

Läkarnas ansvar för sjukvårdskrisen

Vilket är läkarnas medansvar för att nya administrativa metoder okritiskt tas i bruk inom sjukvården – stundom med fatala konsekvenser för både patienter och vårdens anställda? Läkarkförbundets chefsförening borde ta initiativ till utvärdering av de administrativa förändringarna i vården.

Medicinsk verksamhet skall bedrivas enligt metoder grundade på vetenskap eller beprövad erfarenhet. Detta synsätt har lett till effektiv och modern sjukvård, där vi hela tiden omprövar våra diagnostiska och terapeutiska metoder och där nya väldokumenterade metoder snabbt införs. Vi kan som kår med rätta vara stolta över den moderna sjukvården.

Tyvär tillämpas inte samma synsätt när det gäller medicinsk administration och planering. Landstingens dåliga ekonomi tas till intäkt för att förneka existerande vårdbehov. Eftersom ekonomin är dålig måste sjukhus läggas ner och vårdplatser dras in. Man försöker »beställa» bort reella sjukvårdsbehov.

Samtidigt införs nya organisationsformer som har entusiastiska förespråkare men som inte är seriöst bedömda. Man vill också ogärna göra utvärderingar, eftersom man är rädd för att en sådan skulle visa att förändringen var onödig och ibland snarast försämrade vården och ökade kostnaderna.

Glömska läkare

Tyvär har många av de läkare som fått ta administrativt ansvar glömt vad man lärt sig när det gäller medicinsk verksamhet, nämligen att förändringar måste vara ordentligt utvärderade. Man måste kunna genomskåda organisationskonsulter som inte har ett seriöst budskap, på samma sätt som vi bedömer läkemedelskonsulenter.

De doktorer som lagt av den vita rocken för att bli administratörer verkar ibland ha glömt allt vad de lärt sig om kritiskt tänkande och vetenskaplig stringens.

Jag skall försöka ge några exempel från min horisont över förändringar i

Stockholms sjukvård, som jag tycker har genomförts utan det ringaste försök till utvärdering.

Okritiskt accepterat

1. Köp-säljssystemet. Detta från USA inhämtade system för att styra sjukvården bygger på att olika diagnostiska och terapeutiska åtgärder kan likställas ekonomiskt enligt DRG-metoden. Den »lata och illvilliga» sjukvårdspersonalen skall tvingas arbeta effektivare. Modellen har i USA lett till världens i särklass dyraste och minst kostnadseffektiva sjukvård.

Eftersom alla tycks tro att allt som kommer från väster måste vara bra, har denna modell helt okritiskt införts i många landsting och framför allt i Stockholm. Det finns inget försök till utvärdering. Över huvud taget får man inte ifrågasätta metoden.

Vi vet inte hur mycket den kostar och hur fel den styr vårt diagnossättande. Är det rimligt att den mest »effektiva» doktorstiden på kliniken är den som används till att gå igenom och uppjustera DRG-poängen?

Kaos på akutmottagningarna

2. Neddragningen av vårdplatser. I vårt landsting har liksom överallt i landet antalet vårdplatser kraftigt skurits ned under de sista åren, såväl genom nedläggningar av sjukhus som genom indragningar av platser. Detta har framför allt motiverats av ekonomiska skäl men också med anspelning på att andra länder har mindre vårdplatser per invånare än i Sverige.

Däremot har det aldrig analyserats hur man i dessa länder ställer sig till kravet på likvärdig vård för alla samhällsgrupper. Inte heller har det tagits hänsyn till förmågan hos yngre kvinnliga släktingar till att ta hand om äldre sjuka anhöriga i ett land där så många kvinnor yrkesarbetar som i vårt. Hänsynslöst har man därför reducerat framförallt akutsjukvårdsplatserna.

Resultatet har blivit ett fullständigt kaos på våra akutmottagningar. Vi har ingen möjlighet att lägga in patienter som borde läggas in, och vi måste skriva ut patienter alldeles för fort. Alla som har den minsta erfarenhet av akutsjuk-

”Mer eller mindre medvetet har politiker och administratörer spelat ut olika läkare mot varandra. Det ena sjukhuset ställs mot det andra, den ena kliniken mot den andra, primärvård mot sjukhusvård. Hade vi hållit ihop och hade vi värnat om de sjukas rätt till en rimlig vård hade nedskärningarna inte blivit så ödesdiga.”

Författare

LEIF ROSENHALL
överläkare, lung- och allergikliniken, Huddinge sjukhus.

vård idag instämmer i detta, men många doktörer som har blivit så framstående att de inte behöver arbeta i vit rock längre, vägrar att inse realiteten och talar bara om att vi bedriver onödig vård och att vårdnivån är felaktig.

Man kan inte beställa bort lungcancer, hjärtinfarkter och stroke, och vår uppgift som läkare är att sakligt informera de maktgivande om de reella sjukvårdsproblemen, även om landsingen har ont om pengar.

Växande administration

3. Samtidigt som vårdplatserna reducerades infördes en rad nya administrativa tjänster för bl a läkare. På vårt sjukhus fick vi divisioner som kräver en stor insats av duktiga doktörer som endast arbetar administrativt. Samtidigt som sjukvårdsresurserna minskar ökar de administrativa resurserna. Frågan är om dessa många nya tjänster verkligen behövs.

Är inte divisionernas roll snarast att neutralisera klinikchefernas röster så att det verkliga sjukvårdsbehovet inte kommer fram till huvudmannen? Dessutom har divisionernas införande inte utvärderats. Varför har det administrativa arbetet på klinikerna ökat när vi fick en storsatsning på administrativa tjänster på den mellannivå divisionerna utgör?

Industriellt tänkande

4. För att klara nedskärningarna och erbjuda mer sjukvård för mindre pengar skulle vi lära oss att bli mer effektiva. Vi skulle ta över metoder som prövats inom industrin. De flesta av oss har väl varit utsatta för sådana moderniseringar och förändringar.

Det rör sig om bra saker som införande av datajournal, och det rör sig om tveksamma metoder, t ex process-tänkande. Det rör sig ibland om rena snurrigheter som när vi inom vår division försökt införa en matrisorganisation.

Gemensamt för alla dessa förändringar är att de inte utvärderas. Axiomatiskt utgår man ifrån att vårdprocessen alltid kan bli effektivare, och att det bara

gäller att göra de rätta förändringarna för att vårdkrisen skall lösas.

Ovärdig kamp om resurserna

Detta är bara några exempel på områden där vi som kår deltagit i förändringar som ibland inte varit till godo för sjukvården. Det är också beklämmande att se hur annars duktiga och omdömesgilla kolleger utnyttjas i en ovärdig kamp om de begränsade resurserna.

Mer eller mindre medvetet har politiker och administratörer spelat ut olika läkare mot varandra. Det ena sjukhuset ställs mot det andra, den ena kliniken mot den andra, primärvård mot sjukhusvård. Hade vi hållit ihop och hade vi värnat om de sjukas rätt till en rimlig vård hade nedskärningarna inte blivit så ödesdigra.

Jag önskar att vi fick en seriös debatt

inom läkarkåren om hur vi skall medverka i utformningen av den framtida sjukvården. Vi behöver en debatt som leder till att vi klarare definierar dels sjukvårdens reella behov, dels värdet av olika administrativa metoder.

Jag anser förvisso att vi kan förändra i sjukvårdens administration precis som vi gör när det gäller medicinska metoder. Ingen behandlar astma eller magsår idag som vi gjorde på 1960-talet, men alla förändringar av medicinsk verksamhet har grundligt utvärderats, ofta genom högklassig vetenskap.

För att vi skall tro på alla dessa administrativa förändringar måste de bli föremål för utvärdering. Det borde vara lika naturligt som vid prövning av nya medicinska metoder. Läkarförbundets chefsförening borde snarast skaffa sig en vetenskaplig sektion där en sådan utvärdering startas.

Replik:

Även läkare behövs inom administrationen

Vi är många inom läkarkåren som har anledning stämma in i den kritik som riktas mot »organisationskarusellen» inom svensk hälso- och sjukvård. I många artiklar både i fack- och dagspress har vi försökt påtala att förändringar av en organisation inte nödvändigtvis medför förbättring, rationalisering och effektivisering, dvs tillfredsställelse för både patienter, personal och skattebetalare.

Den som har levt med Sjukvårdssverige länge (i mitt fall över 35 år) har kunnat se de olika modellförsökens introduktion, uppgång och fall. Det har knappast någonsin funnits seriösa försök till initial konsekvensanalys – eller en heltäckande resultatuppföljning i samband med stora förändringar.

Chefsföreningen inom Sveriges läkarförbund har under hösten 1998 haft ett föreningsmöte med titeln »Svensk

sjukvård – en experimentverkstad?» Här presenterades ett antal olika modeller som prövats de senaste åren (av ledande chefer som varit med om att starta – och ibland kraschlanda). Det förelåg en gemensam uppfattning om att organisationsturbulensen inom svensk sjukvård är den verkliga boven i sjukvårdsdramat.

Tema vid Riksstämman

Vid årets Riksstämman i Göteborg var temat för det allmänna mötet »Organisationsförändringar som mode» – en titel lånad från Leif Borgerts avhandling, som kom för ett antal år sedan. Deltagarna i den panel som debatterade ämnet samlades kring vårt behov av långsiktighet, ledarskap och lojalitet.

Tuve Johansson från Volvo påtalade behovet av att bryta ned »det stora till det lilla» (kommande från Volvo, sic!). Anders Milton, Hans Bergström från

DN, Leif Edvinsson, Skandia, och Mona Britton från SBU talade alla om att vi borde skapa kontinuitet, men samtidigt inse att vi lever i ett förändringsklimat – ett stillastående är inte heller möjligt.

Mona Britton fick många applåder för sin verklighetsförankrade syn på vårdens situation. Hon framhöll också värdet av att använda sig av ett »evidensbaserat» förändringsarbete, något som hitintills varit okänt.

Lättare under tillväxtepoken

Det finns en gemensam uppfattning om vad som är problemet i svensk sjukvård idag – och den sammanfaller i mångt och mycket med Leif Rosenhalls åsikter. Dock finns det en del att kommentera:

Den ekonomiska utvecklingen i Sverige föranledde att även sjukvården under 1990-talet utsattes för en kritisk granskning av sina kostnader – och sitt arbetssätt. Det behöver inte upprepas att det varit lättare att leva inom en verksamhet som ständigt expanderade – vilket sjukvården faktiskt gjorde till mitten av 1980-talet.

Självkostnadsanalys med problem

Punkt 1 i Leif Rosenhalls lista handlar om köp-säljssystemet. Detta hämtades hem från England – liksom en hel del andra företeelser det senaste decenniet. DRG-ersättningssystemet kommer från USA och har baserat sig på klinikernas självkostnadsanalys, och förutsättningen har varit att alla ingående sjukhus skulle ha en relativt likartad verksamhet (man skulle »tjäna in på gungorna vad man förlorade på karusellen»).

Självkostnadsanalysen har uppdaterats varje år, men en del av problemet har varit dels en eftersläpning, dels en ofullständig analys av patientkostnaden. Dessutom har alla enheter ansett sig i behov av full kompensation för sina kostnader och har inte funnit sig i att ingå i »resultatenheten sjukhuset».

Ny teknologi har införts – vilket inneburet ökande kostnader – innan detta sanktionerats i samband med prioriteringar inom ersättningssystemet. Dvs

alla har ropat efter mera pengar utan att vilja acceptera att »om någon får mera pengar måste någon annan få mindre».

Övertro på stordrift

Det har inför stora organisationsförändringar – som i Stockholm – dessutom funnits en övertro på »stordriftsfördelar». Detta gjorde att överföringen av bassjukvård från mindre sjukhus till större enheter (t ex Löwenströmska sjukhuset till Karolinska sjukhuset) beräknades kunna klaras på »marginalen», något som visat sig orealistiskt.

Det är heller inte möjligt att bedriva bassjukvård på ett universitetssjukhus på samma sätt som inom en mindre enhet, något som länge varit känt och som föranlett diskussioner om en separation mellan bassjukvård och högspecialiserad vård även inom universitetssjukhusen.

DRG-systemet är inte idealiskt och behöver anpassas – men än så länge har ingen funnit ett användbart alternativ, och det föreligger en massiv majoritet för att ej återgå till anslagsfinansiering. Diskussioner har förts beträffande en partiell DRG-ersättning (skilja akutvård och förplanerad vård?). Det förefaller dock som om många – likt Leif Rosenhall – lever i oklarhet om systemets förutsättningar så som det presenterar sig idag.

För kraftig reduktion

Vad beträffar punkt 2 håller jag fullständigt med Leif R – akutplatserna har reducerats alltför kraftigt. Detta har lett till den höga omsättning och orimliga arbetsbelastning som akutpersonalen utsätts för både i Stockholm och på många andra ställen inom svensk sjukvård idag.

Om antalet allmänläkare skall öka och därigenom kunna avlasta akutvården, borde de delta i arbetet på akutmottagningarna till dess stockholmarna lärt sig vart de skall gå med sina krämpor (vilket inte alltid är så lätt).

Ompröva »skrivbordsarbetet»

Rörande punkt 3 och det administrativa arbetet kan man verkligen fundera över om vi inte lagstiftat oss in i ett do-

kumentationssamhälle, där vi till slut inte hinner lämna datorn och skrivbordet för att ägna oss åt vår egentliga verksamhet, dvs patienten. Det känns nödvändigt att få ompröva en del av det oss ålagda »skrivbordsarbetet».

Därför känns det bra att Läkarförbundet tillsammans med Landstingsförbundet och Institutet för hälsoekonomi (IHE) skall göra en utvärdering av hur dagens arbetstimmar inom sjukvården används. (Vad gör man på banken efter tre...?) Om detta kan leda till vissa omprioriteringar till förmån för vår egentliga uppgift, patientarbetet, vore det en stor sak.

Högaktuell fråga

Leif Rosenhalls förslag om att Chefsföreningen borde skaffa sig en sektion för utvärdering av förändringar av medicinsk verksamhet är högaktuell. Frågan är bara vem som kan anses vara neutral nog att genomföra detta delikata uppdrag. Vi har redan varit i kontakt med SBU och har funderat över andra samarbetspartners.

Det pågår diskussioner mellan Chefsföreningen och Läkarförbundet om hur vi skall åstadkomma ett gemensamt diskussionsforum där vi – helst tillsammans med ledande sjukvårdspolitiker – kan komma fram till de prioriteringar som måste göras för att lösa dagens svåra problem.

Det allra viktigaste handlar dock inte om pengar, ersättningssystem, driftsformer eller liknande utan om att åter skapa arbetslusten inom sjukvården, den goda känslan i att vara »sjukvårdsarbetare» – alla dessa olika yrken inom sjukvården, som kan vara så tillfredsställande och så omväxlande och rika på goda möten.

Med tanke på Leif Rosenhalls kritik av »doktorer som lagt av sig den vita rocken» känns det också viktigt att påpeka hur nödvändigt det är med läkarinsatser inom administrationen – det är ett sätt att få vara med och påverka utvecklingen med utgångspunkt i upplevda erfarenheter från sjukvårdens olika arbetsfält.

Mora Kallner
ordförande i Läkarförbundets chefsförening, Stockholm