

Umeå har man nu lagt in ett moment kallat »Tillämpad medicin« eller »Professionell utveckling« där just den här typen av frågor behandlas.

Sjukhuskyrkans roll

Einhorn menar att de religiösa frågorna fortfarande är tabubelagda. Jo, så är det nog även om det har blivit bättre under senare år (människans sexualitet är också fortfarande i hög grad tabubelagd trots den massiva sexualiseringen i massmedierna).

Sjukhuskyrkan har ju fått en viktig roll och är numera accepterad och väl sedd inom sjukhusmiljön. Det viktiga för sjukhuskyrkan, vilket jag också tror att man är uppmärksam på, är att vara öppen för olika trosformer och att ha ett brett kontaktnät så att man också kan erbjuda exempelvis muslimer eller hindu-er själavård utifrån deras behov.

Sjukvården bör även ha normerande roll

Men fortfarande återstår frågan om religiösa/kulturella inslag i vården som t ex omskärelse och Jehovas vittens ovilja att ta emot blod i krissituationer. I dessa avseenden tycker jag att sjukvården borde vara mera normerande och inte acceptera den här typen av religiöst och kulturellt betingade åtgärder.

Hälso- och sjukvården som står i livets tjänst ska inte acceptera praktiker som kan vara livshotande, vilket ju vägrar att ta emot blod i vissa situationer kan vara, liksom den kvinnliga omskärelsen, men faktiskt också den manliga.

Strider mot evidensbaserad medicin

Modern medicin skall vara evidensbaserad så långt det går – då ska vi inte delta i människooffer (Jehovas vittnen som hellre låter någon dö än ta emot blod) eller religiöst motiverad stympling av de mest känsliga kroppsdelar vi har, vilket sker vid såväl manlig som kvinnlig omskärelse. Att miljoner människor har omskurit sin avkomma är inget skäl att fortsätta med detta. Heder åt Yngve Hofvander och andra som vågar opponera mot denna sedvänja.

Enda skälet till att åsamka någon lidande är att det leder till något större gott. Inget talar för att den omskurne är en bättre människa eller lever ett bättre liv än den oomskurne.

Referenser

1. Einhorn S. Människor har ett grundläggande andligt behov oavsett om de tror på Gud eller inte. Läkartidningen 2000;97:6074-8.
2. Bischofberger E. Människans eftersatta insida. Läkartidningen 2000;97:6054-6.
3. Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. SOU 2000:6.

Norsk och svensk sjukvård – olika villkor, lika problem

Under förra året publicerade avdelningsoverlege Stein Bastiansen i Aftenposten en krönika som är av intresse även för Sverige.

SVEN ÅKE FORSBERG

f d överläkare, medicinkliniken, Borås lasarett. Under 1996–2000 verksam som kardiolog i Bodø i Norge halva året; tjänstgör för närvarande som kardiolog på deltid vid Borås lasarett.

■ Med Bastiansens godkännande skall jag sammanfatta några av hans synpunkter på norsk sjukvård:

- Regionala och fylkeskommunala sjukhus strävar med stora underskott och fortsatta krav på ytterligare nedskärningar.

- Det är inte »Patienten främst« som är ledtråd, utan vissa politiska och ideologiska principer såsom jämlikhet, facklig demokrati och ett av medicinsk sakkunskap oavhängigt ledarskap, allt i en miljö av ökande byråkrati.

- När verkligheten icke stämmer med Det Ideologiska Systemet är det verkligheten som det måste vara fel på.

- Klinikens effektivitet har kommit i skuggan av finansiella mål.

- Läkare flyr från dåliga arbetsplatser.
- Det är problem med långa väntelistor på sjukhus landet runt.

- Man upprättar kontor som skall studera väntelistorna och deras dynamik.

- Privata kirurger opererar långt flera patienter per tidsenhet än kirurger vid offentliga sjukhus.

- Det nya lagförslaget bortser från att en klinik är en högt specialiserad enhet för diagnos och behandling och att det överordnande ledarskapet därför bör ges till någon med den högsta kompetensen. Baserat på oklara teorier om ledarkompetens som oavhängig annan kompetens öppnas möjligheten för t ex sköterskor med treårig grundutbildning att bli ledare för medicinska enheter där ändå läkare har det medicinska ansvaret.

Vem styr?

- »Vem och vad« styr norskt hälsoväsende? Det är inte medicinskt sakkunniga, även om det finns läkare som går Systemets ärenden. De viktigaste besluten tas av andra än sakkunniga, icke bara på överordnad politisk och administrativ nivå utan ända ned till sjukhusnivå, och även enskilda kliniker, samt vårdcentraler. När medicinska chefer sätts på sido-

linjen tenderar de att mista motivation för ledning och förändringar.

- Fylkeshälsovårdschefer och sjukhusdirektörer rekryteras ofta från andra områden än det medicinska.

- Den som reser invändningar mot Systemet hamnar i akut konfrontation med »korrekta åsikter«, vilket kan ha sina konsekvenser

- Nuvarande Systemet är säkrat fortsatt tillväxt till dess att det spricker i det pinsamma mötet med verklighetens värld.

Så långt referatet av Bastiansens krönika. Till hans beskrivning kan fogas att det råder brist på sjuksköterskor och, utanför de stora städerna, även brist på läkare, särskilt distriktsläkare i Nordnorge, där inte minst svenska läkare upprätthåller vikariat.

Skilnader och likheter

Denna beskrivning från Norge är bra nära en blåkopia av förhållandena i den svenska sjukvården och behöver därför inte repeteras.

Norge är ett av de allra rikaste länderna på jorden med en oljefond som flödar av miljarder och utan en krona i statskuld. Sverige är ett land med statskuld på mer än 1 000 miljarder kronor, en lång följd av år med budgetnedsänkningar inte minst inom sjukvården, och ett ras i vår välfärd så att vi halkar ned från en topposition i Europa till en plats långt ned i kön.

Det är förbluffande att svenska folket

Det nuvarande Ideologiska Systemet är säkrat fortsatt tillväxt till dess att det spricker i det pinsamma mötet med verklighetens värld.



Annons

Annons

Norsk och svensk sjukvård brottas med problem som företer stora likheter trots väsentliga skillnader i samhällets ekonomiska förutsättningar.

accepterat detta utan större revolt mot politiker, såväl socialdemokratiska som borgerliga, vilka bägge regerat i nedförbacken.

Varför klaga?

Varför nu klaga när det dagligen kommer rapporter om den lysande svenska ekonomin? Näringslivet går starkt och staten får stort överskott medan landstings- och kommunalekonomin är fortsatt dålig. Vid förra valet upprepade alla partiers talesmän med papegojans envishet – vi skall satsa på skola, sjukvård och omsorg. Nu finns chans leva upp till parollerna.

Positiva inslag finns

Något positivt må framhållas. Regeringen har bestämt att flytta pengar från försvarsbudgeten till sjukvården, och det handlar om stora pengar, 13 miljarder. Det låter bra. Läkarutbildningen skall öka med 200 platser i höst, men det tar minst tio år att göra dessa studenter till specialister. Sjuksköterskeutbildningen skall öka med 1 000 platser under tre år. Dessa satsningar kommer således inte att märkas på länge.

I dagens massmedier läser vi att de unga inte vill utbildas sig för sjukvården. Den har fått alltför dåligt rykte. Dessa nya miljarder avses satsas på primärvård, äldrevård och psykiatri. Patienter med bråck, gråstarr, hemorrojder, trasiiga höftleder och andra kroppsliga sjukdomar, som kräver icke akut behandling, kan inte se fram emot kortare väntetider inom den offentliga sjukvården.

Hur dessa 13 miljarder i detalj skall brukas vet ännu ingen, men en del lär man nog få spendera på löner till såväl sköterskor som läkare. Läkarlönerna i

Sverige ligger cirka 20 procent under genomsnittet för Västeuropa.

Detta år har plötsligt budgetunderskottet i Västra Götaland försvunnit. Det låter också bra, men beror inte på ökad kostnadseffektivitet utan på ökad landstingsskatt med 75 öre för en befolkning, som har en total skatt på mellan cirka 65 och 75 procent av direkt och indirekt skatt och avgifter inklusive moms.

Så likartade sjukvårdsproblemen är i Norge och Sverige, trots så olika samhällsekonomier. Det verkar absurt. Min förklaring är gemensamma värderingar bland dem som har makt och inflytande, det vill säga samma ideologiska system med samma grundläggande fel.

Nedskärningarna nog ofrånkomliga

Sedan länge ser jag främst tre orsaker till problemen inom svensk sjukvård vid sidan om det rådande Sjukvårdsideologiska Systemet.

- De ekonomiska nedskärningarna har gått för långt, men blev kanske en nödvändig men beklaglig konsekvens av våra politikernas misshushållning av Sverige sedan omkring mitten av 1970-talet. Läs Ulf af Trolles bok »Ett andfått liv«, som beskriver Sveriges vandring ut i den nationalekonomiska sumpmarken.

Politikerna detaljstyr

- Politiker detaljstyr sjukvården ända ned på klinik- och vårdcentralnivå, utan att ha kompetens för detta, och med ofogget att göra ideliga förändringar i organisationen, förändringar som bevisar sina brister eftersom de snart åter måste göras om. Politiker begriper inte hur stora störningar de åstadkommer med sina upprepade omorganisationer.

Klinikcheferna har i stor utsträckning

FOTO: IBL visat bristande civillikage när det gäller att åskådliggöra för politiker hur fel sjukvården styrs. Javisst riskerar de sitt uppdrag som chefsöverläkare, men inte som överläkare, och det är detta som kallas civillikage. När chefsöverläkarreformen infördes gavs cheferna en hög lön utan mycket av förhandlande. Man kan undra varför det gick så lätt, eller kanske ändå inte undra?

Psykiatrins problem

- Svensk psykiatri har problem som, så vitt jag förstår, är minst lika stora som den somatiska sjukvårdens. Orsaken är bland annat den brutala nedläggningen av de tidigare sinnessjukhusen utan ersättning av alternativa vårdformer för de behövande. Samordningen mellan landsting och kommuner blev ett fiasko med mycket mänskligt lidande som följd. Men sjukvårdsideologerna vägrar inse att en reform krävdes, men att den som genomfördes blev helt fel.

Nio sjukhusdirektörer på sex år

Man kunde förra året läsa att cirka 35 höga administrativa chefpöster inom sjukvården i Sverige bytts ut inom några få år, och i Göteborg sökte man under år 2000 den nionde sjukhusdirektören för Sahlgrenska Universitetssjukhuset på sex år. Har aldrig politikerna funderat över de två alternativa orsakerna till detta, att man varit sällsynt oskicklig i att söka chefer eller att det föreligger ett systemfel? Jag är säker på det rätta alternativet.

Som innevånare i det nya Västra Götalands län skäms man inför politikernas inkompetenta sätt att administrera sjukvården. Långt in på år 2000 saknade man fortfarande en budget samtidigt som det fanns ett stort ekonomiskt underskott.

Den stora omorganisationen av sjukvården i Göteborg är ett fiasko och kräver stor förändring. Distriktsläkarvården är i kris och läkare i harnesk mot politiker. Vi bevitnar via massmedierna hur politiker strider internt i stället för att arbeta med sina uppgifter. Det är dags att krossa tron på de gigantiska sjukvårdsenheterna.

Ingen folkomröstning om storlän

Denna stora nyskapelse i form av ett nytt storlän borde naturligtvis ha varit något som vi innevånare borde givits möjlighet att uttala oss om, men någon folkomröstning diskuterades aldrig och allt gjordes av liten politikergrupp över huvudet på allmänheten.

Skåne med sitt nya storlän finns dock en gemensam identitet i att vara skåning och ett gemensamt historiskt arv, men vilken gemenskap känner en bohuskustbo med en skaraborgare eller en storbonde på skaraslätten med småbrukare i

ANNONS

ANNONS

Dalsland upp mot norska gränsen utom att vara svensk?

Statistikkontor räcker

Stat, landstingsförbund, landsting och huvudstad har dåligt lyckats administrera sjukvården under tider av ekonomiska nedskärningar. Det krävs förändringar inte främst på sjukvårdens verkstads-golv men i överbyggnaden.

Det första jag önskar bort är Landstingsförbundet. Det kan ersättas av ett kontor som samordnar och jämför statistik från olika sjukvårdsenheter. Det räcker med två instanser som har övergripande ansvar, Socialstyrelsen, med mera muskler än nu, och den lokala/regionala instansen. I Norge planerar Arbeiderpartiet att ta bort fylkeskommuner som sjukvårdsansvariga och ge staten det övergripande ansvaret med fyra sjukvårdsregioner centrerade till landets fyra universitet. Det är något att fundera på.

Fartygschefen skall vara sjökapten

Politiker må finna sin rätta plats som är utanför detaljstyrning av det professionella sjukvårdsarbetet. Sjukvårdsenheter, som har som huvuduppgift att syssla med diagnostik och behandling, är som fartyg. Fartygschef skall vara sjökapten med högsta kompetens i navigation, även om det finns andra ombord som gått många ledarskapskurser.

Liksom skepp skall sjukvårdsenheter ledas av någon med högsta professionella kompetens, inte av dem med flest ledarskapskurser. Visst finns det de som misslyckas som ledare, men då kan man byta ut dem. Jag påstår däremot inte att högsta chef för ett sjukhus måste vara läkare, men om icke måste personen ifråga ha långvarig erfarenhet av sjukvårdsorganisation.

Jag inser att många sjukvårdsadministratörer och politiker förbannar mina åsikter, men det beror på det rådande Ideologiska Systemet. Enligt detta behöver man ingen eller ringa erfarenhet av det som man skall vara chef över.

Läkarförbundet har gjort för lite motstånd

Fler än jag anser att Läkarförbundet har bjudit dåligt motstånd mot läkarnas minskande inflytande på sjukvården. Läkarförbundet har varit alldeles för fint i kanten och för lågmält. Kom ihåg att sjukvårdsadministratörer kan man fritt byta ut utan skada, men utan goda klinikchefer, som jag fortfarande vill kalla dem, fungerar inte sjukvården. De har en makt som varit oanvänd.

Jag vill instämma i Bastiansens slutkommentar: Det nuvarande Ideologiska Systemet är säkrat fortsatt tillväxt till dess att det spricker i det pinsamma mötet med verklighetens värld. •

Kjell Hellström till minne:

Humanistisk läkare och komplett forskare

|| Före klinikchefen, docent Kjell Hellström, Danderyd, har avlidit. Han blev 70 år och efterlämnar sonen Magnus, med maka Lena, och sondottern Anna.

Fysiologisk kemi

Kjell Hellström bedrev medicinstudier vid Karolinska institutet och kom där efter till Serafimerlasarettet. Efter att ha etablerat sig som en kunnig och omdömesgill läkare påbörjade Kjell Hellström doktorandstudier vid den medicinsk-kemiska institutionen vid Karolinska institutet, med dåvarande laborator Jan Sjövall som handledare. Där utvecklade Kjell Hellström tekniker för att studera kolesterol- och gallsyraomsättningen i såväl försöksdjur som på människa, ett forskningsområde då i frontlinjen av den fysiologiska kemin.

Efter sin disputation forskade Kjell Hellström hos professor Marvin Siperstein i Dallas och återvände sedan till Serafimerlasarettet som biträdande överläkare och klinisk lärare. Han byggde där upp ett avancerat experimentellt laboratorium i sjukhuslokalerna.

Klinikchef på S:t Eriks sjukhus

År 1975 blev Kjell Hellström överläkare och klinikchef vid medicinska kliniken, S:t Eriks sjukhus, där han med stor kraft fortsatte sin vetenskapliga verksamhet genom att skapa en liknande infrastruktur för integrerad forskning vid kliniken. Kjell Hellström var en central och varmt uppskattad person i samarbetet mellan klinikerna samt vid det gemensamma forskningslaboratoriet; han var även under många år ordförande i etikkommittén.

Sedan till Södersjukhuset

Efter omdaning av S:t Eriks sjukhus 1985 tillträdde Kjell Hellström tjänsten som överläkare och klinikchef vid medicinska kliniken III vid Södersjukhuset, där han fortsatte sin vetenskapliga gärning. Han var dessutom under några år prefekt för institutionen vid Södersjukhuset. 1995 gick Kjell Hellström i pension.

Medicinsk redaktör vid Läkartidningen

Kjell Hellström var 1985–1997 medicinsk redaktör vid Läkartidningen, ett uppdrag som belyste hans förmåga och lust att lära ut till andra vad som rörde sig i medicinens värld. På Läkartidningen drog han ett tungt lass som huvudansvarig för bedömningen av Läkartidningens material inom främst invärtesmedicin



Kjell Hellström

och närbesläktade områden samt kliniska laboratoriediscipliner.

Med sin breda kliniska överblick och vetenskapligt kritiska attityd var han en stor tillgång i den medicinska redaktionen. Han bevakade särskilt den praktiska medicinens intressen och påverkade genom sin språkmedvetenhet skribenterna att bearbeta sina artiklar till den för Läkartidningens läsare mest nyttofulla formen.

En klassisk klinisk forskare

Kjell Hellström framstår på många sätt som den klassiske forskaren inom klinisk medicin. Han var i grunden en stor humanist med mycket gedigen klinisk kompetens. Hans omdömesgillhet och personliga engagemang i sina patienter gjorde honom ytterst omtyckt och respektad av såväl patienter som medarbetare och studenter.

Genom sin tidiga fördjupning i avancerad laboratorieteknik och sin internationella erfarenhet var han en föregångare med ambitionen att hela tiden tävla med de bästa forskarna i världen. Som ett bevis på sin pionjärgärning tilldelades Kjell Hellström också det prestigefyllda Adolf Windaus-priset första gången det utdelades 1980.

Entusiasmerade de yngre

En sann kritisk blick och en inre kompass för god forskning karakteriserade Kjell Hellström. Han kunde, inte minst baserat på sin humor och sin känsla för fair play, entusiasmera ett stort antal yngre medarbetare, och han har genom