

# Vården i centrum valåret 2002

Läkarförbundets uppgift är inte bara att med arbetsgivaren förhandla om våra yrkesvillkor utan också att bilda opinion för det som vi anser är rätt och bäst för svensk sjukvård. Vårt mål är högsta tänkbara vårdkvalitet och säkerhet för våra patienter. Det kräver välutbildade läkare, med goda arbetslivsvillkor och lön, i en välfungerande organisation.

Läkarförbundets uppfattning är att vi även i framtiden skall ha en solidariskt skattefinansierad sjukvård efter behov, på lika villkor, med god tillgänglighet och av högsta klass. Skall vi kunna förverkliga dessa mål krävs ökade resurser och förändringar i vårdens organisation, som ger den möjlighet att verka som det kunskapsföretag den är.

**Läkarförbundet ser positivt** på den nationella handlingsplanen med utökade resurser till primärvården, psykiatri och äldrevården liksom satsningarna på ökad tillgänglighet och kortare köer i vården.

En primärvård med snabb och säker tillgång till hög medicinsk kompetens i form av distriktsläkare är en hörnsten i en välfungerande hälso- och sjukvård. Lika självklar är en motsvarande satsning på sjukhusens specialist- och regionvård för att skapa helhet och balans i den sjukvårdsservice vi vill ge landets medborgare.

Därför hälsas socialministerns initiativ till en nationell plan även för sjukhusvården med glädje.

**Dessa åtgärder** för att öka resurserna är viktiga steg i rätt riktning men inte tillräckliga för att nå målen. Därför presenterade Läkarförbundet våren 2001 sin syn på resursbehoven under de kommande åren. Skall vi klara kraven på en bättre och mer välfungerande vård, som medborgarna vill ha, måste hälso- och sjukvården redan nu tillföras 30 miljarder årligen.

Skall vi kunna ge en god åldringsvård med adekvat medicinskt innehåll, använda den moderna läkemedelsbehandlingen, förse akutsjukhusen med fler vårdplatser för en mänskligare vård krävs dessa resurser. De krävs också för att kunna ge bättre och konkurrenskraftiga löner till alla kompetenta medarbetare i vården.

**För att behålla** medarbetare räcker det inte med enbart högre lön, utan viktiga är i dag goda arbetslivsvillkor. Ett hållbart arbetsliv för oss läkare kräver inte bara flexibla och individuella lösningar vad gäller arbetstid, ansvar och uppgifter utan också tid till patient-läkarmötet, för reflektion och det livslånga lärandet. Engagerade och ansvarstagande medarbetare måste ges delaktighet och inflytande i planeringen av såväl det dagliga arbetslivet som av verksamheten och dess utveckling.

Läkarförbundets mening är att den förändring sjukvården för närvarande genomgår med ökad mångfald vad gäller vårdformer och ägaransvar måste fortsätta. Mångfald skall inte vara något självändamål utan ett medel för att utveckla vårdens innehåll och kvalitet för såväl patienterna som yrkesvillkoren för medarbetarna. Valfrihet för patienter och medarbetare skapar sund konkurrens och är utvecklande för kvalitet och effektivitet. Därför är det särskilt viktigt att dagens monopol inte ersätts med ett oligopol utan att verklig mångfald tillåts. Dagen kår av privata öppenvårdsspecialister måste vara kvar och få växa.

**Det är valår i år.** Därför tänker Läkarförbundet på olika sätt lyfta fram vad vi menar svensk sjukvård behöver för att återta sin tidigare position och ge alla medborgare sjukvård i världsklass. Såväl centralt som lokalt måste vi i kåren föra fram vår syn till väljarna så att de stödjer de politiker som är beredda att satsa på vården, inte minst genom ökade resurser.

Mycket av den gemensamma, solidariskt finansierade, svenska sjukvårdens framtida utformning och innehåll kan komma att ligga i väljarnas händer i september.



*Bernhard Grewin*

**Bernhard Grewin**  
ordförande i Läkarförbundet  
bernhard.grewin@slf.se

## Snöröjning och primärvård

»Konkurrensutsättning har stora teoretiska förtjänster men felaktigt tillämpad leder den till kortsiktighet, snäva kost-

### Kommentar

nadsberäkningar, slimmade personalstyrkor.« Så skrev DN häromdagen i en ledare om problemen med huvudstadens snöröjning. Denna har lagts ut på entreprenader, med mindre lyckat resultat.

Man kan frestas att dra paralleller till somliga av de upphandlingar som skett inom primärvården i delar av Stockholmslandstinget. Kortsiktig brådska där ekonomin getts förtur framför vårdens kvalitet och innehåll har lett till motsättningar och personalproblem. Snålheten har ibland bedragit visheten, helt enkelt.

Trots att politikerna uttryckligen ville premiera personaldrivna verksamheter valde beställaren i det södra sjukvårdsområdet billigare alternativ med sjukvårdsbolag. Och läkarna flydde – se artiklarna på sidorna 6–9!

Men där visas också att mångfald och privatisering kan fungera väl när initiativen tagits av personalen själv, och när beställaren vägt in de anställdas kunskaper och ambitioner. På längre sikt kan nog även det räknas i kronor och ören!•

## Vad är dödshjälp?

I Sverige tillämpas redan dödshjälp, hävdar professor Torbjörn Tännsjö i en intervju i detta nummer. Av allt att döma syftar han på det som tidigare oegentligt kallades passiv dödshjälp, dvs att läkaren avstår från att behandla sjukdomen och i stället sätter in palliativa åtgärder.

Det är synd om eutanasidebatten grumlans av oklara begrepp – dödshjälp kan per läkarens definition endast vara aktiv. Etiskt sett är det ett stort steg från vårdavstående/palliativ vård till egentlig eutanasi.

Den i samma artikel intervjuade läkaren, Anders Ågård, reagerar också mot att ett avbrytande av vård skulle benämnas passiv dödshjälp – »ordet känns fel och missvisande«, säger han. Likaså avvisar han bestämt att det skulle förekomma en utbredd, dold dödshjälp i Sverige.

Intervjuerna lyfter dock fram två väsentliga saker: 1. hur viktigt det är att patienter och anhöriga både informeras och rådfrågas vid vården inför livets slut, 2. betydelsen av att dödshjälpsfrågan debatteras och att även läkare deltar i denna debatt. •