

# Läkarbrist i Sverige?

Problemet med den bristande tillgängligheten i sjukvården borde utredas av Läkarförbundet, bl a med avseende på snedfördelningen av läkarresursen såväl geografiskt som mellan forskande och kliniskt aktiva läkare.

När jag läste Lars Werkös och Christer Enkvists debattartikel »Sverige har inte för få läkare« i Dagens Nyheter den 24 oktober 2006 kände jag igen beskrivningen av sjukvårdens bristande tillgänglighet, och jag fann deras slutsatser tänkbara, bland annat att det krävs en grundlig utredning och analys av de bakomliggande orsakerna.

**Därför blir man en smula förvånad** när Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm i Läkartidningen 44/2006 (sidan 3343) ondgör sig över artikeln, som hon kallar för ett trist angrepp på läkarkåren. Bågenholm tycks missa huvudpoängen med debattinlägget: att den dåliga tillgängligheten inom sjukvården kan ha sina orsaker i sådana faktorer som en geografisk snedfördelning av läkarresursen respektive en ställvis förvånande fördelning mellan forskande och kliniskt aktiva läkare, vilket bidragit till en snedfördelning mellan primärvård och specialistvård.

Exemplet reumatologkliniken Sahlrenska Universitetssjukhuset finner Bågenholm närmast ofattbart då hon har svårt att förstå att endast tre (av 23 anställda) läkare skulle klara »både allt avdelnings- och mottagningsarbete«. Oavsett det verkliga antalet kliniskt aktiva reumatologer i Göteborg antyder Bågenholms förvåning en bristande insikt i hur den praktiska sjukvården fungerar i landet. I Skaraborg till exempel, med ett upptagningsområde på 240 000 invånare, sköts reumatologens avdel-

nings- och mottagningsarbete av 1–2 reumatologer.

Mitt sjukhus i Västra Götaland, med ett upptagningsområde på 160 000 invånare, har *en* endokrinolog, att jämföra med ett 20-tal endokrinologer på Sahlrenska Universitetssjukhuset.

Även inom öppenvården är snedfördelningen påtaglig, sannolikt av andra orsaker, till exempel ett rikt utbud av privatläkare i storstäderna.

Bågenholm menar, utan att presentera data, att den imponerande ökningen av antalet kardiologer i Göteborg förklaras av en aktivare behandling. Det vore intressant att få veta vad vår ordförande anser om en bemanning av 60 kardiologer för en klinik med 20 vårdplatser (med tillhörande öppenvård) ställt i relation till behovet av kardiologinsatser

## Replik:

# Inget sjukhus har råd att låta läkare arbeta på halvfart

Kjell Nyman (Läkartidningen 49/2006, sidan 3955) och Eric Bertholds tar i var sitt debattinlägg upp några viktiga frågor kring sjukvårdens organisation i Sverige. De berör dels fördelningen av vård mellan primärvård och sjukhusvård, dels balansen mellan universitetssjukhus och länssjukhus.

**Läkarförbundets samlade syn** på den sjukvårdspolitik som bör bedrivas för att få en bättre fungerande sjukvård i Sverige har vi skrivit ner i två program. Det är »Framtidens sjukvård«, som presenterades 2004, och »Framtidens när-sjukvård«, som presenterades 2006. I programmen beskriver vi några av de utmaningar som svensk hälso- och sjukvård står inför och lämnar förslag till en omfattande reformering av hela sjukvårdssystemet.

I båda programmen tar vi tydligt ställning för att ett familjeläkarssystem ska vara basen och att utbyggnaden av primärvården måste fullföljas så att riksdagens mål om 1 läkare på 1 500 invånare uppnås. Lika tydligt tar vi ställning för att den medicinska forskningen måste förstärkas; det gäller både preklinisk och klinisk forskning. Villkoren för klinisk forskning i Sverige måste förbättras, tyvärr är det alltför få kliniskt verk-samma läkare som idag satsar på forsk-

utanför storstadsområdena för exempelvis PCI (ballongvidning) eller optimerad sviktbehandling.

**För att få den konstruktiva debatt** Bågenholm efterlyser borde Läkarförbundet grundligt utreda och analysera dessa problemställningar. Gärna innan man uppmanar socialministern att satsa mer på forskning och privatisering (»Öppet brev till Göran Hägglund«; ledare i Läkartidningen 41/2006, sidan 3059).

Till sist, för att undvika missförstånd: jag anser att forskning är viktig. Men nog kan det finnas skäl att överväga om fördelningen mellan kliniskt aktiva och forskande läkare alltid är ändamålsenlig.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

ning, vilket riskerar att på sikt försämra vården för patienterna.

**Läkarförbundet anser** att allmänläkarna måste bli fler och att andelen allmänläkare i kåren bör bli högre. Allmänmedicin har hittills inte lyckats locka fler unga läkare, men vi tror inte att det är så enkelt att det är »mindre slit« på sjukhusen. Det krävs flera åtgärder. I Norge lyckades man med ett fastlegesystem åstadkomma ett systemskifte.

Sveriges läkarförbund har under de senaste åren verkat för ett nationellt glerat familjeläkarssystem med betydligt fler allmänläkare än idag. Tyvärr har vi ännu inte vunnit gehör hos beslutsfattarna. Att det skulle bero på att Läkarförbundet är dominerat av sjukhusläkare stämmer dock inte, vår politik är fast och tydlig i frågan om att basen i hälso- och sjukvården skall vara ett utbyggt familjeläkarssystem. Självklart välkomnar vi fler allmänläkare som vill engagera sig i det fackliga arbetet!

**Att unga läkare** anställda på universitetssjukhus nu också omfattas av anställningstrygghet och därmed kan få banklån för att köpa hus och bil är bra. Vi tror inte att så många missunnar dem det.

Fördelningen av läkarresurser mellan



**ERIC BERTHOLDS**  
överläkare, medicinkliniken,  
Kärnsjukhuset, Skövde  
eric.bertholds@vgregion.se

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