

Intensivvården tar donationsfrågan på största allvar

■ Etiska konflikter vid organdonationer diskuteras av Dag Lundberg och medarbetare i Läkartidningen 15/2003 (sidorna 1358-9). Organdonationer är en mycket liten men viktig del av intensivvården. Av IVA-patienterna avlider cirka 10 procent under tiden på IVA. Av dessa dör cirka 10 procent i total hjärninfarkt (»hjärndöd«). Alltså är cirka 1 procent av IVA-patienterna möjliga donatorer. Av dessa är några medicinskt olämpliga, cirka 20 procent. Återstår alltså cirka 0,8 procent av IVA-patienterna som medicinskt möjliga donatorer. Av dessa avböjer hälften erbjudandet att donera sina organ för transplantation; den andra hälften ger organ för donation.

Kan aldrig kräva – bara erbjuda

Inom intensivvården i Sverige anser vi att organdonation är en viktig del av vårt arbete. Vi ägnar mycket tid, intresse och engagemang åt detta. Det är vår uppgift att informera om organdonation, att erbjuda möjligheten att donera. Ibland är patientens vilja känd och då följer vi den. Ibland är patientens uppfattning okänd och då för vi samtal med de anhöriga om donation.

Vi är vana vid att hantera människor i kris. IVA-patienter är oftast livshotande sjuka. Vi lägger ned mycket tid på att ta hand om anhöriga. Det är inte vår uppgift att övertala eller övertyga anhöriga att ge tillstånd till donation. Vi inom sjukvården kan aldrig kräva att patienterna skall donera sina organ efter döden. Vi kan erbjuda möjligheten att donera för dem som så vill.

Stort intresse och engagemang

Hur skall vi kunna öka antalet organdonationer i Sverige? Jag tror enda möjligheten är att genom information öka allmänhetens positiva inställning till donation och få människor att aktivt ta ställning för donation genom att meddela sin vilja till anhöriga, med donationskort och i donationsregistret.

Socialstyrelsens uppfattning att vi inom intensivvården i Sverige är ointresserade och oansvariga att hantera organdonationer tycker jag är felaktig. Vi ägnar stort intresse och engagemang åt denna uppgift.

Lars-Åke Johansson
överläkare, chef för IVA,
Centralsjukhuset, Karlstad
Lars-Ake.Johansson@liv.se

Gemensam policy garanterar framtiden för Stockholms privatläkare

■ Visst är det, som Claes von Segebaden framhåller i Läkartidningen 14/2003 (sidan 1265), en besvikelse att Susanne Eberstein och hennes utredning inte upptäckt utvecklingsmöjligheterna i den taxebundna vården. Det är en vårdform som ger såväl utrymme för professionell integritet som förutsättningar för en ökad rörlighet mellan sluten och öppen vård. Den taxebundna vården är också en viktig motvikt för dem som ser en fara för oligopol i tillväxten av stora vinstdrivande företag inom den öppna sjukvården, genomsyrade av företagsekonomiska värderingar snarare än av humanistiska och vetenskapliga ideal.

Överenskommelse med landstinget

I Stockholm har det alltid funnits privatpraktiserande läkare, och så skall det också vara i framtiden. Det garanterar den överenskommelse om en gemensam policy som träffades mellan Stockholms läns landsting och Stor-Stockholms privatläkarförening 2002:

»Privatpraktikerna är en naturlig del av Stockholms läns sjukvård. Landstingets målsättning är därför att i framtiden hålla den privata läkarvården på minst det antal den har idag, inbegripet de nuvarande etableringarna och de kommande samverkansavtalen/vårdavtalen. För att uppnå detta mål behövs rutiner för att överlåta läkarmottagning, när läkaren går i pension. Det är en gemensam angelägenhet för landstinget och den privatpraktiserande läkaren att mottagningen på bästa möjliga sätt förs över till en yngre läkare, som tar ansvar för verksamheten och garanterar tillgänglighet och kontinuitet för mottagningens patienter.«

Det är ett framsynt avtal som visar den goda vilja som behövs för att vi tillsammans skall kunna utveckla vården i Stockholm. För att kunna göra det behövs också stöd i lagen. Vårdgivarutredningens betänkande »Åldersgränser och ersättningsetableringar« (SOU 2003:7) handlar om regler som bestämmer förutsättningarna för de privatpraktiserande läkarnas verksamhet. Utredningen diskuterar ingående för- och nackdelar med olika åldersgränser. Utredningen säger att reglerna för ersättningsetablering inte bör ändras så att en rätt till ersättningsetablering införs. Motiveringen är landstingens planeringsansvar.

Planeringsansvaret

Begreppet planeringsansvar behöver utvecklas. Både sjukvårdens huvudmän

och privatläkarna behöver lagar som underlättar för den privatpraktiserande läkaren att överföra sin mottagning till en yngre kollega vid pensionering. I samband med en sådan överlåtelse behöver parterna kunna ta nödvändig hänsyn till landstingets behov av att styra verksamhetens lokalisering och inriktning samtidigt som den professionella självständigheten garanteras. För att åstadkomma detta behövs en lagtext som medger utvidgade samverkansavtal. I sådana avtal utgår parterna från lagen om läkarevårdsersättning och den centrala förordning om läkarevårdsersättning (FOL (1994:1121)) som fastställer arvodesnivåerna i taxan.

Utvidgade samverkansavtal

Idén med utvidgade samverkansavtal är att skapa större möjlighet till en lokal anpassning av samverkansavtalet. Det kan ske efter en förhandling mellan landstinget och den lokala läkarföreningen. På det sättet garanteras patienterna hos de privatpraktiserande läkarna fortsatt sjukvård och den privata praktikens fortlevnad säkras samtidigt som landstingets planeringsansvar beaktas. De praktiserande läkarna får ett rättvist och förutsägbart system, som underlättar planeringen när en mottagning skall föras över till en yngre kollega.

Praktikerbanan som realitet

Vi behöver arbetsformer som gör det möjligt för läkaren att stanna i det patientnära arbetet fram till sin pensionering. I en läkares yrkeskarriär bör praktikeryrket finnas med som ett realistiskt val. För den skull behöver vi ersättningsformer som betonar läkaren som behandlare och skuter läkaren som företagare och entreprenör i bakgrunden även inom det privata vårdområdet. Det är en motsättning som finner sitt juridiska uttryck i spänningen mellan vårdavtal, associerade till Lagen om offentlig upphandling (LOU), och samverkansavtal, som är knutna till Lagen om läkarevårdsersättning (LOL).

Det finns starka skäl att utveckla LOL så att den medger utvidgade samverkansavtal. På det sättet kan frågan om ersättningsetablering få en lösning som gynnar både patienterna, den praktiserande läkaren och landstinget.

Christer Sjodin
ordförande i Stor-Stockholms
privatläkarförening
sjodin.christer@telia.com