



Inom kort presenterar Läkarförbundet resultaten från en unik enkät, som kartlägger hur det ser ut med bemanningen på alla Sveriges nära 1 200 vårdcentraler. Målet är att det ska finnas en fast allmänläkare per 1 500 invånare, men verkligheten ser ofta mycket annorlunda ut. Läkartidningen har besökt tre vårdcentraler med olika förutsättningar.

TEXTER: MIKI AGERBERG FOTO: HÅKAN NORDSTRÖM, VIKTOR LUNDBERG

Sollefteå

»Jag vet inte hur länge vi orkar«

För drygt ett år sedan vände sig läkarna vid hälsocentralen i Sollefteå till Arbetsmiljöverket och till Ångermanlands läkarförening. Sedan dess har myndigheten varit på besök

flera gånger, och företagshälsovården fick göra en enkät som visade att arbetsbelastningen på vårdcentralen var mycket hög. Detta gällde flera yrkesgrupper, men värst var det för läkarna.

– En typisk arbetsdag be-

hövde vi ofta sitta kvar två-tre timmar efter arbetstidens slut, berättar Bahar Nikaein, specialist i allmänmedicin och familjeläkare vid hälsocentralen; hon är också skyddsombud.

– Oftast måste vi komma in

och jobba fyra-fem timmar på lördagar och söndagar också, även när vi inte var i tjänst eller hade jour.

Det här var extra kännbart för Bahar Nikaein, eftersom hennes man också är familjeläkare vid samma vårdcentral:



Foto: Håkan Nordström

– Vi hämtade barnen på dagis eller i skolan, och så fick de komma hit och leka medan vi jobbade. Men efter ett tag ser man att barnen inte mår bra. Det här är ett jättefint jobb. Men när det drabbar familjeliv och privatliv så

mycket måste man sätta stopp.

Bakgrunden till att det blivit så här kan enkelt beskrivas i siffror. Hälsocentralen är den enda som finns i Sollefteå och den har drygt 15 000 invåna-

»En typisk arbetsdag behövde vi ofta sitta kvar två-tre timmar efter arbetstidens slut.«

re listade. För att matcha dessa finns det 9,6 tjänster som familjeläkare, omräknat till heltider. Men i verkligheten finns det bara 4,35 familjeläkare här.

Det finns också fyra ST-läkare som tar stort ansvar för egna patienter, men det räcker inte. Bahar Nikaein beräknar att en familjeläkare i Sollefteå normalt har mellan 2 000 och 3 000 personer på sin lista. Periodvis, som när ST-läkarna tjänstgör på andra kliniker, kan det handla om bortåt 4 000.

– Vi är för få doktorer, helt enkelt, säger hon. Det är grundproblemet. Och det har blivit sämre och sämre. Jag vet inte hur länge vi orkar.

Den ansträngda situationen går också ut över patienterna. Om det inte är något akut, kan väntetiden för att få träffa en läkare ligga på tre-fyra månader. De som ringer akut har vårdgaranti och ska få komma inom en vecka. Men de multisjuka äldre som står på väntelistan kan få vänta i månader.

Problemet med läkarbristen på vårdcentralerna är inte begränsat till Sollefteå. Några dagar före Läkartidningens besök beskriver Tidningen Ångermanland situationen på Kramfors (en fast läkare på fyra läkartjänster), Höga kustens (också en på fyra) och Nylands hälsocentraler (en fast läkare på tre läkartjänster).

Arbetsmiljöverket har inspekterat 16 av landstingets vårdcentraler i Västernorrland, och riktar kritik mot

bland annat hög arbetsbelastning. Blir det ingen förbättring kan det bli aktuellt med viteskrav.

Det mest påtagliga resultatet av Arbetsmiljöverkets och facketes besök, säger Bahar Nikaein, är att vårdcentralen fick tillstånd att anlita stafettläkare, något det varit stopp för tidigare. Nu har man oftast en stafettläkare på plats, vissa veckor två. Men det är svårt att locka hit även dem.

Enbart pengar löser inte situationen. De finns pengar till att besätta de vakanta läkartjänsterna, men man hittar inte läkare. Vill man förändra situationen måste man göra arbetet mer attraktivt för doktorer, säger Bahar Nikaein:

– När jag började som ST-läkare inom primärvården hade vi bra lön i förhållande till andra specialiteter, men så är det inte längre. Och för några år sedan blev det stopp för utbildningspengar till familjeläkare; vi har inte längre pengar till utbildning, som våra kollegor på sjukhuset har.

– Så varför skulle en familjeläkare vilja komma till en arbetsplats där det inte finns intresse för kompetensutveckling, där man har stor arbetsbelastning och samtidigt dålig ersättning jämfört med andra specialiteter?

Bahar Nikaein, som ursprungligen kommer från Iran, utbildade sig till läkare i Frankrike och arbetade fem år som geriatriker i Paris. Hon flyttade till Sollefteå därför att hennes man, som också är från Iran men har svensk läkarutbildning, gjorde AT och ST här. Sollefteå är en fin liten stad där det är tryggt för barnen att växa upp, säger hon. Men de stannar inte till vilket pris som helst:

– Jobbet som familjeläkare är fantastiskt. För patienternas skull vill jag fortsätta jobba. Men det måste hända någonting. Annars är det svårt att fortsätta jobba på detta sätt. Vi stannar kvar för att vi vill att det ska bli bra. Men det finns gränser. ■



Burträsk

»Här stannar läkarna till pensionen«



Distriktsläkarna Björn Löfvenius och Sven-Erik Åslund på hälsocentralen i Burträsk.

Hälsocentralen i Burträsk ligger i glesbygd men är ändå fullt bemannad. Här stannar läkarna tills de går i pension, och under tiden har de rekryterat sina efterträdare.

Burträsk är en ort med drygt 4 000 invånare; den ligger i jordbruksbygd fyra mil sydväst om Skellefteå, och är mest känd för att det är här Västerbottensosten tillverkas.

Trots att den ligger i glesbygd, är hälsocentralen i Burträsk en av de få som lever upp till normen att det ska finnas en fast allmänläkare per 1 500 invånare. Läkarna trivs och stannar kvar; hälsocentralen har haft full bemanning sedan 1997, konstaterar verksamhetschefen Maud Sjöberg.

Vårdcentralen är relativt liten, med 4 200 listade pa-

tienter på tre specialistläkare (2,75 heltidstjänster). Därutöver finns det två ST-läkare som har varit där i fem år var, och en underläkare som är vikarie. Att ST-läkarna finns där är ingen slump. Inom ett par år går två av de tre fasta läkarna i pension, och då ska de två ST-läkarna vara färdigutbildade och kunna ta över.

Vikarien är precis klar med sin AT, och kollegorna ser gärna att han stannar i Burträsk som ST-läkare. Då blir han färdig specialist samtidigt som det är dags för den tredje fasta läkaren att gå i pension.

– För sju år sedan satte vi oss ner och gjorde en strategibedömning av pensionsavgångarna, säger Sven-Erik Åslund, en av de distriktsläkare som snart går i pension; han har



Foto: Viktor Lundberg

»På landstinget tror de att när det blir en vakans sätter man in en annons och så kan man anställa en färdig specialist. Jag förstår inte hur de tänker.«

arbetat på hälsocentralen i Burträsk i 28 år, och har tidigare bland annat varit verksamhetschef.

– Vi kom fram till att aktiv rekrytering är den bästa strategin, rekrytering av både ST och AT. Vi jobbar aktivt mot underläkarna i Skellefteå, och har bland annat ett tredagars vinterseminarium i Malå som är helt inriktat på hur vi jobbar på hälsocentraler. Vi är också öppna mot läkarstuderande från alla terminer.

Det var svårt att sälja in den långsiktiga rekryteringsstrategin till landstinget, konstaterar han:

– »Ni behöver inga ST-läkare, ni är ju fullbemannade«, sade de till oss. Det är problemet i en så stor organisation: det blir en kvartalsekonomi. Vi fick kämpa för att få landstinget att inse, att om vi inte gjorde något direkt skulle det här vara en stafettvårdcentral om sex-sju år.

– På landstinget tror de att när det blir en vakans sätter man in en annons och så kan man anställa en färdig specialist. Jag förstår inte hur de tänker. Man måste utbilda dem på plats. Det är förstas ett risktagande, man kan förlora dem under resans gång. Men den risken måste man ta.

Burträsk är trots allt glesbygd, och att locka hit nya läkare är inte enkelt. Det tyngsta argumentet är den goda arbetsmiljön, som bland annat innebär rimlig arbetsbelastning och bra arbetstider.

– Här börjar vi jobbet klockan 8 med ett kort möte för hela personalen, och går hem klockan 17, säger Björn Löfvenius som är distriktsläkare och medicinskt ledningsansvarig. Att jobba övertid är inte tillåtet. Det är vår policy, och vi lär upp nya AT- och ST-läkare att gå hem klockan fem.

– Om någon ligger efter med till exempel administration så får han signalera det. Då tar vi andra över några patientbesök så han kommer i kapp, och inte behöver jobba över.

Den här beredskapen att rycka ut och hjälpa kollegor är också en del av arbetsmiljön. Bra arbetsmiljö är att ha tillit till varandra, säger verksamhetschefen Maud Sjöberg. Hon är själv sjukgymnast och påpekar att tilliten omfattar alla personalgrupper. Då kan man ha hög flexibilitet på jobbet.

Arbetet på hälsocentralen är medvetet organiserat för att eliminera flaskhalsar och stopp. Dörrarna är öppna, och uppstår ett problem där man behöver hjälp löses det utan dröjsmål.

– Om en patient kommer på provtagning och de där tycker att det behövs en läkarbedömning, så gör jag den direkt, säger Sven-Erik Åslund. Om jag senare behöver ett EKG så är det inte stopp på provtagningen. Jag får det på några minuter. För blir det stopp någonstans drabbar det hela organisationen.



Verksamhetschef Maud Sjöberg i Burträsk.

Det här påminner om någon japansk produktionsfilosofi, men Maud Sjöberg säger att de började utveckla modellen långt innan någon av dem hört talas om »lean«.

Men är det inte den goda läkarbemanningen som gör flexibiliteten möjlig?

– Jo, medger Sven-Erik Åslund. Men vad är hönan och vad är ägget? Varför har vi så bra bemanning med både läkare och annan personal? Jo, därför att flödena går så snabbt och smidigt att man upplever det som en bra arbetsmiljö.

För patienten märks detta på andra sätt. En patient som vill träffa en läkare får vanligtvis göra det samma dag, även om det inte är akut. Inom den stora Västerbottensundersökningen gör man regelmässigt hälsokontroller av alla 40-, 50- och 60-åringar. Men i Burträsk erbjuder man dessutom en 70-årskontroll, och har börjat testa en 75-årskontroll också.

– Det kan diskuteras om det är medicinskt motiverat, säger Sven-Erik Åslund. Men det skapar trygghet hos patientgruppen, och ger underlag till förebyggande arbete. ■

Kåge-Moröbacke

»Uppropet fick stort gensvar«

Läkarna på Kåge-Moröbacke hälsocentral i Skellefteå har tröttnat på den snåla resurstilldelningen till primärvården. De har skrivit ett upprop



Distriktsläkaren Viktoria Strömberg och ST-läkaren Anna Avander.

och uppvaktar landstingspolitikerna.

Det började i november förra året med att lokaltidningen Norran hade en artikel om att Kåge-Moröbacke är en fullbemannad vårdcentral. Läkarna där kände att det var något som inte stämde, berättar en av dem, distriktsläkaren Viktoria Strömberg:

– Varför lyckas vi inte bättre om vi är fullbemannade, frågade vi oss. Vi satte oss ner och började räkna.

Kåge-Moröbacke är en jämliken stor hälsocentral med ►



»Det är inspirerande att det finns en vilja på arbetsplatsen att få det bättre, säger Anna Avander, enda ST-läkaren på Kåge–Moröbacke hälsocentral.

ett upptagningsområde på cirka 16 000 personer. Själva vårdcentralen ligger i Moröbacke, som är en stadsdel i Skellefteå, och det finns också en mindre mottagning i Kåge någon mil norr om staden.

Jämfört med många andra vårdcentraler har Kåge–Moröbacke tidigare haft relativt god bemanning, men två ordinarie läkare har slutat under det senaste halvåret utan att man ännu hittat någon ersättare. Kvar finns i dag 5,65 fasta distriktsläkare, omräknat till heltider, samt en ST- och två AT-läkare.

När läkarna tagit hänsyn till olika faktorer, bland annat att vissa patienter går hos så kallade taxeläkare, kom de fram till att detta innebär att det går nästan 2 200 invånare per heltid. Långt ifrån det som de själva och Läkarförbundet definierar som full bemanning: en doktor per 1 500 invånare.

När de granskade siffrorna upptäckte de också något annat. Västerbottens läns landsting satsar mindre pengar på primärvården än något annat landsting i Norrland, 2 940 kronor per invånare och år, medan man i exempelvis Norrbotten satsar nästan 50 procent mer. Även i jämförelse med hela Sverige ligger Västerbotten bland de allra lägsta.

– Vi blev förvånade över att skillnaderna var så stora, sä-



Viktoria Strömberg

Foto: Viktor Lundberg

ger Viktoria Strömberg. Det är obegripligt att vi i Västerbotten, som har det bredaste vårdvalet, får minst resurser.

– Den förklaring vi fått är att Norrlands universitetssjukhus i Umeå slukar mycket pengar. Visst behövs det ett universitetssjukhus i Norrland, men det vore rimligt med något slags nationellt stöd eller utjämning för att vi ska klara det.

Att Västerbotten satsar så lite på primärvården är svårbegripligt, eftersom landstinget samtidigt satt upp ett oerhört ambitiöst mål: År 2020 ska Västerbotten ha världens bästa hälsa och världens friskaste befolkning.

De här diskussionerna fick läkarna på Kåge–Moröbacke att skriva ett uppdrag, där de bland annat redovisar hur många fler tjänster man skulle kunna få på en vårdcentral om anslagen till primärvården höjs till genomsnittet för Norrland. Uppropet utmyn-

nar i en begäran till landstinget: »Ge oss de resurser vi behöver för att ge länets invånare en väl fungerande primärvård.«

Uppropet fick stort gensvar, säger Viktoria Strömberg. På kort tid samlade man in namnunderskrifter från hälften av de primärvårdsanställda i Västerbotten, och i slutet av januari togs två Moröbacke-läkare emot av landstingets högsta politiska ledning. Tidigare samma dag som Läkartidningen besöker vårdcentralen har två oppositionspolitiker varit på besök.

Vad detta kommer att leda till återstår att se. Nyckeln är att skapa en bättre arbetsmiljö, och då behövs mer resurser. Men det behövs också gott teamsamarbete, bra ledning, fungerande fortbildning och en politik som låter medicinska prioriteringar styra, säger Viktoria Strömberg:

– Jag älskar mitt jobb, men inte min arbetsmiljö. Samma sak säger kollegor när jag frågar dem vad man ska göra för att locka fler läkare till vårdcentralerna. Det är arbetsmiljön som stör. Kan vi förbättra den, skulle det bli lättare att rekrytera och att behålla dem vi har.

– Det finns många allmänläkare som i dag har valt andra arbetsuppgifter. De skulle gå att locka tillbaka till vårdcentralerna om arbetsmiljön blir bättre. Läkardriften går inte att lösa bara genom att skapa fler ST-tjänster, för folk söker inte till dem.

Anna Avander är just nu den enda ST-läkaren på Kåge–Moröbacke hälsocentral. Hon håller med sin handledare Viktoria Strömberg om att jobbet är fantastiskt, men arbetsmiljöproblemen får henne att fundera. Att läkarna här pekar på brister och skriver uppopp tycker hon är positivt:

– Det är inspirerande att det finns en vilja på arbetsplatsen att få det bättre, säger hon. Det är inte avskräckande utan väldigt hoppgivande, så länge man får vara med i diskussionen.

Miki Agerberg

»Jag älskar mitt jobb, men inte min arbetsmiljö. Samma sak säger kollegor när jag frågar dem vad man ska göra för att locka fler läkare till vårdcentralerna. Det är arbetsmiljön som stör.«

Tredjelandsläkare

Ännu längre väg till svensk legitimation befaras

Ett utredningsförslag för att förkorta och förbättra vägen till svensk legitimation för läkare utbildade utanför EU/EES riskerar att i stället förlänga vägen ytterligare. Åtminstone om man får tro Läkarförbundet.

– Ja, det är min bedömning. I alla fall för specialister.

Det säger Joel Hellstrand, internationell samordnare på Sveriges läkarförbund.

I fjol fattade Socialstyrelsen beslut om kompletterande utbildning för mer än 700 läkare med utbildning från länder utanför EU/EES, »tredjeland«. Ungefär hälften av dem var specialistutbildade. Från Socialstyrelsens beslut tar det i genomsnitt ungefär tre år för en specialistläkare och sex år för en icke-specialist att få sin svenska legitimation, enligt en granskning som Riksrevisionen gjorde 2011. Riksrevisionen pekade på stora brister i systemet med att få in utländsk hälso- och sjukvårdspersonal i yrkeslivet.

Enligt granskningen är dåliga språkkunskaper, få praktikplatser och problem med studiefinansiering skälen till den långdragna processen. Socialdepartementet uppdrog med anledning av Riksrevisionens resultat åt läkaren Ingvar Karlberg, professor vid Sahlgrenska akademien, att »klargöra ansvarsförhållanden och förtydliga processen, så att tiden till godkännande av legitimation för den enskilda förkortas«.

Nu har utredaren rapporterat till Socialdepartementet och han föreslår en del förändringar jämfört med i dag. Bland annat skärps språkraven genom ett nationellt prov i sjukvårdssvenska eller betyg från utbildning i sjukvårdssvenska. I dag är kravet motsvarande fullgjord gymnasiesvenska. Joel Hell-

strand säger att det är bra med språkrav men tycker att det ur patientsäkerhetsperspektiv är lika viktigt att läkaren kan språket oavsett om man är EU-läkare, där det i nuläget inte finns några formella språkrav alls, eller om man kommer från tredjeland.

– På det sättet är det svårt att motivera att man ytterligare höjer för dem från tredjeland.

I dag ligger ansvaret för språkutbildning av invandrare på kommunerna, och det är bara kommunerna i Stockholms län som har yrkesinriktad språkutbildning för läkare.

– Det vore bättre att se till att det finns ett utbud av yrkesinriktade språkutbildningar så att det blir möjligt att uppnå kraven, innan man höjer kraven på individen, säger Joel Hellstrand.

Läkarförbundet hade hoppats att utredningen skulle ha föreslagit att Arbetsförmedlingen får i uppdrag att upphandla en kurs i sjukvårdssvenska på nationell nivå som ett helt parallellt spår till kommunal svenska för invandrare.

– Språket är otroligt viktigt för att komma in i den svenska hälso- och sjukvården, så det skulle varit väldigt välkommet, säger Joel Hellstrand.

En annat av Ingvar Karlbergs förslag som Joel Hellstrand är mer positiv till är en obligatorisk introduktionskurs till svensk hälso- och sjukvård på 5–8 veckor för alla, även specialister. I dag finns en högskoleutbildning på två

terminer för tredjelandsläkare som inte är specialister; den utbildningen kommer enligt förslaget att finnas kvar för dem som inte blir godkända på det medicinska kunskapsprovet, motsvarande dagens »TULE-prov« som också ska göras av alla, även specialister, enligt förslaget.

Efter godkänt prov föreslås att icke-specialister går till en »AT-liknande« tjänstgöring och specialisterna till en provtjänstgöring.

Enligt Joel Hellstrand har det hittills varit mycket upp till varje enskild läkare att hitta en plats för provtjänstgöring.

– Det är ganska många specialister från tredjeland som ringer till medlemsrådgivningen och vill ha hjälp att få provtjänstgöringsplatser. Det är svårt att få och det har varit blandade anställningsförhållanden, vissa har gjort de här sex månaderna som praktik med stöd från Arbetsförmedlingen, medan andra har haft lön enligt kollektivavtal som man ska ha.

Enligt förslaget ska regeringen i sina årliga överläggningar med sjukvårdshuvudmännen fastställa formerna för både provtjänstgöringen och den »AT-liknande« tjänstgöringen. Det tycker Joel Hellstrand är positivt.

Men det blir alltså en längre väg att gå med Ingvar Karlbergs förslag, i alla fall för de läkare som redan är specialister, eftersom språkraven höjs och även de måste göra TULE-provet.

– Men när de väl får sin legitimation så har de förmodligen högre språklig kompetens än vad de skulle haft annars, säger Joel Hellstrand.

Förslaget kommer inom kort att skickas ut på remiss till bland annat Läkarförbundet.

Sara Gunnarsdotter

Datainspektionen starkt kritisk till ny registerlag

Datainspektionen, DI, avstyrker regeringens förslag till ny lag för registerbaserad forskning. Enligt lagförslaget ska lärosäten kunna samla in personuppgifter för framtida befolkningsbaserade studier utan föregående etikprövning.

Datainspektionen skriver i ett remissyttrande att den föreslagna lagen innebär att en betydande del av den medicinska forskningen kan bedrivas utan att det sker någon etikprövning innan man kontaktar forskningspersonerna och börjar datainsamlingen. DI anser att det behövs en grundligare analys av konsekvenserna innan man genomför en så genomgripande nyordning.

DI anser också att det saknas en analys av lagens förenlighet med EU:s datalagringsdirektiv samt av huruvida det är förenligt med regeringsformen och internationella förpliktelser att biologiska släktingar ska kunna registreras utan större begränsningar.

Det var efter att DI år 2011 stoppade det befolkningsbaserade LifeGene-projektet som regeringen utlovade en tillfällig lag som skulle tillåta projektet att fortsätta. Den nya lagen är tänkt att gälla i väntan på en mer generell översyn av förutsättningarna för registerforskning, och föreslås bli tidsbegränsad till och med 2015.

Michael Lövtrup

»NKS dyrare än vad det hade behövt vara«

På grund av ovana vid OPS – offentlig–privat samverkan – har kostnaderna för Nya Karolinska Solna blivit högre än de hade behövt bli. Det hävdas i en ny rapport från tankesmedjan Timbro. I rapporten kritiseras bland annat att man genomförde upphandlingen trots det bara fanns en anbudsgivare, tvärt emot alla rekommendationer. Det konstateras också att utformningen av det nya sjukhuset beslutades långt innan det fanns en plan för verksamhetsinnehållet, och att det nu visar sig vara för litet för att rymma all högspecialiserad vård i landstinget.

Det nya sjukhuset kostar 52 miljarder kronor under 30 år.

ML

Strid om folkomröstningsfrågan i Västerbotten

Som väntat blev det ingen enighet om vad som ska stå på röstsedlarna när Västerbotten som första landsting i landet håller folkomröstning. Nu är frågan återremiterad, och det är oklart när omröstningen kan hållas.

Motståndet från den politiska majoriteten hjälpte inte. Efter en lång debatt i landstingsfullmäktige den 19 februari drev de borgerliga partierna och Vänsterpartiet igenom kravet på en folkomröstning om den stängda sjukstugan i Dorotea och den indragna ambulansen i Åsele.

Däremot är det ännu inte klart vad som ska stå på röstsedlarna. Oppositionen ville ha samma fråga som i folkomröstningsinitiativet, medan majoriteten förordade en formulering där ja-alternativet innebär att beslutet att ta bort sjukstugan i Dorotea och ambulansen i Åsele står fast. Från Folkinitiativet är



Artikel ur Läkartidningen nr 5/2013.

man kritisk till majoritetens förslag, och man hade hotat överklaga en sådan formulering till förvaltningsrätten. Men nu blev det inget beslut eftersom oppositionen drev igenom en återremiss i frågan. Även frågan om när omröstningen ska hållas ska beredas vidare.

Omröstningen är rådgivande och den politiska majoriteten har satt upp som krav att minst hälften av de röstberättigade i länet deltar för att man ska följa ett eventuellt nej och backa från beslutet om Dorotea och Åsele.

Michael Lövtrup

■ Den politiska majoritetens förslag till formulering på röstsedlarna:

För att minska underskottet i landstingets budget beslutades att minska antalet vårdplatser i Dorotea från fyra till två och att ersätta den stationerade ambulansen i Dorotea med en akutbil. Ska detta budgetbeslut med nämnda åtgärder gälla tills vidare?

■ Oppositionens och Folkinitiativets förslag till formulering:

Vill du ge Västerbottens läns landsting i uppdrag att utforma ett åtgärdspaket som säkerställer sjukvård för alla, vilket bland annat innebär att Dorotea sjukstuga får primärvårdsplatser som tidigare och att Åsele får en egen ambulans? ■

Lundastudenternas strejkhott avblåst – för tillfället

Först dialog och en kravlista till politikerna. Sedan kvarstående strejkhott om politikerna inte uppfyller studenternas krav. Det blev fullmäktigemötets beslut om motionen som från början föreslog en endagsstrejk i protest mot bristerna vid Skånes universitetssjukhus.

I januari berättade Läkartidningen att en grupp läkarstudenter motionerat till Medicinska föreningen Lund-Malmö (MF) om att studenterna borde strejka under en dag i mars för att sätta press på Skåne-regionens politiker att tilldela vården de resurser som krävs (se LT 5/2013). Motionärerna ansåg att nedskärningarna av den skånska vården också var ett hot mot utbildningskvaliteten. Inför MF:s fullmäktigemöte som hölls den 19 februari hade styrelsen enats om att inte

ställa sig bakom motionen, även om man delade synen på grundproblemet.

Strejkhottet hade emellertid uppmärksammats av två politiska sekreterare (båda M) från regionledningen, och dagen före fullmäktigemötet träffades de och MF:s styrelse. Julia Frändberg, ordförande i MF, berättar att de politiska sekreterarna först redogjorde för den rådande sjukvårdspolitikerna och att de sedan lyssnade på studenternas beskrivning av situationen.

– Vi förklarade att utbildningen på klinikerna ibland inte är accepterbar eftersom resursbristen påverkar så mycket. Det kändes som om de lyssnade och tog till sig, säger Julia Frändberg.

Hon säger att samtalet gav henne möjlighet att under fullmäktigemötet argumentera mot motionen i och med att MF nu inlett en dialog med politikerna.

Men mötet ville annorlunda, och man kom fram till att en arbetsgrupp ska formulera en lista med krav på åtgärder som är nödvändiga för att säkerställa utbildningskvaliteten och arbetsmiljön inom regionens sjukvård.

Politiker och studenter ska också bjudas in till ett öppet möte kring frågorna om vår-



Julia Frändberg, ordförande, MF

dens kris i förhållande till utbildningens kvalitet.

Ett extra fullmäktigemöte ska hållas redan den 13 mars för att fastställa MF:s krav och även en tidsplan.

Om inte regionens politiker kan tillmötesgå kraven inom den uppsatta tiden ska föreningarna planera för en endagsstrejk.

– Det blev en kompromiss som alla är nöjda med, säger Julia Frändberg.

Hon får medhåll av Sten Axelson Fisk, en av motionärerna. Han menar att fullmäktigebeslutet blev historiskt för Medicinska föreningen »eftersom kåren tog steget ut på den vårdpolitiska arenan och visade att morgondagens läkare är beredda att ta strid för läkarutbildningens och sjukvårdens kvalitet«.

Sara Gunnarsdotter

LIPUS tar över efter IPULS

Nu är det klart att Läkarförbundet driver vidare Spur-inspektionerna och certifiering av fort- och vidareutbildning i egen regi. Ett nybildat bolag, LIPUS AB, börjar sin verksamhet den 1 mars.

Framtiden har varit oviss för IPULS AB efter regeringens beslut att flytta administrationen av SK-kurser till Socialstyrelsen. Eftersom SKL och Läkarsällskapet, de övriga delägarna, meddelat att man vill dra sig ur har det varit upp till Läkarförbundet om den återstående verksamheten skulle fortgå. Det handlar om hanteringen av kurskatalogen, kurscertifiering, CME-ackreditering samt inspektioner av ST-utbildningen (Spur-inspektionerna).

Den tveksamhet som funnits har rört ekonomin. Med SK-kurserna försvann de statsbidrag som utgjort huvuddelen av IPULS finansiering. Samtidigt har det funnits en stark önskan bland specialitetsförningarna att verksamheten skulle drivas vidare, och i slutändan har nyttan för läkarkollektivet vägt över, säger Kåre Jansson, chef för Läkarförbundets avdelning för politik och profession.

– Kompetensutveckling och kunskapsspridning bland läkare är en central angelägenhet för Läkarförbundet som professionsorganisation, och det här är vårt huvudredskap för att arbeta med sådana frågor.

Att IPULS tjänster varit efterfrågade har också haft betydelse.

– IPULS har haft ett väldigt gott renommé, och fler och fler kursgivare har valt att bli certifierade.

Vid sitt sammanträde i början av februari fastställde Läkarförbundets centralstyrelse ägardirektiv för det nya fö-

retaget, som får namnet LIPUS AB – Läkarnas institut för professionell utveckling i sjukvården. Första mars startar verksamheten, som ska finansieras genom avgifter för ST-inspektioner och kursgranskning. Tanken är enligt Kåre Jansson att man under en treårsperiod ska se om det går att etablera en ekonomiskt bärkraftig verksamhet.

En viktig utmaning för det nya bolaget blir att förbereda organisationen för att vid sidan av traditionella Spur-inspektioner även kunna åta sig större inspektionsuppdrag med många specialiteter inblandade.

– Med den nya ST blev det obligatoriskt med extern granskning av utbildningen, och det är troligt att vissa vårdgivare, som sjukhus, framöver kommer att vilja upphandla större samordnade inspektioner.

För att kunna möta en sådan efterfrågan gjordes 2012 en omorganisation av IPULS

med heltidsanställda teamledare som skulle leda inspektionerna. Den nya organisationen mötte stark kritik, då många menade att gränsengagemanget hotades.

LIPUS kommer nu att samla alla Spur-samordnare i syfte att nå en konsensus om hur man ska ställa sig till större uppdrag.

– Vi kommer inte att ha heltidsanställda, men vi måste hitta en samarbetsform så att vi kan leverera inspektioner som är attraktiva för dem som ska betala, säger Kåre Jansson.



Kåre Jansson, Läkarförbundet

»Kompetensutveckling... är en central angelägenhet för Läkarförbundet.«

Michael Lövrup

Till dig som studerar till läkare!

Som läkarstuderande är du viktig för oss, och jag tror också att Läkartidningen kan bli viktig för dig. Därför skickar jag ett provexemplar, så att du själv kan bilda dig en uppfattning om Sveriges ledande medicinskt vetenskapliga tidskrift.

Vi vill vara ett stöd i dina studier, väcka ditt intresse och din läslust. Vi vill också ge en bred bild av vad som händer i Sjukvårdssverige – inom medicin, sjukvårdspolitik och läkarfacklig verksamhet – samt stimulera till debatt.

Vill du fortsätta att läsa Läkartidningen efter provnumret?

Då ska du tacka JA till vårt fina erbjudande:

- Är du medlem i MSF betalar du 150:- för 12 mån + 3 extra månader gratis.
- Är du inte medlem i MSF betalar du 1523:- för 12 mån + 3 extra månader gratis.

Mejla dina uppgifter till pren@lakartidningen.se

Välkommen som prenumerant!

*Jonas Hultkvist
Chefredaktör och
ansvarig utgivare*



Utmanande saklig

Läkartidningen