

photericin B when accounting for all costs associated with the use of amphotericin B. The Boogaerts study showed that in children, AmBisome therapy is actually less expensive than amphotericin B therapy [2]. Studies by Jan Tollemar [3] show that AmBisome therapy is comparable in cost with other therapies.

While NeXstar Pharmaceuticals is not yet profitable, we have committed 50 percent of revenues from sales of AmBisome and DaunoXome to research and development in 1996, a commitment unmatched by few companies in the pharmaceutical industry. That commitment included further clinical trials for DaunoXome, some of which are being conducted in Sweden, preclinical studies and clinical trials for MiKasome, an antibiotic designed to more safely treat the most resistant of life-threatening bacterial infections; pre-clinical development of VincaXome, a novel anticancer agent; and the continued development of our combinatorial chemistry technologies for the rapid discovery of new therapeutic agents.

We respect Dr Berglund's comments, but we would also welcome his input, as we do from all the physicians who use AmBisome and DaunoXome, to help us guide our drug development efforts. I frequently visit Europe, including Sweden, and would welcome the chance to meet with Dr Berglund and his colleagues.

Patrick J Mahaffy
President and Chief
Executive Officer, NeXstar
Pharmaceuticals, USA

Referenser

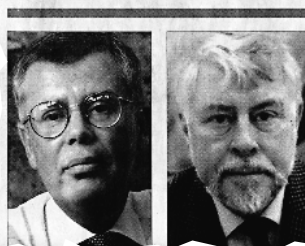
- Persson U, Tennvall GR, Andersson S, Tyden G, Wettermark B. Cost effectiveness analysis of treatment with liposomal amphotericin B versus conventional amphotericin B in organ or bone marrow transplant recipients with systemic mycoses. *Pharmacoeconomics* 1992; 2: 500-8.
- Boogaerts M, Tormans G, Maes E, Van Doorslar B. Cost effectiveness analysis of AmBisome (AMB) vs amphotericin B (AMPHOB) in the empiric treatment of febrile neutropenia in adults and children. Abstract No. 1994 American Society of Hematology, 38th Annual meeting Dec 1996.
- Tollemar J, Ringdén O. Lipid formulations of amphotericin B - less toxicity but at what economic cost? *Drug Safety* 1995; 13: 207-18.

KORRESPONDENS

'Sverige har för många läkare'

Minska antalet läkare och höj lönerna för de framgångsrika, skriver Anders Milton och Bo Södersten.

Vårdens stora problem är inte bristen på personal - tvärtom. Sedan 1970 har antalet läkare i Sverige nästan fördubblats. Samtidigt är antalet läkarbesök per invånare bara hälften av det västeuropasiska genomsnittet. Vi har fått anställningsgarantier för alla, permanent övertalighet och en svag organisation. I stället borde vi fortsätta att effektivisera vården och höja lönerna för dem som blir kvar. Det skriver Läkarförbundets VD Anders Milton och Bo Södersten, professor i nationalekonomi.



Enligt de flesta beror problemen på att läkare som arbetar i den privata sektorn har högre löner än de som arbetar i den offentliga sektorn. Detta gör att läkare som är framgångsrika i den privata sektorn flyttar till den offentliga sektorn för att få högre löner. Detta gör att den offentliga sektorn får en överrepresentation av framgångsrika läkare, vilket gör att lönerna i den offentliga sektorn blir högre än i den privata sektorn.

Självviden har givetvis sina specifika karakteristika. Som en följd av detta utgör läkare i den offentliga sektorn en stor del av den offentliga sjukvårdens personalstyrka. Detta gör att lönerna i den offentliga sektorn blir högre än i den privata sektorn.

De som arbetar i Sverige måste inte läsa av ett läkarutlåtande, och ingen ska läsa av ett läkarutlåtande. Detta gör att läkare som är framgångsrika i den privata sektorn flyttar till den offentliga sektorn för att få högre löner. Detta gör att den offentliga sektorn får en överrepresentation av framgångsrika läkare, vilket gör att lönerna i den offentliga sektorn blir högre än i den privata sektorn.

Debattinlägget i Dagens Nyheter har fått läkare att reagera. Här publiceras tre insändare samt en replik från Anders Milton.

Prioriterings-tänkandet i konflikt med "the art of medicine"

Läkarförbundets VD Anders Milton och ekonomiprofessor Bo Södersten publicerade på julafton en debattartikel i Dagens Nyheter. Rubriken till denna löd: »Sverige har för många läkare». Dessa alltför många läkare producerar alltför få läkarbesök, hävdar författarna. I vården finns nu över huvud taget »övertalighet och slack». Beslutsfattarna står inför två alternativ: Antingen kan man fortsätta med ännu fler anställda i vården, »med rimlig sannolikhet till övervägande delen kvinnor», vilka sitter fast i ett »lågloNETRÅSK». Det andra alternativet, vilket förespråkas av författarna, består i att det planekonomiska sättet att sköta sjukvården helt överges. Politikerna bör lära av företagsledare från den privata sektorn. I takt med att vissa enheter lyckas höja produktiviteten bör andra, mindre lönsamma, läggas ned. När så det totala antalet läkare har minskats så kan de kvarvarande »framgångsrika» läkarna »premieras med bättre anställningsvillkor och högre löner».

Produktivitetstänkandet fungerar inte
Det ovan så prisade produktivitetstänkandet kommer

emellertid dagligen i konflikt med »the art of medicine». Pensionären på min mottagning vill att jag vid ett och samma besök skall kolla hans blodtryck, undersöka hans onda knä samt ge honom råd om en smärta han känt i magen vid några enstaka tillfällen. Helst vill han också växla några ord om sin senildementa hustru. För att höja produktiviteten kan jag avfärda honom efter tio minuter och boka in ett snabbt återbesök.

På väg ut genom dörren ber en annan patient om recept på sömnmedel. Produktiviteten blir högre om jag skriver ut receptet och sedan tar mig an en ny patient. Om jag i stället sätter mig ner med patienten och diskuterar hans sömnproblem försämrar jag vårdcentralens besöksstatistik.

En annan patient återkommer gång på gång med rökrelaterad bronkit. Enligt nya forskningsrön bör en effektiv anti-rökpåverkan bygga på ett patientanknutet förhållningssätt, vilket kräver att man lyssnar på patientens tankar och idéer om vad han/hon kan tänka sig att göra för att komma ifrån rökningen. Detta tar längre tid än att blott och bart säga åt patienten att sluta röka.

På jourcentralen i Malmö söker mamman in en invandrarfamilj med sin tonåriga dotter som har magsmärtor. Vi har tio minuter på oss. Mamman talar

ingen svenska, dottern får tolka. Eftersom familjen tillhör mitt distrikt och eftersom det inte är första gången, ordnar jag ett par dagar senare ett besök med tolk på vårdcentralen. Besöket tar 45 minuter, och vi lyckas lösa en liten del av problematiken. Om jag istället under samma tid hade tagit hand om fyra patienter med tex halsont hade jag varit fyra gånger så »produktiv».

Försöka göra det bästa möjliga

Exemplet kan mångfaldigas. Man är tvungen att leva med denna konflikt och att göra det bästa möjliga av situationen. Om man helt och hållet negligerar »produktivitetstänkandet» blir t ex vårdcentralen en uppsamlingsplats för samhällets alla sociala, ekonomiska, etniska, psykologiska och existentiella problem. Distriktsläkaren drunknar däri, och resurserna för att hjälpa patienterna medicinskt blir obefintliga. Om man å andra sidan negligerar att varje människa med ett medicinskt problem också har en social och psykologisk bakgrund som påverkar det medicinska problemet blir man lika enögd och ineffektiv. *Det är omöjligt att tillämpa samma marknadsekonomiska tänkande på människors ohälsa som på produktionen av konservburkar eller dataprogram.*

Att sjukvårdspolitik och administratörer utan medicinsk skolning bedömer vår verksamhet utifrån »statistikpinnekonceptet» kan jag möjligen förstå. Men att någon som representerar samtliga landets läkare offentligt redovisar en så snedvriden bild av vad vårt yrke innebär förvånar och uppripar mig storligen.

Ineffektiva får gå?

Det finns även en annan aspekt värd att beakta. Från facklig synpunkt kan väl en policy ifrågasättas som innebär att man aktivt verkar för att en viss andel av medlemmarna skall sparkas för att en annan andel skall kunna få högre lön. Om policyn efter diskussion inom förbundet accepterades av medlemmarna - hur skulle personalminskningarna genomföras? Under upprätthållande av LAS? Eller skall någon typ av poängsättning införas, så att de »ineffektiva» kollegerna får gå?

Jag vore tacksam för en kommentar från Läkarförbundets styrelse.

Catarina Canivet
distriktsläkare, Malmö

Hur skall det gå när eliten slitits ned?

Julaftonen 1996 möts vi av det glada julbudskapet på DN:s debattsida: Sverige har för många läkare. Detta utbasunerar av Läkarförbundets VD Anders Milton tillsammans med Bo Södersten som tidigare lanserat begreppet »den tärande sektorn», vilket fick oss ofentligt anställda att inse att vi i sjukvården inte gör en samhällsnyttig insats. Vi tär på resurserna som de verkligen samhällsnyttiga spottar fram i industrin. Att se sin egen faktiska företrädare solidarisera sig med en sådan tankemodell upplever jag som oerhört provocerande.

Vi i sjukvården som möter patienter, dvs dem som sjukvården är avsedd för, får samtidigt erfara hur allt fler får det allt sämre, samtidigt som människor i topposition skor sig.

Miltons rekommendation är fortsatt nedbantning av personal inom vård och äldreomsorg, så att de som blir kvar kan få högre löner. Detta i en tid då rationaliseringen inom sjukvård och hemvård gått så långt att människor ångslas för att bli beroende av hjälp från stressad vårdpersonal.

Vilka skall gå först?

Igenskap av kvinnlig läkare, som försökt förena arbete med hem och familjeliv innan rätt till jourkompensation eller rätt till nedsatt arbetstid för småbarnsföräldrar fanns, undrar jag hur Milton tänkt sig arbetsförhållandena för den elit av läkare som blir kvar? Ska invandrare, kvinnor, äldre eller på annat sätt särskilt tärande gå först, så att de kvarvarande männen i sina bästa år kan sköta människohanteringen i sjukvården riktigt effektivt, utrustade med topplöner och lämpliga fallskärmar? Hur har han tänkt sig att återgången i arbete för avskedad sjukhuspersonal ska ske när eliten slitits ned och ska ersättas. Jag undrar också om Milton kan anses representera Sveriges läkare? Gör han det inte, borde han bytas ut.

Ingrid Sjöstedt
psykiater, Göteborg

Läkartidningens författar-
anvisningar publicerades
senast i nr 42/96. De
kan även beställas från
sekretariatet.

KORRESPONDENS

Marknadskrafterna kan inte lämnas fritt spelrum i vården

I en artikel i Dagens Nyheter på själva julafton går Läkarförbundets VD Anders Milton och Bo Södersten till angrepp på svensk sjukvård under rubriken »Sverige har för många läkare». En klassisk »Söderstenare» framtonar därmed som en i raden av många med liktydigt innehåll. Genom sin påtagliga nyanslöshet är artiklarna oftast inte värda att bemöta, men då Södersten denna gång lierat sig med Milton får saken ett större allvar. Vård och omsorg bedöms i artikeln som ineffektiva organisationer grundade på ett »låglöneträsk» av utbildad arbetskraft. Läkarnas och sjuksköterskornas antal och inkompetens parad med låg effektivitet skapar en sjukvård som inte längre är värd namnet.

Låt oss på nytt granska begreppen produktivitet och effektivitet inom sjukvården. Åtskilliga gånger har så skett, naturligtvis med rätta.

Högkvalitativ vård kräver tid och eftertanke

Söderstens och Miltons påstående att en läkares effektivitet kan avgöras genom antalet patientbesök per tidsenhet saknar grund och är onyanserat. En högkvalitativ vård kräver tid och eftertanke. I sin artikel för de ett resonemang om att antalet mobiltelefoner per invånare är ett mått på en real efterfrågan, medan däremot antalet anställda inom vården skulle styras av irrationella faktorer av grumlig natur. Södersten och Milton har lösningen – ge de »framgångsrika» läkarna högre lön och låt marknaden slå ut de övriga. Kära vänner, Södersten och Milton, beskriv närmare era kriterier på framgång!

Södersten lever kvar i ett industriellt tänkande som inte längre är tillämpligt i vårt samhälle. Behovet av materiell konsumtion är inte oändligt. Vi behöver inte särskilt många fler bilar eller mobiltelefoner.

Södersten och Milton är inne i myten om hårddata. Det s k DRG-systemet (diagnosre-

laterade grupper) lovprisar som en produktivitetshöjande faktor. Systemets nackdelar bortses från och komplexiteten i diagnosbegreppet berörs ej. Människan är trots allt något annat än sina diagnoser! Köp-säljssystemet har inte tillfört sjukvården något positivt.

Det kan inte ses som en nackdel att Sverige har en stor andel välutbildade läkare och sjuksköterskor. Hög kompetens leder naturligtvis till en förbättrad vård och instrument har tillförts vården för uppföljning och utvärdering av vårdens kvalitet bl a i form av den nya kvalitetssäkringslagen.

Hasse & Tage har så vitt jag minns skrivit om »de onödiga» och på sitt underfundiga sätt berättat om »obehövda» människor. Marknadskrafterna kan inte lämnas fritt spelrum i den framtida vården. Alla goda krafter som finns behövs i stället för att bevara och fortsätta kampen för ett solidariskt och

jämlikt samhälle. Vi måste se till att sjukvård när de utsatta grupperna i samhället, och vi måste bidra till att skapa goda förutsättningar för ett meningsfullt liv för människorna.

Samhällelig styrning och solidarisk finansiering

Vi kan inte längre bortse från berättigade krav på bevarad välfärd i samhället. I detta begrepp ingår en välfungerande sjukvård och en sådan förutsätter en samhällelig styrning och en solidarisk finansiering.

De amerikanska ekonomerna Galbraith och Vickrey – den senare Nobelpristagare – hävdar båda vikten av ett moraliskt engagemang i sina gärningar.

Jag kan inte bedöma Söderstens moral, men uppfattar hans artiklar som förespråkare för ett extremt marknadsekonomiskt tänkande.

Anders Milton agerar som om han i dessa frågor hade Läkarförbundets mandat, vilket han enligt min uppfattning inte har.

Torbjörn Jonson
distriktsläkare,
Halmstad

Replik:

Kreativitet och engagemang bör tas tillvara

Jag har stor förståelse för att insändarskribenterna blir upprörda, om man uppfattar artikeln på DN Debatt som om vi skulle ha menat att det bör finnas färre läkare i Sverige eller att ökad effektivitet i hälso- och sjukvården skulle kunna mätas som patienter per timme eller något liknande enkelt mått. Detta är dock inte vår uppfattning och vi skriver det inte heller i artikeln. Rubriksättningen, som DN gjort, motsvarar inte vad som står i artikeln. Vad vi försöker säga är följande:

I Sverige finns det, jämfört med övriga västeuropeiska länder, relativt gott om läkare och sjuksköterskor. Trots detta har vi nu växande köer i den svenska hälso- och sjukvården och på allt fler kliniker, mottagningar och vårdcentraler har man svårt att kunna ta hand om sina patienter på det sätt som man önskar. Vad vi försöker säga i artikeln är att vi tror att sjukvårdens organisation skulle kunna förbättras om besluten

i större utsträckning kunde fattas av cheferna och deras medarbetare och där politikernas roll skulle vara att ange målen för verksamheten, men där de skulle avstå från att interferera i verksamhetens bedrivande. Självfallet skulle politikerna därutöver också anslå resurser och kontrollera hur de olika enheterna når de uppställda målen.

I en sådan här process vore det också naturligt att lönesystemen i större utsträckning användes för att belöna medarbetare och enheter som använder sina resurser på ett bra sätt och tar väl hand om sina patienter. Patientens tid med läkaren skall naturligtvis inte förkortas. Däremot skall patientens väg till behandlande läkare göras så enkel och rationell som möjligt.

Vad vi pläderar för är således en organisation av hälso- och sjukvården som i större utsträckning tar till vara den kreativitet och det engagemang som finns hos läkare, sjuksköterskor och andra medarbetare och som också bättre ersätter läkare och andra för de kvalificerade insatser som patienterna möter och har rätt att förvänta sig.

Anders Milton
verkställande direktör,
Sveriges läkarförbund