

Ska Protos tas på allvar måste konsekvenserna kunna diskuteras

Ska den svenska sjukvårdsorganisationen, dess bassjukvård, göras om helt med Protos, måste olika konsekvenser av reformen sansat kunna diskuteras. Det skriver Bengt Järhult, som här kommenterar tre tidigare inlägg i debatten om Protos och framtidens primärvård.

BENGT JÄRHULT
distriktsläkare vid vårdcentralen Ryd och Öxnehaga/primärvårdens FoU-enhet, Jönköping
bengt.jarhult@ltj.kpg.se

II Det hade varit intressant om Erik Björn-Rasmussen och Dick Erixon (BR-E) (Läkartidningen 8/2003, sidorna 634-5) återkommit med sin nu tio år gamla modell »Den nya välfärden«; att de belyste den i perspektivet av USAs Health Maintenance Organizations (HMO).

HMOs blev inte som man hade tänkt sig. Åtminstone inte för läkarna, många numera iförda tvångströja av modell Försäkringsbolag XXL. Jag har under åren, med rapporterna om amerikanska läkares restriktioner, glatt mig åt att jobba i det svenska landstingssystemet med dess mycket stora frihet under ansvar vad gäller det medicinska handlandet.

Kostnadskontroll ett faktum

Oberoende av sjukvårdsorganisation, så länge skattebetalarna finansierar vården ska man inte inbilla sig att samhället släpper kostnadskontrollen. I Norge, som infört en nationell familjeläkarmodell som inspirerat Protosgruppen, bl a med hög prestationsdel i läkarersättningen, spräcks nu alla kostnadsramar.

Protos protegéer bör vara medvetna om att lämnar man den förkättrade landstingsmodellen med fasta budgetramar kan, bakvägen, kostnadskontroll, precis som i HMOs, införas genom starka begränsningar i allmänläkarens medicinska handlande vad gäller fri förskrivningsrätt, medicinval, remissvägar etc.

Bäddar för ingrepp

Protos förslag att låta läkemedel och kringresurser vara »fria nyttigheter« för allmänläkaren kommer att gynna samhälls-ingrepp av HMO-typ. Att Distriktsläkarföreningen i en föregående replik (LT 6/2003, sidorna 441-2) menar att enskilda avtal om läkemedelsbudget kan skrivas mellan intresserade läkare och huvudman löser inte problemen. För läkare som inte vill ha sådana avtal ska landstingen betala på löpande räkning.

Det är ohållbart. Protos bäddar för kommande ingrepp i familjeläkarnas medicinska handlande.

Förbrukar 3 procent hälften?

Det som annars i BR-Es inlägg gör mig mest nyfiken är uppgiften att »de 3 procent av medborgarna som sänds runt i specialistvården utan samordning, förbrukar hälften av vårdens resurser«. På den tiden regionsjukhusen beskrevs som Babels hus sades att 50 procent av patientflödet var internremisser; en människomassa i perpetuum mobile som aldrig tog sig ut ur storsjukhusets omfamning. Detta då varje specialitet teknifierat bara skötte sin sjukdom och sitt organ. Den stackars patienten snurrade runt i jakt på någon som såg helheten, livssituationen, existensen – modern, den gemensamma nämnaren till alla kroppsyttningar.

Jag trodde ändå att det hade blivit

bättre på 30 år. Författarna måste återkomma med en detaljerad beskrivning av den sensationella uppgiften om de 3 procenten eller ange vilken rapport Region Skåne tillhandahåller. Detta är absolut centralt i diskussionen om olika primärvårdsmodellens möjlighet att befria specialisterna på sjukhusen, få dem att sluta trampa vatten, få dem att simma ut på djupet där deras specialistkunskaper verkligen gör nytta.

Prestationsersättningens effekter

I Distriktsläkaren 8/2002, ett temanummer om Protos, säger SPLFs representant: »Jag är nästan gråtfärdig av lycka över det som sker just nu«.

I Charlotte Baroumas och Ulf Lindéns (B-L) inlägg (LT 8/2003, sidorna 663-4) anses en diskussion om prestationsersättningens konsekvenser som en »skymf mot privatläkarkåren«. Jag tycker att SPLF ska lämna den här formen av emotionell överkänslighet. Ska den svenska sjukvårdsorganisationen, dess bassjukvård, göras helt om med Protos, måste ju sansat olika konsekvenser av reformen kunna diskuteras.

Jag är övertygad om att prestationsersatta läkare jobbar hårt och att, som B-L

II Fakta 1

JÄRHULTS ALTERNATIV TILL PROTOS

Mitt alternativa Protos är administrativt enkelt och ger frihet att utforma primärvården efter lokala förutsättningar.

1. Nationella handlingsplanen (NHP) fullföljs genom hot om indragna pengar för de landsting som inte kan redovisa vart pengarna tagit vägen.
2. 75 procents statsbidrag ges till alla nyinrättade distriktsläkartjänster som inte är konkretiserade i NHP.
3. 100 procents statsbidrag ges till ett påslag för att göra ST-läkare i allmänmedicin och ordinarie allmänläkare till löneledande, definierat som en nivå 20 procent högre än landstingsgenomsnittet för utbildningsläkare respektive överläkare.
4. 50 procents statsbidrag ges till nyinvesteringar/övriga nya personalkostnader och fördelas till dess att 25 procent av en landstingsbudget avsätts till primärvård. Socialstyrelsen avgör enväldigt om respektive landsting uppfyller punkterna 1–4.
5. Läkemedelsförmånsnämnden sänker industrins marginaler till motsvarande hälften av marknadsföringskostnaderna (indirekt skattefinansierade miljarder).
6. Allmänläkarna avsäger sig via SFAM/DLF frivilligt all industriuppvakning under arbetstid och en halvering av övriga marknadsföringsåtgärder gällande målgruppen primärvård.
7. Läkemedelsrådet (SFAM.L) förstärks med statliga 30 miljoner/år och blir en viktig aktör för att skapa en rationell läkemedelsanvändning. Endast professionens eget engagemang – allmänläkarna har huvudansvaret – kan bryta dagens medikaliserings av befolkningen och stoppa de skenande utgifterna för icke-rationell läkemedelsförskrivning.

Punkterna 5–7 kommer mer än väl finansiera punkterna 1–4. Jag kan återkomma med belägg för detta.

Bengt Järhult

skriver, »moroten« – det ekonomiska incitamentet – inte föraktas. Men diskussionen gäller hur det medicinska innehållet påverkas av prestationsersättning och vilka kostnader skattebetalarna i sista hand ska stå för. SPLFs företrädare kan inte i en seriös debatt låtsas som att problem med taxeglikning, medikaliserings, övervård och kostnadsproblem inte existerar.

ST-läkare från Tyskland

Man behöver inte gå till den rikhaltiga internationella litteraturen på området (och som för övrigt tas upp i andra inlägg i Läkartidningens Protosdebatt). Det räcker med att fråga det ökande antal ST-läkare som kommer till Sverige från andra europeiska länder, t ex Tyskland. Fria från det kontinentala, prestationsersatta sjukvårdssystemet – det som Protos nu vill närma Sverige till – vittnar de om uttalade problem med taxeglikning, fusk, upptrissande av undersökningar och besök för att generera intäkter. Behövs en ultraljudsundersökning på ett knä tas om möjligt en bild även på det andra, och försäkringssystemet, som inte kan kolla s k medicinska bedömningar, får pröjas.

Jag säger inte att Protos vill ha det precis så här, men de föreslår en modell där denna typ av krafter styr läkares handlande. Behovet av diskussion om ekonomiska ersättningssystemets nackdelar måste även SPLF kunna inse. Prestationsersatta system gynnar det enkla och snabba. Det står många gånger i konflikt med de genuina allmänmedicinska målen: helhetssyn, teamarbete, satsning på kronisk, långvarig, från etisk synpunkt högprioriterad vård.

Norge: Mer tid – högre ersättning

Det är därför intressant att Norge nu förbl a patienter med smärtproblematik och psykiska besvär försöker en modell där alla besök som tar mer än en viss tid ger högre ersättning. Ser man på! Sätter »Protoskusinen« med sin 30/70-variant (mest prestationsersättning) viktiga patientgrupper i kläm? Här lägger man grunden för ett differentierat taxsystem med välkända problem som indikationsglikning och bristande kostnadskontroll.

Samarbete

SFAM/DLF med Meta Wiborgh/Benny Ståhlberg skriver (LT 8/2003, sidan 632) att det inte finns någonting i Protosförslaget som talar emot samarbete med andra personalkategorier. SPLF klämmer till med att teamarbetet »ges förutsättningar för en utveckling«, då samverkan »är en medicinsk överenskommelse, inte en administrativ rutin«. Jaså? En medicinsk del finns förvisso,

men spelar inte organisationen längre någon roll?

Det här börjar likna politik, där för-sämringar beskrivs som förbättringar. Ska Protos tas på allvar måste ju dess konsekvenser analyseras. Vad händer med samverkan om diabetesköterskan,

demenssköterskan och sjukgymnasten på vårdcentralen inte ingår i gruppraktiken? Skiljs åt organisatoriskt eller lämnas åt sitt öde när några läkare flyttar och öppnar egen butik – utan annan ambition än att sköta sina mottagningsbesök för listade? •

Korrespondens

Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, jan.lind@lakartidningen.se

Läkemedelsverket följer upp Roaccutan för patientsäkerhetens skull

■ Läkemedelsverket svarar här på Sigridd Malmkvist Padoans inlägg »Tvivelaktig omvärdering av Roaccutan« i Läkartidningen 7/2003 (sidan 545).

Roaccutan används sedan början av 1980-talet på licens vid svåra akneformer. Medlet får endast förskrivas av dermatologer. Roaccutan har, på grund av sina teratogena effekter, aldrig godkänts på vanligt sätt i Sverige. Frågan om eventuella psykiska biverkningar av Roaccutan har sedan dess tillkommit och diskuteras av läkemedelsmyndigheter över hela världen. Läkemedelsverket har sedan preparatet började användas tagit emot omkring 350 biverkningsrapporter, varav ungefär en femtedel gäller psykiska biverkningar.

Expertmöte om Roaccutan 2002

Läkemedelsverket sammankallade i maj 2002 ett expertmöte med deltagare från de medicinska specialiteterna hudsjukdomar, psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri, farmakologi, epidemiologi och gynekologi för att diskutera den fortsatta användningen av Roaccutan och för att få frågan om eventuella psykiska biverkningar belyst. En rapport från detta möte finns utlagd på Läkemedelsverket webbplats (www.mpa.se).

Slutsatserna från expertmötet den 27 maj 2002 lyder:

»Roaccutan är ett effektivt läkemedel för behandling av svår akne. Något lika verksamt medel finns för närvarande inte. Det bör även fortsättningsvis finnas tillgängligt för förskrivning av hudläkare på licens. Som en åtgärd för att öka säkerheten vid behandling ska ett förtydligande av informationen till patienter ske med utförligare uppgifter om möjligheten av psykiska biverkningar. De hudläkare som förskriver Roaccutan ska uppmanas att vara uppmärksamma på psykiska symptom hos patienterna.«

Generell licens för Roaccutan beviljas för närvarande för indikationen nodulocystisk akne samt vid djup papulopustulös akne vid otillräcklig effekt av tidigare given terapi. En licens är, oberoende om den är enskild eller generell, vanligtvis giltig ett år.

Inslag i säkerhetsarbetet

Som ett led i säkerhetsuppföljningen för Roaccutan gäller, sedan hösten 2002, att förskrivare som har beviljats generell licens ska inkomma med en årlig redovisning. Denna ska innehålla uppgifter om hur många patienter som behandlats inklusive uppgifter om kön, ålder och förekomst av allvarliga och oförutsedda biverkningar.

Hittills har ungefär en tredjedel av förskrivarna inkommit med rapport. När fler rapporter inkommit kommer resultatet att återrapporteras och utgöra grund för fortsatt kommunikation med landets dermatologer.

Europeiskt samarbete

Resultatet av ett pågående samarbete mellan europeiska läkemedelsmyndigheter avseende gemensam produktinformation vad gäller bland annat indikationer och säkerhetsföreskrifter kommer också att redovisas sedan EU-beslut fattats.

För Läkemedelsverket:

Barbro Gerdén
biverkningsenheten

Gunilla Sjölin-Forsberg
enheten för preklinisk, klinisk
och veterinärmedicinsk utredning

Ingrid Trolin
enheten för läkemedelsinformation
och läkemedel i användning;
samtliga specialister
i dermatologi och venerologi