

PERSONALÄGDA VÅRDcentraler. De stora vårdbolagen köper upp allt fler personalägda vårdcentraler. Läkarna som både äger och arbetar på sina vårdcentraler kan vara på väg bort ur bilden. Många tyngs av administrationen och har svårt att klara generationsskiftena.

TEXT: VIVIANNE SPRENGEL

Stora vårdbolag köper upp personalägda vårdcentraler

De privata företagens snabba expansion inom primärvården har fått stor uppmärksamhet. Men sällan skiljer myndigheter och andra på vårdcentraler som ingår i stora, ofta riskkapitaläga, koncerner och små mottagningar som ägs av läkarna och annan personal som arbetar där.

Trots att förutsättningarna är så olika dras oftast allt privat över en kam. Men nya uppgifter från Stockholms läns landsting visar att de personalägda vårdcentralernas andel av marknaden faktiskt minskar. Före vårdvalet – som infördes den 1 januari 2008 i Stockholm – utgjorde de 62 procent av det totala antalet privata enheter, våren 2012 har de backat till 53 procent.

PIST, Personalägda vårdcentraler i Stockholm, befarrar att den utvecklingen fortsätter.

– Till slut blir det bara landstingsägda och vårdbolagsägda vårdcentraler kvar, säger Anders Nilsson, delägare i Täby Centrum Doktorn och en av grundarna av PIST (se artikel intill).

Landstingsrådet Birgitta Rydberg (FP), ledande sjukvårdspolitiker i Stockholm och Sveriges Kommuner och landsting (SKL), hoppas att

de personalägda enheterna inte ska behöva gå en så dysker framtid till mötes.

– Men inte var det stora vårdbolag vi såg framför oss när sjukvårdsminister Bo Könberg (FP) lade fram husläkarlagen, säger hon.

1994, när den lagen kom, var det snarast en doktor Finlay, den populära skotska tv-doktorn, som var förebilden. Småskaligheten och närheten var också grundbultar i dåvarande socialminister Lars Engqvists (S) storsatsning på primärvården för drygt tio år sedan.

Men politikerna kan inte längre styra vilken sorts vårdcentraler som etablerar



Birgitta Rydberg

»... inte var det stora vårdbolag vi såg framför oss ...«

sig, påpekar Birgitta Rydberg.

Fram till i maj 2008 genomförde landstinget i Stockholm fem så kallade avknoppningar, det vill säga sålde vårdcentraler och husläkarmottagningar billigt till personalen. Men den möjligheten att stötta personalägda enheter har stoppats.

Statskontoret kom våren 2008 fram till att kommuner och landsting måste sälja egendom och verksamhet till marknadsvärdet, det vill säga högsta pris. Avknoppningar betraktas som stöd till enskilda och strider mot kommunallagen och EU-rätten.

Och när den avknoppade Husläkarmottagningen Sera-

fen nyligen såldes vidare till vårdbolaget Capio väckte det starka reaktioner och ledde till mycket skriverier i medierna. 2007 när sex anställda läkare tog över verksamheten betalade de knappt 700 000 kronor för inventarier och lokaler. I januari 2012 sålde de till Capio för minst 20 miljoner kronor, enligt en debattartikel av bland annat oppositionslandstingsrådet Birgitta Sevefjord (V) i Dagens Nyheter.

– Med facit i hand skulle vi gjort på ett annat sätt när besluten fattades om avknoppningarna, vi kanske borde infört en hembuds rätt vid vidareförsäljning, säger Birgitta Rydberg.

De personalägda vårdcentralerna har vissa fördelar jämfört med dem som tillhör storbolagen, anser Birgitta Rydberg.

– Har en grupp läkare bildat ett företag satsar de allt. De har ett inflytande över verksamheten och det borgar för att det blir en kontinuitet. Vi ser att vissa bolagsmottagningar har svårt att rekrytera och behålla läkare, säger hon.

Birgitta Rydberg är väl medveten om att många vårdcentraler tycker att administrationen är betungande. Landstinget försöker förenkla pappershanteringen och rapporteringen.

TABELL 1. Personalägda vårdcentraler (7 mars 2012)

Fördelningen mellan olika vårdgivare i Stockholms läns landsting¹

	2007	2012	+/-
Antal vårdcentraler (vc)	167	197	+30
Landstingsdrivna vc	87	68	-19
Privata vc, totalt	80	129	+49
– varav vårdbolag ²	30	61	+31
– varav personalägda	50	68	+18

¹ exklusive Tiohundra/Norrtälje

² inklusive praktikertjänst

Källa: Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting



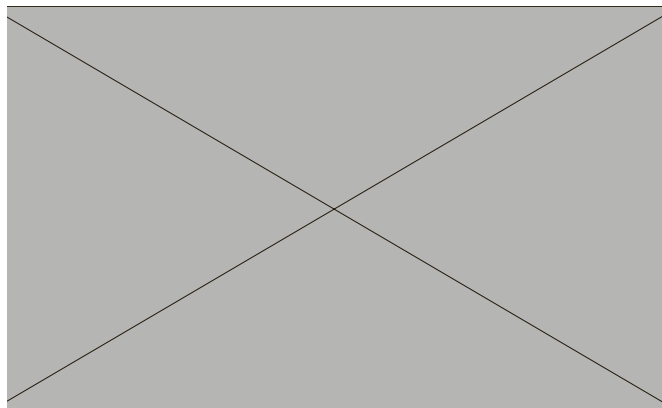
Foto: Jessica Gow/Scanpix



Foto: Jessica Gow/Scanpix

Husläkarmottagningen Serafen i Stockholm är en av de personalägda vårdcentraler i landet som nyligen har köpts upp av ett vårdbolag.

Marknadsandelar inom primärvården våren 2011, sammanställt av Vårdföretagarna.



– Vi måste också föra en dialog med de små företagen för att se hur deras verksamhet kan underlättas. De måste få ägna sig åt sitt huvudintresse, att bedriva och utveckla själva vården, säger hon.

Capio tillhör de vårdbolag som växer snabbast i primärvården. Enligt Konkurrensverket (»Val av vårdcentral«, Rapport 2012:2) hade Capio 22 vårdcentraler



Konkurrensverkets rapport.

före vårdvalet. I oktober 2011 hade de 30 vårdcentraler. Sedan dess har bolaget köpt Husläkarmottagningen Serafen i Stockholm och Göingekliniken i Hässleholm. När nu de flesta patienterna i Sverige är listade är det så mycket enklare att köpa en befintlig vårdcentral än att börja från början, anser Daniel Olsson, vice afärsområdeschef hos Capio Närsjukvård.

– Vi vill finnas med i alla delar av vårdkedjan, från akutsjukhuset till

vårdcentralen. Primärvården blir allt intressantare i och med den pågående utskiftningen av verksamhet från akutsjukvården. Omvandlingstrycket är stort i hela sjukvården, säger han.

Capio märker att många som driver vårdcentraler tycker att det är tungt med all administration. Daniel Olsson möter ofta personer som mycket hellre vill arbeta som doktorer än vara bolagschefer, och då kan det vara läge att sätta in en stöt.

– De allra flesta stannar

kvar efter att vi köpt en vårdcentral, därmed kan vi ta vara på den kompetens de byggt upp. De personalägda vårdcentralerna kommer ofta väl ut i enkäter om bemötande, vi lär oss av dem, säger han.

På Husläkarmottagningen Serafen arbetar också de sex forna delägarna kvar. Men varken verksamhetschefen Ulf Hallum eller någon av de andra delägarna vill kommentera den omskrivna försäljningen till Läkartidningen. ■



»Vi måste få yngre läkare att vilja bli delägare«

Föreningen för personalägda vårdcentraler, PIST, fick en rivstart. Men många läkare känner sig också trängda och i vassen lurar de stora vårdbolagen.

»Vi måste också få yngre läkare att vilja bli delägare«, säger Anders Nilsson i PIST.

Efter första mötet i maj 2011 fick organisationen 56 vårdcentraler som medlemmar, drygt en fjärdedel av alla enheter inom landstinget i Stockholm. Sedan dess har PIST framför allt ägnat sig åt att bygga upp ett samarbete med landstinget.

– Vi personalägda har inte haft regelbundna kontakter med politikerna sedan 1990-talet. Vi uppfattar att deras reaktioner är positiva och respektfulla, det bådar gott, säger Anders Nilsson, en av grundarna av PIST.

Anders Nilsson är delägare i Täby Centrum Doktorn. Han sitter också i Distriktsläkarföreningens styrelse.

Kontakterna med hälso- och sjukvårdsförvaltningen har också utvecklats. PIST deltar som bäst i diskussionerna med beställaren om hur ersättningssystemet ska förändras. Organisationen kräver att primärvården redan från den 1 januari förstärks med de 150 miljoner kronor som den borgerliga majoriteten utlovade i en debattartikel i oktober 2011. För närvarande är det oklart när de nya pengarna börjar betalas ut; det politiska beslutet fattas först i slutet av mars.

Uppräkningen av ersätt-



Foto: Rickard Eriksson

Anders Nilsson, delägare i Täby Centrum Doktorn, är övertygad om att det är administrationen som gör att yngre läkare inte vill gå in som delägare i vårdcentraler.

■ PIST

PIST är en ideell förening och organiserar vårdcentraler och husläkarmottagningar som till mer än 50 procent ägs av personer som arbetar aktivt på respektive enhet. Vårdcentralen ska också ha avtal med Stockholms läns landsting inom ramen för Vårdval Stockholm.

De allra flesta medlemmarna är läkare, men även sjuksköterskor ingår i PIST.

Nuvarande ordförande är Mikael Stolt, delägare i och med i ledningen för Kallhälls nya vårdcentral och Kvarterakuten Mörby Centrum. Ny ordförande kommer att väljas i slutet av mars. ■

ningen är också liten jämfört med den allmänna utvecklingen av hälso- och sjukvårdens kostnader, anser Anders Nilsson.

PIST trycker också på för att minska den administrativa bördan: all rapportering till landstinget, Socialstyrelsen och andra myndigheter.

– Många uppgifter behövs säkert, men för en fristående mottagning är det ett mycket krävande jobb. De som tillhör stora vårdbolag får mycket stöd därifrån, säger Anders Nilsson.

Han är övertygad om att administrationen är en förklaring till att yngre läkare inte är så sugna på att gå in som delägare i vårdcentraler.

De har sett hur ägarna på kvällar och helger får slita med sådant som inte har med patientarbetet att göra.

– I länder som Danmark, Norge och England klarar de generationsskiftena, vi måste lära av dem, säger Anders Nilsson.

Och det är bråttom, eftersom många specialister i allmänmedicin närmar sig pensionsåldern.

Den nya statistiken från landstinget i Stockholm visar att de personalägda vårdcen-

tralerna inte växer lika snabbt som de som tillhör vårdbolagen och producentkooperativet Praktikertjänst AB (se förra uppslaget). Fortsätter den utvecklingen finns det risk för att det endast blir landstinget och vårdbolagen kvar som ägare i primärvården, anser Anders Nilsson.

– Det påverkar även läkarnas löner. Ju fler arbetsgivare, desto bättre löneläge.

Även ägarna av Täby Centrum Doktorn har blivit uppvaktade av vårdbolag om att sälja företaget.

– Vi har ändå varit tydliga med att vi inte vill sälja. Men det pågår mycket rörelse, flera personalägda enheter har sålts under den senaste tiden, säger Anders Nilsson.

För att säkra framtiden har Täby Centrum Doktorn, som bildades redan 1993, också förberett ett generationsskifte. Yngre läkare har köpt in sig i företaget, som nu har tio delägare. Mottagningen har 36 anställda, inklusive ST-läkare. Omsättningen ligger på strax under 50 miljoner kronor.

Vivianne Sprengel
frilansjournalist



Anders Nilsson

Uppsala vill skrota akutläkarprojekt

Akademiska sjukhuset i Uppsala vill avveckla sin utbildningsmodell för akutläkare. Förslaget ingår i ett större sparpaket på 350 miljoner kronor, ungefär fem procent av sjukhusets budget.

– Det kom som en total överraskning. Om projektet läggs ner kastar man bort flera års förbättringsarbete, säger Petra Erdin, specialist i internmedicin som genomgår den tvååriga tilläggspecialiserande utbildningen till akutläkare vid Akademiska sjukhuset.

Totalt räknar sjukhuset med att minska kostnaderna med 220 miljoner kronor i år och 130 miljoner kronor under 2013.

Det så kallade akutläkarprojektet inleddes formellt 2006 när akutsjukvård fick status som tilläggspecialitet och kostar runt tio miljoner kronor per år. Utbildningsverksamheten startade 2009.

– Trots att utbildningen pågått i några år saknas ännu färdigutbildade akutläkare. Vi ser inga möjligheter att med nuvarande projektform få fram tillräckligt många akutläkare under överskådlig tid. Det är bakgrunden till att vi föreslår en avveckling, som självfallet måste kombineras med att hitta andra vägar för att klara läkarförsörjningen till akutsjukvården, säger sjukhusdirektör Lennart Persson.

Enligt Lennart Persson har problemet varit att färdiga specialister i olika basspecialiteter inte lockats av att genomgå tilläggsutbildningen i akutsjukvård.



Lennart Persson

Därför blir utbildningstiden väldigt lång och de ursprungliga planerna på att bemanna

70 procent av jourlinjerna med akutläkare en omöjlighet.

Tomas Skommevik, chef för akutsjukvården vid Akademiska, uppger att 18 läkare för närvarande utbildas inom akutläkarprojektet och 3 beräknas bli färdiga specialister i akutsjukvård under 2012.

– Det kan falla på mitt bord att genomföra risk- och konsekvensanalyser av förslaget, så jag vill inte komma med några värderingar. Men det är viktigt att påpeka att det handlar om vår utbildningsmodell, inte hur vi organiserar arbetet på akuten och inte heller att akutläkare skulle vara ett dåligt koncept, säger han.

Petra Erdin tycker att Akademiska sjukhuset går helt fel väg:

– Utvecklingen i hela Europa går ju mot satsningar på akutläkare och det finns goda erfarenheter från bland an-

»Det kom som en total överraskning. Om projektet läggs ner kastar man bort flera års förbättringsarbete.«

nat Söder-sjukhuset i Stockholm med effektiva patientflöden och förbättrat samarbete mellan akutläkare och kirurger.

– Jag befärar att vi kommer att förlora den förbättring som märkts på arbetsmiljön vid akuten under det senaste året med satsning på teamarbete. Följderna kan bli längre väntetider, fler interna remisser och högre kostnader, säger Petra Erdin.

Torbjörn Karlsson, ordförande i Upplands allmänna läkarförening, saknar viktiga



Petra Erdin

pusselbitar kring förslaget om att avveckla akutläkarprojektet.

– Vi har inte fått någon information om hur man tänker sig att i stället klara kompetens- och tillgänglighetsfrågor. Det är först när vi ser helheten och inte minst hur man hanterar de kollegor som finns i utbildningssystemet som vi närmare kan ta ställning.

Han är särskilt kritisk mot landstingspolitikerna i Uppsala län.

– Sjukhusledningen har egentligen haft ett omöjligt uppdrag, som baseras på att många landstingspolitiker har en snedvriden syn kring att det finns stora effektiviseringsvinster att göra vid Akademiska. Jag ser stora svårigheter att exempelvis klara en geriatrisk vård av god kvalitet med färre vårdplatser, säger Torbjörn Karlsson.

Hur är stämningen på Akademiska?

– Lite åt resignationshållet. Personalen här är ganska van vid att det bollas med kronor och ören.

Drygt hälften av besparingarna ska genomföras med personalminskningar som motsvarar 300 heltidstjänster, enligt ledningen för Akademiska sjukhuset.

– Alla yrkeskategorier omfattas, men vi ska inte behöva säga upp personal då fokus blir på att inte återbesätta en del tjänster när personal går i pension, säger Lennart Persson.

Sjukhusledningens förslag går nu vidare till ett politiskt beslut i landstingets produktionsstyrelse.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist



Akademiska sjukhuset i Uppsala ingår i ett större sparpaket om 350 miljoner kronor som bland annat innebär personalminskningar om 300 heltidstjänster.

Foto: Akademiska sjukhuset, Uppsala

Regionaliseringen av läkarprogrammet

God kvalitet, nöjda studenter – men dyr nota

Utbildning av god kvalitet och nöjda studenter. Men också höga kostnader jämfört med traditionell klinisk grundutbildning.

Så sammanfattar Umeå universitet de första två terminerna med en regionalisering av läkarprogrammet från termin sex där länssjukhusen i Sundsvall, Luleå/Sunderbyn och Östersund tar emot tio studenter vardera per termin.

Prislapp: en merkostnad på runt 15 miljoner kronor per år.

– Det är självfallet ingen nyhet för oss att det blir dyrare per utbildningsplats med undervisning på fler orter. Nu vet vi ungefär vilka belopp det handlar om och jag tycker det är rimligt att få igång en diskussion med staten om

»Staten måste ha förståelse för att det blir dyrare när vi ska utbilda fler läkare och behöver förlägga delar av utbildningen till länssjukhusen.«

hur kostnader kontra utbildningsbehov ska lösas, säger Anders Bergh, dekanus vid Umeå universitets medicinska fakultet.



Anders Bergh, dekanus vid Umeå universitet.

– Staten måste ha förståelse för att det blir dyrare när vi ska utbilda fler läkare och behöver förlägga delar av utbildningen till länssjukhusen.

En dellösning kan bli att öka antalet studenter på varje ort för att den vägen nyttja lärarresurserna bättre.

– Om vi får fler utbildningsplatser talar mycket för att en del av dessa kommer att hamna ute i regionen. Vår regionalisering sticker ju ut lite jämfört med övriga landet eftersom avstånden gör att vi behöver placera ut lärarna stationärt på de olika studieorterna.

Anders Bergh vill egentligen invänta en grundligare utvärdering av kvalitets-



Läkartidningen nr 4/2011, sidorna 132–133.

aspekterna, men menar ändå att erfarenheterna hittills är positiva:

– Det jag ser är ett lärande i mindre grupper som präglas av stor entusiasm och där studenterna får en klinisk träning av hög kvalitet. Jag ser också att många studenter söker sig tillbaka dit man har

Allt fler orter satsar på regionalisering

Kalmar, Helsingborg, Norrköping, Falun, Karlstad. Den kliniska delen av läkarutbildningen når allt fler orter när flera medicinska fakulteter satsar på regionalisering.

– Det är en komplex avvägning mellan kvalitet och kostnader. Mindre sjukhus blir en allt viktigare resurs för den breda, basala utbildningen av läkare, men vi kan inte bortse från att kostnaderna blir högre, säger Cecilia Lundberg, vicedekan vid Lunds universitets medicinska fakultet.

Under vårterminen har de första studenterna från Lund påbörjat sin kliniska

utbildning vid Helsingborgs lasarett och Lunds universitet har även en avsiktsförklaring med Linnéuniversitetet om att förlägga den kliniska utbildningen i Kalmar med start höstterminen 2013.

– I Kalmar blir det, med tanke på avståndet till Lund, mer av en Umeåmodell där studenterna kommer att finnas på plats under hela terminen. Jag vill dock betona att det är ett antal bitar praktiskt och ekonomiskt som måste falla på plats innan vi placerar studenter i Kalmar. Det gäller förstås även planerna på att i en framtid och allra tidigast

2015 erbjuda en fullt utbyggd läkarutbildning i Kalmar men i vår regi, säger Cecilia Lundberg.

Även flera andra medicinska fakulteter planerar att regionalisera den kliniska utbildningen eller att kraftigt öka den verksamhetsförlagda utbildningen, VFU, vid mindre sjukhus. Örebro universitet kommer att erbjuda klinisk placering från termin sju i Karlstad och Falun med start våren 2014.

– Skillnaden jämfört med Umeå är att studenterna kommer att återsamlas i Örebro för särskilda campusveckor. Det rör sig om



Helsingborg

fem veckor per termin, säger Torbjörn Andersson, biträ-



En konsekvens av kostnaderna för regionaliseringen är att lärartätheten i Umeå minskat för den prekliniska delen av utbildningen.

– Det är bekymmersamt, konstaterar Emma Furberg, ordförande i Umeåavdelningen av Medicine studerandes förbund, MSF.

– Jag kan inte säga att kvaliteten blivit lägre, men det finns tecken på att saker inte görs lika grundligt som tidigare. Ett exempel är kursen professionell utveckling, där vi denna termin gick igenom HBT-kunskap via vide-

olänk och inte som tidigare med föreläsare och utförliga gruppdiskussioner. Det kändes inte riktigt bra.

Emma Furberg är ändå i grunden positiv till regionaliseringen:

– Det finns egentligen inga alternativ då universitetssjukhuset inte är tillräckligt stort för att ta emot fler stu-



Emma Furberg



Madeleine Liljegren

denter. Men jag önskar att vi kunde få en ordentlig kartläggning av regionaliserings konsekvenser och har motionerat om att MSF centralt ska driva den frågan.

Madeleine Liljegren, vice ordförande i MSF:s förbundsstyrelse, håller med om att regionaliseringsfrågan måste få större tyngd:

– Jag tycker framför allt att vi har en viktig uppgift i att bevaka och se till att studenterna får en god klinisk handläggning på de nya orterna. Vi vet från våra årliga enkäter att det är den enskilt största framgångsfaktorn för en god utbildning.

Fredrik Mårtensson
frilansjournalist

Socialstyrelsen kritiserar handledarlös AT

Socialstyrelsen riktar kritik mot att AT-läkare i Kiruna arbetat utan kontinuerlig personlig handledning, i strid med regelverket.

Situationen för AT-läkarna i Kiruna fick i höstas läkarförbundens regionala huvudskyddsombud i Norrbotten, Robert Svartholm (bilden), att slå larm till Arbetsmiljöverket. Sedan flera fast anställda kirurger slutat fick AT-läkarna ta ett orimligt stort ansvar, med många ensamma jourpass samtidigt som tillgång till kontinuerlig handledning saknades (LT 50/2011).



Eftersom problemen enligt läkarförbundet medfört att utbildningens kvalitet blivit lidande gjordes även en anmälan till Socialstyrelsen. I ett beslut konstaterar myndigheten nu att avsaknaden av fast anställda läkare drabbar kontinuiteten och att målet med personliga handledare med specialistkompetens inte uppfylls.

Lösningen att ersätta personliga handledare med en huvudhandledare för samtliga AT-läkare är ingen optimal handledning och inte i enlighet med föreskrifterna, skriver Socialstyrelsen och kräver att vårdgivaren säkerställer att kravet på specialistutbildade handledare uppfylls och ser till att AT-läkarna i möjligaste mån erbjuds personlig handledning.

Robert Svartholm ser beslutet från Socialstyrelsen som en bekräftelse på att man haft rätt i sin kritik.

– Om man låter sparkrav gå ut över utbildningen är det väldigt allvarligt. Tyvärr har insikten om detta i landstinget inte varit särskilt hög. Nu konstaterar Socialstyrelsen att de riktlinjer som gäller för AT-läkarnas utbildning inte följs i Norrbottens inland. Det är det vi har hävdat hela tiden.

När det gäller arbetsmiljöfrågorna konstaterar Robert Svartholm att det skett en del förbättringar. Man har löst schemaläggningen, tydliggjort chefsansvaret och fått igång ett systematiskt arbetsmiljöarbete.

– Eftersom vi har fått igenom en del av våra krav ur arbetsmiljösynpunkt är det inte aktuellt att gå vidare med det.

Michael Lövrup



Norrköping.



Kalmar

dande programansvarig vid Örebro universitet.

Linköpings universitet planerar att upgradera Vrinnevisjukhuset i Norrköping till ett undervisningssjukhus.

– Vi har tappat ett antal VFU-platser till läkarprogrammet i Örebro och en naturlig lösning för oss blir att bygga upp en akademisk

miljö i Norrköping. Det är endast fyra mils avstånd så en del moment blir kvar i Linköping. Vi räknar ändå med att göra stora satsningar i Norrköping med bland annat upp till nio akademiska kombinationstjänster på lektors- och professorsnivå inom undervisningstunga specialiteter, säger Anette Philipsson, kanslichef vid

Hälsouniversitetet (medicinska fakulteten) i Linköping.

Sahlgrenska akademien ökar VFU-delen vid flera sjukhus i Halland och Västra Götalandsregionen, bland annat Skövde. KI och Uppsala universitet uppger att inga stora förändringar planeras.

Fredrik Mårtensson

Sjukhusläkarnas jourenkät:

Svårt att ta ut jourkomp i tid

Hälften av sjukhusläkarna kan inte ta ut jour-/beredskapstjänstgöring i tid, och majoriteten har inte möjlighet att ta ut ledig dag efter beredskap. Det visar en enkätundersökning som Sjukhusläkarna gjort.

Sjukhusläkarna har undersökt medlemmarnas erfarenhet av jour- respektive beredskapstjänstgöring (bakjour). Tre av fyra sjukhusläkare (73 procent) uppger att de har jour- och/eller beredskapstjänstgöring. Närmare hälften av dessa arbetar dock enbart beredskap, medan var tredje deltar både i jour- och beredskapstjänstgöring. Vanligt är att sjukhusbunden jour är inplanerad utöver full 40-timmars arbetsvecka.

Av rapporten, »Sjukhusläkarnas jourenkät 2011«, framgår att i snitt vart femte beredskapspass under vardagar är ostört, men bara vart tionde under helg. Beredskap under helger innebär en större belastning än under vardagar. Var åttonde sjukhusläkare anger att man under helg arbetar halva beredskapstiden eller mer. 30 procent arbetar då 26–50 procent av tiden, medan nästan lika många (28 procent) arbetar 11–25 procent av beredskapstiden.

Jour- och beredskapsarbete är extra krävande för gravida, småbarnsföräldrar och äldre läkare, framhåller Sjukhusläkarnas rapport. I synnerhet som jourläkare under helg kan få utföra ordinarie arbetsuppgifter: runda patienter, justera mediciner

och skriva in och ut patienter.

Föreningens ordförande, Thomas Zilling, vill fokusera på äldre läkares villkor. Läkarkåren har åldrats. Vid en enkät 1996 var 18 procent av de svarande 55–64 år. 2004 hade andelen ökat till 30,8 procent. 2011 var 31 procent 55–64 år.

– Vi måste prioritera de äldre läkarnas arbetsmiljö. En stor andel av sjukhusläkarna är äldre. Sju procent av de yrkesverksamma sjukhusläkarna är över 65 år medan 31 procent av medlemmarna är 55–64 år. Rapporten visar att man jobbar mer och mer jour högt upp i åldern, vilket är ett stort arbetsmiljöproblem. Efter 60 år man ganska sliten och jourarbete är en väldig påfrestning och belastning som ger ökad stress, säger han.

Thomas Zilling anser att sjukhusläkararbetet har blivit mer jourtungt.

– Det blir fler och fler doktorer, och varför är det då så att de äldre jobbar betydligt mer jour i dag än vad man gjorde tidigare? Min bedömning är att man slimmats organisationerna samtidigt som det finns allt färre sjukhus. Det gör att belastningen på de sjukhus som finns ökar, säger han.

Är det något resultat i enkäten som förvånar?

– Det är förvånande att det är så få som är lediga dag efter beredskap och de långa jourpassen. När det nya arbetstidsdirektivet kom så förhandlade vi fram avstegsav-

TABELL. Innestående jourkomptimmar (de specialiteter som angett att de deltar i jour- eller beredskapstjänstgöring ingår).

	Antal	Procent
< 50 timmar	237	21
51–200 timmar	435	39
201–500 timmar	321	29
1 001–2 000 timmar	27	2
> 2 000	7	1
Totalt	1 109	100

tal på många ställen. I detta avtal ingick en arbetsmiljöaspekt – att man skulle ha möjlighet till ledighet dag efter jour, säger Thomas Zilling.

71 procent av de svarande uppger att man inte kan vara ledig dag efter beredskap vardagar. 56 procent kan inte vara lediga efter beredskap under helg. Nästan 60 procent av sjukhusläkar-specialisterna har beredskapspass som är längre än 24 timmar på helger.

Den nya arbetstidslagen började gälla den 1 januari 2007. Denna ställer bland annat krav på 11 timmars sammanhängande dygnsvila, medan kollektivavtal stipulerar åtta timmars sammanhängande dygnsvila. Genom lokala avstegsavtal kan kravet på dygnsvila i samband med beredskap förhandlas om.

– Sannolikt är de här avstegsavtalen förhandlade lokalt. Då har man fått dem på papper en gång, sedan är det ingen som följer upp dem lokalt, säger Thomas Zilling.

– Det är ett bekymmer dels för våra doktorer och deras arbetsmiljö. Men det är också ett bekymmer för våra patienter. Det är en trovärdighetsfråga – hur pigg är den

doktor som väcks två-tre gånger under natten och sedan ska ha en full mottagning dagen efter?

70 procent av sjukhusläkarna föredrar att ta ut jour- och beredskapstjänstgöring i ledighet framför pengar (31 procent av dessa vill ta ut allt i pengar medan 38 procent vill ta ut 70 procent i tid respektive 30 procent i pengar).

Bara fyra procent i Sjukhusläkarnas enkät uppger att de skulle föredra att ta ut all komp i pengar.

53 procent av läkarna som svarat på enkäten uppger att de arbetar i system där komp per automatik betalas ut i pengar, 29 procent hade inget sådant system och 18 procent känner inte till huruvida jourkomp betalades ut automatiskt.

Många läkare har svårt att ta ut ledighet på grund av kompetensbrist, medan det på andra arbetsplatser kan vara svårt att få ut jourtid i pengar på grund av ekonomiskt underskott i verksamheten.

Beredskapstid, så kallad bakjour, ersätts med ungefär en femtedel av den ordinarie timlönen.

Marie Närlid

Jourenkäten gick ut i juni 2011 till ett representativt urval om 2 415 medlemmar med hänsyn till kön och ålder. Rapportunderlaget omfattar 1 565 personer (svarsfrekvens 65 procent). Då ingår även de som inte besvarat hela enkäten.

LÄS MER Stressforskare Göran Kecklund: »Läkare bör betraktas som skiftarbetare«, *Läkartidningen* nr 4/2012, sidorna 138–140.
»Arbetstidsdirektivet har landat«, *Läkartidningen* nr 4/2012, sidan 141



Thomas Zilling

Ny metod för att bedöma arbetsförmåga efter första 180 dagarna

Försäkringskassan har under hösten 2011 prövat en ny modell för att bedöma arbetsförmåga. Modellen, som fortfarande är under utveckling, kommer att börja införas under senhösten 2012.

Metoden ska användas för bedömning av arbetsförmåga efter de första 180 dagarna, det vill säga vid bedömning i förhållande till hela arbetsmarknaden.

Resultatet av höstens »provkörning« i liten skala, 86 sjukfall, redovisas i en delrapport som nyligen lämnades till regeringen.

– Det har gått bra, även om det är ett litet material. Erfarenheterna är positiva, doktorerna tycker att metoden är på rätt väg, och handläggarna tycker att det är lättare att begripa intygen, säger Jan Larsson, projektledare vid Försäkringskassan.

Vad tycker de försäkrade?

– Där har vi inte riktigt analyserat klart. Vi har låtit TNS Sifo undersöka det, och jag vet mer om en månad, men det verkar som att de flesta tycker att självrapporterad förmåga är ett bra inslag.

Metoden är fortfarande under utveckling. Utvärderingen så här långt kommer att leda till justeringar i stort och smått. En större förändring som behöver göras rör informationen till den försäkrade om vad besöket hos bedömningsläkaren innebär.

– Vi ska vinnlägga oss ännu mer om att informera om vad det är för typ av bedömning, att det inte är ett vanligt läkarbesök.

Det nya instrumentet kommer att införas stegvis.

– Vi har infört det i väldigt liten skala och utvärderar och ser vad som behöver förbättras.

Försäkringskassan har sedan 2010 arbetat med att ta fram modellen, och arbetet ska slutrapporteras till regeringen i januari 2013. Under senhösten i år räknar Jan Larsson med att det används i större skala, i 500–700 ärenden. Under 2013 beräknas omkring 4 000 ärenden bedömas enligt modellen.

Den nya metoden ska inte användas av alla läkare, utan endast av de särskilda bedömningsläkare som gör bedömning efter 180 sjukdagar och som får utbildning för det. Det blir till att börja med samma läkare som fått utbildning i att skriva SLU och TMU (särskilt läkarutlåtande och teamutredningar). I dag har 360 personer i landet fått sådan utbildning. Kanske kommer det att krävas utbildning av ytterligare 100–200, tror Jan Larsson.



Jan Larsson

Så här är det tänkt:

- Inför den 180:e sjukdagen får patienten besvara frågor om sin hälsa, vardagsaktiviteter, sina förmågor och sin syn på möjligheter att arbeta, med hjälp av ett frågeformulär. Under rubriken »Dina förmågor« ska patienten

» Vi ska vinnlägga oss ännu mer om att informera om vad det är för typ av bedömning, att det inte är ett vanligt läkarbesök.«

ta ställning till 13 olika förmågor, från mer konkreta som »lyfta och bära föremål som väger fem kilo eller mer« till mer abstrakta som »snabbt anpassa dig till nya krav, till exempel om du ombeds utföra en ansvarsfull uppgift som du tidigare inte provat«. Dessa ska skattas med hjälp av alternativen »Ja, utan svårighet«, »Ja, med vissa svårigheter«, »Ja, med stora svårigheter« eller »Nej, inte alls«.

- Resultatet har den sjukskrivne med sig till bedömningsläkaren, som försöker skapa en bild av funktionsförmågan, en bild som de båda kan ställa sig bakom, med hänsyn tagen även till den medicinska information som läkaren har.
- Det hela, både sjukdomsbild och förmågeprofil, skrivs in i en ny typ av intyg som förmodligen får namnet »medicinska förutsättningar för arbete«.
- Intyget skickas till Försäkringskassan där en handläggare

Medicinska förutsättningar för yrket »Läkare«

Höga krav ställs vad gäller psykiska förmågor. Praktiskt taget ingen tolerans finns för begränsningar i dem, medan arbetet i många fall kan utföras även med måttlig begränsning av förmågor relaterade till fysiska funktioner.

Läs hela utkastet till beskrivningen av vilka förmågor och medicinska förutsättningar som krävs för läkaryrket i anslutning till denna artikel på Lakartidningen.se. ■

Frågeformulär och intyg

Frågeformulär och blankett för intyg, se bilagor i rapporten »Metoder för bedömning av arbetsförmåga inom sjukförsäkringen – delrapport III« på Försäkringskassans webbplats. ■

gare tar ställning till frågan huruvida personen har medicinska förutsättningar för att arbeta; huruvida det verkar rimligt att personen kan arbeta. Prövningen görs i relation till hela arbetsmarknaden.

- Som ett stöd i bedömningen ska handläggaren ha en omfattande förteckning över vilka medicinska förutsättningar som krävs för olika yrken. Även denna del av modellen är under utveckling. För läkare, se ruta.

Elisabet Ohlin

elisabet.ohlin@lakartidningen.se

»Normalt förekommande arbete« återinförs i sommar

Arbetsförmåga vid sjukskrivningar längre än 180 dagar ska från den 1 juli i år åter bedömas i förhållande till »normalt förekommande arbete«, i stället för som nu mot »den reguljära arbetsmarknaden«. Men ändringen blir tillfällig. Regeringen avser att lägga en proposition i frågan, meddelade socialförsäkringsminister Ulf Kristersson (M) den 1 mars.

Men båda begreppen innebär problem, enligt Försäkringskassan, som föreslår att ett helt nytt arbetsförmågebegrepp införs.

Ett nytt begrepp kan enligt

Ulf Kristersson formuleras först 2013, efter att Försäkringskassans arbete med att ta fram en ny metod att bedöma arbetsförmåga i relation till hela arbetsmarknaden är klart.

■

LÄS MER En längre version av artikeln är publicerad på Lakartidningen.se

Ny modell minskar specialiteternas insyn

Att ersätta externa bedömare med sakkunniga på Socialstyrelsen kan leda till att specialitetsföreningarnas inflytande över processen minskar. Det framhåller Läkarförbundet i sitt remissvar angående ny modell för prövning av specialistkompetens.

Efter omfattande problem med långa handläggningstider för ansökningar om specialistbevis, som bland annat lett till flera JO-anmälningar, meddelade Socialstyrelsen i januari att man vill ändra rutinerna för prövning av specialistkompetens.

I stället för att låta varje ansökan granskas av två externa granskare, utsedda av respektive specialitetsförening, vill man anställa nio sakkunniga specialistläkare på deltid, en för varje medicinskt område, som ska stå för bedömningen. Detta hoppas man ska göra

handläggningen både snabbare och mer enhetlig.

Läkarförbundet konstaterar i sitt remissvar att många medlemmar upplever dagens handläggningstider som orimligt långa.

– Ur löne- och karriärsynpunkt är det väldigt viktigt att den som gjort klart sin ST någorlunda snabbt kan komma i gång och arbeta som specialist, säger Malin Wreder, utredare på Läkarförbundets kansli.

Samtidigt anser Läkarförbundet att det är viktigt att värna den nära koppling till specialitetsföreningarna som finns i nuvarande system.

– Allmänt sett är det bra om bedömningen görs av personer som står nära verksamheterna.

Det finns en risk att specialiteternas inflytande minskar om man inte hittar sätt att ga-

rantera ett kontinuerligt samarbete mellan de sakkunniga och specialitetsföreningarna, säger Malin Wreder.

Läkarförbundet ser också med »viss oro« på den sårbarhet som följer av att det bara finns en anställd per område, och man förutsätter att det finns en plan för hur bedömningsarbetet ska fortlöpa när någon av de sakkunniga är frånvarande.

För närvarande pågår en översyn av specialitetsstrukturen som kommer att leda till en ny förordning för ST-utbildningen.

– En pragmatisk hållning är att man provar den nya modellen och utvärderar den i samband med att den nya förordningen ska skrivas, så får man se om fördelarna eller nackdelarna väger över, säger Malin Wreder.

Michael Lövrup



Foto: Colourbox

»Förslag kan osynliggöra den kliniska forskningen«

Läkarförbundet är oroat över att ett förslag till nytt resursfördelningssystem kan missgynna den kliniska forskningen.

Regeringen vill att forskningsanslagen till lärosäten ska bli mer prestationsbaserade. En utredare har lämnat förslag till nya indikatorer som bland annat ska belöna lärosäten som är bra på att samverka med det omgivande samhället.

Rent generellt tycker Läkarförbundet att det är positivt att resursfördelningssystemet premierar samverkan. Problemet, menar man i sitt remissvar, är att den föreslagna indikatorn, uppdragsforskning, kommer att osynliggöra mycket av samverkan mellan akademi, sjukvård och näringsliv. Skälet är att klinisk forskning sällan har formen av uppdragsforskning.

Man opponerar sig också mot förslaget att publikationer från sjukhus inte ska räknas in i indikatorn för publicering. Rent praktiskt är det svårt att dra gränsen, då forskning i samverkan med hälso- och sjukvården ofta har flera olika finansieringskällor. Dessutom skulle det slå undan ett av incitamenten för samverkan i ett läge när den kliniska forskningen redan är hårt trängd på sjukhusen. Utgångspunkten, menar Läkarförbundet, borde vara att sådana publikationer ska räknas, men att systemet utformas så att det inte missgynnar lärosäten som inte har koppling till något sjukhus.

Läkarförbundet konstaterar också att indikatorer som baseras på tidskrifters genomsnittliga citeringsgrad, impaktfaktor, kan missgynna klinisk forskning, som trots att den kan vara världsledande sällan publiceras i de allra högst rankade tidskrifterna.

Michael Lövrup

PATIENTSÄKERHET/ÄRENDE

Sammanlänkade journalsystem hade kunnat minska risken

Läkaren på kvinnokliniken bedömde att fostret var dött, fast det senare skulle visa sig att det levde. Om de två sjukhus där den gravida kvinnan sökte hjälp hade haft sammanlänkade journalsystem, hade risken minskat för en sådan felbedömning.

(Soc 9.2-5495/2011 och 9.3.1-14481/2010)

En kvinna sökte hjälp för magsmärtor på Södersjukhusets akutmottagning i Stockholm. Undersökning med ultraljud och graviditetstest visade att hon var gravid i vecka 5 eller 6. Hon uppmanades återkomma om smärtorna skulle tillta.

Smärtorna tilltog och fem dagar senare sökte hon åter hjälp akut, denna gång på Karolinska universitetssjukhuset i Solna. Efter en ny ultraljudsundersökning kom läkaren där fram till att graviditeten varat drygt 9 veckor. Eftersom ingen hjärtaktivitet

kunde upptäckas, drog läkaren slutsatsen att fostret var dött. Patienten ordinerades att ta misoprostol i vaginaltabletter för att fostret skulle stötas ut.

Tabletterna hade dock ingen effekt, och några dagar senare var patienten tillbaka på samma mottagning. Där undersöktes hon av en annan läkare, som konstaterade att fostret levde. Trots stor vända för om läkemedlet kunde ha skadat fostret, valde kvinnan att fortsätta graviditeten.

Läkaren som sade att fostret var dött har av kvinnan anmälts för felaktig diagnos och information. Samtidigt har vårdgivaren, Karolinska universitetssjukhuset, anmält händelsen enligt lex Maria. Socialstyrelsen har utrett båda ärendena parallellt.

I sin bedömning riktar Socialstyrelsen kritik mot den anmälda läkaren på flera punkter, bland annat för felbedömning

av graviditetens längd, felaktigt besked till patienten och för att ha ordinerat ett abortframkallande läkemedel redan vid första besöket, trots att detta stred mot klinikens rutiner.

Men Socialstyrelsen lyfter också fram att Södersjukhuset och Karolinska universitetssjukhuset – trots att de tillhör samma landsting – har olika journalsystem. Det förefaller som om journalhandlingar från Södersjukhuset inte fanns tillgängliga på Karolinska, konstaterar Socialstyrelsen. Därmed hade läkaren på Karolinska ingen direktinformation från undersökningen på Södersjukhuset. Nu hoppas Socialstyrelsen att informationsöverföringen ska bli bättre när båda sjukhusen får samma journalsystem.

Miki Agerberg

Redaktör:

Sara Gunnarsdotter 08-790 34 10
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se