

# Norrbottnläkarna protesterar mot »omöjlig kombination«

Sätt stopp för den omöjliga kombinationen att både skära i verksamheten och ge primärvården ett utökat uppdrag. Det kräver Norrbottens allmänläkare i en gemensam aktion.

– Det är extra allvarligt att landstinget inte gör någonting åt systemfelen i en situation där var tredje läkartjänst inom primärvården är vakant, säger Robert Svartholm, distriktsläkare i Boden.

I namnlistor, undertecknade av omkring 130 doktörer inom primärvården, ställs krav på en kursändring och på att politikerna inleder en dialog med läkarkåren för att lösa problemen.

Maria Truedsson, allmänläkare i Hortlax utanför Piteå, pekar på tre områden som orsakar till aktionen:

- Generella besparingar på 2 procent inom landstinget, vilket för primärvårdens del innebär ett tapp på 50 miljoner kronor.
- Planerna på en närsjukvårdsreform där en större arbetsbörd läggs på primärvården.
- Vårdvalsreformen blev inte den framtidssatsning som läkarna i Norrbotten hoppades på.
  - Tvärtom leder vårdvalsreformen, som den utformats här i Norrbotten, till besparingar inom primärvården. Det är en särskilt stor besvikelse eftersom många av oss hade stora förhoppningar knutna till reformen, kommenterar Maria Truedsson.
  - Landstingsledningen hade här chansen att göra någonting åt det faktum att 100 000 invånare i Norrbotten saknar en egen doktor, men man tog den inte. I Norrbotten finns relativt många specialister i allmänmedicin som lämnat primärvården för att jobba med annan sjukvård och det finns



Maria Truedsson i Hortlax utanför Piteå är en av allmänläkarna som protesterar mot nedskärningar.

Foto: Emil Magnusson

en potential att locka tillbaka den gruppen genom att erbjuda en bättre arbetsmiljö.

**Namnlistorna**, ett initiativ i samverkan mellan Distriktsläkarföreningen och Svensk förening för allmänmedicin, överlämnades när landstingsstyrelsen var samlad för ett möte. Men läkarrepresentanterna nekades att träffa styrelsens ledamöter, vilket inte direkt förbättrat klimatet mellan läkarkåren och landstingsledningen.

– Det finns en frustration över att politikerna vägrar att ens lyssna till våra argument. I stället hänvisar man till att synpunkter ska föras fram i hierarkisk, byråkratisk ordning: via enhetschef, divisionschef och så vidare. Det fungerar ju inte! Det vi vill få fram har ju filtrerats längs vägen när det väl när politikerna, säger Robert Svartholm.

– Nu blev vi faktiskt lovade en dialog med den politiska ledningen i samband med att listorna lämnades över, men sedan dess har det varit tyst om saken. Så jag är osäker på om det var så mycket värt.

Landstingsdirektör Elisabeth Holmgren menar att kritiken är överdriven och saknar stöd i nationella jämförelser, där Norrbottens primärvårdsresurser ligger cir-

ka 25 procent över genomsnittet.

– Det bör vi göra med tanke på våra långa avstånd och att våra vårdcentraler i glesbygd behöver erbjuda vård som ofta sorterar under slutenvården i andra landsting. Men vi ligger även resursmässigt över ett grannlän som Västerbotten med liknande glesbygdsstruktur.

Elisabeth Holmgren medger att den stora närsjukvårdsreform som presenteras nästa år kan innebära att primärvården får ett större ansvar för akut sjukvård.

– Men om vi ändrar strukturer och flöden inom vården, kommer vi förstås även att justera de ekonomiska ramarna. Så man kan inte se detta som någon besparing inom primärvården.

Robert Svartholm aktar sig för att ta ordet läkarflykt i sin mun när han kommenterar situationen i Norrbotten:

– Vi kan inte räkna med att rådande läge, där en av tre allmänläkare saknas, kommer att ljusna. Arbetsbördan gör att många äldre läkare väljer att gå i pension några år innan 65 och bland de yngre är det allt fler som lockas söderut till bättre arbetsmiljö och högre löner.

Fredrik Mårtensson  
frilansjournalist

## från Iaktidningen.se

Längre versioner av nedanstående notiser finns att läsa på vår webbplats.

### Ny modell – bättre koll på ALF-medlen

Vetenskapsrådet, VR, har på regeringens uppdrag tagit fram en modell för gemensam nationell jämförelse av hur de 1,5 miljarder ALF-kronor som årligen satsas på klinisk forskning används. Bakgrunden är regeringens ambition att mer av ALF-medlen ska fördelas i konkurrens.

Enligt den föreslagna modellen från VR ska det dels ske en årlig uppföljning av mer beskrivande natur, dels en kvalitativ utvärdering med glesare mellanrum. Den årliga uppföljningen ska belysa fyra frågor: Enligt vilka strategier sker finansieringen? Vilka typer av forskningsstöd ges? Vilken typ av forskning stöds? Vad har forskningen lett till för resultat i form av vetenskaplig kvalitet respektive klinisk och samhällsekonomisk nytta? ■

### Konkurrensverket ger vårdvalet godkänt

Vårdvalsreformen har varit framgångsrik och lett till förbättringar för patienterna i form av ökat patientfokus, ökad tillgänglighet och en mångfald av vårdgivare, enligt en ny rapport från Konkurrensverket.

Verket lämnar rekommendationer för förbättringar. Bland det viktigaste är att ge systemen tid att utvecklas, innan statsmakterna beslutar om större förändringar. ■

### Inga hjärttransplantationer på Karolinska

Socialstyrelsen, vars generaldirektör Lars-Erik Holm är ordförande i Riks-

sjukvårdsnämnden, föreslår inför ett extrainsatt möte i nämnden den 8 juni att nämnden avslår Stockholms läns landstings nya ansökan om att få utföra hjärttransplantationer.

Nämnden beslutade i februari att ge Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Skånes universitetssjukhus i Lund tillstånd att utföra hjärttransplantationer från och med den 1 juli i år till den 30 juni 2015, se LT nr 8/2010, sidan 495. ■



Läkarförbundet om Heinsoos slutbetänkande

## Lovvärt förslag som måste utredas lite till

Läkarförbundet föreslår att Socialdepartementet tillsätter en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram en ny ersättningsmodell för den specialiserade öppenvården. Frågan om läkarinsatser för de multisjuka i äldrevården måste lösas, bland annat.



Toivo Heinsoo Kåre H Jansson

I ett remissvar till Socialdepartementet välkomnar Läkarförbundet principiellt förslaget om en ny nationell etableringsplattform för verksamhet i den öppna sjukvården, en lag om vårdgivar-etablering (LOVE), Toivo Heinsoos fjärde och avslutande del i Utredningen om patientens rätt: »Regler för etablering av vårdgivare. Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård (SOU 2009:84)«.

Förbundet välkomnar ock-

så intentionen att göra det möjligt för landstingsanställda att parallellt arbeta i annan verksamhet. Men förbundet vill ha en nationell reglering. I det nuvarande förslaget ges sjukvårdshuvudmännen ett alltför stort utrymme att själva forma reglerna kring etablering – och till och med att säga nej, påpekar Läkarförbundet, som menar att likvärdighetsprincipen i vården ska gå före självstyret.

Läkarförbundet hade vida-

re i utredningen hoppats att få se ett mer djuplodande resonemang kring den öppna specialistvårdens strukturella betydelse.

Frågan aktualiseras inte minst av behoven hos en liten men mycket kostsam grupp multisjuka i äldrevården. De senaste 15 åren har antalet vårdplatser halverats från 50 000 direkt efter Ädelreformen till dagens 25 000, skriver förbundet. Samtidigt har allt fler operationer och andra typer av behandlingar och omvårdnad flyttat till öppna vårdformer och hem-sjukvården.

– Problemet är att den öppna sjukvården har saknat och saknar tillräcklig kapacitet att klara den arbetsbörda som följer av att vården utlokaliseras, säger Kåre H Jansson, chef för Läkarförbun-

dets avdelning Politik och profession.

Läkarförbundet föreslår därför i sitt remissvar att departementet snarast tillsätter en mindre arbetsgrupp med representanter för relevanta yrkesgrupper, patienter, vårdföretagare och huvudmän som ska se över villkoren för den öppna sjukvården: »Uppdraget ska vara att med betänkandet som grund lösa de återstående knutarna med sikte på en fungerande ersättningsmodell som kan träda ikraft tidigast 2013.«

– Jag är besviken på att man inte fått till ett system som innebär att specialistläkarna kan lämna den slutna sjukvården och närma sig närsjukvården. Vi måste få till en utbyggnad av primärvården och närsjukvården, säger Kåre H Jansson.

Marie Närlid

## Rehabkedjans tidsgränser hålls inte

Tidsgränserna hålls inte och tillämpningen kan bli godtycklig. Det konstaterar Riksrevisionen, som genom en rad intervjuer granskat effekterna av rehabkedjan, som infördes 2008.

Försäkringskassan klarar inte att hålla de nya tidsgränserna, men det går åt rätt håll, anser Riksrevisionen i rapporten »En förändrad sjukskrivningsprocess« (RiR 2010:9). Efter 180 dagar ska Försäkringskassan bedöma arbetsförmåga i förhållande till hela arbetsmarknaden eller särskilda skäl för sjukskrivning. Det klarar kassan i 77 procent av fallen (februari 2010). Ett år tidigare, i januari 2009, var siffran 31 procent. Däremot är det svårt att hinna bedöma arbetsförmågan inför dag 91,

ofta på grund av sena eller otillräckliga underlag från individen, arbetsgivaren eller läkaren, enligt rapporten.

I allt fler fall upprättas i dag en plan för återgång i arbete. Däremot hålls färre avstämningssmöten. Andelen där möten hållits inom 90 dagar har minskat från 16 procent 2007 till 7 procent 2009.

Det finns brister i tillämpningen. En del av skulden får regeringen, som inte gav Försäkringskassan tillräcklig förberedelsestid inför ändringarna 2008. Ett exempel är att nya begrepp blev otydliga och svåra att tolka, till exempel »särskilda« respektive »synnerliga« skäl. Oklarheter kan leda till fel och godtycklighet, anser Riksrevisionen och uppmanar Försäkringskassan att skapa en

mer korrekt och enhetlig tillämpning.

Samspelet mellan Försäkringskassan och vården fungerar inte fullt ut, enligt rapporten. Endast en tredjedel av de intervjuade handläggarna tycker att det fungerar bra. Det är svårt att få kontakt; ibland måste de använda samma telefonkö som allmänheten. Läkarförbundet har till Riksrevisionen påpekat liknande problem att få kontakt med kassan.

Andra problem är bristande kvalitet på läkarintygen och hög omsättning av läkare vilket ger dålig kontinuitet.

Två tredjedelar av handläggarna bedömer att väntetider i vården gör att rehabkedjans tidsgränser inte kan hållas.

Elisabet Ohlin

### WHO antog kod för utlandsrekrytering

Vid sitt möte i Genève den 17–22 maj beslutade WHO:s högsta beslutande organ enhälligt att anta en kod för internationell rekrytering av vårdpersonal.

Koden, som är frivillig, slår fast att när vårdpersonal rekryteras från andra länder bör det ske på ett sätt som gynnar både ursprungsländerna, mottagarländerna och de enskilda vårdarbetarna. Medlemsländer bör avstå från att värva personal från utvecklingsländer som står inför akut brist på vårdpersonal. De bör även underlätta för personal som arbetat utomlands att kunna återvända till sina hemländer för att bidra till kunskapsutbyggnaden där.

Vårdpersonal som rekryteras utomlands ska ha samma rättigheter som inhemsk arbetskraft. WHO har bara en gång tidigare antagit en liknande etisk kod, den om marknadsföring av bröstmjölk ersättning. ■