

Vart går Läkarförbundet?

I ett aktuellt informationsbrev redovisar Läkarförbundet vad man sysslar med och varför det kostar. Jag vill inte att min fackförening ska syssla med det som är de politiska partiernas uppgift. Inte heller att mina avgifter ska bekosta opinionsundersökningar. Därför, åter till kärnverksamheten – att bevaka en god och stabil löneutveckling!

BJÖRN ÖJERSKOG
överläkare, kirurgkliniken, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset/Östra
bjorn.ojerskog@vgregion.se

|| Så här när sommaren står i full blom, dvs det är mulet och regnigt, finns det anledning att fundera och ställa frågor kring vårt fackförbund. Jag har en lång, gedigen facklig karriär bakom mig, framförallt på det lokala planet, bl a som ombudsman i Göteborgs Läkarförening, så jag anser mig veta vad jag pratar om.

Främst ställer jag mig frågande inför sistlidna avtalsrörelse, som resultatmässigt får betraktas som ett kapitalt miss-

lyckande med väsentligen oförändrade villkor. Emellertid beskriver vår ordförande i Läkartidningen resultatet närmast som en succé, medan man i tidningen Sjukhusläkaren såväl på ledarplats som i artikelform har en helt annan syn, närmare min egen. Hur kan förbundets ledande förtroendemen (-kvinnor) ha så olika syn på samma faktiska händelse? Kan det bero på om man är kliniskt aktiv och fortfarande har kontakt med verkligheten?

Min bild av en facklig förening – och den torde delas av de allra flesta medlemmar – är att facket är till för att tillvarata mina intressen som löntagare, dvs främst bevaka så att vi har en stabil och

god löneutveckling, som väl motsvarar det tunga och ansvarsfulla jobb vi har. Detta är själva grundbulten. Sköter man inte det så har Läkarförbundet inget existensberättigande och alltfler kommer att lämna organisationen. Sanningen är att idag kan du påverka din lön på endast ett sätt: byta jobb, något som emellertid inte alltid låter sig så lätt göras, främst av sociala skäl.

Dialog och opinionsundersökningar

Näväl, vad sysslar då vår fackförening med? Ty kostar gör det, och mer ska det kosta! Jo, man inbjuder till dialog, och i ett aktuellt brev till medlemmarna ges en delförklaring till vad man sysslar med och varför det kostar. *Men* – jag vill inte att min fackförening ska syssla med det som är de politiska partiernas uppgift och inte på deras arena. Inte heller vill jag att mina avgifter ska gå till att bekosta Temoundersökningar – en uppgift som definitivt inte hör hemma i det fackliga arbetet. Tillbaka till kärnverksamheten! •

Replik:

Vi har fler kärnfrågor än lönerna

Vårt uppdrag är att fortsatt driva de frågor som är viktiga för läkare och för sjukvården. Löner och sjukvårdspolitik är två mycket viktiga kärnfrågor, och de hänger ihop – framgångar i lönebildningen kräver att vi tar ansvar även för annat än bara vår egen löneutveckling!



EVA NILSSON BÅGENHOLM
ordförande, Sveriges läkarförbund
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

|| Björn Öjerskog undrar i sitt debattinlägg vad Läkarförbundet sysslar med och har också synpunkter på vad vårens avtalsrörelse innebar. Inledningsvis vill jag understryka att Läkarförbundet har många olika uppgifter, löneförhandlingar är en, men långt ifrån den enda.

Påverka sjukvårdspolitiken

En annan av Läkarförbundets viktiga uppgifter är att som företrädare för läkarkåren, den grupp som har bäst kännedom om sjukvårdens förutsättningar, påverka politiker och andra beslutsfattare så att vi kan erbjuda patienterna en god och säker sjukvård. Utan vår kunskap

skulle politiker stå sig slätt när det gäller att besluta om sjukvårdens utveckling. Detta är inget nytt, i Läkarförbundets stadgar står inskrivet sedan många år att vi har till uppgift »att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling«. Det bästa sättet för oss läkare att påverka är att vi gör det samlat från hela läkarkåren. När Läkarförbundet skapar opinion i olika frågor av vikt för sjukvården använder vi många olika metoder; en Temo-undersökning kan vara en.

Årets avtalsrörelse

Resultat av centrala avtalsrörelser går inte att utläsa förrän avtalsperioden är slut, vilket gör att tolkningen efter under tecknandet endast blir en bedömning utifrån de olika parternas yrkanden. Förhandlingarna centralt sköts av förbundets förhandlingsdelegation (FD), men

beslut om antagande av ett nytt avtal tas av centralstyrelsen (CS). Några timmar innan det gamla avtalet löpte ut bedömde FD enhälligt att vi fått ett bud som var acceptabelt, därefter gjorde CS samma bedömning och antog budet enhälligt. Vi övervägde givetvis möjligheten att stranda förhandlingarna, men vår bedömning var att det inte skulle leda till ett bättre avtal.

Vårens avtalsrörelse var något annorlunda än tidigare, även om vi kunde se en tendens till denna inriktning även i föregående avtalsrörelse. I år hade vi en ny motpart. Sammanslagningen av Landstingsförbundet och Kommunförbundet innebar en ny situation för arbetsgivaren, men även för oss. Under hela avtalsrörelsen mötte vi en motpart som uppträdde defensivt, deras yrkanden handlade mest om de dåliga ekonomiska förutsättningarna i kommuner och landsting. Det var viktigt för dem att alla fackförbund undertecknade enhetligt utformade avtal, att läkarnas arbetstider skulle hanteras som övriga gruppers och att det skulle bli ett långt avtal.

Från Läkarförbundet hade vi flera of-

fensiva yrkanden, bl a ville vi se förbättringar av jouravtalets bundenhetsersättning samt att de osakliga löneskillnaderna mellan könen ska bort och forskning premieras bättre.

Avtalet innebar för båda parter vinster och förluster, för oss var det positivt med skrivningar om både osakliga löneskillnader och forskningens meritvärde, negativt var naturligtvis att vi inte uppnådde någon förbättring i jouravtalet. Att vi har ett separat läkaravtal även fortsättningsvis med specialbestämmelser för läkares arbetstider är som avtalsfrågorna numera hanteras en framgång, visserligen av det defensiva slaget.

Hur olika förtroendemän tolkar resultatet kommer alltid att se olika ut, men viktigt att komma ihåg är att både FD och CS fattade enhälliga beslut när avtalet undertecknades. Att vi skulle tolka olika beroende på om vi arbetar kliniskt tror jag är helt ovidkommande eftersom vi alla är fortsatt kliniskt verksamma. Som ordförande arbetar jag i snitt 20 procent som läkare, och jag håller med dig om vikten av att ha kontakt med »verkligheten«.

God löneutveckling

Reallöneutvecklingen för läkare har varit mycket bra under de senaste 10–15 åren, det individuella lönesystemet har inneburit fördelar för kåren i stort. Och det innebär fler möjligheter att höja sin lön än det gamla tariffsystemet gjorde. Läkarkårens löneutveckling har varit väl i paritet med sjuksköterskornas, även om detta inte lyfts fram helt tydligt av förbundet, vilket kanske varit ett misstag.

Givetvis är lönebildningen en fråga som vi noga följer och aktivt kommer att påverka vid varje avtalsrörelse. Det är viktigt att ha ett lönesystem som samverkar med rådande marknad och som är dynamiskt utan att för den skull skapa osakliga löneskillnader.

Frågorna hänger ihop

Att kunna agera som en stark part i lönefrågor kräver att vi som förbund även är starka i andra frågor. Jag skulle vilja påstå att det är en förutsättning att vi också tar ansvar för hela hälso- och sjukvården för att vi ska kunna uppnå en god löneutveckling. Alltså kräver framgångar i lönebildningen att vi tar ansvar för annat än bara vår egen löneutveckling!

Mitt uppdrag som ordförande är att fortsatt driva de frågor som är viktiga för läkare och för sjukvården, vari lönefrågor och sjukvårdspolitik är två mycket viktiga kärnfrågor. Vi kommer att fortsätta vårt arbete för att ännu bättre svara upp mot medlemmarnas förväntningar, i samarbete med så många medlemmar som möjligt. •

Laparoskopi vid ljumskbråck:

En utmärkt operationsteknik – under rätt förutsättningar

I Sverige opereras merparten av ljumskbråck med öppen teknik, men laparoskopisk kirurgi har nu utvecklats till ett fullvärdigt alternativ, under vissa villkor. Vetenskapligt stöd saknas för att förorda den ena metoden framför den andra. Ett sätt att förbättra behandlingsresultaten vore att fler patienter opererades av specialintresserade kirurger som själva väljer operationsmetod efter intresse och kompetens.



BENGT NOVIK
överläkare, kirurgiska kliniken,
Skaraborgs sjukhus, Sjukhuset i Falköping
bengt.novik@vgregion.se

II Professor Erik Nilsson har ofta kritiserat laparoskopisk kirurgi på ett seriöst och tankeväckande sätt. Många av hans och andras invändningar har varit befo-gade och lett till en mer behärskad optimism avseende teknikens möjligheter, vilket gynnat den fortsatta utvecklingen. Laparoskopisk och öppen kirurgi är två delvis olika hantverk som båda måste läras och monitoreras under välkontrollerade former för att uppnå bästa resultat.

Videoskopisk tithålskirurgi har nu passerat puberteten och utförs idag rutinnässigt med resultat som vida överträffar dem från barndomen på 1990-talet. Denna snabba kvalitetsförbättring måste man ha i åtanke vid analys av publicerade studier där ingreppen utförts av relativa nybörjare under det förra decenniet. Inte minst gäller detta vid operation av ljumskbråck.

Referatet var en partsinlaga

Ett brittiskt studiematerial omfattade 928 patienter med ljumskbråck. De randomiserades till att opereras antingen laparoskopiskt (LAP) eller öppet (OPEN). Ingreppen utfördes för cirka tio år sedan (januari 1994 – mars 1997). Materialet har använts till flera delstudier. Den senaste avsåg långtidsbesvär av nervskador [1], och refererades nyligen av Nilsson i Läkartidningen under vinjetten Nya rön [2].

Författarna ansåg att resultat från deras och andras studier sammantaget talar för att LAP ger mindre långtidsbesvär. Nilsson redovisade dock inte författarnas, utan sin egen tolkning, vilket jag invände emot [3], eftersom det strider mot LTs referatinstruktioner [4]. I sin replik [5] ignorerade Nilsson den kritiken. Istället utvidgade han diskussionen genom att hänvisa till två andra undersök-

ningar som han anser bevisar att OPEN är billigare [6] och har lägre recidivfrekvens [7, 8] än LAP. Dessa två studier vill jag nu kommentera.

Laparoskopi har blivit billigare

Det brittiska patientmaterialet har analyserats avseende kostnaderna [6]. Författarna fann att LAP blev dyrare än OPEN. Skillnaden berodde främst på att LAP genomsnittligt tog längre tid (58 minuter) än OPEN (43 minuter). Men författarna beräknade också att kostnaderna skulle bli identiska om LAP kunde opereras 10 minuter snabbare än OPEN.

Efterhand som tekniken mognat, har LAP blivit det snabbaste sättet att operera ljumskbråck på inom svensk rutin-kirurgi, enligt Svenskt Bräckregister (SBR) 2004 [7]. Den öppna metod som i Sverige rekommenderas och är vanligast (Lichtenstein), tar i genomsnitt 18 minuter (median 20 minuter) längre tid. (Figur 1).

En svårtolkad studie

Nilsson tog ånyo upp den stora multicenterstudie [8, 9] från amerikanska veteransjukhus (Veterans Affairs) som han tidigare refererat i Läkartidningen [10]. Författarnas primära konklusion blev att OPEN är överlägsen LAP vid primära (förstagångs) ljumskbråck. Det vetenskapliga stödet har dock kraftigt ifrågasatts [11-13, 15]. Det har sedermera framkommit att det undermåliga utfallet i studiens laparoskopiska arm kan förklaras med att den handikappades av flera primärt icke eller ot tydligt redovisade faktorer, såsom underdimensionerade nät [13, 14] och skev fördelning av deltagande operatörers bräckkirurgiska erfarenhet (Tabell I) [12].

Författarna uppgav att 90 procent av LAP-plastikerna utfördes ad modum professor C Daniel Smith, kirurgchef vid Emory University School of Medicine [16]. Han har för mig berättat att han var ovetande om detta före publicering-