

Synpunkter på Läkarförbundets sjukvårdspolitiska program:

Hur löser vi samarbetet mellan olika slags specialister i närsjukvården?

Att sjukvården står inför betydande omstruktureringar är de flesta medvetna om idag. Det är därför lovvärt att Läkarförbundet lyckats samla sig kring ett sjukvårdspolitiskt program som i viktiga avseenden pekar mot ett nytänkande. Enligt vår mening är dock närsjukvårdens organisation otydligt formulerad i förslaget, bl a krävs stor flexibilitet i dimensioneringen mellan allmänläkare och övriga specialister i närsjukvården. En annan viktig fråga är hur regionpengarna fördelas för att kunna erbjuda en adekvat sjukvård även perifert delar.

ACKE HALLÉN

f d chefsläkare, Säfte sjukhus; Ånimskog

acke.hallen@swipnet.se

ERIK HANSSON

landstingspolitiker, f d medicinöverläkare, Säfte sjukhus; Säfte

PONTUS WIKLUND

f d klinikchef, medicinavdelningen, Hudiksvalls sjukhus; f d landstings- och riksdagsledamot; Stockholm

II Den som följt den offentliga sjukvårdsdebatten de senaste åren kan inte vara omedveten om vilka attitydförändringar som skett. Politiker och tjänstemän även på hög nivå erkänner nu öppet att pengarna tryter och att radikala förändringar förestår. Visserligen vill man gärna linda in verkställda och planerade nedbantningar i termer av »kvalitetshöjningar«, »för patientens bästa« etc, när sanningen tyvärr ofta är den motsatta för breda patientgrupper: billigare och sämre sjukvård.

I alla händelser står vi inför betydande omstruktureringar. Det är därför lovvärt att Läkarförbundet lyckats samla sig kring ett program som i viktiga avseenden pekar mot ett nytänkande. Det brådskar om idéer från programmet skall komma med på tåget.

Viktigt fortsätta debatten

Jan Ulfberg inbjöd i Läkartidningen 11/2004 (sidan 1032) till fortsatt diskussion om Läkarförbundets programförslag (www.slf.se). Förslaget var ute på remiss, och man uppmanade därtill enskilda kollegor att direkt till Läkarförbundet framföra sina synpunkter, vilket bl a vi gjort. Vi tror emellertid att förslaget också bör vara föremål för en långvarig och livlig debatt i Läkartidningen, detta för

att engagera så många kollegor från sjukvårdens olika områden som möjligt.

Förslagets innehåll

Mycket kortfattat innebär Läkarförbundets förslag att landstingen förlorar sitt finansieringsansvar för sjukvården. Landet indelas i ett mindre antal regioner, där en statlig styrelse med statliga pengar organiserar sjukvården. Regionens styrelse har en balanserad sammansättning av sjukvårdskunniga riksdagsledamöter och icke politiskt uppbounda representanter för medicin, juridik och ekonomi. Styrelsen har ett kansli till sitt förfogande med en regiondirektör i spetsen.

En viktig princip slås fast. Regionledningen skall endast agera som beställare och uppköpare av den sjukvård man önskar sig. Utförare – som förutom landsting kan vara »ideella« entreprenörer av olika slag och, i förmodligen begränsad utsträckning, etablerade vinstdrivande företag – får arbeta självständigt och i konkurrens. Statliga organ har ett viktigt övergripande ansvar att utöva kontroll av verksamheternas kvalitet och inriktning.

Statlig finansiering förhindrar kiv

Genom att finansieringen av hälso- och sjukvården blir statlig minskar de känsliga problemen med ekonomisk utjämnning mellan olika landstingsområden. Vidare kan man på ett annat sätt organisera sjukvården utifrån »var människorna bor« i stället för var landstingsgränsen går. Man får en finansiär för sjukvården, nämligen staten, i stället för som nu två. Härigenom kan dagens improduktiva kiv mellan stat och landsting, om vem som har ansvaret för att pengar fattas i sjukvården, elimineras.

Man torde även kunna minska kostnaderna avsevärt för tjänstemannalöner-

na. Mycket av det planerings- och utredningsarbete som i dag utförs i mer än 20 olika kanslier i landet kan utföras på regionnivå av färre personer med hög kompetens. Den sammantagna kostnaden för alla arvoden till i dagens system involverade landstingspolitiker bör också på sikt kunna bli mindre.

För den som följt olika landstings sjukvårdsdebatt de senaste åren framstår ett nytänkande som önskvärt. Partipolitiskt käbbel, med bakomliggande, starkt divergerande uppfattningar inom läkarkåren, har tyvärr alltmer kommit att prägla diskussionen om vilken sjukvård som är bäst för medborgarna.

Otydligt om närsjukvårdens organisation

Närsjukvårdens organisation är otydlig i programmet och skall här bara kommenteras översiktligt. Man kan ansluta sig till önskemålet att på något sätt stärka primärvårdens ställning i den totala sjukvården. Läkarförbundet har då valt vägen att betala kostnaderna för primärvården, visserligen med statliga medel från en annan kassa än den som regionstyrelserna basar över. Ersättningen föreslås ske genom Riksförsäkringsverket (RFV). Kopplingen till RFV är på ett sätt sund eftersom man då kan föra ihop försäkringskassans pengar med utförarkostnader, vilket i sig kan ge påtagliga vinster. Dock finns många problem inbakade. Ett vill vi belysa.

Om man tänker sig en närsjukvård som innehåller såväl allmänläkaruppgifter som specialistinsatser i både slutet och öppen vård – här syftar vi bl a på invärtesmedicinska och geriatriska aktiviteter – så måste vi sträva efter ett mycket intimt samarbete mellan allmänläkare och övriga inblandade specialister. Det bör då ges möjlighet till stor flexibilitet i dimensioneringen mellan dessa olika läkarkategorier, om man skall kunna anpassa verksamheten till varierande lokala förhållanden.

En allmänläkare per 1500 invånare?

Fattar vi programmet rätt kommer, oberoende av allt annat, en allmänläkare per 1 500 invånare att anställas och kapiteringsavlönas av RFV. Detta försvårar rimligtvis möjligheten till flexibilitet för den som har fått utföraruppgiften. För att nå så hög verkningssgrad som möjligt måste man kunna spela mellan olika ty-

per av läkartjänster. De lokala förutsättningar motiverar detta, eftersom behoven kommer att skilja sig åt beroende på hur den övriga närsjukvården och hur befolkningsstrukturen ser ut.

Det borde i programmet klarare framgå att närsjukvården med närsjukhus även innehåller slutenvårdsplatser och, i enlighet med Sjukhusläkarförningens förslag, har en huvudinriktning på »akutverksamhet med tillräckligt antal vårdplatser för observation, diagnostik och behandling inom i första hand internmedicin och geriatrik«. Eller som det uttrycks i Skånsk Livskraft »huvuddelen av internmedicinen betraktas som närsjukvård«.

Närakut- och specialistakutsjukhus?

I avsnittet om sjukhusvård sägs att för akuta tillstånd behövs fullt utrustade sjukhus. (I strikt mening behöver ju de flesta akuta tillstånd knappast ens sjukhus.) Man föreslår för denna vårdnivå beteckningen sjukhusvård. Men hur skall allmänheten uppfatta detta, då även närsjukhus erbjuder en form av sjukhusvård?

Vad som här avses är tydligen det som idag oftast kallas akutsjukhus, av vilka nu, enligt Landstingsförbundet, ytterligare ett 30-tal skall läggas ner. Akutsjukhus är inte heller någon bra rubrik då närsjukvård med närsjukhus volymmässigt kanske kommer att handlägga fler akuta fall. Är inte beteckningen närakutsjukhus respektive specialistakutsjukhus bättre, för att tydliggöra vad det rör sig om?

En nödvändig diskussion, som inte tas upp i programmet, berör den viktiga frågan om beteckning och utbildning för de nya läkarbefattningar som rimligtvis måste skapas i ett nytt koncept för den basala vården. Vi tänker då i första hand på den breda yrkesprofil som företrädaren för allmän invärtesmedicin bör ha för att kunna klara föreliggande uppgifter i framtidens närsjukvård.

Sjukvård i regionens perifera områden

Vore det inte befogat att också diskutera metoden för fördelning av regionpengar ut till de mycket varierande former av sjukvård som kommer att finnas? Ett av dagens stora problem är ju den ökande makten för centralistiska krafter. Hur skall man på ett bra sätt och utan bypolitiskt tänkande kunna tillskapa och få acceptans för adekvat sjukvård i regionens perifera områden? Behövs det någon form av lokal administrativ kraft och, i så fall, efter vilken princip skall sådana personer utses? •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Individualiserad arbetstid bättre än treskift för läkare

På Sjukhuset i Varberg har man testat att göra läkarscheman som följer EUs arbetstidsdirektiv med elva timmars dygnsvila och slopade jourer. Enligt Varbergsmodellen skulle det enklaste vara att införa treskiftsarbete för läkare. Vi håller inte med. Vi vill i stället ha individualiserad anpassning av arbetstiden, vilket skapar arbetsglädje och motivation samt möjlighet att påverka sin arbetsituation, skriver tre Sylf-företrädare i denna replik på ett tidigare inlägg.

CHARLOTTA SÄVBLOM
ordförande

ERIK HULEGÅRDH
vice ordförande
erik.hulegardh@comhem.se

TOMAS LINDHOLM
styrelseledamot; samtliga i Sveriges yngre läkares förening (Sylf)

■ Sveriges yngre läkares förening (Sylf) ser positivt på att arbetsgivaren lokalt i Varberg tar arbetstidsfrågan på allvar och söker nya lösningar (debattartikel av Dag Larsson och medförfattare i LT 24/2004, sidan 2126). Den centrala motsvarigheten, Landstingsförbundet, målar upp en dystert bild av konsekvenserna om EUs arbetstidsdirektiv förs in i svensk lagstiftning. Direktivet föreskriver bland annat elva timmars sammanhängande dygnsvila och maximalt 48 timmars arbetsvecka i genomsnitt.

Varbergsmodellen

Personalavdelningen i Varberg har prövat ett »spökschema« som följer arbetstidsdirektivet med elva timmars dygnsvila. Enligt Varbergsmodellen skulle det enklaste vara att införa treskift. Enligt författarna skulle detta leda till ökad kontinuitet såväl för medarbetare som för patienter. Det skulle också skapa ökad säkerhet i vården med fler utvilade medarbetare. Denna argumentation har vi i Sylf svårt att förstå. Det är också förvånansvärt att bakjourerna exkluderas. De drar ett tungt kliniskt lass till gagn för jourverksamheten och även deras arbetsvillkor måste ses över och förbättras.

Individualiserad arbetstid

Sylf menar att artikelförfattarna presenterar en förenklad bild av läkares komplexa arbetssituation. Istället för skiftarbete bör man, enligt Sylf, verka för individualiserad arbetstid. Samtidigt måste

detta ske inom rimliga ramar, som kräver mer styrande arbetstidsregler. Sylf anser att samma regler och lagar skall gälla läkare som andra arbetstagare:

- 40 timmars arbetsvecka inklusive jour bör vara normen.
- Arbetspassen skall normalt vara 13 timmar långa – lokala avsteg kan göras om arbetstagaren t ex har möjlighet att sova sammanhängande.
- Rätt att gå hem morgonen efter jour.
- Arbetet måste organiseras så att raster och pauser möjliggörs.
- Gravida måste på egen begäran befrias från jourer kvällar, nätter och helger.

Arbetsglädje och motivation

Individuell anpassning av arbetstiden skapar arbetsglädje och motivation samt möjlighet att påverka sin arbetsituation. Att ge möjlighet till individuell arbetstid är en spännande utmaning där arbetsgivaren och professionen har ett gemensamt ansvar som inrymmer stora möjligheter till kvalitetsförbättringar.

Vad som krävs är nytänkande kring organisation och arbetssätt, t ex ökat samarbete mellan personalgrupper och optimering av vårdkedjor. Centralt är också att göra rätt arbete i rätt tid och på rätt vårdnivå. Inte minst krävs en seriös och allvarlig menad satsning på primärvården, så att patienterna kan tas om hand dagtid av sin familjeläkare, istället för att söka sjukhusens akutmottagningar på kvällen, nätter och helger.

Treskift ett steg i fel riktning

Att som företrädarna för sjukhuset i Varberg propagera för treskiftsarbete är emellertid ett steg i fel riktning. Sylf anser att framtidens sjukvårdsorganisation bör skapa utrymme för flexibla arbetstider än så. •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.