

het om vem som är PAL. Eftersom PAL funnits så länge och inte fungerat, tyckte hon att begreppet kan tas bort.

Hon avslöjade att begreppet »vårdlots« eliminerats ur betänkandet, där det i stället väntas stå att verksamhetschefen är skyldig att se till att en fast vårdkontakt utses – denna kan vara läkare, men behöver inte vara det.

Flertalet av de som yttrade sig motsatte sig emellertid att läkaren lämnar ifrån sig ansvar. Och Tomas Schultze från Värmlands läkarförening, som själv drabbades av cancer i våras, vittnade om vilket bra stöd han fått av sin PAL:

– Jag har kunnat återvända till honom mellan olika undersökningar och behandlingar, och vetat att han har koll på hela läget. I den situationen vill jag diskutera med en läkare, inte med en sjuksköterska eller en militär.

Till slut formulerade Sjukhusläkarföreningen och Sylf ett nytt yrkande, där de tog bort begreppet PAL men behöll andemeningen: att Läkarförbundet ska verka för att alla patienter ska ha lagstadgad rätt till en fast ansvarig läkare. Den formuleringen kunde även CS bifalla, och den antogs av fullmäktige.

MA

läkare

borgs läkarförening, efterlyste fackligt stöd för små aktörer, och stod bakom den formulering som förbundet nu ska jobba efter.

I en annan motion krävde Stockholms läkarförening att Läkarförbundet tillsammans med lokalföreningar brett belyser hur den fackliga verksamheten kan organiseras inom små och medelstora privata vårdföretag.

Den klubbades utan större diskussion.

KB

Ge läkare inflytande över listade patienter

En enskild mottagning ska bära sig ekonomiskt vid 1 500 listade per heltidsanställd distriktsläkare.

Snabba patientbesök har varit modellen i Stockholms vårdval, vilket fått konsekvenser för distriktsläkarnas arbetsmiljö. Stockholms läkarförening har därför till årets fullmäktigemöte motionerat om att Läkarförbundet normerar besöksfrekvens i primärvården, sätter en maxgräns för antal listade patienter samt arbetar för att läkaren ges inflytande över listans storlek och antal besök.

– Ska politiker och ekonomer sätta gränserna för vad som är en bra nivå för läkare och patienter? Det måste vara vi läkare som sätter en nivå för vad som är bra för patienterna, sa Anders Nilsson, Distriktsläkarföreningen.

Så långt som till att fastställa mallar för normerat antal patientbesök per år och läkare (2 000 besök per år vid en genomsnittlig belastning var den nivå Stockholms läkarförening anförde) ville fullmäktige inte gå, utan inväntar den pågående vårdvalsutredningen (se LT nr 48–49).

Riksdagen har tidigare i princip i praktiken anslutit sig till ett mål om 1 500 invånare per distriktsläkare (omformulerat till 6 000 allmänläkare i landet), vilket förvisso inte kommer att nås under

året. Fullmäktige kunde enas kring att en mottagning ska bära sig ekonomiskt vid 1 500 listade per heltidsanställd distriktsläkare. Fullmäktige gav också sanktion för att Läkarförbundet ska arbeta för att läkare i vårdvalet får inflytande över sina listade patienter, över listans storlek och antalet besök.

Stockholms läkarförenings motion om distriktsläkarnas arbetsmiljö diskuterades livligt både i utskott och i plenum. CS konstaterade dock att när det gäller yrkanden på att göra internationella utblickar så finns för närvarande inte resurser för detta. Vad man dock redan vet är att den svenska primärvårdens andel av den totala kostnaden för sjukvården är låg i ett internationellt perspektiv. Även antalet allmänläkare per invånare är lågt i jämförelse med andra länder.

Villkoren för läkare inom primärvården varierar dock stort även inom Sverige.

– Jag är lite ledsen på motionen eftersom den fokuserar på experimentet i Stockholm. I Norrbotten har vi 30–40 procent vakanser. Om vi anklagar landstinget för att räkna pinnar, så ska vi inte själva göra det, för då hamnar vi på pottkanten, sa Robert Svartholm, Norrbottens läkarförening och observatör från Svensk förening för allmänmedicin. MN

Beslut i korthet om vårdval och driftsformer

■ Läkarförbundet ska verka för att vårdvalsmodeller och upphandlingar utformas så att små företag kan konkurrera på lika villkor.

■ Läkarförbundet ska verka för att det finns ersättningsystem som knyts till en enskild läkare, det vill säga till en fysisk person.

■ Läkarförbundet ska arbeta för att motivera läkare att aktivt delta i upphandlingsprocesser, och ta upp diskussion med arbetsgivarparter om hur kravet på lagstadgad utbildning ska uppfyllas.

■ Läkarförbundet ska undersöka vilka regelverk som krävs för att offentligt anställda läkare, parallellt med sitt ordinarie arbete, ska kunna arbeta i privat verksamhet, även inom den offentliga sjukvårdens lokaler.

■ Läkarförbundet ska verka för att uppdraget (listan) i primärvårdens vårdvalssystem knyts till enskild läkare oavsett driftsform.

■ Läkarförbundet ska verka för utvärdering av patientsäkerhetsperspektivet vid nya och blandade driftsformer inom vården.

■ CS får i uppdrag att aktualisera förbundets ståndpunkt att skilja finansiering/beställare från rollen som vårdproducent. Styrelsen ges också i uppdrag att göra en snar översyn av förbundets sjukvårdspolitik.



SAGT OCH HÖRT PÅ FULLMÄKTIGE ...

»CS svar till motion 50 är som en kortversion av Moment 22.«

Bengt von Zur-Mühlen, Upplands allmänna läkarförening, yrkar, trots juridiska invändningar från CS, bifall på motionen om statlig tillsyn över sakkunniga läkare.

»Jag har läst Bibeln noga, och jag vill påpeka att fikonlövet var väldigt viktigt för Adam och Eva när det begav sig.«

Ulla Feuk, Ö Skånes läkarförening, bemöter Thomas Flodins avfärdande av PAL som ett fikonlöve.

»Vi trodde ni skulle falla ner på knä och jubla över denna tämligen modesta motion.«

Gunnar Berglund, Sthlms läkarförening, som vill att förbundet antar en ekonomiskt försvarbar normering av antalet listade patienter och antalet besök i primärvården.