

# Omstruktureringar i Skåne – läkarna väntas bli mer mobila

**Mer pendling för skånska läkare. Det är innebörden av ett politiskt välförankrat förslag till fördelning av de specialiserade elektiva operationerna inom Region Skåne.**

II I somras togs det första konkreta klivet på den långa vägen mot ett förverkligande av projektet »Skånsk livskraft – vård & hälsa«. Då beslutade regionfullmäktige att endast fyra av länets tio akutsjukhus skulle finnas kvar. Politikerna ställde sig också bakom de övergripande visionerna för projektets fyra vårdlogiker: specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård, högspecialiserad vård och närsjukvård (ruta nedan). Under hösten har visionen konkretiserats och i förra veckan presenterades ett uppföljande förslag som redan fått den politiska majoritetens välsignelse. Där tydliggörs främst fördelningen av de elektivt opererande specialiteterna.

– Den planerade operationsverksamheten är i dag underutnyttjad så till vida att vi har spritt ut verksamheten och inte utnyttjar varje ställe optimalt, säger Stefan Rydén, medicinsk rådgivare inom Region Skåne.

En omstrukturering står alltså för dörren där de fyra stora lasaretten, Malmö, Lund, Helsingborg och Kristianstad, får lämna ifrån sig en hel del operationer till småsjukhusen. De mindre sjukhusen profileras inom givna områden som i huvudsak lämpar sig för dag-

*De skånska läkarföreningarnas representant i referensgruppen för Skånsk livskraft, Ingrid Sandhall berättar att många ur personalen är misstänksamma mot projektet Skånsk livskraft. »Personalen är väldigt, väldigt trött på förändringar«, säger hon.*

kirurgi eller korta vårdtider. Ängelholm och Ystad blir till exempel elektiva centrum för opererande ortopedi respektive gynekologi.

## Kortare vårdköer

Förhoppningsvis leder koncentrationen av verksamheterna till högre kvalitet och ökad effektivitet. Patienterna får visserligen resa mer, men kortade vårdköer anses uppväga omaket.

Fast även läkarna måste bli mer mobila. Sjukhus med enbart planerade operationer ska, enligt förslaget, samarbeta nära med något av de fyra akutsjukhusen och mellan samverkande sjukhus bör lä-

karna inom de opererande specialiteterna vara rörliga.

– Jag tror att det kommer att bli vanligare att vi måste arbeta på mer än ett sjukhus, framför allt på läkarsidan, säger Bertil Lindström, hälso- och sjukvårdsdirektör inom Region Skåne.

Mer pendling med andra ord. Fast arbetsfördelningen ska vila på praktiska förutsättningar. Läkarna ska inte behöva åka kors och tvärs över Skåne, menar Lindström, och betonar även den virtuella samverkan.

– Man ska ta fasta på att skicka bilder och kunskap, som det redan görs i dag med EKG-kurvor och röntgenbilder, i

## Skånsk livskraft

»Skånsk livskraft – vård & hälsa« drog igång 2001 och är det största förändringsarbetet någonsin inom skånsk hälso- och sjukvård. Projektet har sina rötter redan i landstingens och kommunernas förberedelser 1998 inför bildandet av Region Skåne. Ett nytt sätt att samarbeta ska växa fram mellan de olika vårdgivarna med mer sammanhängande vårdkedjor som resultat. Den nya organisationen struktureras kring fyra vårdlogiker:

**Specialiserad akutsjukvård:** Av regionens tio sjukhus blir endast fyra kompletta akutsjukhus (Malmö, Lund, Helsingborg och Kristian-

stad). Ystad får behålla en del specialiserad akutsjukvård med hänsyn till förlossningsverksamheten. Den prehospitala vården förstärks och centraliseras.

**Specialiserad planerad vård:** De fyra akutsjukhusen får behålla operativ verksamhet som kräver deras samlade resurser inklusive 7-dagars-vård. De mindre sjukhusen specialiseras inom olika fält. Trelleborg och Hässleholm inriktas mot ledproteskirurgi. Ängelholm blir centrum för mindre vårdkrävande ortopedi. Ystad blir gynekologiskt centrum. Landskrona expanderar sin verksamhet inom allmän kirurgi, urologi och öron-näsa-hals när det gäller mindre vårdkrävande elektiva

operationer. Simrishamn lämnas utanför diskussionen eftersom sjukhuset drivs i privat regi.

**Högspecialiserad vård:** Till denna grupp räknas 47 specialiteter som har hand om sällsynta sjukdomar eller skador. Inom varje fält ska en ledningsgrupp utses som är lokaliserad till ett sjukhus och som ska ha ansvar för fördelningen av regionens anslag.

**Närsjukvård:** Internmedicinsk akutmottagning, så kallad närakut, ska finnas vid varje sjukhus. Öppetiderna kan variera. Patienter med känt sjukdomstillstånd ska dygnet runt kunna tas emot direkt på en närsjukvårdsavdelning utan att passera akutmottagningen. •

stället för att skicka doktorer, säger Lindström.

### Risker med förslaget

Ingrid Sandhall, De skånska läkarföreningarnas representant i referensgruppen för Skånsk livskraft, ser risker med förslaget.

– Det är viktigt att genomföra denna förändring i samråd med läkarna. Låt specialiteterna hitta individuella lösningar så att ingen känner sig tvingad, säger Sandhall.

Några regiondoktorer som ständigt är på resande fot vill hon inte se.

– Man ska ha rätt till ett tjänsteställe. Multipla tjänsteställen i anställningskontrakten ska vi inte acceptera.

De skånska läkarföreningarna står generellt sett bakom visionen för Skånsk livskraft.

– Det är ett genomtänkt försök till att utveckla en fungerande sjukvård för de närmaste 30–40 åren. Till skillnad från Göteborg och Stockholm har man låtit det här arbetet växa fram underifrån och det tycker jag är projektets styrka, säger Sandhall.

Samtidigt är skepsisen stor när det gäller omorganisationer.

– Personalen är väldigt, väldigt trött på förändringar. Många är, och det var jag också i början, enormt misstänksamma mot Skånsk livskraft, säger Sandhall. Hon förutspår att projektet måste överleva ett val till och några obehagliga beslut innan en majoritet börjar tro på förändringsarbetet.

### Nerdragning med 1 miljard

Inom Region Skåne dras svångremmen åt just nu. Målet är att budgeten ska vara i balans 2005 vilket innebär nerdragningar med en miljard kronor. Enligt Sandhall ska Skånsk livskraft inte blandas ihop med det stora sparbetet.

– Hela projektet kan äventyras om man försöker få fram snabba besparingar. Regionledning har dragit alldeles för stora växlar på att det ska gå att spara hundratals miljoner genom Skånsk livskraft, säger Sandhall.

– Skånsk livskraft är inte a priori ett besparingsprojekt utan ett nödvändigt utvecklingsprojekt. Men alla förutser förstås att den här typen av koncentrerande åtgärder ska ge effektiviseringsvinster och därmed besparingar, säger regiondirektör Mats Welff.

Den 9 mars väntas förslaget bli godtaget av den politiska styrgruppen. Tanken är sedan att beslut om hur planen ska genomföras fattas på regionfullmäktiges junimöte.

**Erik Skogh**  
frilansjournalist

## Läkare vill förhandla själva

**Läkare är för individuell lönesättning och vill helst förhandla sin lön själva. Det visar en enkätundersökning bland mer än tusen läkare över hela Sverige.**

II I november förra året skickade Läkarförbundet ut en enkät till 1 745 slumpmässigt utvalda medlemmar. Syftet med undersökningen är att inför 2005 års avtalsrörelse få medlemmarnas synpunkter på lönebildning och arbetstid. Resultaten bygger på de 1 268 bearbetningsbara svar som inkom. Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Läkarförbundets förhandlingsdelegation, säger att enkätens resultat egentligen inte överraskat.

– Lönebildningen har de senaste 20 åren blivit alltmer individuell, enkäten bekräftar att medlemmarna verkligen vill gå åt det hållet.

Endast en tredjedel av läkarna i undersökningen känner till vilken lönepolitik som gäller på deras arbetsplats. Även bland verksamhetscheferna finns en viss osäkerhet, drygt 8 procent uppger att de inte känner till arbetsplatsens lönepolitik och lika många verksamhetschefer är okunniga om vilka faktorer som premieras vid lönesättning. Drygt en fjärdedel av samtliga tillfrågade vet inte hur det gick till när deras lön bestämdes i den senaste lönerevisionen. Nästan lika många uppger att lönen sattes i förhandlingar mellan läkarföreningen och den närmaste chefen.

Drygt 75 procent är positiva till att den årliga lönerevisionen sköts av facket. På en mer vag fråga om vem som ska löneförhandla instämmer dock lika

många i påståendet: »Jag vill förhandla min lön själv«, och på frågan vem som ska förhandla lönen vid byte av anställning är nästan 90 procent positiva till att själva förhandla sin lön. En grupp läkare som skiljer sig något i sin uppfattning om lönebildningen är distriktsläkarna. De är mindre benägna att själva förhandla sin lön.

### Attitydskillnad bland kön och lön

En annan attitydskillnad som märks i undersökningen gäller lön och kön. Av de tillfrågade männen anser mindre än 40 procent att det finns löneskillnader mellan manliga och kvinnliga läkare som beror på kön. Motsvarande siffra bland kvinnorna är 80 procent.

– Det är naturligtvis en av förklaringarna till varför det händer så litet på det området om hälften av kåren inte tror att det finns skillnader, trots att alla har tillgång till samma fakta, säger Eva Nilsson Bågenholm och syftar på den årliga statistiken som alltid visar löneskillnader mellan manliga och kvinnliga läkare.

Beträffande arbetstid visar enkäten att de flesta vill att större delen av arbetet förläggas till kontorstid och mindre till akuttid. De flesta tror också att det skulle vara möjligt att organisera sjukvården på sådant sätt utan risk för medicinska komplikationer. De flesta som besvarat enkäten är också mer intresserade av fritid än av pengar, dvs de vill hellre få kompensationsledighet än kontant ersättning för jourarbete. Nästan hälften instämmer dock starkt i påståendet »Jag vill kunna påverka min inkomst genom att arbeta under akuttid«. De som är allra mest positiva till detta är läkarna mellan 25 och 34 år.

**Sara Hedback**

sara.hedback@lakartidningen.se

## Patient med privat försäkring stoppas

II Patienters ekonomi ska inte avgöra vilken möjlighet man har att få vård vid landstingsägda sjukhus. Därför vill regeringen sätta tydliga gränser för kommersiella intressen i sjukvården genom att lagstifta om vilka regler som ska gälla för landstingsägda sjukhus, samt för sjukhus som drivs på entreprenad åt landsting. Idag saknas regler för i vilka ägar- och driftsformer som sjukvården kan bedrivas.

Enligt den överenskommelse som regeringen nu träffat med vänsterpartiet och miljöpartiet ska alla sjukhus, som idag ägs av landstingen och som i framtiden

arbetar med uppdrag för landstingen, enbart ta emot patienter med offentlig finansiering. Varje landsting ska ansvara för driften av minst ett sjukhus. Dessutom ingår i överenskommelsen att landsting inte får överlåta driftsansvaret för den hälso- och sjukvård som bedrivs vid ett regionsjukhus eller en regionklinik.

Då ett landsting överlämnar ansvaret för driften av ett sjukhus, ska det endast kunna överlämnas till entreprenörer som inte driver verksamheten i syfte att skapa vinst åt ägaren.

Senare denna vår ska ett samlat lagförslag överlämnas till riksdagen. (LT)