

Kunskapsstyrd utveckling målet i VG-regionen, berättar Johan Calltorp

Läkarnas engagemang är A och O

– Läkarna kan få ett stort inflytande framöver. Det behövs en professionsbaserad utveckling av hälso- och sjukvården.

Den slutsatsen drar Johan Calltorp, hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen mot bakgrund av det prioriteringsprojekt som nu pågår i regionen.

II Projektet omfattar alla medicinska områden. Vid årsskiftet ska samtliga vertikala prioriteringar (inom respektive specialitet) vara klara.

I regionen finns 25 olika medicinska sektorsråd, det är de som gör de vertikala prioriteringarna. I vart och ett av dem ingår läkare i ledande ställning från specialiteten med en representant från varje sjukhus samt en representant för medicinsk fakultet.

I sektorsrådets uppgifter ingår att verka för gemensamma indikationer för diagnostik, behandling och uppföljning samt för gemensamma grunder för prioriteringar i vården.

– Det blir en väldig kraft när vi sätter dem i rörelse kring samma fråga, påpekar Johan Calltorp.

– Detta är en bred och stor ansats och materialet kommer att bilda underlag för både styrning och utveckling av regionens vård under de kommande åren. Det ger den medicinska professionen ett stort inflytande över utvecklingen.

Avsikten är att resultatet från respektive sektorsråds prioriteringsöversyn ska vara underlag för den politiska horisontella prioriteringen (mellan olika specialiteter) tillsammans med behovsprioriteringarna. Den samlade bedömningen ska sedan kunna redovisas öppet för regionens invånare.

17 sjukhus, 160 vårdcentraler

Västra Götalandsregionen bildades 1 januari 1999 och har 1,5 miljoner invånare. Sjukvården kostar runt 23 miljarder kronor på ett år, varav Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg svarar för 8 miljarder. I regionen finns 17 sjukhus (i fyra sjukhusgrupper och några helt fristående) och omkring 160 vårdcentraler.

Johan Calltorp började som hälso- och sjukvårdsdirektör för regionen i januari 2000. Han är professor i hälso- och sjukvårdsadministration och har läkar- och forskarbakgrund.

Han leder ett kansli med 220 personer, är en länk mellan professionen och

politiken. Han började som krislösare men kallar sig nu problemlösare.

Regionen startade med ett jämnt parlamentariskt läge och flera regimskiften. Sedan mitten av år 2000 styr en blocköverskridande koalition (s + fp + c), som fått ett ökat stöd i årets val.

– Vi har ett brett politiskt stöd för de tunga sjukvårdsbesluten och ökade finansiella möjligheter, poängterar Johan Calltorp.

Han påpekar att regionen är en av Sveriges största fusioner under efterkrigstiden och att det skett en till stora delar lyckad integreringsprocess. Och mitt i finns alla de stora sjukvårdsfrågorna.

Johan Calltorp vill driva en sjukvårdsutveckling där läkarna är med och styr i större utsträckning än nu.

– Jag vill stå för en kompetens- och kunskapsbaserad sjukvårdsstyrning. Vi har en snabb medicinsk kunskapsutveckling – det biomedicinska och kliniska utvecklingssystemet fungerar väldigt bra. Men jag ser att vi har mycket att utveckla när det gäller sättet att styra, leda och organisera sjukvården. Det finns mycket att göra om man ska få det att fungera lika bra som den medicinska innovationen, understryker han.

När han talar om funktionen mellan politik, administration, läkare och andra professioner trycker han på ord som samspel och professionell självstyrning inom ramar.

Sjukvården är den mest komplexa kunskapsorganisation som finns i samhället, menar Johan Calltorp. Det handlar om en mängd specialkompetenser, specialiteter med högt professionaliserade människor. Det är lätt att förstå att många känner frustration för det de möter i politik och administration.

Men han tror på ett demokratiskt styrt vårdssystem och även att de flesta läkarna i Sverige stöder och vill ha ett sådant system.

Det som bör vara grunden, enligt Johans Calltorps åsikt är att politikerna ska säga vad som ska göras och professionen hur det ska göras.



Foto: JAN HÅKANSSON

Som hälso- och sjukvårdsdirektör för Västra Götalandsregionen måste Johan Calltorp kunna sätta fingret på problemen och ha näsa för smidiga lösningar. Han påpekar att det nu finns en positiv utveckling att glädja sig åt i regionens sjukvård.

– Då behövs utveckling av en kunskapsbaserad administration mellan politik och professioner, det behövs kompetens inom epidemiologi, hälsoekonomi, logistik, utvärderingsmetoder m m.

Där finns alltså hans kansli som länk.

Johan Calltorp understryker att läget ofta är laddat med hårda tag – det kommer man inte ifrån. Det handlar om starka intressekonflikter – exempelvis sjukhus och specialiteter som vill kämpa för sin del av kakan, för sitt utrymme.

Johan Calltorp visar klart vilka han anser vara nycklarna i utvecklingen av vården, framför allt på klinisk nivå, när han med stort eftertryck framhåller:

– Läkarnas engagemang är A och O – A och O.

Långsiktigt vill han ha fler läkare som går in i rådgivande positioner på hel- eller deltid. Idag har han ett tiotal läkare på sitt kansli. Han pekar också på att omkring hälften av sjukhusdirektörerna i regionen har läkarbakgrund. Till en sådan administrativ ledarroll konkurrerar man som läkare på helt lika villkor som till exempel ekonomer, samhällsvetare och jurister. Lederfarenhet är viktig.

Men inte ska väl läkarna bli administratörer, vi har väl läkarbrist?

– Nej, grovt sett har vi ingen läkarbrist. Vi måste kunna utnyttja läkarna bättre. Nu har vi folk som flyr från yrket, vi har en misshushållning med läkare. En viktig aspekt på orsakerna till utbrändhet är frustration och känslan att inte kunna styra sin arbetssituation. Antalet läkare hos oss är vid en internationell jämförelse inte lågt, inte ens antalet

allmänläkare. Det är en viktig fråga att göra läkaryrket mer attraktivt. Det är ett ansvar som ligger på politikerna och oss som jobbar med systemet.

Johan Calltorp anser att fokuseringen i dagens sjukvård har hamnat snett.

– Jag tycker det är för mycket fokus på brist på pengar och brist på personal.

Så har det blivit därför att det i tio år handlat om en hård åtstramning kopplad till landets ekonomi. Fram tills för ett par år sedan var det en reell resursminskning. Det gäller inte längre. Men, menar han, läkarkåren har vant sig vid åtstramningarna och mött dem.

– Ibland har de inte mött en tillräckligt kreativ administrativ ledning som har talat om hur vi använder resurserna, om alternativa sätt. Alla har låst sig i att det är resursbrist. Och att det är mera resurser som är lösningen på problemet.

– Det är klart att sjukvården är underfinansierad och det är en politisk fråga hur man skaffar mer resurser och vilken väg man ska välja. Men jag har blivit orolig när jag lyssnat på diskussioner under medicinska riksstämman de senaste åren. Det är nästan mer fokus på pengar och resurser än på det medicinska innehållet.

Tror på konstruktionen

Johan Calltorp tror på konstruktionen Västra Götaland även om det finns mycket kvar att göra för att få vården att fungera optimalt.

– En av regionens idéer bygger på samspel mellan sjukvård, regional utveckling och näringsliv. Detta är fortfarande bortglömt. Det kan skapa möjligheter för växtkraft, ekonomi, och påverka hälso- och livsmiljö långsiktigt.

Han anser att det är uppenbart att de små landstingen i Sverige är för små för att klara sig på egen hand.

– Översynen som ska göras av den högspecialiserade vården kommer sannolikt att visa det. Det blir väl inga fler regionbildningar, men det behövs ett ökat samarbete över landstingsgränserna. Och vi i Västra Götaland ska demonstrera hur ett fördjupat samspel kring den specialiserade vården kan göras rationellt, säger Johan Calltorp.

En viktig roll i det arbetet spelar Sahlgrenska Universitetssjukhuset, som haft många problem. Men Johan Calltorp är optimist:

– Sahlgrenska håller på att utvecklas och öppnas mot omvärlden. Det finns mycket kvar att göra, men det är en positiv utveckling, framhåller han. Dessutom fungerar vårdstrukturlösningarna runt om i regionen ganska väl nu.

Tom Ahlgren

tom.ahlgren@lakartidningen.se

Bred satsning kortar väntetidsköerna

– Vi har haft långa patientköer men en bred satsning på ökad tillgänglighet har nu börjat ge resultat. Antalet väntande minskar, tillgängligheten är stor i exempelvis koronarvården, närmast överkapacitet vad gäller PTCA, tack vare att vi använder hela regionens kapacitet.

Orden kommer från Johan Calltorp, hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen.

I satsningen på kökortning finns nu dels satsbidrag och dels pengar som regionen satsar själv. Totalt handlar det om 390 miljoner kronor om året under tre år för att öka tillgängligheten till sjukhusvården i regionen.

Medlen används till att bland annat korta köer som är längre än ett år. De köerna äger inte sjukhusen längre utan dem tar regionen hand om gemensamt via ett särskilt kökansli i Göteborg med 020-nummer dit patienterna kan ringa.

Tillgång till alla sjukhus

På kökansliet har de överblick över läget, vilket gör att de kan utnyttja att det finns många sjukhus – patienten får tillgång till regionens alla 17 sjukhus. På ett år beräknar man att kansliet ska hjälpa uppemot 1 000 patienter att snabbare få sina operationer inom allmän kirurgi, ortopedi, gynekologi med mera.

– Vi försöker utveckla sjukhus som är fokuserade på elektiv vård, som kan avverka köer. Starrkirurgi är ett bra exempel. Udevalla tillhör våra mest produktiva ögonkliniker. 44 procent av dem som behöver en starroperation får det inom tre månader, vilket är en bra tillgänglighet, framhåller Johan Calltorp.

Ett annat intressant område där de utnyttjar regionens struktur är PTCA inom koronarvården.

– Där tog vi aktivt beslutet att flytta ut den från Sahlgrenska universitetssjukhuset. Den är spridd till Skövde, Borås och NÄL. Där har vi snudd på överkapacitet – det finns inga egentliga köer.

Samtidigt ökar behovet av öppen kranskärlskirurgi. Sahlgrenska klarar inte riktigt det som behöver produceras. Därför utreds nu frågan om att starta ytterligare ett centrum för öppen hjärtkirurgi. Placeringen blir troligen Skövde som har lång hjärttradition, berättar Johan Calltorp.

Dålig tradition med köer

En tredje del i kökortningen är att gå igenom väntelistorna. Där står alltid många patienter som av olika skäl inte är aktuella, de kan ha fått behandling på ett annat ställe. Listorna trimmas så att det bara är aktuella patienter som står kvar.

»Vi försöker utveckla sjukhus som är fokuserade på elektiv vård, som kan avverka köer«, säger Johan Calltorp, hälso- och sjukvårdsdirektör i Västra Götalandsregionen.



FOTO: JAN HAKANSSON

– Att helt bli av med väntelistorna är orealistiskt. Men de har blivit en dålig tradition och kanske också lite av ett signalsystem från läkarhåll, man signalerar att man behöver mer resurser.

Så, menar Johan Calltorp, väntelisteinstrumentet har förfallit till att vara ett dåligt inslag i sjukvården.

– Vi betalar ju för att avverka väntelistor som egentligen alla kan hålla med om är dåliga mått på vårdenheters prestationer eller produktivitet. Vi ska ju betala för produktion i stället.

Ytterligare en åtgärd är att se över regionens ersättningssystem. Som regel har sjukhusen fått sina intäkter till 50 procent som en fast verksamhetsdel och till 50 procent genom redovisade prestationer. För att stimulera sjukhusen till fler insatser har man från i år kompletterat ersättningssystemet och infört full ersättning, 100 procent, inom åtgärdsgrupper där kösituationen har varit besvärligast, till exempel höft- och knäledsplastik, ryggoperationer, gall- och prostataoperationer samt livmoderframfall.

Tillgänglighetsmål

Politikerna i Västra Götalandsregionen har hittills tagit ställningen att man inte ska besluta om några vårdgarantier som man inte kan leva upp till. I stället finns på förslag från tjänstemän och medicinskt håll det de kallar tillgänglighetsmål som ett förstadium till vårdgaranti.

– För tillgänglighetsmålen jobbar vi med tre och sex månader. Vi tycker att det är medicinskt meningsfullt att differentiera så, motiverar Johan Calltorp.

Tillgänglighetsmålen skärps år från år. 2004 ska väntetiden vara maximalt tre månader för grå starr, reumatologi, prostataförstoring, kranskärl och PTCA, gallsten, ljustskräck, livmoderframfall, urininkontinens, höftledsbesvär, knäledsbesvär, hörselnedsättning och ryggbesvär. För samtliga övriga åtgärdsgrupper ska maximala väntetiden till behandling vara sex månader.

Tom Ahlgren