

70-talets fackliga arbete

Av Karl-Erik Olsson

Den fackliga verksamheten har inom Läkarförbundet utvecklats framför allt centralt inom yrkesföreningarna och Centralstyrelsen. Specialistföreningarna bildades för att värna om utbildning och forskning och då i första hand kurser och kongresser åt specialisterna. I mitten av 1960-talet började ortopedin systematiskt överta den kirurgiska traumatologin och de moderna kirurgiska behandlingarna ökade för bekämpning av smärta och ledbroskförslitning. Detta ledde till en mångårig diskussion, inte minst med allmänkirurgerna, om resursfördelning och utveckling.

En snabb tillväxt av antalet ortopediska kliniker både på centrallasarett och länsdelssjukhus, den i slutet av 1960-talet introducerande höftplastiktekniken, genombrottet för reumakirurgin, införandet av totallön och den så kallade 7-kronorsreformen, åtskilliga sjukvårdsorganisatoriska och sjukvårdspolitiska utredningar medförde att 1970-talet kom att bli det centrala fackliga decenniet för ortopedin.

När jag invaldes i Svensk Ortopedisk Förenings styrelse 1970 hade föreningen 144 medlemmar. Gemensam årsmötesfest kunde hållas på lokal rymmande ett 40-tal gäster, samtliga män klädda i mörk kostym. Alla kände varandra och hade i princip på något sätt utbildats tillsammans, framförallt på de befintliga vanförestalterna. Dessa höll nu på att avvecklas successivt, framför allt i gagnet, men också till lokalerna. Kliniken i Sundsvall ersatte Vanförestalten i Härnösand 1968, medan moderna kliniker inrättades i gamla lokaler på andra ställen. Den sist inrättade länskliniken öppnades i Karlskrona och under början av 1970-talet startade länsdelssjukhussektioner exempelvis i Landskrona, Mölndal och Ystad.

Ortopedin blev "en specialitet i tiden" och de folkhälsobefrämjande resultaten, inte minst endoskopin, stimulerade också blivande kirurger. Under 1974 hade föreningen fördubblat sitt antal medlemmar, 1975 var medlemsantalet 321 och 1980 var antalet uppe i 415. I början av 1970-talet fanns målsättningen att nå 700 medlemmar och efter år 1990 har vi kommit långt över det antalet.

Beslutet att överföra rörelseapparaters traumatologi till ortopedin fattades i början av 1960-talet. Detta skedde som en naturlig utveckling jämfört med vad som hänt inom den anglosaxiska världen redan långt tidigare, framför allt som en följd av erfarenheterna från andra världskriget.

I början på 1970-talet diskuterades bildandet av en ortopedisk sektion inom Svensk Kirurgisk Förening. De äldre representanterna i vår förening var starkt emot detta förslag och vid årsmötet i Malmö 1970 röstades styrelsens förslag ned med 29 röster mot 20. Under 1973 analyserades den kirurgiska verksamheten och man fann då att ortopedin omfattade 1/3 av all kirurgisk verksamhet, 50% av alla jourfall och belade 50% av alla vård dagar.

Det fortsatta samarbetet med allmänkirurgin kom att formulera sig i en paraplyorganisation där alla kirurgiska specialiteter deltog likvärdigt. År 1977 kunde föreningens ordförande och sekreterare formulera specialitetens programskrift, som publicerades i Läkartidningen.

År 1969 fann föreningen ett behov att se över behörighetsregler för överläkare. Vid årsmötet i Eskilstuna 1969 föreslogs och antogs en 12-årig utbildning med hälften ortopedkirurgi, tre års allmänkirurgi och resten fördelat på hand-, neuro- och plastikkirurgi samt anesthesiologi och reumatologi. Förslaget stöddes även av våra vetenskapliga råd i Socialstyrelsen och man betonade också betydelsen av vetenskaplig skolning exempelvis kombinationen avhandling och undervisningsvana. Mycket diskussion rörde om behovet av anesthesiologi, men antagandet av förslaget visade att ortopedens huvudsakliga verksamhet var operation med behov av modern intensivvårdsutbildning.

År 1971 lades den moderna specialistutbildningen i ortopedi fram och den har i stort sett stått sig till den nyligen genomförda ST-utbildningen. Vid sidan av den fasta utbildningen på fem år fast-



Anders Lidström.



Karl-Erik Olsson.

ställdes också fem obligatoriska NLV-kurser i ortopedi, omfattande handkirurgi, ortopedisk radiologi, protes-, ortos- och reumakirurgi samt rörelseapparatus tumörer. Föreningen var också mycket tidigt ute med att bibringa medlemmarna administrativ kunskap, i synnerhet för klinikchefer, och 1981 genomförde Svensk Ortopedisk Förening i Borgholm den första FAL-kursen (fortbildning i administration för läkare) för en specialistförening.

Sedan slutet av 1960-talet kännetecknades sjukvårdspolitiken av en strävan att systematisera tjänstekategorier för läkare, utvecklingen av vårdprogram, genomförandet av blocksystem samt utbyggnad av länsdelssjukvården och primärvården i form av distriktsvård. (Husläkarreformen avfärdades som riksdagsmotion 1968.)

I den så kallade SLUS-utredningen föreslog man ett avskaffande av biträdande överläkare och bevarandet av enbart avdelningsläkare och överläkare. Som tur var för ortopedin gick detta förslag ej igenom då rekryteringen till det växande antalet tjänster hade varit betydligt svårare med enbart avdelningsläkartjänster och enstaka överläkartjänster inom länssjukvården. Fyra år tidigare hade man börjat utnämna de så kallade specialläkartjänsterna med totallön beräknad efter 42 timmars arbetstid - dessa tjänster fick så småningom karaktären av överläkartjänster i öppen vård inom klinikerna, men konverterades ganska snabbt till blandade öppen- och slutenvårdstjänster, då särskiljandet av arbetsuppgifter ej kunde upprätthållas.

Mot slutet av 1970-talet hade flera länsdelssektioner i ortopedi inrättats även i Norrland, till exempel i Hudiksvall, Sollefteå, Örnsköldsvik, Gällivare med flera. I södra Sverige hade utvecklingen gått snabbare, men exempelvis Karlshamn fick sin sektion inrättad först 1985. Föreningen anordnade 1981 ett seminarium till förmån för länsdelsortopedin. Vid tillskapandet av den moderna distriktsvården ansågs från föreningens sida mycket angeläget att distriktsläkarna fick ett halvt års utbildning i ortopedi då mer än 10% av patientmaterialet omfattar ämnet. Detta avlogs emellertid och i stället prövade man några år med ortopedier utplacerade på vårdcentraler som konsulter åt distriktsläkarna. Dessa "utsträckt händer" har alltmer försvunnit med ökad klinisk erfarenhet hos distriktsläkarna.

Lönesystemet under 1960-talet bestod huvudsakligen av en mindre grundlön och på denna en prestationslön för öppen vård. Den fastställda patienttaxan som, liksom vårt moderna DRG-system, var uppbyggd på olika komplexiteter vid de olika ingreppen och åtgärderna, reglerades via en återbärings taxa till huvudmannen, så kallad ETH. År 1968 framförhandlades inom förbundet en mycket oförmånlig återbäringsnivå på 21%, vilken genom en bejublad insats från styrelseledamoten Torsten Jerre reglerades till 12% i slutvarvet!

I slutet av 1968 infördes begreppet totallön även för specialiteter med blandad verksamhet i öppen och slutenvård. Detta var ett led i den senare genomförda så kallade 7-kronorsreformen. Vid förhandlingarna kring överläkarlöner ansåg dåvarande lasarettsläkarförening att ortopedöverläkare skulle ha en lägre lön än motsvarande allmänkirurgöverläkare. Man ansåg till exempel felaktigt att ortopedöverläkaren hade mindre grad av jourverksamhet. Så småningom jämfördes lönerna.

Svensk Ortopedisk Förening kom under 1970-talet allt mer att inta en central funktion som remissinstans för olika centrala sjukvårdsutredningar och sakkunnighetsutnyttjanden. Föreningen har också fungerat som rikskonsulent vid olika landstings diskussioner om öppnandet och organiserandet av ortopedenheter inom länet. Exempel på sådana uppdrag är Hallands, Örebro, Skaraborgs, Uppsala, Västernorrlands, Värmlands, Blekinges och Jönköpings län. År 1974 fick föreningen dessutom möjlighet att föreslå kandidater som vetenskapligt råd och föredragande inom Socialstyrelsen. Föreningen blev också kopplad till arbetsgrupper inom Socialstyrelsen, exempelvis kring problem om rörelseapparatus sjukdomar inom primärvården, utarbetande av föreskrifter för ortopediskt omhändertagande inom handkirurgin, olika sektorsprogram exempelvis omhändertagande av traumatiska skador, artrosor med flera samt bedömning av återbäringsrätt inom försäkringskassan för chiropraktorer. År 1976 lyckades styrelsen förhandla till sig ett arvode på 175 kronor för bevistat sammanträde!

Genom åren har föreningen av naturliga skäl haft en representant med i SVCR då rörelseapparatens kirurgi alltid varit intimt förknippad med dess rehabilitering. Successivt övergick så småningom samarbetet till Handikappinstitutet, där under flera år ordinationsrätten för ortopediska hjälpmedel diskuterades.

År 1974 bytte bandageverkstäderna namn till ortopedtekniska avdelningar och bandagemästarna till ortopedingenjörer. Landstingens huvudmannaskap över bandageverkstäderna upphörde mer eller mindre under början av 1970-talet, och den dominerande huvudmannen blev då LIC. Fördelen med samarbetet med LIC var möjligheterna till flexibel bemanning och ansvaret för utbildning av ortopedteknisk personal. Utvecklingen av den tekniska ortopedin kopplad till modern datateknik som CAD/CAM och nya material har gjort att ortopedingenjörerna blivit en alltmer nödvändig konsult i nära anknytning till ortopedkliniken. Symbiosen innefattade även att vi hade samma initialer på våra föreningar under en övergångstid, SOF.

I början av 1970-talet diskuterades under flera år de ekonomiska avtalen för att som ortopedöverläkare delta i den lokala bandageverkstadens verksamhet, vilket visar hur central ortopedens roll var vid bandagetillverkningen.

Svensk ortopedi har under 1970-talet vuxit fram till sin nuvarande omfattande och moderna form. Landvinningarna inom ersättningskirurgin för förslitna leder, befolkningsutvecklingen mot allt äldre invånare med ökat antal äldrefrakturer i osteoporotiskt ben var säkerligen de mest drivande skälen till denna utveckling, men även modern skopiteknik för undersökning och behandling av skador i leder har betytt mycket. Under alla dessa år kännetecknades verksamheten av en hel del växtvärk. Mycket arbete lades ner för att förhandla fram lokala och personella resurser både från huvudmän och från den allmänkirurgiska specialiteten. Den snabba tillväxten i relation till den mera långsamma resursdelen föranledde under en period ortopederna att bli mer ortopedkirurg än ortoped. Specialiteten kallade ju sig också under en period för ortopedisk kirurgi. Ämnet är emellertid funktionellt omfattande och rätt kirurgi kan endast bedrivas om man känner patientens helhet och rymmer diagnostik och terapi både för operativa respektive icke operativa metoders möjligheter.

År 1979 fanns 265 inrättade tjänster och 268 utbildade specialister. Vid den tidpunkten planerade man för närmare 700 tjänster 1990, men tillskottet av legala utbildningstjänster, så kallade FV-block, var mycket lågt - endast ett 20-tal. Parallellt utbildades i stort sett lika många så kallade gråblock, vilket möjliggjorde för specialiteten att omhänderta sitt sjukvårdsansvar och besätta tilldelade tjänster. Specialiteten har genom åren varit en typiskt manlig specialitet, men under de senare åren har det skett ett tillskott av kvinnliga kollegor.

Karl-Erik Olsson var tidigare ordförande i SOF och är hedersmedlem