

- genom att minska MSF:s mandat
- genom att minska yrkesföreningarnas mandat
- genom en kombination av båda alternativen.

Det finns alltså ett tydligt motiv för att granska, ompröva och diskutera dagens mandatfördelning.

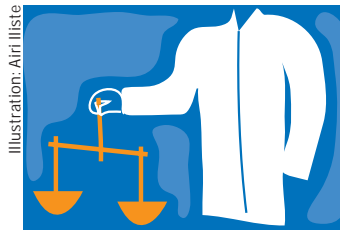
Mot denna bakgrund skrevs den ledare i Sjukhusläkaren som innehöll ett förslag till reducering av MSF:s mandat, dock med representation från varje studieort, och förslag om egna mandat för SÅL.

När det norska läkarförbundet samlas till landsstyrelsemöte den 22 maj i år kommer 141 delegater, ungefär lika många som samlas till det svenska läkarförbundets fullmäktige den 1 juni. I Norge representeras de medicine studerande av sex delegater, de äldre läkarna har två. I Sverige har MSF tolv delegater. SÅL saknar egen representation men får på nåder låna ett mandat av Sjukhusläkarna.

Det kan inte vara rimligt att äldre kollegor med år av erfarenhet inte har någon representation i Läkarförbundets fullmäktige. Intresset hos äldre läkare för att arbeta efter 65 eller 67 år ökar. Många väljer att gå ut ur och tillbaka in i arbetslivet med pensionen som bas, vilket ställer krav på flexibilitet från förbundets sida. År 2010 var det ungefär 1200 läkare som arbetade hel- eller deltid efter 65 års ålder och år 2011 drygt 1500. Ökningstakten är alltså betydande i de stora åldersskullarna som nu passerar 65 år.

Människor i Sverige lever längre och är friskare och mer aktiva än någonsin tidigare. Det medför en ökad

»Ett mer aktivt inflytande för SÅL i det centrala fackliga arbetet skulle också ge förbundet en viktig rekryteringspotential...«



Att MSF av och till kan bli vägmästare i fullmäktige är inte rimligt med tanke på den begränsade insikt och erfarenhet en student har om den kommande yrkesrollen, menar ordförandena i Sjukhusläkarna respektive Sveriges äldre läkare.

möjlighet för läkare att fortsätta att arbeta efter 65.

Svensk sjukvård är i stort behov av den resurs som dessa läkare utgör, vilket i dag är särskilt tydligt inom brist-specialiteter som allmänmedicin, patologi, psykiatri och röntgen. Samtidigt får arbetslivet en helt annan karaktär med nya frågeställningar och problem som SÅL under flera år intresserat sig för och drivit inom förbundet. Det gäller till exempel receptförskrivning, fortbildning, anställningsförhållanden, arbetsmiljö och löneförhållanden. För SÅL är pensionsfrågorna dessutom väldigt viktiga att driva, vilket på sikt har betydelse för alla våra yngre kollegor.

Precis som medicinstuderenter och yngre läkare har sina specifika problem som MSF och Sylf driver inom förbundet, så har de äldre läkarna det också. Ett mer aktivt inflytande för SÅL i det centrala fackliga arbetet skulle också ge förbundet en viktig rekryteringspotential, då många äldre läkare i dag ifrågasätter det meningsfulla med ett fortsatt medlemskap.

Att studera är således en roll i livet med sina specifika problem och att jobba som läkare något helt annat.

Med sina tolv mandat tenderar MSF att av och till få en vägmästarroll i fullmäktige som inte är rimlig med tanke på den begränsade insikt och erfarenhet en student har om den kommande yrkesrollen.

■ Detta är slutreplik från Eva Nilsson Bågenholm och Maj Rom i en debatt som inleddes i LT 14–15/2012 (sidan 732) med »Nej till 'undvikbar slutenvård' som prestationsersättning«, Rickard Ljung. Repliker finns i LT 17–18/2012 (sidan 894), Eva Nilsson Bågenholm, Maj Rom och i LT 19/2012 (sidan 1036), Rickard Ljung.

slutreplik från eva nilsson bågenholm och maj rom:

Statliga stimulansmedel kan inte jämföras med »pay-for-performance«

■ Frågan om ekonomiska incitament lönar sig eller ej återstår att se. Det finns i nuläget inga

»För oss är det självklart att våra kollegor ute i vården ... inte manipulerar journaldata.«

handling och där- för inte vet vart de ska vända sig när nya problem uppstår.

andra system eller länder där man provat det på liknande sätt som vi gör i Sverige. Det går inte att jämföra statliga stimulansmedel till landsting och kommuner med »pay-for-performance«-system som direkt belönar enskilda vårdgivare. Det vi vet är att satsningen på att öka tillgängligheten med den så kallade kömiljarden har gjort att vårdköerna minskar kontinuerligt utifrån de mål som årligen överenskomms med Sveriges Kommuner och landsting. Viktigt att notera är att det började hända saker först efter att de statliga medlen började delas ut. Nu ser vi att vårdgarantin till stora delar efterlevs i hela landet.

Målet med att använda undvikbar slutenvård är att kommuner och landsting ska utveckla ett bättre omhändertagande i öppna vårdformer och i hemsjukvård, inte att straffa eller hindra någon från att få vård. Många äldre patienter skulle kunna få en betydligt bättre vård och omsorg i öppen vård istället för att slussas mellan olika akutmottagningar och avdelningar. Preliminära resultat som kommit in tyder på att många äldre vid utskrivning från sjukhus inte fått, eller förmått, ta emot information om vård och be-

Det lokala analysarbetet pågår nu runt om i landsting och kommuner. Syftet med medlen som avsatts för analysarbetet är att man i varje län ska följa sina mest sjuka äldre invånare för att se hur man på plats kan förbättra vården och omsorgen om denna sköra grupp.

Till sist några ord kring manipulation. Detta kommer ofta upp som ett motargument mot resultatbaserad ersättning. Det är anmärkningsvärt att läkare och sjuksköterskor tror att de själva och kollegor kommer att manipulera data för att komma åt statliga pengar. För oss är det självklart att våra kollegor ute i vården gör sitt bästa i alla lägen och därmed inte manipulerar journaldata. Statskontoret har i uppdrag att följa upp denna och tidigare satsningar ur ett styrningsperspektiv. Deras bedömning efter två år är att stimulansmedlen bidragit till ett snabbt införande av kvalitetsregister i kommunal vård och omsorg utan att några negativa bieffekter kunnat observeras.

Eva Nilsson Bågenholm
nationell äldresamordnare,
Socialdepartementet
Maj Rom
projektchef, Sveriges
Kommuner och landsting