

Tillägg

**Eva erbjuds att lägga till frågor, som vi inte fått med i intervjun.
Hon väljer då att ta upp några punkter ur sin kommande bok:**

1.

Familjeläkarsystem med utvidgat åtagande, den sk Västmanlandsmodellen, vars avarter jag kunnat studera under de senaste fem åren. Alltmer av sjukvårdsbudgeten överförs till de sk familjeläkarna som idag t ex har ansvar för sjukgymnastik och flertalet tekniska hjälpmedel. Man har alltså fått budgetansvar för dessa verksamhetsområden.

När en patient begär och/eller behöver remiss till sjukgymnast överväger den ansvarige familjeläkaren om budgeten medger ytterligare sjukgymnastik eller om man kan göra något bättre för de pengar som är avsedda för sjukgymnastik, t ex höja lönen för sig själv eller anställd personal, anordna trevlig konferensresa eller köpa angelägen materiel t ex mer potent dator. Alltför ofta drar den enskilde patienten det kortaste strået.

Nästa område som kommer att överföras till familjeläkarna ser ut att bli läkemedelskostnaderna. Då uppstår frågan skall magpatienten få ett losecrecept eller skall man spara pengarna genom att föreslå patienten köpa bikarbonat först.

Enligt min uppfattning är det livsfarligt att delegera kostnadsansvar så att den enskilde läkaren kan vinna personliga ekonomiska fördelar genom att snåla in på motiverade behandlingar.

Familjeläkarsystemet är i grunden ett grindvaktarsystem där grindvakten mutas genom personlig vinning.

2.

Under större delen av mitt skattebetalande liv har jag läst eller hört att vi skall inte vara ledsna över de höga skatterna, de garanterar att vi får bra vård och omsorg när vi behöver. Nu är skatterna lika höga eller högre än någonsin, men löftena om god vård är betydligt uppluckrade.

Framför allt kvinnor (men också vissa män) i min ålder eller däromkring har plötsligt upptäckt att vi förväntas nästintill själva sköta åldriga anförvanter, själva utgöra färdtjänst och hemtjänst, ta hem tvätt från sjukhemmet, se till att sjukhempatienter får i sig tillräcklig mat o s v, samtidigt som vi förväntas sköta heltids yrkesarbete, ta hand om eget hushåll och rimligen få tid att träffa barn och barnbarn.

Plötsligt utan politiska beslut har äldreomsorgen överförs tillbaka till medelålders anhöriga medan stat, kommuner och landsting fortsätter att kassera in skatterna. Jag har sett åtskilliga tragiska exempel på kvinnor (och enstaka män) som slitit ut sig helt för vård av åldriga föräldrar eller dementa makar/makor.

3.

Tidigare fick försäkringskassan vid bedömning av långtidssjukskrivning och förtidspension ta hänsyn till patientens ålder och rimliga möjligheter att få annat, lindrigare arbete. Dessa hänsyn försvann i mitten av nittioalet. Nu skall prövningen göras mot alla rimligt tänkbara yrken, trots att alla vet att en långtidssjuk 58-åring inte har någon som helst chans att få nytt jobb. I stället plågas långvarigt arbetslösa och arbetsoförmögna med arbetsmarknadspolitiska åtgärder, där människor tvingas till ren sysselsättningsterapi, som att sticka babykläder, måla hushållspappersställ eller snickra fågelholkar till statlig minimilön.

Arbetslinjen skall gälla, säger Anna Hedborg, ett värdigt slut på arbetslivet, sa Margareta Winberg som arbetsmarknadsminister. Regeringens utredare Jan Rydh har lagt fram åtskilliga förslag hur äldre och utslitna skall tvingas kvar i arbetslivet.

Samtidigt tog han själv pension vid några och femtio år som sparbanksdirektör med 70 000 kr/mån i pension, ytterligare

utökad efter några år som landshövding. Lena Hjélm-Wallén tar pension som statsråd vid 59 års ålder, Carl Bildt får vid 52 års ålder 27 000 kr/mån i pension.

Jag har svårt att övertyga mina 60-åriga patienter som började som skogs- eller lantarbetare vid 13 års ålder att samhällskonomin hänger på att just de inte blir pensionerade före 65 eller helst 67 års ålder.

4.

Bra vård är i stor utsträckning en fråga om pengar. Sjukvårdskostnaderna är till övervägande del personalkostnader, även om läkemedelskostnaderna blir allt större. För att rekrytera och behålla bra personal måste lönerna anpassas till vad som gäller på arbetsmarknaden i övrigt. Främst sjuksköterskor och undersköterskor måste få rejäla lönehöjningar, om sjukvården skall fungera.

Landstingen och kommunerna måste lära sig att spara in andra, främst administrativa, tjänster. Måste vi t ex ha kommunikationsstrateger, vårdutvecklare och produktionsplanerare inom vården, tjänster som är avsevärt högre avlönade än sjuksköterskor och undersköterskor?

