

gades av RFV redan 1993, strax efter att RFV tagit över prissättningen på läkemedel från Apoteksbolaget, och diagnosen var solklar: Priserna i Sverige, i första hand på albumin, var för låga i jämförelse med omvärlden. Det resulterade i att de utländska bolagen valde att inte sälja (nästan) något i Sverige. RFV medverkade till att höja priserna på KabiPharmacias albumin i två steg 1993/1994, vilket då skulle fört detta albuminpris i nivå med omvärldens.

Den första höjningen utlöste häftiga protester från den s k samarbetsnämnden (Apoteksbolaget, landstingen), och när höjning nummer två aviserades på våren 1994 blev denna så häftigt att KabiPharmacia kände sig tvingat att ta tillbaka prishöjningen.

Sommaren 1995 försämrades albumintillgången allvarligt på grund av produktionsproblem hos KabiPharmacia, och ingen annan leverantör var villig att träda in vid den prisnivå som då gällde i Sverige.

#### Hearing anordnades

RFV anordnade därför den 26 januari 1996 en hearing med alla producenter samt Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Apoteksbolaget för att få ett underlag för beslut. RFV tog också sina internationella kontakter till hjälp för att bedöma den svenska situationen.

De viktigaste resultaten av hearingen kan sammanfattas:

a. Ingen har totalansvaret för försörjningen.

b. Albuminpriserna i Sverige var för låga.

c. Albuminförsörjningen är ojämn och riskfylld.

d. Priserna på immunglobuliner och faktorkoncentrat är på internationell nivå.

e. Säljarkoncentrationen på albuminprodukter ökar i riktning mot monopol.

#### Priset höjdes till internationell nivå

Efter hearingen ledde diskussioner med producenterna till att RFV som första åtgärd höjde priset på Pharmacias albumin med 25 procent och därmed till internationell nivå. Priset på immunglobulinerna ändrades inte och priset på faktor VIII sänktes med 8 procent. NB utan kostnadsökningar för samhället!

Andra företags albuminprodukter har senare korrigerats på liknande sätt. Ingrepp mot priserna på de rekombinanta faktorkoncentraterna måste för

närvarande betraktas som riskabla från försörjningssynpunkt.

»Snedsitsen» är nu i stort sett korrigerad. Albuminförsörjningen fungerar bättre än för ett år sedan, bl a för att efterfrågan minskat, och att konkurrenssituationen har förbättrats genom att också Immuno återigen levererar till den svenska marknaden.

*Staffan Sjölin*  
chefsapotekare,  
Riksförsäkringsverket,  
Stockholm

## Föredragande läkares personliga uppfattning avgörande i HSAN-dom?

I Läkartidningen 48/95 refererades ett ansvarsärende där behandling av en distal radiusfraktur på en 66-årig kvinna ledde till erinran. Kommentarer till fallet i Läkartidningen 19/96 och 26-27/96 har fått mig att fundera över vad en dom i HSAN egentligen innebär.

I HSANs beslut från den 6 november 1995, underskrivet av hovrättslagman Olof Köhl och Pelle Netz, står »Om det finns starka skäl att förkorta gipstiden till 3 veckor, måste man försäkra sig om frakturens läkning genom en röntgenundersökning». Och vidare: »Man borde ha verifierat en eventuell läkning med röntgen för att, utan risk för ökad felställning, kunna upphöra med gipsbehandlingen. Underlåtenheten att upphöra med gipsfixationen vid denna tidpunkt utan röntgen skall föranleda disciplinär påföljd.» Jag tolkar detta som att röntgen är det viktiga. Det är OK att gipsa av i förtid, bara man verifierar läkning med en röntgen.

#### Övertro på röntgens förmåga

Jag blev därför förvånad när jag läste kommentarerna i 19/96 av Ove Engkvist, handkirurg, och Margareta Höglund, handradiolog. De varnar för en övertro på röntgen för att bedöma läkning. Läkingsbedömningen bör i stället baseras

på kliniska fynd vid provning av stabilitet och ömhet.

I sin replik skriver Pelle Netz bl a: »I det nu aktuella fallet har vederbörande ortoped inte handlat i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i det att gipsskenan togs bort redan efter tre veckor. Det är detta – och inte att röntgen inte gjordes – som är anledning till kritiken.» Nu gällde istället: Tidig avgipsning endast vid komplikationer av digniteten stora trycksår eller dylikt. I övrigt skulle gipstiden ovillkorligt hållas. Röntgen var plötsligt inte så viktigt längre.

Jag blev åter förvånad när jag läste kommentaren i 26-27/96 av Bengt Sandén och Björn Ragnarsson, båda ortopedier. De anser där att nuvarande praxis för fixationstid av distala radiusfrakturer bygger på ett osäkert vetenskapligt underlag och att de jämförande studier som finns av detta talar för att en tidig avgipsning kan vara värdefull. Vidare: »... avgipsning av en distal radiusfraktur efter tre veckor är väl förenlig med den vetenskap som finns på detta område.» Netz har inte replikerat.

#### Vad står en fällande dom för?

Vad står en fällande dom i HSAN för? Undergår den anmälda en objektiv bedömning eller är han eller hon utlämnad åt nämndens godtycke? Skiljer man på brott mot principer som en enig läkarkår står bakom, och brott mot principer som är under diskussion? Tycker nämnden att det finns en skillnad?

#### Faktaruta

##### Vårdprogram presenterat vid Riksstämman 1991

1. *Obetydligt dislokerade frakturer* (max 15 gr dorsalvinkling jfr med friska sidan eller <2 mm axial förkortning) behandlas med elastisk binda eller dorsal gipsskena utan reposition. Eventuellt röntgenkontroll efter ca 12 dagar.

2. *Måttligt dislokerade frakturer* (>15 gr dorsalvinkling jfr med friska sidan eller >2 mm förkortning) reponeras slutet. Dorsal gipsskena 4-5 veckor. Röntgenkontroll direkt och efter 12 dagar. Vid redislokation med >4 mm

Jag vet att det finns massor av sjukdomstillstånd där behandlingstraditionerna skiftar och ingen är bevisat bättre än den andra. Föredragande läkares personliga uppfattning verkar helt avgörande för en fällande dom. Men om den uppfattningen är så fluktuerande som ovan beskrivits har jag svårt att ta domen på allvar. Ska detta utgöra grunden för en fällande dom i HSAN?

Jag trodde att en fällande dom i HSAN i alla fall delvis var till för att den fällde skulle lära sig något och bli en klokare doktor. Jag har lärt mig betydligt mer av att läsa kommentarerna i Läkartidningen.

*Mats Möller*  
underläkare,  
kirurgkliniken,  
S:t Görans sjukhus,  
Stockholm

#### Replik:

## Allt måste tolereras som inte är fel

Jag vill än en gång helt kort försöka förklara hur jag har uppfattat att denna fraktur enligt svensk nuvarande praxis bör behandlas. Enligt min mening har »röntgen» fått en olycklig framtoning i detta ärende. Röntgen är inte avgörande, men svaret kan vara något att luta sig mot när man tänker frångå de principer som annars gäller för behandling av en dylik skada. Mats Möller får uppfatta »röntgen» som svaret på en fråga: »Vad skulle kollegan ha gjort för att HSAN skulle kunna acceptera den korta

förkortning och dorsalvinkling >30 gr sättes extern skelletal fixation utan försök till rereposition med ny gips. Bencement eller perkutan stiftning i vissa fall.

3. *Gravt dislokerade frakturer* (>5 mm axial förkortning) bör primärt behandlas med extern fixator och kontroller som ovan. Exklusionskriterier: Mycket äldre eller allmänt sjuka.

Träningsprogram för fingrar, armbåge och axel ges muntligt och skriftligt alltid, gärna med sjukgymnastkontroll. Normalt behövs ingen slutröntgen.

fixationstiden?» Om röntgen inte motsäger normal läkning så kunde man – om man i övrigt hade skäl därtill – förkorta gipstiden. (Detta gäller en osteoporosfraktur, för hos unga får fixationstiden aldrig understiga 4 veckor). En annan förmildrande omständighet kan vara det resonemang som låg bakom beslutet – förkortad fixationstid. I detta sammanhang kan det vara på sin plats att påtala den stora betydelse, som den kritiserade läkarens skriftliga svar har. I bemötandet av kritiken har han/hon möjlighet att beskriva vilka överväganden som gjordes i samband med den aktuella behandlingssituationen och därmed får HSAN ett bättre underlag – än bara journalen – för sitt beslut.

### Följa befintliga riktlinjer

Att tiden för fixation av radiusfrakturer kan förkortas i framtiden är möjligt, men inte förrän man vet vilka som lämpar sig för kort fixationstid och vilka som fordrar längre – kanske 6–7 veckor. En tid framöver får vi leva med att följa de tydliga riktlinjer som togs fram vid Riksstämman 1991. (se Ruta) I de fall det finns flera accepterade behandlingsprinciper är alla givetvis tillåtna om de tillämpas på ett korrekt sätt. Vad är då korrekt? När fixationstiden avviker med 25 procent från det rekommenderade – är det korrekt? Några tycker det och andra inte, men det är ändå svårt att i litteraturen finna stöd för kort fixationstid, såvida inte frakturen varit odislokerad.

Min kloke lärare och chef Anders Lidström sa att »inom ortopedin kan man påstå motsatsen och ofta ändå ha rätt». Visst kan det vara så, men som föredragande i HSAN måste man i litteraturen finna starkt stöd för sin uppfattning och enstaka artiklar kan inte alltid vända vinden. Jag tycker förstås inte som Mats Möller att diskussionen om fixationstidens längd är ett uttryck för »föredragande läkares personliga uppfattning». Där behandlingsprincipen är under diskussion är givetvis HSANs grundinställning att allt måste tolereras som inte är fel och felet som ger disciplinpåföljd skall dessutom vara »inte ringa».

HSANs beslut bör förstås vara sådant att den enskilde individen lär sig något och »blir en klokare doktor». Man behöver ju inte göra alla misstag själv, utan alla måste kunna lära sig av andras. Beslutet bör

allmänt sett vara normgivande och grundat på vetenskap och beprövad erfarenhet men det behöver ju för den skull inte vara 50 procents vetenskap och 50 procents beprövad erfarenhet. Min slutsats blir att det ännu är för tidigt för att ge uttryck för att »3 veckor räcker».

*Pelle Netz*  
föredragande i ortopedi  
i HSAN

## Finsam – seriöst och välfungerande avtal

»Läkare har bonusavtal med försäkringskassan och tjänar pengar på att inte sjukskriva!» har vi kunnat läsa i tidningarna av och till senaste året. Stämmer detta?

### Finsam

Ett avtal har ingåtts mellan sjukvårdshuvudmannen och försäkringskassan som reglerar formerna för finansiell samverkan mellan sjukvården och försäkringskassan (Finsam) under försöksåren 1993–1995 samt förlängningen 1996. I propositionen för försöket reglerades den ekonomiska ansvarsfördelningen mellan staten och de två avtalsparterna. Staten tog 50 procent av ett eventuellt underskott och 50 procent av ett eventuellt överskott. Resterande 50 procent lämnades till de bägge avtalsparterna att fördela. I propositionen ville socialministern ej reglera vad ett eventuellt överskott fick använd till, då denne ansåg att det ej fanns någon anledning att föreskriva några särskilda begränsningar. Riksförsäkringsverket har ansvaret för uträkningen av ett kostnadstäckningsbelopp (budget). Av detta har 10 procent fått användas till insatser ämnade att förkorta sjukskrivningar.

För att fördela ett eventuellt överskott så att befolkningen skulle »tillförsäkras att behövliga vårdinsatser tillskapades» enligt propositionens intentioner valde landstinget att sprida ansvaret för utnyttjande av ett eventuellt överskott enligt följande: De läkare som var direkt engagerade med ansvar för försöket fick 5 procent av överskottet, läkarna i lasarettets sjukskrivningskommitté fick

15 procent och primärvården fick 20 procent av överskottet att utnyttja i sina verksamheter.

### Deltog i utbildning

Avtal för fördelning av överskott i primärvården erbjöds enskilda läkare med familjeläkaravtal (Västmanlands husläkarsystem). Intresserade läkare fick möjlighet att teckna avtal om del av överskottet mot att de deltog i utbildningsaktivitet samt ställde upp och diskuterade sitt sjukskrivningsmönster. Avtal med läkare i Finsam har alltså landstinget och ej försäkringskassan.

Farhågor i massmedierna har varit att läkare med avtal skulle kunna »tjäna pengar genom att vägra sjukskriva och stoppa pengarna i egen ficka». Man har mest diskuterat de privata läkarna som genom överskottet fått 200 000 kr extra till sin verksamhet. Kapitationersättning i Västmanland är ca 2 miljoner per år för 2 000 listade patienter.

### Fler sjukintyg

Utvärdering av sjukskrivningar, utfärdade under 1995, har visat att de läkare som tecknade avtal utfärdade nio intyg mer i genomsnitt per läkare under de fyra månader uppföljningen pågick, trots att de hade ca 200 färre i den aktuella åldersgruppen på sina listor. Medianlängden av sjukintygen var längre, men i relation till sjukfallslängden var de kortare. Fler aktiva föreskrifter på intygen och fler deltidssjukskrivningar talar för att läkargruppen med avtal var mer aktiva sjukskrivare än de utan. Läkarna i sjukskrivningskommittén föreföll, i jämförelse med kolleger på sjukhuset i Köping, också ha varit mer aktiva vid sjukskrivningar.

Överskotten har hittills använts till utbildningsinsatser, inköp av sjukvårdsutrustning, extra operationer, krismottagning m m. Enligt min uppfattning har de läkare som fått ansvaret för överskottet hittills skött det på ett mycket seriöst sätt.

Den som önskar erhålla ett exemplar av ovanstående rapport kan vända sig till under-tecknad: Britt Arrelöv; FK, Box 802, 721 22 Västerås.

*Britt Arrelöv*  
försäkringsöverläkare,  
projektledare, Finsam,  
Västmanland

## Varför är landstingsanställda husläkare mera missnöjda?

I ett inlägg i Läkartidningen 42/96 ifrågasätter Ingrid Eckerman, distriktsläkare i Nacka, om privat bedriven primärvård verkligen är effektivare än landstingsdriven. Frågan är intressant och bör givetvis utredas. Så har dessvärre hittills skett i mycket ringa utsträckning.

### Motståndare

Grundläggande är dock att Eckerman är en svuren motståndare både till det husläkarsystem som infördes under första mandatperioden och till privatisering. Under diskussionerna i Stockholms län 1992–1993 var Eckerman mycket kritisk mot alla tankar på att allmänläkarna skulle få högre prestationskrav på sig. Själv hade hon, enligt egen utsago, valt allmänläkarbanan för att slippa arbeta utanför kontorstid.

Över huvud taget verkar Eckerman mycket missnöjd med sakernas tillstånd. Hon hänvisar till en rapport från den yrkesmedicinska kliniken på Karolinska sjukhuset, enligt vilken husläkarna i Stockholm mår mycket dåligt. Det är höga krav, dålig kontroll över arbetssituationen och hög bundenhet. Förmodligen är situationen för de privatanställda husläkarna ännu sämre, tror Eckerman, eftersom »de ekonomiska hoten lägger sten på börd».

### Trivs mycket bättre

Men är det verkligen så? En utredning i Uppsala län (refereerad i Läkartidningen 19/95) visar tvärtom att de privata husläkarna trivs mycket bättre än de landstingsanställda. Huvudorsaken är, enligt en av de intervjuade läkarna, vetskapen om att man kan påverka arbetet och bestämma själv över planering och innehåll.

Detta väcker intressanta frågor om primärvårdens framtid. Förefaller det inte som om en okänd privatisering skulle vara bra både för landstingens ekonomi och för läkarna själva?

*Folke Schött*  
oppositionslandstingsråd  
(m), Stockholm