

Varför tiger läkarna?

När sjukvårdens hammare inte längre blev större ...

Christer Enkvists artikel i LT 51– 52/97, »Varför tiger läkarna?», känns som en uppmaning till kommentarer och reflektioner, även om man – åtminstone delvis – saknar svar på frågan.

Eftersom han är 7 år äldre än jag, känns det förmätet att skriva det, men artikeln känns historielös. I essän »Tankar kring ett nyligen timat krig» (ur samlingen Förflutenhetens landskap, Atlantis 1991) beskriver historikern Peter Englund, hur framgångarna i andra världskriget – »... ett enda långt triumftåg för den amerikanska teknologin och USAs hart när obegränsade tillgångar» – formade »den obetingade övertygelsen, att det inte fanns något man inte kunde ordna genom att ta till en än större hammare».

Christer Enkvist och jag växte båda upp och började arbeta i en tid, när svensk sjukvård hanterades på samma sätt – den stora expansionen verkade vara något av en naturlag. Detta måste ha varit en härlig tid för de ansvariga, som i god sämja kunde dela på platsen i solskenet. Politikerna var alla goda gävars givare och kunde förse vården med ständigt större resurser, medan läkarna kunde använda dessa resurser till en ständigt allt bättre vård.

En otänkbar tanke

För USAs del kom uppvaknandet i Vietnam. Trots allt större resursinsatser, vann man inte kriget. Den svenska sjukvården nådde vägs ände i början av 1990-talet; expansionen upphörde, och i stället krympte resurserna – en tidigare otänkbar tanke.

Som jag ser det, bär läkarkåren och politikerna ett gemensamt ansvar för vad som sedan hänt. När solskenet förbyttes i neddragningsarnas isande snålblåst, var beredskapen dålig på båda håll. Från politiskt håll kom önskemål om »oförändrad verksamhet till lägre pris», vilket professionen närmast reflexmässigt besvarade med »Omöj-

ligt!» – sämsta tänkbara grund för konstruktiv dialog. Hästarna började bitas, när krubban var tom.

Winston Churchill lär ha formulerat något i stil med: »Demokrati är ett förbannat uselt styrelseskick, men tyvärr har ingen kommit på något bättre.» Man får tycka, vad man vill om det, men svensk sjukvård är politiskt styrd, och politiken formas av bl a ekonomin. Enbart läkarprotester lär inte kunna avhjälpa krympande resurser, och går läkarkåren sedan ut i medierna och gör sig till medborgarnas talesmän mot sina valda uppdragsgivare, må det vara begripligt om dessa reagerar surt. Det lär inte heller underlätta dialog.

Överkörda av tåget

Om nu alltså läkarkåren inte är med på tåget utan ställer sig i vägen, när pengarna tryter, blir vi naturligtvis överkörda – något måste göras för att få ekonomin i balans.

Detta, tror jag, är anledningen till »köp och sälj», »entre-/intraprenader», »modeller» och annat som kommit och gått. »Männen i de rutiga kavajerna» – för att citera en luttrad kollega – har provat olika metoder att lösa problemet. Med bristande läkarmedverkan har det fungerat dåligt.

Läkarna har knutit näven i fickan och muttrat i slutna rum, men samtidigt struttat i att ta ansvar för förändringar som man inte ens varit med och diskuterat. Politiker och administrativa chefer har sett, hur väntade effekter uteblivit och då rasat provat något annat. Och så har striden fortsatt, med allt djupare skyttegravar på vardera sidan.

Ge hederliga beskrivningar!

Detta verkar inte vettigt, så vad göra? Vi kan t ex börja med att återgå till rätt roll – och kräva detsamma av motparten. Sålunda måste det ligga på läkarkåren att ge beslutsfattarna hederliga konsekvensbeskrivningar av de förändringar som planeras, och samtidigt se över om verksamheten kan effektiviseras –

»Enbart läkarprotester lär inte kunna avhjälpa krympande resurser, och går läkarkåren sedan ut i medierna och gör sig till medborgarnas talesmän mot sina valda uppdragsgivare, må det vara begripligt om dessa reagerar surt. Det lär inte heller underlätta dialog.»



Författare

BROR GÄRDE LÖF
chefsöverläkare, ambulanssjukvården i Östergötland, Linköping.

vilket ju också skett under 1990-talet. (Det var alltså inte omöjligt.)

Politikerna å sin sida måste inför medier och väljare stå för konsekvenserna av de egna besluten – även när kritikstormarna kommer – och inte krypa bakom luddiga formuleringar med andemeningen »Det kommer att bli bra ändå». I detta sammanhang är naturligtvis just den väl genomarbetade konsekvensbeskrivningen ett icke föraktligt dokument, då den effektivt kan torpede-

ra uttalanden av typen: »Det hade vi ingen aaaaaning om!»

Lokaliserade för häst och vagn

Enligt Christer Enkvist lever vi i »sammanslagningseran», och det stämmer nog bra. Även detta har en historia. De flesta av dagens svenska sjukhus lokaliserades i en tid, när svenskarna åkte häst och vagn. Då tog det längre tid att åka två mil, än vad det idag tar att åka åtta-tio. Samtidigt var kunskapsmassan – och resurserna – inom sjukvården en bråkdel av vad de är idag, och lönerna var låga.

Idag vet vi mycket mer, samtidigt som ett optimalt omhändertagande av patienten kräver större resurser, och lönerna är den största budgetposten. För mig är det självklart, att konsekvensen av allt detta blir en resurskoncentration till färre enheter – inte för att de små enheterna representerar bristande kompetens, utan för att vi inte har råd att driva så många.

Att ingen i vården tagit initiativ till detta är närmast självklart. De som arbetar på hotade enheter är rädda om sina jobb, och övriga vill – av kollegiala hänsyn? – inte »slå på de svagare». Tas politiska initiativ till nedläggning, utbryter omedelbart folkstorm på den berörda orten. Slutsats: ingen vill hålla i skaffet, och den suboptimala sjukvårdsorganisationen består. De snålt tilltagna resurser som man faktiskt förfogar över läggs på fel saker.

Framsynta idéer i haveri

Jag växte upp i Christer Enkvists hemtrakter och minns att redan på sextioalet diskuterades en ersättning av de tre sjukhusen i Trollhättan, Vänersborg och Uddevalla med ett enda – »Trestads sjukhus» i Båberg, knutpunkten mellan de tre orterna. Av dessa för sin tid oerhört framsynta idéer blev som bekant intet, förmodligen åtminstone delvis beroende på att de berörde två landsting.

I stället byggde man ut befintliga sjukhus. När min mormor under 1970-talet tillbringade sin sista tid på Vänersborgs lasarett, stördes friden på hennes rum av bullret från nybyggna utanför. Planerna på det blivande Norra Älvsborgs Länssjukhus måste ha varit långt gångna då – och nu är Vänersborgs lasarett nedlagt!

Idag återstår NU (NÄL-Uddevalla)-sjukvården, två »halva» sjukhus mindre än tre mil från varandra. »Trestads sjukhus» hade kanske varit en bättre – och billigare – lösning.

Detta är naturligtvis inte unikt. Ser man sig omkring i landet, finns åtskilliga exempel på två – eller flera – närallgande sjukhus, vart och ett med sin historia, där det verkar föga meningsfullt att driva alla idag. Undantaget är möjligen att en del kan göras om till »när-sjukhus» för i huvudsak geriatrika patienter och utan konventionell akutmottagning, med allt vad därtill hör.

Patientens väg längs en kedja

Är vårdkedjan en chimär? Existerar den inte alls? För mig är det klart att den finns, och att subspecialiseringen gör det allt viktigare att ha den i åtanke. Jag tror till och med att Christer Enkvist och jag är eniga om det!

För att optimera både omhändertagandet av den enskilda patienten och resursutnyttjandet inom sjukvårdsorganisationen måste vi rimligen tänka oss patientens väg genom ett förlopp – längs en kedja. Det kan inte räcka med att se till den egna enhetens optimering, utan vi måste se till att alla delar fungerar bra – annars blir det så småningom stockning också i den egna enheten, hur väl den än fungerar »i sig själv».

Christer Enkvist skriver längre fram i sin artikel, att läkare inte tränas i att se helheter. Då måste vi själva ändra på detta av det enkla skälet att annars blir vi återigen överkörda av andra, som i stället tar tag i problemet – med mer eller mindre lyckade resultat, väl exemplifierade i hans artikel.

Likartade erfarenheter

När det gäller kvalitetsarbete, eller -utveckling – jag föredrar de termerna framför »kvalitetssäkring», av skäl som Christer Enkvist formulerar mycket bra – har vi nästan komiskt likartade erfarenheter. Chefen för en landstingsövergripande ambulansorganisation har inte ens teoretiska möjligheter att själv närvara vid mer än en bråkdel av alla uppdrag som utförs.

Därmed har det i mer än tio år, sedan min företrädares dagar, varit en självklarhet att personalen arbetar efter detaljerade instruktioner, att utrustningen i ambulanserna skall vara enhetlig och utbytbar osv. Vi har också ett system för kunskapsåterföring – med såväl ris som ros – så att ambulanssjukvårdarna skall få ett »facit», både vad gäller den egna insatsen och hur det sedan gått för patienten.

Detta fanns långt innan ordet »kvalitetssäkring» ens dök upp i sjukvården, vilket jag påpekat internt. En originell

kommentar har varit att vårt system inte är detsamma som landstinget har fastställt för övrigt.

Ändå ser jag betoningen på kvalitets-tänkande som positiv – framför allt grundtanken, att kvalitet inte kan inspekteras fram av någon annan utan är något som alla har ansvar för och är delaktiga i. Lyckas chefen föra ut detta tänkande i sin organisation, blir det mindre ris och mera ros att leverera – till allas glädje – och kvalitetsarbetet kan ledas av professionen, med lämplig konsult hjälp vid behov.

Svagsinta beställningar

Beställningar av sjukvård kan se olika ut. En svagsint variant är när nämnden beställer vård av 30 procent färre hjärtinfarktpatienter, jämfört med förra året (vilket påstås ha förekommit eller åtminstone övervägts!). Eftersom inte ens politiska makthavare kan bestämma hur många personer som kan tillåtas få hjärtinfarkt, blir en sådan beställning ett slag i luften. Men vilken chef tar på sig utförandet av en sådan »mission impossible»?

Min egen erfarenhet är dock att det går att föra en dialog med beställarfunktionen om vad som är realistiskt – återigen så länge man lägger fram argument som tål att granskas, och inte tar på sig rollen som allmänhetens företrädare. Sådan dialog syftar till en överenskomst om vad som skall göras för de pengar som avsätts. Kan man inte komma överens, måste den medicinskt ansvarige rimligen överväga att lämna sin post – en nog så stark markering – i stället för att stanna kvar och ta på sig en omöjlig uppgift.

Ilska och resignation

Ett givet svar på frågan »Varför tiger läkarna?» är att bantningen av organisationen ökat arbetsbördan så mycket att vi har fullt upp med att sköta det kliniska arbetet.

Detta i kombination med upplevelsen av nya slagord, kampanjer etc som genom något slags magi skall lösa förment nya problem – kanske välkända sedan årtionden för de kliniskt verk-samma – är som gjort för att skapa en egenartad kombination av ilska och resignation: »Vi struntar i allt annat och sköter jobbet!»

Men det kan vi inte göra, för verkligheten finns där – i all sin brist och med alla sina problem. Och om inte vi själva strävar efter att ta ledningen, kommer någon annan definitivt att göra det. Då får vi skylla oss själva. ►