

Regionaliseringen är bra – även för sjukvården

Läkarförbundets utredningschef Kåre Jansson går i ledaren i Läkartidningen 7/01 till frontalangrepp på regionerna och kallar dem »ett otyg för sjukvården«. Men det är svårt att se vad det är Jansson egentligen kritiserar.

LARS ISAKSSON
ordförande i Landstingsförbundet

II Kåre Jansson blandar för det första samman sammanslagningen av län och landsting med det egentliga regionförslaget, det som innebär att det regionala utvecklingsansvaret flyttas från länsstyrelsen till länets politiker.

Visserligen var bägge företeelserna en del i samma regionaliseringsprocess och skedde i stort sett samtidigt, men medan ansvarsöverföringen är på försök och föremål för utvärdering innan eventuell fortsättning beslutas, så är sammanslagningen permanent och gäller tills andra beslut fattas.

Besvärlig sammanslagning

Visst har sammanslagningen av sjukvårdshuvudmän i Skåne och Västra Götaland varit besvärlig. Både ekonomin och det parlamentariska läget har skapat stora bekymmer för såväl politiker och administratörer som den medicinska professionen.

De problem i form av bland annat kulturkrockar och nya roller, som Jansson beskriver i sin artikel, är väl kända. De drabbar de flesta organisationer som lägger samman verksamheter. Dock är dessa problem av övergående art, vilket visas inte minst av att både Västra Götalandsregionen och Region Skåne åter är på väg att få kontroll över sina ekonomier.

Ingen grund förkasta regionaliseringen

Men att sammanslagningen av sjukvårdshuvudmän skulle vara en anledning att förkasta hela regionaliseringen är att gå för långt.

Regionaliseringen, sådan den ser ut i Sverige i dag, handlar i första hand om att demokratisera inflytandet över centrala utvecklingsfrågor för respektive län. Det är länsinvånarnas förtroendevalda och inte statliga tjänstemän som ska ansvara för den regionala utvecklingen. Medborgarnas inflytande över viktiga samhällsfrågor är något vi ska värna om. Det gäller även inom sjukvården.

På vilket vis denna demokratiseringsprocess ställt till ett sådant otyg för sjukvården framgår inte av Janssons inlägg. Märk väl att det är fyra län som ingår i regionförsöken: såväl Gotlands som Kalmar län har också fått utökat regionalt självstyre, och där har vi inte märkt några större konvulsioner i sjukvården. Men när utredningschefen Kåre Jansson lägger ut texten så är fördomandet av det regionala ansvaret för sjukvården kategoriskt.

Vad gäller saken – egentligen?

Vad exakt är det som Läkarförbundet – i Kåre Janssons tolkning – är emot? Är det att några landsting och regioner i Sverige är på väg att ta över en del statliga uppgifter? Eller (vilket verkar troligare om man ska tolka Kåre Janssons resone-mang) att sjukvården inte ska hanteras i alltför stora regioner?

Anser Läkarförbundet att Stockholms läns landsting, som är större än både Region Skåne och Västra Götaland, är olämpligt att ansvara för

sjukvården i sin region? Gäller avståndstagandet bara nya regioner, eller även de landsting som redan idag finns?

Inga nya länsammanslagningar

Kåre Jansson slåss dessutom mot väderkvarnar. Ingenstans i Sverige diskuteras i dag nya länsammanslagningar på allvar. De åtta län som har ansökt eller inom kort väntas ansöka om att också omfattas av det ökade regionala självstyret, gör det helt och hållet utifrån gällande länsgränser. Ytterligare sammanslagningar av landsting är helt enkelt inte aktuella.

Skall sjukvården förstatligas?

Mest anmärkningsvärt är ändå att Läkarförbundet anser att regionen inte är en lämplig självstyrelsenivå för att sköta hälso- och sjukvården. Man frestas att fråga vilken självstyrelsenivå som i så fall är lämpligare?

Menar Läkarförbundet att sjukvården bör förstatligas? Eller läggas på primärkommunerna? Eller är det rent av de enskilda klinikerna, vårdcentralerna och sjukhusen som enligt Läkarförbundets uppfattning är bästa självstyrelsenivå för sjukvården?

Kåre Janssons utspel skapar stora oklarheter. Vad är egentligen Läkarförbundets uppfattning i denna fråga? •

Replik:

Isaksson blandar ihop korten

Det framgår mycket tydligt av min ledare i Läkartidningen (7/01) att varken jag själv eller Läkarförbundet har några synpunkter på att vissa länsstyrelseuppdrag överförs till regionala självstyrelseorgan. Någon sammanblandning har inte skett. Det Läkarförbundet vänder sig emot är när de nya regionerna också tar hand om flera landstings sjukvård.

KÅRE JANSSON
utredningschef, Läkarförbundet

II Lars Isaksson skriver att en regionaliserad sjukvård, dvs sammanslagning av landsting, är bra för sjukvården. Läkarförbundet tycker tvärtom.

Vi menar att erfarenheterna från sammanslagningarna av landstingen i Västra Götaland och Region Skåne är mycket dåliga och att andra landsting bör avrådas från att göra likadant.

Enligt läkarföreningarna i de två regionerna har sammanslagningarna orsakat

stora effektivitetsförluster främst genom oförmågan att skapa en effektiv ledningsorganisation. Ännu idag – flera år efter att de gemensamma styrelseorganen för sjukvården i dessa regioner skapats – har det extra skiktet av administration – regionstyrelse, dess beredningar, beställarstyrelse och distriktsnämnder – inte funnit sina roller.

Detta har bl a bidragit till bristande beställarstyrning, utdragna budgetprocesser och försenade budgetbeslut. Detta har i sin tur skapat oklara förutsättningar för chefer och personal långt ned i organisationerna.

Att Kalmar län har klarat sig bättre genom regionförsöken beror just på att man där varit kloka nog att hålla sjukvården utanför. Detta borde – tvärtemot vad Isaksson skriver – ses som ett stöd för Läkarförbundets inställning i denna fråga.

Demokratin i sjukvården

Isaksson hävdar också att det demokratiska inflytandet över vården kommer att förbättras, och att detta har varit huvudsyftet med regionaliseringen. Huruvida regionnivån eller länsnivån är den mest demokratiska har Läkarförbundet aldrig försökt värdera. Jag har dock svårt att tro att regionnivån – som innebär att politikerna befinner sig längre bort från medborgarna – skulle vara en mer demokratisk nivå än landstingsnivån.

Flytta finansieringsansvaret till staten

En betydligt effektivare åtgärd för att öka det lokala medborgarinflytande vore att, som Läkarförbundet tidigare föreslagit, flytta över det grundläggande finansieringsansvaret för sjukvården till staten.

Eftersom sjukvården skall erbjudas med likvärdig minimikvalitet över hela landet bör uppdraget åtföljas av finansiering från den statliga skatten. Landstingsskatten skulle då kunna sänkas radikalt och bara fylla funktionen att finansiera lokala angelägenheter och eventuellt frivilligt vald extra kvalitet inom vården.

Priset för att behålla ett lokalt sjukhus

Antag att ett visst landsting av något skäl inte vill lägga ned ett dåligt utnyttjat sjukhus. I det läget skulle det vara upp till de lokala politikerna att diskutera finansieringen med medborgarna.

Föredrar medborgarna att landstingsskatten höjs eller att annan verksamhet dras ned? Idag kan en sådan diskussion knappast föras eftersom Robin Hood-systemet helt har brutit kopplingen mellan vad invånarna betalar in i landstingsskatt och det egna landstingens inkomster. •

stora effektivitetsförluster främst genom oförmågan att skapa en effektiv ledningsorganisation. Ännu idag – flera år efter att de gemensamma styrelseorganen för sjukvården i dessa regioner skapats – har det extra skiktet av administration – regionstyrelse, dess beredningar, beställarstyrelse och distriktsnämnder – inte funnit sina roller.

Detta har bl a bidragit till bristande beställarstyrning, utdragna budgetprocesser och försenade budgetbeslut. Detta har i sin tur skapat oklara förutsättningar för chefer och personal långt ned i organisationerna.

Att Kalmar län har klarat sig bättre genom regionförsöken beror just på att man där varit kloka nog att hålla sjukvården utanför. Detta borde – tvärtemot vad Isaksson skriver – ses som ett stöd för Läkarförbundets inställning i denna fråga.

Demokratin i sjukvården

Isaksson hävdar också att det demokratiska inflytandet över vården kommer att förbättras, och att detta har varit huvudsyftet med regionaliseringen. Huruvida regionnivån eller länsnivån är den mest demokratiska har Läkarförbundet aldrig försökt värdera. Jag har dock svårt att tro att regionnivån – som innebär att politikerna befinner sig längre bort från medborgarna – skulle vara en mer demokratisk nivå än landstingsnivån.

Flytta finansieringsansvaret till staten

En betydligt effektivare åtgärd för att öka det lokala medborgarinflytande vore att, som Läkarförbundet tidigare föreslagit, flytta över det grundläggande finansieringsansvaret för sjukvården till staten.

Eftersom sjukvården skall erbjudas med likvärdig minimikvalitet över hela landet bör uppdraget åtföljas av finansiering från den statliga skatten. Lands-
tingsskatten skulle då kunna sänkas radikalt och bara fylla funktionen att finansiera lokala angelägenheter och eventuellt frivilligt vald extra kvalitet inom vården.

Priset för att behålla ett lokalt sjukhus

Antag att ett visst landsting av något skäl inte vill lägga ned ett dåligt utnyttjat sjukhus. I det läget skulle det vara upp till de lokala politikerna att diskutera finansieringen med medborgarna.

Föredrar medborgarna att landstings-
skatten höjs eller att annan verksamhet dras ned? Idag kan en sådan diskussion knappast föras eftersom Robin Hood-systemet helt har brutit kopplingen mellan vad invånarna betalar in i lands-
tingsskatt och det egna landstingens inkomster. •

Varför är inte fler läkare blodgivare?

II Som kirurg har jag emellanåt haft anledning att fundera över blodåtgång – och -tillgång. Ibland har jag också som blodgivare fått larm från blodbankerna om brist på blod. När jag då tagit upp frågan med kolleger visar det sig att nästan(?) ingen är blodgivare. Inte ens bland kärllkirurger(!) verkar det vanligt. Vad beror det på?

En enkel historia

För åtminstone sjukhusläkare är annars blodgivning en skäligen enkel historia. Man är ju redan »på plats«, någon tidsbeställning är inte nödvändig, hela proceduren är över på 10–15 minuter och är i stort sett smärtfri. På köpet får man också färdigbredda smörgåsar, juice, kaffe och bulle – bra speciellt om man inte hunnit med ordentlig lunch.

Blodgivning ersätts traditionellt med 30 kr – oförändrat sedan många år! Som alternativ ersättning finns dock numera

diverse T-shirts och annat, oftast med diskret »reklam« för blodgivning. Som trägen blodgivare har jag på detta sätt nu en god del av min klädgarderob från blodbankerna.

Tummen ned, dock, för alla nya tjugiga prylar som kostar mer än ersättningen, och som man alltså får köpa. Då förloras lite av poängen.

Kan någon ge svar?

Men frågan kvarstår. Varför är inte alla friska läkare blodgivare? Någon brist på information om behoven kan väl knappast föreligga? Är det »allmän slapphet«? Ointresse (för sin nästa)? Eller är man helt enkelt ovan att dela med sig – om man inte får ordentlig ersättning för det?

Kan någon ge mig ett svar på detta?

Gunnar Olofsson
läkare, Göteborg

Fibromyalgi – i verkligheten eller i sinnevärlden?

II Fjorton månader efter det att Nationella folkhälsokommittén gav ut min skrift »Nya Diagnoser« – som trots stor upplaga tog slut efter ett halvår – blir den recenserad i Läkartidningen (5/01, sidan 482) av distriktsläkaren Olle Hellström.

3/4 av utrymmet ägnas åt annat än boken

1999 lade Hellström fram en avhandling i Umeå med undertiteln »Om mening och dialog i allmänmedicinsk praktik«. Den varudeklarationen torde vara nödvändig om man ska kunna förstå varför ca 3/4 av recensionen inte ägnas åt skrift-
en, utan åt Hellströms delvis dunkelt formulerade funderingar kring möten med patienter; deras upplevelser, förhoppningar och viljeyttringar.

Hellström, som är anhängare av fenomenologin, accepterar visserligen att det finns erkända sjukdomar, men menar att medicinsk diagnostik utöver dessa idag accepterade tillstånd stänger in oss i »förtingligandets tankefångelse«. Han hoppas på en framtid där vi inte längre – med en diagnos – »tystar eller tar kontroll över det utsagda«.

Biologiska förklaringar

Hellström tycks med ogillande ha tagit del av mina försök i skriften att finna biologiska förklaringar till de mycket vanliga symtomen värk, trötthet, mental uttrötthet m fl, och anser mig stå för

en »biomedicinsk fundamentalism«. (Denna populistiskt gångbara etikett förstärker Läkartidningen genom att lyfta upp den till en mellanrubrik).

Osakligt avfärdande av gliacellens roll

När Hellström avslutningsvis skriver att »gliacellens betydelse i humandiagnostiken förmodligen är mindre än vad Olin tänker sig« tillskriver han min person en betydelse långt utöver min generalistroll (som dock är grundad på en lång och omfattande klinisk erfarenhet av dessa patienter).

Även om relevansen av hypoteser avseende astrocyternas eventuella roll vid långvariga trötthets- och värtillstånd behöver belysas ur såväl biologiska som kliniska aspekter är hans avfärdande av gliacellen lätt sinnigt och osakligt – se t ex Läkartidningens egen omfattande serie sommarens 2000 med artiklar från Göteborgsforskarna Hansson, Rönnbäck m fl, eller den sedan ett femtontal år exponentiellt växande vetenskapliga litteraturen på området; senast exempelvis i Science (26 januari 2001).

Förklaringsmodell för fiobromyalgi

I Hellströms avhandling ingår två mindre uppsatser som gäller läkares respektive tio (sic) patienters syn på fibromyalgi. Som förklaringsmodell lutar han sig tungt på en översikt som den danske lä-