

universitetssjukhus och länssjukhus är en intressant fråga och kanske lite svårare att definiera. Båda debattörerna menar att det finns för många läkare på universitetssjukhusen, men i förhållande till vad? Menar de att kollegorna på universitetssjukhusen inte har tillräckligt med arbetsuppgifter? I dessa ekonomiskt tuffa tider ter det sig märkligt att de i så fall inte blivit färre av rent ekonomiska skäl. Vilket sjukhus har råd att låta läkare arbeta på halvfart? Nej, det är inte så enkelt.

Det är inte bara forskning som gör läkararbetet på universitetssjukhus annorlunda än på andra sjukhus: undervisning utgör en mycket viktig del men även utredning och behandling av sk regionpatienter. De siffror på antalet läkare och vårdplatser på kardiologen, Sahlgrenska, som Bertholds anger är tyvärr inte korrekta, men det hade knappast varit möjligt att diskutera behovet även om vi hade haft korrekta siffror. Det krävs en mängd andra variabler.

**Att jämföra länssjukhus, länsdelssjukhus och universitetssjukhus** med varandra är varken enkelt eller rättvisande; uppdragen är inte desamma, och koncentration av viss verksamhet är bra för både kvalitet och effektivitet. Hur stor verksamheten är på ett sjukhus i regionen är naturligtvis beroende av hur verksamheterna på de andra sjukhusen i regionen ser ut.

Bristande tillgänglighet är ett problem; vårdgarantin kan inte uppfyllas inom flera områden trots att det nu gått ett år. Det är viktigt att vi hela tiden ifrågasätter hur vi arbetar – är det för mycket administrativa uppgifter lagda på läkare istället för på annan personal, kan vi förbättra logistiken, kan vi hitta smartare sätt att arbeta? Ett kontinuerligt förbättringsarbete är viktigt liksom att styrningen av sjukvården är baserad på kunskap och inte enbart på ekonomi.

**Hur resurserna, personella** och ekonomiska, ska fördelas inom en region eller ett landsting går inte att beskriva i en debattreplik. Det kan endast göras på plats och med kunskap om vårdbehoven och resurserna. Det gäller dock att lyfta blicken från sin egen verksamhet och att i stället försöka samverka inom hela regionen, både sjukhus- och primärvård.

**Eva Nilsson Bågenholm**  
ordförande

**Benny Ståhlberg**  
andre vice ordförande,  
Sveriges läkarförbund

### Kommentar 1:

## Utan förändringar har allmänläkare ingen anledning stödja Läkarförbundet

■ Bågenholm och Ståhlberg slätar över den snedfördelning som råder mellan universitetssjukhus och mellan primärvård och länssjukvård. I fallet Karolinska Universitetssjukhuset Solna/Huddinge finns det idag långt över 1 000 läkare anställda per sjukhus. Det är betydligt fler läkare än vårdplatser, vilket är internationellt unikt, på samma sätt som Sveriges primärvård är en av världens minsta, relativt sett.

**Sveriges läkare har ökat** från 15 000 på 1980-talet till idag cirka 30 000. Talet om allmän läkarbrist är en myt, det är en ren fördelningsfråga. Av ökningen har endast 1 av 7 tillfallit primärvården, trots allt tal om satsning på primärvård och trots att all den basala internmedicinen förts över till primärvården sedan 1980-talet.

Det finns åtskilliga personliga rapporter om hur stilla livet är på ett antal universitetskliniker i Stockholm jämfört med primärvården. Bakgrunden är att Stockholms sjukhus och allmänläkare per år vardera tar emot ungefär lika många patienter. Sjukhusen har cirka 5 000 läkare som resurs, mot cirka 800 allmänläkare! Förhållandena på de andra större universitetsorterna är fullt jämförbara. Göteborgs illa behandlade primärvård, som ligger »närmast« Bågenholm, är betydligt sämre bemannad än Stockholms.

**Genomsnittligt sett** är situationen orimlig, och därför bör universitetssjukhusen hindras från att anställa unga läkare i den omfattning man gör idag. Det har inget att göra med att missunna någon

fast anställning. Primärvården har ett massivt utbud av lediga tjänster.

Norges framgång med fastlegesystemet var knuten till anställningsstopp på universitetssjukhus i bl a Oslo, något som Bågenholm och Ståhlberg försöker bortse ifrån.

Själv arbetar jag på en liten vårdcentral där man från början haft en hög bemanning, vilket skapat en hygglig arbetssituation. Många vårdcentraler i riket har helt andra och oacceptabla arbetsvillkor. Forskningsmöjligheter är för de flesta allmänläkare obefintliga på grund av alltför hög arbetsbelastning i daglig vård. Resursbristen är ett allvarligt hot mot den nya läkarutbildningen, som helt riktigt ska fokuseras mot primärvården där de »vanliga« patienterna finns. Görs inget kommer primärvården att förtvina.

**Varför har då Läkarförbundet** aldrig agerat eller haft en allmänläkare som ordförande, trots att vi sedan länge är den största specialiteten? Jo, förbundet domineras av sjukhusläkargruppen, som är en egen förening. Det är sorgligt att inte ens allmänläkaren Ståhlberg inser detta. Men det är i linje med Läkarförbundets motstånd och Distriktsläkarföreningens kroniska passivitet i dessa frågor. På 20 år har ingen förändring i fördelningsfrågan skett, trots förbundets uppenbara inflytande över makt-havarna. Fortsätter det så finns inte skäl för allmänläkare att stödja Läkarförbundet.

**Kjell Nyman**  
allmänläkare, Stockholm  
kjell.nyman@sll.se

### Kommentar 2:

## Ställningstagande i fördelningsfrågan en förutsättning för samverkan

■ Huruvida siffrorna i den ursprungliga artikeln av Werkö och Enkvist i alla detaljer är korrekta är väl egentligen av underordnat intresse.

**Den viktiga och fortfarande** obesvarade frågan är hur man på rationella grunder kan åstadkomma en så ändamålsenlig fördelning av läkarresursen som möjligt. Eva Nilsson Bågenholm och Benny

Ståhlberg frågar efter »i förhållande till vad« det finns för många läkare på universitetssjukhusen. I förhållande till behovet av PCI utanför storstäderna, för att ta det aktuella exemplet.

**Eric Bertholds**  
överläkare, medicinkliniken,  
Kärnsjukhuset, Skövde  
eric.bertholds@vgregion.se