

lorarna i sammanhanget. Trots ungefärligen samma antal listade personer (11 900) 2007 och 2008 minskade intäkterna med 31,8 procent eller drygt 11 miljoner kronor mellan 2007 och 2008. Personalstyrkan måste därför nästan halveras från 36 anställda år 2007 till 19 år 2008 [4]. Det är inte svårt att föreställa sig hur arbetsmiljö, medicinsk kvalitet och patientsäkerhet kan påverkas negativt av sådana helt oacceptabla arbetsförhållanden.

Det är anmärkningsvärt att ansvariga sjukvårdspolitiker i Stockholms läns landsting inte reagerat på detta faktum. Dessutom borde politikerna ha ingripit redan när resultaten av konsultfirman Ernst & Youngs rapport, rörande en jämförande studie mellan fem husläkarmottagningar i höginkomstområden och fem i låginkomstområden, presenterades sommaren 2008. Rapporten visade bland annat på en hög arbetsbörda och på sikt risker för den medicinska kvaliteten i låginkomstområdenas fem mottagningar [6].

Jag vill också ta fram ett annat konkret exempel på hur Vårdval Stockholm styr.

I början av januari 2010 fann jag i min brevlåda i Danderyd en färgbroschyr med information om att måndagen den 11 januari öppnar en ny privat husläkarmottagning/vårdcentral, Kvarters-akuten Mörby Centrum, belägen strax utanför tunnelbaneingången. Blanketter om att välja/byta husläkare medföljde.

På broschyrens framsida står det att »Välkända ansikten öppnar ny vårdcentral vid Mörby Centrum«. Personalstyrkan består av tre specialistläkare i allmänmedicin, en distriktssköterska, en undersköterska och en läkarsekreterare. En av specialistläkarna presenteras som »TV-doktorn«.

Vidare står det att man har drop in-mottagning (dvs utan tidsbeställning) till läkarna vardagar mellan kl 07.00 och 17.00. Man planerar att så

## »Det är nödvändigt med samverkan och inte i första hand konkurrens mellan olika vårdenheter.«

småningom starta kvällsmottagning, om behov finns.

Det framkommer med önskvärd tydlighet av broschyren att denna mottagning satsar främst på korta besök hos läkare, som ger störst ekonomiskt utbyte enligt Vårdval Stockholms ersättningssystem.

Att marknadsföra sig som »TV-doktorn« strider, enligt min mening, mot Läkarförbundets etiska regler och även mot dess marknadsföringsregler. Framsidestexten (»Välkända ansikten ...«) är också diskutabelt utformad med tanke på dessa regler.

Nu finns det redan en väl fungerande husläkarmottagning, Mörby vårdcentral, i Mörby Centrum. Den fria etableringen medför att en ny vårdcentral nu har kunnat starta i detta centrum utan att det egentligen finns underlag för två vårdcentraler.

Samma vecka som Kvartersakuten Mörby Centrum öppnade fanns i lokaltidningen »Mitt i Danderyd« en stor annons om Mörby vårdcentral och att den nu hade utökat öppettiderna till sina specialistläkare i allmänmedicin: måndag–torsdag 07.15–17.30 och fredag 08.00–16.30.

Denna konkurrens mellan de två vårdcentralerna leder till att båda måste satsa på utökade öppettider och korta akuta besök. Detta kan i och för sig vara bra för människor som före eller efter sitt arbete vill göra ett snabbt läkarbesök för en okomplicerad åkomma, som ibland kanske läker ut av sig själv.

Om den ena vårdcentralen startar en kvällsmottagning måste sannolikt den andra också göra det av konkurrensskäl, även om det inte finns behov av mer än en kvälls-

mottagning i området. Det bästa vore om man kunde samverka och i så fall dela på en kvällsmottagning.

Denna konkurrens kostar pengar och resurser, vilka måste tas av annat i verksamheterna. Konsekvensen kan bli att en av de två vårdcentralerna så småningom måste stänga.

Är det så här Rydberg och andra sjukvårdspolitiker vill att primärvården i Stockholms län ska fungera? Jag vill det definitivt inte. Jag vill i stället se en primärvård som bygger på respekt för människovärdet och där inte, som nu, ekonomism och kortsiktiga vinstintressen tillåts styra.

Det är nödvändigt med samverkan och inte i första hand konkurrens mellan olika vårdenheter. Vi måste ge en vård på lika villkor där människor med de största vårdbehoven ges företräde, enligt portalparagrafen i hälso- och sjukvårdslagen.

Nu säger Rydberg att det inte finns några belägg för att systemet före Vårdval Stockholm uppfyllde detta krav bättre än i dag. Detta är i och för sig kanske sant, men jag är rätt övertygad om att så som Vårdval Stockholms ersättningssystem ser ut i dag kommer invånare i utsatta områden i ännu högre grad än tidigare att inte få sina vårdbehov tillfredsställda.

Slutligen: Sjukvårdspolitiker! Låt inte Vårdval Stock-

holm enbart vara en politiskt ideologisk fråga. Bjud in opposition, fackliga organisationer, profession, patientföreningar och allmänhet till gemensamma diskussioner om nödvändiga förändringar i Vårdval Stockholms ersättningssystem.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

### REFERENSER

1. Rydberg B. Replik: Målet ökad tillgänglighet har uppnåtts. Läkartidningen. 2010;107:120-1.
2. Halldin J. Vårdval Stockholm skapar en orättfärdig och ojämlig vård. Läkartidningen. 2010;107:119-20.
3. Rehnberg C, Janlöv N, Khan J. Uppföljning av Vårdval Stockholm år 2008. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi KFA; 2009. Rapport 2009:6. <http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=3381&cid=08&sarchtext=rehnberg>
4. Ett år med Vårdval Stockholm. Vad har hänt på vårdcentralerna med tillgänglighet, vårdkvalitet och fördelning av sjukvård? Stockholm: Socialdemokraterna i Stockholms läns landsting; 2009. <http://www.socialdemokraterna.se/upload/webbforalla/ak/solna/dokument/Vardvalsrapport.pdf>
5. Ågren G. Vem vinner på vårdval? Ojämlig hälsa och vård i Stockholm län. 2009-04-16. [http://web.me.com/gunnaragren/http://gunnarblogg/Blogg/Poster/2009/4/17\\_Vardval\\_Stockholm\\_ett\\_skrackexempel\\_pa\\_ojamlik\\_resursfordelning\\_files/Ojamlik%20halsa%20och%20vard%20i%20Stockholms%20lan.pdf](http://web.me.com/gunnaragren/http://gunnarblogg/Blogg/Poster/2009/4/17_Vardval_Stockholm_ett_skrackexempel_pa_ojamlik_resursfordelning_files/Ojamlik%20halsa%20och%20vard%20i%20Stockholms%20lan.pdf)
6. Patientmixens betydelse för effektiviteten hos husläkarmottagningarna. Stockholm: Ernst & Young; 2008. <http://sll.se/Handlingar/HSN/2008/2008-09-02/14mBilaga%202.pdf>

## slutreplik:

# Patienternas behov och val ska bestämma vården – inte politisk detaljstyrning

■ Svensk primärvårds huvudsakliga problem har genom åren varit bristande tillgänglighet och ojämlig tillgång till vård. Där har vi med Vårdval Stockholm, som även Halldin medger, lyckats få en förändring till stånd. Betydligt

många fler läkarbesök görs nu i Stockholms län, och aldrig tidigare har heller så många med psykosociala problem fått hjälp i primärvården.

Oavsett hur mycket Halldin, eller vänsterns vårdvalsfiend-

der, upprepar påståenden och insinuationer om fler onödiga/korta besök så finns det inget som visar på det. Jag upprepar: antalet besök per patient har inte ökat mer än marginellt och diagnoserna är fortfarande i princip desamma. Invånarna i Stockholms län gör dessutom fortfarande, trots den rekordstora ökningen med vårdval, få husläkarbesök jämfört med andra europeiska länder.

Ökningen beror på att fler nu går till husläkaren, vilket alltså har gjort att vi för första gången ser lika många husläkarbesök bland dem som bor i sk utsatta områden som i övriga länet. Kanske måste vi också acceptera ett och annat inte strikt medicinskt motiverat läkarbesök – vilket inte alls betyder att det är onödigt. För människor med mindre kunskap om sjukdomar och den egna kroppen, och med sämre socioekonomiska resurser, kan det vara just denna tillgänglighet som definierar en trygg vård och förebygger framtida ohälsa. Dålig tillgänglighet gynnar däremot resursstarka individer.

Vi ser inga problem med att, och var, det öppnar nya vårdcentraler. Vi har ingen önskan att politiskt detaljstyra etableringarna – världens geografi baseras nu på patienternas och invånarnas val och önskemål. Vi gläds över att det nu kommer nya vårdcentraler i underförsörjda och utsatta områden där det inte öppnats nya vårdmottagningar på årtionden. Kanske kommer också en del mottagningar att lägga ner sin verksamhet – om de inte är attraktiva nog för patienterna, eller inte lever upp till våra högt ställda kvalitetskrav för auktorisering.

Vårdval med etableringsfrihet verkar också ha gjort att det har blivit mer attraktivt för läkare att arbeta i primärvården och utbilda sig till allmänläkare. Sedan Vårdval

### »... 'Vårdval Stockholm 2.0' – en modell som ännu bättre ska svara mot varje individs vårdbehov. Tillbaka till det gamla går vi aldrig.«

Stockholm startade har vi fått nästan 100 nya husläkare och dessutom över 20 fler ST-läkare i primärvården.

Vad vi bryr oss om är kvalitetskontroll. Utan de återkommande, tidskrävande vårdavtalsförhandlingarna

med de enskilda vårdgivarna finns tid och kraft till uppföljning och vidareutveckling av ersättningsmodellerna.

Till sist skulle jag vilja uttrycka en önskan om lite större ödmjukhet i debatten. Hätskheten mot en vårdvalsmodell som bara funnits i två år får ibland häpnadsväckande proportioner. Var fanns kritiken under de decennier med tidigare system där man aldrig kunde påvisa någon ökad jämlikhet i tillgången till vård?

Ingen påstår att Vårdval Stockholm är den perfekta modellen, men nu ser vi ändå ett trendbrott. Vi är på rätt väg. Vi förändrar och anpassar vårdvalet utifrån erfarenheterna, och redan nästa år hoppas vi gå vidare med »Vårdval Stockholm 2.0« – en modell som ännu bättre ska svara mot varje individs vårdbehov.

Tillbaka till det gamla går vi aldrig.

Birgitta Rydberg

landstingsråd (FP) för sjukvård och folkhälsa, Stockholms län

## Alltid inläggning vid TIA och stroke?

■ Med anledning av HSAN:s beslut 1272/09 (refererat i Läkartidningen 5/2010, sidan 268), angående inläggningsbehov för patienter med transitorisk ischemisk attack (TIA), anser vi att några kommentarer är på sin plats.

I de nya nationella riktlinjerna för strokesjukvård [1] anges (sidan 70) att patienter med misstänkt stroke eller TIA bör hänvisas till närmaste sjukhus (rekommendationsnivå 1). Det står däremot inte att patienten med nödvändighet ska läggas in.

Men riktlinjer är vägledande, och det kan finnas många skäl att i det enskilda fallet agera annorlunda. Det viktiga är att beslut och handläggning när det gäller patienter med stroke eller TIA sker skyndsamt [2, 3].

Ibland kan det finnas skäl till att avstå från utredningar (såsom datortomografi och karotisdoppler), om man bedömer att utredningarna inte skulle föranleda någon åtgärd. Sådana skäl kan vara demenssjukdom, multisjuklighet, kontraindikationer för karotiskirurgi, eller att patienten nyligen är utredd.

Tyvärr framgår inte av Läkartidningens referat om bedömningar enligt ovan gjordes i just det här fallet. Men

»Om ovanstående villkor är uppfyllda är det enligt vår uppfattning förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att utreda patienten polikliniskt.«

om läkaren hade försäkrat sig om att tidigare utredning och behandling fortfarande hade aktualitet, borde handläggningen mycket väl ha kunnat ske polikliniskt.

Följande punkter är viktiga att trycka på om ett TIA-fall ska handläggas polikliniskt:

- Att man i akutskedet tar ställning till om ytterligare utredning ska ske, t ex med datortomografi och karotisdoppler, och att akuta remisser i så fall skickas.
- Att vaskulära riskfaktorer är optimalt kontrollerade, dvs blodtryck, blodfetter, diabetes, rökning och cardiella faktorer. Uppföljning ska ske.
- Att ett lämpligt antitrombotiskt preparat är insatt (förutsatt att inga kontraindikationer råder).

Om ovanstående villkor är uppfyllda är det enligt vår

uppfattning förenligt med vetenskap och beprövad erfarenhet att utreda patienten polikliniskt.

Den generella rekommendationen kvarstår dock att patienter med misstänkt TIA eller stroke i det akuta skedet utreds snabbast och enklast genom sjukhusets försorg.

Peter Appelros

docent, specialisläkare, neurokliniken,

Universitetssjukhuset i Örebro  
peter.appelros@orebroll.se

Andreas Terént

professor, överläkare, akutsjukvården, akut- och rehabdivisionen, Akademiska sjukhuset, Uppsala

andreas.terent@akademiska.se

#### REFERENSER

1. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för strokesjukvård 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
2. Lavallée PC, Meseguer E, Abboud H, Cabrejo L, Olivot JM, Simon O, et al. A transient ischaemic attack clinic with round-the-clock access (SOS-TIA): feasibility and effects. *Lancet Neurol* 2007;6:953-960.
3. Rothwell PM, Giles MF, Chandrathewa A, Marquardt L, Geraghty O, Redgrave JN, et al. Effect of urgent treatment of transient ischaemic attack and minor stroke on early recurrent stroke (EXPRESS study): a prospective population-based sequential comparison. *Lancet* 2007;370:1432-42.