

REPLIK TILL EVA NILSSON BÅGENHOLM OCH GUNNAR WELANDER:

EU-kommissionens påpekande om ersättningsetablering är inte heligt

■ Ärligt talat förstår jag inte Eva Nilsson Bågenholms svar (Läkartidningen 4/2008, sidan 229) på min fråga om Läkarförbundets syn på ersättningsetablering. I sitt svar hänvisar förbundets ordförande till Läkarförbundets två sjukvårdspolitiska program, »Framtidens sjukvård – finansiering, styrning och struktur« (2004) och »Framtidens närsjukvård« (2006).

Vad har dessa program med ersättningsetablering att göra? De är framtidsvisioner som det tar årtal innan de kan omsättas i praktisk politik. Nu diskuterar vi ett konkret förslag om ersättningsetablering som förhoppningsvis blir en proposition före sommaren 2008.

Läkarförbundet har lämnat ett positivt remissvar. Därtill har förbundets centralstyrelse ställt sig bakom Privatläkarförbundets (SPLF) ordförande då han uppvaktade Socialdepartementet i denna fråga. Så frågan kvarstår: Företräder Eva Nilsson Bågenholm förbundets politik i denna fråga? Många privatläkare hade önskat att förbundets ordförande hade gett ett klart besked i den frågan.

I samma nummer av Läkartidningen (sidan 192) finns en notis som hävdar att EU ifrågasätter den nationella taxan som cirka 1 000 privatläkare och 1 400 sjukgymnaster är anslutna till. Enligt notisen anser EU-kommissionen att den nationella taxan strider mot EU-fördraget, eftersom taxan diskriminerar utländska vårdgivare.

Jag förstår inte bakgrunden till den skrivningen. I handlingar från EU-kommissionen, som jag tagit del av, kritiserar inte den nationella taxan i sig. Vad som kritiserar är landstingens godtycke i samband med tilldelningen av

samverkansavtal. Det är en kritik som jag delar.

Det finns inget att invända mot en öppen annonsering och tydliga kriterier i samband med att en läkare överlåter sin mottagning till en annan läkare. En liknande bedömning görs av Sven Erik Skoogh från Sjukgymnastförbundet i en intervju i Dagens Medicin (nr 6/2008). Det är problematiskt att det finns skilda sätt att läsa kommissionens brev till den svenska regeringen, och därför har styrelsen för Storstockholms privatläkarförbund av sitt årsmöte fått i uppdrag att kontakta en oberoende jurist för en »second opinion«.

Jag förstår inte heller att SPLFs ordförande Gunnar Welander oreserverat tar till sig en tolkning av EU-kom-

missionens påpekande som gör att alla privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster på taxan måste söka om sina etableringar (Dagens Medicin nr 5/2008). Nu saknas ett tydligt uttalande från Gunnar Welander som visar att Privatläkarförbundet med full kraft tar strid för frågan.

SPLF får inte ge upp kampen för att behålla ersättningsetableringen på grund av ett »EU-argument« som ännu inte är fullt utrett och där den preliminära tolkningen går att ifrågasätta. Att verka för ersättningsetablering är det viktigaste uppdraget som styrelsen i SPLF har fått från sina medlemmar.

Dessutom är det ett vallöfte från Alliansen. Som jag uppfattar det är frågan om ersätt-

ningsetablering just nu mer politisk än juridisk. Det är viktigt att komma ihåg att EU-kommissionen är ett politiskt organ och att Alliansen har lovat att skydda den småskaliga vårdens överlevnad genom att ge privatpraktikerna rätt att överlåta sina mottagningar.

Privatpraktikerna behövs för att värna den professionella självständigheten, som lätt far illa i stora organisationer, oavsett om de är styrda av landsting eller av stora vårdbolag med vinstintresse. För patienterna är det viktigt med vårdformer som garanterar kvalitet, kontinuitet och konfidentialitet.

Christer Sjödin

ordförande i Storstockholms privatläkarförbund
sjodin.christer@telia.com

REPLIK:

Ett konkurrensneutralt ersättningsystem skulle ge fler läkare i den öppna vården

■ Christer Sjödin och hans kolleger i Storstockholms privatläkarförbund har i brev, debattartiklar och samtal kontaktat mig (Eva NB) och flera andra i förbundet angående vårt ställningstagande i fråga om ersättningsetablering. Jag skrev ett svar i Läkartidningen 4/2008 (sidan 229), men Sjödin anser att jag inte har svarat på frågan. Därför gör jag ett nytt försök, nu tillsammans med Privatläkarförbundets ordförande Gunnar Welander.

Läkarförbundet har sedan ett par år sett att det finns problem med nuvarande lydelse i LOL (Lag om läkarvårdsetablering), och har därför kommit med förslag till förändringar så att vi även i

framtiden kan ha privatpraktiserande läkare i Sverige.

Vi är mycket angelägna om att det även framöver finns en mångfald av vårdproducenter, stora och små, offentliga och privata. Vi vill se en större mångfald än i dag, stiftelser, ideella organisationer, personalkooperativ eller privata aktieföretag, förutom den offentligt producerade vården. Inte minst den småskaliga vården är viktig som alternativ till stora landsting och privata vårdbolag.

Läkarförbundet anser dock inte att LOL fungerar i dess nuvarande form, och det räcker inte med smärre justeringar såsom öppen annonsering och tydliga kriterier i samband med överlåtelse.

Sedan 1994 har i princip inga nya etableringar tillåtits, trots att i stort sett alla politiska partier är överens om att privatläkarna gör mycket värdefulla insatser för sina patienter. Då kan inte Läkarförbundet stoppa huvudet i sanden och fortsätta slåss för bevarande av ett oförändrat system som riskerar att själv-dö! Vi anser att det är Läkarförbundets skyldighet att analysera varför det blivit på det viset och komma med förslag till vad vi kan göra i framtiden för att inte bara rädda den nuvarande småskaliga vården utan också för att utvidga den.

Ett av problemen med LOL i dess nuvarande form är att andra läkare, både utländska

och svenska, inte har möjlighet att konkurrera om befintliga etableringar. Självklart är det en trygghet för den läkare som en gång erhållit en etablering, men det ger upphov till stor frustration för nya kolleger som inte har möjlighet att konkurrera för att kunna etablera sig som ny privatpraktiker.

Vårdgivare ska konkurrera på lika villkor, vilket inte är fallet i dag. Detta är det främsta skälet till att förbundet anser att nuvarande situation inte är hållbar. Vi vill se regelbundna omprövningar, men kontrakten måste vara långvariga så att läkare vågar etablera sig trots stora investeringskostnader. Sjukvård är ingen vanlig marknad eftersom det i praktiken endast finns en finansiär.

Ett nytt system med regelbundna omprövningar av etableringarna förhindrar inte möjligheten för de läkare som nu arbetar enligt LOL att sälja sin etablering.

Det kräver inte heller mångåriga utredningar för att införa ett sådant system, det är inga framtidsvisioner utan ett i allra högsta grad konkret förslag. Det krävs dock av regeringen att man vågar satsa på öppenvård i privat regi, och att man håller det man lovat angående ersättningsetableringarna.

Med genomförandet av föreslagna förändringar av LOL, så att det blir ett konkurrensneutralt nationellt ersättningssystem för privatläkare, skulle sjukvårdshuvudmännen våga satsa på *fler* läkare i den öppna vården, och Sveriges invånare skulle kunna erbjudas snabb och effektiv vård när de blir sjuka.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande,
Sveriges läkarförbund
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

Gunnar Welander
ordförande,
Svenska privatläkarföreningen
gunnar.welander@slf.se

Swedvascs siffror säkra

■ Det har förts en diskussion om vilken behandling av bukaortaaneurysm som är bäst, endovaskulär teknik eller öppen kärllirurgi [1-3].

Förespråkaren för den öppna tekniken [1] har utgått från överlevnadsdata ur Swedvasc – Svenska kärllregistret – och hävdar att patienter som opereras med öppen teknik i Sverige har samma överlevnad som de som opererades med endovaskulär teknik i publicerade randomiserade studier. En av grupperna som argumenterat emot [3] denna åsikt hänvisar till att registerstudier kan tendera att missa fall med komplikationer och postoperativ död och att siffrorna från kärllregistret skulle kunna vara missvisande.

Vi vill därför lugna Delle och medarbetare [3] med att de kan lita på siffrorna från Swedvasc, vilket är ett prospektivt register. Vi genomför just en valideringsstudie, där vi har fått hjälp av Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen att jämföra de ingrepp som registrerats i patientregistret med dem som har registrerats i Swedvasc under år 2006. Jämförelsen görs på individbasis med hjälp av personnummer. Swedvasc registrerade år 2006 93,1 procent av de 1 239 bukaortaaneurysm som behandlades 2006 och rapporterades till Patientregistret.

En stor del av bortfallet var lokaliserat till ett länssjukhus, som under 2006 registrerade mycket få ingrepp i Swedvasc på grund av dålig läkarbemannning. Efter kontakt mellan kollegerna där och ledningsgruppen har dock denna situation kunnat lösas, och under 2007 har registreringen normaliserats. En annan del av bortfallet berodde på enstaka ingrepp som har utförts vid små länsdelssjukhus som inte deltar i registret.

Då bortfallet var litet blir den statistiska osäkerheten

stor. Mortaliteten bland de få som inte registrerats var högre för oplanerad öppen operation men ökade inte mortaliteten för hela den gruppen när de adderades. Det var heller ingen skillnad i mortalitet mellan de två teknikerna i den icke-registrerade gruppen uppdelat på planerade och akuta ingrepp! Här utnyttjades förstås den automatiska kopplingen till folkbokföringen, som ger helt säkra data avseende överlevnad.

Kanske borde Delle och medförfattare litat bättre på sin egen registrering mot bakgrund av att vid deras tre sjukhus återfanns 97,1, 97,4 respektive 97,7 procent av de bukaortaaneurysm som de behandlade och rapporterade till patientregistret, även i

Swedvasc. Vi hoppas att de fortsätter med denna fördömliga registerdisciplin!

För Swedvascs ledningsgrupp
Thomas Troëng
docent, överläkare,
kirurgkliniken
Blekingesjukhuset, Karlskrona
thomastroeng@telia.com

REFERENSER

1. Lundgren F. Evidensbaserad elektiv behandling vid bukaortaaneurysm: Öppen teknik bättre än endovaskulär. *Läkartidningen*. 2007;104:3625-6.
2. Malina M, Holst J, Ivancev K, Lindblad B, Resch T, Sonesson B. Endovaskulär behandling är första handsval vid aortaaneurysm. *Läkartidningen*. 2008;105:142-3.
3. Delle M, Falkenberg M, Nyman N, Formgren J, Konrad P, Lindgren H, et al. Vilsledande om behandling av bukaortaaneurysm. *Läkartidningen*. 2008;105:143.

Annons

Undanta psykoteraapeutiskt arbetande psykiatrer från konkurrensutsättning

■ Som psykoteraapeutiskt arbetande privatpraktiserande psykiatrer är vi bekymrade över det nya ersättningsystem som Läkareförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm skisserar i LT 4/2008 (sidorna 229-30).

Vi kan förstå landstingets strävan efter kontroll och

styrning av sjukvårdsproduktionen, även om vi starkt ifrågasätter föreställningen att det skulle föreligga någon risk för överetablering. Psykiatrer skapar som bekant inte genom marknadsföring överkonsumtion av psykiatri. Man efterfrågar oss helt enkelt inte när vi inte behövs.

Mot bakgrund av den krisartade bemanningssituationen i vår specialitet är föreställningen om överetablering särskilt absurd, då vi med rådande rekryteringssvårigheter lär få dras med psykiaterbrist i många, många år. I en situation som denna är det

naivt att tro att man skulle kunna få till stånd en kvalitetshöjande och prispressande konkurrens.

Men oavsett detta skulle det skisserade systemet vara ödesdigert för den subgrupp som vi tillhör, de psykoteraapeutiskt arbetande psykiaternas. Psykoterapi kan nämligen inte utifrån

»... det tilltänkta systemet skulle rycka undan deras yrkesmässiga förutsättningar«

övervakas, tidsbegränsas och villkoras som vilken medicinsk behandling som helst. Det psykoteraapeutiska samarbetet är mycket känsligt och måste byggas på en exklusiv entill-en-relation med fullständig konfidentialitet. Prövning, bedömning och tidsbegränsning av anslag efter ansökan till en beslutande nämnd förstör de grundläggande förutsättningarna för psykoterapi. I dag är vi privatpraktiker de enda som ännu har möjlighet att bedriva psykoterapi med adekvata ramar, de enda som förmår fullgöra sin uppgift och de enda som ger patienten

möjligheten att bli färdig med sin problematik. All psykoteraupi i landstingets regi är i dag sönderkontrollerad. Man har ännu inte förstått hur katastrofalt kontraproduktivt detta kontrollerande faktiskt är.

Vi ber Eva Nilsson Bågenholm

betänka dessa saker och besinna att om ersättningsystemet ska göras om så som angivits, då bör psykiaternas tills vidare undantas, eftersom det är omöjligt att konkurrensutsetta en specialitet där det råder stort underskott på speci-

alister. Under alla omständigheter måste emellertid de psykoteraapeutiskt arbetande psykiaternas undantas, då det tilltänkta systemet skulle rycka undan deras yrkesmässiga förutsättningar.

Claes Davidson

privatpraktiserande psykiater, leg psykoteraapeut, Lidingö
claes@derkert.com

Tora Derkert

privatpraktiserande psykiater, leg psykoteraapeut, Stockholm
tora@derkert.com

REPLIK:

Vi vill snarast ha utredning om olika ersättningsystem

■ Läkareförbundet har framfört ett förslag till nytt system för ersättning för privatläkare, på grund av att det nuvarande har stora brister och nu också utsätts för kritik från EU.

Om vårt föreslagna system är det optimala vet vi inte; vi vill att det snarast tillsätts en utredning som kan undersöka

flera möjliga ersättningsystem. Innan vi har några nya förslag att förhålla oss till är det svårt att uttala sig om hur man ska lösa problemet för enskilda specialiteter.

Eva Nilsson Bågenholm

ordförande, Sveriges läkarförbund

Kommentar till ett aktuellt rättsfall

■ Sedan 2003 är jag ombud för Thomas Allgén och Teet Härm, vilka 1988 åtalades för mord 1984 på Catrine da Costa. De frikändes. Trots det förklarade tingsrätten att de hade styckat liket.

Thomas och Teet tilläts inte att få domskälen ompröva i hovrätten. År 1991 blev de delegitimerade av kammarrätten, som också ansåg att de hade styckat liket.

Varken Thomas eller Teet var vare sig mördare eller likstyckare. Ingen av dem hade någonsin haft kontakt med Catrine da Costa.

De enorma felbedömningarna grundades under förundersökningen 1984-1987 genom misstag så fantastiska att de skulle ha verkat orealistiska i en detektivroman.

Nu pågår en rättegång om statens skadeståndsansvar för Thomas och Teets förstörda liv. Fakta kan studeras via min nyligen öppnade webbplats <www.andersagell.se>.

För att förstå att det inte funnits något enda bevis av värde mot läkarna bör man först läsa kapitel 8 i 2007 års stämningens ansökan i skadeståndsmålet. Det kapitlet handlar

om förundersökningen 1984-1987. Därefter kan man läsa kapitlen 9-12 om de successiva justitiemorden under kommande år.

Den som läser min resningsansökan av år 2003 bör också förstå att Regeringsrätten år 2004 rätteligen borde ha undanröjt kammarrättens beslut 1991. Detta har Regeringsrättens dåvarande ordförande indirekt medgett i en uppsats i Förvaltningsrättslig tidskrift 2006 på tal om rättsfallet RÅ 2004 not 141. Han nämner dock inte att hänvisningen handlar om styckmordsfallet!

(Se om detta 2007 års stämningens ansökan kapitel 6, särskilt sidan 18 f.)

Graden av felbedömningar från Socialstyrelsens sida och i Regeringsrätten framgår av min skrift »Anatomin av en häxprocess«, se närmare sidorna 12-21 och 37-40.

Anders Agell

professor emeritus i civilrätt, Uppsala
Anders.Agell@jur.uu.se

Publiceringen av Thomas Allgéns och Teet Härms namn sker på deras eget önskemål.

red