

Politiker mot väggen:

»Vi har inte för lite resurser i sjukvården«

En landstingspolitiker från Region Skåne, en från Västra Götaland. Två annorlunda koalitioner. När de frågades ut om den framtida sjukvården kom stundtals konkreta uttalanden, men också undvikande svar i Läkarförbundets debatt.

Den borgerliga frammarschen i landet märktes också i Region Skåne och Västra Götalandsregionen där nya koalitioner bildades. I Skåne hamnade de fyra borgerliga partierna och miljöpartiet i majoritet.

– Förra perioden tillhörde miljöpartiet s-blocket, men vi märker att vi har ett väldigt bra samarbete med dem. Vi har en femklöver, sa Katarina Erlingsson (c), regionpolitiker i Skåne.

Det är en märklig koalition i Västra Götaland med fp, c och s, sa moderatorn Eva Nilsson Bågenholm. Hur fungerar det egentligen?

– Nej, inget av de traditionella blocken vann. Men vi tycker att koalitionen fungerat väl hittills, sade Jonas Andersson (fp), regionpolitiker i Västra Götaland.

Ingen av politikerna tycker att sjukvården har för lite resurser, inte heller att budgeten minskat. Katarina Erlingsson tror i första hand på effektiva arbetssätt, mindre byråkrati och att lyssna till sjukvårdspersonalens idéer. Möjligen på sikt behöver sjukvårdens

andel av BNP öka, menade Jonas Andersson. Och de båda debattörerna gav loften om att inte höja skatten inför den lilla publik som samlats vid Stora scenen på Läkarstämman.

Med avknoppningsstöd blir det möjligt att få fler vårdgivare i närsjukvården, menade Skånepolitikern.

– Vi behöver ha en öppen attityd till de som vill ta steget och öppna eget. Vi måste se möjligheter i stället för hinder, sa Erlingsson.

På den punkten var Jonas Andersson otydlig. Västra Götalands-politikern har »tusen och en miljon tankar« kring valfrihet och etableringsfrihet i sjukvården, men tycker att vissa värdeord som husläkare, listning och etableringsfrihet skapat onödiga låsningar.

– Varje styrelsenämnd har initiativet i frågan om de vill inrätta sådant stöd. Avknoppningsstöd står egentligen i strid med lagen om offentlig upphandling.

När moderatorn undrade om de ska lösa allmänläkarbristen genom att uppmuntra till ett husläkarsystem, svarade Katarina Erlingsson att ett problem är att bara de sjuka



»Nej, vi har inte för få ekonomiska resurser i sjukvården. Vi behöver mer effektiva arbetssätt, lyssna mer på personalen på golvet. Det behöver inte vara så byråkratiskt«, sa Katarina Erlingsson (c), landstingspolitiker i Region Skåne.

patienterna listar sig.

– I Skåne försöker vi se hela närsjukvården i ett bredare perspektiv. Det skulle vara bra om vissa specialister kan jobba som allmänläkare ute i närsjukvården.

Men Jonas Andersson såg risker med en sådan utveckling eftersom en specialist inte kan ersätta en allmänläkare.

– Problemet är att vi har för få allmänläkare. Vi kan inte bara sjösätta ett system som vi tror ger fler allmänläkare, ett större reformarbete måste

vara lyckat. Vi måste göra det attraktivt att jobba i vår region.

Moderatorn kom då tillbaka med frågan om det behövs etableringsfrihet för allmänläkare för att locka till sig kompetens.

– Ja, med vårdavtal, svarade Andersson.

– Vi är lite oroliga att alla läkare då vill vara i Malmö och Lund. Vi får analysera det. Det kanske finns en överdriven rädsla för etableringsfrihet, men det är ändå en försiktighetsprincip vi har. Kanske närmar vi oss modellen Vårdval Halland med ackrediteringsmöjligheter, sade Erlingsson.

Bägge politikerna vill ha skärpta vårdgarantier. Jonas Andersson vill framför allt ha differentierade sådana. För vissa områden med långa köer, som ortopedi i Göteborg, lär det dröja en bit in på 2007 innan köerna kan kortas.

– Rätten till diagnos är viktig, men vi ska inte gå direkt från 90 dagar till 30 utan kanske 60 dagar. Det är också fel med samma behandlingsgaranti för samtliga specialiteter, att säga att allt är lika viktigt är fel, sa Andersson.

Även Katarina Erlingsson vill se skärpta vårdgarantier, men ser dem som nödlösningar.

– Det första måste vara att förbättra första linjens sjukvård. Köer ska vi egentligen inte acceptera över huvud taget.

Agneta Borgström

”Begränsa akut läkemedelsbehandling vid kronisk daglig huvudvärk”

■ Akut anfallsavbrytande läkemedelsbehandling bör begränsas till 8–10 dagar i månaden – eller till två, max tre, gånger i veckan – vid kronisk daglig huvudvärk. Det rådet gav Mattias Linde, neurolog vid Sahlgrenska akademien i Göteborg.

Nya data visar att de så kal-

lade triptanerna, tvärtemot vad man tidigare hävdat, är mest benägna av alla migränavbrytande läkemedel att få patienten att utveckla kronisk daglig huvudvärk.

– Vår klinik är mer eller mindre en avgiftningsklinik numera, sa Mattias Linde.

Mattias Linde med flera har

dessutom nyligen visat att det tidigare paradigmet, att triptanerna inte fungerar sent i förloppet vid migrän, inte gäller [Linde M, et al. Cephalalgia. 2006;26:113-21]. Läke-medlen är effektiva även sent i förloppet vid hög smärtintensitet, förutsatt att man inte intar läkemedlet i tablett-

form. Ofta känner varken patient eller läkare till detta, menade Mattias Linde.

Förutom att begränsa läkemedelsanvändningen är basen i behandlingen av kronisk daglig huvudvärk avslappningsträning och råd om stresshantering.

Karin Bergqvist

Fortsatt god ton om avstegsavtal

Att Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, backat tillbaka i arbetstidsfrågan blev återigen uppenbart under onsdagens debatt då centralorganisationen gav klartecken för lokala avstegsavtal.

I förra veckan kom de första signalerna om att SKL öppnar för avstegsavtal efter att nyheten spridits om framskridna lokala förhandlingar i Västerbottens läns landsting.

Dessutom kom nyligen landstinget i Stockholm överens med den lokala läkarföreningen om att godkänna avsteg från lagen, se Läkartidningen nr 48/2006. Men frågan är fortfarande stängd i många landsting och därmed ett högaktuellt ämne, vilket syntes på de fullsatta bänkarna vid Stora scenen där Dagens Medicin höll en debatt i ämnet.

– SKL har betett sig strutsaktigt och sagt att andra får lösa de problem som uppstår. Läkarförbundet har försökt att diskutera med dem för att få dem att förstå att det även

centralt går att uppmåna till en lösning. Vi måste anpassa lagen till de lokala verksamheterna så vi inte behöver stänga en rad små sjukhus, sa Eva Nilsson Bågenholm, Läkarförbundets ordförande.

Lars Dahlberg (s), vice ordförande i förhandlingsdelegationen för SKL, menade att det behövs en »flexibel hållning« i frågan. När frågan om



»Vi har haft både landstingsledning och politiker på andra sidan bordet i Stockholm. Vi har fått förvara både läkarna och sjukvården«, sa Christina Spjut (t v) från Stockholms läkarförening. Vid sidan Eva Engström, vice ordförande i Göteborgs läkarförening.

avsteg återkom en andra gång höll han med sin motståndare.

– Landstingsdirektörerna har tidigare bedömt att den nya lagen ska kunna införas utan att göra lokala avsteg. Men det går inte att genomföra alla förändringar utan avsteg, sa han och fortsatte:

– Det kommer att behövas avstegsavtal i slutändan. Den som inte har den uppfattningen har problem med verklighetsuppfattningen.

Men han tyckte att diskussionen enbart handlade om att undvika regelverket och att avsteg är den enda utvägen. I 90 procent av alla verksamheter kan Arbetstidslagen införas utan avsteg, enligt hans mening. Lars Dahlberg trodde inte att de politiska majoritetsskiften som skett i flera landsting kommer att påverka förhandlingar kring arbetstidsfrågan.

– Inte i grunden, men det kanske finns några dörrar på glänt nu, sa han.

Agnetta Borgström

Vet du vad du har för arbetstider efter nyår?

Den frågan ställde LT till fem läkare på riksstämman. Från nyår ska läkarnas arbetstider vara anpassade till de nya arbetsreglerna om bland annat 11 timmars dygnsvila.

Fredrik Ahlsson, neonatolog, Akademiska sjukhuset:

– Ha ha, nej, jag vet inte säkert. Från arbetstagarhåll föreslår vi beredskap ett dygn åt gången och att vi går hem dagen efter. Jag jobbar oftast när jag har beredskap och idag kan vi fortsätta arbeta dagen efter. Vi har inte kommit till förhandling än.



Mattias Elmér, ST-läkare i kirurgi, Värnamo:

– Ja, allt rullar på som vanligt för oss som bara går primärjour och därför blir det ingen skillnad för oss. Våra scheman stämmer redan med arbetsreglerna.



Carin Sandberg, hudläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset:

– Nej, inte när det gäller jourerna. Vi kör som vi gjort innan, tills vi får klara direktiv. Till exempel går vi jourer fredag till måndag och det ska vi egentligen inte få göra. På nätterna sover vi hemma större delen av tiden och när vi blir störda sköts det mesta per telefon.



Helena Ringborn, allmänläkare, Jämfö vårdcentral, Blekinge:

– Nej. Min chef har kommit med ett tydligt förslag, men vi är inte riktigt överens med honom. Han föreslår schemaläggning på kvällarna 17–21. På nätterna kan vi bli störda ett visst antal timmar och sedan ska vi vara lediga till elva nästa dag.



Katarina Almehed, reumatolog, Sahlgrenska Universitetssjukhuset:

– Ja, det tror jag, om inget ändrar sig på slutet. Veckovilan kommer att vara schemalagd. Jourkomp kommer att läggas ut som veckovila och det tycker jag är bra.



Läkare får sämre vård än andra

En rad faktorer gör att läkare får sämre vård än andra. Det beskrevs på symposiet »Var söker doktorn när han/hon är sjuk?«

– Det är svårt att agera professionellt med kolleger eftersom man inte vet vad de vet och vad de vill ha hjälp med. Och det resulterar i sämre och mindre säker vård, sa Marie Wedin, förste vice ordförande i Läkarförbundet och ordförande i förbundets arbetslivsgrupp.

Det är inte bara svårt att ge en kollega vård. Tröskeln för att söka hjälp är också hög, självbehandling är vanligt och det finns ett stort motstånd mot att se sig själv och kolleger i rollen som patient.

Läkarförbundets åtgärder består dels av ett kollegialt nätverk för läkare som behöver kortvarigt samtalsstöd av

en kollega, dels av en lista över läkare som har anmält särskilt intresse för att ta emot kolleger som patienter, »eftersom det lätt kladdar till sig«, för att använda Marie Wedins uttryck.

Listan över sådana läkare är dock relativt kort; omkring ett 50-tal i landet står med på den och den används lite.

– Vi har inte klarat att marknadsföra det. Och vi behöver många fler, jag skulle vilja be att ni driver på lite, sa Marie Wedin till det 80-tal åhörare som samlats.

Läkarförbundet anser också att det ska vara obligatoriskt med företagshälsövård för läkare. Arbetsgiversidan, som inte var representerad vid symposiet, fick kritik för att inte ta tillräckligt bra hand om läkarnas hälsa.

– Ett stort problem vad gäl-

ler missbruk och psykisk sjukdom är att man köper ut individerna och hoppas att de likt den flygande holländaren ska flyga vidare, och det gör de, utan att problemet hanteras, sa Johan Carlsson på Socialstyrelsens tillsynsenhet.

Lars Håkan Nilsson, verksamhetschef på beroendekliniken vid Akademiska sjukhuset i Uppsala:

– Vi kan inte låta arbetsgivaren sköta detta själv. Jag tror vi måste driva detta hårdare fackligt, sa han.

Listan »Läkare som behandlar läkare« räcker inte, tyckte Lars Håkan Nilsson. Den behandlande läkaren bör vara särskilt utbildad i att hantera läkare som patient, annars är risken att de bara blir kollegiala, fast på ett annat sätt, trodde han.

Elisabet Ohlin