

## Sjukronan: Patienterna blev lidande

Bo Hjern och Henric Hultin har på ett utmärkt sätt redogjort för sina minnen kring den s k sjukronorsreformen 1970 (Läkartidningen 50/99). Kanske kan några minnen från en annan utsiktspunkt ha något intresse. Jag blev efter 1966 års val ordförande i Uppsala läns landstings förvaltningsutskott (det som nu kallas Landstingsstyrelsen) samt ledamot av landstingsförbundets styrelse, där vi vid kongressen 1967 avsatte den dittills allsmäktige talmannen Fridolf Thapper som ordförande. I den nya styrelsen med borgerlig majoritet blev skånepolitikern Stig F Hansson (c) ordförande. Jag var den ende styrelsemedlemmen med egen praktisk erfarenhet av sjukvårdsarbete – överläkare och klinikchef vid en invärtesmedicinsk klinik i Uppsala – och var mycket tveksam inför vårt remissvar på förslaget till 7-kronorsreformen, men böjde mig inför argumentet att hanteringen skulle bli så mycket enklare för patienten och de dåvarande orättvisorna mellan lika läkarkategorier skulle rättas till.

I redogörelsen från förhandlingsdelegationen om läkaravtalet sägs att »inkomsterna inom läkarkåren väsentligt omfördelades. Läkare inom specialiteter som anesthesi, långvård och pediatrik fick generellt kraftiga inkomstförstärkningar, medan läkare inom främst laboratoriespecialiteterna men också kirurgi, hud samt öron-, näs- och halsspecialiteterna fick vidkännas betydande inkomstminskningar. Den senare kategorin kompenseras delvis för inkomstbortfallet genom personlig avlösning under treårsperioden 1970–72».

### Inget intresse av långvariga mottagningar

Vad som glömdes bort av både politiker och läkare var den försämrade situation, som patienterna hamnade i. Ingen hade förutsett att den öppna mottagningsverksamheten vid sjukhusen skulle krympa så mycket som skedde. De totalavlönade läkarna hade inte längre något intresse av långvariga mottagningar. Om man förut hade fortsatt sin mottagning så länge det fanns någon patient i väntrummet, så slutade man nu, när den reglerade arbetstiden fullgjorts och en väsentligt större del av den tiden ägnades den slutna vården, vilket kunde vara motiverat av många skäl.

Men följden blev att den öppna specialistvården kraftigt reducerades med väntelistor som följd. Patientens valfrihet suddades också ut. Förut hade patienterna på eget initiativ och utan remissväng sökt en bestämd överläkare, som sedan följde sina patienter under årtal som deras förtrogna och trygghet i en långvarig åkomma. Nu krävdes ofta remiss för besök på specialistmottagningen, och där riskerade man att varje gång träffa en ny läkare. Mycket ofta visste patienten inte ens namnet på den läkare, som de senaste gången träffat.

Effekten av 7-kronorsreformen, där sjukronan snabbt växte till 200 kr, var för läkarkåren övervägande positiv med reglerad arbetstid och för många bättre

inkomst. För patienterna var effekten förrödande: långa väntetider för specialistvård, ingen möjlighet att välja läkare och ingen kontinuitet i läkare-patientkontakten, vilket riskerade att leda till sämre vård. Landstingen tjänade inga pengar på reformen men fick stora problem med väntelistor och -tider och borde bättre ha beaktat sin roll som patienternas företrädare. I dagens läge med bolagisering och privatisering av sjukhusen borde en återgång till specialistläkarnas privatmottagning på sjukhusen prövas så som det fungerar på många håll ute i Europa.

*Nils Brage Nordlander*  
fd överläkare och landstings-  
ordförande, Uppsala

## Sjukronan: Arbetstidslagen dubbelt trumfkort

Som Henric Hultin skriver i Läkartidningen 50/99 var förhandlingarna om sjukronan årsskiftet 1969/1970 dramatiska. Arbetsgivaren var helt medveten om att läkarkåren arbetade långt utöver arbetstidslagens regler. Man visste att man omöjligen på kort sikt kunde låta lagen gälla för läkare. Läkarförbundet å sin sida begärde ett mycket högt pris för att stå utanför lagen. Huvudmännen tvingades betala dyrt för detta avsteg, som i avtalet uttrycktes ungefärligen som att »jour undantages från arbetstidslagens regler».

Jag var vid tidpunkten Sylf-ombud i Jönköping och ansåg inte att avtalets skrivning verkligen innebar att läkares jourarbete gick utöver lagens begränsningar. Min tolkning godtogs först varken av vår lokala arbetsgivare eller av Läkarförbundets förhandlare. Man hade nämligen i avtalet förbisett att enligt lagens definition »jour» endast är den passiva tiden. Allt aktivt arbete skulle således tvärtemot parternas avsikt inrymmas inom lagens ram.

Vår lokala arbetsgivare hade underhandskontakt med huvudmännen och jag med Läkarförbundets chefsförhandlare Tobias Lund. Huvudmännen var mycket bekymrade över förhandlarnas tabbe att betala för ett avsteg utan värde

– det gällde mycket stora summor.

Efterhand fick bägge parter i Jönköping besked från respektive sida att vår tolkning var korrekt. Man krävde emellertid att vi skulle »ligga lågt» ett år. I annat fall skulle riksdagen stifta tvångslag. Läkarförbundet kunde alltså använda trumfkortet arbetstidslagen en andra gång i senare förhandlingar.

*Reine Gustavson*  
verksamhetschef, kirurgkliniken,  
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

## Om tidsandan – och vår tid

I debatten om läkarna och tidsandan fyller mig vissa ord och uttryck med obestämt obehag. Ett sådant ord är »läkarimport» - senast i Nils Brage Nordlanders och och Johan Fischers respektive inlägg i Läkartidningen 1–2/00.

Läkarimport? Detta alltså om de judiska kolleger som under nazitidens hot om tortyr och död sökte en fristad i Sverige ...

Det är möjligt att debatten fördes så på den tiden. Jag var inte där. Men mås-

## Bengt Järhult är dåligt påläst!

**Detta är en replik på Bengt Järhults krönika på sidan 608.**

Historien om en taxiburen tårta är nog värd en krönika. Men tårtbiten tycks Bengt Järhult dock kunna svälja. I stället för att runda av sin berättigade kritik mot berört läkemedelsföretags marknadsföringsetik – eller snarast brist på sådan – kastar han sig med all kraft över Läkarförbundets politik vad gäller såväl större sjukvårdspolitiska strukturfrågor som läkemedelsfrågor. Företagets namn förekommer dessutom tre gånger i krönikan och sju gånger nämner han ett läkemedel, inte med sitt generiska namn utan med sitt kommersiella namn. Taxikostnaden har därmed givit en god utdelning för läkemedelsföretaget.

Bengt Järhult är i sakfrågorna synnerligen dåligt påläst. Läkarförbundets policy inom läkemedelsområdet finns sedan i höstas samlad i en skrift benämnd »Läkemedel i fokus». Den kan beställas i tryckt version från förbundskansliet eller hämtas hem från förbundets hemsida på Internet samt är redovisad i Läkartidningen. Vi får intryck av att Bengt Järhult inte tagit del av programmet.

### Läs programskriften!

I skriften kan man exempelvis mycket lätt konstatera att förbundets policy

te uttrycket användas på samma sätt (utan citationstecken!) i dag?

Och hur kommer för övrigt framtidens granskare att bedöma tidsandan i vår egen tid? Med flyktingdebatt i termer av »massinvandring», med vårdprioriteringar, DRG-poäng och »rätt» till »dödshjälp»?

Kommer vi att ha ett bra svar – då?

*Gunnar Olofsson*

specialistläkare, Göteborg

vad gäller läkares fortbildning i allt väsentligt överensstämmer med vad Järhult efterlyser i sina tre första punktsatser! Huvudmannaskapet för finansiering av fortbildning i läkemedelslära, liksom för all annan fortbildning, skall åligga huvudmännen. Det har förbundet drivit i många år, men motståndet finns på Landstingsförbundet som inte anser att arbetsgivarna har råd att vidareutbilda sina nyckelarbetstagare. Att Läkarförbundet arbetar för att professionen skall vara motor i ett vidareutbildningssystem för läkare framgår också av det nämnda programmet där för övrigt vidareutbildnings- och informationsfrågorna får stort utrymme och har stor tyngd. En läsning rekommenderas.

När det gäller den fria förskrivningsrätten driver förbundet en självklar policy att den inte får inskränkas, vilket med all önskvärd tydlighet framgår av programskriften. I den pågående utredningen, som Järhult hänvisar till, är förbundet representerat och kommer att redovisa effekterna för sjukvården och patienterna av varje tanke på inskränkningar i förskrivningsrätten. Motståndet är kompakt inom kåren – det vet utredaren. Vi är övertygade om att varje förslag i den riktning som direktiven anger kommer att falla när effekterna analyserats.

### Alla pekas ut som syndabockar

Bengt Järhult pekar ut alla sina kolleger som syndabockar när det gäller de ökande samhällskostnaderna för läkemedelsanvändning. Han använder uttryck som »den vidlyftiga förskrivningen» och läkarnas »förskrivning av kostnadsineffektiva eller medicinskt tvivelaktiga medel» och hävdar att detta är skälen till att landstingen måste dra ner på vårdplatser och personal m m. (Fortfarande är det dock så att staten svarar för läkemedelsnotan och landstingens dåliga ekonomi har helt andra förklaringsgrunder). Det är häpnadsväckande att Järhult utan belägg väljer att göra rent förödmjukande uttalanden om läkarkåren. Verkligheten är den att våra medlemmar seriöst arbetar med läkemedelsbehandling med utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet, evidensbaserad medicin och med patientperspektiv i varje individuell behandling. Till detta kommer ett klart kost-

nadsmedvetande. Till verkligheten hör då att nya, effektiva och behandlingsmässigt innovativa läkemedel är dyra och en följd av att utvecklingen går framåt. Hälsoekonomiska aspekter måste därför finnas med vid bedömningar av värdet av varje förskrivning.

De grövsta påhoppet som Bengt Järhult gör sig skyldig till är dock påståendena om läkares intima relationer till industrin och att förbundet är lierat med läkemedelsindustrin och inte bryr sig om patienternas/konsumenternas intressen. Dessa är gripna helt ur luften och saknar all förankring i verkligheten. Läkaretiken bygger på att läkaren är patientens förtrogn och att läkaren alltid har patientens bästa för ögonen och strävar efter högsta möjliga kvalitet och säkerhet i vården. Patienten i centrum har länge varit ett självklart motto i förbundets agerande. Ibland har vi till och med fått kritik för att patientintressena vägt för tungt i förhållande till professionella intressen i vår verksamhet.

### Visst umgänge viktigt

Ett visst umgänge måste vi läkare ha med läkemedelsindustrin för utbyte av kunskaper och erfarenheter och i syfte att utveckla farmakologin. Umgängesformerna mellan läkemedelsindustrin och förskrivarna finns sedan många år reglerade i ett särskilt avtal mellan Läkemedelsindustriföreningen och Läkarförbundet (tillgängligt på förbundets hemsida och presenterat i Läkartidningen). Där finns regler för såväl läkemedelsindustrins information om sina produkter till förskrivarna som för vetenskapliga sammankomster och terapiinriktad fortbildning. Avtalet skall vara ett stöd för enskilda medlemmar och för företagen att umgås på ett sätt som inte kan kritiseras från vare sig juridisk eller etisk utgångspunkt. Något förbud – som Järhult vill ha – för offentligt anställda universitetsdocenter och professorer att åta sig uppdrag för industrin har dock förbundet inte övervägt.

Det är bara att beklaga att det företag Järhult lyfter fram i rampljuset inte följt intentionerna i avtalet.

*Bernhard Grewin*

Förbundsordförande

*Matz Widerström*

Ordförande i Läkarförbundets  
Läkemedelsråd

