

handlingen själva och då tappar förtroendet för facket, infogar Eva Nilsson Bågenholm. Jag hävdar att det är tvärtom – om vi skall leva upp till vad unga och även många äldre läkare vill, dvs att själva ha ett inflytande, kommer vi att förlora medlemmar om vi inte ändrar på systemet för den lokala lönebildningen.

– Många reagerar över att facket har så stort inflytande över den egna lönen. Överläkarföreningen har ju också gjort en enkät som visar att medlemmarna vill få lönen satt efter lönesamtal.

Tidsbrist dåligt argument

Att årliga lönesamtal med varje medarbetare är en alltför tidskrävande verksamhet är inget hållbart argument framhåller de båda.

– Det finns inget annat sätt att göra det på, för om chefen inte talar med varje anställd minst en gång per år anser jag inte att chefen fyller sin uppgift. Det handlar ju inte om att en verksamhetschef med hundra anställda behöver prata med alla, utan vederbörande får då delegera uppdraget till andra chefer, säger

Eva Nilsson Bågenholm.

Ulf Swanstein inflikar att man av detta dessutom kan dra slutsatsen att det finns optimala storlekar på enheter:

– Är de för små är de sårbara, det kan uppstå kompisskap – det är svårt att upprätthålla chefsposition om man är fyra–fem stycken. Men det finns absolut också för stora enheter – skall en chef sätta löner på hundra – det fungerar inte! De flesta är ganska överens om att optimal storlek ligger mellan 15 och 25, kanske 30 individer.

Han invänder också mot uppfattningen att tiden för lönesamtal tas från patientinsatser:

– Men detta är tid som man måste ta sig, annars kommer enheten att successivt fungera sämre och sämre – och då kommer det att ta tid från patientinsatser.

Eva Nilsson Bågenholm instämmer:

– Som chef tvingas man då också att skapa något slags lönekriterier, att det inte blir godtyckligt som det faktiskt varit i många år. Om cheferna tvingas diskutera lön med sina anställda tvingas de

också ta ansvar för vilka egenskaper som man premierar och hur.

Båda kräver att jämställdhetsaspekten starkt måste lyftas fram i samband med ett ökat inslag av individuella förhandlingar:

– Vi vet från den privata sektorn att de som främst vill och vågar prata lön är männen. Här ligger ett ansvar på cheferna att det inte blir så att bara männen får lönesamtal, framhåller Eva Nilsson Bågenholm.

Hon tillägger att lönesamtalet faktiskt kan bli ett redskap för att minska de osakliga löneskillnaderna, genom att man därmed tvingas ta fram bättre lönekriterier som behandlar alla bedömda lika, oavsett kön.

Ulf Swanstein kompletterar med att det är viktigt att lönesamtalen inte kommer till stånd slumpmässigt, beroende på vilka medarbetare som själva är intresserade. Det bör vara arbetsgivaren som tar initiativet och systematiskt bokar in alla för en samtalstid.

Uno Käarik

Alla människor ska tillförsäkras palliativ vård i livets slutskede

Alla människor ska tillförsäkras palliativ vård i livets slutskede och det ska ske på lika villkor i hela landet.

II Det anser Kommittén om vård i livets slutskede, som förra veckan överlämnade sitt slutbetänkande till socialministern, och som beräknar att 75 000 av de 95 000 som avlider varje år behöver palliativ vård.

I betänkandet konstateras att det på många håll i landet bedrivs ett mycket aktivt utvecklingsarbete för att förbättra vården i livets slutskede.

Men, menar kommittén, det är ett område som också har stora brister – brister som finns framför allt i fråga om medicinska insatser, bemötande, information och stöd till närstående. Andra svagt utvecklade områden är forskning och utbildning i palliativ medicin.

Genomslag inom fem år

Kommittén föreslår att ett genomförande av den palliativa vården vid livets slut får ett genomslag i hela landet inom fem år efter det att riksdagen fattat beslut. Efter denna tid föreslås Socialstyrelsen få i uppdrag att göra en uppföljning av utvecklingen.

Kommittén presenterar en etisk

grundsyn. Den förordar att etik ska ingå som en del av utbildningen på alla vårdnivåer och att det i all högre utbildning skall ges en orientering i humaniora och etik.

En tanke är att människor mer än nu ska kunna välja var de vill vårdas och dö. För tio år sedan dog 90 procent av dem som avled på sjukhus men efter Ädelreformerna har det skett en dramatisk förskjutning så idag dör de flesta i kommunernas särskilda boendeformer.

I betänkandet läggs stor vikt vid att stärka patienternas inflytande.

Dessutom understryks vikten av att den palliativa vårdfilosofin ska genomgå alla vård i livets slutskede.

Fast läkare ska finnas

Kommittén konstaterar att det finns brister i de medicinska insatserna i den kommunala vården och omsorgen. Därför bör det finnas en fast läkare knuten vid de särskilda boendeformerna.

Läkaren bör få ett helhetsansvar och svara för den övergripande planeringen och samordningen av den medicinska vården.

För dem som väljer att vårdas hemma behövs det stödåtgärder som är tillgängliga dygnet runt.

Kommittén ställer krav på kompe-

tensutveckling av alla berörda personal-kategorier.

Främst läkare och sjuksköterskor, men även berörd personal, inom varje primärvårdsområde, kommunal eller motsvarande ska ges särskild utbildning i palliativ vård för att kunna utgöra ett stöd för personalen inom hemsjukvården och de särskilda boendeformerna.

Vid vissa vårdenheter där man redan har stor erfarenhet av palliativ vård bör man etablera så kallade palliativa kompetenscentra vid vilka patientvård, utbildning och forskning integreras.

Forskningen inom palliativ medicin och vård är svagt utvecklad i Sverige och även i andra länder. Kommittén föreslår därför att 20 miljoner kronor per år avsätts till forskning. Målet är att Sverige skall nå en tätposition när det gäller forskning, åtminstone i Europa.

Egen specialitet

I betänkandet förordas att palliativ medicin successivt utvecklas till en grundspecialitet och/eller som påbyggnadsspecialitet för läkare.

Kommittén understryker vikten av att gemensamma mål upprättas mellan berörda huvudmän och personalgrupper.

Tom Ahlgren