

# Politisk enighet om primärvårdens behov – men pengarna kommer inte

**Trots en stor politisk enighet om behovet av en väl fungerande primärvård så styrs landstingens resurser sällan dit. Men varken sittande vårdministern Ylva Johansson eller utmanaren Maria Larsson vill se en nationell reglering av primärvården.**

Det var vid Distriktsläkarförbundets (DLF) fullmäktige som vård- och omsorgsminister Ylva Johansson mötte de fyra borgerliga partiernas talesperson i hälso- och sjukvårdsfrågor, Maria Larsson (kd). Det var dock svårt att hitta någon klar skiljelinje mellan de båda politikerna som båda vill satsa på primärvården och på fler allmänläkare. Maria Larssons recept heter mångfald i form av möjligheter till avknoppning, medan Ylva Johansson gång på gång tryckte på att vad sjukvården i allmänhet och primärvården i synnerhet behöver är resurser. Som enligt Ylva Johansson egentligen redan finns.

– Vi har ökat resurserna till sjukvården under en tioårsperiod från 8,2 till 9,2 procent av BNP, dessutom har BNP ökat. Just nu gör alla landsting positiva resultat, sa Ylva Johansson.

Men det var flera i auditoriet som inte nöjde sig med det.

– Upp till bevis! sa Göran Fälthammar, ordförande i DLF Bohuslän, som undrade hur och när den verbala satsningen på primärvården också ska bli reell.

– Verksamheten är erkänt kostandseffektiv, likväl har primärvården inte fått något viktigt resurstillskott de senaste 50 åren! Varje gång det görs en politisk drive för mer pengar till primärvården visar det sig i efterhand att i själva verket har sjukhusvården alltid fått mer, sa Göran Fälthammar

Anders Nilsson, kassör i DLF, undrade också hur det skulle gå till att effektuera det som verkar vara den samfälliga politiska viljan – mer resurser till en väl fungerande och fullbemannad primärvård – om vi nu inte ska ha nationell reglering.

**Maria Larsson replikerade** snabbt att hon inte ville ta ansvar för att landstingen inte lyckats leva upp till intentionerna.

– Det är mycket få landsting som varit alliansstyrda.

Men hon vidhöll att det är på landstingsnivå som ansvaret måste ligga för att de politiska besluten ska bli verkliga.

– Vi arbetar mycket med att förankra de här tankarna hos

våra landstingspolitiker, sa hon.

Ylva Johanssons förklaring till att inget händer var folkviljan.

– Det går nästan inte att lägga ner sjukhus ute i landstingen även om det är ekonomiskt välmotiverat att styra över resurser till primär- och närsjukvård. Det folkliga stödet att behålla sjukhuset är väldigt starkt även om det är främst primärvården man går till – och blir förbannad på när man får vänta i telefonkö hos.

När debatten var över och politikerna lämnat lokalen så vittnade bland annat Moa Vlastós från DLF Västmanland om att där hade det minnsann gått att lägga ner sjukhus, men inte hade det styrts över några pengar till primärvården för det.

– Besluten i landstingen går i allmänhet ut på att prioritera primärvården. Men sjukhusvården driver sina egna intressen starkare, primärvården har haft svårare att visa hårda fakta, sa Ylva Johansson.



Foto: Hasse Pettersson

Rörande överens var de, Ylva Johansson (s) och Maria Larsson (kd), om vikten av en välfungerande primärvård. Om att det behövs fler allmänläkare och att de som arbetar i primärvården måste få känna att de har en möjlighet att påverka sin arbetsplats. Ja, enigheten var så stor att det föranledde Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm att fråga vem av dem hon egentligen ska rösta på.

Hon fick medhåll av Maria Larsson som menade att om bara primärvården blev bättre på att göra »kundundersökningar« så skulle kvaliteten i verksamheten höjas till skyarna och det skulle bli lättare att förstå hur viktig primärvården är. Därmed skulle det bli lättare att koppla resurstillskott till primärvården.

– Problemet är att alla redan är överens om att primärvården är bra, ändå händer ingenting, konstaterade Göran Fälthammar, DLF Bohuslän.

Sara Gunnarsdotter

## DLF inventerar huvudskyddsombud

Distriktsläkarförbundet ska inventera i vilken mån det finns huvudskyddsombud inom primärvården samt verka för att sådana utses. Det var efter en motion från Per Nordlund, DLF Sydvästra Skåne, som beslutet fattades.

Per Nordlund är själv huvudskyddsombud för primärvården för Malmö läkarförbunds räkning. Han uppmärksammade att det finns

mycket att göra för skyddsombud i primärvården med spridda arbetsplatser och stora arbetsmiljöproblem och på vissa håll svagt fackligt engagemang.

– Huvudskyddsombudet kan utgöra ett stöd för de lokala skyddsombuden men kan också själv behöva stöd. Vi skulle behöva ett nätverk, sa Per Nordlund. Även det sista bifölls av fullmäktige. ∞

## Sparsamhet eller bristande engagemang?

När DLFs kassör Anders Nilsson kommenterade att årets fullmäktigemöte precis som året innan präglats av fördömlig sparsamhet, replikerade Göran Fälthammar, DLF Bohuslän, att detta kanske inte bara var glädjande utan ett uttryck för bristande engagemang från DLFs lokalföreningar, framförallt de med lång resväg till Stockholm. Ordförande Bennys Ståhlberg

medgav problemet och sa att styrelsen till och med kunde tänka sig distriktsläkarmedlemmar från lokalföreningar som fullmäktigerepresentanter i de delar av landet där DLF inte har aktiva lokalföreningar. Detta verkade emellertid inte hörsammats. Från tolv av 28 lokalföreningarna fanns ingen representant närvarande vid DLFs fullmäktige. •

# De nya arbetstidsreglerna bör utformas så lokalt som möjligt

**Den första januari ska EGs arbetstidsdirektiv börja gälla fullt ut. Nils Erik Solberg, jurist och ombudsman på Läkarförbundet, säger att resultatet av detta egentligen inte kommer att innebära några jätteförändringar. Men vägen dit kan bli svår.**

Läkarförbundet har uppmanat sina lokalföreningar att ta initiativ till diskussioner om de nya arbetstidsreglerna med arbetsgivaren. Ulrika Edwinson, avdelningschef för Arbetsliv och juridik på Läkarförbundet, säger att arbetet måste göras så lokalt som möjligt.

– Helst bör man gå igenom varje verksamhet eller klinik för sig.

I många landsting har arbetet börjat, och det har inte varit helt lätt alla gånger. I Skåne känner sig läkarföreningarna helt överkörda av arbetsgivaren som valt att reglera arbetstiderna på regionnivå, något som enligt Ulrika Ed-

winson är ett aldeles för stort grepp att ta i en fråga som kräver olika lösningar för olika verksamheter. De Skånska läkarföreningarna har bland annat kritiserat arbetsgivaren för ett oflexibelt förhållningssätt till reglerna och för att vilja reglera arbetstiden onödigt hårt i förhållande till EU-direktivet. Förhandlingarna med arbetsgivaren har nu avslutats utan att man kunnat komma överens.

**På andra håll** har samarbetet mellan arbetsgivare och fack fungerat smidigare. I Kronoberg har arbetsgivaren och de fackliga organisationerna börjat med att sätta sig in den nya lagen. Därefter har arbetsgivaren skrivit ett lokalt tolkningsdokument som nu är ute på remiss hos landstingets kliniker och driftsenheter. Senast den sista april ska dessa inkomma med konsekvensanalyser.

– Landstinget Kronobergs tolkning är mer dämpad, inte

lika hård som den tolkning som man gjort i region Skåne, säger Fredrik Schön, styrelseledamot i Kronobergs läkarförening och den som är läkarnas representant i landstingets arbete med de nya arbetstidsreglerna.

Han säger att läkarföreningen i princip kan ställa upp på arbetsgivarens tolkning och har gott hopp om att komma överens före årsskiftet.

**Fredrik Schön** är visserligen lite oroad över vilka konsekvenser de nya reglerna kan få för de mycket små kliniker som finns på främst Ljungby lasarett.

– De upprätthåller jourlinjer på väldigt få huvuden, då riskerar de att snabbt slå i arbetstidstaket.

Dessutom säger Fredrik Schön att det inte alla gånger är självklart att de nya reglerna skapar en bättre arbetsmiljö.

– Folk vill ta ansvar för att arbetet blir väl utfört. Om man då inte får vara här dagen efter ett bakjournspass så växer höger och patienter får vänta på kontakt. Man vinner vila på bekostnad av ökad stress.

Läkarföreningen i Kronoberg har också begärt att arbetsgivaren ska garantera att läkarna inte förlorar ekonomiskt på de nya reglerna, men det har arbetsgivaren hittills vägrat.

– Det är en fråga som kommer att bli inflammerad.

Allra svårast i de nya reglerna är frågan om beredskap som sammanfaller med dygnsvila tycker Fredrik Schön.

**Han får medhåll** av Nils Erik Solberg. Enligt den nya lagen får helt enkelt de 11 timmarnas dygnsvila inte avbrytas.

– Om man inte kan lägga om schemat så att beredskapen inte sammanfaller med

dygnsvila så måste man helt enkelt teckna avstegsavtal, säger Nils Erik Solberg.

Läkarförbundets inställning till de nya arbetstidsreglerna är att man i första hand bör göra en organisationsöversyn för att se hur man kan tillämpa reglerna inom gällande lag.

– Att teckna avstegsavtal är ett andrahandsalternativ säger Ulrika Edwinson.

Nils Erik Solberg är av samma uppfattning men lägger till att han tror att det kommer att bli fråga om avstegsavtal på många håll just i fråga om beredskap i kombination med dygnsvila.

**Såväl enskilda** medlemmar som företrädare för lokalföreningarna hör av sig till Läkarförbundets avdelning för arbetsliv och juridik för att få veta mer om de arbetstidsregler som ska börja gälla efter årsskiftet.

– Många tycker inte att de kan någonting och vill veta mer om allt. Av de enskilda medlemmarna som ringer är det vanligaste en allmän undran: »Hur kommer detta att påverka mig i mitt arbetsliv?«, säger Nils Erik Solberg.

Han brukar svara att det här är regler som ska användas för att förbättra arbetsmiljön och tror att många organisationer egentligen inte behöver särskilt stora förändringar för att passa ihop med de nya reglerna.

– Att komma dithän kan vara svårt, men resultatet blir nog ingen fullständig revolution.

**Sara Gunnarsdotter**

Fotnot: EUs arbetsdirektiv har formellt gällt ända sedan Sverige blev medlem i EU för drygt tio års sedan. Men det var först förra året som den svenska Arbetstidslagen (efter flera påstötningar från EU-kommissionen) anpassades efter direktivet. Att det för läkarna ändå inte blir helt implementerat förrän efter årsskiftet beror på att kollektivavtalet, där arbetstider regleras, redan gällde då Arbetstidslagen ändrades.

## Pengar får inte ersätta avbruten vila

Förändringarna i Arbetstidslagen (1982:673) innebär bland annat att den sammanlagda veckoarbetstiden inte får överstiga 48 timmar i genomsnitt under en fyramånadersperiod. Begrepp som redan fanns i den svenska Arbetstidslagen före förändringen, som jourtid och övertid, räknas också in i »sammanlagd veckoarbetstid«. Semester och sjukfrånvaro likställs med arbetstid.

Alla arbetstagare ska också ha rätt till minst elva timmars sammanhängande dygnsvila.

Det är enligt lagen möjligt för parterna att inom vissa gränser teckna avstegsavtal, men ett sådant avtal får inte innebära mindre förmånliga villkor för arbetstagaren än vad som följer av arbetstidsdirektivet (2003/88/EG).

Nils Erik Solberg, jurist och ombudsman på Läkarförbundet, säger att man måste komma överens om hur compensationen ska se ut. Compensationen för avbruten dygnsvila kan aldrig vara pengar utan måste handla om tid i någon form.

– Man måste också komma överens om när compensationen ska läggas. Läkarförbundets uppfattning är att den ska ligga så fort det bara går, annars går tanken om vila förlorad, säger Nils Erik Solberg.

I det nuvarande kollektivavtalet för landstingsanställda läkare finns inget inskrivet om möjlighet att teckna lokala avstegsavtal beträffande arbetstidsfrågan. Det innebär att de avstegsavtal som lokalföreningarna trots allt förväntas teckna, formellt måste godkännas av Läkarförbundets förhandlingsdelegation.

# »Medicinsk turism« ökar risk för importerad MRSA

Patienterna bör informeras om riskerna

**Patienter som beger sig till exempelvis Storbritannien för en planerad operation, bör informeras om den förhållandevis stora risken att smittas av MRSA. Det är lättare att koppla smittrisk till ett enskilt land än till ett specifikt medicinskt ingrepp.**

Det säger överläkare Erik Torell på sektionen för vårdhygien på Akademiska sjukhuset i Uppsala. Bakgrunden är den höga förekomsten av MRSA i många av de länder där svenska patienter söker vård. Enligt nya siffror är en fjärdedel av MRSA-fallen i Sverige utlandsförvärvade (se Nya rön sid 1285 i detta nummer av LT).

Erik Torell är knuten till Strategigruppen för rationell antibiotikaanvändning och minskad antibiotikaresistens (Strama), och dessutom ordförande i den nationella vårdhygiengruppen som samarbetar med Strama.

– Vi har idag ingen bra statistik över hur många som smittats med MRSA i samband med elektiv utlandsvård. Men vi har diskuterat frågan i vårdhygiengruppen, bland annat om möjligheten att skicka ut en enkät till vårdhygieniker i Sverige om hur många som smittats på detta sätt, säger Erik Torell.

**Utifrån anmälda fall** så ökade incidensen av MRSA i Sverige mellan 2000 och 2003 från 3,7 till 6,1 per 100 000 invånare. Till viss del kan ökningen förklaras av att allt fler scree-

**»Nu har bland annat Storbritannien påbörjat kampanjer för att vårdpersonal ska använda handsprit. Det var någont som Sverige och Finland införde redan på 1960- och 1970-talen«.**



Foto: REX Features/IBL Bildbyrå

Storbritannien är ett av flera länder som svenskar väljer när de söker vård utomlands. Enligt nya siffror är en fjärdedel av MRSA-fallen i Sverige utlandsförvärvade.

ningodlingar genomförs.

– Vi har på de flesta håll i hela landet ett finmaskigt nät för att med provtagningar fånga upp patienter som vårdats utomlands, innan de släpps in i den svenska vården. Jag skulle därför tro att vi har ett mycket litet mörkertal, säger Erik Torell.

**Enligt** Försäkringskassans statistik över utlandsvårdade svenskar tillhör operationer för knä- höft- och ryggbesvär de vanligaste ingreppen. Men Erik Torell menar att det är svårt att peka på vissa speciella ingrepp som mer riskfyllda än andra ifråga om risk för MRSA-smitta.

– Vi kan inte säga att ett visst ingrepp generellt sett innebär en ökad risk, utan bör i stället peka på att vissa länder har större problem

med MRSA än andra.

– Men vi inom Strama och vårdhygien ser ett uppenbart problem: när vi får en bättre kunskap om var patienter smittats så borde de som planerar att söka behandling utomlands informeras om riskerna. Men vem ska ansvara för den informationen? Försäkringskassan, som finansierar utlandsvården, borde ha ett intresse av det. Men samtidigt är det ju Socialstyrelsen som har det övergripande ansvaret för hälso- och sjukvården i landet, säger Erik Torell.

**Nu har bland annat Storbritannien påbörjat kampanjer för att vårdpersonal ska använda handsprit.** Det var någont som Sverige och Finland införde redan på 1960- och 1970-talen, och som kan vara

## FAKTA

Enligt Försäkringskassans statistik ökade antalet svenskar som fick ersättning för vård utomlands från färre än 10 ärenden per månad i början av 2004 till över 90 ärenden per månad i mitten av 2005. En stor andel är tandvård, men även kirurgi, ortopedi och medicin ökar kraftigt.

Spanien, Frankrike och Storbritannien är några av de länder svenskar väljer för vård. Det är också de länder som ligger bland de högsta i MRSA-incidens i Europa, se Tabell I.

Av de cirka 30 länder som ingår i Nätverket European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS, statistik låg Malta i topp med 19,29 MRSA-fall per 100 000 patientdagar under år 2004. Därefter följde Portugal, Israel, Island samt Frankrike.

## TABELL I. MRSA-incidens i Europa från några olika länder. Antal fall per 100 000 patientdagar och år.

Land	Antal fall
Malta	19,29
Portugal	17,58
Israel	12,16
Island	12,02
Frankrike	11,79
Storbritannien	9,56
Spanien	6,00
Sverige	0,26

Källa: Nätverket European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS). 30 länder finns med i EARSS' statistik. Detta är bara ett urval; de länder som ligger i topp samt länder som svenskar ofta väljer för vård.

en del av förklaring till den låga incidensen av MRSA i Sverige.

Peter Örn  
frilansjournalist