

# *Distriktsläkaren*

Nr 3 • 2009 • Svenska Distriktsläkarföreningen • DLF



**Fullmäktigemötet  
Ordförandekonferensen  
Vårdval Skåne**

# Framtiden är vår

**D**istriktsläkarens och allmänmedicinarens unika kompetens inom vården idag förändras och måste förstärkas.

I vårdvalens tid sker förändringar som är helt nya och ovana för oss som verkar och har verkat i många år i en primärvård som har dominerats av ett landstingsmonopol. I monopolsituation har vi vant oss vid att landstingen är uppdragsgivare, beställare, arbetsgivare, utförare och kund i en och samma person. Vår värld har inte varit helt enkel att uttolka och vi har vant oss vid att det oftast är politiska ideologier, samhällets resurser och andras behov som styr den professionella utvecklingen av primärvården. Vi som profession har ofta i liten och varierande grad kunnat styra denna utveckling.

Med vårdvalsutvecklingen förändras denna karta. Landstingens roll skall renodlas som uppdragsgivare, beställare av vård och som kontrollant av att skattebetalarna får ut så mycket högkompetent vård för pengarna som möjligt. Utförarleden förändras mot en ökad mångfald där den landstingsdrivna primärvården bara blir en av många aktörer som förhoppningsvis skall verka på lika villkor. Utföraren ges ansvaret att utforma sin verksamhet utifrån de förutsättningar som råder lokalt. Kundperspektivet förstärks i så motto att patientens rätt stärks och frikopplas från politiska intentioner och perspektiv. Det som kunden själv bedömer är god kompetens och god service är det som skall ersättas och premieras. Kort sagt alla inblandade är tvungna att hantera situationen på ett nytt sätt.

Distriktsläkarens professionella situation blir i denna värld tydligare och den professionella kompetensen och förmågan kommer att bli allt mer betydelsefull för alla inblandade.

Tankarna är goda och går i hög grad i linje med vårt Protosförslag. Det förutsätter dock att vissa grundläggande krav är tillgodosedda. Det primära är tillräckliga resurser. Uppfyllandet av det av riksdagen beslutade målet på 6 000 verksamma allmänläkare, en heltidsarbetande allmänläkare/1500 individer i Sverige måste uppfyllas, annars kommer vi inte att kunna erbjuda den högkvalitativa primärvård som vi vet att vi kan. Utan ett betydande resurstillskott finns risken att vårdvalsreformen bara blir ett platt fall för våra patienter och för oss som profession.

Det andra är att våra politiker inser och anammar sin roll i vårdvalsreformens intentioner. Med en tydlig fortsatt nationell politisk vidareutveckling av de idéer som nu drivs kommer vi att kunna komma längre som profession, och förutsättningarna för att kunna utnyttja vår kompetens kommer att förbättras.

I en tid med svallvågor av en global finansiell kris ser vi dock nu tyvärr att resurserna minskar de närmaste åren. Som en följd av detta förs nu prioriteringsdiskussioner i olika delar av vårt land för att optimera den vård som kan ges utifrån rådande förutsättningar. Om dessa prioriteringar görs av professionen kan det skapa en grund för en definition av primärvårdens basala organisatoriska uppdrag, vilket kan vara positivt då det då kommer att existera flera olika förslag till vad som kan



Ove Andersson

räknas som ett basåtagande utifrån rådande förutsättningar. Dessa prioriteringsdiskussioner som nu pågår på vissa ställen i vårt land är i viss mån historiska ur Svenska Distriktsläkarförningens perspektiv. Det är första gången som uppdragsgivare och profession gemensamt diskuterar och definierar primärvårdens uppdrag och gränser. Denna diskussion behövs och kommer alltid att behövas.

Med en utveckling som i mycket tar sin grund från vårt Protosförslag och med en fortsatt utveckling mot ökande resurser och robusta enkla kvalitativa ersättningsystem och med ett av nöden framdrivet grundåtagande och grunduppdrag, är det min och styrelsens bestämda uppfattning att framtiden är vår. Med en ökad professionell autonomi och med bättre definierade förväntningar utifrån rådande resurser, är vi en tydligare aktör inom primärvården i framtiden. Men vi som profession måste självklart axla detta ansvar för att lyckas. Det är ett ansvar för oss alla.

OVE ANDERSSON

## Svenska Distriktsläkarförningen (DLF)

**Styrelse:** Ove Andersson (ordf), Britt Bergström, Gunilla Boström, Anders Nilsson, Christer Olofsson, Ann-Christine Sjöblom, Ulf Wahllöf, Björn Widlund.

**Kansli:** Anne-Marie Johansson, Sveriges läkarförbund, Villagatan 5, Box 5610, 114 86 Stockholm, tfn 08-790 33 91, fax 08-790 33 95

**Redaktion:** Ulf Wahllöf (red. och ansv. utg.)  
E-post: ulf.wahllof@comhem.se

## Distriktsläkaren, 6 nummer per år (ISSN 0283-9830):

**Adress:** Distriktsläkaren, Box 5610, 114 86 Stockholm

**Produktion:** Mediahuset i Göteborg AB

**Kontakta redaktionen:** dl@mediahuset.se

**Annonser:** Tommy Samuelsson, tommy@mediahuset.se, 031-707 19 30

**Layout:** Gunnar Brink, gunnar@mediahuset.se

**Tryck:** Åkessons Tryckeriaktiebolag

**DLFs hemsida:** www.svdfl.se

**Omslagsfoto:** SXC

# ANNONS

# Information från styrelsen

**Styrelsens arbete har den sista tiden fokuserat på det nyligen genomförda fullmäktigemötet och ordförandekonferensen. En fyllig rapport från dessa möten hittar ni på annan plats i tidningen.**

## Vårdval

Styrelsen fortsätter med sitt arbete att övervaka, diskutera och verka för att påverka beslutsfattare att fatta kloka val om vårdval. Ordförandekonferensen är en del av detta arbete och gav en god information om läget i landet för närvarande och om hur de som nu inför vårdval har resonerat. Vi noterar bland annat att Skåne samt Västra Götaland har presenterat ett brett uppdrag och ersättningssystem med väldigt låg del rörlig ersättning, samt tydliggjort värdet av att premiera dem som lyckas att ta hand om det mesta av den listade patientens bekymmer, det vill säga har en hög täckningsgrad. Styrelsens uppfattning är att detta är en positiv utveckling för den kommande vårdvalsutvecklingen nationellt.

Liksom tidigare under året sker vårt arbete i vårdvalsfrågorna i nära samarbete med Läkarförbundet, vilket är nödvändigt för att få största möjliga genomslag i diskussionen med landsting och andra aktörer i denna fråga. Policydokumentet "Vårdval i primärvården – hur bör det utformas?" har under våren spridits till alla berörda aktörer inklusive våra landstingshuvudmän.

## Arbetsmiljö

En stark oro finns gällande hur arbetsmiljön påverkas i de allt flera och större vårdvalsregionerna. En motion från Västmanlands distriktsläkarförening till årets fullmäktige belyser detta väl då man där har indikationer på att våra medlemmar far illa i den situation som råder nu. I andra delar av landet finns uppgifter som

tyder på att arbetsmiljöproblematiken inte ökar. Styrelsen kommer under året att titta på utvecklingen och få information om denna fråga utifrån olika arbeten inom förbundet. Dels ur den av Läkarförbundet planerade arbetsmiljöenkät som kommer att genomföras under slutet av 2009, dels genom att få data från den arbetsmiljöenkät som genomförts i Stockholm. SYLF har också genomfört en enkät i ST-kollektivet ur vilken vi förhoppningsvis kan få värdefull information. Dessa resultat kommer att ligga till grund för styrelsens fortsatta arbete med frågan de närmaste åren.

## Utbildningsfrågor

Styrelsen arbetar för närvarande aktivt inom förbundet med framtagandet av ett fortbildningspolitiskt program som skall presenteras under maj månad. Basen för det fortbildningspolitiska programmet är den bild som vi alla känner igen med otillräckligt med tid och resurser för individens fortbildning. Allmänmedicin och geriatrik har där noterats som särskilt utsatta specialiteter som inte har en acceptabel fortbildningssituation. Programmet kommer att gå ut på remiss inom förbundet under sommaren 2009, innan det kommer att publiceras under hösten.

## Övrigt löpande arbete

Vad gör vi mer? Normalt sett brukar vi inte belysa det arbete som sker kontinuerligt som en del av vår generella roll och åtagande inom förbundet. I detta *Nytt från styrelsen* vill vi gärna informera om det arbete som sker kontinuerligt i styrelsen, och som sällan får något större utrymme i dessa styrelserapporter.

Remisser från förbundet och regering och riksdag hamnar ofta på vårt bord. I remissflödet just nu kan nämnas att vi under våren bland annat lämnat svar på utredningen "En nationell cancerstrategi",

*Patientsäkerhet – Vad har gjorts? Vad behöver göras?* Styrelsen processar kontinuerligt ett antal remisser och utredningar löpande varje år. Kontakter med andra föreningar sker kontinuerligt. För närvarande har vi pågående kontakter med SFAM samt Företagsläkarföreningen. Ett annat ständigt pågående arbete är Provinsialläkarstiftelsen och dess utbildningar. Just nu försöker vi se om det går att få samverkansvinster mellan Provinsialläkarstiftelsen och Kursdoktorn, som är den största kommersiellt obundna kursarrangören som finns för våra medlemmar.

Styrelsen har som vanligt diskuterat förbundsfrågor. Denna gång har bland annat effekterna av vår tidigare ordförandes, Maria Dalemars, utträde ur Läkarförbundets centralstyrelse diskuterats. För närvarande finns det ingen delegat i Läkarförbundets centralstyrelse som kan företräda Svenska Distriktsläkarföreningens perspektiv. Vi har dock på begäran fått möjlighet att bli adjungerade till Läkarförbundets centralstyrelse vid primärvårdsrelaterade frågor fram till nästa förbundsfullmäktige, då vi ånyo har möjlighet att nominera någon som på ett fast mandat kan föra fram våra idéer i detta sammanhang. Ett kontinuerligt arbete sker också hela tiden inom förbundet i bland annat arbetsmiljöfrågor, förhandlingsfrågor, utbildnings- och fortbildningsfrågor. På varje styrelsemöte sammanfattas och diskuteras alla möten som någon av styrelsens ledamöter deltagit i under perioden från föregående möte. Tidningen Distriktsläkaren är en naturlig och ständig punkt på agendan vid varje styrelsemöte. Tidningens innehåll, inriktning samt utveckling diskuteras kontinuerligt.

OVE ANDERSSON

# ANNONS



Foton: Christer Olofsson

## Distriktsläkarföreningens Fullmäktigemöte 2009

**Vid årets fullmäktigemöte i de anrika Spårvagnshallarna i Stockholm den 8 maj deltog 29 fullmäktigedelegater och 23 inbjudna gäster.**

### Gästtalare Ylva Johansson

Mötet inleddes med ett föredrag av Ylva Johansson, vice ordförande i Riksdagens socialutskott. Senast för tre år sedan hade DLF nöjet att ha samma föredragshållare, då som socialminister under socialdemokraternas regeringsperiod.

Ylva Johansson gav reflexioner kring arbetet i den rådslagsgrupp hon leder om vårdpolitik.

Finansieringen av vården blir problematisk. Visserligen klarar sig de äldre allt längre själva, men förr eller senare slår sjukdom och handikapp till. För att klara de demografiska utmaningarna behövs fler arbetstimmar, livsarbetstiden har sjunkit. Ungdomar och invandrare måste komma i arbete tidigare. Deltidsarbete bör stimuleras att bli heltidsarbete.

En bättre folkhälsa betyder också minskade samhällskostnader. Rådslagsgruppen inriktar sig bland annat på kvalitet och säkerhet inom vården. Köerna är för långa och det saknas generellt bra system för vården. Man jagar för mycket syndabockar i efterhand.

Några förslag som gruppen arbetar med är certifiering för alla vårdgivare, att utrangera upphandlingsförfarandet inom vård, omsorg och skola och en kraftsamling kring sjukskrivningsfrågan med kanske sammanslagning av de myndigheter som spelar med i tidig och samordnad rehabilitering vid sjukskrivning.

Man anser att vårdvalsmodellerna gynnar de starka medborgarna.

Många frågor ställdes. Svaren var intressanta.

Landstingen är för många, ett mindre antal regioner är bättre. En viss nationell styrning bör finnas, dock endast beträffande kvalitet och säkerhet i vården.

Nationella kvalitetsregister bör alla deltaga i och enhetliga IT-system är ett måste. Mer tid behövs till direkt patientarbete – mindre administration. Mer pengar till vården och/eller effektivisering av den.

Intressant är att följa Skånes hälsovalsmodell med den höga kapiteringen.

Borttagande av allmänläkarkontakten i HSL §5 var inte bra.

Socialdemokraterna är positiva till mångfald, men vill inte ha fri etablering.

Skattetrycket behöver kanske ökas från 46% till 47–48%.

Lagar och förordningar måste gås igenom och revideras – de får inte göra mer skada än nytta.

### Fullmäktigemötet

Ordförande Maria Dalemar öppnade mötet med en inledning om vikten av det långsiktiga arbetet inom DLF och betydelsen av det projekt som påbörjades 2002 och som ledde till Protos – förslaget

om det nationella familjeläkarsystemet. Protos har säkert varit värdefullt i det strategiska arbetet på sikt inom DLF och har med största sannolikhet också haft en viss betydelse i samband med uppkomsten av vårdvalssystemen.

Carl-Eric Thors valdes till mötesordförande.

Innan verksamhetsberättelsen genomgicks rapporterade Björn Widlund, Östra Skånes lokalavdelning, från ordförandekonferensen dagen innan.

## Verksamhetsberättelse och verksamhetsplanering

Inledningsvis kunde noteras att antalet medlemmar minskat med 35 samtidigt som även antalet pensionärsmedlemmar minskat. DLF har en anslutningsgrad nära 90%.

Primärvårdens förutsättningar föredrogs av ordföranden. DLF kommer att verka för vårdval, men samtidigt ställa krav på ett tydligt uppdrag med tillhörande tillräckliga resurser för att garantera en tillfredsställande arbetsmiljö, krav på fler fortbildningsdagar för specialister i allmänmedicin, krav på rekryteringsåtgärder som ger en positiv utveckling av antalet allmänläkare och krav på resurser för utbildning av studenter, AT och ST. De ekonomiska ersättningsystemen måste i vårdvalsmo- dellerna gagna både läkare, verksamhet och patienter.

I diskussionen tackade närvarande representant för de studerande för DLFs engagemang för deras framtid.

DLF har under året sammanställt information från landstingen om vakansituation och ST-rekrytering. Vakanser finns i alla landsting, bristen är störst i Norrbotten, som dock har många ST. Många ST och bättre bemanning har Jämtland. I Stockholm finns problem att få till sidotjänstgöringarna, ett strukturellt problem på grund av de många ST-läkare som nyligen anstälts. Skåne verkar vara ensam om att inte erbjuda ST till alla som vården önskar ha.

I diskussionen kom den gamla frågan upp om betydligt utökad utbildning på vårdcentralerna.

## IT-nätverk

Vid förra årets fullmäktigemöte fick DLFs styrelse i uppdrag att tillskapa ett nätverk för lokalavdelningarna beträffande IT. Den formella kontaktytan för detta nätverk kommer att vara på DLFs hemsida, där all information om nätverkets kontaktpersoner, arbete och länkar finns. Inom styrelsen är några tillgängliga som sådana kontaktpersoner.

Vice ordförande Ove Andersson föredrog förhandlingsarbetet under det gångna året. Bland annat har DLF i Läkarförbundets förhandlingsdelegation väckt frågan om ST-läkares anställningstrygghet och vidareanställning i en primärvård med ett ökande antal små och privata vårdgivare. Hur kan vi som facklig organisation verka i en värld med en ökad mängd små och privata vårdgivare? DLF har aktualiserat även denna fråga, dels i förbundets förhandlingsdelegation och dels via en motion till förbundets fullmäktige. Därmed har frågan fått en hög prioritet och har lett fram till kontakter mellan förbundet och Vårdföretagarna, den största arbetsgivarorganisationen på den privata sidan.

Det nya systemet för befattningsklassificering AID-KL (arbetsidentifikation kommuner och landsting) har nu etablerats och kommer att ge underlag för en bättre lönestatistik.

ALG (förbundets arbetslivsgrupp) har representation från DLF och Christer Olofsson från styrelsen gav en inblick i gruppens arbete. Det är viktigt att noga bevaka de arbetsmiljöfrågor som berör DLF. Särskilt angeläget är att värdera konsekvenserna av den ökade privatiseringen och vårdvalsmo- dellerna.

Utbildningsproblematiken presenterades av styrelseledamot Ann-Christine Sjöblom. Det finns en mängd frågor att ta tag i. Sverige har en gedigen utbildning till specialisering i allmänmedicin,

vilket är ovanligt i EU. Internationellt arbetar DLF för en förbättring. Fortbildningen ligger lågt för specialister i allmänmedicin och en förbättring står på DLFs kravlista. I sammanhanget är att notera att Provinsialläkarstiftelsens kurser uppvisar ett sjunkande antal sökande och avhopp i senare skede är ett problem.

Beträffande DLFs representation i förbundets centralstyrelse redogjorde ordförande Maria Dalemar för situationen som uppkommit i och med att hon sagt upp sitt ordförandeskap i en ny arbetssituation. DLF har därmed ingen plats i förbundets centralstyrelse under en tid, men har möjlighet att adjungera representant i primärvårdsfrågor. Beslut om sådan representation är tagen med namngivna delegater.

Kassören Anders Nilssons redogörelse för DLFs ekonomi utlöste munterhet för den skojfriska powerpointpresentationen. Ekonomin är god och detta kommer medlemmarna tillgodo på flera sätt. DLF står för närvarande för kostnader när lokalavdelningsrepresentanter deltar i exempelvis fackligt seminarium och fullmäktigemötet. DLFs Samfond har kunnat dela ut medel till medlemmar bland annat för utvecklings- och forskningsverksamhet.

I anslutning till verksamhetsberättelsen hedrades Ann-Christine Sjöblom för sitt arbete som ordförande inom Stockholms lokalavdelning och Moa Vlastós gratulerades till sin 70-årsdag. Moa är engagerad facklig förtroendemans sedan många år och ännu arbetande specialist i allmänmedicin i Sala.

## Motionerna

Tre motioner hade inkommit.

Den första motionen – från Västmanland – önskade en enkät bland medlemmarna om arbetsrelaterad ohälsa. Bakgrunden var ett antal fall av depressioner, till och med suicid samt även somatiska katastrofer med misstänkt arbetsrelaterad bakgrund.



Ove Andersson – ny ordförande.



Gunilla Boström – ny styrelseledamot.



Björn Widlund – ny styrelseledamot.

Fullmäktige antog styrelsens svar som innebar att man vill avvakta en liknande enkät från förbundet. Denna enkät är planerad och under utarbetande.

Arbetsmiljöproblematik är dock en allvarlig fråga och i diskussionen efterhördes om förbundet arbetar för fler skyddsombud som är läkare, I arbetslivsgruppen ALG är Alicia Lycke specialiserad på detta och kontaktas gärna vid behov. Det sades i sammanhanget att vi i Sverige har världens bästa arbetsmiljölag, men är sämst på att följa den!

Motion nummer två var även den från Västmanland och motionären ville att DLF skall verka för förändringar i kollektivavtal som medför att arbetsgivaren är skyldig att erbjuda läkare över 63 år alternativa arbetsuppgifter med bibehållen lön. Motionen avslogs, men diskussionen var livlig och känslomättad. Från SYLF meddelades att faktiskt en tredjedel av läkarna funderar på att byta yrkeskarriär – man är gravid, man är småbarnsförälder och man vill inte sitta fast i en arbetssituation som tidigare generationer gjort. I primärvården finns möjlighet till deltid, men inom slutenvården är det betydligt svårare.

Den tredje motionen gällde världsmodellerna och hade två yrkanden. Dels att i samarbete med förbundet fortsätta analysen av världsmodellerna och bland annat utvärdera de försök som

görs med viktning av ersättningen med ACG (adjusted clinical groups) och socioekonomisk viktning. Denna del av motionen bifölls. Den andra delen yrkade på ett fortsatt samarbete med Läkarförbundet, övriga berörda yrkesföreningar och SFAM för ett nationellt familjeläkarsystem. Där antogs styrelsens svar, innebärande att DLF via de nämnda föreningarna kommer att lobba för att visa svagheter och styrkor i världsmodellerna med målet att inom ett antal år ha ett nationellt system.

#### Budget

Budgetförslaget för 2009 presenterades av kassör Anders Nilsson och antogs av fullmäktige. Medlemsavgiften har inte höjts på tio år och blev oförändrat 760 kronor. Dock förbereddes fullmäktige på att en höjning framöver kommer att bli aktuell.

#### Val till styrelsen

Valberedningens sammankallande Göran Fälthammar föredrog valberedningens förslag och tog samtidigt upp frågan om svårigheterna att rekrytera. Lokalt arbete måste till för att trygga en framtida styrelsens sammansättning. Önskvärt är representation med geografisk balans, manligt/kvinnligt, representation från den privata verksamheten och medlemmar med invandrarbakgrund. Planerad

mandatperiod bör inriktas på minst två perioder.

Till ordförande valdes Ove Andersson, fyllnadsval efter Maria Dalemar, till vice ordförande Ann-Christine Sjöblom, och till sekreterare Christer Olofsson, bägge på två år. Som ledamot omvaldes Ulf Wahllöf på två år. Nya ledamöter invaldes – Gunilla Boström från Västerbotten på två år och Björn Widlund från Östra Skåne på ett år. Kassör Anders Nilsson och ledamoten Britt Bergström var inte uppe till val i år.

#### Avtackning

Maria Dalemar tackade Carl-Eric Thors för ordförandeskapet vid fullmäktigemötet samt avtackade revisor Aleksander Bakall och ledamoten Rune Kaalhus för deras engagemang i DLF.

Mötet avslutades med att nye ordföranden Ove Andersson tackade Maria Dalemar för hennes 15-åriga och förtjänstfulla arbete i DLF. En kort glimt gavs också av styrelsens vision för fortsättningen – förädling och vidareutveckling av intentionerna i Protos och ett bra arbetsliv för medlemmarna.

Nästa års fullmäktigemöte planeras till den 16 april 2010.

KERSTIN ERMEBRANT



# ANNONS



Foton: Christer Olofsson

## DLFs Ordförandekonferens 2009

**Traditionsenligt hölls DLFs årliga ordförandekonferens på Läkarförbundet och i anslutning till fullmäktigemötet.**

**M**erparten av lokalavdelningarna var representerade och innehållet fokuserade på omvärldsbevakning av IT, klinisk forskning för distriktsläkare, vårdvalsmoeller och introduktion av läkare från utomnordiska länder.

### **IT – en omvärldsbevakning**

Rune Kaalhus från DLFs styrelse presenterade engagerat de komplicerade system som behövs för fungerande IT. Arkitekturen och infrastrukturen i elektronisk presentation är imponerande och knappast känd för gemene man. Inom

Hälso- och sjukvården är IT-utvecklingen fördröjd, men vi läkare hoppas ju på att inom rimlig tid få möjlighet att inhämta diagnoser, laboratoriedata, läkemedelsförskrivningar och annat från alla ställen där det finns elektroniska data om en given patient.

NPÖ, nationell patientöversikt, startar nu och kan vara i bruk i hela Sverige 2011. Alla patienter som haft kontakt med svensk vård skall finnas där. Läkaren skall då ha en vårdrelation till aktuell patient, ha inhämtat samtycke och är själv identifierad med behörighet (SITHS-kort). Tekniskt sett finns en avhämtande funktion som samlar in information från alla ställen där det registrerats elektroniska data om en patient. Dessa data presenteras sedan samlat.

### **Klinisk forskning för distriktsläkare**

Nina Rehnqvist från SBU informerade om sitt arbete i en delegation med uppdrag att förbättra samverkan inom klinisk forskning. I delegationen deltar representanter för hälso- och sjukvården, industrin och för akademien. Forskningen har sackat i Sverige – i viss mån på grund av attityder, avsaknaden av incitament, kortsiktighet och vårdkonflikter. Gruppens arbete startade 2007 och 30 miljoner kronor har tilldelats.

Sverige anses ha bra databaser med bland annat kvalitetsregister som grund för klinisk forskning. Registren har dock sitt ursprung huvudsakligen i slutenvården, och det är viktigt att primärvården får vara med. Ett mål är att bygga moduler för att kunna bibehålla databaserna. ➤



Rune Kaalhus från DLFs styrelse presenterade engagerat de komplicerade system som behövs för fungerande IT.

Man ska kunna följa en patient – exempelvis en diabetiker – i vården. Modulen skall inte vara journalsystemsberoende. Ingående variabler måste vara relevanta. Att delta i registren får inte bli en extra börda – journalerna bör konstrueras så att information kan tas utan tidsåtgång.

Det handlar således om studier på befintligt materiel till skillnad från kontrollerade studier.

Det finns i läkarkåren en viss skepsis mot de register som finns idag och i den efterföljande korta diskussionen efterfrågades evidens för att kvalitetsregister förbättrar vården.

## Vårdvalsmodeller

### Hälsoval Skåne

Primärvårdschef Benny Ståhlberg visade i ett bildspel Hälsöval Skåne, på sitt sätt en unik modell. För vårdenheternas del har modellen startat 1 maj 2009 – BVC och hörselvård något tidigare. Invå-

narna väljer vårdenhet, underlistning kan ske på läkare. 80% av vårdpengen viktas efter vårdtyngd inklusive ålder och kön, och 20% efter socioekonomi. Ej aktivt listade styrs till den enhet där de tidigare sökt, annars listas de i sin geografiska närhet. Patienterna betalar en lägre avgift på vald vårdenhet, dock samma avgift oavsett vilken yrkeskategori som besöks. Basuppdraget är ganska stort och i tilläggsuppdraget ingår bland annat råd och stöd till kommunal hemsjukvård, studierektor för AT/ST och utökat socioekonomiskt åtagande.

Enheterna får bonus för uppnådda kvalitetsmål och täckningsgrad. Vårdpengen står för 98% och bonus för 2%. Vissa avdrag görs om patienten söker på annan enhet eller inom slutenvården.

De problem som kan skönjas är bland annat att alla enheter inte har gått med – man ligger kvar med parallella system. Vårdersättningens storlek synes ej till-

räcklig och medborgarna har inte haft fullgod information inför sina val.

### Vårdval Västra Götaland

Den 1 oktober startar Västra Götaland sitt vårdvalssystem. Marie-Louise Gefvert redogjorde för modellen. Den synes snarlik Skånes. Kraven för ackreditering är detaljerade. Gamla tiders pinnjakt (antal mottagningsbesök) skall ersättas med kvalitet. Målen skall vara mätbara med resultat som alla kan följa. Täckningsgrad 50% förutsätts, inga avdrag görs. Alla invånare skall göra ett aktivt val, görs det inte blir det listning i geografisk närhet. Enheterna skall vara öppna 45 timmar i veckan och jour täcks vardag till klockan 22.00, på helger under sex timmar per dag. Specialist i allmänmedicin finns under hela öppethållandetiden och minst hälften av läkartjänsterna skall bemannas med specialister i allmänmedicin.



Benny Ståhlberg visade i ett bildspel Hälsöval Skåne.



Kåre Jansson (till höger) tecknade en översikt över förbundets analyser av olika vårdvalssystem.

Bonus kan enheten få för uppfyllande av kvalitetskriterier och ökad täckningsgrad.

Ett stort antal enheter har ansökt om ackreditering och det ser ut som om Västra Götaland rekryterar många nya aktörer.

### *Vårdval i primärvården – Läkarförbundets vårdvalsmodell*

Kåre Jansson från Läkarförbundet avslutade vårdvals-sessionen med en översikt över förbundets analyser av de vårdvalssystem som varit igång så pass länge att man kan se ett mönster. Halland har nu flera års erfarenhet, Stockholm och Västmanland är snart uppe i ett år. Stockholm har det minsta basuppdraget, Västmanland har ett större och Halland har det största. Läkarförbundet har i en enkät hösten 2008 tillfrågat närmare 1000 läkare om deras erfarenheter av dessa vårdvalsmodeller. Spelreglerna måste vara förankrade och accepterade av professionen. Mot bakgrund av bland annat enkätsvaren har förbundet redovisat sitt ställningstagande beträffande riktlinjer i skriften "Vårdval i primärvården – hur bör det utformas"? Grunduppdraget bör vara brett och vårdpengsbeloppen baseras på allmänläkaruppdragets kostnader

fördelat på 1500 invånare. Uppdragets yttre gränser måste vara tydliga och motsvarande resurser skall finnas. Den fasta vårdpengen bör vara hög och täcka minst 70% av vårdgivarnas normala kostnader. Dessutom skall den spegla förväntad vårdtyngd.

Vad som framkommit till dags dato i de etablerade vårdvalssystemen är att ökad organisatorisk frihet har man inte fått, regelverken är för detaljerade med för stora redovisningskrav och det aktuella patientunderlagets socioekonomiska status har ej beaktats. Många och korta besök premieras. I den efterföljande diskussionen framkom signaler om en försämrad arbetsmiljö från vissa håll. Om vårdvalsmodellerna kan bidra till att lösa den stora frågan om ett för lågt årligt nettotillskott av specialister i allmänmedicin återstår att se.

### **Rekrytering av nya medarbetare från utomnordiska länder**

Heba Shemais från Cairo, anestesilog och ordförande i ILIS (internationella läkare i Sverige) gav en mångfacetterad beskrivning av de problem men även de möjligheter som utländska läkare står inför vid sin etablering på den svenska arbetsmarknaden. ILIS är en intresseför-

ening inom förbundet. Läkare från EU-länder har en betydligt enklare väg fram till svensk legitimation och specialitet än läkare från land utanför EU/EES. Uppehållstillstånd, allmänt svenskt prov, sjukvårdssvenska/svenska B, provtjänstgöring, författningskurs och medicinskt kunskapsprov är några exempel på vad som måste klaras av. Det gäller att hitta de språkkurser som finns. Författningskurs går två gånger per år och väntetiden är lång. Provtjänstgöringar är svåra att få, särskilt inom kirurgiska specialiteter. Det behövs utbildning i sjukvårdssystemets uppbyggnad och i sjukvårdskultur. Sådana kurser finns, men måste hittas och tas tillvara. Handledare är mycket viktiga för internationella läkares integration i den svenska sjukvården och de bör ha handledarutbildning.

Det är mycket viktigt att vi själva tar tillvara andra kulturer och att vi inte tiger om diskriminering sker. Många internationella läkare lyckas bra i Sverige.

Ordförandekonferensen var som vanligt uppskattad och gav tillfälle att utbyta erfarenheter lokalföreningarnas ordförande emellan såväl vid mötet som vid den efterföljande middagen.

KERSTIN ERMEBRANT

# Ove Andersson – ny ordförande i DLF

**Distriktsläkarföreningen har åter fått en ny ordförande – Ove Andersson från Uppsala.**

**Ove valdes till posten på Fullmäktigemötet som hölls i Stockholm den 8 maj 2009.**

Ove har gjort en snabb karriär inom DLF. Han blev invald i styrelsen år 2007. Men han har ändå en lång, gedigen erfarenhet av fackligt arbete.

## Tidigt fackligt intresse

Ove är född 1957 i Uppsala, och det är en stad han har varit trogen hela sitt liv.

Han växte upp där, och han utbildade sig också där. Specialist i allmänmedicin blev Ove år 1993, och efter examen inledde han sin fackliga karriär: Först som ledamot i den lokala DLF-föreningens styrelse, och därefter blev han ordförande för densamma år 1995.

Som färdig specialist började han direkt att arbeta på Eriksbergs vårdcentral, en arbetsplats Ove behöll fram till 2008.

– Året innan började jag arbeta lokalt med STRAMA på halvtid. Sedan 2008 delar jag nu min tid mellan STRAMA och fackligt arbete, förklarar han.

Posten som lokalordförande hade han kvar fram till efter millennieskiftet.

– Jag lämnade då det fackliga arbetet på grund av familjeskäl – jag fick två barn, och var tvungen att dra ner på alla andra åtaganden, berättar han.

## Skyddsombudet stängde vårdcentral

I vår historieskrivning hoppar vi nu fram till år 2006, och den stora arbetsmiljöskandalen i Uppsala.

Införandet av COSMIC datasystem ledde till slut till att skyddsombudet helt sonika stängde verksamheten vid Alunda vårdcentral. En händelse som fick stort genomslag i media, inte bara lokalt utan även på riksplanet.



Resultatet blev att i Uppsala satsade landstinget därefter på ett nytt införarkoncept.

– Man förstärkte temporärt bemanningen på den vårdcentral som skulle gå över till COSMIC, och man satsade mer på utbildning och personellt IT-stöd vid införandet.

– Dessutom halverade man verksamheten under den tid som behövdes. COSMIC var dock detsamma – lika komplext och svårarbetat. Men själva införandet gick bättre, minns Ove.

## Facklig comeback

Det var problemen med COSMIC-införandet i Uppsala som ledde till att Ove bestämde sig för att på nytt engagera sig i den fackliga verksamheten. (Barnen hade ju också hunnit växa upp.)

– Jag kände helt enkelt att tiden var mogen att återuppta det fackliga arbetet, förklarar han.

Efter många turer i den lokala DLF-föreningen, bildades en ny styrelse vid årsmötet 2006. Ove återkom då som ordförande för denna.

Året därpå blev han dessutom vald till sekreterare i Uppsalas lokala läkarförening. Båda dessa uppdrag har han kvar idag – och nu är han alltså även ordförande för DLF på riksplanet.

Det är alltså verkligen befogat att tala om en gedigen facklig bakgrund när det handlar om Ove.

## Vårdval innebär nya utmaningar

*Distriktsläkaren* frågar honom om vad det är för nya utmaningar som DLF står inför – vad är det som står högt på den nye ordförandens agenda?

Inte oväntat handlar svaret om vårdval.

– Det handlar om att bevaka och påverka vårdvalsprocessen, så att vi får den att utvecklas i linje med DLFs Protos-förslag, säger Ove.

## ” Ersättningssystemen måste vara enkla att förstå, robusta och premiera kvalitet i arbetet. Och i begreppet *robusta* ligger naturligtvis att de måste överleva en förändrad politisk majoritet.

– Det viktigaste är att arbeta för nationell reglering, och etableringsrätten för specialister i allmänmedicin. Dessutom måste vi verka för att värna nödvändigheten av att det är en *specialist i allmänmedicin* som är den naturliga primärvårdsläkaren!

– Ersättningssystemen måste vara enkla att förstå, robusta och premiera kvalitet i arbetet. Och i begreppet *robusta* ligger naturligtvis att de måste överleva en förändrad politisk majoritet, påpekar Ove.

### Premierar kvantitativa insatser

Dessutom är det viktigt att bevaka kompetensutveckling och fortbildningsfrågor, fortsätter Ove.

– Sådana frågor riskerar att hamna i bakvattnet i vårdvalsreformer! Läkarförbundets fortbildningsenkäter visar tydligt gång efter annan att specialister i allmänmedicin som grupp betraktad är de som får *minst* egen fortbildningstid. Samtidigt vet vi alla att det är den grupp som behöver det allra  *mest!*

En annan fråga är vad som händer med arbetsmiljön i vårdvalsreformer.

– Vårdvalen har hittills premierat *kvantitativa* insatser – vi tvingas lägga ner tid på medicinskt icke-prioriterade insatser. Det innebär en stor risk för vår arbetsmiljö!

### Svårt att jämföra

Ove berättar att det kommer tre enkäter under 2009 som studerat arbetsmiljön för läkare rent allmänt.

– Till årets slut hoppas vi kunna utvärdera dessa, och effekterna på distriktsläkarnas arbetsmiljö. Problemet med dessa pågående undersökningar är att av många av de medlemmar som svarar, så är det bara en del av dessa som är verkliga i ett vårdvalssystem.

Därför kommer enkäterna inte att kunna leda till några generella slutsatser om hur arbetsmiljön påverkas i ett vårdvalssystem.

– Men de kommer att ge oss indikatorer på hur arbetsmiljön för distriktsläkare rent allmänt har utvecklats, menar han.

### Risk för krympta resurser

En annan fundering som Ove har gäller det rådande ekonomiska läget i landet.

– Vad händer när skatteintäkterna nu sjunker påtagligt i Sverige? Det finns en risk att vi alla kommer att drabbas av krympta resurser. Om detta får slå igenom fullt ut, finns det en risk att vårdvalsreformen kommer att uppfattas som negativ – av både befolkningen och de anställda inom sjukvården. Trots att det inte är vårdvalsreformen i sig som är grundorsaken till problemen.

Men det finns enligt Ove åtminstone en positiv sida i detta förhållande.

– Vi i DLF ser – och vi tycker det är bra – att man i många landsting nu sätter sig ner och gör en prioriteringsordning, det vill säga definierar primärvårdens grundåtagande.

### Välkomnar diskussionen

DLF ser alltså positivt på denna utveckling.

– Vi välkomnar att det kommer olika förslag på vad som är vårt organisatoriska basåtagande – vad som är kärnan i vårt uppdrag. Dessa lokala definitioner kan vara en grund för en fortsatt diskussion om en generell (läs: *nationell*) syn på *vad* som är primärvårdens grunduppdrag, förklarar Ove.

Han påpekar särskilt att det är en möjlig positiv bieffekt av en bister ekonomisk verklighet – det är naturligtvis inte så att DLF välkomnar den brist på

resurser man befärdar kommer att drabba sjukvården i landet.

– Hälso- och sjukvårdslagens skrivningar om att vi ska ta hand om ”all form av ohälsa” och sjukdomar som ”inte kräver annan aktörs resurser” är alldeles för vid. Därför välkomnar DLF den diskussion som nu förs.

Vårdvalen är en katalysator för dessa diskussioner, fortsätter Ove.

– DLF är i stora delar positiv till vårdvalsreformen och ställer sig bakom många av de idéer som genomförs i de olika systemen!

### Isolerad oas i fjällvärlden

Till sist frågar vi den nye ordföranden om vad han är intresserad av när han *inte* arbetar med fackliga frågor. Vad tycker Ove om att göra på sin fritid?

– Jag älskar naturen. Den ger mig andrum, svarar han.

– Speciellt älskar jag de svenska fjällen. Jag och några kompisar tar bilen på sommaren, och kör sedan tills dess att vägen tar slut. Då tar vi vår packning och går så långt att vi *inte* kan frestas att gå tillbaka till bilen för att åka till kiosken och köpa tidningen. Men vi går inte längre än just så!

– När vi kommit till den punkten, slår vi upp våra tält och skapar ett andningshål under en vecka. Vi fiskar lite, njuter och samlar krafter, säger Ove och man kan verkligen se på honom hur viktig denna årliga oas som han unnar sig är, och som han så kärleksfullt beskriver.

*Distriktsläkaren* kan bara önska den nye ordföranden lycka till, och hoppas att han även i år kommer att finna tid för en veckas ostörd fjällvistelse.

PER LUNDBLAD

# ANNONS

Debatt Dagens samhälle

## Färre försöksmodeller med målet ett nationellt vårdvalssystem!

**I dessa finanskrisens dagar och med ett allt sämre skatteunderlag uppstår frågan – Är det ekonomiskt försvarbart att utveckla över 20 alternativa vårdvalsmodeller?**

Med all respekt för det kommunala självstyret anser Distriktsläkarföreningen att detta är en berättigad fråga. Vi är helt medvetna om att riksdagsbeslutet ger varje landsting/region helt fria händer att besluta om "sin" modell, men vad kostar det och till vilken nytta ur ett patientperspektiv. Det finns idag ingen vårdvalsmodell med ekonomiskt ersättningsystem som är den klart bästa. Vi välkomnar att olika modeller införs för att sprida kunskap om effekterna av olika modellers konstruktion. Problemet är att det borde vara betydligt färre modeller, som är att betrakta som försöksmodeller, för att nå fram till den optimala modellen av flera olika skäl. Varje landstings arbete med att ta fram den egna modellen tar mycket kraft,

tid och energi som i stället borde gå till sjukvårdande insatser. Har någon vågat räkna på hur många arbetstimmar som varje landsting/region har lagt ner respektive lägger ner för att ta fram modellen med stort M? Ingen vågar nog räkna på detta för den totala summan är med all säkerhet mycket, mycket hög! Varje huvudman måste sedan lägga ner ett stort antal timmar för egna uppföljningssystem och förhoppningsvis utvärdering och utveckling av "sin" modell, vilket åter innebär stora kostnader. Många modeller kommer med stor sannolikhet att vara snarlika i sin konstruktion. Det innebär att det blir svårt att jämföra effekterna, eftersom det inte blir de stora och tydliga dragen som skiljer modellerna åt utan många mindre variationer. Kommer det att vara möjligt att på sikt utläsa vad som är framgångsfaktorerna i den ena eller andra modellen och vad som ger kvalitativt bra vård till vilken kostnad?

I detta perspektiv framstår det självklart att flera huvudmän borde gå

sammans för att skapa ett fåtal modeller som sedan kan genomföras och utvärderas utan ökande administrativa kostnader. Resurserna, såväl tid som pengar, behövs i vården nära den enskilda patienten!

Patienten har rätt till lika vård oavsett bostadsort och på sikt bör därför den på detta sätt framtagna optimala modellen självklart införas i hela landet, ett nationellt vårdvalssystem, precis som i våra nordiska grannländer.

Det kommunala självstyret åsidosätts inte, varje huvudman är med i processen. Resultatet blir en likvärdig vård som är välfungerande ur såväl ett patientperspektiv, ett medarbetarperspektiv och ett ledningsperspektiv.

Låt mer pengar gå direkt till det patientnära arbetet där det kommer våra patienter till del och inte till utökade administrativa kostnader!

MARIA DALEMAR  
F.d. Ordförande

Svenska Distriktsläkarföreningen



*Hjälp WWF  
att rädda mig!*

Postgiro 90 1974-6

Världsnaturfonden WWF  
www.wwf.se 08-624 74 00



© Jens Wahlstedt



# Medlemskap i DLF – Javisst!

## Men varför finns det kollegor som inte längre vill vara kvar i föreningen?

Den frågan har vi med förnyat eftertryck ställt oss i styrelsen det senaste året. Anledningen till det är att vi ser lätt vikande siffror vad gäller medlemsutvecklingen som ni ser nedan. Antalet är betalande medlemmar, således räknas inte de många pensionärer som väljer att stanna kvar i DLF in.

År	2008	2007	2006	2005
Antal medlemmar 31 dec.	4 399	4 434	4 526	4 427

En förklaring till att vi hade en topp år 2005 och sedan sjunkande medlemsantal är det ökande antalet pensionsavgångar som vi redogjort för i flera tidigare nummer av Distriktsläkaren.

År	Beräknat antal pensionsavgångar
2008–09	393
2010–11	547
2012–13	586
2014–15	581
2016–17	465
2018–19	499
2020–21	431

Samtidigt har vi inte haft den påfyllning med ST-läkare som egentligen skulle vara alldeles självklar, men som tyvärr inte varit och faktiskt fortfarande inte är det, trots alla satsningar på vårdval där distriktsläkaren är själva navet i det arbetet.

Men vi ser också att ett litet antal väljer att lämna föreningen i produktiv ålder. För att kunna vända denna trend och se vad vi kan göra bättre har vi tillsänt alla som utträtt ur föreningen ett frågeformulär 2008, för att få bättre kunskap om orsakerna om varför man inte längre vill vara med.

Vi har fått in 24 svar och vi har valt att redovisa frågor och svar i ett sammanhang. Frågorna är skrivna med fet stil.

**Vi i Svenska Distriktsläkarföreningen har noterat Ditt utträde ur föreningen. Vi är mycket intresserade av skälen till detta. Om Du har möjlighet att besvara nedanstående frågor och returnera detta i bifogat svarskuvert, vore vi tacksamma. Vad är huvudskälet till Ditt utträde?**

– Medlemsavgiften allt för hög (ensamstående och ensamförsörjande). Lf diskuterar alltför lite och för okritiskt professionens framtid och strategier för att bemöta framtidens utmaningar. Man kör för mycket i traditionella spår, som om verkligheten skulle behöva förändras efter läkarkårens behov. Vill gärna vara medlem i DLF, men inte i LF.

– Har under 25 år betalat stora summor i avgift utan att få hjälp den enda gång jag önskat. Så då jag i samband med en anmälan till HSN under år 2008 av familjeskäl missat att betala en avgift och även missat påminnelsen som straff för denna enda förseelse blev jag utesluten ur förbundet trots att jag gjorde en efterbetalning. När man behandlar en medlem på detta sätt efter 25 år ser jag ingen anledning att begära inträde igen.

– Jobbar allt mindre som läkare i Sverige. Gått över till u-landsarbete.

– Hög avgift i kombination/relation till låg utdelning och då menar jag inte personlig utdelning för jag har inte haft egna behov av individuellt fackligt stöd – utan jag tycker att förbundet är alldeles för tyst i samhällsdebatten – både i arbetsrelaterade frågor och i medicinskt betonade frågor – vad är god sjukvård? Vad får man om resurserna bantas? Vi spelar efter politikernas många gånger oinformerade pipa. Förbundet är för *flata*. Förra gången jag gick ur var det p.g.a. det bristande mediala stödet till de 20-tal läkare som Expressen hängde ut med anmälningar mot dem. Av princip tycker jag att man skall vara fackanslutna så kanske jag ändrar mig framöver.

– Mera social problematik än belysande av medicinska spørsmål. Läkartidningen mera kvantitet är kvalitet. Läser Lancet, Britt. Med. Journal på biblioteket istället.

– Läkarförbundet gör ingenting för att förbättra arbetssituation. Inga protester eller mycket svara protester, oftast osynliga. Personligen när jag behövde hjälp med en arbetstvist fick jag inte någon hjälp!

– Läkarförbundets hållning är partipolitiskt färgad för det mesta. DLFs plats och roll inom LF är alldeles för undanskymd. Därför kan jag inte sympatisera med LF.

– Läkarförbundet ställer inte upp för sina medlemmar. Man tar ifrån läkarna allt mer rätten till sin agenda. Sjuksköterskestyrda vårdcen-

traler som ofta leder till konflikter med särskilt kvinnliga läkare. Här finns inget stöd från fackligt håll.

– Jag fick ett nytt jobb för 3–4 år sedan och då frågade jag lokal ombudsman om hur lönerna ligger här. Jag fick detta svar: *Jag vågar inte säga detta för då blir chefen arg på mig.* Jag blev anmäld någon gång och frågade juristen på förbundet om hjälp, men jag fick ingen hjälp. Lokalföreningen är nästan likadan som arbetsgivaren och LF är passivt.

– Jag har inte fått någon hjälp av facket trots en lång och plågsam process med sjukskrivning. Lokalt har man trots över tre års föräldraledighet förhandlat upp min lön 500 kronor. Man har inte kontaktat mig för att informera om löneförhandlingar. Ingen hjälp alls trots försök till hjälp/kontakt.

– Hög avgift och inga förmåner.

– När jag hörde efter om man kunde gå ur lokalföreningen, vilken jag aldrig känt behov av, blev jag mycket tråkigt bemött på Läkarförbundet. Jag har varit med i förbundet sedan 1974. För andra gången illa bemött, avvisande. Dessutom bör man kunna välja avseende lokalförening.

– Primär orsak: Fråntagits rätten att själv förhandla om min lön!

– 3 500:- är för dyrt abonnemang för en tidning.

– Anser att Läkarförbundet gör alldeles för lite för sina medlemmar.

#### **Annan orsak**

Uppbär sjukersättning.  
Slutat arbeta som läkare.

På frågan **Är det troligt att du blir medlem i Läkarförbundet igen?** svarade 11 personer nej.

DLFs styrelse ser att många som gått ur föreningen är mera missnöjda med Läkarförbundet än med DLF. Än så länge har vi ett obligatorium som innebär att man inte kan vara med i DLF utan att vara med i Läkarförbundet, eller för all del tvärtom. Man kan inte vara med i Läkarförbundet utan att vara medlem i en yrkesförening.

Vi har därför bitt Läkarförbundets ordförande **Eva Nilsson-Bågenholm** kommentera resultatet. Eva menar att det är väldigt bra att DLF har gjort denna enkät, det är viktig information för framtidens arbete. Läkarförbundet frågar regelbundet dem som utträder om orsaken och vi får ofta ganska långa förklarande svar som kan hjälpa oss att förbättra vår organisation. Vi läser svaren noga och går också igenom de punkter som vi direkt kan åtgärda och de andra synpunkterna arbetar vi vidare med.

DLFs styrelse noterar också att många av svaren rör personliga frågor, man upplever att man inte fått någon hjälp i känsliga frågor. Vi har därför också bitt **Fredrik Eklöf** som är rekryteringsansvarig på Läkarförbundet att kommentera. Fredrik anser att det för Läkarförbundet är det viktigt att ta del av våra medlemmars synpunkter på verksamheten och den service man lämnar. Förbundet har under de senaste åren fokuserat på att förbättra medlemskommunikationen, det gäller såväl personella förstärkningar som förbättrad kommunikation och förbättrade rutiner generellt. Man planerar att kontinuerligt genomföra en medlemsundersökning för att få synpunkter från medlemmarna och se hur förbundet lyckas i arbetet och i kommunikationen gentemot medlemmarna.

Att få reda på varför en del av medlemmarna väljer att lämna Läkarförbundet är oerhört viktigt. Anledningen till ett utträde kan givetvis ha väldigt olika orsaker, allt från att medlemmen vistas utomlands till att han eller hon är missnöjd med medlemskapet. Man har därför sedan årsskiftet skickat ut en utträdesenkät till de medlemmar som väljer att lämna för att fråga dem om just deras specifika anledning.

Denna kunskap är mycket viktig för förbundets verksamhetsutveckling men det är också en respekt för medlemmen som får möjlighet att föra fram sina åsikter. Oavsett om läkaren väljer att bli medlem igen eller inte skall det vara ett ”schyst” avslut, det vill säga att personen känner att Läkarförbundet är intresserade och tar till sig hans eller hennes åsikter.

Enkäten har kanske inte gett oss i DLFs styrelse så mycket vägledning om hur vi skall arbeta för att vara attraktiva som yrkesförening. Någon kommenterar dock att vi har en förundanskynd plats i förbundet. Vi har ändå fått fram våra frågor, t.ex. Protos som gett ett stort avtryck och intryck i det som nu kallas vårdval. Vi kan kalla det ett exempel på lyckat lobbyarbete. Vi måste också komma ihåg att ju fler medlemmar vi har i DLF desto starkare blir vi inom förbundet. Bara det är ett fullgott skäl att vara medlem.

Vi ser att behovet är stort att få veta och ha kunskap om vad Läkarförbundet kan erbjuda den enskilde medlemmen i form av stöd och hjälp i praktiska frågor. Vi tar detta till oss och vi skall regelbundet, bland annat i tidningen, ge praktiska tips och råd om vad Läkarförbundet kan hjälpa till med. Ett exempel som kommer att komma i ett följande nummer kommer att handla om olika försäkringar som man som medlem kan behöva.

Vi tar gärna emot synpunkter på vilka praktiska frågor som vi skall ta upp.

Och har ni idéer om hur vi kan arbeta bättre och så är vi mer än tacksamma för en dialog.

ANDERS NILSSON

# ANNONS

# Hälsoval Skåne – resultat av politisk konsensus

**Den 1 maj trädde den senaste vårdvalsorganisationen i kraft i Sverige.**

**Det skedde i Region Skåne.**

**Distriktsläkaren träffade Henrik Hammar, regionråd (M), som dessutom innehar posten som ordförande i sjukvårdsdelegationen inom Sveriges Kommuner och Landsting – SKL.**

**Det är Henrik som har haft huvudansvaret för införandet av reformen.**

**D**et är Henrik som har lett det politiska arbetet bakom införandet av Hälsoval Skåne.

Ett konkret resultat av detta arbete är att man i regionen nått politisk konsensus.

– Socialdemokraterna står bakom reformen, så den överlever ett eventuellt maktskifte, förklarar Henrik.

## Halland förebild

Vi ber honom att beskriva hur detta arbete har gått till.

– Vi hade redan från början intresserat oss för Vårdval Halland, svarar han.

– Dels berodde det på att de är våra grannar, och dels beroende på att man där införde modellen i politiskt samförstånd, vilket var en av de förutsättningar som vi eftersträvade.

Han berättar att det hela började med några politiker från Region Skåne som gjorde ett studiebesök i Halland redan i december 2006, alltså när man i länet fortfarande arbetade med planeringen. Vårdval Halland sjuöptes sedan året efter.

– Vi tyckte att det verkade vara ett bra system, och det har sedan dess alltså varit utgångspunkten för oss.

## ”Sveriges mest genomtänkta ersättningsystem”

Men det var en punkt som man i Region Skåne *inte* tyckte var bra med den halländska modellen.



Henrik Hammar, regionråd och ordförande i sjukvårdsdelegationen inom SKL.

– Det var att man inte hade några andra kriterier för kapitering än ålder och kön, fortsätter Henrik.

Han förklarar att han insåg den problematik som ett sådant system – att inte använda parametrar som kompenserar för socioekonomiska faktorer – skulle föra med sig i Skåne.

– Framförallt för primärvården i Malmö-området. Så vi har tänkt annorlunda, och det resulterade i att vi nu har Sveriges mest genomtänkta ersättningsystem, säger Henrik utan att darra det allra minsta på rösten.

## ACG och socioekonomiska faktorer

Vi ber Henrik förklara hur den skånska ersättningsmodellen är konstruerad.

– I botten finns en vårdpeng. Alla skåningar listas på en vårdenhet – inte en läkare. (*Vilket också gäller i Halland, reds anm.*)

– Denna peng räknas ut till 80% efter vårdtyngd mätt efter ACG-systemet (ACG = Adjusted Clinical Groups). De resterande 20 procenten beräknas med hjälp av ett socioekonomiskt index.

Henrik exemplifierar med följande:

– En 85-årig multisjuk kvinna genererar alltså mycket mer pengar till den vårdenhet hon är listad på, än en 85-årig kärnfrisk kvinna.

Han påpekar att man enligt det skånska synsättet har fullt stöd för ett sådant system i Hälso- och Sjukvårdslagen.

– Där står det att sjukvård ska ges efter *behov*, säger Henrik.

## Några ännu kvar på gamla avtalet

Hälsoval Skåne är producentneutralt. Efter den 1 maj 2009 har regionen i nuläget 89 offentligt drivna och 60 privata vårdgivare som man har skrivit kontrakt med. ☺

– Av de 60 privata, har vi fortfarande 24 som än så länge valt att stanna kvar på sitt gamla avtal, som löper under ytterligare något år. Därför är Hälsoval Skåne inte *hundraprocentigt* producentneutralt ännu. Men det är meningen att det ska det bli, det är bara en tidsfråga.

Orsaken till att dessa valt att ligga kvar på sina gamla avtal är att Hälsoval Skåne har lagt in kostnadsansvaret för basläkemedel för vårdgivaren med 50% under 2009 och 2010. Från och med 2011 ska vårdgivaren stå för 100% av dessa kostnader.

### Kommer runt LOU

Basläkemedel definieras som de som är ”primärvårdens vanligaste”.

Man har även redan nu lagt ut *hela* betalningsansvaret för kostnader för röntgen och labb på vårdgivaren.

– För de 24 jag nämnde är detta fria nyttigheter enligt det gamla avtalet. Det är därför de väljer att arbeta efter det tills det löper ut, förklarar Henrik.

Han tillägger dock att det tillkommit flera nya enheter, och att ännu fler är på väg in.

– Vi kommer dock aldrig att *upphandla* vård i framtiden. Vår enda modell kommer att vara Hälsoval Skåne med ackreditering. Därför kommer vi runt lagen om offentlig upphandling (LOU).

### Mer kostnadseffektivt

Hur har man då sett på de ekonomiska resurserna när man inför en helt ny modell för primärvården i Region Skåne?

– Under det första året tillför vi 150 miljoner kronor extra, svarar Henrik.

– Avsikten med det är naturligtvis att vi ska förskjuta pengar från sjukhusens öppenvård till första linjens sjukvård. Orsaken till att vi vill göra det är att vi är övertygade om att det är bra för patienten om denne får denna verksamhet *nära*, men också att det är bra för finansären om så sker.

– Det är helt enkelt mer kostnadseffektivt att bedriva öppenvård ute i regionen, än inne på sjukhusen!

Vårdenhetens intäkter består helt av kapiteringen och patientavgiften. Ersättningen i Hälsoval Skåne har ingen som helst rörlig besöksdel.

– Dock får man ersättning för de besök man får av patienter från andra län – och även om de är listade på andra vårdgivare i Skåne. De pengarna får man behålla.



### Listningsförandet

Patienten får betala 120 kronor för ett besök hos vårdgivaren – oavsett vem det är man besöker (läkare, sjukgymnast, psykolog m.fl.).

– Men vi har i regionen naturligtvis även läkare som arbetar efter den nationella taxan. Där kostar ett besök 200 kronor.

En sådan läkare kan dock inte patienten vara listad hos. Den ersättning som går till läkaren som arbetar efter nationella taxan, betalas ut av någon av de vårdgivare som patienten är listad hos.

*Alla* skåningar är alltså listade.

– Själva listningen gick till så att ett brev skickades ut till samtliga i befolkningen, där man blev listad hos en vårdenhet. Utgångspunkten för *var* man blev listad var flera:

– Om patienten redan var listad på en vårdenhet blev man listad där. De som inte tidigare var listade – men besökt

en och samma vårdenhet flera gånger de senaste två åren – blev listade på den enheten. Om inte något av dessa kriterier var tillämpningsbara, så gällde närhetsprincipen – man blev alltså listad hos den som låg närmast.

Henrik understryker att det i brevet också klart framgick att den listade själv hade möjligheter att välja vilken vårdenhet man ville bli listad på – alltså ändra på listningsbeslutet direkt. Det finns heller inga begränsningar för hur många gånger patienten kan välja om.

### Kan jämföra

Omställningen har gått smidigt, anser Henrik.

– Vi har inte haft några opinionsproblem – och jag var med och införde Husläkarreformen 1993, så jag har att jämföra med...

Även läkargruppen har tagit emot Hälsoval Skåne på ett bra sätt, enligt Henrik.

– Jag tror att listning på en *enhet* är mycket bättre. Det blir inte så personfixerat. Men kontinuitet är *alltid* viktig i sjukvården, och jag tror att den kommer att fungera bra i fortsättningen också!

### Patientstocken avgör

I det gamla systemet styrdes vårdcentralerna i Region Skåne av en 94 sidor lång kravtext.

– Det var generella kravbestämmelser som reglerade *allt* som skulle göras på en vårdcentral. Skulle en vårdcentral ha 0,25 kuratorstjänst, skulle alla ha 0,25 kuratorstjänst o.s.v.

Så är det inte längre. När det gäller Hälsoval Skåne är tanken att olika vårdcentraler ska anpassa sig efter sina lokala förhållanden.

– Det enda vi slår fast nu är att det ska finnas allmänmedicinsk läkarkompetens på vårdenheten. Men vi talar inte om numerärer, och inte heller om vilka *andra* kompetenser som ska finnas. I stället lägger vi över det ansvaret på vårdenheten. Verkligheten på vårdenheterna kommer därför naturligtvis att komma

att se olika ut, beroende i sin tur på hur *patientstocken* där ser ut.

### Fortbildning

Henrik hävdar med emfas att det är viktigt att både privat och offentlig primärvård får en ökad frihetsgrad när det gäller att fatta professionella beslut.

Vi frågar om det även gäller frågor om kompetensutveckling och fortbildning?

– I sådana frågor ligger inte ansvaret

hos verksamhetschefen på enheten. Det ligger i stället hos Capiro, Carema eller på Primärvårdsförvaltningen Skåne, svarar Henrik.

– Vi ska ställa krav på vad som ska gälla inom den första linjens sjukvård – men det är aktörerna själva som ska utföra dem. I begreppet utförande ligger också kompetens- och utbildningsfrågan. Men det är inte en *vad*-fråga, utan en *hur*-fråga.



### Vill inte ha nationell reglering

Hälsoval Skåne kommer att utvärderas kontinuerligt. Henrik berättar att man har en mental beredskap över att det kan finnas sådant man måste vara beredd att behöva ändra på.

– Det är en så jättestor reform, att det antagligen är omöjligt att få allting fullständigt rätt med en gång. Alla vårdvalssystem som finns i Sverige, håller på att fundera över sina egna modeller och på vad som kan förbättras.

– Just därför är vi lite rädda för ett nationellt system. Det kan leda till att man förlorar de lokala nyanserna som kan betyda mycket, anser han.

Henrik sticker inte under stol med att ett långsiktigt mål med modellen är att den ska leda till att vårdgivaren knyter till sig fler *andra* specialister, och på så sätt flyttar vården på sjukhusens öppenvårdsmottagningar till Hälsovalens vårdenheter.

– Och det innebär en resursförstärkning för vårdenheten på sikt.

### Möta medborgarna på rätt nivå

Däremot är han inte rädd för att minskade skatteintäkter – som är ett spöke för kommuner och landsting i Sverige under 2009 – ska skjuta processen med Hälsoval Skåne i sank.

– Snarare är det så att i tider när man har ont om pengar, är det ännu viktigare att vården möter medborgarna på rätt nivå. Detta faktum borde i så fall ännu fortare förskjuta vården – med rätt kompetens – närmare medborgarna. *Inget* är så dyrt som ett felaktigt öppenvårdsbesök på våra allra största universitetssjukhus!

Henrik avslutar med följande observation:

– Två veckor innan Hälsoval Skåne trädde i kraft hade de offentliga primärvårdsenheterna – alla 89 – i Skåne öppet hus, så att de kunde visa upp sig. Man annonserade detta i tidningarna i förväg. De annonserna har jag väntat på under tio års tid...

PER LUNDBLAD

# ANNONS



# Teknisk information om medicinska hjälpmedel på Internet

På Internet finns nu en svensk portal där man samlar instruktioner för patienter om handhavandet av hjälpmedel till ordinerat läkemedel. Det kan t.ex. röra sig om det tekniska förfarandet med en injektionsspruta eller ett blodsockertest. Man fokuserar på beskrivningar av tillvägagångssätt och vad man särskilt bör tänka på vid användningen.

Portalen, som nås via adressen [medicininstruktioner.se](http://medicininstruktioner.se), sjösattes i början av april tidigare i år, och är alltså fortfarande ganska ny. Därför är det inte så väldigt många mediciner/hjälpmedel vi kan söka på ännu, när denna text skrivs rör det sig om sammanlagt nio stycken.

Men de har en förslagslåda man kan klicka på och skicka in namn på de läkemedel, hjälpmedel eller produkter man anser att det finns ett behov av att kunna se instruktioner om på portalen.

## Filmer

Sidan är föredömligt enkel till sin struktur. När man skrivit in adressen i sin webbläsare (man behöver alltså inte skriva www framför domännamnet, men gör man det går det också bra), kommer vi till en startside som är ren och enkel att navigera vidare på.

Till vänster ser vi en "TV-skärm". Klicka var som helst på den, så startar mediaspelaren. En kvinna hälsar oss välkomna till portalen och berättar översiktligt om hur den fungerar.



Allt innehåll idag på portalen består av filmer. Det handlar om olika instruktionsfilmer, riktade till användare av den aktuella medicinen eller hjälpmedlet. Filmerna är bra och pedagogiska, och har den stora fördelen att man enkelt kan stoppa dem för att spela upp det man just såg en gång till.

## Probleminriktad information

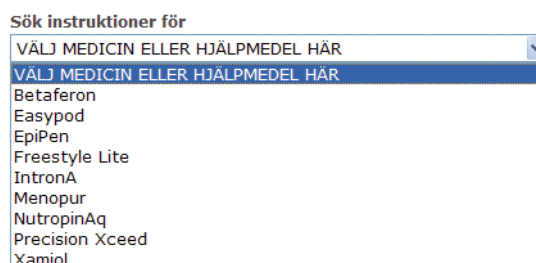
Det är alltså till brukare man vänder sig till – inte sjukvårdspersonal. Därför kan det vara bra att känna till portalens existens, och att även uppdatera sig då och då om vad som finns tillgängligt där.

Man behöver *inte* vara van IT-användare för att använda sig av portalen. Den är dessutom helt fri från reklam. Informationen som ges är probleminriktad – inte produktinriktad, det vill säga den handlar inte om läkemedlets förtjänster och fördelar. Alla uppgifter som ges ska vara förankrade i bipacksedel, patient-FASS och SPC (Summary of Product Characteristics – läkemedlets produktresumé).

## Sök på namn

Så här gör man: På startsidan finns två möjligheter att söka bland det instruktionsmaterial som finns tillgängligt på portalen – dels i övre högra hörnet, samt till höger om mediaspelaren.

Ett klick på den lilla boken till höger, och en rullmeny – eller drop-down-meny som den också kallas – öppnas nedåt. Innehållet presenteras i bokstavsordning. Vi klickar på det översta alternativet – Betaferon.



Än så länge kan vi se hela innehållet på portalen i denna rullmeny, så därför behöver vi knappast använda den sökruta för ett specifikt hjälpmedel som finns här under. Men förhoppningsvis kommer det snart att finnas betydligt fler instruktioner tillgängliga, och då kan den komma väl till pass. ↻



## Ställ in stor bild

När vi klickat på Betaferon kommer vi till en ny sida vars struktur är ungefär densamma som startsidan. Till vänster finner vi en mediaspelare, och till höger kan vi nu se – i förekommande fall – de olika kapitel som instruktionen är indelad i.



Instruktionsfilmer		6 st   00:30:27
<b>Betaferon</b>		
01. Förbereda och blanda Betaferon	00:08:56 (61.99 mb)	
02. Använda Betaferon - multiverktyget	00:06:42 (40.51 mb)	
03. Självinjektion	00:01:49 (11.22 mb)	
04. Injektion med BETAJECT Comfort	00:04:44 (15.95 mb)	
05. Injektion med BETAJECT Lite	00:04:43 (28.68 mb)	
06. Rotation av injektionsställen	00:03:33 (21.8 mb)	

I detta fall finns det sex olika kapitel. Dessa beskrivs kortfattat i menyn till höger, och under mediaspelaren beskrivs vad det är som de olika kapitlen fokuserar på.

### Betaferon®

De sex filmerna visar hur du

- förbereder och blandar Betaferon
- använder blandningshjälpmedlet Betaferon- multiverktyg
- injicerar manuellt (självinjektion)
- injicerar med två olika autoinjektorer (BETAJECT Comfort + Lite)
- roterar injektionsställen

Grundinställningen på sidan är att det är det första kapitlet som startar i mediaspelaren. Vill man stoppa/pausa, gör man det med ett klick på knappen längst ner i spelarens vänstra hörn.



Till höger om denna knapp kan vi läsa hur lång tid som förflutit sedan detta kapitel började spelas upp, detta manifesteras dessutom av den linje som kryper åt höger under uppspelningen. I andra ändan av denna linje kan vi se den totala speltiden för kapitlet.

Ovan kan vi alltså se att vi befinner oss 15 sekunder in i kapitlet, och att speltiden är 8 minuter och 56 sekunder.

Mediaspelaren är inte så stor, om man så önskar kan man klicka på symbolen med fyra korsade pilar. Då kommer den film som visas att bli förstörd och täcka hela skärmen på datorn. Enkelt uttryckt innebär det att datorn blir som en TV-apparat. För att återvända till normala visningsläget måste man då klicka på Esc-knappen på tangentbordet.

Allra längst till höger sitter volymkontrollen, där vi kan höja och sänka ljudvolymen.

## Externa länkar

Några av de instruktionsfilmer som vi kan titta på via nätet ligger på en extern länk – det förstår man eftersom de öppnas i ett nytt fönster, ovanpå det andra i webbläsaren.

Så här ser det då ut i den ruta vi kommer till när vi klickar på det önskade hjälpmedlet.

[Klicka här för instruktionsfilm för Freestyle Lite](#)

Det finns i vissa fall andra externa länkar på de sidor vi kommer till när vi klickar oss till ett specifikt hjälpmedel. I exemplet med Betaferon är det dels till MS-portalen, dels till Betaferon på [Fass.se](#).

Samma krav som ställs på själva instruktionsfilmerna – att de ska vara till hjälp för patienten att sköta sin behandling korrekt, samt att de inte får uppfattas som reklam eller marknadsföring – gäller för de externa länkar man kan finna här.

## Olika språk

Målsättningen för portalen är att den ska vara ett stöd även för läkare och sjuksköterskor som dagligen träffar patienter som behöver lära sig hantera hjälpmedel för läkemedel. Fördelarna är uppenbara:

Om patienterna blir förtrogna med hur webbsidan fungerar, och själva kan hantera den, så kan de i lugn och ro hemma sedan gå igenom den film som är aktuell just för dem. Även anhöriga kan ta del av informationen.

En stor potential för framtiden är att dessa filmer enkelt kan göras i olika språkversioner. När denna text skrives, är det

två – Precision Xceed samt Freestyle Lite blodsockermätare – som finns på 10 olika språk. Vill man t.ex. ha somaliskt ljudspår, klickar man på det.

Man arbetar idag med att ta fram fler språkalternativ även för de andra hjälpmedlen.



### Skicka in förslag

Efter att ha titta igenom de nio filmer som idag finns publicerade på portalen, kan vi säga att idén att på detta sätt sprida teknisk information om dessa medicinska hjälpmedel är väl genomtänkt och utförd.

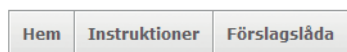
Tänk bara på en sådan enkel sak som att få demonstrerat hur man byter batteri...



Längst upp till höger på sidorna som ligger på portalen, kan man dessutom klicka för att enkelt förstora eller förminska texten.

Som vi redan påpekat är sidan helt fri från reklam. Intäkterna genereras istället genom att de företag som publicerar sina användarinstruktioner här får betala en avgift för det.

Om man klickar på **Förslagslåda** i menylisten under portalens logga, kommer man till en sida där man kan skicka in namn på läkemedel, hjälpmedel eller produkter – och även vilka språk man vill se instruktionerna på.



Det är också en bra idé. Gör många det kommer antagligen processen med att få fler produkter presenterade på detta pedagogiska och kontrollerade sätt gå ännu snabbare.

PER LUNDBLAD

# ANNONS

# Distriktsläkare i vårdvalets Sverige – möjlighet och utmaning

**D**istriktsläkarrollen har varit föremål för mycket diskussion. Den har också förändrats en hel del över tiden. Den gamle provinsialläkaren var ofta en mycket erfaren sjukhusspecialist som i slutet av sin karriär valde att lämna sjukhuset och bedriva öppen vård. Denna läkare hade en stor kunskap om sin befolkning och hade kanske en viktigare samhällsroll än dagens allmänmedicinare. Han/hon var ledamot i barnvårdsnämnd, socialnämnd m.m. och kunde där bidra till det förebyggande hälsovårdsarbetet. Dåtidens provinsialläkare gjorde också många fler hembesök. Att ha lång sjukhuserfarenhet var dåtidens sätt att garantera kompetensen för att klara alla möjliga och omöjliga hälsoproblem och sjukdomar.

**Under de senaste** decennierna har stora förändringar skett. Man har en helt annan rekryteringsbas. Idag är allmänmedicinen en egen specialitet och där man genom utbildning och tjänstgöring skall få den erforderliga kompetensen. Som bekant varierar dock synen mycket på hur denna utbildning skall vara utformad. Det gäller både innehållet i utbildningen och hur lång den skall vara. Det är fortfarande så att det är ganska få länder i Europa som har en allmänläkarutbildning på fem år som i Sverige. Tyvärr har man ej fått med allmänmedicinska specialiteten i EU-direktivet.

Men det som förenar dagens allmänmedicinare med gårdagens provinsialläkare är flera saker:

- man ska ha en helhetssyn
- man har patienter i alla åldrar
- i arbetet skall man ha hälsofrämjande syn på verksamheten

- man skall vara en lots i den ibland komplicerade hälso- och sjukvårdsorganisationen, vilket blir allt viktigare i en alltmer specialiserad hälso- och sjukvård.

**Vi har alla upplevt** satsningar på primärvården. Ibland har dessa framstått som endast verbala. En avgörande orsak till att det varit svårt att förverkliga detta har varit bristen på allmänläkare. Orsaken till denna brist har bl.a. varit att det är svårt att locka unga läkare till detta arbete. Många andra specialiteter har framstått som mera attraktiva. Det har också varit litet av ”moment 22”. Flera vakanser har lett till en dålig arbetsmiljö vilket ytterligare har försämrat rekryteringen. Vi har fördelen att alla AT-läkare passerar primärvården. Om man under denna tid bara upplever dålig arbetsmiljö med ett stort tryck, så blir det inte bra. Det gäller att presentera primärvården som en attraktiv verksamhet. Det gäller att visa att specialiteten har många möjligheter. Att visa på det spännande i att se ett oselektat patientmaterial och att handlägga patienter så att man inte ”missar” något allvarligt. Som alla vet är det totalt ingen läkarbrist i Sverige, men det är för få som väljer allmänmedicin. En högt specialiserad specialistvård ställer större krav på generalistkunskaper. Det är viktigt att identifiera kärnan i vår verksamhet.

Allmänmedicin är inte små bitar av diverse specialiteter utan det karaktäristiska är att göra dessa små bitar till en helhet där summan av de olika bitarna blir större än helheten. Idag får studenterna tidigt kontakt med primärvården. Där har vi som är verksamma ett jättestort ansvar för att visa på hur spännande och intressant detta arbete kan vara.



Carl-Eric Thors

Den höga medelåldern hos distriktsläkarkåren är ett hot mot primärvården. Vi måste helt enkelt ha en mycket aktiv rekrytering de närmaste åren.

**På senare tid** har det diskuterats olika modeller för att göra distriktsläkararbetet mera attraktivt. Husläkarreformen blev ganska kortlivad. En annan modell, som av många bedömts som intressant, är Distriktsläkarförningens och de övriga professionella organisationernas förslag – Protos. Det som ej vunnit gehör är att man föreslår en nationell reglering av uppdraget på samma sätt som i Norge.

Under de senaste åren har i stället vårdvalsdiskussionerna dominerat. Halland var först med sin modell tätt följda av Stockholm och Västmanland. Ser man framåt är många på gång: Skånes hälsoval, Västra Götaland m.fl. De olika modellerna påminner en hel del om varandra även om det finns skillnader.

**Att arbeta som allmänläkare** i en vårdvalsmodell innebär förändringar. Det blir flera utförare av vård. Det uppstår en konkurrenssituation. Man måste på något sätt ”sälja sig” på ”patientmarkna-

den”. Detta är ovant för många av oss. Det har ju varit en kultur i vården att det ”nästan är fult” att göra reklam för sin verksamhet. Det som betonas mycket i de flesta vårdvalsmodeller är tillgänglighet. Att ha en hög tillgänglighet är viktigt för patienten och är en viktig konkurrensfaktor. Det gäller bara att komma ihåg att en extrem tillgänglighet kan leda till en efterfrågestyrd sjukvård, vilket kan komma i konflikt med hälso- och sjukvårdslagens intention att de med störst behov skall ha företräde. Det kräver en större ekonomisk medvetenhet och kunskap att arbeta i dessa modeller. Fördelar som bl.a. påvisats i Läkarförbundets utvärdering är att det ökar möjligheten att påverka sin verksamhet. Man får flera frihetsgrader. Jag tror att det är en mönadsprocess för många av oss att lära oss att hantera detta faktum.

En annan helt självklar fördel med systemen är att patienten kan välja. Hur framgångsrikt vårdvalet blir är också beroende av hur mycket resurser som ställs till förfogande. Det är självklart en vinst att patienterna kan tas om hand på rätt vårdnivå. Samtidigt är det angeläget att man är medveten om risken för suboptimering. Man kanske behåller patienten på sin enhet i stället för att remittera.

Jag tror också att utvecklandet av teamtanken i modellerna, liksom att diskutera samverkan med specialistvården på konsultbasis, är framgångsfaktorer. En sådan utveckling ger en bättre vårdkedja. Vårdkedjor är aldrig bättre än de svagaste länkarna.

**Avslutningsvis tror jag** att utvecklandet av vårdvalsmodellerna är positivt. Det är positivt för patienten. Rätt utformade kan det ge möjligheter för professionen att påverka verksamheten. En annan positiv effekt är att primärvården verkligen kommit på agendan, vilket kan betyda mycket för rekrytering etc. I de landsting som genomfört reformen har antalet läkare i primärvården ökat.

CARL-ERIC THORS

## Information från Läkarförbundet

### Vi vill att frågan om egenföretagande ska vara "vill jag?" istället för "kan jag?"

**Vårdvalsmodeller införs nu på många håll i Sverige. För att uppmuntra och skapa förutsättningar för läkarna att starta egen läkarverksamhet driver Läkarförbundet bland annat projektet "Ökad mångfald inom vården".**

Syftet med projektet är att öka andelen egenföretagande läkare, främst inom primärvården, vilket bland annat medför en ökad valfrihet hos patienter och beställare att välja det vårdalternativ som passar dem bäst.

Projektet riktar sig framför allt till de läkare som påverkas av vårdvalsmodellerna – här kommer de största omvälvningarna att ske 2009.

– Det är en fantastisk möjlighet som öppnar sig för kåren och den individuella läkaren. Genom satsningen ska läkarkåren ges möjlighet att vara först att agera i en situation där initiativkraft kommer att forma den framtida vården, säger Björn Druse, ekonomidirektör och projektledare från Läkarförbundet.

Projektet som är samfinansierat av NUTEK, med GrantThornton och SalusAnsvar som samarbetspartners, ska ge läkarna det beslutsunderlag som behövs för att ta steget att bli egenföretagare.

– Vi vill att frågan om egenföretagande ska vara "vill jag?" istället för "kan jag?". Satsningen ska sänka trösklarna för de som är intresserade av att starta eget, så att de kan fatta sitt beslut på så god information som möjligt om vilka finansiella – och arbetsmässiga – konsekvenser som egenföretagande medför för en läkare inom primärvården, säger Björn Druse.

Ett mål är att, tillsammans med de företag och organisationer som ingår i projektet, skapa ett så kallat strukturkapital. Det vill säga när projektet är slut vid ingången av 2010 ska förbundets samarbetspartners i projektet ha kunskapen, intresset och möjlighet att stötta och hjälpa de läkare som därefter vill starta företag.

Under 2009 kommer förbundet att genomföra ett antal utbildningsstillfällen runt om i landet. Förbundet siktar på att 500 läkare blir så intresserade av egenföretagande att de går utbildningen under året. Flertalet kurser kommer att hållas på plats i de landsting som valt att införa vårdval. Det kommer även att ges ett antal centrala kurser i Stockholm. På Läkarförbundets webbplats kommer det att finnas lättillgänglig information om att bli egenföretagare.

Håll utkik efter mer information om kurserna och projektet på webbplatsen samt i mejl och brev.

## ☼ ORDFÖRANDE



*Ove Andersson*  
Strama Uppsala län  
Inf. kliniken  
Akademiska sjukhuset  
751 85 Uppsala  
Tel: 018-611 90 02  
E-mail: ove.andersson@lul.se

## ☼ ÖVRIGA LEDAMÖTER



*Britt Bergström*  
VC Kungshöjd  
Otterhällegatan 12A  
411 18 Göteborg  
Mobil 0703-503 506  
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

## ☼ VICE ORDFÖRANDE



*Ann-Christine Sjöblom*  
Boo vårdcentral, Edövägen 2  
132 23 Saltsjö-Boo  
Tel 08-747 57 00  
Fax 08- 747 57 01  
E-mail: ann-christine.sjoblom@sll.se



*Gunilla Boström*  
Byske hälsocentral, Storgatan 85 D  
931 34 Skellefteå  
Tel: 0912-407 10  
Fax: 0912-104 30  
E-mail:gunilla.bostrom@vll.se

## ☼ SEKRETERARE



*Christer Olofsson*  
Kallinge vårdcentral, Gjutarevägen 1-3  
372 50 Kallinge  
Tel 0457-73 17 69  
Fax 0457-73 17 75  
E-mail: christer.olofsson@ltblekinge.se



*Ulf Wahllöf*  
Dragonens Nya HC  
Ridvägen 12, 903 25 Umeå  
Mobil 070-329 17 72  
Fax 090-17 89 60  
E-mail: ulf.wahllof@comhem.se

## ☼ KASSÖR



*Anders Nilsson*  
Täby Centrum-Doktor  
Attundafältet 14, 183 34 Täby  
Tel 08-638 98 00  
Fax 08-638 98 08  
E-mail: anders.folke.nilsson@telia.com



*Björn Widlund*  
VC Sjöbo, Björkvägen 3  
275 31 Sjöbo  
Tel: 0416-49 77 30  
Fax: 0416-49 77 37  
E-mail: bjorn.widlund@skane.se

## ☼ KANSLI



*Anne-Marie Johansson*  
Sveriges Läkarförbund  
Box 5610, 114 86 Stockholm  
Tel 08-790 33 91  
Fax 08-790 33 95  
E-mail: anne-marie.johansson@slf.se

## ☼ VALBEREDNINGEN

*Kerstin Ermebrant* (sammankallande)  
Jolesvägen 13, 840 94 Tännäs  
Mobil 070-326 94 08  
E-mail: kl.ermibrant@tele2.se

*Leif Martén*  
Mora VC, Mora Lasarett, 792 85 Mora  
Tel 070-321 52 42  
E-mail: leifmarten@telia.com

*Rune Kaalhus*  
Läkargruppen, Källgatan 10, 722 11 Västerås  
Tel 021-15 02 30, fax 021-18 55 78  
E-mail: rune.kaalhus@ptj.se

### Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2009

Nummer	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 4	27 aug	1 okt
Nr 5	8 okt	10 nov
Nr 6	18 nov	18 dec