

Huvudbudskapet mångfald i vården

Med anledning av Gunnar Birgegårds inlägg i Läkartidningen 50/97 vill vi komma med följande kommentar.

Huvudbudskapet i uppropet i DN debatt, undertecknat av fjorton personer som ofta med olika utgångspunkt diskuterar sjukvårdens kris, är mångfald i sjukvårdsproduktionen. Målet med artikeln är att starta en debatt om framtiden, då utvecklingen på en rad områden nu är direkt destruktiv.

Svensk sjukvård skall även framgent vara solidariskt finansierad. Detta slår debattartikeln klart och tydligt fast redan inledningsvis. Till skillnad från det amerikanska sjukvårdssystemet.

Trovärdighetskris står för dörren

Finansieringen måste vara långsiktigt hållbar, vilket den inte är idag. Landstingen, vars främsta uppgift är att säkerställa tillgången på sjukvård med hög kvalitet när det behövs, klarar inte längre denna uppgift. Detta beror till del på målkonflikter, då landstingen har tagit på sig annat, t ex regionalpolitik och lokaltrafik. Medborgarnas oro för framtiden har visat sig i en beredskap ge vården mer resurser. Den obligatoriska sjukförsäkringen är ett exempel på detta. Den har successivt höjts utan att någon del blivit tillgänglig för vården. Utfallet 1997 torde bli ett överskott på mellan 40 och 50 miljarder, vilket kan jämföras med utlovade statsbidrag på

två miljarder nästa år. Det är uppenbart att en trovärdighetskris står för dörren.

Debattartikeln argumenterar också för en tydlig rågång mellan politikerna och professionerna inom vården. Det framtida demokratiska inflytandet skall utövas genom en processtyrning av verksamheten, dvs produktionsuppdrag, kvalitetsmål, tillgänglighetskrav och uppföljning. Vägen till dessa mål skall däremot inte vara föremål för politiska ställningstaganden. Verksamma inom vården ser dagligdags hur den politiska makten påverkar driftsbeslut om t ex investeringar, personalsammansättning och kompetensutveckling.

Friare organisation efterlyses

Dagens finansiär av sjukvården, landstingen, dominerar starkt produktionen. I praktiken råder monopol. I uppropet efterlyses en debatt om en friare organisation, där det professionella inflytandet blir klart starkare. I en sådan organisation blir det lättare att förverkliga idéer från golvet och fokusera organisationen på patienternas behov i stället för på organisationens egna. Detta synsätt är ett paradigmskifte i och med att lösningarna sökes i vardagen av verksamheten och inte uppifrån i form av nya organisationsplaner, ofta med sammanslagningar som styrmetod, kombinerat med krav på neddragningar.

Detta innebär inte att »all sjukvård skall privatiseras». Däremot innebär det

att de politiska strukturer som har att ta ansvar för en långsiktigt stabil finansiering och har att arbeta med processtyrning och verksamhetsmål, inte också kan vara beslutande i verksamheten – produktionen.

I stället måste nya producenter tillåtas successivt växa. Intraprenad, personalkooperativ, kommunala bolag (t ex S:t Görans sjukhus), privata vårdbolag och olika stiftelser kan vara alternativ. Och mångfalden skall stimuleras. Ett privat vårdmonopol har inga fördelar framför ett offentligt vårdmonopol.

Många undertecknare

Uppropet har kritiserats för att vara otydligt. Det är priset man får betala när antalet undertecknare är stort.

I debatten har också löneutvecklingen aktualiserats. Lönen är kanske det viktigaste incitamentet för oss anställda. Ingen arbetsmaknadssektor har haft en sämre löneutveckling sedan 1994. Då skedde ett negativt trendbrott. LO brukar hävda att de sektorer som inte klarar en anständig löneutveckling skall ersättas av nya. Vårdsektorn behövs även framgent, och för att uppnå en bättre löneutveckling krävs mångfald i sjukvården.

Robert Leth
förbundsordförande,
Anders Milton
verkställande direktör;
Sveriges läkarförbund

Protestera mot streckkodsregistreringen av alla recept!

Nu är det dags för ytterligare en försämring av vården, och speciellt av öppenvården för äldre. Är alla läkare medvetna om det registreringssystem som byggs upp på olika håll i landet?

Från nyår när landstingen tar över kostnadsansvaret för läkemedel tänker många landsting och kommuners primärvård införa streckkodsregistrering av alla recept. På så sätt kan man direkt se vad – och från vilken arbetsplats – varje enskild läkare skrivit ut, åtminstone i belopp per recept. Sedan tänker man föra ut kostnadsansvaret på vårdcentral eller motsvarande.

Vi anar vad det kommer att innebära. Läkemedelskostnaderna kommer att

skärskådas av varje chef, enskilda läkares förskrivningar ifrågasätts och ett tvång om att inte skriva ut läkemedel utvecklas.

Tar anslaget slut är det svårt att omfördela. Restriktioner drabbar såväl patienter som läkare.

Blir det pengar över kan de kanske användas till annat roligt. Samtidigt registreras alla patienters inköp på ett kort.

Olönsamma

Tänk vilket registreringssystem som byggs upp! Även om det inte används nu är det möjligt att senare få fram uppgifter om vilka patienter som är olön-

samma och vilka läkare som är illojala mot systemet, dvs skriver ut vad patienterna behöver och inte vad chefen tycker är lagom.

Stasi i Östtyskland skulle varit stolta över ett sådant system! Läkarnas etik och omdöme ifrågasätts alltså. Patienterna drabbas, speciellt de äldre med stora behov. Hur mycket kommer inte patienterna att bollas fram och tillbaka mellan olika vårdgivare!

Drabbar utskrivaren

Sjukhuset skriver kanske inte ut recept när patienten skrivs ut. Det får primärvården eller husläkaren göra dagen därpå. På det sättet får sjukhuset lägre

ANNONS

kostnader och det drabbar utskrivaren i stället.

Vårdcentraler med ont om pengar bollar patienten till akutmottagningen osv. Man skapar ett osunt system. Risken för sämre vård är stor.

Även privatläkarna kommer att drabbas på sikt, eftersom även en budgetsumma just för dem kommer att finnas hos huvudmannen.

Nej, protestera mot detta! Låt alla läkemedelskostnader finnas budgeterade på ett enda ställe hos varje huvudman, t ex hos läkemedelskommittén och låt den styra vilka läkemedel som rekommenderas.

För övrigt ska man lita på läkarnas omdöme och på att de är lojala både mot patient och mot huvudman – utan några datoriserade kontrollsystem.

Integritet och omdöme

(Skrubentens namn är känt av redaktionen)

Franciskanerklostret i Varnhem – måste vara ett misstag

Läkartidningen 47/97 har i en ruta till höger på sidan 4306 under vinjetten Medicinhistorisk paus en uppgift om Franciskanerklostret i Varnhem. Såvitt jag förstår måste här föreligga ett misstag. Varnhemsklostret var grundat av och tillhörde Cistercienserna.

Franciskaner (och Dominikaner) hade sina kloster i Skara.

Janne Pejme

med dr, överläkare, Stockholm

Kommentar: Naturligtvis var Varnhems kloster och hospital knutet till Cisterciensorden. Min tanke gjorde inte uppehåll i artikeln efter Skara hospital och franciskanerna.

I Skara fanns två kloster. Franciskanernas, »Guds små fattiga», hette S:ta Katarina, medan dominikanernas, »predikobrödernas», kloster var S:t Olof.

Hospitalet i Skara synes dock ha varit i viss mån fristående från klostren och hade S:t Göran som skyddshelgon.

Torgil Hallböök

docent,
Skövde

Förtydligande av Vägverkets föreskrifter om medicinska krav och körkort

Man bör förvänta sig en högre nivå på debatten än den som Uno Käärik för fram på Läkartidningens ledarsida i Läkartidningen 47/97. Käärik verkar inte ha bemödat sig om mer än att bläddra i innehållsförteckningen i de föreskrifter (VVFS) 1996:200) som reglerar när ett sjukdomstillstånd är så allvarligt från trafiksäkerhetssynpunkt att vederbörande inte bör inneha körkort.

Ur Kääriks ledarstick skulle man kunna dra slutsatsen att det är sjukdomstillståndet i sig som utgör hinder. En närmare genomgång av texten i respektive kapitel visar på att det finns relevanta avgränsningar när tillstånden innebär trafikfarlighet. I sådant fall kan läkaren i första hand diskutera frågan med sin patient samt i andra hand ge ett muntligt körförbud och följa upp om det fungerar. Om det inte gör det kan han som sista alternativ vara skyldig att anmäla saken till länsstyrelsen.

Liberalare här än i övriga Europa

För att i sak bemöta Käärik vill jag påpeka att de svenska föreskrifterna i de flesta avseenden är liberalare än i andra europeiska länder. För synförmåga är det enbart marginella, och av EU-medlemskapet påtvingade, skärpningar som skett och i huvudsak gäller som tidigare visusgränserna 0,5 för vanlig bil, 0,8 för tyngre fordon och normala synfält på ett respektive två ögon.

Vad gäller hörsel får man vara döv om man inte vill köra buss eller taxi. Defekter i rörelseorganens funktioner utgör så gott som *aldrig* hinder efter bilanpassning.

Hjärt-kärlsjukdom med stor risk för plötslig medvetslöshet i trafiken kan vara hinder för personbil, medan striktare krav ställs för yrkestrafik.

För diabetes har vi Europas liberalaste regler. För epilepsi är det som tidigare en karens på två år efter anfall; vissa undantag med minskad risk för nya anfall kan sänka den till ett år.

Demens utom lindrig sådan samt andra sjukdomar med »allvarlig kognitiv störning» kan utgöra körkortshinder.

Missbruk eller beroende av alkohol, droger eller läkemedel har alltid (eller åtminstone sedan början av 1980-talet) utgjort hinder. Det nya är en mer specifierad skrivning när det gäller kraven på nykterhet – varaktighet, verifikation

och prognos för fortsatt sådan – när det gäller att »bli lämplig igen».

För psykisk sjukdom handlar olämplighet om vissa situationer vid schizofreni och manodepressiv sjukdom samt vid psykisk sjukdom med »allvarligt stort beteende, impuls kontrollstörning eller uttalade brister i fråga om omdöme eller anpassningsförmåga».

Samtliga kapitel i föreskriften är utarbetade efter samråd med ledande ämnesföreträdare eller sektioner i Läkarsällskapet och har i sin remissomgång passerat såväl Läkarsällskapet, Socialstyrelsen som Läkarförbundet.

Att hävda att föreskrifterna innebär att »rapporteringsskyldigheten skulle gälla ett *mycket brett* (min kursivering) medicinskt område» är inte med sanningen överensstämmande.

Vägverket anser inte heller att möjligheten till muntlig överenskommelse helt skall tas bort och läkarens bedömning kan och bör även i fortsättningen vara nyanserad, vilket jag också uttryckt i en artikel i Läkartidningen 39/97.

Lars Englund

chefläkare,
Trafikmedicinska rådet,
Vägverket

Kommentar:

Diskutera budskapet – inte detaljerna!

Det ligger i ett ledarsticks format att alla detaljer och nyanser inte kan behandlas. Lars Englunds kritik förefaller också mest att handla om vad som *inte* står i ledaren.

Den baseras emellertid i allt väsentligt på Läkarförbundets (också kortfattade) remissyttrande över körkortsutredningens förslag. Där kritiseras just förhållandet att rapportskyldigheten gäller ett mycket brett medicinskt område.

Lars Englund redovisar dock ingen uppfattning rörande det som är ledarens budskap – dvs det olämpliga i att läkare agerar på ett sådant sätt att människor inte vågar söka vård och de konsekvenser som detta kan få för trafiksäkerheten.

Uno Käärik