

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 lands- tingsanställda 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 (refere-rad 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