

Köpenhamn kan ha lösningen på Stockholms problem

I Köpenhamn samlas all hög-specialiserad vård från fem sjukhus på ett medan den vanliga sjukvården och akutsjukvården finns på alla sjukhus. På detta sätt har man i Köpenhamn löst samma typ av kostnads- och strukturproblem som Stockholm nu står inför.

– Man skulle mycket väl kunna använda dessa principer i Stockholm säger professor Jan Lindsten, tills nyligen sjukhusdirektör för Rigshospitalet i Köpenhamn.

Sjukvården i Stockholm brottas sedan länge med ekonomiska problem. Senaste beskedet är att sjukvården skall minska sina kostnader med 3,3 miljarder kr på tre år. För att klara av det har man beslutat att utarbeta en plan för hur det skall gå till.

Denna plan skall också innehålla en strukturplan för akutsjukvården. Arbetet skall vara klart i maj i år. Strukturen på sjukvården i Stockholm har diskuterats väldigt länge. Men fortfarande saknas de avgörande besluten.

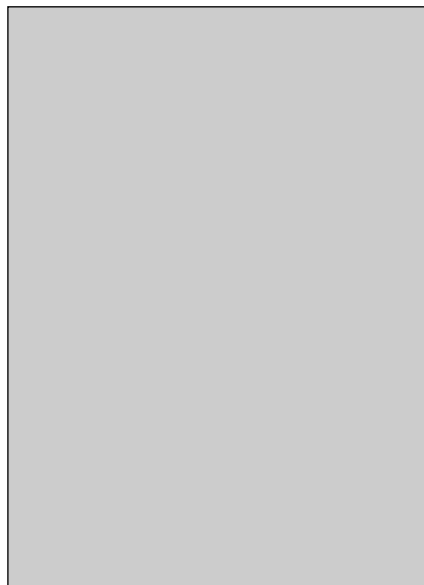
Igång sedan årsskiftet

Stora delar av sjukvården i Köpenhamn har redan gått igenom det som Stockholm står inför och den plan man utarbetat började genomföras vid årsskiftet. Bakgrunden är att det i Köpenhamnsområdet fanns fem olika organisationer med egna sjukhus. Det var Köpenhamns kommun, Fredriksbergs kommun, staten, Köpenhamns amt (motsvarande landting) samt privat-sjukhus.

Privatsjukhusen är små och lämnades utanför en omorgansiation, men i övrigt ville man slå ihop allt i en enda organisation och få ett sjukhusväsende för Köpenhamn.

– En orsak var att Köpenhamns kommun har oerhört dålig ekonomi. Finansministern ställde som villkor för att låna ut pengar, 1 miljard, till Köpenhamn att sjukvården skulle fusioneras och strukturrationaliseras, säger Jan Lindsten, som var sjukhusdirektör på Karolinska sjukhuset innan han tog uppdraget på Rigshospitalet.

Målsättningen lyckades inte riktigt. Man fick bara Köpenhamns och Fredriksbergs kommuner och staten att gå ihop i Hovedstadens Sygehusfællesskab, H:S, med sammanlagt sju sjuk-



– Varför inte skapa ett Stockholms universitetssjukhus? säger Jan Lindsten.

hus. H:S började fungera den 1 januari 1995. Köpenhamns amt med fem sjukhus ställde sig utanför samarbetet och fungerar traditionellt med all typ av vård utspridd på alla sjukhus.

– Sygehusfællesskabet var tvunget att sätta igång med strukturarbetet, annars skulle de aldrig komma till rätta med underskottet.

Bedöma utvecklingen

Arbetet skulle göras av den verkställande ledningen för H:S, som består av fyra direktörer. Varje specialitet fick i uppgift att beskriva hur de beömda utvecklingen inom sina respektive områden.

– Parallellt med detta började man fundera över vilka uppgifter man hade att lösa. Initialt sköt man åt sidan alla tankar på vad man hade att tillgå och hur det skulle kunna anpassas, man tittade bara på vilka problem som skulle lösas. Det tror jag var ett ganska genialt arbetssätt.

– Senare i processen hade man kommit fram till vad man ville göra och började först då fundera över hur det man hade kunde användas.

– Det tredje man gjorde var också fundamentalt. Man gick ut till befolkningen och frågade vad den tyckte om sjukvården, säger Jan Lindsten.

Förarbetet ledde fram till att direktörgruppen i juni 1995 lade fram ett utkast till strukturplan. I början av hösten lade H:S, mot bakgrund av remissvaren på utkastet, fram en strukturplan. Den gick ut på en bred remiss och i de-

cember antogs planen slutligen av styrelsen för H:S. Vid årsskiftet startade man arbetet på att genomföra den.

– Ett visst kompromissande har skett så att den slutliga planen avviker på en del smärre punkter från ursprungsförslaget, men det är inte mer än att man kan leva med det.

Två områden underförsörjda

Vid genomgången som gjordes inför utarbetandet av planen fann man att två områden var underförsörjda, geriatrik och psykiatri. Danskarna har inte nedrustat mentalsjukhusen utan behållit dem och anpassat dem till moderna arbetssätt. I strukturplanen beslutade man att behålla mentalsjukhuset oförändrat.

– Man bestämde sig också för att lägga ned ett sjukhus och totalt minska antalet sängplatser med ca 700. Och då lade man ner Kommunehospitalet trots befolkningens motstånd med bla stora namninsamlingar. Men sjukhusets arbetssätt inom geriatriken skall spridas till fler sjukhus.

Förutom Kommunehospitalet och mentalsjukhuset fanns alltså fem sjukhus inom H:S. I utredningen fann man att högspecialiserad vård upptog sammanlagt mellan 30 och 40 procent av verksamheten vid dessa fem sjukhus.

– Men behovet av högspecialiserad vård var bara 10 till 15 procent. Alla har velat bygga upp sådan verksamhet och få juveler i kronan på sina sjukhus. Den bilden känner vi igen från Stockholm.

– I strukturplanen i Köpenhamn tog man beslutet att all högspecialiserad vård skall koncentreras till ett sjukhus, till Rigshospitalet. Det är ett ganska tufft beslut, säger Jan Lindsten.

I och med att man har rambudget har man också upptagningsområden till sjukhusen. Rigshospitalet hade ett upptagningsområde med omkring 97 000 invånare som man skulle betjäna med basal sjukhusvård. Men för att klara av all högspecialiserad vård reduceras upptagningsområdet med en tredjedel.

Ett universitetssjukhus

– Men skall ett universitetssjukhus vara bra måste man även ha basal vård. Den behövs för undervisningen. Och bara för att något är basalt är det inget som säger att man inte skall forska kring det, det kan nästan vara tvärtom.

Det reducerade upptagningsområdet bedömde man skulle bli för litet för att klara behoven för undervisning och forskning. Detta ledde fram till något nytt – man beslutade att alla fem sjuk-

husen skall ingå i en ny organisation som kallas Köpenhamns universitetshospital. I detta ingår även amtet.

– När upptagningsområdet för Rigshospitalet blir så litet måste man utnyttja de andra sjukhusen för studenternas utbildning och för läkarnas specialistutbildning och fortbildning. Man skapar alltså ett rotationssystem mellan sjukhusen och tvingar det ursprungliga universitetssjukhuset att samarbeta med de andra sjukhusen både för undervisning och forskning, säger Jan Lindsten.

Men samarbete krävs också för sjukvården. När all högspecialiserad vård finns på ett sjukhus uppstår behov av konsultverksamhet från Rigshospitalet gentemot de andra sjukhusen.

Patientens behov styr

När Jan Lindsten var chef på KS organiserade han om klinikerna till en uppdelning i divisioner. Den organisationsformen ville han arbeta vidare med på Rigshospitalet.

– Ett skäl var att decentralisera ansvar och befogenheter, men det fanns också ett kvalitetstänkande i botten, att anpassa sjukhusets struktur till patienternas behov.

Från neurodivisionen fick han med sig en idé om att följa patienten istället för kliniken. Då blir traumapatienten, epilepsipatienten och alla andra centrala begrepp. Ibland finns patienten på en mottagning, ibland på en vårdavdelning, opereras och så vidare. Detta kan organiseras utan att patienterna behöver slussas mellan olika kliniker. Rigshospitalet har försökt genomföra detta. Det betyder t ex att endokrin kirurgi och endokrin medicin ligger ihop.

– Man har skilt på alla subspecialiteter och lagt ihop dem som fungerar ihop. Invärtesmedicin och allmäkirurgi finns inte kvar som begrepp.

På Rigshospitalet behöll man subspecialiseringen inom divisionsorganisationen, men det gjorde man inte på de andra sjukhusen. Där har man i stället skapat medicinska och kirurgiska centrum.

– Jag tycker det är bra. Läkaren utbildar sig till t ex invärtesmedicinare och tar del av de olika subspecialiteterna. Men när han sedan börjar arbeta på ett av de andra sjukhusen blir han generalist.

De fyra allmänna sjukhusen har man grupperat till två parsjukhus. Akutsjukvården har man beslutat lägga i en helt egen organisation som gäller gemensamt för samtliga fem sjukhus.

– I Köpenhamn är det precis som i Stockholm så att det kommer många till akutmottagningarna som inte behöver sjukhusets resurser. De skulle kunna tas om hand på en annan vårdnivå, men traditionen gör att de åker till akutmottagningen och det är svårt att få folk att lära om, säger Jan Lindsten.

Ännu ingen lösning för statliga läkare

Det finns ännu ingen öppning i förhandlingarna om ett nytt statligt läkaravtal. Det är snarare tvärtom. Förhandlingssituationen är ännu mer låst än tidigare.

Förhandlingarna om ett nytt statligt läkaravtal gick till en början bra och Läkarförbundet fick uppfattningen att det som vanligt skulle gå att komma överens relativt snabbt. Men plötsligt blev det stopp och en viktig principfråga fördes in i förhandlingarna.

Av den anledningen har Läkarförbundet begärt ett sammanträffande med det statliga Arbetsgivarverkets generaldirektör Ulf Göransson för att få diskutera denna principfråga. Det gäller hur Läkarförbundets medlemmar vid vissa myndigheter skall företrädas.

Arbetsgivarverket har fört fram synpunkten att läkare på vissa myndigheter med rent administrativa uppgifter inte skall omfattas av det statliga läkaravta-

let utan ingå i Saco-S-kretsen. Det skulle i så fall innebära att dessa läkare skulle företrädas av Saco-S och inte som hittills varit fallet följa det statliga läkaravtalet och företrädas av Läkarförbundet.

I realiteten handlar alltså denna principfråga om Läkarförbundets ställning som part på myndighetsområdet.

Högskolan får vänta

Arbetsgivaren ifrågasätter inte Läkarförbundets rätt att teckna avtal på högskoleområdet där den helt dominerande delen av de statligt anställda läkarna finns.

Tyvär är det dock så att principfrågan blockerar ett avtal för samtliga statligt anställda läkare.

Från Läkarförbundets sida hävdar man att situationen inte kan lösas med mindre än att Arbetsgivarverket lämnar ett slutligt bud för Läkarförbundet att ta ställning till, men man anser också att förhandlingssituationen är svårhanterlig.

Kristina Johnson

I Köpenhamn löser man detta dilemma genom att man låter primärvårdsläkarna stå för jourverksamheten på akutmottagningarna på sjukhusen.

– I Köpenhamn har jourverksamheten oftast skötts av ortopedier eller kirurger. Det är slöseri att låta specialister behandla banala åkommor. Det är bättre att låta primärvårdsläkarna sköta det.

Genom att patienterna på akutmottagningarna nu skall tas om hand av primärvårdsläkare kan ett återbesök göras på primärvårdsläkarens vanliga mottagning och så få kontinuitet i vården. Och om patienten är allvarligt sjuk finns sjukhusets resurser att tillgå. Riktigt allvarliga fall får komma rakt in till sjukhuset.

Detta är i stora drag planen för strukturmöndlingen i Köpenhamn, som man precis börjat genomföra. Allt skall vara klart inom tre till fyra år.

– Det kommer att kosta investeringspengar att genomföra planen. Men när det är klart räknar man med att kunna hämta hem rationaliseringsvinsterna. Man kan säga att de investerar sig ur krisen.

Använd principerna

Han anser att flera av de principer man tillämpat i Köpenhamn också är användbara i Stockholm.

– Varför inte skapa ett Stockholms universitetssjukhus? Mycket av frontlinjeforskningen behöver vara koncen-

trerad för att vi skall ha råd med utrustningen och för att den skall bli tillräckligt bra. Men »produktkontrollforskning», teknologiutvärdering, vårdutveckling, samhällsmedicinsk forskning skall bedrivas överallt och alltså kan vi utnyttja hela apparaten och den behövs också för utbildningen.

– Därför kan det vara motiverat med ett Stockholms universitetssjukhus där alla ingår men har lite olika roller.

– Man skulle också kunna koncentrera den högspecialiserade vården till Huddinge och KS medan övriga sjukhus arbetar efter generaliseringsprincipen med kirurgcentrum och medicinskt centrum. Och till det bygger man upp en konsultverksamhet. Systemet med primärvårdsläkare på akutmottagningen införde jag på KS så det kan också fungera här, det är mer en fråga om gränsdragning för vad de skall göra.

– Jag tycker att man mycket väl kan föra över dessa tankegångar till Stockholm och vidareutveckla och anpassa dem till den kulturtradition vi har här.

Arbetet med strukturfrågorna fortsätter i Danmark. Staten har tillsatt en sjukhuskommission som skall se över hela sjukhusväsendet i landet. Jan Lindsten är utsedd till ledamot i den kommissionen.

– Det skall bli mycket spännande, säger Jan Lindsten.

Kristina Johnson