



äldrevård. De kommande 20 åren kommer antalet äldre med omfattande vård- eller omsorgsbehov att öka från ca 300 000 till närmare 500 000. Det handlar om den patientgrupp som undersökning efter undersökning visat löper störst risk att komma i kläm i det svenska systemet. Nu vill regeringen med öppna jämförelser och stimulansmedel skapa incitament för en bestående förändring.

texter: agneta borgström och michael lövtrup

Läkarna hinner inte med alla besök på äldreboenden

Läkare har svårt att komma på akuta besök i äldreboenden, visar en rapport i Kungsbacka kommun. Liknande problem finns på andra håll i landet, enligt Socialstyrelsens äldrerapport. På Åsa vårdcentral i Kungsbacka finns särskilda läkare med avsatt tid för äldrevården. De ser att besöken fungerar väl, men vittnar om otydliga rapporter från sköterskor.

Listan med läkemedel på datorskärmen stämmer inte. ST-läkaren i allmänmedicin, Katharina Schubertsson, scrollar upp och ned för att se om Panodilen finns med.

– Jag ser inte de läkemedel du pratar om. Jag får väl skri-

va ut den då, och att hon ska ha den klockan 11, säger den unga läkaren och noterar.

Det är tisdag förmiddag och »telefonrond« på Åsa vårdcentral, då Katharina Schubertsson ringer runt till sköterskorna på kommunens äldreboende för att checka de sjuka inför dagens besök. Sju-åtta patienter finns med i dagens diskussion som handlar om allt från remisser om ortos till förändringar i läkemedelsdoser och misstänkt njursvikt.

Just i Kungsbacka kommun presenterades nyligen en rapport som visade att läkare inte alltid akut besökte sjuka på äldreboenden när kommun-



Katharina Schubertsson



Ina Dagens

sköterskor larmade om hjälp. Katharina Schubertsson och hennes kollega distriktsläkaren Ina Dagens har särskilt ansvar för ett äldreboende, men ingen av dem ser några sådana problem i den egna verksamheten.

– Vi har en väldigt bra kontakt med sjuksköterskorna på

boenden. Jag vet dock att det har förekommit några anmälningsärenden i kommunen när jourläkare inte har kommit när sköterskor ringt. Rapporten är viktig, men det vore bra att veta hur frekvent detta är med läkare som inte kommer, säger Ina Dagens.

Åsa vårdcentral är som en spegelbild av annan primärvård i landet: stort upptagningsområde, fulltecknade arbetsdagar, stress och tidvis svårigheter med att rekrytera distriktsläkare. Belastningen på vårdcentralerna angavs även som förklaring i kommunens rapport till varför läkarna inte hann med akuta besök.

DLF: Äldres vård ett omöjligt uppdrag

Äldres vård hamnar i kläm i vårdavtalen, menar Ove Andersson, ordförande i Distriktsläkarförbundet. Ofta anges det i avtalstext att vårdcentralens läkare ska ha helhetsansvar, men kommunerna betalar inte för det.

Ove Andersson ser att äldre som bor hemma är en patientgrupp som sällan räknas in som ett tydligt ansvarsområde. Varken för kommunen eller primärvården.

– Primärvården är egentli-

gen inte ansvarig för de äldres vård. Kommunerna ska ha köpt läkartid där all vård ska rymmas. Det kan ibland röra sig om fem minuter per patient och vecka, säger Ove Andersson.

För allmänläkare är det

»oerhört jobbigt«, menar Ove Andersson, då det dessutom ofta i skrivningarna står att de



Ove Andersson



Allmänläkaren Katarina Schubertsson har fått veta att buken svullnat på den äldre mannen på Löftagårdens äldreboende, men när hon får undersöka blir hon lugnad.

att komma alls. När det gällde läkares hembesök och tillgänglighet på telefon under jourtid, var svaret mer nedslående.



Eva Franzén

Det berodde, enligt sjuksköterskorna, på vilken läkare som arbetade. En del kom direkt, medan andra ifrågasatte om de behövde komma över huvud taget.

– Detta är inte bra för patientsäkerheten. Att läkare inte kommer när de kallas, för att de inte hinner, innebär att sjuksköterskorna får ta beslut själva. De har inte till-

Foto: Agneta Borgström

Granskningen utfördes förra våren av Eva Franzén, Kungsbacka kommuns medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS), som frågade kom-

munsjuksköterskorna i vilken utsträckning primärvårdsläkare kunde besöka en brukare för en akut bedömning och ställa diagnos. Sva-

ren visade att det kunde variera mycket mellan olika vårdcentraler; vissa läkare kunde komma direkt medan andra hade stora svårigheter

ska ha ett helhetsansvar för de äldres vård.

– Vi ska skapa bästa möjliga vård utifrån så lite pengar som möjligt. Ändå är vi bara kontrakterade för några timmars vård per vecka, där allt ska rymmas, vilket skapar ett fundamentalt problem, säger Ove Andersson.

– Bäst vore att lägga de äldres vård som ett tilläggsuppdrag i vårdavtalen.

Han ser allt mer hur de äldre drabbas av en »fragmentiserad vård« som inte är anpassad för dem. Ett tecken på detta är de nya subspecialiteterna på storsjukhusen, men vid sidan om dem skapas inga geriatriska avdel-

ningar. Ingen instans finns mellan vården i hemmet och akuten. Ove Andersson vill därför skapa incitament för primärvårdsläkare att hjälpa på ett tidigt plan.

– Det kräver först och främst att vi blir fler distriktsläkare för detta jobb. Men det kräver också ett system som

verkligen ger förutsättningar för att jobba mellan kommun och landsting. En bra, nära vård som inte baseras på att man gör jobbet efter arbetstid, och inte bygger på den typ av konsultverksamhet som det ofta handlar om.

Agneta Borgström



Ann-Mari Eriksson på Löftagårdens äldreboende skiner upp med hela ansiktet så fort läkaren Katharina Schubertsson stiger över tröskeln.

Foto: Agneta Borgström

räcklig medicinsk kompetens, säger Eva Franzén, som inte kan säga hur frekvent problemet var.

– Det var mer ofta än bara ibland. Och det gällde mest akuta besök under jourtid.

Avsikten med rapporten är enligt henne att »få igång en dialog« mellan kommun och landsting om hur det kan bli bättre. Hon förstår helt och fullt att ekvationen inte går ihop för vårdcentralernas läkare.

– De är nedtyngda av jobb, de berättar hela tiden om hur klivna de är mellan arbetsuppgifter.

Bokhyllan inne i Ina Dagis' arbetsrum är fylld med gosedjur; lurviga nallar och tröstande dockor. Så kan en allmänläkares verktygslåda se ut, utöver stetoskop, öronin-

strument och blodtrycksmanschett. Merparten av veckan handlar om att ta hand om den vanliga breda

»De [läkarna] är nedtyngda av jobb, de berättar hela tiden om hur klivna de är mellan arbetsuppgifter.«

patientströmmen, men på tisdags- och torsdagsförmiddagar, sammanlagt 5,5 timmar per vecka, har de två läkarna ansvar för att åka ut till ett korttidsboende i området. Innan dess har de alltid resonerat med sköterskorna om vad och vem av de sjuka som ska komma först.

– Det är klart att vi får prioritera. Om du har fem patien-

ter där alla kräver besök får du ibland diskutera dig fram vem vi ska ta, säger Ina Dagis.

Och läkarna finns alltid till hands, ett telefonsamtal bort.

– De kan alltid ringa oss på vårdcentralen eller mobilerna, som vi har på hela dagen. De ringer också på min privata mobil. Om vi då sitter med en patient svarar vi och säger att vi ringer upp så fort vi är klara, säger Katharina Schubertsson medan kollegan snabbt fyller i:

– De vill kunna nå en doktor inom 30 minuter, vilket kan vara svårt om man sitter med ett besök. Oftast kommer man överens med sköterskan om när man kan återkomma i saken, vi kan sällan åka direkt. Händer det något allvarligt som till exempel akuta allvarliga psykiska tillstånd och oväntade

dödsfall har vårdcentralen uppdraget att åka akut. Den läkare som lättast kan frigöras får i så fall åka, säger Ina Dagis.

I avtalet Vårdval Halland beskrivs landstingets ansvar med några meningar om »god tillgänglighet på läkare« och »oplanerat behov av medicinsk bedömning, konsultation under dag- och jourtid och planerade läkarinsatser«. Det står också att kommunsköterskan ska kunna nå läkare »dygnet runt inom högst 30 minuter«.

Även om det står så i avtalet – är det hållbart med så kort tid, Eva Franzén?

– Ja, det tycker jag är rimligt.

Läkarna vid Åsa vårdcentral ser dock vissa svårigheter i

kommunikationen med äldreboenden. Ibland är vårdpersonalens anteckningar så oklara kring den sjuke att det blir svårt att tolka och följa upp. Andra gånger finns det glapp mellan kommunens och vårdcentralens noteringar. Därtill kan personalens språkbruk om exempelvis ett symptom vara missvisande och beskrivas som en diagnos som sedan förs ned i journalanteckningarna, menar Ina Dagens:

– Det har funnits flera gånger när personal meddelar att en patient har fått en TIA-attack, som kan vara en förvarning för en stroke, men det är inte alls tal om det. Patienten har varit kortvarigt frånvarande helt utan fokala symptom en stund eller hängt med mungipan, menar Katharina Schubertsson, som förklarar att samma sak kan gälla personalens larm om »generella kramper« som kan bero på ångest eller vara tecken på progredierande hjärnskada.

Det har blivit dags för Katharina Schubertsson att göra ett par besök på Löftagårdens äldreboende som ligger några kilometer längre söderut. Bland annat hos Ann-Mari Eriksson, vars ortos har gett smärta.

– Hur går det, hur mår du?
– Nja, det går bra, men det

är lite ömt där, säger Ann-Mari Eriksson och pekar på plastmodulen som smiter åt längs benet.

Medan läkaren påtalar att hon har god funktion, men måste spänna åt ortosen mer, antecknar distriktssjuksköterskan Stina Lind-Östman i bakgrunden i den gula Hemdok-pärmen. Besöket tar slut efter femton minuter. Att kommunen har ett dokumentationssystem och landstinget ett annat är en stor nackdel.

– Vi kan inte se vad den andra skriver. Det är dumt, menar Stina Lind-Östman, som tycker att samarbetet med läkarna i Åsa fungerar mycket bra.

– De kommer när man kallar. Vid något tillfälle kanske vi inte når dem eller så har de inte tid att komma, men då löser vi det sedan.

Dagen närmar sig lunchtid för läkarna på Åsa vårdcentral, men eftermiddagen innebär inga mottagningsbesök. I stället ska de åka på ett utbildningsmöte i landstinget om den öppna barnpsykiatri och om gränsdragningen gentemot primärvården.

Ännu en arbetsuppgift kan komma att läggas ovanpå de andra för primärvårdsläkarna.

Agneta Borgström
frilansjournalist



Foto: Göran Segeholm

Ska inte komma med lösningar – men med goda exempel.

Äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholm:

Öppenhet och transparens driver på förändringar

Under sina sex år som Läkarförbundets ordförande hade Eva Nilsson Bågenholm en oljemålning av Göteborgs hamn hängande på tjänsterummet, ifall längtan efter hemstaden skulle tränga sig på.

Tavlan har följt med till det nuvarande arbetsrummet på Socialdepartementet. Man får hoppas att den har kvar sin avsedda effekt, för ett bra tag framöver kommer hon att fortsätta tillbringa stora delar av sin arbetstid i Stock-

Brist kring läkarmedverkan i hela landet

Uteblivna läkarbesök eller brist på läkartid på äldreboenden noteras i elva ärenden i förra årets tillsynsrapport av Socialstyrelsen. Brister vad gäller samverkan mellan kommun och landsting upptäcktes redan i 2010 års tillsyn i var fjärde verksamhet.

Ett »visst motstånd från vårdcentralen« och dess läkare att göra akuta hembesök utöver det planerade som fanns under veckan i en verksamhet i Skåne. I en annan i Småland prioriterade läkarna inte icke-akuta uppgifter som läkemedelsgenomgångar.

Brist på läkare är signaler som märks i 11 fall av 169 föranmälda och oanmälda inspektioner på korttids- och särskilda äldreboenden i 2011 års – ännu inte utgivna – tillsynsrapport från Socialstyrelsen. En sökning gjordes kring ord som läkarmedverkan under »resultat« och »bedömning« i ärendena.

– I det stora hela verkar det ändå fungera bra, men det är svårt att säga då vår tillsyn gäller många andra frågor. Ofta verkar just bemanning av vård- och omsorgspersonal vara ett problem, säger utredaren Mar-

gareta Florin Mæhlum.

I ärendena märks sådana brister, till exempel att det »inte finns bemanning i förhållande till enskildas behov« i en verksamhet i Skåne eller att »mer läkarresurser behövs« i en annan i samma län. I en verksamhet i Västra Götaland rapporterades att läkare inte hade tillräckligt med tid och i detta fall riktar Socialstyrelsen också kritik mot vårdcentralen.

Förra årets tillsynsrapport på äldreboenden, som rör 2010, skvallrar även om bristande samarbete mellan primärvård

och kommun i var fjärde inspekterad verksamhet. Ett exempel är att primärvårdsläkare inte alltid kallas till vårdplaneringsmöten och att läkarna sällan deltar även om de kallas.

– Det handlar om brister i hela vårdkedjan, till exempel vad som händer när de äldre kommer hem från sjukhuset. En annan svag punkt kan vara att läkare inte deltar i besök på äldreboenden. Ofta finns dock överenskommelser mellan vårdcentral och äldreboende om hur ofta de ska komma, säger utredaren Gunilla Wester Dahl. ■

»Oavsett vårdnivå ligger svenska läkare i botten när det gäller att informera äldre patienter om olika behandlingsmöjligheter ...«

2012 års överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg av de mest sjuka äldre:

- Kommuner och landsting som minskar användningen av olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer samt användningen av psykofarmaka i särskilda boenden med 10 procent får dela på 325 mkr.
- Kommuner och landsting som minskar indikatorerna »undvikbar slutenvård« och »återinläggningar inom 30 dagar« med 10 procent får dela på 325 mkr.
- Prestationsersättning utgår dessutom för registrering i Svenska palliativregistret, Senior Alert, SveDem och Svenskt register för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD-registret). Stöd utgår även för genomförda brytpunktsamtal i livets slutskede samt riskbedömningar av boende i särskilda boenden.
- Totalt omfattar överenskommelsen 1,16 miljarder kronor.

Källa: Socialdepartementet

holm. Uppdraget som samordnare av regeringens satsning på de mest sjuka äldre, som inleddes förra året, sträcker sig fram till och med 2014. På den tiden – så är förhoppningen – ska vården och omsorgen för den grupp som kallas »mest sjuka äldre« ha genomgått rejäla kvalitetsförbättringar.

Enligt regeringen ger oss demografin ungefär tio år på oss. Mellan 2020 och 2030 kommer antalet personer över 80 år att öka med 45 procent. Den gruppen står i dag för hälften av kostnaderna i äldreomsorgen och för 15 procent av de totala sjukvårdskostnaderna. Men satsningen riktar sig inte bara mot framtida patienter.

– Landstingen och kommunerna får till 30 september på sig att minska felaktig läkemedelsbehandling med 10 procent, säger Eva Nilsson Bågenholm.

De huvudmän som karar målet får efter en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och landsting dela på 325 miljoner kronor. Hela satsningen på de mest sjuka äldre, som omfattar totalt 4,3 miljarder kronor, baseras på detta numera ganska väletablerade koncept: belöning utifrån uppnådda mål (se faktaruta på nästa uppslag). Tanken är att ribban för varje mål ska

höjas de kommande två åren, samtidigt som nya mål kan tillkomma.

Att vården och omsorgen av äldre inte fungerar optimalt har det talats om i decennier. Projekt har dragits igång och projekt har lagts ned – många gånger inte för att de misslyckats utan för att pengarna tagit slut. Eva Nilsson Bågenholm konstaterar själv att det har gått ut ganska mycket statliga medel för att förbättra äldreomsorgen, inte minst till läkemedelsgenomgångar. Ändå har man inte sett några påtagliga förbättringar.



Samordningsansvaret brister, menar äldreomsordnare Eva Nilsson Bågenholm.

– Att man inte får pengar för att göra en viss sak utan för uppnått resultat. Man kan jämföra med vårddköerna. Så länge stimulansmedlen går ut i förväg är utfallet svårt att påverka, men om man först ska visa resultat blir det effektivt. Dessutom kommer vi att utveckla de öppna jämförelserna för äldre med fler kvali-

tetsindikatorer, och det uppföljningssystemet kommer att finnas kvar även när vi inte satsar mer pengar. Vi vet att om det är något som driver på förändring så är det öppenhet och transparens.

Hur mycket vet man då om kvaliteten på vården av äldre? Sådant som olämpliga läkemedelskombinationer är någorlunda lätt att kartlägga, men annars är patienter med många diagnoser svåra att följa upp på vanligt sätt via kvalitetsregister och öppna jämförelser. Vad man kan göra är att fråga patienterna själva. Här ger en ny studie¹, där man frågat patienter över 75 år i 11 västländer, en ganska oroväckande bild. När det gäller koordination och kommunikation ligger Sverige systematiskt bland de sämsta. Svenska specialistläkare

»Vi vet att om det är något som driver på förändring så är det öppenhet och transparens.«

upplevs ha mindre koll på patienternas medicinska historia än vad man har i andra länder, och återrapporteringen till den ordinarie läkaren upplevs som sämre. Oavsett vårdnivå ligger svenska läka-



Regeringen och Sveriges Kommuner och landsting presenterar överenskommelsen kring

re i botten när det gäller att informera äldre patienter om olika behandlingsmöjligheter och låta dem ställa frågor.

Det är svårt att undgå misstanken att det någonstans finns ett systemfel i den svenska vården – ett fel som inte spelar så stor roll så länge man har en diagnos som en doktor klarar, men som blir ödesdigert för den här gruppen med så stor del kroniker och personer med många olika besvär.

– Jo, jag tror att det är så, säger Eva Nilsson Bågenholm. Vi är väldigt bra i Sverige på att ta hand om yngre patienter som har en diagnos, men just i kommunikationen och sammankopplingen mellan olika instanser brister



»Man skulle kunna bygga ut systemet med fast vårdkontakt mer än vad man har gjort.«

Eva Nilsson Bågenholm ser en bakomliggande orsak i det faktum att den utbyggnad av primärvården som det talats om i många år inte blivit av.

– Man ser i länder som har en större andel allmänläkare att de blir basen i samordningen och får en sammanhållande funktion, säger hon, men framhåller samtidigt att vi inte kan vänta på att allmänläkarbristen ska lösas.

– Vi måste utgå från de förutsättningar vi har. Och då måste vi utnyttja hela teamet. Man skulle kunna bygga ut systemet med fast vårdkontakt mer än vad man har gjort. Den fasta vårdkontakten kanske inte alltid ska vara en läkare, även om läkaren har det medicinska ansvaret, utan kan vara en äldresköterska som kan följa upp mellan läkarbesöken. Det kan vara tryggare för de äldre med en sådan person som skulle kunna vara lättare att nå.

Frågan är om primärvården är rätt instans eller om det är specialister i geriatrik som är bäst lämpade att ta hand om en patientgrupp med så speciella förutsättningar, och om den kompetensen i så fall finns tillgänglig i tillräckligt hög grad.

– Jag tror att primärvården kan axla ansvaret. Men fler vårdcentraler kanske måste väga anställa andra kompe-

satsningen på de mest sjuka äldre i slutet av förra året. Socialminister Göran Hågglund (KD), barn- och äldreminister Maria Larsson (KD), Mats Eriksson (M), ordförande för SKL:s Sjukvårdsdelegation, och regeringens äldresamordnare Eva Nilsson Bågenholm.

Foto: Maja Suslin/Scanpix

det. Det är ingen som tar på sig samordningsansvaret.

Det är dock inte helt enkelt att peka ut vilken som är den svagaste länken i kedjan.

– Det ser väldigt olika ut på olika ställen. På en del håll fungerar samverkan mellan primärvården och sjukhusen fantastiskt, medan det inte fungerar med hemtjänsten. På andra ställen har man byggt ihop hemsjukvården och hemtjänsten väldigt bra, men saknar backup från sjukhusen, säger Eva Nilsson Bågenholm, som med det sagt ändå vill framhålla att hon gärna hade sett att primärvården hade varit en starkare länk.

– Primärvården är otroligt viktig för den här gruppen, eftersom de kan bedriva vård

nära individen. Med bättre uppföljning skulle man kunna slippa många inläggningar på sjukhus.

Varför kommer allmänläkare inte ut till de här patienterna?

– Jag har träffat flera di-

striktsläkare som inte vet vilka av deras listade patienter som har hemsjukvård. Annars är de viktigaste förklaringarna jag hör att man är för få, att man inte har tid och att ersättningssystemen inte premierar det här.

■ mest sjuka äldre

Gruppen mest sjuka äldre omfattar personer över 65 år som har behov av omfattande sjukvård eller omsorg.

Med omfattande sjukvård avses något av följande:

- Tre diagnoser den senaste 12-månadersperioden
- Fler än 19 dagar i slutenvård
- Mer än sju läkarbesök i öppen specialistvård

Med omfattande omsorg avses något av följande:

- Permanent boende i särskilt boende
 - Mer än 25 timmars hemtjänst
 - Boende i korttidsboende
 - Insatser enligt LSS
- 2010 omfattade gruppen mest sjuka äldre enligt denna definition 297 000 personer.

Källa: Socialdepartementet

äldre

tenser som kan ge hjälp vid svåra beslut och kanske svara för dem som har svårast sjukdomar.

När Socialdepartementet 2011 som en inledning till satsningen gjorde en probleminventering blev slutsatsen att just avsaknaden av sammanhållna vårdkedjor är en av de främsta bristerna i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Ett annat stort problem är felaktig läkemedelsbehandling. Många i den här gruppen har tio eller fler olika läkemedel, och läkemedelsinteraktioner är enligt flera studier en mycket vanlig orsak till akutinläggningar av äldre.

Ett annat problem är den omfattande användningen av psykofarmaka på särskilda boenden, där en stor del är dementa. Det finns, enligt siffror som Socialdepartementet tagit fram med hjälp av Socialstyrelsens läkemedelsregister, kommuner där så många som en av tre i särskilda boenden behandlas med psykofarmaka.

Vad kan ligga bakom så höga siffror?

– Det skulle jag gärna vilja veta, helt klart har det gått fel någonstans. Många läkare berättar att personal efterfrågar psykofarmaka för att patienterna ska bli lugnare. Men demensriktlinjerna är tydliga med att man i första hand ska behandla beteendesyntom som agitation och oro med omvårdnadsinsatser och inte med läkemedel. Man måste se över omvårdnadsinsatserna på boendena, men det krävs också en professio-

nalitet hos läkarna att inte sätta in det när det inte är medicinsk befogat.

En diskussion om bristerna i äldreården blir lätt en diskussion om huvudmannskapet. Det går att hitta många exempel på att den ena huvudmannen får stå för notan om den andra missköter sin del. Drar kommunen ner på

»I Sörmland har man tagit ett steg till och beslutat ha gemensam nämnd för äldrefrågor ...«

bemanningen på de särskilda boendena på helgen kan till exempel följderna bli fler akutinläggningar som landstinget får stå för.

Jag vet att det inte ingår i din uppgift att rita om den politiska kartan. Men går problemen verkligen att lösa långsiktigt med dagens förutsättningar?

– Det går kanske inte att lösa till hundra procent, men jag tror att man kan komma väldigt långt med de förutsättningar vi har. Jag är övertygad om att det går att göra väldigt mycket mer.

För att sätta press på huvudmännen måste de för att över huvud taget få vara med och dela på pengarna visa upp en gemensam handlingsplan för hur vården och omsorgen av de äldre ska förbättras.

– I Sörmland har man tagit ett steg till och beslutat ha gemensam nämnd för äldrefrågor, där företrädare för alla

kommunerna och landstinget ingår.

På sätt och vis har Eva Nilsson Bågenholm och Socialdepartementet en bekväm sits. Man pekar med hela handen och säger »gör något«, utan att behöva tala om hur det ska gå till.

– Hur man ska klara det måste vara upp till huvudmännen eftersom förutsättningarna kan variera. Det ligger också i det kommunala självstyret att vi inte ska leverera lösningar. Däremot kommer vi att sprida goda exempel som vi ser, bland annat via en blogg.

För Eva Nilsson Bågenholms del fortsätter arbetet med att följa upp effekterna av årets överenskommelse, för att utifrån det besluta hur kraven ska skärpas i nästa.

Hur ser du på risken att indikatorerna blir styrande?

– Den risken finns alltid, och därför har vi försökt att inte ha för många indikatorer och välja sådana som slår brett. De tre indikatorerna för läkemedel förutsätter att man gör en översyn av hela läkemedelsbehandlingen, annars går det inte. Men vi kommer att följa upp vad som händer och om det visar sig att några indikatorer inte leder rätt har vi mandat att ändra och lägga till så att de blir ännu bättre.

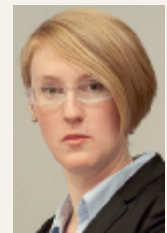
Michael Lovtrup

michael.lovtrup@lakartidningen.se

¹ Studien, som gäller gruppen »sjukare vuxna«, har gjorts av den amerikanska stiftelsen Commonwealth Fund. Konsultföretaget Ramböll har på Socialdepartementets uppdrag särskilt analyserat resultatet för personer 75 år och äldre.

Emma Spak föreslås bli ny ordförande i Sylf

Sylf:s valberedning lyfter upp Emma Spak från platsen som 2:e vice ordförande till högsta posten när Lena Ekelius avgår ett år i förväg från sitt uppdrag. På fullmäktigemötet 30–31 mars avgörs den nya styrelsens sammansättning.



Blir hon Sylf:s nya ordförande? I slutet av mars får vi svaret.

Nuvarande ordföranden för Sveriges yngre läkares förening, Lena Ekelius, som var inne på sin andra period, aviserade i februari i år att hon tänker avgå ett år i förväg.

Valberedningen föreslår att du ska ta över ordförandeklubban. Det låter som ett tufft jobb.

– Till att börja med: att valberedningen föreslår mig gör mig både stolt och glad, svarar Emma Spak. Om fullmäktige väljer mig tar jag gärna uppdraget!

– Men det är klart att det blir en utmaning, en spännande utmaning. Fast Sylf är en organisation som sedan länge arbetar långsiktigt och strukturerat, så även om ordförandeskapet i sig innebär mycket arbete så är vi många som delar på alla uppgifter.

Utbildningsfrågor engagerar hon sig extra för. Utredningen kring läkarutbildningen och AT, utredningen kring specialitetsindelningen och den kommande forskningspropositionen anser Emma Spak är särskilt viktiga för Sylf i år.

– Jag vill också att Sylf ska fortsätta jobba visionärt med framtidsfrågor. Organisationen av hälso- och sjukvården och framtidens läkarroll är områden som flitigt diskuteras i medier i dag, där bör Sylf:s röst också höras.

Utan inbördes rangordning nämner Emma Spak fyra egna intresseområden: jobbet, forskningen, fackligt arbete och familjen. Familjen består av man och en tvåårig dotter.

Björn Enström

äldre: i nästa nummer

- Helhetssyn och samverkan är ledorden i den policy för vården av multistjuka äldre som tre specialitetsföreningar enats om. Nu ligger policyn till grund för en randomiserad studie på Vrinnevisjukhuset i Norrköping.
- I Lidköping finns ett mobilt närsjukvårdsteam, med en läkare och två sjuksköterskor, som vårdar multistjuka äldre i

- sex kommuner. Teamet, som har »plats för« 23–24 patienter i verksamheten och kan ge sjukhusvård i hemmet, tar patienterna ur ekorrhjulet, det vill säga snurren i vårdapparaten mellan olika vårdgivare.
- Rörlig läkare ger snabb hjälp i Ljungby.
- Läkarförbundet om vården av de mest sjuka äldre.



Förhandlingarna intensifieras de närmaste veckorna

Avtalsförhandlingarna går nu in i ett intensivare skede, och parterna har en hel del arbete att göra för att kunna nå en uppgörelse. Det berättar Läkarförbundets chefsförhandlare Karin Rhenman.

Läkarförbundets förhandlingar med Sveriges Kommuner och landsting (SKL) och arbetsgivarorganisationen Pacta, som pågått i två månader, intensifieras nu när två veckor återstår innan gällande avtal löper ut. Träffarna och kontakterna blir tätare.

– Vi står ganska långt ifrån varandra, men det brukar vara så. De närmaste två veckorna kommer att bli intensiva,

säger Karin Rhenman.

Hon berättar att Läkarförbundet i avtalsrörelsen har lyft frågor som handlar om nödvändig kompetensutveckling, konkurrenskraftiga löner och villkor, flexibla och hållbara arbetsvillkor i olika skeden av yrkeskarriären samt att andelen visstidsanställda läkare ska minska.

– Dessa krav är inte SKL så intresserade av att diskutera. Och SKL har tre huvudkrav, och vi har tackat nej till dem.

Som LT tidigare berättat vill SKL ha ett avtal som gäller tills vidare och som inte innehåller någon lägstanivå för löneutvecklingen.

– Med en lägstanivå vet de lokala parterna vad de har att förhålla sig till. Står det ingen siffra blir det arbetsgivaren som bestämmer.

SKL vill också att löneöversynen sker enligt lönesamtalsmodellen.

Nuvarande avtal ger läkarföreningen rätt att välja form för den lokala löneöversynen, i traditionell förhandling eller i lönesättande samtal, och så vill Läkarförbundet behålla det.



Karin Rhenman

– Vi vill absolut att medlemmarna också ska ha ett lönesamtal, men vi vill att lokalföreningen har ett inflytande över lönesättningen. Lokalföreningens viktigaste roll är att tillsammans med arbetsgivaren analysera lönebildningen, diskutera lönestruktur och åtgärder för att lönesättningen ska vara sakligt grundad.

Den sista mars löper avtalet ut. Om förhandlingarna fortfarande pågår då förlängs nuvarande avtal med 7 dagars uppsägningstid, berättar Karin Rhenman.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Krav från Sjukhusläkarna: Utbilda fler läkare!

Sjukhusläkarna kräver fler platser på den svenska läkarutbildningen. Personalbrist, stora pensionsavgångar och bristande arbetsmiljö samt krav från EU och WHO ligger bakom beslutet. Oklart är hur stor ökningen bör vara.

»Vem ska bli chef eller forskare eller för den delen vara fackligt aktiv av de få läkarna när det inte finns tillräckligt många för de kliniska uppgifterna?« En motion från Östra Skånes läkareförening blev gnistan till ett politikskifte i före detta Sjukhusläkarförbundet, numera även formellt »Sjukhusläkarna«.

»En defensiv, mångårig och enkelspårig tradition utan egentlig eftertanke är Läkarförbundets tidigare fixering vid att motsätta sig ett ökat antal platser på svensk läkarutbildning«, framhöll motionen, som fick stort bifall vid Sjukhusläkarnas fullmäktigemöte 15–16 mars.

Motionen angav att 2 000

läkare bör utbildas per år i Sverige, men fullmäktige ville inte binda sig vid ett antal. Men flera delegater vittnade i plenisal och under pauser om svårigheter att tillsätta läkartjänster utanför universitetssjukhusen. Belastningen på ordinarie personal ökar, inte minst som allt högre andel av de fast anställda läkarna är 55 plus.

– Jätteroligt, säger Sten Östensson, Sjukhusläkarna Östra Skånes lokalavdelning, doktor vid sjukhuset Kristianstad. Jag hade inte väntat mig en sådan respons på motionen. För fem–tio år sedan hade detta varit ett omöjligt krav, säger han.

Läkarförbundet skattar att det år 2015 kommer att saknas cirka 4 000 läkare. Läkarbristen är dock inget exklusivt svenskt problem, utan gäller för hela EU. Mikael Rolfs, ledamot i Sjukhusläkarnas styrelse och i Läkarförbundets styrelse, kunde

Thomas Zilling omvald

Thomas Zilling omvaldes som ordförande i Sjukhusläkarna och Lars Nevander, Lund, omvaldes som andre vice ordförande. Förste vice ordförandeposten, som innehas av Bengt von Zur-Mühlen, Uppsala, var inte uppe till omval i år. Nya styrelseledamöter i Sjukhusläkarna blev Christina Spjut, Stockholm, och Shokoufeh Manouchehrpour, Göteborg. ■

berätta att motionen sammanfaller med ett aktuellt dekret från EU-kommissionen:

– Inget EU-land kommer att vara självförsörjande på läkare 2020. Det gör att varje land måste ta fram en plan. Till detta kommer att EU skrivit under en överenskommelse via WHO. Vi ska inte dränera utvecklingsländer på kompetens.

– Ökningen av läkare måste fortsätta. Men det är viktigt att tillgodose kvalitet, involvera fler sjukhus och fler handledare, tillägger Mikael Rolfs.

Marie Närlid

marie.narlid@lakartidningen.se



Foto: Sara Holive

Sara Gunnarsdotter

Pris till Läkartidningen i år igen

Läkartidningens reporter Sara Gunnarsdotter har fått Fackförbundspressens journalistpris 2012 i klassen »Bästa berättande text« för sin intervju med narkosläkaren i Astrid Lindgren-fallet.

De tre jurymedlemmarna Björn af Kleen (Expressen), Torbjörn Nilsson (Fokus) och Amanda Rydman (P3 Dokumentär) ger följande motivering:

»I en artikel som är stilistiskt klar och dramatiskt komprimerad utan att förlora i nyanser, avslöjas brister i det svenska rättsväsendet. En skenbart enkel intervju med den så kallade barnläkaren skildrar de kränkningar som den åtalade men friade kvinnan utsattes för i mötet med polis, åklagare och mediasamhälle. Artikeln problematiserar också forskarvärldens avståndstagande till läkaren under åtalsperioden. Den mycket drabbande texten förtjänar stor spridning.«

Intervjun, »Friad – efter två år, åtta månader och nio dagar«, publicerades i Läkartidningen nr 51–52/2011.

Också förra året vann Läkartidningen Fackförbundspressens journalistpris, då i avslöjande-klassen med artikeln »Hedersförfattare förekommer i varannan svensk avhandling« av Michael Lövttrup.

Tävlingen är öppen för alla tidskrifter som ges ut av LO, TCO och Saco och deras medlemsförbund. ■

Fler anmälda vårdskador

2011 anmäldes 11 800 vårdskador till Patientförsäkringen LÖF. Det är 13 procent fler än 2010. Sveriges Kommuner och landsting (SKL) menar i ett pressmeddelande att det beror på större medvetenhet, bland annat på grund av den nya patientsäkerhetslagen, snarare än en faktisk ökning.

Varje landstings resultat finns på patientforsakring.se

Statskontoret föreslår renodlad inspektionsmyndighet

Socialstyrelsen har inte förutsättningar att klara tillsynen över socialtjänsten och hälso- och sjukvården. En renodlad inspektionsmyndighet behöver därför bildas, anser Statskontoret i en rapport till regeringen i dag den 15 mars.

»Socialstyrelsen har inte förmått skapa tillräckligt goda förutsättningar för att tillsynsreformens mål ska uppfyllas. Vi föreslår därför att en renodlad inspektionsmyndighet för socialtjänst och hälso- och sjukvård bildas.«

Det säger Statskontorets generaldirektör Yvonne Gustafsson på Statskontorets webbplats i en kommentar till rapporten, som kritiserar Socialstyrelsens tillsynsverksamhet på en rad punkter.

Statskontoret har sedan 2009 haft regeringens upp-

drag att följa upp och utvärdera de förändringar av tillsynen som trädde i kraft i januari 2010. Förslaget ligger i linje med vad Stefan Carlsson, regeringens särskilde utredare av hur hälso- och sjukvår-



Yvonne Gustafsson

den ska styras, sa i höstas vid den medicinska riksstämman: att tillsyn är en verksamhet som kommer att behöva renodlas och »till del vara frikopplad från normeringsverksamheten«. Stefan Carlsson skulle ursprungligen lämna sitt slutbetänkande i mitten av april, men i ett tilläggsdirektiv den 15 mars förlängdes tiden till den 15 maj. ■

Ur Statskontorets rapport:

»Statskontoret har sammanfattningsvis identifierat följande problemområden:

- tillsynen har ingen tydlig ställning gentemot Socialstyrelsens övriga åtaganden,
- det saknas en löpande resultatuppföljning med koppling

till tillsynens finansiella resurser,

- resursfördelningen till tillsynen är inte tillräckligt transparent,
- det saknas styrmodeller, uppföljningsrutiner och verktyg för ärendehantering anpassade till Socialstyrelsens stora ärendevolymer och myndighetsutövande roll.«