkäten upplevde det positivt att ha med industrin på det sätt som de var representerade under veckan. Därför kommer vi att fortsätta inbjuda industrin att delta i Barnveckan.

Sist men inte minst, vill vi tacka för det fina sociala program som barnkliniken i Helsingborg ordnade. Det skapade utmärkta mötesplatser för att lära känna kollegor från hela landet på ett trevligt och roligt sätt. Att ”tura” till Helsingör är det nog många som gjort under ungdomen, men inte som ”mogna” barnläkare. Mer sådant hoppas vi på till nästa år i Linköping.

Nästa års möte kommer att vara i Linköping, vecka 17, 23–27 april, 2007

Huvudansvariga är Nina Nelson (nina.nelson@lio.se) och Karin Fälth-Magnusson (karin.falth.magnusson@lio.se). Det är roligare för oss som ordnar mötet, om vi får så mycket gensvar som möjligt. Så, kontakta dem gärna eller oss för idéer, men kontakta också din specialistförening styrelse för att påverka ämnesval att ta upp på mötet.

Väl mött i Linköping!

ANDERS LINDBLAD, Barnkliniken, Drottning Silvias Barn- och Ungdomssjukhus

JAN NEIDERUD, Barnkliniken, Helsingborg

Äntligen kan du skydda de minsta barnen mot rotavirus.



Rotavirus är den vanligaste orsaken till akut gastroenterit hos barn,^{1,2} vilket även i Sverige leder till många sjukhusinläggningar.³ Man räknar med att i stort sett varje barn i världen infekteras med rotavirus någon gång under sina första fem levnadsår.⁴ Rotarix är ett levande humant försvagat vaccin som tolereras väl och har en bra säkerhetsprofil.^{5, 6}

- Rotarix kan ges till spädbarn från 6 veckors ålder.⁶
- Rotarix är upp till 96% (CI 89.6; 98.7) effektivt mot de allvarligaste fallen av rotavirus gastroenterit.⁸
- Rotarix doseras i två omgångar med minst 4 veckors mellanrum.⁶



Rotarix®

Ref: 1. Bresee J, Parashar U, Holman R et al. Generic protocol for hospital-based surveillance to estimate the burden of rotavirus gastroenteritis in children. World Health Organisation, Nov. 2002. Available at www.who.int/vaccines-documents/Accessed in December 2005. 2. Kapikian A, Chanock R. Rotaviruses. In: Fields B et al, editors. Fields Virology, 3rd ed. Philadelphia: Lipincott-Raven Publishers; 1996. 1657-1708. 3. Soriano-Gabarró M, Mrukowicz J, Vesikari T et al. Burden of rotavirus disease in European Union countries. *Pediatr Infect Dis J* 2006; 25(1): S7-S11. 4. Parashar UD, Hummelman EG, Bresee JS, et al. Global Illness and Deaths Caused by Rotavirus Disease in Children. *Emerg Infect Dis* 2003; 9(5): 565-572. 5. Vesikari T, Karvonen A, Puustinen L et al. Efficacy of RIX4414 live attenuated human rotavirus vaccine in Finnish infants. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(10): 937-943. 6. Rotarix SPC. 7. De Vos B, Vesikari T, Linhares AC et al. A rotavirus vaccine for prophylaxis of infants against rotavirus gastroenteritis. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23(10): S170-S182. 8. Vesikari T, Karvonen A, Prymula R et al. Human rotavirus vaccine Rotarix™ (RIX4414) is highly efficacious in Europe. *ESPID*, Basel, Switzerland, May 3-5, 2006: Abstract tbc.

Rotarix. Pulver och lösningsmedel till oral suspension. Per dos (1 ml): Humant rotavirus stam RIX4414 (levande försvagat) ≥ 106.0 CCID₅₀. Indikation: Rotarix är indicerat för aktiv immunisering av spädbarn från 6 veckors ålder för förebyggande av gastroenterit orsakad av rotavirusinfektion. För ytterligare information www.fass.se

GlaxoSmithKline AB, Box 516, Råsundavägen 12, SE-169 29 Solna, Tel. 08-638 93 00, www.glaxosmithkline.se, info.produkt@gsk.com, GlaxoSmithKline Vacciner Tel. 020-714 714.

Medicinsk forskning under ST

Ca 30% av de svarande ägnar sig åt forskning, 22% beskriver att forskningsaktivitet är ett formellt eller informellt villkor för anställningen. Nästan 6/10 arbetar på en klinik där man ges möjlighet att forska på arbetstid (93/160).

Drygt hälften av de svarande får inte räkna in någon forskningstid i sin ST utan att datum för specialistexamen skjuts fram i tiden. 5% får räkna in 7 månader eller mer. Vi frågade inte efter om man erhöll "avdelningsläkarlön" men behöll sin ST-läkarstatus efter en viss tid i klinisk tjänstgöring och en viss tids forskning.

Fråga: Förlorar du ekonomiskt på att forska?

	Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
⬆️	Ja	87	72.50%					
⬆️	Nej	33	27.50%					
	Total	120	100%					

Av de forskande, uppgav tre fjärdedelar (87/120) att de förlorar ekonomiskt på sin forskning. Likväl skulle de flesta (66%) uppmuntra andra underläkare på sin hemmaklinik att forska. En tredjedel av de svarande har disputerat eller planerar att disputerat under sin ST.

Fotnot Barnläkaren: Viktigt att komma ihåg är att en majoritet av de svarande i vår enkätundersökning var hemmahörande vid universitetssjukhus.

"På Astrid Lindgrens sjukhus får de tillgodoräkna sig 6 månaders forskning i sitt ST. Hur det är med oss på de övriga Stockholmsjukhuset vet jag inte."

"Rent allmänt ses det positivt på forskning vilket ju är bra, men det göra knappt något i praktiken för att stimulera till forskning"

"Stora krav på forskning på kliniken vilken helst ska bedrivas på kvällar och helger, detta ledde till att jag hoppade av mitt doktorandprojekt och nu bara jobbar kliniskt. För anställning efter specialistexamen krävs forskningsmeriter vilket är uttalat båda officiellt och inofficiellt (så jag lär väl knappast få något jobb då...)"

"Jag har forskat på heltid flera år men utan framgång och slutligen lagt det på hyllan. Jag kan tänka mig att ta upp forskningen igen om förutsättningarna ändras."

"Då jag ej forskar är jag ej helt insatt i hur mycket tid som vi får tillgodoräkna oss i ST. Forskningsintresse finns för egen del. Det som gör att jag tvekar är villkoren. Tyvärr verkar många förutsätta att forskning är något jag ska göra gratis på min fritid eller på villkor (stipendier, ingen sjukpenningsgrundande inkomst etc.) som ingen sund människa borde acceptera, ändå gör många av mina kollegor det!"

KOMMENTAR 1: Jonas F. Ludvigsson

När forskning kommer på tapeten är alla (barn)läkare rörande överens om den forskningens betydelse. Professor Karin Fälth-Magnusson refererade i ett tidigare nummer av *Barnläkaren* ett seminarium på svenska läkarsällskapet i mars 2006 där ett antal läkare såg tecken till ett vikande forskningsintresse bland läkare, inte minst bland yngre läkare. Flera potentiella orsaker till det minskade forskningsintresset fördes fram: tidsbrist, sämre karriär och löneutveckling, läkarens egna prioriteringar parat med bristande stöd och handledning.

År 2003 publicerade jag, tillsammans med bland annat Estelle Naumburg, barnläkare i Östersund, (ett försök till) en sammanställning av hur mycket forskningstid blivande barnläkare får räkna in i sin ST (Ludvigsson et al, *Missgynna inte forskande ST-läkare*. 2003: 40: 3162–65). Detta är en knivig fråga. Nära ¾ av de som besvarat vår enkät uppger att de förlorar ekonomiskt på att forska. Dålig ekonomisk kompensation angavs också som en av de två viktigaste orsakerna till att läkarkandidater avstår från att forska (se Holmwall K, Wallberg-Henriksson H. *Läkarstuderandes och AT-läkares syn på medicinsk forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2003.). Här måste vi agera.

Personligen lutar jag mest åt en modell där den forskande ST-läkaren får specialistlön den dag forskning och klinik sammanlagt nått upp till 5 år varav minst 4 år då ska utgöras av kliniskt arbete. Detta bör gälla oavsett om forskning är ”klinisk” eller ”preklinisk”. Samtidigt bör fem års klinisk tjänstgöring erfordras innan man blir specialist.

Här har dock BLF centralt valt en annan modell; den att sex månaders forskning ska få räknas in i ST-tjänstgöringen. Den modellen leder dock till att den som forskar sex veckor eller mer per år under sin ST kommer att lönediskrimineras.

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro

KOMMENTAR 2: Svante Norgren

Den kliniska forskningen måste prioriteras genom aktiva beslut och åtgärder. Här krävs stora grepp – hur stort är behovet av en kombinerad klinisk och vetenskaplig

utbildning av våra blivande kollegor och hur kan vi möta detta behov? Enkätsvaren pekar på flera orosmoln. Endast 22% av svaren anger forskningsaktivitet som ett krav vid anställningstillfället, trots att majoriteten av enkätsvaren kommer från universitetskliniker. Svaren visar också att det inte räcker med att ställa krav – det måste bli praktiskt möjligt (tidsmässigt och ekonomiskt) och attraktivt (karriärmässigt, ekonomiskt, arbetsmiljömässigt) att kombinera forskning och klinisk tjänstgöring. Det är svårt att se varför inte forskningstid bör tillgodoräknas i ST-utbildningen och varför inte löneutvecklingstrappan jämsätter klinisk och vetenskaplig meritering. Glädjande nog skulle 2/3 av de svarande rekommendera andra underläkare att forska, så med drägliga villkor kan vi säkert trygga återväxten av forskarutbildade kollegor!

SVANTE NORGREN, Barnkliniken, Huddinge

KOMMENTAR 3: Eva Nilsson Bågenholm



Avsnittet om medicinsk forskning är intressant. Majoriteten arbetar på klinik där man ges möjlighet att forska på arbetstid, men ändå är det bara 30% som ägnar sig åt forskning. De svarande beskriver ganska väl problemen. Trots att många kliniker kräver någon form

av forskning (och man enligt svaren ges möjlighet att forska på arbetstid) så förutsätts det ändå att stor del bedrivs på jourkomp och annan ledighet. De flesta anser dessutom att de förlorar ekonomiskt på att forska. Trots det verkar det finnas en positiv inställning bland ST-läkarna, men det måste tas tillvara på ett bättre sätt! Det finns möjlighet att få unga läkare att forska, det är inte ointresse. Om det ska gå att förena specialistutbildning med familjebildning och dessutom forska, måste förutsättningarna bli bättre. Vi får inte missa en generation läkare som är intresserad men inte erbjuds förutsättningar.

EVA NILSSON BÅGENHOLM, Ordförande Sveriges läkarförbund

KOMMENTAR 4: Carl-Erik Flodmark

Vi har en unik möjlighet att behålla vår höga forskningsaktivitet per capita genom att stimulera forskning på olika sätt. Det är därför glädjande att det finns utrymme för forskning redan på ST-nivån. Det finns dock ett vanligt missförstånd. Det är inte ett vanligt arbete att forska. Forskning innebär att man utbildar sig och får en examen - i regel en doktorexamen men det är också möjligt att efter "halvtid" ta ut en med lic examen. En sådan examen leder till ett högre meritvärde precis som andra utbildningar. När man utbildar sig får man vara beredd på att göra detta utanför "arbetstid" = 40 timmar. På universitetet accepterar man under grundutbildningen att arbeta = läsa mer än 40 timmar i veckan om det behövs för att bli godkänd. Så är det också när man siktar mot en doktorsavhandling. Belöningen skall inte heller alltid ses i ekonomiska termer. En meriterande examen leder alltid till högre lön, bättre arbetserbjudanden och framförallt – ett intressantare arbete.

Väger man in allt detta kan man välja att satsa på denna utbildning om man känner för detta. Det är således frivilligt men om man inte vill satsa på forskning kan man alltid välja att satsa på något annat. Ett universitetssjukhus bör dock alltid premiera forskare. Som verksamhetschef på ett universitetssjukhus ser jag det som en av mina viktigaste uppgifter att på olika sätt premiera de som vill satsa på forskning.

CARL-ERIK FLODMARK, Barnkliniken, Malmö

KOMMENTAR 5: Staffan Jansson

Ungefär var tredje ST-läkare ägnar sig åt forskning, vilket ju stämmer ganska väl med hur stor andel av läkarna som disputerar. Det mina kollegor runtom i Sverige annars klagat över, är att det blir allt svårare att övertyga yngre läkare att forska och att alltfler av deras doktorander är sjuksköterskor, sjukgymnaster, kuratorer, el dylikt. För dessa grupper har det säkert funnits ett uppdämt forskningsbehov, och också en insikt om att en forskarexamen med stor säkerhet leder till både intressantare och mer välbetalt arbete. Det kan läkarna numera inte räkna med, vilket också framgår av några av de svarandes kommentarer. På överordnad nivå är det ju främst de admi-

nistrativt ansvariga som får de höga lönerna, medan de som står för forskning, utveckling och utbildning släpar efter. Detta är en olycklig utveckling, som också liknar administratörers och ekonomers tilltagande makt över utvecklingsingenjörerna inom industrin – som om framgång bara handlar om det som vi gör "just här och nu".

Att stå tillbaka ekonomiskt en tid kan säkert vara lättare att fördrå, om man vet att man kommer att kompenseras senare. Men att tre fjärdedelar förlorar ekonomiskt på att forska under ST, skulle nog också kunna kompenseras genom att ge forskarna avdelningsläkarlöner när deras sammanlagda kliniska tjänstgöringstid och forskningstid motsvarar tidskravet för specialistexamen. Som läkare kan det samtidigt vara lätt att glömma, att man trots allt har det ganska väl förspant. Doktorander inom filosofiska fakulteter är visserligen något yngre, men har löner som är minst tiotusen kronor lägre och många får det inte mycket bättre de närmaste fem åren efter disputation. De har vanligtvis inte heller något säkert och intressant arbete att återvända till om de skulle behöva ta en paus ifrån forskningen, utan hamnar i limbo.

Alla chanser att forska försvinner inte med en eventuell flytt från regionsjukhusen. Under det sista decenniet har möjligheterna att forska ökat även på centralsjukhusen och vårdgivarna i periferin har insett dragningskraften i kliniska forskartjänster. Handledningsfrågan brukar alltid gå att ordna i samarbete med universiteten. Studier, som handlar om kliniska uppföljningar, socialpediatrik och epidemiologi, är många gånger lättare att bedriva på mindre ställen, där patienterna sällan är uppbokade i konkurrerande studier och där det brukar vara lättare att få översikt och kontroll över mer tydligt avgränsade områden. Vemodets poet i norra Värmland – Bengt Berg – brukar säga "Det är aldrig för tidigt att ge upp". Jag tror att det aldrig är för sent att forska, om man är riktigt intresserad. Viss praktisk forskning blir kanske t o m bättre när man har en bredare livserfarenhet och en fördjupad klinisk förankring.

STAFFAN JANSSON, Barnkliniken, Karlstad

KOMMENTAR 6: Jan Neiderud och Søren Wille

När man läser enkätsvaren från ST undersökningen framgår det att många upplever att forskning utgör en viktig del av ST utbildningen och att forskningsmeriter är viktiga för att få en tjänst senare. Man upplever också att tiden inte räcker till för forskning.

Det är utan tvekan viktigt att forskning ingår i ST utbildningen men det bör vara forskning på en lämplig nivå och gärna klinisk förankrad. Det kan röra sig om litteraturstudier med en sammanfattning av aktuell forskning t ex i form av en review artikel eller ett eget mindre arbete. I Sveriges läkarförbunds Utbildningsbok talar man om fördjupningsarbete och beskriver att syftet är att ge utökad kunskap inom ett begränsat område samt att ge viss träning i statistikberäkning, litteratursökning

och skriftlig framställning. Arbetet ingår också som en del i den frivilliga specialistexamen. Det kan självklart göras som en del av pågående forskning vid kliniken eller som en del i forskarutbildning.

Däremot kan inte ST läkaren förvänta att genomföra en hel forskarutbildning som leder fram till avhandling parallellt med ST-utbildningen. Denna forskarutbildning får rimligen läggas utanför den tid som användas för att uppnå specialistkompetens.

Eftersom fördjupningsarbete ingår som ett krav i ST utbildningen måste kliniken ställa upp med en tid som är lämplig för att genomföra aktuellt forskningsprojekt. Om ST läkaren önskar tid utöver detta får det nog även i framtiden bli på ledig tid eller på forskningstjänst.

JAN NEIDERUD OCH SØREN WILLE, Barnkliniken, Helsingborg



Respiratory support options for neonates – from CPAP to ECMO

**Astrid Lindgren Children's Hospital
Karolinska University Hospital
Stockholm, Sweden**

19 – 22 November 2006

Information: Jessica.Schiott@karolinska.se

Intervjuer

Tidningen *Barnläkaren* ställde fem frågor om forskning och resultaten i ST-enkäten till två ST-läkare. Vi frågade:

1. Trettio procent av de som svarat på enkäten ägnade sig åt forskning. Sysslar du med forskning?
2. Är det lätt att forska på din klinik?
3. Ges ST-läkarna på din klinik möjlighet att forska på arbetstid?
4. Är forskning ett meritvärde på din klinik? Hur?
5. Är forskning ett formellt eller informellt krav för anställning på din klinik?

INTERVJU 1: Mara Cerqueiro, Astrid Lindgrens barnsjukhus, Stockholm

1. Ja, jag har min forskningsintroduktion just nu.
2. Närmare hälften av ST-läkarna bedriver forskningsarbete. Forskning vid Karolinskas Barndivision är mycket konkurrenskraftig såväl nationellt som internationellt. Stora internationella anslag, många externfinansierade tjänster och en 30%-ig andel av de totala ALF-medlen fördelade på Karolinska Universitetssjukhuset är andra mått på den framgångsrika forskningen. Verksamheten lyder organisatoriskt under två olika institutioner vid Karolinska Institutet; *Kvinnors och Barns Hälsa* på Solna respektive *Klinisk Vetenskap* på Huddinge.
3. Astrid Lindgrens barnsjukhus har ST-läkarna erbjudits forskningsintroduktion motsvarande sex veckors heltidstjänstgöring. Många ST-läkare vid Karolinskas Barndivision tar ut några ALF-månader/år, medans andra är i mycket hög grad forskningsaktiva och har t ex huvudansvar för forskargrupper.
4. Forskning är meriterande både vid tillsättning av ST (tidsbegränsad tjänst) och vid tillsvidareanställningar av specialister på Karolinska Universitetssjukhuset. Ny disputation premieras med ett lönepåslag, efter lönesamtal, med minst 1500 kr/månad, och ny docentur med 3000 kr/mån.
5. I utlysningen av ST-tjänster i pediatrik 2005 framgick det tydligt att forskning var meriterande. ST-läkare förutses ha ett aktivt intresse för universitetsklinikkens forskning, undervisning och utvecklingsarbete, och det förväntas att ST-läkare skall påbörja sin forskarutbildning under ST-tiden (eller fortsätta driva forskning).

INTERVJU 2: Holger Hövel, Lund

1. Ja, det gör jag. Är registrerad doktorand sedan årsskiftet.
2. Både ja och nej. Har man ett löpande projekt med extern finansiering, är arbetsgivaren ganska villig att bevilja ledighet för forskning. Och denna ledighet innebär för det mesta även att man inte blir indragen i jourverksamheten. Däremot får man till exempel inte betald ledighet för forskarutbildning (trots nyttan för verksamheten). Och det finns en spridd uppfattning om att forskning för det mesta bör ske på fritiden, efter jobbet.
3. Jag har personligen lyckats förhandla mig till att få göra mitt projektarbete som krävs för specialistexamen på betald arbetstid (4 veckor). Och det var inte lätt att få igenom. Frånsett det är svaret nej.
4. Forskning underlättar påtagligt att få anställning som underläkare på min klinik. Periodvis är den till och med förutsättning. Disputation leder till högre lön (omkring 1500–2000 Kr), och det är lättare att få (forskar-) ST. Är man väl specialist, går det betydligt lättare och fortare att bli ÖL när man är disputerad.
5. Det vet jag inte riktigt. Beror väl på, vilken anställning det handlar om. Men från ÖL uppåt är det nog åtminstone informellt krav. Och därunder meriterande, som sagt.

Seretide mite till barn från 4 år som har symtom trots behandling med inhalationssteroid¹



Seretide mite (salmeterol/flutikason) är den enda kombinationsbehandling som har indikation från 4 år. Den finns som pulverinhalatorn Diskus och för barn som inte kan eller vill använda pulver finns också den freonfria inhalationsprayen Evohaler.

Indikation: Seretide mite är indicerad för regelbunden behandling av bronkialastma. Vid akuta besvär ska en kortverkande luftrörsvidgande medicin användas. Rekommenderad dosering Seretide Diskus mite (50/100): 1 inhalation 2 gånger dagligen, Seretide Evohaler mite (25/50): 2 inhalationer 2 gånger dagligen. För ytterligare information www.fass.se.

GlaxoSmithKline AB, Box 516, 169 29 SOLNA, 08-638 93 00, info.produkt@gsk.com
Seretide, Diskus och Evohaler är registrerade varumärken som ägs av GlaxoSmithKline.

¹Information från Läkemedelsverket 2002, Nr 2.



Mer liv - Mindre astma

ST-läkaren och lönen

Andelen ST-läkare som var missnöjd (39%) var närmast identisk med den andel som var ganska nöjd med sin lön. Fyra av fem hade givits möjlighet att löneförhandla. Däremot uppgav 62% att det inte fanns något förhandlingsutrymme (109/175); 29% hade haft möjlighet att lyfta sin lön högst 500 kr uppåt, medan 9% kunde påverka sin lön med mer än 500 kr per månad.

“Det borde det finnas en naturlig lönestegring under ST (utöver det lokala varvet) då ansvaret ökar år till år”

Fråga: Är du nöjd med din lön

Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Missnöjd	69	38.76%					
Ganska nöjd	73	41.01%					
Nöjd	32	17.98%					
Mycket nöjd	4	2.25%					
Total	178	100%					

Detta ska ses i ljuset av att över 60% (110/178) ansåg att lönen var viktig för arbetstillfredsställelsen. 16% ansåg den mycket viktig medan 22% tyckte att den var mindre viktig. Ingen svarande uppgav att lönen var betydelselös för tillfredsställelsen på arbetet.

Fråga: Hur viktig är lönen för din arbetsstillfredsställelse?

Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Oviktig	0	0.00%					
Mindre viktig	39	21.91%					
Viktig	110	61.80%					
Mycket viktig	29	16.29%					
Total	178	100%					

I vår undersökning svarade 49% att de hade en lön mellan 31 000–32 999 kr per månad. Bara 32% hade en lön som översteg den nationella medianlönen för svenska ST-läkare ett år tidigare (2004 november: på 33 000 kr) (för mer omfattande redogörelse för nationella lönesiffror och länsvis uppdelning v.g. se: http://www.slf.se/upload/Lonestatistik_2004_webb.pdf). Sett till specialistläkare (november 2004) har barnläkare lägst medianlön av de antalsmässigt 10 största specialiteterna i Sverige både på bland kvinnor och bland män.

I vår undersökning var den lägsta lönen 28–29 000 kr/månad (en person), medan två personer hade över 41 000 kr per månad. Bortsett från dessa två, hade alla deltagare i undersökningen under 38 000 kr i månadslön.

”Jag är docentkompetent och handleder flera doktorander. Kliniskt väl meriterad med goda vitsord. D.v.s. ”Du är precis en sådan vi vill ha” dock har varken fackliga representer eller lönesättande chef ”något löneutrymme”.”

KOMMENTAR 1: Björn Wettergren

ST-läkarnas inställning är varierad men speglar, som jag tolkar det, en anpassning till det system man befinner sig i. Samtliga landsting har tagit fram tjugiga lönepolicies med tydligt fokus på individuell lönesättning. Samtidigt begränsar de rådande systemen för löneutveckling möjligheten att realisera dessa policies. I mycket lever ett tariffsystem kvar. Liksom för färdiga barnläkare kan skillnaden i ansvarstagande och produktion vara stor mellan en ”outstanding” och en inte fullt så stark ST-läkare liksom mellan en ST med fyra års klinisk erfarenhet och en nystartad. I rådande system kan detta endast avspelas i marginella löneskillnader. Viktigt är att inte bli defaitistisk utan på olika sätt försöka kämpa för förnyelse. Kanske är vi som barnläkare inte tillräckligt starka i detta (för snälla?) särskilt i beaktande av att vi jämfört med andra specialiteter ligger lågt både vad gäller färdiga barnläkare och ST. Det finns en generell värdering i samhället där arbete med barn inte ses lika tungt och svårt som arbete med vuxna. Detta går igen på olika områden, inte bara barnläkare kontra vuxenläkare, barnkirurger kontra vuxenkirurger, barnpsykiater kontra vuxenpsykiater utan även inom helt andra instanser. Vem värderas lönemässigt högst inom polisväsendet – en polis med mångårig specialisering på förhör och utredning av barn som är brottsoffer eller en polis i nationella insatsstyrkan? Svaret är tyvärr givet. Upp till kamp alla barnarbetare, men det behövs en gemensam strategi och politisk influens för att komma någon vart. Annars kommer vi nog att få leva kvar i att det finns en proportionalitet mellan läkarlönen i kronor och patientens vikt i kilogram.

BJÖRN WETTERGREN, Barnkliniken, Uppsala

KOMMENTAR 2: Jonas F. Ludvigsson

Lönen är viktig för barn-ST-läkare. Många är missnöjda. En orsak till missnöjet kanske inte ska sökas i den absoluta lönenivån [de flesta yrkesgrupper i Sverige har en medianlön under 30 000 kr). Men hur kommer det sig att svenska barnläkare har lägre löner än sina kollegor inom andra specialiteter? Svenska läkarförbundet sammanställer varje år lönestatistik utifrån specialitet och landsting. Tyvärr finns ingen statistik för kategorin ST-läkare, men väl för färdiga specialister. I svenska läkarförbundets lönestatistik från 2004 ligger specialistlönerna (överläkare inkluderade) inom barnmedicin på plats 34 av 42. Bara en specialitet med mer än 100 läkare ligger lägre (neurologi, 200 specialister och medianlön 48 500 kr att jämföra med 49 200 kr för barnspecialister (700 specialister)). Av de större specialiteterna ligger alltså barnläkare formligen på *botten* av löneligan.

Kanske är vi barnläkare konfliktradda? Vågar vi inte ta rättmätig plats i lönesamtalet, eller gör vi ett sämre jobb än våra kollegor ortopederna (också 700 specialister men med en medianlön om 51 600 kr)?

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro

ST-läkaren och arbetstiden

En av sju ST-läkare i vår undersökning arbetar deltid (27/178). Däremot svarade 55% (92/167) att de ville arbeta deltid om det var möjligt. De allra flesta svarade också att de skulle ges möjlighet att arbeta deltid (94%) om de ville.

”Flexibiliteten för mammor är urdålig, vi underläkare har så länge vi är ganska många en möjlighet att ordna det på eget initiativ men får ständigt kritik för att våra deltider orsakar fler rapporteringsled. Det blir påtaglig stagnation i lönutveckling och substantiellt pensionsbortfall när man skaffar flera barn under ST i stället för som specialist. Att ta ut löpande komp är teoretiskt möjligt i stället för att arbeta deltid men då kan man inte räkna med att få gå [från jobbet] om bemanningen är tunn...”

Här finns alltså en stor diskrepans mellan en önskan att arbeta deltid och att faktiskt arbeta deltid. Det förefaller dock inte som att det är kliniken och klinikledningen som utgör hindret för deltidsarbete (utom i spridda fria kommentarer).

Fråga: Skulle du vilja arbeta deltid under ST

Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Ja	92	55.09%					
Nej	75	44.91%					
Total	167	100%					

KOMMENTAR 1: *Gunilla Hedlin*

Ett delvis motsägelsefullt svar, 14% arbetar deltid, 55% vill arbeta deltid och 94% tror att de skulle ges möjlighet till deltid om de ville.

Vad är det som gör att så få använder en möjlighet de tror att de har? Är det att arbetsinnehållet påverkas negativt eller att det tar längre tid att bli färdig specialist eller att det reducerar lönen om man arbetar deltid?

Kan det vara så att tanken att reducerad arbetstid är en möjlighet, som man kan ha i bakfickan om det blir för tungt med heltid, ökar känslan av att heltiden är självvald och därför mer acceptabel?

Svaret kan också tolkas så att många inte tror att reducerad arbetstid medför kortare arbetsdagar utan endast lägre lön och andra karriär nackdelar; därmed framstår reducerad arbetstid mer som ett önskemål än som en faktisk möjlighet. Kommentaren angående flexibilitet för mammor (och pappor?) talar för det.

Skulle fler använda möjligheten om det inte påverkade arbetsinnehållet negativt? Vi provar för närvarande en modell där två ST-läkare delar ett ansvarsområde och har 75–80% arbetstid vardera. Vi har funnit att det ökar möjligheterna till olika typer av tjänstgöring inom slutet och öppenvård eftersom två delar ansvaret för att täcka hela dagar. En sådan 80 + 80% modell skulle kunna konstrueras enligt lokala behov.

GUNILLA HEDLIN, Verksamhetschef, Barndivisionen, Karolinska Univeritetssjukhuset, Stockholm

KOMMENTAR 2: *Jonas F. Ludvigsson*

Samhället är klivet när det gäller arbetstiden. I valtider talas om att svenskarna måste arbeta mer för att klara välfärden. Å andra sidan är Sverige ett av de mest barncenterade länderna i världen och många föräldrar vill arbeta deltid. Jag har själv arbetat deltid (90%) sedan 1999 för att kunna hämta tidigare på dagis. Det har medfört senarelagat datum för specialistkompetens och avdelningsläkartjänst. Detta påverkar förstås lönenivån negativt liksom möjligheterna att få en högre tjänst samtidigt med jämnåriga kollegor vilka arbetat 100%. Deltidsarbete har fler nackdelar. Alla kliniker tillämpar inte policyn att den som arbetar deltid också ska få en jourbörda som står i relation till tjänstgöringsgraden. Deltidsarbetande får därigenom lätt en högre andel jourtjänstgöring under sin ST vilket påverkar utbildningsvärdet.

Inställningen till deltidarbete har de sista åren varit positiv på min hemmaklinik.

På ytan hade löpande jourkomp kunnat vara ett alternativ för mig men då löpande jourkomputtag inte är en absolut rättighet och jag då inte säkert kunnat räkna med att komma ifrån tidigare just ”mina två hämtdagar på dagis” vecka efter vecka har jag valt att arbeta deltid.

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro

ST-läkaren och fortbildning

Extern fortbildning

Den externa fortbildningen brister. 44 % av de svarande (79/178) uppger att de fått högst fem dagars externutbildning sista året. Bara en av fyra har fått minst tio dagar. Även här anges bland de fria svaren att flera fått löfte om tio dagars fortbildning per år men att hemmakliniken inte lever upp till det löftet.

Fråga: Hur många dagars extern fortbildning har du fått senaste året?

Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
≤5	79	44.38%					
6-9	51	28.65%					
10-14	39	21.91%					
15 eller mer	9	5.06%					
Total	178	100%					

“Jag är extremt trött på antagningssystemet till SK-kurserna!! Jag fyller i helt sanningsenligt vilket resulterar i att jag trots mindre än ett år kvar på ST inte kommer med på en enda kurs!! Hur kan det vara så? Finns det verkligen så många ST-läkare i pediatrik? Hur många fuskar egentligen?”

“Jag har inte lyckats få en enda sk-kurs, eftersom jag har en annan specialitet i botten (specialist i allmänmedicin). Är det meningen att sådana som jag skall utbildas till en SÄMRE kompetens än våra yngre kollegor?! Vad menar socialstyrelsen om det? Föreslår att man som ST-läkare tilldelas kurser som anses relevanta för att bli specialist och att det på så sätt blir obligatoriskt med en noga definierad teoretisk kunskap.”

Intern fortbildning

De flesta är nöjda med kliniken internutbildning (30 % är ganska nöjda; 38 % är nöjda och 10 % är mycket nöjda). En femtedel är dock missnöjda. De flesta är också nöjda med den informella utbildningen på kliniken (kunskapsöverföring från kollegor mm i samband med ronder, mottagningar etc.). Bara 11 % är missnöjda med den informella internutbildningen, 30 % är ganska nöjda medan övriga är nöjda eller mycket nöjda.

Fråga: Är du nöjd med den informella internutbildningen?

Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Nej	20	11.36%					
Ganska nöjd	53	30.11%					
Nöjd	74	42.05%					
Mycket nöjd	29	16.48%					
Total	176	100%					

“Jag tycker att jag har haft alldeles för lite intressanta mottagningspatienter under ST-tiden. Det har mest varit ont i magen och infektiös astma.”

“Förtjänstgöring har för stark negativ inverkan på specialistutbildningen.”

Teoretisk inläsning

Tre av fyra ST-läkare är missnöjda med sina möjligheter att läsa in teoretisk/praktisk pediatrik under arbetstid. Bara 7% är nöjda eller mycket nöjda. Andelen ganska nöjda är 18%. Nittio procent uppger att de inte har avsatt arbetstid för studier/inläsning som rör pediatrik minst hälften av schemaperioderna.

Fråga: Är du nöjd med dina möjligheter att läsa in teoretisk/praktisk pediatrik under arbetstid?

Answer	Count	Percent	20%	40%	60%	80%	100%
Nej	131	74.43%					
Ganska nöjd	32	18.18%					
Nöjd	11	6.25%					
Mycket nöjd	2	1.14%					
Total	176	100%					

Specialistexamen

Samtidigt planerar en majoritet av de svarande att skriva specialistexamen (70%), och en stor andel (85%) får också betald ledighet för inläsning till denna examen. Däremot leder inte deltagande i specialistexamen till något löneflyft. 4% har svarat att de får en högre lön om de skriver specialistexamen.

ST-läkaren och fortbildning, forts.

KOMMENTAR 1: Jeanette Martinell

Den enkätundersökning om utbildningsförhållande som gjorts bland ST-läkare i pediatrik i Sverige påvisar att det är flera områden som bör förbättras. Det framgår tydligt att det råder skillnader mellan olika undervisningssjukhus, både gällande extern utbildning eller regler för hur forskning kan räknas in i specialistutbildningen. Det är viktigt att arbeta för en specialistutbildning som ger en bred allmänkompetens i enlighet med den överenskommelse som gjorts inom CESP, dvs en "common trunk". SPUR-inspektion, som tidigt företagits inom barnläkarutbildningen har haft en viktig funktion till att förbättra utbildningen och kunna ge råd till förändring. Det bör också vara samma regler för hela Sverige angående hur lång tid av forskning man får tillgodoräkna sig i specialistutbildningen. I denna fråga har BLF rekommenderat att högst 6 månader skall få räknas om målbeskrivningen i övrigt kunnat uppfyllas. Redan idag anser många ST-läkare att det är svårt att hinna få en bred utbildning under de 5 år man räknar som minimitid idag. Det är viktigt att olika pedagogiska metoder för optimal inläring görs tillgängliga och underlättar för ST-läkaren.

Det framgår också tydligt att handledarfunktionen behöver förbättras.Handledning behöver schemaläggas eller prioriteras högt. Det är annars stor risk för att klinisk verksamhet istället prioriteras. I den nya målbeskrivningen kommer handledarens betydelse för utbildningens kvalitet att ytterligare betonas. Det gäller både funktionen som mentor men också den kontrollerande delen angående kunskapsinhämtning. För att underlätta denna del kommer vi utbildningskommittén att arbeta med checklistor och ST-läkaren kommer att behöva ha en portfölj med dokumentation på sin kompetens.

Helt klart är att det är ett genomgående problem att skapa arbetstid för teoretiska studier i den kliniska tjänstgöringen. Som tidigare, förefaller det som om ansvaret för dessa studier ligger på ST-läkaren och dennes fritid. Det är önskvärt att också denna del av utbildningen kan förbättras.

Glädjande är att majoriteten är positiva till kunskapskontroll, även om det påtalats att förbättring bör göras också inom detta område. Det är många intressanta upp-

gifter som ligger i framtiden för utbildningskommittén att arbeta med.

JEANETTE MARTINELL, Barnkliniken, Göteborg
BLF-ansvarig i utbildningsfrågor

KOMMENTAR 2: Göran Oldaeus och Per Brandström

Extern utbildning

Basala kurser det första året under ST gör nog en del nytta vad gäller kunskapsinläring och struktur av ett område även om den kunskapen lika bra kan inhämtas på hemmakliniken. Däremot är dessa kurser en viktig del i socialiseringen till barnläkarrollen, man får tidigt träffa kolleger från andra kliniker och utveckla sin barnläkaridentitet.

När ST-läkaren söker kurser gör vi ingen större skillnad på om det är SK-kurser eller om de ges i annan regi, så länge innehållet är relevant för ST-läkarens behov.

Svårigheten att komma med på SK-kurser är dock ett problem. Det leder till att många söker alla tillgängliga kurser och väljer att åka på den kurs de lyckats bli antagna till, inte den de behöver.

Barnläkardagarna ser ju ut att bli ett tillfälle också för ST-läkare att inhämta värdefull kunskap, det bör därför ingå som en självklar del i deras utbildning.

Internutbildning

Det kliniska arbetet på avdelningar och mottagningar med ett ökande eget ansvar för planering av utredning och behandling och under god handledning är de absolut viktigaste momenten för en effektiv inläring och ett gott lärande klimat. Nu finns det bland ST-läkarna också ett uttalat önskemål om regelbunden schemalagd tid en gång per vecka för intensifierad och strukturerad undervisning och det pågår ständigt försök att hitta tider som kan prioriteras. Det har dock med tiden visat sig mycket svårt att få detta att fungera i en jourtung specialitet. Dagens verklighet - många ST-läkare jobbar deltid, regelbundet jourkomputtag, randutbildning som sker på andra kli-

niker och ofta på annan ort, vård av sjuka barn – kräver ett ständigt kompromissande mellan olika behov och önskemål. Då har en bättre kontinuitet på olika kliniska placeringar värderats högre ur inlärningssynpunkt än utbildningsträffar som splittrar arbetsdagen och därmed kontinuiteten i det kliniska arbetet.

Andra tillfällen till internutbildning är de gemensamma utbildningsmötena på kliniken varje vecka där underläkarna har en viktig och lärande uppgift med att förbereda fallpresentationer.

Vi har inom neonatologin ett utbildningsprogram med simulerade patientfall (asfyxi) och efterföljande teoretisk genomgång, en lokal anpassning av CEPS-utbildningen som ges på Sachsska barnsjukhuset. Alla ST-läkarna har där fått träna akut återupplivning i en realistisk och teambaserad träningssituation.

Balintgrupper för klinikkens ST-läkare har tidigare rönt stor uppskattning och en ny sådan är planerad att starta upp till hösten.

Inom sjukvårdsområdet anordnas också utbildning inom ledning, ekonomi, kvalitetsarbete och administration (ST-LEKA), en fortsättning på AT-LEKA, som hålls gemensamt för alla ST-läkare oberoende av specialitet.

GÖRAN OLDAEUS, Verksamhetschef, Barnkliniken, Jönköping
PER BRANDSTRÖM, Studierektor, Barnkliniken, Jönköping

KOMMENTAR 3: Bo Orlenius och Lars Stenhammar

Vi har av chefredaktören ombetts kort kommentera resultatet av *Barnläkarens* enkät till landets ST-läkare i pediatrik avseende läkarnas tid för fortbildning och teoretisk inläsning.

Till att börja med är det glädjande att konstatera att så många som 89% av ST-läkarna är nöjda med klinikernas interna fortbildning. Med hänsyn till den ansträngda arbetssituation som råder vid landets barn- och ungdomskliniker är det ett gott betyg på verksamhetschefer och utbildningsansvariga vid klinikerna att man lyckas hålla utbildningsfanan högt!

Vad gäller ST-läkarnas bedömning av den externa fortbildningen framgår det inte klart om man i statistiken räknar in genomgångna SK-kurser. Om så inte är fallet har 56% uppgivit att de fått fler än 5 dagars externutbildning under det senaste året. Detta får väl anses vara acceptabelt, även om ambitionen bör vara 10 dagar per år.

Enkäten visat tydligt att ST-läkarna inte är nöjda med sin möjlighet att inom arbetstiden hinna med att läsa in pediatrikens teori. Här behöver uppenbarligen kliniker förbättra sina rutiner, så att ST-läkarna kan erbjudas avsatt arbetstid för teoretiska studier. Sannolikt måste varje klinik skapa sin egen modell för att lösa problemet. För att om möjligt få enhetlighet och rättvisa i systemet vore det önskvärt med någon form av centralt utarbetad rekommendation gällande den praktiska utformningen av ST-läkarnas fortbildning.

BO ORLENIUS, Verksamhetschef, Barnkliniken, Norrköping
LARS STENHAMMAR, Utbildningsansvarig, Barnkliniken, Norrköping

KOMMENTAR 4: Malin Rinder

Jag tycker att vi behöver förnya diskussionen om utbildning inom BLU. Vi fastnar lätt i att ”gapa” efter mer och mer kurser, men jag tror att vi behöver fundera över det allmänna lärandeklimatet vid våra kliniker.

Att gå SK-kurs är oerhört stimulerande – men är det optimalt för lärandet? Kurserna håller ofta hög kvalitet men varje kurs kommer ett fåtal ST-läkare till del. Idag tycks det vara så att slumpen avgör vilka SK-kurser man kommer med på, beroende på vilka kurser som går när man börjar bli färdig. Det känns inte som ett bra sätt att tillgodose basutbildningen för kommande generation av pediatriker. Min egen uppfattning är att SK-kurserna är viktigast för att knyta kontakter på andra sjukhus och få perspektiv på sin egen vardag.

Min egen vision om ST-utbildningen

1) Lokalt: Alla kliniker skall arbeta för att skapa ett klimat för lärande i vardagen. Det kan vara sit-in-mottagningar,

ST-läkaren och fortbildning, forts.

morgonmöten eller avdelningsrund någon gång/vecka för fördjupad klinisk diskussion och utbildning, klinikseminarier och falldragningar eller träffar för ST-läkare, där man jobbar med SK-skrivningsfrågor eller drar fall för varandra. Ett öppet tillåtande klimat där man frågar varandra mycket är nog den bästa bas man kan få!

2) Regionalt: Jag tror också man skulle vinna på att satsa mer på regionundervisning för de små sjukhusen, dvs den kunskap som finns på storsjukhusen men som kanske saknas på det mindre sjukhuset kan förmedlas. Det fungerar bra i Stockholm men sämre i andra delar av landet - sannolikt en organisationsfråga.

3) Nationellt: "Skippa" de specialiserade SK-kurserna och istället kunde man bygga upp steg 1- till 5-kurser, som skulle vara mer breda och allmänorienterande. Steg 1, 2 och 3 kunde vara de basala kurserna i pediatrik innehållande allergologi, basal gastroenterologi, allmän pediatrik, barnets tillväxt och utveckling samt basal neonatologi och akut pediatrik. Lämpligen går man dessa kurser under de två första åren. Steg 4 och 5 skulle kunna täcka neurologi, endokrinologi, kardiologi, nefrologi, hematologi/onkologi och neonatologi och passeras år 4-5. Kurserna skulle kunna vara rätt allmänorienterande och med hänvisningar till var man kan lära sig mer.

Steg 1- till 5- kurser skulle löpa med regelbundenhet, vilket skulle göra organisationen och fördelningen lättare. De mindre sjukhusen skulle kunna stå för de basala kurserna och de stora regionala sjukhusen för de senare.

Barnveckan skulle kunna bli vår centrala mötesplats, en basal och återkommande del av vår ST-utbildning, där alla barnläkare kan ses och uppdateras på nyheter. Ett utmärkt tillfälle att träffa såväl yngre som äldre kollegor.

Hur får vi då en fördjupning och spets? Jo, jag tror att det är bättre att fördjupa sig när man vet vad man vill jobba vidare inom. Då kan det vara på sin plats med mer fördjupande kurser eller att man följer med på de olika områdenas sektionsmöten och kongresser för att verkligen få del av aktuell forskning och utveckling.

MALIN RINDER, ST-läkare, Barnkliniken, Sachsska sjukhuset

KOMMENTAR 5: Jonas F. Ludvigsson

Jag vill ta tillfället i akt att kommentera specialistskrivningen. Marie Wedin som i nästa nummer kommenterar verksamhetschefernas enkätsvar står inte bakom specialistskrivningen. Det gör däremot BLF centralt. Denna diskrepans är intressant. Inte heller i barnläkarkåren råder konsensus. Medan många färdiga specialister och verksamhetschefer strävar efter att göra specialistskrivningen obligatorisk menar BLU (indirekt de som förväntas göra skrivningen) att skrivningen även fortsättningsvis ska vara frivillig.

Men hur bra är en skrivning (för all del kombinerad med muntligt förhör) för att värdera en ST-läkares kompetens (Wass 2001)? Wass et al menar att en examination måste designas för att värdera klinisk kompetens och inte mäta rena faktakunskaper.

Ett problem med den skriftliga examinationen är att den mäter något vid ett punkttillfälle. Alla vet att man kan "råplugga" inför en examination men sedan ha glömt det mesta inom en månad. Dessutom kan alla ha en dålig dag. Hur kan vi försäkra oss om att den värdering vi gör av ST-läkarens kompetens speglar hans/hennes genomsnittliga kompetens? På engelska talar man om "inter-case reliability", den utsträckning en god bedömning av en patient åtföljs av en god bedömning även av nästa patient. Här brister främst den muntliga examinationen, medan ett bra resultat på en multiple-choice-skrivning ofta följs av ytterligare ett bra resultat på en annan multiple-choice-skrivning. Essäfrågor och patientfall ligger någonstans mitt emellan dessa ytterligheter. Frågan är alltså i vilken utsträckning en skriftlig examination kan spegla ett longitudinellt förlopp (ST-utbildningen).

Vad mäter en specialistskrivning?

Miller introducerade 1990 den så kallade kompetenspyramiden. Miller delar upp kompetens i fyra nivåer: 1) vad man verkligen gör (Does); 2) vad man gör i en testsituation (Shows how); 3) att veta vad man borde göra (Knows how); samt 4) ha kunskapen (Knows). För varje nivå finns det verktyg för att kontrollera en ST-läkares färdighet, men verktygen skiljer sig åt för varje nivå. Medan den muntliga examinationen kan tjäna till att under-

söka ST-läkarens faktakunskaper och ”vad man borde göra”, kan den skriftliga examinationen med patientfall undersöka på sin höjd undersöka vad man skulle göra i en testsituation. Miller och Wass menar bägge att standardiserade testpatienter, videoinspelningar och loggböcker är vägen att gå. På många håll används också just videoinspelningar och ”standardiserade testpatienter” inom pediatrik vidareutbildning. De sista åren har de så kallade CEPS-utbildningarna (omhändertagande av svårt sjuka nyfödda) formligen exploderat. I Örebro genomgår nu alla barnläkare en dags CEPS-utbildning och de flesta har varit mycket positiva till utbildningen.

Examinationsformen styr lärandet. Form och innehåll i examinationen måste därför planeras för att stimulera till rätt typ av lärande, en process som kallas för ”bluteprinting”. Medan rå kunskap i viss mån kan mätas

med ett skriftligt test är det svårare att värdera ST-läkarens attityder och skicklighet i att ta hand om en patient, möta en familj i kris eller samarbeta med andra personalgrupper på kliniken.

Kan videoinspelning av standardiserade patienter med efterföljande diskussion och videogranskning vara ett alternativ till en skriftlig specialistexamination?

Referenser

Wass V, van der Vleuten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet* 2001;357: 945–9

GE Miller, The assessment of clinical skills/competence/performance, *Acad Med* 65 (1990), pp. 563–567.

JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro

I Örebro tränar barnläkare, barnmorskor, barnsjuksköterskor, gynekologer och narkosläkare gemensamt återupplivning av nyfödda. Dessa så kallade CEPS-kurser har varit mycket uppskattade, och även barnläkare som inte till vardags går på nyföddhetsavdelningen deltar i utbildningsprogrammet.



Intervjuer

Intervju med Sofia Sergel, numera Barnläkare på Huddinge, vid tiden för ST-undersökningen ST-läkare i Linköping. Svaren rör hennes tid som ST-läkare i Linköping.

Hur organiserar din klinik den interna fortbildningen?

a) för alla läkare. b) för ST-läkare?

Vi har falldragningar med tre, på kliniken aktuella. fall om 15 min vardera varje onsdag kl 14. Det förväntas att alla läkare i tjänst är där (inklusive jouren om det är möjligt). Det varierar mycket vilka diagnoser som diskuteras men eftersom många olika subspecialister deltar blir det ofta mycket bra diskussioner! Dessutom fortsätter ofta diskussionerna till fiket efteråt.

2–3 ggr per månad har vi därefter fördjupning i något ämne under ca en timme, ofta med en inbjuden gäst från annan klinik eller sjukhus. Vissa av dessa fördjupningar försöker vi hålla mer inriktade mot forskning.

Har du själv fått bidra till den interna utbildningen?

Så fort man har ett spännande eller lite udda fall får man dra det, så framförallt då man har dagjournveckor blir det täta falldragningar. Ibland har jag kunnat dra nyheter från någon utbildning jag varit på men fördjupningsföreläsningarna är oftare externa gäster. Vad gäller ST-läkare har det nog i så fall varit vanligare att någon från t. ex. BUP eller Infektion som har ST och randar sig hos oss har föreläst för oss.

Vad är bra med er internutbildning?

Vad kan bli bättre?

Att den är på fast arbetstid (innan man behöver gå för att hämta på dagis om man jobbar deltid, vilket många av oss ST gör) och att den är högt prioriterad på kliniken. Det vill säga att alla försöker bidra med lärorika eller kluriga fall och att närvaron är hög. Jag tror att det har varit viktigt för oss att t. ex. verksamhetschef och professor deltagit aktivt. Det faktum att alla frågor och reflektioner är tillåtna är också väsentligt, alla får komma till tals oavsett om man är kandidat eller överläkare med spets-

kompetens. Kontinuiteten är också väldigt viktig – det är inte mycket som kan rubba onsdagsutbildningen.

Närvaron kan alltid öka och man kan höja ambitionerna med hur ofta man har fördjupningar, men där prövar vi oss fram termin för termin.

Har du schemalagd tid för teoretisk inläsning?

Nej, dessvärre inte. Jag tror att jag skulle läst mycket mer om jag hade haft det.

Hur får du tid över för teoretisk inläsning?

Det får jag sällan, men jag tar den när jag kan. Det blir tyvärr oftast av min fritid och sällan under arbetstid. men ibland är det ju lugnare perioder på jobbet och man hinner med lite läsning.

Intervju med Pontus Johansson, ST-läkare i Halmstad.

Nästan hälften av de som besvarat enkäten anger att de fått högst fem dagars externutbildning sista året. Är detta ett problem?

Inte för mig. På vår klinik fungerar det väldigt bra. Ledningen har en mycket positiv inställning till utbildning, såväl extern som intern.

Hur gör du för att själv komma iväg på extern utbildning?

Jag hittar eller blir rekommenderad en kurs och skriver en motivering varför just denna utbildning gagnar mig och kliniken. Oftast tycker handledare och chef att det är motiverat, någon enstaka gång ses ingen uppenbar vinst i utbildningen och man får nej.

Har du gått någon riktigt bra kurs / utbildning?

Många: APLS med fortsatt instruktörsutbildning. SK-kurser: perinatalmedicin i Uppsala, Kardiologi i Lund, Allergologi i Sthlm, 3rd Nordic CME i neonatologi, Oslo (mer ett möte än kurs), Respiratory support options for neonates (ESN course, Sthlm.).

Hur länge hade du tjänstgjort på barnkliniken när du kom med på din första "SK-kurs"?

C:a 1½ år, tror jag.

Får man traktamente på er klinik när man åker på kurs?

Jag har aldrig frågat då det inte känts aktuellt i det sympatiska utbildningsklimat vi har.

Intervju med Sara Björck, ST-läkare, Barn- och Ungdomscentrum, Malmö

Hur organiserar din klinik den interna fortbildningen? a) för alla läkare. b) för ST-läkare?

a) **Intern fortbildning** sker drygt 1 h varannan vecka (plus lika mycket separat ST-utbildning). En person ansvarar för programmet under terminen. Vanligen inbjuds externa föreläsare från angränsande verksamheter.

b) **För närvarande** är ST-studierektorn huvudansvarig för planeringen av ST-utbildningen: varje tillfälle tilldelas en ST-läkare som själv bestämmer former (case, artikelgranskning etc.) och tema för utbildningen, gärna i samarbete med en specialist beroende på ämne.

Har du själv fått bidra till den interna utbildningen?

Intern fortbildning för alla läkare följs av 0,5 h s.k. stor rond från någon av klinikens avdelningar/mottagningar. Detta sker ofta i form av fallpresentationer där jag som ST-läkare har fått bidra. Som anges ovan har jag ca 1 gr per termin varit ansvarig för ett ST-utbildningstillfälle.

Vad är bra med er internutbildning? Vad kan bli bättre?

Fördelarna med utbildningen är att den är varierad och syftar till att ge användbara kunskaper även utanför den egna specialiteten. Oftast är det "högt i tak" med stora möjligheter till att ställa frågor och kommentera

innehållet. Strävan hos de flesta kollegor är att man skall ha möjlighet att delta trots hög arbetsbelastning. Senaste tiden har det varit svårt att få någon att ansvara för programmet, sannolikt pga. av hög arbetsbelastning samt att det tyvärr inte betraktas som en merit, en faktor som arbetsgivaren skulle kunna förändra.

Har du schemalagd tid för teoretisk inläsning?

Ingen av läkarna på kliniken har avsatt tid för teoretisk inläsning. Allmänna inställningen är att detta skall ske när möjlighet ges, t. ex. sommartid då arbetsbelastningen är klart lägre. Tidigare har ST-läkarna haft skrivningar om tid för inläsning i sina kontrakt, något arbetsgivaren just nu inte tillåter. Traditionen för att i schemat har avsatt tid för annat än direkt patientarbete finns ej på min klinik, vi har inte ens avsatt tid för signering av provsvar, planering av utredningar etc. Detta har den yngre läkargruppen ibland haft synpunkter på men motståndet mot detta betraktar jag som massivt inom den äldre läkargruppen. Orsaken är för mig något oklar och jag emotser gärna en debatt kring detta!

Hur får du tid över för teoretisk inläsning?

Tid för teoretisk inläsning finns framförallt sommartid. När beläggningen är låg på avdelningarna finns alla möjligheter för oss underläkare att istället fördjupa oss i böckerna minst en halv dag per vecka. Förutsättningen är dock att det finns en allmän acceptans för detta i hela läkargruppen så att möjligheten inte varierar beroende på vem man samarbetar med. De gånger man har haft s.k. mottagningsveckor har också möjlighet för inläsning funnits. Risken är dock att denna tid förbrukas av administration enl. punkt 4. Viktigt är således acceptans och attityden till teoretisk inläsning på arbetstid!

Fotnot:

Intervjufrågor av Jonas F. Ludvigsson, Örebro

Ny målbeskrivning för specialistutbildningen

I och med att remissen angående ny indelning av medicinska specialiteter godkändes av regeringen i december 2005, bestämdes också att alla målbeskrivningar för specialistutbildningar skulle skrivas om enligt en gemensam modell. Den nya specialistindelningen skall börja gälla fr o m den 1 juli 2006 med en övergångsperiod om 5 år. Det inrättades ett rådgivande organ – det Nationella Rådet – för specialisttjänstgöringen, som är utsedd av regeringen. I Nationella Rådet finns representanter för Sveriges Läkaresällskap, Sveriges Läkarförbund, Sveriges kommuner och landsting, Sveriges Yngre Läkares Förening, Universitetet, m fl. Det Nationella Rådet har ett övergripande ansvar för målbeskrivningarna och som sakkunnig i utbildningsfrågor är Bernhard Grewin tillsatt. I den nya modellen för målbeskrivning finns angivet att varje specialitet skall beskriva sitt kompetensområde övergripande. Därefter har varje specialitet möjlighet att för medicinsk kompetens använda 12 delmål som kortfattat skall beskriva *vad* som skall läras, *hur* kompetensen skall inhämtas och *hur man ska mäta* kvaliteten och som inhämtandet av ny kompetens. Till detta kommer 3 separata ämnen som skall gälla för samtliga specialiteter och som är följande: Ledarskap och organisation, kommunikation och medicinsk vetenskap, och kvalitetsarbete. I dessa områden kan också max 3 delmål uttryckas på liknande sätt som för den medicinska kompetensen. Den nya modellen finns beskriven på Socialstyrelsens hemsida med exempel från kirurgi och allmänmedicin som tillsammans med internmedicin, psykiatri och klinisk kemi var med och arbetade fram modellen. (www.sos.se)

Då vi i BLF's utbildningskommitté fick i uppgift att skriva om vår målbeskrivning ser vi det som synnerligen angeläget att alla barnläkare inkluderande de som är under utbildning känner sig inbjudna att delta i processen med att utforma en ny målbeskrivning. Det är viktigt att hänsyn tas till ramen för utformningen som är bestämd. Den övergripande delen ska vara kortfattad och så även den allmänna beskrivningen under delmål på medicinsk kompetens. Det man då kan arbeta vidare med är bilagor eller checklistor där mer detaljerad information kan ges. Det skall bli lättare att kunna revidera checklistor medan

den allmänna texten skall vara så utformad att den skall vara giltig under en längre period.

Helt klart ser vi här betydelsen av att kunna få med de kompetensområden som vi anser vara av stor betydelse för dagens och framtidens barnläkare. I vår tidning *Barnläkaren* har trevliga artiklar presenterats i detta ämne som väl beskriver några aspekter på kompetensbredd i en barnläkares utbildningsbehov. Det som också poängteras är att det är svårt att få plats med allt inom en utbildning om ca 5 år. Det är här angeläget att påpeka att vissa utbildningsmoment bör påbörjas under specialistutbildningen, men att ST-läkaren måste ta ett ansvar för sin utbildning i ett livslångt lärande (CPD – continuous professional development).

Vi har haft ett första möte för att påbörja arbetet med målbeskrivningen, och har till utbildningskommittén adjungerat professor Karin Fälth Magnusson i Linköping och Michael Bergström, projektansvarig för SKL. Vi har arbetat fram en tidsplan, där vi i augusti presenterar förslaget för BLF:s styrelse och sedan går ut till sektioner och medlemmar genom att ha en portal på BLF:s hemsida. Detta för att ha en så bra och kreativ dialog som möjligt. Vi planerar att samarbeta med ansvariga för grundutbildningen för att bygga vidare på de nya pedagogiska framsteg man där infört; allt för att specialistutbildningen skall kunna bli så optimalt utformad som är önskvärt.

Vi i utbildningskommittén vill alltså gärna ha in synpunkter från er angående det arbete vi lägger ut på portalen. Genom ett interaktivt arbete hoppas vi kunna utforma en målbeskrivning, som skall ge en bra utbildning till framtidens barnläkare med alla de hänsyn som måste tas till de snabba förändringar som sker både inom medicinsk vetenskap, som i samhället i stort.

JEANETTE MARTINELLI, Barnläkare, Göteborg
BLF-Ansvarig för utbildningsfrågor

En gammal dröm

Liljenbergs barn och ungdomsmottagning är en offentlig mottagning med privat drift. Mottagningen startade 1995 efter den korta fria etableringen 1994. Efter 2 år i ett läkarhus har vi (jag och hustrun) en egen mottagning med nationell taxa i botten och vårdavtal med landstinget sedan år 2000.

När jag var barn och blev sjuk kom staden doktor hem. Vänlig och förstående blev han ”min läkare” och dessutom min idol. Väl läkare i den moderna sjukvården var denna vårdtyp närmast glömd. Nu gällde effektivitet och teknik i stora fyrkantiga kolosser. Många läkare, speciellt kunnande var vår ledstjärna tyvärr styrda av ett segt roder.

Efter 20 intressanta år inom slutenvård på Barnklin i Växjö med subspecialitet i barnkardiologi med tjänstgöring i både Lund och Stockholm ville jag göra något annat. Det politiska utspel som kortvarigt gav fri etablering kom helt oväntat. Att arbeta i egen regi att bli ”privatläkare” väckte ej någon uppenbar entusiasm hos mina kollegor på sjukhuset. Detta var en främmande värld som egentligen inte fanns.

Min vardag är numera en ljuvlig blandning av all vanlig pediatrik kombinerad med mera komplexa fall. Liksom hos andra öppenvårdsmottagningar ser vi ofta astma, allergi och eksem. Tillsammans med akuta infektioner, psykosomatik (mage/huvudvärk) och mera ovanliga diagnoser som till exempel endokrina sjukdomar, tillväxtrubbningar, ledbesvär och hjärtfel blir vårdpanoramat brett. Ultraljud av hjärtat gör jag på fys. avd på lasarettet med separat avtal. I öppen vård kan man ju numera göra det mesta.

Vår mottagning bemannas av 1 läkare och 1 sköterska och till vår hjälp har vi deltidsanställd sekr (4-5 tim/v). Mottagningen är inrymd i stor gammalsekelskiftes lägenhet, där stämningen är hemlik, lugn och avslappad. Inga vita rockor här inte. Hustru Margareta och jag interagerar så att onödiga väntan elimineras. Granne med stadens sjukhus gör att all behövlig service går att få. Den enda skillnaden jämfört med att arbeta på sjukhus är att allt går så mycket smidigare. Fördelen att arbeta i egen regi är att man nästan alltid är tillgänglig, kontinuiteten är 100%-ig och den kontakt man får med barnen och deras familjer gör att man blir ”barnens egen doktor”.



Jag tror att möjligheten med snabb kontakt per telefon på mott när ens barn blir sjukt uppskattas mest av allt hos våra konsumenter. Arbetstempot är högt men kompenseras av det positiva gensvar man möter.

Vår årsproduktion ligger på ca 2700 besök varav 25% akuta fall. Vi gör ca 200 pricktester och 100 spirometrier. Inhalerar ca 100 akuta fall med astma/krupp. Dessutom gör jag ca 100 ultraljud på fyslab. Jag sköter fortsatt en del komplexa hjärtfel som snart blir GUCH-fall. Mottagningen har öppen telefon hela dagen och vi kan nås på mobil på helgerna. Inget remisstvång finns utan man beställer tid själv. Mottagningen är öppen 4 dagar (mån-tors)/vecka. Vår mottagning är helt datoriserad med MEDIDOC sedan 1995. Systemet fungerar utmärkt i alla avseende och möjliggör bra uppföljning och statistik av verksamheten. Vi kvalitetsäkrar genom KVALPRAK.

Slutligen vill jag återigen säga att jag kommit rätt och att vi lite äldre barnläkare med bred erfarenhet med fördel kan bedriva en egen mottagning som är lika spännande och givande varje dag.

ULF LILJENBERG, barnläkare/barnkardiolog /sekr PBLF
liljenberg.barnmott@telia.com

Större frihet men också större osäkerhet

Arbetet som privatläkare har många för och en del nackdelar. Fördelen är att man kan följa en patient över tiden vilket gör att man hela tiden lär sig utveckla nya sinnen och tvingas tänka i nya banor hela tiden. Vi har en kontinuitet. Som specialist kan man också göra mycket med patienten i öppen vård. Det fanns ju en gång en levande diskussion om "distriktsbarnläkare" inom barnläkarkåren. Vi som "privata" kanske inte fyller kraven på utredningar av ADHD och har inte tillgång till basteam etc, men vi kan en hel del annat.

Att arbeta privat ger också en större frihet från allehanda mer eller mindre välgrundade politiska/administrativa beslut som fattas. Dessutom slipper vi diskussioner om organisation och administration och ständiga omorganisationer. Vi kan också välja vilka vi vill arbeta tillsammans med, något som gör att vi inte hela tiden behöver söka nya arbeten utan stannar kvar över tid. Själv har jag arbetat i detta "tunganbetade" område i snart 12 år. Men jag trivs med mina patienter. Eftersom personkontinuiteten är 100 % så lär jag känna mina patienter och deras föräldrar väl. Det gör att man t ex kan följa tonåringarna med astma som annars brukar falla ur kontrollsystemet.

Nackdelarna är väl en politisk osäkerhet om vi får finnas kvar. Mer än hälften av privatläkarna går i pension inom några år, och de flesta landsting har en mycket njuv inställning till att ersätta oss med nya praktiker till rimliga villkor. En del har till och med blivit av med sin "etableringsrätt" då de arbetat på vårdavtal, och har alltså ingen möjlighet att komma tillbaka som praktiker.

Vi kan tyvärr inte heller säga att något parti heller arbetar aktivt för läkares rätt att etablera sig privat. Privatläkarkåren minskar för varje år då kollegor går i pension och väldigt få nya kommer till och då bara med avtal som när som helst kan sägas upp. Politikerna tycks ha valt vägen att i stället förlita sig till bolag och där finns ingen personkontinuitet.

Det finns en inställning bland en del politiker att vi "plockar russinen ur kakan" och bara tar de "lätta" fallen. Tyvärr delas den inställningen av en del kollegor, och det underlättar inte för nya kollegor att så småningom kunna få arbeta privat. Vårdbolag som anställer oss privat är ju inget



större alternativ utan här finns goda exempel på rovdrift på kompetenta kollegor. Just nu har vi där jag arbetar, i södra Stockholm, stafett på flera vårdcentraler.

En del finner det också konstigt att vi hinner med så mycket och det är nog där ryktet om "russinen i kakan" kommer ifrån. Jag tror det beror på flera saker att vi faktiskt hinner göra det vi gör. För det första kan vi ägna oss åt patientarbetet hela tiden. Sedan känner vi våra patienter, det sparar tid. De flesta av oss har något eller flera intresseområden och övning ger färdighet.

Vi har ju också ett ansvar ekonomiskt mot våra anställda och oss själva som gör att vi kanske tänker mer entreprenörmässigt. Vi kan ju t ex inte luta oss mot en IT-avdelning utan får köpa den hjälpen själva. Kort sagt vi är tvingade att vara effektiva.

I vår grupp finns flera allergologer, minst ett par habiliterade osv. Var och en sysslar med det som ligger inom ens kompetensområde och vi har ett bra samarbete inom gruppen. När vi själva inte kan eller kommer i bryderier så kan vi konsultera varandra, eller kollegor på sjukhusen. I de flesta fall fungerar det utmärkt per telefon.

Min mottagning har alltså funnits sedan 1994 ligger i Bandhagen som är en förort till Stockholm. Förutom en stor allergiverksamhet med spirometrier, torrluftsprovokationer, ansträngningsprovokationer, pricktester och SIT samt annat som hör detta till så är besöken av allmänpediatrisk karaktär. Till min hjälp har jag en heltidsanställd sköterska, och jag skriver själv mina journaler.

Familjerna har sitt ursprung från ett 40-tal länder och ibland behövs det tolk, men i många fall är dessa så miserabelt dåliga att man får improvisera.

"Besvärliga" patienter/föräldrar är ett område som jag gillar att arbeta med. Fast inte för många nya åtgången för det tar tid och kraft. En del kallar detta för socialpediatrik.

Då man arbetar i ett "problemområde" så finns där förutom språksvårigheter också sociala problem både bland svenskfödda och i familjer från andra länder. En del kan få hjälp genom olika insatser i den vanliga sjukvården men i många fall krävs det något annat än ett team som arbetar utifrån ett "svenskt" kulturellt mönster. Jag har fått tillbaka remisser från "specialteam" med svaret att "det här är för svårt för oss" och vad gör man då? Då är det bara att gilla läget och se vad som går att göra. För det rör "mina" patienter och jag trivs när jag haft "ett hopplöst fall" där jag lyckats. Man får arbeta rätt "osvenskt" om man säger så. Det är svårt att kunna organisera ett sådant arbete på en vanlig BLM i landstinget.

Förutom vanliga "kontroller" får jag en hel del remisser, vilket jag tycker är kul. Det tvingar en att tänka till under utredning och när man ska svara remittenten.

Jag vill också att patienter med t ex astma ska kunna komma när de är dåliga (i stället för att åter få söka

VC/jourcentral där de gått i två år innan någon har reagerat över att det kunde vara astma de hade). Därför har jag akuttider på morgonen och då ringer föräldrarna samma morgon för tid. Under RS-tider och då björkarna blommar kan det vara svettigt och en del får skötas via telefonen. Men fördelen med att ha sina patienter nära är att de kan gå hem och vila mellan inhalationerna. Jag prioriterar de minsta barnen och de som har kroniska besvär eller handikapp.

Jag har haft ett stort antal kandidater från HS, och det är kul, men ger givetvis en del extraarbete, liksom då jag har AT eller ST-läkare på besök.

Vill ni se hur det är att arbeta som "privat" så är ni välkomna att höra av er via min mailadress martinlundberg52@hotmail.com. Om du arbetar privat men inte får mina mail så hör av dig till mig per mail!

MARTIN LUNDBERG, ordförande i privatbarnläkarföreningen



Ännu är det höst hos oss i Örebro men vintern närmar sig. Örebro Slott ligger bara en kort promenad från Universitetssjukhuset i Örebro. Slottet som brukade kallas för "Svartåns lås" var en gång i tiden säte för Engelbrekt. Det var också här som Jean Baptiste Bernadotte valdes till svensk tronföljare Karl (XIV) Johan 1810.

Text och Foto:

Jonas F. Ludvigsson, barnläkare, Örebro

Vilket förtroende åtnjuter svensk sjukvård?

Professor Lennart Weibull är tillsammans med professor Sören Holmberg, bägge vid SOM-institutet vid Göteborgs universitet, ansvarig för SOM-institutets årliga förtroendemätningar. Dessa baserar sig på intervjusvar från 3000 personer. med anledning av undersökningen hösten 2005 ställde vi ett par frågor till Lennart.

Har svenskarna förtroende för sjukvården och hur ser detta förtroende ut jämfört med för tio år sedan?

Det har skett en viss nedgång i förtroendet för sjukvården mellan 1995 och 2005 även om nivån är hög: 65 procent av befolkningen har 2005 mycket eller ganska stort förtroende för sjukvården; endast 12 procent har litet förtroende. Det är inte heller så att den går att tala om en långsiktig nedgång. Andelarna för i stort sett desamma 1991 som de är 2005 och de särskilt höga andelarna för sjukvården i mitten av 1990-talet var snarast en reaktion mot de nedskärningar som då var aktuella. Den som vill läsa mer kan göra det i boken *Du sköna nya värld* (red Sören Holmberg och Lennart Weibull) som utkom den 28 juni i år.

Har svenskarna förtroende för sina läkare?

Förtroendet för sjukvårdens personal har vi inte studerat under lika lång tid. De gånger vi gjort det, senast 2005 ligger förtroendet på samma nivå som för sjukvården.

Hur är svenskarnas förtroende överlag för den offentliga sektorn?

I de årliga SOM-undersökningarna ställer vi sedan 1986 en fråga om inställningen till offentlig sektor. Allmänhetens bedömningar varierar i hög grad med politiska vindar. År 2005 var andelen som stöder den offentliga sektorn 39 procent, andelen som anser att den kan minskas 30 procent. År 1990 var andelen som ville minska den offentliga sektorn närmare 60 procent - och stödet bara 20 procent. I mitten av 1990-talet hade offentlig sektor sitt högsta stöd med 50 procent. Detta gäller således offentlig sektor generellt och inte bara sjukvård. Docent Lennart Nilsson analyserar detta utförligt i boken *Du sköna nya värld* (se ovan).

Hur står sig förtroendet för offentlig sektor jämfört med förtroendet för den privata sektorn?

Vi har ställt en fråga om inställningen till privatisering av sjukvården. Den uppvisar över tid i stort sett samma mönster som inställningen till offentlig sektor. Frågan är starkt partipolitiskt präglad - bland m-sympatisörer är det en klar övervikt för privatisering, bland s-sympatisörer var det lika klar övervikt mot privatisering. Opinionsen är i stort sett delad, med en mindre översikt mot privatisering. Inställningen till att låta företag driva sjukhus med vinstintresse är opinionen något mer negativ men det är samma partipolitiska polarisering. Alla data, liksom förändringarna över tid, finns hos Lennart Nilssons kapitel i boken *Du sköna nya värld*.

Vad kan vi göra för att öka förtroendet för sjukvården?

Givetvis handlar det ytterst om kvalitet, men det skall betonas att de som är mer berörda av sjukvården oftare har ett något högre förtroende än dem som inte är det. Det tyder på att det också är en fråga om opinionsbildning.

Vad är karakteristiskt för de företags som åtnjuter högt respektive lågt förtroende i samhället?

Ofta finns det inslag av kommersiella intressen eller påverkan riktad mot mig som konsument eller medborgare. Exempelvis är förtroendet för reklamaktörer och PR-personer mycket lågt, liksom för kommersiell TV i jämförelse med Sveriges Television. Även företags som det finns mycket delade meningar om kommer naturligt nog ofta lågt.

Vad tror du om svenskars förtroende för barnsjukvården?

Vi har inte studerat detta specifikt. Min gissning är att barnsjukvård skulle falla ut på ungefär samma sätt som sjukvård i allmänhet.

SOM-institutets mätning visar att svenskarnas förtroende för forskare har minskat relativt kraftigt, varför?

Det finns säkert många orsaker. En kan vara vetenskapliga kontroverser som visar på skilda bedömningar mellan olika forskare, en annan och troligare är den uppmärksamhet för olika slag av forskningsfusk som uppdagats under senare år.

Avslutningsvis har det i barnläkarkåren diskuterats om vi barnläkare engagerar oss tillräckligt i den allmänna debatten. Tycker du personligen att läkare bör engagera sig mer i den svenska debatten?

Att vara synlig i debatten är nog alltid bra. I det moderna samhället är synlighet ofta viktig för att man skall kunna påverka sina intressen.

INTERVJU AV JONAS F. LUDVIGSSON, Barnkliniken, Örebro

Fotnot: Boken Du sköna nya värld kan beställas från SOM-institutet vid Göteborgs universitet (Kerstin. Gidsater@jmg.gu.se).



Stiftelsen Samariten

Stiftelsen Samariten meddelar härmed att det finns lediga medel att söka till forskningsprojekt och forskningsstipendier (i högst 3 mån) inom den medicinska barnvården.

Anslagen avser framför allt att stödja nyetablerade projekt *med hög klinisk relevans för pediatrik och som saknar stöd från stora anslagsgivare såsom MFR, Cancerfonden etc.* Stiftelsen välkomnar också ansökningar för anordnande av vetenskapliga symposier.

Ansökningshandlingarna skall vara Stiftelsen Samariten tillhanda **senast måndagen den 16 oktober 2006 kl 17.00.**

Upplysningar om ansökningsförfarande och blanketter på adress enl nedan eller via Internet www.stiftelsensamariten.se.

Stiftelsen Samariten
Sachsska barnsjukhuset
Södersjukhuset
118 83 STOCKHOLM

OBS! under kalendariet i tidningen Barnläkaren publiceras enbart kalendarietpunkter som registrerats på BLF:s hemsida. Registrera därför din kurs/fortbildning på BLF:s hemsida: www.blf.net

OKTOBER 2006

7-10/10 Barcelona/Spanien. Europaediatrics 2006.

10-11/10 Linköping (SoS), Kvalitetsregisterdagarna. Information lämnas av Socialstyrelsen.

16-20/10 Halmstad. Basal neonatologi – en kurs för blivande barnläkare.

NOVEMBER 2006

7/11 Stockholm. Barn gastrosektionens utbildningsdag på Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge: obstipation-mortilitet samt lever-pancreas
Kontakt: eva.beijer@karolinska.se

16-17/11 Stockholm. Barn och ungdomar med förvärvad hjärnskada. Processinriktad rehabilitering. Mer info på BLF:s hemsida.

19-22/11 ALB/Stockholm. Respiratory support options for neonates – from CPAP to ECMO.
Info: Jessica.Schiott@karolinska.se. Anmälan senast den 31/7 -06. Information!

23-25/11 Rom. First European Symposium on Pediatric Inflammatory Bowel Disease.

APRIL 2007

23-27/4 Linköping. Barnläkarveckan (v17).
Kontaktperson: Nina.Nelson@lio.se

MAJ 2007

5-8/5 Toronto. Pediatric Academic Societies' Annual Meeting, www.pas-meeting.org, info@pas-meeting.org

6-9/5 Trollarehögens kursgård, Båstad. Det professionella mötet med ungdomar i vår medicinska vardag.
Info: t.melin@swipnet.se

På www.blf.net kan du även läsa om fler kurser/kongresser från år 2007 och framåt.

BARNLÄKARVECKAN 2007

2007 års barnläkarvecka går av stapeln i Linköping vecka 17.

Kontaktansvariga: Nina.Nelson@lio.se och Karin.Falth.Magnusson@lio.se

Väl mött önskar redaktionen på tidningen Barnläkaren!

Jonas F. Ludvigsson har liksom flera av läkarna på barnkliniken i Örebro tillbringat tid i tredje världen. Här är ett par bilder från sjukvården i Ghana.



Det var trångt i barnsalen. De sjuka barnen hade alltid sällskap av mammor och syskon.

Överallt finner barn något att leka med.



Patienter och deras anhöriga visade alltid stor tacksamhet över den vård de erbjöds. Överhuvudtaget slogs av jag den stora livsglädje jag mötte hos många människor i Västafrika.

Malaria var mycket vanligt. Diagnostiken ställdes med sjukhusets enda mikroskop.



B



Taylor & Francis
Box 3255
103 65 STOCKHOLM



Vänta inte tills
problemet har
blivit större
än lösningen

**Symbicort® variabel dosering™ tar tidigt hand om
astmasymtomen och inflammationen.**

Ger 40% färre exacerbationer än Seretide® enligt SUND!*



Förhindra exacerbationer innan de uppstår.

Genom att behandla en variabel sjukdom som astma med en variabel dosering minskar risken för exacerbationer. Symbicort är den enda kombinationsbehandlingen som, med en och samma inhalator,** ger patienten möjlighet att anpassa medicineringen efter sjukdomens variationer.

Detta har i studier visat sig resultera i betydligt färre exacerbationer, jämfört med Seretide eller Symbicort i fast dosering.¹⁻⁵

* I primärvariabeln (WCAW) sågs ingen skillnad mellan behandlingarna.

** Vid anfallsakupering ska en snabbverkande luftrörsvidgare användas.

Indikation: För regelbunden behandling av bronkialastma. Symtomatisk behandling av patienter med svår KOL (FEV₁ <50% av förväntat normal) och tidigare upprepade exacerbationer och som har signifikanta symtom trots regelbunden behandling med långverkande bronkdilaterare. Symbicort innehåller inhalationssteroiden budesonid (160µg) och beta₂-agonisten formoterol (4,5µg), den långverkande bronkdilateraren som ger effekt inom tre minuter.⁶ För vidare information se www.fass.se. **Referenser:** 1. Aalbers et al, Current Medical Research and Opinion, 2004; 20:225-240. 2. Ställberg et al, International Journal of Clinical Practice, 2003;57:656-661. 3. FitzGerald et al, Canadian Respiratory Journal, 2003; 10:427-434. 4. Kardos et al, Pneumologie 2001;55(5):253-257. 5. Leuppi et al, Swiss Medical Weekly 2003;133:302-309. 6. Palmqvist et al. Pulmonary Pharmacology & Therapeutics (2001) 14:29-34.



SYMBICORT®
budesonide/formoterol

Rätt dos vid rätt tillfälle