Distriktsläkaren

Nr 4 • 2008 • Svenska Distriktsläkarföreningen • DLF

Vårdval Stockholm – ur oppositionens synvinkel

Vårdval – För Vem?

Maria Dalemar

Vårdvalsdebatten är nu aktuell efter det att remissinstanserna lämnat sina synpunkter. Distriktsläkarföreningens svar finns återgivet på annan plats i tidningen. När innehållet i remissvaren nu debatteras står det klart att det är en fråga som engagerar många, vilket är helt naturligt eftersom det berör en grundläggande fråga för Sveriges alla invånare. En stor mängd remissvar har kommit till Socialdepartementet från en rad olika organisationer. Sammanfattningsvis tycks det som om flertalet är positiva till innehållet i utredningen även om vi liksom fler har vissa förbehåll. Tyvärr är det dock så att landstingen i stor utsträckning är negativa till utredningens grundtankar om en författningsreglerad minsta gemensam nämnare när det gäller befolkningens rätt att få tillgång till lika vård i första linjens sjukvård, liksom utövarnas möjlighet till fri etablering inom det regelverk som skall vara basåtagandet.

Varför detta motstånd? Det kommunala självstyret lyfts fram som orsaken till den negativa synen. Alla vill ha möjlighet att göra på sitt eget sätt. Det är inte förvånande, men inte desto mindre beklagligt att notera att det är viktigare att behålla den maktpositionen än att se till att förutsättningar skapas inom hela landet för en fungerande primärvård. Det kommunala självstyret kommer att begränsas avseende det basala grundåtagandet, men det är fullt möjligt för det enskilda landstinget/regionen att utveckla vårdvalet ytterligare.

Det är också viktigt att fundera över varför vårdvalsutredningen kommit fram. Patienterna behöver tillgång till en välfungerande primärvård, det vinner alla på. Att landstingen då är den part som i stor utsträckning är negativ är minst sagt tragiskt.

För att primärvården skall fungera måste det finnas ett tillräckligt stort antal specialister i allmänmedicin i förhållande till uppdraget. I utredningen föreslås att kravet på specialist i allmänmedicin skall slopas. Detta kan upplevas som både ett hot och en möjlighet beroende på hur man ser på frågan. Jag är övertygad om att specialiteten allmänmedicin är en förutsättning för en välfungerande och kostnadseffektiv primärvård. Slopas kravet på grund av oförmågan att skapa förutsättningarna för ett tillräckligt antal distriktsläkare i vården, krävs det att beslut fattas om tydliga strategier för att få olika specialister att etablera sig och skaffa sig en dubbelspecialisering. Om detta sker är det sannolikt positivt. Om kravet endast tas bort och beslutsfattarna utgår från att primärvården klaras lika bra eller bättre av en rad organspecialister i primärvården, är detta en tragisk felbedömning. Vi kommer i så fall att få en primärvård med betydligt ökade kostnader jämfört med vad en välfungerande primärvård med distriktsläkare som har kompetensen att klara hela uppdraget skulle kosta.

Vårdval med ett innehåll som är kvalitetssäkrat avseende innehåll, struktur och kompetens för hela befolkningen borde vara positivt för beslutsfattarna i landstingen, nuvarande och blivande distriktsläkare och inte minst patienterna.

Denna viktiga fråga kommer att diskuteras under hela hösten. Tag tillfället i akt och var med i debatten!

Maria Dalemar
Ordförande

Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Styrelse: Maria Dalemar (ordf), Ove Andersson, Britt Bergström, Rune Kaalhus, Anders Nilsson, Christer Olofsson, Ann-Christine Sjöblom, Ulf Wahllöf.

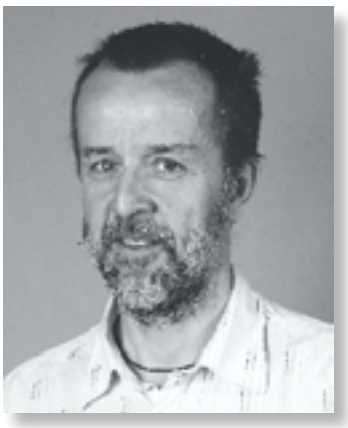
Kansli: Anne-Marie Johansson, Sveriges läkarförbund, Villagatan 5, Box 5610, 114 86 Stockholm, tfn 08-790 33 91, fax 08-790 33 95

Redaktion: Rune Kaalhus (red. och ansv. utg.)
E-post: rune.kaalhus@ptj.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.svdlf.se
Omslagsbild: Ingela Nylund Watz (Foto: Per Lundblad)

Information från styrelsen



Ove Andersson

Sommaren har nu passerat med samlandet av nya krafter inför det fortsatta arbetet. Kortfattat är nedanstående det viktigaste i höstens arbete.

Vårdval

Under sommaren har Läkarförbundets fortsatta arbete med en analys av de olika vårdvalsmodellerna fortsatt. En delrapport presenterades under Almedalsveckan i juli. Nästa steg i arbetet med att analysera och värdera de olika modellerna är en medlemsenkät till allmänläkare i berörda landsting som kommer att presenteras av Läkarförbundet i oktober månad, och som vi planerar ha en diskussion om på höstens fackliga seminarium i Distriktsläkarföreningen.

Gällande den nationella utvecklingen av vårdvalssystem kommer riksdagen under hösten att fatta beslut om man tänker fullfölja intentionerna från Toivo Heinsoos utredning angående patientens rätt och utredningen gällande *Lag om Valfrihet*, vilket skulle innebära att alla landsting åläggs att under 2009 genomföra vårdval med fri etablering med nationellt definierat grundåtagande. Föreningen ser positivt på tanken på en nationellt reglerad primärvård.

Fackligt seminarium

Vid höstens fackliga seminarium inom Distriktsläkarföreningen kommer IT-frågor och föreningens förslag gällande den på fullmäktige antagna motionen angående skapandet av ett IT-nätverk för stöd och hjälp för DLFs lokalföreningar vara en viktig del. Vi kommer också att diskutera förbundets vårdvalsanalys samt fortsätta att följa upp sjukskrivningsfrågan. Styrelsens bedömning är att det är av stor vikt att följa effekterna för våra medlemmar av införandet av sjukskrivningsstödet och ”rehabiliteringskedjan”.

Tidningen Distriktsläkaren

Styrelsen fortsätter med arbetet kring tidningen *Distriktsläkarens* framtida utveckling. En genomförd läsarundersökning visar att tidningen är den tidning som allmänläkare läser allra mest bland aktuella facktidningar. Enligt information från vår utgivare Mediahuset kommer annonsmarknaden drastiskt att sjunka 2009, varför åtgärder måste vidtas för att lösa inkomstminskningen för tidningen. Utgivningen kommer dock att fortsätta med sex nummer/år. Temanummer kring organisatoriska frågor och satsning på platsannonser kan vara tänkbara lösningar. Redaktören och styrelsen tar tacksamt emot förslag om tänkbara teman, artiklar och andra förbättringsidéer.

Patientsäkerhet

Kraftprojektet, Läkarförbundets satsning på patientsäkerhet, fortgår. Det lokala arbetet i detta projekt sker mest via lokalföreningarna. Styrelsen har fortlöpande informerats om arbetet och kommer under hösten att fortsätta att arbeta med frågan utifrån allmänläkarperspektiv. Ur fackligt perspektiv är detta främst en resurs- och arbetsmiljöfråga.

Jämställdhet

Läkarförbundet har under 2008 genomfört en analys om jämställdheten inom medlemskåren och de olika specialiteterna. Styrelsen konstaterar att allmänläkarspecialiteten har hunnit relativt långt i jämställdhetsutvecklingen jämfört med andra specialiteter. Andelen män och kvinnor är jämn och lönedifferenserna är relativt små, jämfört andra specialiteter. Genusperspektivet kommer dock fortsätta att vara en viktig del i framtiden.

Arbetsmiljö

Erhållna data visar att antalet anmälda arbetsskador minskat under 2000-talet och antalet anmälda längre sjukfall ligger konstant. Sjukersättningsfallen har minskat. Psykiatriska diagnoser står för 40%. DLF arbetar med dessa frågor, liksom tidigare, inom Läkarförbundets Arbetslivsgrupp.

Medlemsrekrytering

Föreningen har under första halvåret 2008, liksom Läkarförbundet i sin helhet, noterat att antalet medlemmar minskat. Bakgrunden är mångfacetterad och är bland annat kopplad till pågående privatiseringsförändringar, pensionsförmåner inom olika specialitetsföreningar samt den allmänna effekt som politiska beslut rörande arbetslöshetskassan förorsakat för alla fackliga organisationer.

Styrelsen vill påpeka att man som medlem, efter sex månaders medlemskap, automatiskt får ett ökat försäkringsstöd gällande trygghetsförsäkringar. Denna sexmånaderskarens gäller också om man kortvarigt ej betalat sin avgift.

Distriktsläkarföreningens fond

Styrelsen vill påminna om att medel för behövande medlemmar samt närstående kan sökas ur stiftelsen Svenska Distriktsläkarföreningens Samfond två gånger/år.

Medel kan sökas för personliga behov på grund av temporära ekonomiska belastningar, vid sviktande personlig ekonomi eller för hjälp med finansiering av forskning och utbildning för med-

lemmar. Forskningen skall dock ha en klar allmänmedicinsk prägel.

Vid ansökan krävs en motivering med sakskäl som föreningen vill ha styrkt genom kopior på projektbeskrivningar eller antagningsbesked vid forskning och utbildning. Vid sviktande ekonomisk situation krävs att den sökande har en årsinkomst på mindre än tre basbelopp/år (<117 000 kr/år 2008) och tillgångar på <55 000 kronor, vilket vi önskar att den sökande styrker på erforderligt sätt.

Ordförande plus kassör går igenom inkomna ansökningar två gånger/år. Erhållet belopp är skattepliktigt.

För övrig information, kontakta gärna föreningens sekreterare, Anne-Marie Johansson.

IT-frågor

Efter fullmäktiges beslut om att initiera ett nätverk bland DLFs lokalföreningar för stöd och hjälp i det fortsatta lokala IT-arbetet har ett stort antal IT-intresserade kollegor hört av sig och ett informellt informationsutbyte i frågorna har redan inletts. Styrelsens koordinator i dessa frågor är Rune Kaalhus. Som följd av fullmäktiges beslut kommer styrelsen under det fackliga seminariet i höst att komma med förslag till formerna för det fortsatta arbetet i nätverket.

Ove Andersson

Remissvar

”Vårdval i Sverige”, delbetänkande i utredningen kring patientens rätt

(SOU 2008:37)

Remissen belyser hur fri etablering kan införas i primärvården. Utredningen vill föreslå att landstingen blir skyldiga att införa vårdvalssystem som ger patienten rätt att välja vårdgivare.

Förslaget skall också ses i samband med förslaget om lag om valfrihetssystem.

Distriktsläkarföreningen stödjer utredningens principer och att detta förslag skall ses som ett led i övergången till ett enhetligt nationellt hälso- och sjukvårdssystem.

Vi anser det viktigt att man med detta förslag ytterligare stärker kopplingen mellan individen och en fast läkarkontakt, baserat på individens fria val. För de som inte väljer åläggs uppdragsgivaren att sörja för hälso- och sjukvård separat vilket renodlar och tydliggör uppdraget. Förslagets skrivning att landstingen blir skyldiga att följa förslaget om ”*Lagen om Valfrihet*” borgar också för ett utökat utbud samt att möjligheten för en kontinuerlig vårdrelation stärks.

Basen för den fasta läkarkontakten skall vara en specialist i allmänmedicin även om utredningen föreslår att man i hälso- och sjukvårdslagen tar bort det juridiska kravet gällande detta. Distriktsläkarföreningen accepterar detta under bedömningen att det tydligare ökar förutsättningarna för antalet läkare inom primärvården kommer att öka de närmaste åren, men kräver att betänkandet är tydligare i gällande text gällande den ”centrala resurs och nödvändig kompetens” som man bedömer att specialistkompetens i allmänmedicin innebär. Föreningen föreslår att man i betänkandet, för att säkerställa god kvalitet, kontinuitet samt kostnadseffektivitet, ålägger uppdragsgivaren/landstingen att som del av uppdraget tillskapa utbildningsstrukturer och ersättningssystem som säkerställer att specialistkompetens i allmänmedicin är grundkravet för läkare som ska verka i den framtida svenska primärvården.

Utredningen belyser väl också det faktum att man från landstingens håll inte beaktat arbetet med att underlätta en fast läkarkontakt i primärvården och underlåtit att följa fastställda överenskommelser i primärvårdsfrågor, senast som ”*Avtal om utvecklingsinsatser inom vården omsorgen 2002–2004*”. Ur föreningens perspektiv är det därför en uttalad nödvändighet att detta med lagstiftning eller på annat likartat sätt regleras och styrs nationellt. Föreningen stödjer också tanken på att en nationell myndighet åläggs uppdraget att reglera och utöva tillsyn av primärvårdens innehåll, kvalitet samt kompetens.

Föreningen är för ett utökat utbud av olika driftsformer och att verksamheten skall utföras på lika villkor oavsett driftsform. Förslaget att en statlig myndighet ”Konkurrensverket” blir den myndighet som granskar verksamheten utifrån konkurrensneutralitet välkomnas.

Slutligen vill vi belysa värdet i att man från regeringens sida fortsätter arbetet att tillskapa ett helt enhetligt nationellt system gällande uppdrag, ersättning m.m. för den framtida primärvården i Sverige. Utifrån ett internationellt perspektiv och baserat på erfarenheter och kunskap om de senaste årens primärvårdsutveckling nationellt anser Svenska Distriktsläkarföreningen att det är den utveckling som bäst borgar för en god primärvård för landets invånare. ■

Vårdval Stockholm
– ur oppositionens synvinkel

Ingenstans i Sverige har införandet av ett vårdvalssystem vållat så stor debatt som i Stockholm.
Denna debatt har dessutom även förts upp på riksnivå – med dueller i riksdagen och i TV-programmet Agenda, för att ta två exempel.
Debattinläggen i dagspressen duggar tätt, och det är motstridiga uppgifter som presenteras i olika undersökningar.

Förra hösten intervjuade *Distriktsläkaren* landstingsrådet Filippa Reinfeldt *(se DL 4/07, reds anm.)* om reformen som trädde i kraft 1/1 2008.

Ett år senare far vi tillbaka till huvudstaden – denna gång träffar vi landstingsrådet Ingela Nylund Watz (s), som är oppositionens talesman.

Vi vill ha hennes syn på Vårdval Stockholm, ett drygt halvår efter införandet.

Sämre i socioekonomiskt utsatta områden

Ingela tar emot oss i Landstingshuset på Kungsholmen. Hon har varit gruppledare för socialdemokraterna i Stockholm sedan 1999, och landstingsstyrelsens ordförande under åren 2002 till och med 2006.

Efter valet 2006 är hon ledare för oppositionen.

– Vi i Stockholm är gynnade när det gäller antalet läkare. Men det har visat sig i den nya modell som de borgerliga infört att det blir fler etableringar där folk redan mår bra, säger Ingela inledningsvis.

Bakgrunden är att man i Stockholm infört fri etablering. En så kallad Regelbok definierar de krav man ställer på en vårdgivare, och om man väl förbinder sig att följa den så är det inget som hindrar att man öppnar en mottagning.

Landstingsråd Ingela Nylund Watz

– Vi har nu sett att en fri etableringsrätt inte fungerar om vi vill ha vården jämlikt fördelad. Det har blivit sämre i socioekonomiskt utsatta områden, fortsätter Ingela.

Korta, snabba läkarbesök

Det är detta som är centralt i hennes budskap: Fördelning av resurser.

– Vi vill förändra denna fördelning, så att det blir mer resurser i de områden där de behövs bäst istället, säger Ingela och tillägger:

– Dessutom tycker vi att en fördelning av resurser enbart efter ålder inte känns rätt.

Vårdval Stockholm har endast en åldersviktad kapitering, och till skillnad från de övriga vårdvalsmodeller som idag är i drift i Sverige, så utgör besöksersättningen en stor del av den rörliga intäkten.

– Att öka antalet läkarbesök var målsättningen med reformen. Det är nog bra, men konsekvensen har blivit att det har blivit korta, snabba läkarbesök, hävdar Ingela.

Cynisk politik

Hon anser att det är ett uttryck för en cynisk politik.

– Den gynnar inte till exempel problempatienter med utländsk bakgrund. Den leder till klart kvalitativt sämre möten mellan patient och doktor.

Ingela ger ett exempel med en äldre, multisjuk dam från Libanon som måste använda tolk vid besöket. När hon talar, kan man känna den patos som ligger bakom orden.

– Självklart tar ett sådant besök längre tid, och därför blir det enligt den här modellen då mindre lönsamt. Det får då konsekvensen att hon ofta måste komma tillbaka – på så sätt kan hon ju generera mer pengar – men betänk hur detta upplevs ur *hennes* synpunkt! Att aldrig känna att man blir ordentligt lyssnad på, att man inte får ta den tid i anspråk som man behöver…

Vill behålla patientens möjlighet att välja

Därför är det själva ersättningsmodellen man vill förändra vid ett eventuellt maktskifte 2010.

– Ser vi att denna trend fortsätter, att vården är ojämlikt fördelad, så får vi ge verksamheten i uppdrag att rätta till det.

Det innebär dock inte, enligt Ingela, att man ska ”köpa tillbaka” verksamhet från vårdföretag.

> **Jag tror vi kommer att hitta en modell för patientval i Stockholm som kommer att få en bred politisk uppslutning – men det kommer att innebära att moderaterna får ge sig.**

– Vi har avtalsrelationer med vårdföretagen. Det är i så fall bättre att starta upp ny verksamhet i egen regi där det behövs – eller upphandla – och sedan titta på de övriga områdena om de resurser som idag styrs dit behövs i oförändrad omfattning.

Däremot har Ingela inget emot att patienten själv väljer vilken vårdkontakt denne vill ha. Men hon har ett par påpekanden i sammanhanget:

– En fast läkarkontakt är viktig för många människor – men inte för *alla*. Det finns de som hellre prioriterar snabbhet. Men framför allt för många äldre är en fast kontakt viktig. Därför är också patientens möjlighet att välja viktig.

– Jag menar också att om vi tillämpar ett system som utgår från patientens fria val, så måste det också innebära att patienten kan välja en *annan* specialist än i just allmänmedicin som sin fasta kontakt.

Ifrågasatt avknoppning

Andelen privata utförare anser däremot Ingela inte är intressant.

– Nej, inte när det gäller i förhållande till vårdval som modell. Men fler internationella vårdföretag bidrar inte till att öka mångfalden.

I samband med att Vårdval Stockholm infördes, uppmanade man till ”avknoppning” av verksamheten – det vill säga att de anställda själva ska ta över driften av den enhet de arbetar på. En särskild ”Starta eget-kurs”, som en praktisk första orientering av vad det innebär anordnades av Utvecklingskansliet och den mottogs initialt med ett stort intresse.

Enligt Ingela har dock det intresset svalnat betydligt.

– Det är osäkert om den här avknoppningen sker på ett rättsligt korrekt sätt. En jurist på Stadskontoret – som granskat frågan på regeringens uppdrag – har kommit fram till att det är ”ytterst diskutabelt”.

– Dessutom är förfarandet också ifrågasatt via EU-rätten. Det är inte avgjort ännu – och när det gäller sådana frågor är preskriptionstiden 10 år! Så det har inte blivit så många avknoppningar.

Utveckla forskning och närakuter

Vi frågar vilka ytterligare förändringar man kan förvänta sig om majoriteten förändras i Stockholm nästa val.

– Vi vill ha ett ökat fokus på frågor om forskning, svarar Ingela.

– Det var ett arbete som vi påbörjade under förra mandatperioden – att föra ut forskningen i primärvården. Det är en utveckling som måste få mer kraft. Vi vill fånga upp intressanta skeenden närmare patienten.

Verksamheten vid de så kallade närakuterna är en annan fråga Ingela tar upp.

– Det var vi som satte igång det arbetet. Men idag har det återgått till att det endast är allmänläkare som bemannar dessa. Vi vill utöka den satsningen – ta in labb, röntgen och andra specialiteter på närakuterna. Exakt vilka beror på i sin tur hur området där de ligger ser ut – till exempel ska det finnas barnspecialister på närakuter i de områden där det finns mycket barn, geriatriker på de där det bor många äldre och så vidare.

Bra nationell lyskraft

Debatten om Vårdval Stockholm har hamnat i fokus på riksnivå. Ingela tycker att det är bra.

– Effekter av förändringar som styr verksamheten *syns* mycket när de genomförs här. Det handlar om 1,9 miljoner svenskar som berörs! Därför får det stor genomslagskraft.

Att partiledaren Mona Sahlin gett sig in i debatten har hon inget emot.

– Det är bra att systemskiftet i sjukvårdsfrågan i Stockholm kommuniceras i riksmedia. Vården är en fråga som engagerar alla svenskar. Det är sorgligt – men samtidigt ett faktum jag som socialdemokrat är stolt över – att Mona Sahlin är den enda partiledare som tar debatten. Den har bra nationell lyskraft.

Studerar olika modeller

Till skillnad från de övriga landsting som infört vårdvalsmodeller, har systemskiftet i Stockholm *inte* skett i samförstånd mellan de olika blocken. Hur ser Ingela på ett eventuellt regimskifte – hur kommer (s) att förhålla sig när det gäller att söka en lösning som går över blockgränsen?

– Jag tror vi kommer att hitta en modell för patientval i Stockholm som kommer att få en bred politisk uppslutning – men det kommer att innebära att moderaterna får ge sig, svarar hon.

– Den borgerliga majoriteten har byggt murar – det är en extremt gammal moderat politik de genomför. Men vi tror att det ”skaver” en hel del inom de övriga partierna.

– Just nu studerar vi olika modeller. Vi vill ha ett robust system, med en ny ersättningsmodell. Teamarbetet i hälso- och sjukvården måste förbättras – vi måste ha med alla sjukvårdsanställda i debatten. Det är *vårt* ansvar som folkvalda att styra över skattebetalarnas pengar och sedan avgöra.

– För det är endast politiker som har den förmånen – så fungerar demokratin, avslutar Ingela Nylund Watz.

Per Lundblad

Vi har fått följande rapport från en mottagare av stipendiemedel från Distriktsläkarföreningens Samfond.

Hur bedömer allmänläkare risken för hjärt-kärlsjukdom?

Ett forskningsprojekt i samarbete med Sicilien.

Användningen av läkemedel för att minska risken för framtida hjärt-kärlsjukdom hos friska individer är med rätta ett kontroversiellt område.

För patienter utan tidigare hjärtsjukdom eller diabetes, s.k. primärprevention, bör den sammanvägda risken för framtida insjuknande i koronarsjukdom beräknas för att avgöra vilka som t.ex. bör rekommenderas lipidsänkande medicinering. Hjälpmedel i form av tabeller är välkända sedan länge. Risken att insjukna i koronarsjukdom kan där avläsas mot patientens ålder, kön, rökning, blodtryck och kolesterolvärde. Tidigare har data från Framinghamstudien använts för att förutsäga risken, numera används mer och mer data från olika europeiska studier och riskbedömningssystemet kallas SCORE. Mycket tyder på att risktabeller används i mycket begränsad omfattning i klinisk vardag. Riskbedömningen blir därför ofta intuitiv och kvalitén på sådana intuitiva riskbedömningar påverkar givetvis faran för under- och överförskrivning.

Parallellt med mitt arbete som distriktsläkare forskar jag vid Centrum för Allmänmedicin i Stockholm och ett av mina intresseområden är just läkares kardiovaskulära riskbedömningar. En första studie* visade att distriktsläkares riskbedömningar inte skiljde sig från läkarstuderande på sista terminen, när de bedömde samma serie av skrivna patientfall. Båda grupperna underskattade risken (jämfört med Framinghamberäknad risk) i lika stor utsträckning.

(Dock var distriktsläkarnas beslut kring huruvida lipidsänkande läkemedel skulle ges eller ej ”bättre” är studenternas.) Det tycks alltså inte räcka med klinisk erfarenhet för att göra bra riskbedömningar.

Individer från olika delar av Europa tycks ha olika höga risker i genomsnitt, även om deras värden på riskfaktorerna är lika. Hög risk i norr och låg risk i söder. Man har följaktligen lanserat olika riskekvationer för norra och södra Europa. En 60-årig icke-rökande man med 150 i systoliskt blodtryck och 7,2 i totalkolesterol borde då få lägre riskbedömning i södra Europa än i norra Europa. Vi har testat denna hypotes genom ett samarbete med en italiensk kollega, Federico Vancheri, som är kardiolog med intresse för prevention. Han är chef för invärtesmedicinska avdelningen på S.Eliasjukhuset i Caltanissetta på Sicilien, och nu också doktorand vid Karolinska Institutet. Vi presenterade samma nio skrivna patientfall för ett slumpmässigt urval av allmänläkare dels i Stockholmsregionen, dels i distrikten Caltanissetta, Agrigento och Enna på Sicilien. Uppgiften var att skatta risken för insjuknande i kranskärlssjukdom inom tio år (utan att använda risktabell) och att bedöma om lipidsänkande medicinering borde rekommenderas eller inte.

Resultaten har sammanställts och en artikel verkar bli accepterad för publikation nu i höst. Det något förvånande resultatet var att samma patientfall bedömdes ha lägre risk när det bedömdes av allmänläkare i Stockholm, högriskområdet, än av allmänläkare på Sicilien, lågriskområdet. Alltså tvärtemot vår hypotes. Stockholmsläkarna var också mindre benägna att förskriva läkemedel även i de fall där deras bedömning var att 10-årsrisken för insjuknande i koronarsjukdom var högre än 20% (som är den rekommenderade gränsen utifrån Framinghamtabellerna). En intressant skillnad mellan Sicilien och Sverige är att sicilianska patienter som av sin doktor bedöms ha en risk överstigande 20%, får statiner kostnadsfritt! Detta kan förstås innebära att sicilianska läkare är mer vana att fundera kring och beräkna risknivåerna.

Vi har också bett två andra sicilianska läkargrupper, invärtesmedicinare och kardiologer, bedöma samma patientfall för att se om olika instanser i ”vårdkedjan” gör samma riskbedömningar och fattar samma beslut om behandling. En rimlig gissning vore här att primärpreventionsfallen i regel går till allmänläkare och att dessa därför borde ha större vana med patientgruppen och göra mer korrekta bedömningar. Dessa data är under bearbetning. ➲

Vad är det då för vits med den här typen av forskning? Om läkare konsekvent använde hjälpmedel för att göra korrekta riskbedömningar, så är resultaten kanske bara av teoretiskt intresse. Eftersom verkligheten snarare är att riskbedömningar inte görs alls, eller görs intuitivt och med systematiska fel, finns givetvis risk för att läkemedlen också används fel. Förhoppningen är att forskningen skall bidra till att utforma beslutsstöd och utbildningsinsatser på ett bra sätt inom detta område. Som en behaglig sidoeffekt har jag också fått möjlighet att besöka Sicilien vid ett flertal tillfällen, och haft förmånen att kunna auskultera hos de olika läkarkategorierna.

Lars Backlund
Centrum för allmänmedicin
www.allmanmedicin.nu

* Backlund L, Bring J, Strender L-E. How accurately do general practitioners and students estimate coronary risk in hypercholesterolaemic patients? Primary Health Care Research and Development 2004; 5: 145-152.

Distriktsläkarföreningens fond

DLF förvaltar Stiftelsen Svenska Distriktsläkarföreningens Samfond. Ur denna fond har distriktsläkarföreningen möjlighet att dela ut medel varje år. Enligt fondens regler kan distriktsläkare söka medel för utbildnings-, utvecklings- och forskningsverksamhet, dock ej till täckande av lönebortfall. Arbetet bör ha nära anknytning till den kliniska vardagen.

Fonden kan också dela ut medel till behövande medlemmar i distriktsläkarföreningen eller till medlemmars efterlevande.

När Du söker medel ur fonden måste du motivera vad du skall använda pengarna till och också specificera summans storlek.

Om det gäller ansökan för behövande medlemmar eller efterlevande måste du lämna en redogörelse för din ekonomi och din familjesituation.

Gränsen för behövande att söka medel rekommenderas vara under 3 prisbasbelopp i årsinkomst (f.n. ca 115 000 kr) och mindre än ca 1,5 prisbasbelopp i tillgångar (f.n. 55 000 kr). Till ansökan skall kopia av senaste självdeklaration bifogas.

Vid frågor går det bra att kontakta Anne-Marie Johansson på DLFs kansli, Tel 08-790 33 91.

Ansökan med motivering skickas till
Svenska Distriktsläkarföreningen, Box 5610, 114 86 Stockholm,
E-mail: anne-marie.johansson@slf.se
Fax 08-790 33 95.

Sista ansökningsdag för hösten 2008 är den 21 november.

Välkommen med din ansökan!

Förändringar i sjukförsäkringen och införande av rehabiliteringskedjan – *en översikt*

Förändringarna i sammanfattning:

- Sjukpenningen blir tidsbegränsad
- Begreppet förlängd sjukpenning införs
- Tidsbegränsad sjukersättning slopas
- Rehabiliteringskedja med fasta tidpunkter införs
- Förändringarna genomförs från 1 juli 2008
- Förändrad beräkningsgrund för sjukpenninggrundande inkomst

Försäkringskassan och socialförsäkringen genomgår stora förändringar. Ett beslutsstöd har införts och nu hunnit prövats under snart ett år. Beslutstödet är dock bara en del i den stora förändringen som genomförs med total förändring av Försäkringskassans organisation och förändringar i sjukförsäkringen. Flera av förändringarna påverkar vårt kliniska arbete i stor omfattning. Vi kan även förvänta oss att möta patienter som på olika sätt påverkats av förändringarna.

Bakgrunden till förändringarna

Det är mer troligt att flera faktorer samverkat och att bl.a. vårt sätt att sjukskriva varit en av faktorerna. De förändringar som nu genomförs i sjukförsäkringen har i stor omfattning varit aktuella under flera år tillbaka. I det stora hela innebär många av de förändringarna att den svenska sjukförsäkringen blir mer lik de försäkringar som finns i andra europeiska länder.

Från regeringshåll har man framhållit att det man vill uppnå är att;

– ge möjligheter till en mera aktiv sjukskrivningsprocess,

– fokusera på arbetsförmåga och aktiva insatser och inte på sjukdomar och begränsningar,

– renodla sjukförsäkringen och bara betala ut ersättning vid sjukdom (som påverkar arbetsförmågan),

– ge ett ökat egenansvar till patienten att själv medverka till att begränsa sjukskrivningen,

– ge en ökad rättsäkerhet och förutsägbarhet i försäkringen.

Att öka möjligheterna till förutsägbarhet och rättssäkerheten i försäkringen kan ses som en angelägen insats ut flera synvinklar. Det är knappast rimligt att en bedömning av sjukskrivningsbehovet skall påverkas av om man råkar träffa en ”snäll” och sjukskrivningsvillig läkare, eller har oturen att träffa någon som är extremt strikt i sina bedömningar. Bedömning och beslut bör kunna förankras på bättre grunder och även vara någorlunda lika, oberoende av vem som fattar besluten. Detta i analogi med hur vi exempelvis förskriver läkemedel och ställer diagnoser på olika typer av sjukdomstillstånd. Allt kan inte bli lika, men en något minskad variation är säkerligen rimlig att hoppas på.

Sjukpenning och sjukersättning

Det nya gällande sjukpenningen är att man inför *tidsbegränsad* samt *förlängd* sjukpenning. Den tidsbegränsade sjukpenningen, som väl får beskrivas som den ”vanliga” sjukpenningen, begränsas till 364 dagar under en ramtid på 450 dagar. Detta innebär i princip att man räknar samman alla ersatta sjukpenningdagar under en 450-dagarsperiod och att man under denna tid har en sjukpenning motsvarande 80 procent av sjukpenninggrundande inkomst. Man kan ha flera olika sjukskrivningar under ramtiden, men samtliga dagar (oberoende av om det är hel- eller deltidssjukskrivning) sammanräknas.

Efter det att man varit sjukskriven 364 dagar kan man ansöka om förlängd sjukpenning. Ett observandum är att det är den sjukskrivne som måste ansöka, inte den sjukskrivande läkaren. Om man beviljas förlängd sjukpenning, utbetalas denna med 75 procent av sjukpenninggrundande inkomst och detta under högst 550 dagar. För arbetslösa är möjligheterna till att få förlängd sjukpenning begränsad till 486 dagar.

Sammantaget kan man således få sammanhängande sjukpenning i som längst 2,5 år, varav 1,5 åt år med sänkt ersättning. Utöver den sänkning som görs från 80 till 75 procent vid förlängd sjukpenning görs det även en mer generell förändring i hur man beräknar sjukpenninggrundande inkomst. Den skall nu beräknas på årsinkomsten, vilket är en viss förändring mot tidigare, och den sjukpenninggrundande inkomsten skall multipliceras med 0,97. Detta kan vid första anblicken se ut som en begränsad minskning, men innebär egentligen en ganska påtaglig minskning. Den lägsta årsinkomst som kan vara sjukpenninggrundande är i år ca 9 800 kronor och den högsta 307 500 kronor (7,5 prisbasbelopp).

Det införs även en möjlighet till att ansöka om fortsatt sjukpenning med den högre ersättningsnivån. Det skall då föreligga synnerliga skäl, vilket redan varit föremål för en del diskussioner. Med synnerliga skäl avses i princip att man lider av en livshotande sjukdom som medför hot mot överlevnaden under närmaste tiden. Dessutom om man väntar på transplantation. Det krävs en speciell ansökan av den sjukskrivne, och vid beviljad fortsatt sjukpenning med den högre ersättningen finns inga tidsgränser.

En viktig fråga, inte minst för långtidssjukskrivna patienter, är naturligtvis vad som händer med de som redan är sjukskrivna och vad som händer när man förbrukat 2,5 års sjukskrivningstid. Man har från Försäkringskassan angivit att man kommer att tillämpa övergångsbestämmelser för redan sjukskrivna. För de som nått taket för tidsbegränsad sjukpenning, och inte får förlängd sjukpenning, gäller att det måste gå 87 dagar innan man kan påbörja en ny sjukskrivning med den högre ersättningsnivån.

Den tidsbegränsade sjukersättningen slopas och ersätts med sjukersättning som enbart kan betalas ut när det föreligger en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan. Den s.k. Aktivitetsersättningen som kan utbetalas till patienter i åldrarna 19–29 år, kommer att finnas kvar och är alltid tidsbegränsad. Sjukersättning vid stadigvarande nedsättning kan som tidigare utbetalas för hel eller partiell nedsättning av arbetsförmågan.

För att i framtiden kunna beviljas sjukersättning gäller att man skall anses ha en stadigvarande nedsättning av arbetsförmågan. Dessutom skall alla rehabiliteringsåtgärder bedömas vara uttömda. Vid prövning av rätten till sjukersättning slopas nu det som tidigare beskrivits som särskilda skäl exempelvis ålders- eller bosättningsskäl. Man kan således inte förväntas få en liberalare bedömning på grund av hög ålder eller bosättning på svårtillgängliga platser med begränsat arbetsutbud. Man kan heller inte få någon sjuk- eller aktivitetsersättning under tiden som man väntar på lönebidragsanställning eller anpassat arbete.

Sjukdomsbegrepp och arbetsförmåga

Centrala begrepp i sjukförsäkringssammanhang är vad som menas med sjukdom och hur man skall bedöma arbetsförmåga. Vad som menas med sjukdom i sjukförsäkringssammanhang har i princip inte ändrats sedan förarbetet till socialförsäkringen från 1955. Det finns inga direkta tecken till att man nu tänker ändra på begreppet utan snarast att man flyttar fokus från sjukdom till funktions- och arbetsförmåga. Samtidigt kvarstår dock kravet på att man skall ange en sjukdomsdiagnos och beskriva hur denna sjukdom kan tänkas påverka funktions- och arbetsförmågan. Detta i sin tur i analogi med hur beslutstödet för sjukskrivning är utformat.

En särskild arbetsgrupp håller nu på med att, på regeringens uppdrag, utreda begreppet arbetsförmåga och komma med förslag. Det är tänkt att det skall komma en skrivning redan nu under hösten men att arbetsgruppen sedan skall göra fortsatta fördjupade studier innan man presenterar en slutrapport. Ett speciellt intresse har riktats mot hur man definierar begreppen i andra europeiska länder.

Rehabiliteringskedjan

Rehabiliteringskedjan är i första hand tänkt att gälla fullt ut för den som har en anställning. För egenföretagare gäller att Försäkringskassan skall bedöma arbetsförmågan mot hela arbetsmarknaden från den 180:e dagen, och för arbetslösa gäller att bedömningen skall vara mot hela arbetsmarknaden redan från början av sjukskrivningen. Den viktigaste förändringen som införs med rehabiliteringskedjan är att man sätter fasta tidsgränser för hur och mot vad arbetsförmågan skall prövas. En tanke med införandet har enligt Försäkringskassan varit att man vill understryka behovet av tidiga insatser på arbetsplatsen och att individens egen förmåga skall tillvaratas på bästa sätt. Det finns inte länge någon möjlighet till långdragna rehabiliterings- eller arbetsprövningsperioder, utan förloppet måste nu vara maximalt aktivt eftersom tidsgränserna är tvingande.

I princip består rehabiliteringskedjan av fyra delar (se figur).

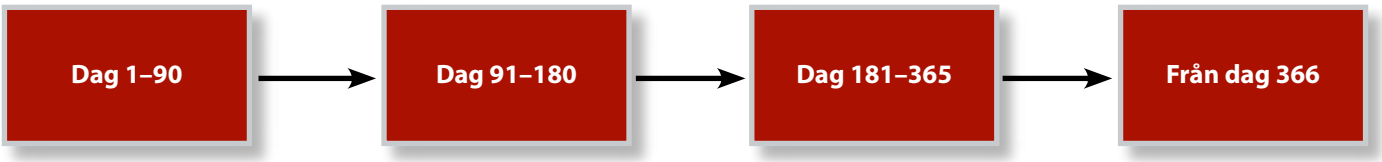
Under den första perioden, från dag 1–90, gäller att arbetsförmågan skall prövas i det ordinarie arbetet eller annat lämpligt arbete som arbetsgivaren erbjuder. Från den 91:e dagen skall arbetsförmågan även prövas mot arbete hos arbetsgivaren efter t.ex. rehabilitering eller omplacering. Det är således fortfarande den egna arbetsgivaren som har huvudansvaret. Det finns dock på denna nivå nu även möjligheter för den sjukskrivne, att med bibehållen sjukpenning, etablera kontakt med Arbetsförmedlingen och söka nytt arbete. Från och med den 181:e sjukskrivningsdagen skall prövningen av arbetsförmågan göras mot den reguljära arbetsmarknaden. Frågeställningen är då om den sjukskrivne kan försörja sig genom förvärvsarbete. Prövningen mot hela arbetsmarknaden skall göras om det inte föreligger särskilda skäl. Detta kan vara att den sjukskrivne har en långvarig sjukdom, men kommer att kunna återgå i sitt tidigare arbete efter 181:e dagen. Det skall enligt beskrivningen vara välgrundade diagnoser och det måste ske en återgång i arbete inom 365 dagar (från första sjukskrivningsdagen).

Från den 366:e sjukskrivningsdagen skall prövningen av arbetsförmågan alltid relateras till hela arbetsmarknaden. Som tidigare beskrivits gäller detta redan från första sjukskrivningsdagen för arbetslösa.

För att kunna bedöma möjligheterna till anpassning och omplacering på den egna arbetsplatsen införs en ny form av utlåtande som Försäkringskassan kan begära in från arbetsgivaren. Beträffande den medicinska bedömningen har Försäkringskassan som tidigare möjlighet att begära in läkarutlåtande från sjukskrivande läkare. Blanketten för detta utlåtande kommer dock att förändras något och anpassas både till beslutstöd och till rehabiliteringskedjans utformning.

Försäkringskassan

Från det att Försäkringskassan för några år sedan blev en statlig myndighet har förändringarna fortsatt i rask takt. En uttalad målsättning är att det skall vara lätt för medborgarna att komma i kontakt med Försäkringskassan och man skall på förhand kunna veta vad man kan förvänta sig från kassan. Ett gemensamt telefonnummer för hela landet har införts och möjligheterna till att sköta mycket av sina kontakter via Internet har utvecklats. Tanken är att det skall finnas lokalkontor i alla kommuner, men att dessa i många fall kommer samordnas med exempelvis Arbetsförmedlingen. I övrigt organiseras nu Försäkringskassan i Nationella och Lokala centra.



Figur. Rehabiliteringskedjans fyra delar.

Som en del i förändringen har man även beslutat att begreppet försäkringsläkare slopas och ersätts med försäkringsmedicinsk rådgivare. Något som förhoppningsvis kan minska något av den missuppfattning som sedan länge har rått kring försäkringsläkarnas roll och uppdrag.

Målsättning och konsekvenser

De ovan beskrivna förändringarna av försäkringen och införandet av rehabiliteringskedjan är något som i första hand påverkar den sjukskrivnes situation, men påverkar även sjukskrivande läkares handlande vid sjukskrivning. Kraven på att det skall finnas en tydlig medicinsk grund för sjukskrivning skärps, och de ekonomiska villkoren för sjukskrivna försämras, i vissa fall mycket markant. En aldrig så välgenomtänkt kedja av insatser blir dock aldrig bättre än sin svagaste länk.

För att sjukvården, och i hög grad primärvården, skall klara de åtaganden som en skärpt sjukförsäkring och rehabiliteringskedja innebär, behövs det resurser. Det måste avsättas tillräckligt med tid för att kunna göra välgrundade bedömningar av funktions- och arbetsförmåga. Behovet av stöd och utbildning i försäkringsmedicin måste prioriteras hos arbetsgivaren. Det finns annars risk för att sjukskrivningsarbetet även i framtiden upplevs som betungande och ibland närmast obehagligt för många av oss.

En övergripande målsättning från politiskt håll, även om det inte alltid framförts helt tydligt, är att minska kostnaderna för sjukförsäkringen. Något som kan vara en rimlig målsättning. En alltför passiv sjukförsäkring med ständigt ökande kostnader är inte hållbart mer än under kortare tid. Sverige har utmärkt sig med höga kostnader för sjukskrivning vilket i förlängningen drabbar andra delar i välfärdssystemet. Samtidigt är det viktigt att värna om möjligheten till av kunna vara sjukskriven när man inte kan arbeta på grund av sjukdom, och att man då även får en ersättning som är rimlig. Allt för rigida regelverk och låga ersättningar skapar problem för alla parter.

Christer Olofsson
Sekreterare DLF
Försäkringsmedicinsk rådgivare,
Försäkringskassan

Vårdval Halland

Modellen för vårdval i Halland har uppmärksammats, och av flera debattörer lyfts fram som den mest lyckade hittills. Det råder dessutom en politisk konsensus mellan blocken, ett eventuellt maktskifte kommer inte att förändra förutsättningarna.
Det är ett konkurrensneutralt system, som bygger på fullt genomförd listning och enbart åldersviktad kapitering.
***Distriktsläkaren* har talat med två doktorer som arbetar i länet.**

Några mil utanför Halmstad ligger Oskarström. Här träffar vi Magnus Tenfält, verksamhetschef vid Oskarströms vårdenhet.

Närsjukvård och vårdenhet

Magnus är specialist i allmänmedicin, och även chefläkare för Närsjukvården Landstinget Halland.

– Det är Landstinget Hallands förvaltning för drift av primärvård – alltså det som i resten av landet *kallas* för primärvård. Vi använder ordet närsjukvård i stället, förklarar Magnus.

I Halland har man alltså en något annorlunda terminologi. *Närsjukvård* istället för primärvård, och *vårdenhet* istället för vårdcentral.

– Begreppet vårdenhet är fundamentalt. Man listas inte hos en doktor, utan man listas på vårdenheten, fortsätter Magnus.

– Det är jätteviktigt, för Vårdval Halland är en satsning på närsjukvård – inte på doktorn! Det är ett sätt att bejaka den kvalitetsutveckling vi haft inom svensk primärvård de sista 30–40 åren, anser han.

Förlitar sig på enhetens kreativitet

Vi ber Magnus reda ut begreppen och förklara vad Vårdval Halland egentligen innebär. Enligt honom är Vårdval Halland i första hand en valfrihetsinriktad befolkningsreform som syftar till att kunna erbjuda en god vård på lika villkor. Alla 290 000 hallänningar är listade på en vårdenhet.

– Den vårdenhet dit man vill lista sig kan inte tacka nej – man *måste* erbjuda plats inom tre månader. Jag har förstått att det är en avgörande fråga – man ska inte kunna välja bort människor.

– Landstinget Halland definierar *vad* vårdenheten ska erbjuda människorna. Vad ska finnas där? Men man definierar inte *hur* utbudet ska organiseras. I stället skapar man ett utrymme för hur vårdenheten ska följa upp patientvalen genom att förlita sig på vårdenhetens kreativitet och förmåga att arbeta med individuella lösningar.

Vårdpeng

Rent praktiskt skapas förutsättningarna genom att Landstinget avsätter alla pengar totalt som ska användas till primärvård i en pott, som sedan delas ut till varje hallänning. Det kallas för vårdpeng.

Det är vårdpengen man har med sig när man gör sin listning, och den går till vårdenheten.

– Det innebär att om en patient som är listad här på Oskarströms vårdcentral går till en specialist i allmänmedicin som arbetar på nationella taxan – och alltså verkar utanför systemet – så är det *jag* som får betala det. I sin tur innebär det att man flyttar ansvaret för kostnaden för behandlingen från administrationen till ”golvet”, fortsätter Magnus.

Balansgång mellan krav och förväntningar

Magnus påpekar att det också innebär att han som verksamhetschef måste prioritera på ett klokt och bra sätt.

– Det är väldigt viktigt. Prioriterar jag fel, så blir de som abonnerar på våra tjänster, det vill säga de som är listade här, inte nöjda.

– Människor är rörliga idag, och vill ha kvalitet och det måste jag kunna erbjuda. Dessutom måste jag tänka långsiktigt. Det handlar inte bara om det som man tycker är viktigt idag, utan även om det som kommer att vara viktigt i morgon.

– Därför måste varje vårdenhet balansera det som den bedömer som medicinskt klokt, ändamålsenligt och av hög kvalitet med det som människor uppfattar som viktigt: Bemötande, tillgänglighet och långsiktighet.

– Den balansgången måste varje vårdenhet stå för – utbud, var ska vi finnas och hur ska våra kontaktytor se ut.

Magnus menar att den nya dimensionen i Vårdval Halland är att man gör människorna myndiga.

– En annan dimension för *mig* är en betydligt större frihet att utforma min verksamhet – vad jag tror på och vad jag väljer att satsa på – oavsett ägarskapet.

Liten rörlig ersättning

På Oskarströms vårdcentral finns, förutom doktorer och distriktssköterskor, även specialistsköterskor, sjukgymnast, BVC, arbetsterapeuter, kurator m.m.

– Vi kan erbjuda allt som förväntas av oss inom den egna enheten, säger Magnus.

Men han påpekar att en vårdenhet inte måste producera allt själv inom Vårdval Halland – den måste dock se till att det *erbjuds*.

Förutom vårdpengen, behåller vårdenheten även besöksavgiften.

– Det är den rörliga intäkten, och subventionssystemet neutraliseras gentemot vårdenheterna.

För Oskarströms vårdcentral innebär det att vårdpengen – eller ”abonnemangsavgiften” som Magnus kallar den – utgör 86% av intäkterna och resterande 14% utgörs av de rörliga intäkterna.

Mer patientfokuserat

Exakt samma villkor gäller för en verksamhetschef som arbetar för en privat utförare.

Vi träffar Ulf Peber som från och med i år arbetar på Capio Citykliniken inne i Halmstads centrum. Ulf har tidigare arbetat i den offentligt drivna verksamheten, men nu flyttat till en privat utförare.

– Jag tyckte det var fortsatt fyrkantigt att arbeta i Landstinget, förklarar han.

– Jag saknade drivande incitament för att ta ansvar för driften – jag fick ingen del av resultatet, trots att vi hade ett av de bästa resultaten i Halland. Jag ville ta över driften, men nekades till det av politikerna – så jag tröttnade.

Ulf anser att han idag kan lägga mer kraft på patientfokuserat arbete.

– Jag har inget med driften att göra, och kan själv bestämma när jag vill arbeta med patienter och när jag ska arbeta med mina andra uppdrag.

Han har flera andra arbetsgivare, bland dessa återfinns fortfarande Landstinget eftersom Ulf arbetar som studierektor för AT-läkare i södra Halland.

Fördelar och nackdelar

Även Ulf anser att Vårdval Halland har inneburit en stor uppryckning sett ur patientens perspektiv.

– Det har inneburit att det blivit mer likvärdiga villkor för alla, och patienten har fått mer makt och inflytande.

Men det har också inneburit fördelar för läkarna.

– Vårdval Halland har möjliggjort en tydligare avgränsning av uppdraget – det är idag mer definierat vad en enhet ska ta ansvar för – och vilka pengar som finns till det.

Ulf påpekar att det har öppnat upp för nya modeller.

Magnus Tenfält

”Människor är rörliga idag, och vill ha kvalitet och det måste jag kunna erbjuda. Dessutom måste jag tänka långsiktigt.”

– Landstingsmonopolet känns inte så självklart längre. Som studierektor kan jag känna ett ökat intresse för allmänmedicin bland mina AT-läkare. Men *en* miss gjorde man: Handledning av AT är inte reglerat i närsjukvården!

Men det finns även nackdelar, enligt Ulf.

– Så som man lagt upp Vårdval Halland blir det en inlåsningseffekt som gynnar existerande strukturer, det vill säga Landstinget och stora vårdbolag. Är man läkare med entreprenörsanda är det ganska svårt att starta nytt. Där har Stockholmsmodellen en fördel i och med att en högre andel av ersättningen utgörs av besöksersättning. Den kanske är lite *väl* hög där – det är svårt att veta. Men tanken är god!

Täckningsgrad

Nu är det dock en sanning med modifikation att vårdenheterna i Halland får hela vårdpengen. För att de ska få det, måste de ha en täckningsgrad på 80%, och det är det ingen i dagsläget som når upp till. Vi ber Magnus förklara hur det fungerar.

– Landstinget Halland har en vision om att 80% av all öppen sjukvård ska bedrivas utanför sjukhusen, förklarar han.

Öppen sjukvård definieras i sin tur som besök hos vårdgivare som doktor, distriktssköterska, sjukgymnast m.fl. Idag står närsjukvården för 66% av de totala öppenvårdsbesöken i länet.

Tre gånger om året räknar man ut denna täckningsgrad – alltså procentsatsen – för alla vårdenheter enskilt. Resultatet redovisas därefter offentligt.

– Om man har 80% av öppen sjukvård som täckningsgrad på sin vårdenhet får man 100% av vårdpengen. Men för varje procent som understiger 80, får man ett avdrag. Eftersom det räknas ut tre gånger per år, får vårdenheten pengar för de kommande fyra månaderna, fortsätter Magnus.

Spridningen mellan olika vårdenheter i Halland är mellan 64% och 74%. I Oskarström har Magnus 72%, och det är en siffra han anser är bra.

– Hade vi haft 80%, hade vi haft en dryg miljon mer att röra oss med per år, konstaterar han.

Han påpekar att det innebär att han kan välja att anställa en specialist från något sjukhus som kommer till Oskarström några timmar i veckan.

– För de besök han får här, står jag för hans lön och det blir alltså ”pinnar” i min täckningsgrad. Täckningsgraden avgörs av de besök *jag betalar för* – inte av vem patienten besöker, understryker Magnus.

Ett annat alternativ är att samma specialist kommer till vårdcentralen, men bekostas av sjukhuset. Då behöver inte Magnus betala – men han får istället en lägre täckningsgrad.

Från anslagsfinansiering till intäktsfinansiering

Införandet av Vårdval Halland har dock inte gått helt friktionsfritt. På sina håll har man tappat intäkter. ➲

– Till exempel har det varit bekymmer på en vårdcentral i en förort här i Halmstad, berättar Ulf.

– Vårdcentralen där hade en för stor kostym – vilket var resultatet av en tidigare politisk satsning som i och med införandet av Vårdval Halland blev omvärderad. Det har inneburit problem för dem.

Magnus var chefläkare i Halmstad innan han som chefläkare för Närsjukvården Halland var med och drog upp de riktlinjer man nu arbetar efter.

– År 2002 började vi att förändra finansieringssystemet i Halmstad. Vi gick från anslagsfinansiering till 100% intäktsfinansiering (d.v.s. listning). Det var en process som tog fem år, och det var en jobbig resa. Samma arbete påbörjades i Kungsbacka 2005. Men det innebar att just Halmstad och Kungsbacka stod mer förberedda när Vårdval Halland trädde i kraft 1/1 2007.

Magnus berättar att de under arbetet i Halmstad såg stora skillnader mellan olika läkarmottagningar när det gällde kostnadseffektivitet.

– Det kunde t.ex. handla om lokaler. Man kanske fick sig tilldelat 540 kvadratmeter en gång i tiden, men i dagsläget kanske verksamheten motiverar 370 m². Vad gör man då? Det går ju inte att säga upp de 170 man inte vill ha. Det blir en svår och jobbig situation.

Men han hävdar att man från Landstingets sida ändå insett att man som ägare måste vara med och skapa marknadsmässiga förutsättningar när man väljer att göra en så här stor reform.

Dubbel ersättning för tolk

Men Magnus har en synpunkt när det gäller konkurrensneutraliteten mellan offentligt drivna och privat drivna vårdenheter.

– I en offentligt förvaltad verksamhet är det också en offentlig insyn i vardagsbesluten – men det är det inte i ett vårdbolag. Det ger mig en konkurrensnackdel, anser han.

– Det blir svårt i lönesammanhang t.ex. Det är en offentlig uppgift – som de privata kan ta reda på – vad jag betalar i lön till en läkare. Men jag kan inte få reda på vad de erbjuder. Problemet skulle dock lätt kunna lösas om man genomförde en bolagisering av Närsjukvården Halland.

Ulf Peber

”Som studierektor kan jag känna ett ökat intresse för allmänmedicin bland mina AT.”

Det har också framförts kritik mot att man endast tillämpar åldersviktad kapitering, och inte tar hänsyn till socioekonomiska faktorer. Från och med 2008 har man dock infört att alla utlägg för kostnader för tolk, ersätts till vårdenheten med *dubbla* summan.

– Det är ett vettigt sätt att – utanför vårdpengen – tillföra medel till vårdenheter med stort behov av tolk, anser Magnus.

Inga försämrade relationer

Någon rivalitet mellan offentliga och privata utförare har det inte blivit i Halland, enligt både Magnus och Ulf.

– Det är inte vi mot dom, säger Ulf.

– Vi har samma uppdrag och samma förutsättningar. Det är ingen skillnad i infrastrukturen. Men jag får inte propåer om att delta i offentliga projekt i samma omfattning nu, som när jag var offentligt anställd. Det är dock min egen privata betraktelse – jag har inga belägg för att det gäller generellt, tillägger han.

Ulf berättar också att han ibland kan uppleva att kollegor i andra delar av landet kan känna en obefogad rädsla för att man ska tvingas till privatisering därför att Landstinget tappar sitt monopol.

Att Vårdval Halland inte inneburit några försämrade relationer med slutenvårdsspecialister på sjukhusen är de båda också eniga om.

– Jag upplever ett positivt intresse och en nyfikenhet från dem – och även ibland en viss avundsjuka på de olika driftsformer som finns, säger Ulf.

Det sista gäller inte minst för AT-läkarna.

– Som studierektor kan jag känna ett ökat intresse för allmänmedicin bland mina AT, som ju kommer från sjukhusen där det endast finns en arbetsgivare. De ser positivt på möjligheterna, tillägger han.

Ulf tillägger att konkurrensen bland arbetsgivarna har inneburit att lönerna har ökat för ST-läkarna i allmänmedicin.

Kan innehålla mycket mer

Primärvård har alltså döpts om till närsjukvård. Vad är det då för skillnad?

– Närsjukvården kan innehålla så mycket mer – vilka kompetenser man vill. Närsjukvård är allt som inte behöver slutenvårdens resurser, förklarar Ulf.

– Det handlar inte bara om att vi doktorer och andra sjukvårdsanställda ska bli mer slimmade och marknadsanpassade – utan även om att reformera ett tungrott Landstingssystem till ett flexibelt och marknadsanpassat system, avslutar Magnus.

Fast i Oskarström så har själva *namnet* på vårdenheten inte ändrats. Den heter fortfarande Oskarströms vårdcentral.

Per Lundblad

Läsvärdesundersökningen visar återigen att tidningen Distriktsläkaren är uppskattad

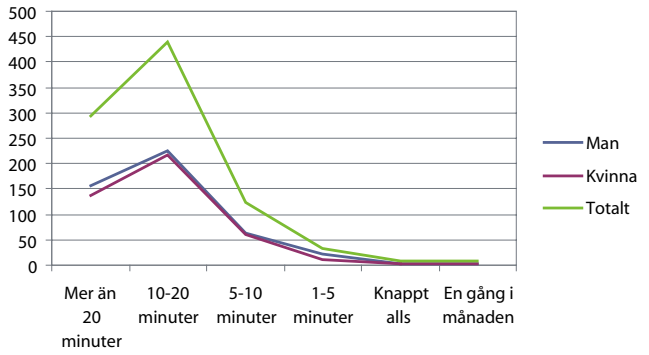
Vi är glada över att kunna publicera resultatet från den läsarundersökning som genomfördes tidigare i år. Tack alla ni som svarat på enkäten! Vi tolkar den totala bedömningen som positiv – medelvärdet för betyget var 3,64. *Distriktsläkaren* ligger i paritet med *Läkartidningen* som mest lästa tidning av de som har svarat. C:a 93% anser att tidningen delvis eller helt bidrar med ett mervärde för läsaren, och ingen skillnad förelåg mellan män och kvinnor gällande frågan om mervärde. Det är första gången vi har mätt med vas-skala och detta kommer att följas upp till kommande mätningar. Totala lästiden enligt undersökningen är begränsad för en typisk vecka, och utbudet är stort. Merparten spenderade sin tid för läsning i hemmet. Vi tolkar det som att man inte får – eller har – tid på arbetet. Det var ett stort intresse för ett samlat forum gällande platsannonser. Det fanns även skrivna kommentarer som ansåg att tidningen skulle arbeta mer för att möjliggöra annonsering för lediga distriktsläkartjänster. Om ni har några frågor eller kommentarer får ni gärna höra av er!

Rune Kaalhus
Redaktör

Antal som svarat: 907, varav 904 är utvärderingsbara.

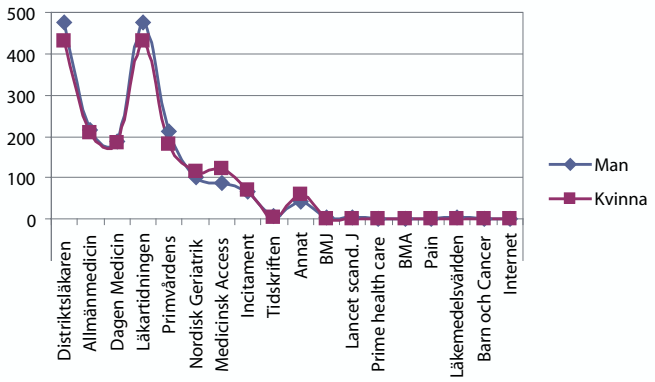
Läkare	Antal	Procent
Man	474	52,5
Kvinna	430	47,5
Ålder		
30–40	65	7,1
40–50	259	28,6
50–60	354	39,2
Över 60	226	25,1

Lästid under en typisk vecka	Män	Kvinnor
Färre än 15 min/vecka	41	23
30–60 min/vecka	229	191
Mer än 1 timme/vecka	204	215

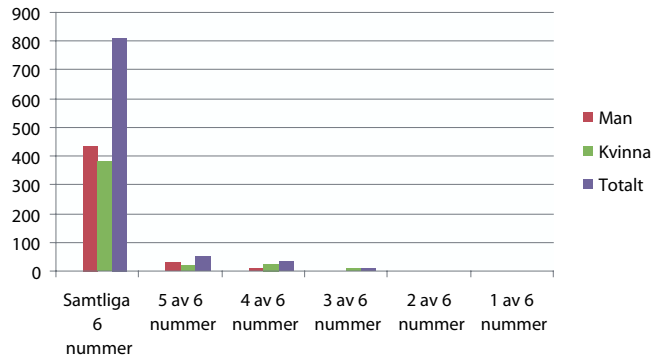


Var läser du tidningen?	Män	Kvinnor	Totalt
Hemmet	449	418	867
Arbetsplatsen	24	2	26
Annat	1	9	10
Buss/Tåg	0	1	1

Tidningar man läst en gång under den senaste tiden	Man	Kvinna	Totalt
Distriktsläkaren	474	430	904
AllmänMedicin	216	209	425
Dagens Medicin	189	184	373
Läkartidningen	474	430	904
Primärvårdens nyheter	211	181	392
Nordisk Geriatrik	101	116	217
Medicinsk Access	87	121	208
Incitament	68	70	138
Tidskriften Doktorn	8	4	12
Annat	41	59	100
BMJ	4	2	6
Lancet Scand .J	3	1	4
Prime Health Care	1	0	1
BMA	1	0	1
Pain	1	0	1
Läkemedelsvärlden	3	1	0
Barn och Cancer	1	0	1
Internet	1	0	1

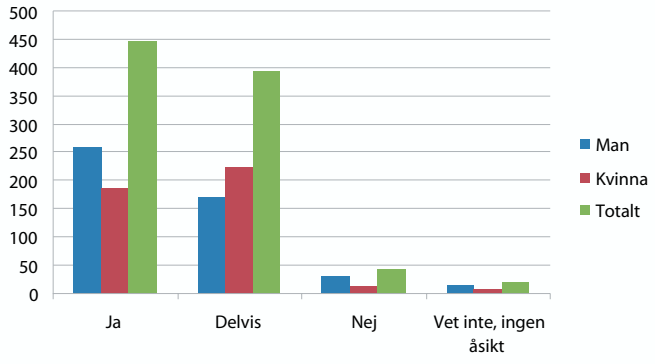


Hur ofta läser du *Ditriktsläkaren*?	Män	Kvinnor	Totalt
Samtliga 6 nummer	434	379	813
5 av 6 nummer	29	18	47
4 av 6 nummer	9	24	33
3 av 6 nummer	1	8	9
2 av 6 nummer	1	0	1
1 av 6 nummer	0	1	1

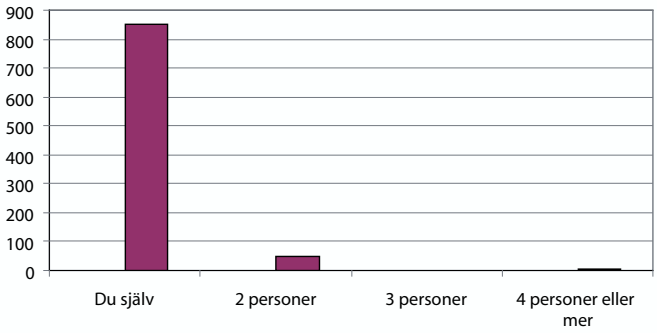


Hur lång tid ägnar du dig åt *Ditriktsläkaren*?	Män	Kvinnor	Totalt
Mer än 20 minuter	157	136	293
10–20 minuter	224	216	440
5–10 minuter	63	61	124
1–5 minuter	22	10	32
Knappt alls	4	4	8
En gång i månaden	4	3	7

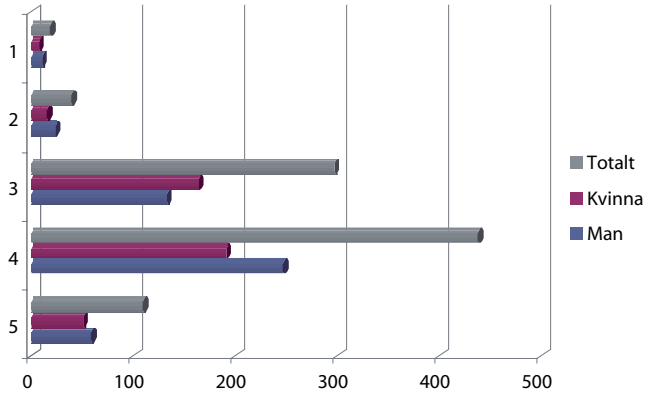
Tycker du att tidningen har ett mervärde för dig?	Män	Kvinnor	Totalt
Ja	259	187	446
Delvis	170	224	394
Nej	31	12	43
Vet ej/ingen åsikt	14	7	21



Hur många läser ditt exemplar av tidningen?	
Du själv	259
2 personer	170
3 personer	31
4 personer eller fler	14



Vad tycker du om tidningen? (skala 1–5)	Män	Kvinnor	Totalt
5	59	51	110
4	247	191	438
3	133	164	297
2	24	16	40
1	11	8	19
Genomsnittsbetyg	*3,67*	*3,61*	*3,64*



Skulle du uppskatta om tidningen tog in annonser om lediga platser?	Män	Kvinnor	Totalt
Ja	298	219	517
Nej	101	147	248
Vet ej/ingen åsikt	75	64	139

Filkonverterare för filer skapade i Office 2007

Har ni fått en bifogad fil i form av ett Worddokument som inte datorn kan öppna?
I så fall kan det bero på att avsändaren använder sig av Office 2007. Om man inte ställer om filformatet när man spar i Word 2007, kan inte andra användare som har en äldre version av Word öppna filen.
Men det finns en konverterare att hämta kostnadsfritt på Internet.

Office i olika upplagor

Vi ska reda ut det här från början.

De program som de flesta av oss vanligtvis använder för att skriva en text är utan tvekan Microsoft Word. Det ingår i det s.k. Office-paketet. Förutom Word, består Office även av programmen Excel och PowerPoint. Men det finns flera utgåvor i olika kostnadsklasser som innehåller ännu fler program.

Första gången man samlade dessa program i ett paket var Office -97. Sedan dess har det kommit många nya utgåvor: Office 2000, Office XP och Office 2003.

Gemensamt för dessa har varit att det s.k. gränssnittet – vilket enkelt uttryckt betyder hur programmet ser ut på skärmen – inte har förändrats särskilt mycket. Viktiga funktioner, menyer m.m. har funnits på ungefär samma plats, och det har därför varit ganska enkelt att orientera sig när man bytt från ett äldre till ett nyare Office.

Dessutom har dessa program varit kompatibla med varandra – det vill säga att om man exempelvis arbetar med en Wordfil i Word 2003, så kan den öppnas och läsas av en annan användare som kanske använder sig av Word 2000. Mottagaren märker helt enkelt inte någon skillnad.

I och med lanseringen av Office 2007, har man förändrat själva gränssnittet. Det ser alltså inte ut som man är van vid i Word. Dessutom går det inte längre att skicka en fil man skapat i Word 2007 till en användare som har en äldre version – den går inte att öppna.

Det är inte säkert att den som skickar filen är medveten om detta förhållande – denne har ju själv inga problem med att öppna den.

Datorn hittar rätt program med hjälp av filändelse

Word 2007 har alltså fått ett nytt filformat. Filändelsen för dessa filer är *.docx*. De tidigare versionerna av Word ger filändelsen *.doc*.

Vi ska passa på att reda ut vad filformat står för.

Allt man producerar på en dator – texter, bilder, kalkylblad, hemsidor m.m. – skapar man med hjälp av ett program. I det här fallet handlar det om programmet Word. Det man skapar sparar man på sin hårddisk i en s.k. fil. Det är denna som vi sedan t.ex. kan skicka vidare till andra personer med hjälp av e-post. Vi kan också spara filen på ett USB-minne, CD, DVD eller på diskett.

När man ska öppna en befintlig fil, måste ett program på datorn startas för att läsa filen. För att datorn ska veta *vilket* program som ska startas för att läsa filen, måste alltså filens namn innehålla denna information. Det sparas automatiskt när vi sparar filen första gången i det program vi skapar den i (när vi väljer alternativet *Spara som* i Arkiv-menyn). Det är då vi ger filen ett namn och anger var vi vill spara den någonstans. Så här ser det ut nederst i dialogrutan:

I rutan för filnamn får vi skriva in vad filen ska heta, och det finns en annan ruta för filformat där det redan står Worddokument – som alltså anges med *.doc*.

Om vi vill välja ett annat format att spara vårt Worddokument i, så kan vi göra det genom att klicka på den lilla triangeln till höger i rutan. Men det vanligaste är nog att man inte gör det.

Visa filändelser

Nu har vi sparat filen, och i datorn finns det nu en ikon som ser ut så här:

Man kan ställa in datorn så att den antingen *inte* visar filändelserna (som är fallet här) eller att den *gör* det.

För att ändra den inställningen klickar man på *Verktyg* i menylisten (t.ex. efter att ha klickat på *Den här datorn*) och väljer sedan alternativet *Mappalternativ*.

En dialogruta med fyra flikar öppnar sig då. Klicka på fliken *Visning*.

PS.

Vad tycker du är viktigast för att skapa en så patientsäker vård som möjligt?

Tid, pengar, kompetens, personalresurser, rutiner, samarbete, journalsystem, utbildning, utrustning, avvikelsehantering, information, dokumentation, uppföljning, kontinuitet, arbetsmiljö, bemötande, tillgänglighet, organisation, ledarskap, vårdplatser, forskning och utveckling eller finansiering? Eller kanske någonting helt annat?

De flesta av oss läkare har valt vårt yrke med ambitionen att göra vårt yttersta för våra patienter, vilket vi också gör. Men för att vården ska vara säker måste vi skapa rätt förutsättningar att utföra vårt uppdrag.

PS. Var med och påverka förutsättningarna för en patientsäker vård på www.lakarforbundet.se/ps. Som i patientsäkerhet.

Svenska Distriktsläkarföreningen

Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Vi ser en lång lista längre ned i rutan. Leta rätt på alternativet *Dölj filnamnstillägg för kända filtyper*.

Klicka bort bocken.

Nu ser ikonen ut så här istället:

Filen har kvar sitt namn, men nu har vi ställt in datorn så att den även visar vilket filformat filen är sparad i. Det kallas *filändelse*, och det börjar alltid med en punkt som följs av tre eller fyra bokstäver.

Andra exempel på filändelser är .ppt (PowerPoint), .xls (Excel) – några andra program i Office-paketet.

Vilken är fördelen att ha datorn inställd på att *inte* visa dessa filändelser? Svaret är att det då blir enklare om man byter namn på en fil. Är datorn inställd på att inte visa dem, behöver vi inte tänka på att skriva tillbaka filändelsen om vi döper om filen.

Vi demonstrerar genom att byta namn på vår Wordfil. För att göra det ställer vi musmarkören på själva ikonen, högerklickar och väljer sedan *Byt namn* i den meny som öppnar sig. Nu blir filnamnet blåmarkerat under ikonen, och då är det bara att skriva in det nya namnet. Vi döper om den till *Deltid*.

Eftersom datorn nu är inställd på att visa filändelser, öppnar sig en dialogruta, där vi varnas för att det finns risk att filen inte går att använda. Svarar vi då *Ja* på frågan om vi ändå vill ändra namnet, ser ikonen efteråt ut så här:

Det är inte längre en ikon som visar att det är en Wordfil, eftersom vi inte skrev in filändelsen *.doc* när vi ändrade namnet. Datorn förstår alltså inte vilket program den ska använda för att öppna filen, och då ersätts den ursprungliga ikonen med denna symbol.

Nu måste vi tala om för datorn att använda Word för att öppna filen. Man kan t.ex. starta Word och öppna den därifrån, alternativt högerklicka på den, välja *Öppna med* och sedan välja Word i en lista.

Allt detta besvär undviker man genom att komma ihåg att skriva in filändelsen *.doc* när man byter namn på filen. Då ser ikonen så här:

Så om datorn är inställd på att inte visa filändelser, behöver vi alltså inte tänka på det över huvud taget och kan ändra namn på filerna hur vi vill.

Hämta filkonverterare på Microsofts hemsida

Men det är onekligen praktiskt att kunna se filändelserna om man råkar ut för att man får en fil som man inte kan öppna. Via Internet kan man då enkelt söka rätt på vilket eller vilka program som krävs för att man ska kunna öppna filen.

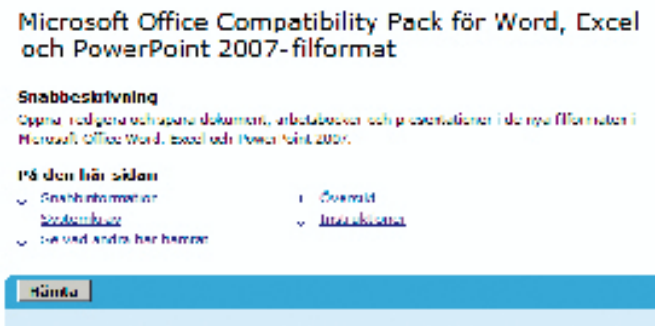
Några exempel: Filändelsen *.pdf* kräver att man har *Adobe Acrobat Reader* (eller andra Adobeprogram) installerade på datorn, *.zip* öppnas med *Winzip* (i vissa fall går det dock även med alternativet *Komprimerade mappar* i operativsystemet XP).

Och får man en fil som har ändelsen *.docx* krävs det alltså att man har Office 2007 på sin dator. Det är det ju många som *inte* har, och då måste man hämta ett konverteringsprogram från Microsofts hemsida.

Det är viktigt att påpeka att detta program kräver att man använder något av operativsystemen Windows 2000, XP eller Vista. Tidigare Windows-versioner kan inte använda sig av konverteringsprogrammet. Det krävs också att man har Word 2000 eller senare installerade på datorn.

Programmet heter **Microsoft Office Compatibility Pack för Word, Excel och Powerpoint 2007–filformat**. Det kan kostnadsfritt laddas ned från Microsoft Download Center, och det enklaste sättet att nå den sidan är att skriva *compatibility pack office 2007* som en sökträng i Google och sedan klicka på översta svenska länken från microsoft.com. (Fullständig länkadress finns i slutet av denna artikel).

Så här ser det ut när vi kommit dit (vi ser ett utsnitt av övre delen av sidan).



Längre ned på sidan får vi mer information om programmet, och kan även läsa en instruktion för hur man installerar det.

För att starta nedladdningen klickar man på länken **Hämta**.

Spara filen i datorn

En ny dialogruta öppnar sig nu, vi rekommenderar att man klickar på alternativet **Spara** och sedan på vanligt sätt markerar att den ska läggas på en plats på datorn där vi lätt kan hitta den efter hämtningen – förslagsvis på *Skrivbordet*.

Reumatikerförbundet

Kostnadsfri utbildning inom reumatologi?

Artrit

Artros

AS

Välj mellan...
- Reumatoid artrit
- Artros
- Ankyloserande spondylit

I kursen ingår föreläsning av specialist samt praktiska moment med våra reuma-informatörer.
Vi kommer till din arbetsplats.

Vill du veta mer eller boka kurs?

Tfn: 08-505 805 44
E-post: ri@reumatikerforbundet.org

Jämtlands Läns Landsting

Primärvården i Jämtland söker

Två distriktsläkare till hälsocentralen i Svenstavik

Svenstavik ligger i södra delen av Jämtland, ca 6 mil från Östersund, och är tätort i en glesbygdskommun.

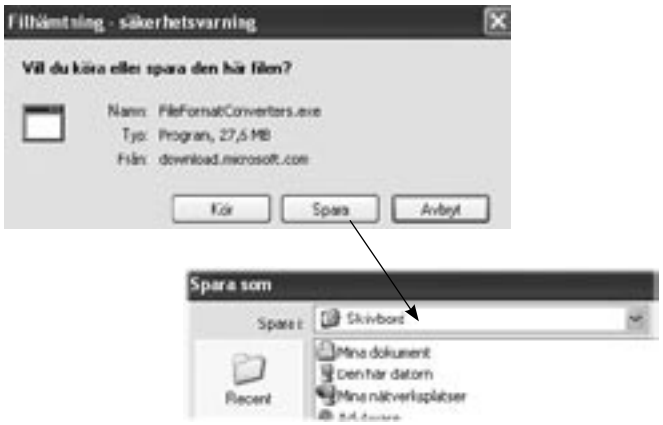
Svenstaviks HC har fyra distriktsläkartjänster på ca 5 000 invånare. Vid hälsocentralen finns även lab, röntgen, sjukgymnastik, kurator, MVC och BVC samt väl utvecklade profilmottagningar inom diabetes, astma och hjärtsvikt/blodtryck. Utvecklingsarbete, såväl universitetsanknutna forskningsprojekt som vardagsnära förändringsarbete, främjas.

På grund av tjänstledighet m.m. söker vi nu två specialister inom allmänmedicin till hälsocentralen.

För ytterligare information, kontakta:
Enhetschef Annika Fahlvik, tel 0687-166 52
Distriktsläkare Margareta Månsson, tel 0687-166 00
Facklig företrädare SACO Hamid Katouzian, distriktsläkare, tel 063-142000

Välkommen med din ansökan.
Via e-post: jamtlands.lans.landsting@jll.se
(bifoga personligt brev och meritförteckning)
Via vanlig postgång adresserad till: Jämtlands Läns Landsting, Registrator, Box 654 831 27 ÖSTERSUND

Ansökan ska ha kommit in senast: 2008-10-14
Arbetsgivarens referensnummer: LS/883/2008



Nu startar själva hämtningen, och i en ny dialogruta kan vi följa förloppet.

Hur lång tid det tar beror helt och hållet på hur snabb Internetuppkoppling man har. Filen är 27,6 Mb stor.

När hämtningen är avslutad, stänger man ned Internet och ser till att alla andra program är avslutade. Leta sedan reda på den hämtade filen (i vårt fall ligger den på Skrivbordet) som ser ut så här:

Installera

Det vi hämtat är en s.k. setup-fil (med filändelsen *.exe*) och det innebär att den innehåller ett körbart program som kommer att installeras på datorn.

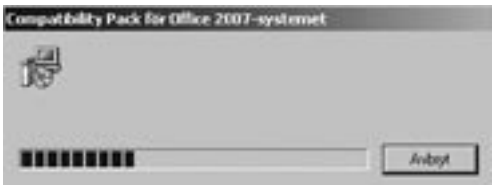
Man ska naturligtvis alltid vara extra uppmärksam på sådana filer, och endast öppna sådana om de kommer från en leverantör man har förtroende för – vilket vi naturligtvis har om det är en fil vi hämtat på Microsofts hemsida.

OBS: Det är i det här sammanhanget värt att än en gång påpeka att Microsoft (eller t.ex. banker) ALDRIG skickar ut länkar för nedladdning av filer via mail! Får man ett sådant mail där man uppmanas att hämta en viktig säkerhetsuppdatering eller dylikt från Microsoft eller sin bank, är det ALLTID frågan om ett bedrägeriförsök – hur ”äkta” det än ser ut i mailet, alternativt den hemsida mailet leder till. Om man däremot själv går till hemsidan – via sin webbläsare på vanligt sätt – är sidan att betrakta som pålitlig.

Det är nu mycket enkelt att installera programmet.

Dubbelklicka på setupfilen. Det första vi då möts av är en ruta vi måste klicka i för att godkänna licensvillkoren för att använda programmet. Sedan klickar vi på **Fortsätt** i rutans nedre, högra hörn.

Vi kommer nu att kunna följa installationens förlopp i informationsrutan, och när installationen är klar behöver vi bara klicka OK. Sedan är allt färdigt.



Sköter sig själv

Vi behöver inte göra något mer. Programmet känner självt av om det är en fil från Office 2007 som vi ska öppna (tack vare filändelsen) och vi behöver bara klicka på filen som vanligt.

Naturligtvis behöver man bara hämta den här konverteraren till sin dator *en* gång – sedan är den ju installerad och kommer framgent att aktiveras varje gång vi vill öppna en fil skapad i Office 2007.

Setupfilen ska inte ligga kvar på Skrivbordet efter installationen. Den behövs inte mer och kan kastas – eller åtminstone bör man spara undan den i någon särskild mapp på datorn.

Det ska också påpekas att en användare av Office 2007 naturligtvis kan välja – när man skapat sin fil och ska spara den – att redan då ändra det föreslagna filformatet och istället spara den i ett äldre Word-format. Men det är nog många som inte tänker på det.

Därför är det en god idé att vara förberedd och hämta filkonverteraren redan nu – så att man slipper göra det om det är bråttom den dagen man får en fil skapad i Office 2007!

Per Lundblad

Fotnot

I *Startmenyn* på datorn, *Alla program*, kan man finna länken till **Windows Update**. Där letar man reda på **Office-familjen**, och klickar på den länken. På den sida man då kommer till skriver man *compatibility 2007* i sökrutan under *Hämtningsbara filer*. Det översta resultatet är en länk till hämtningssidan som beskrivs i artikeln. Google är nog enklare…

Vill man skriva in hela adressen själv får man knappa in **www.microsoft.com/downloads/details.aspx?displaylang=sv&familyid=941B3470-3AE9-4AEE-8F43-C6BB74CD1466**

Då är Google definitivt enklare…

Dlfs Styrelse

ORDFÖRANDE

Maria Dalemar
Carema närvård
Sandbäcksgränd 2
681 50 Kristinehamn
Tel 070-567 91 89
Fax 0510-519 50 (bostad)
E-mail: maria.dalemar@svdlf.se

VICE ORDFÖRANDE

Ove Andersson
Eriksbergs VC
Granitvägen 5, 2 tr
752 33 Uppsala
Tel 018-611 79 00
Fax 018-55 97 28
E-mail: ove.andersson@lul.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

KASSÖR

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

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

ÖVRIGA LEDAMÖTER

Britt Bergström
VC Kungshöjd
Kaserntorget 11A
411 18 Göteborg
Mobil 0703-503 506
E-mail: britt.bergstrom@vgregion.se

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

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

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

VALBEREDNINGEN

Göran Fälthammar (sammankallande)
Kyrktorgets VC, Box 108, 433 23 Partille, Tel 0706-32 83 83
Fax 031-340 21 25, E-mail: goran.falthammar@vgregion.se

Kerstin Ermebrant
Jolesvägen 13, 840 94 Tännäs
Mobil 070-326 94 08
E-mail: kl.ermebrant@tele2.se

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

Utgivningsplan för tidningen *Distriktsläkaren* 2008

Nummer	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 5	14 okt.	12 nov.
Nr. 6	21 nov.	18 dec.