

22. Bergoffen J, Trofatter J, Pericak-Vance M, Haynes J, Chance PF. Linkage localization of X-linked Charcot-Marie-Tooth disease. *Am J Hum Genet* 1993; 52: 312-8.
23. Fain PR, Barker DF, Chance PF. Refined genetic mapping of the X-linked Charcot-Marie-Tooth neuropathy locus. *Am J Hum Genet* 1994; 54: 229-35.
24. Dyck PJ, Chance PF, Lebo RV. Hereditary motor and sensory neuropathies. *Peripheral neuropathy*. Ed 3. Philadelphia, PA: WB Saunders 1993: 1094-136.
26. Fairweather B, Cochrane S, Chelly J. Mutations in the connexin 32 gene in X-linked dominant Charcot-Marie-Tooth disease. *Hum Mol Genet* 1994; 3: 29-34.
29. Bennet MVL. Connexins in disease. *Nature* 1994; 368: 18-9.
31. Ben Othmane K, Middleton LT, Loprest LJ. Localization of gene for autosomal dominant Charcot-Marie-Tooth type to chromosome 1p and evidence for genetic heterogeneity. *Genomics* 1993; 17: 370-5.
33. Chance PF, Alderson MK, Leppig KA. DNA deletion associated with hereditary neuropathy with liability to pressure palsies. *Cell* 1993; 72: 143-51.
34. Marimann ECM, Gabreels-Festen AAVM, van Beersum SEC. The gene for hereditary neuropathy with liability to pressure palsies (HNPP) maps to chromosome 17 at or close to the locus for HMSN type 1. *Hum Genet* 1993; 93: 87-90.

En fullständig referenslista kan rekvireras från UllaBritt Ericson, Neurologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm.

Allmänmedicinska utblickar

VAD KAN SVERIGE LÄRA AV ÖVRIGA EUROPA?

I Europa finns en bred enighet om att allmänmedicinen bör vara offentligt finansierad. Där emot finns inget som talar för att skattefinansiering är sämre än försäkringsfinansiering. Det förefaller inte spela någon roll om driften är offentlig eller privat, eller om ansvaret ligger lokalt, regionalt eller nationellt. Det finns således inget som talar för att den svenska landstingsmodellen är sämre än andra modeller.

I samtliga europeiska länder är merparten av sjukvården offentligt finansierad, så också allmänmedicinen. Skattefinansierad allmänmedicin finner vi i de nordiska länderna, i Irland och Storbritannien, i Portugal och Spanien, och delvis i Italien, medan den är försäkringsfinansierad i Belgien, Frankrike, Nederländerna, Schweiz, Tyskland och Österrike. För att hitta en majoritet av privat finansierad sjukvård måste vi blicka mot USA.

Däremot förekommer i Europa såväl offentlig som privat drift (se Tabell I), dvs allmänläkaren kan vara antingen löneanställd eller egen företagare. På senare år har vi haft en utveckling mot allt mer privat drift, bland annat i Norge och Portugal, men även i Sverige.

Ansvarsnivån

Ansvar för allmänmedicinen ligger primärt på nationell nivå i Frankrike, Italien, Portugal och Storbritannien, men däremot på kommunal nivå i Finland och Norge. Övriga västeuropeiska länder utmärks av en mer eller mindre uttalad regional styrning av den allmänmedicinska verksamheten. Vi har till exempel amter i Danmark, kantonen i Schweiz, regioner i Spanien, landsting i Sverige och förbundsländer i Tyskland.

Fast lön har allmänläkarna på »vårdcentralerna» i Finland och Sverige i norr och i Portugal och Spanien i sydväst. De båda förstnämnda länderna kännetecknas av mottagningar med mycket god utrustningsstandard. Det är först under den senaste tioårsperioden,

Författare

ANDERS HÅKANSSON

docent, universitetslektor, samhällsmedicinska institutionen, Universitetssjukhuset MAS, Malmö.

som allmänmedicinen byggts ut i de båda sistnämnda länderna, och i Spanien har ännu inte alla tillgång till en »vårdcentral».

Även på de stora poliklinikerna i det forna Östeuropa var läkarna fast avlönade. Internmedicinare, kvinnoläkare och barnläkare stod för det primära vårdutbudet. Där sker nu snabba och genomgripande förändringar, med introduktion av egentlig allmänmedicin och med allt fler marknadsinslag i sjukvården. Många västeuropeiska länder, så också Sverige, är engagerade i den allmänmedicinska utvecklingen i Östeuropa, men det är ännu för tidigt att sätta slutresultatet, vilket också lär skilja en hel del från land till land.

I Belgien och Frankrike gäller ett rent ackord, och patienten betalar allmänläkaren i reda pengar, allt efter hur mycket som blev gjort vid besöket. Sedan går patienten till sin »försäkringskassa», för att mot kvitto få tillbaka en större eller mindre andel av pengarna. Sjukvården tenderar att bli dyr på grund av att en fungerande kostnadskontroll saknas. I båda länderna finns det gott om allmänläkare, som nästan alltid är ensamarbetare.

Grindvakt

Allmänläkarna har kapitationersättning i Danmark, Nederländerna och Storbritannien, de får betalt främst efter hur många patienter de har på sina listor. I dessa länder finns också den mest uttalade »grindvaktfunktionen», dvs patienten behöver remiss från sin allmänläkare för att komma vidare till specialistläkare. Danmark och Storbritannien kännetecknas också av att en förhållandevis liten andel av bruttonationalprodukten (BNP) genom åren gått till hälso- och sjukvården. I Irland är förhållandena liknande dem i Storbritannien, med undantag för att allmänläkarna till största delen arbetar ensam-

ANNONS

ANNONS

ANNONS

ANNONS

Tabell I. Översiktlig beskrivning av allmänmedicinen i vissa europeiska länder. Osäkra uppgifter beträffande »grindvaktssystemet» i Portugal, Spanien och Italien, samt hur väldefinierad patientpopulationen är där.

Driftsform	Löneform	Arbetsplats	Känd population	Grindvakt	Aktuella länder
Offentlig	Fast lön	Poliklinik	Nej	Nej	Forna Östeuropa
		Vårdcentral	Ja	Nej	Finland, Sverige
			Ja	Ja	Norge, Portugal, Spanien
Privat	Rent ackord Kapitulationskontrakt	Solopraktik	Nej	Nej	Belgien, Frankrike
		Gruppraktik	Ja	Ja	Danmark, Nederländerna, Norge, Storbritannien
			Solopraktik	Ja	Ja
	Ackordskontrakt	Solopraktik	Nej	Nej	Tyskland, Österrike

ma, och på samma sätt ser det ut i Italien.

I Tyskland och Österrike behöver patienterna inte betala för sina allmänläkarbesök, utan läkarna samlar poäng allt efter hur många och hur dyra åtgärder de utför. Varje kvartal räknar man i delstaten ut hur mycket varje poäng är värd, och läkarna får sedan ersättning från »försäkringskassorna». Kostnadskontrollen blir god, eftersom man på förhand bestämt hur mycket som läkarbesöken totalt får kosta. De läkare som kommer upp i orimligt höga poängtal utsätts för kollegial kontroll. Flertalet allmänläkare arbetar ensamma och någon »grindvaktssystem» har de inte.

Som framgår av tabellen finns Norge med på två ställen, eftersom det där finns såväl offentligt anställda kommunläkare som privata allmänpraktiker. Under senare år har andelen privata allmänläkare ökat, främst därför att löneutvecklingen släpat efter på den offentliga sidan.

Systemet i Island påminner närmast om det svenska. Småländerna Andorra, Luxemburg och Monaco gör i allmänmedicinskt hänseende som storebror Frankrike. Liksom i det forna Östeuropa, så är allmänmedicinen ännu så länge väsentligen outvecklad i Grekland.

Självständiga kantoner

I Schweiz talar man tyska, franska och italienska, och de olika kantonerna är förhållandevis självständiga, varför allmänmedicinen inte har något enhetligt utseende i alplandet. Även om man i de svenska kantonerna, landstingen, talar samma språk, har man där på senare år utnyttjat sin sjukvårdsmässiga självständighet, varför det efter hand blivit allt svårare att på ett enhetligt sätt beskriva den svenska allmänmedicinen. Huruvida denna utveckling är positiv eller negativ kan naturligtvis diskuteras.

I Sverige har hälso- och sjukvårdens andel av BNP minskat från 9,6 procent 1983 till 7,6 procent 1993, en utveck-

ling som delvis förklaras av kostnadsöverflyttningar till primärkommunerna, men rimligen också av effektiviseringar inom vården. För tio år sedan var den svenska siffran i särklass högst i Västeuropa. Nu är det bara Portugal, Spanien, Storbritannien, Danmark, Irland och Grekland som ligger lägre. Jämtne Sverige är Irland det enda land som under tioårsperioden reducerat hälso- och sjukvårdens andel av BNP. Det är svårt att tänka sig, att den svenska siffran kan reduceras ytterligare utan att kvaliteten märkbart försämras.

Vilket land är »bäst»?

Självklart är det omöjligt att ge ett enkelt svar på denna fråga, och det av flera skäl. Det viktigaste är nog att den basala hälso- och sjukvårdens utseende och funktion intimt hänger samman med landets historia och dess kultur. Invånarna tenderar att tycka bäst om den sjukvård de är vana vid.

Men vissa viktiga förutsättningar för en välfungerande allmänmedicinsk verksamhet vill jag ändå lyfta fram:

- Doktorn bör inte arbeta ensam. Solopraktik gynnar varken den personliga eller den professionella utvecklingen. Risken är stor att både doktors patienter och doktors familj får illa, i varje fall på sikt. Sannolikt utgör mellan tre och sex kolleger en lagom stor läkargrupp.

- Doktorn bör veta vilka som är hans/hennes patienter. Naturligtvis blir detta särskilt påtagligt om varje doktor har sin personliga patientlista, men alternativet är att kollegerna på gruppraktiken har en gemensam patientlista. Detta alternativ påminner om det traditionella svenska så kallade »områdesansvaret», kombinerat med en självklar möjlighet att byta vårdcentral för de patienter som så önskar.

- Doktorn bör ha någon form av »grindvaktssystem» gentemot »sekundärvården». Den första linjens hälso- och sjukvård blir då väl definierad, och dess doktorer blir alla patienters

medicinska rådgivare för alla typer av problem. Erfarenheterna av sådana system är goda i flera västeuropeiska länder, och mycket talar för att »gate keeping» bidrar till en kostnadseffektiv sjukvård.

- Doktorn bör inte arbeta på rakt ackord. Om doktorn får betalt för varje åtgärd är risken stor att många och dyrbara åtgärder utförs, oavsett om de gagnar patienten. Samhällets kontroll över sjukvårdens kostnader blir också bristfällig.

Vilka länder uppfyller då dessa kriterier? Jo, främst Danmark, Nederländerna, Norge och Storbritannien, men kanske också Portugal och Spanien. Vad beträffar de båda sistnämnda länderna är jag dock osäker på hur väl »grindvaktssystemet» fungerar, liksom på hur definierad patientpopulationen egentligen är. Beträffande de fyra förstnämnda så har varje allmänläkare i Danmark och Norge att ta hand om runt 1 500 människor, medan motsvarande tal är drygt 1 800 i Storbritannien och drygt 2 300 i Nederländerna.

Rimligen måste därför möjligheterna för ett gott allmänmedicinskt hantverk vara störst i Danmark och Norge, varför dessa båda länder bör bjuda på det bästa av europeisk allmänmedicin. Om man dessutom ser till kostnaderna, så framstår den danska allmänmedicinen som »både billig och bra». Naturligtvis har den allmänmedicinska verkligheten många andra dimensioner som inte beaktats här. Vad beträffar exempelvis möjligheterna för forskning och utvecklingsarbete har jag en känsla av att såväl Norge som Sverige ligger före Danmark.

Det danska systemet kännetecknas av mångårig stabilitet och föredömlig frihet från politisk kläffingrighet samt god förankring hos såväl allmänhet som profession. De 15 amterna ansvarar för var sitt sjukvårdsområde, medan privata praktiker står för driften i enlighet med det drygt hundraåriga listsystemet. I Norge ligger »primärvårdsansvaret» hos primärkommunerna, medan driften kan vara antingen offentlig eller privat. I Storbritannien finns »National Health Service» kombinerat med privata »general practitioners». I samtliga dessa tre länder är hälso- och sjukvården skattefinansierad, medan den i Nederländerna är försäkringsfinansierad.

Vad göra i Sverige?

Att lära av andra länder, och att hämta allmänmedicinska impulser utifrån, är självklart bra. Men att över en natt radikalt försöka förändra primärvårdssystemet är varken lätt eller lämpligt. Det har vi lärt oss av senare års »husläkarexperiment». En annan lärdom är att

sjukvården för en god funktion kräver stabila regelsystem framtagna i bred politisk enighet.

I Europa finns bred enighet om att allmänmedicinen bör vara offentligt finansierad. Däremot finns inget som talar för att skattefinansiering är sämre än försäkringsfinansiering. Det förefaller inte spela någon roll om driften är offentlig eller privat, eller om ansvaret ligger lokalt, regionalt eller nationellt. Det finns således inget som talar för att den svenska landstingsmodellen är sämre än andra modeller.

Den svenske allmänläkaren arbetar vanligen i grupp och han/hon vet vilka patienter som hör till honom/henne, eller i varje fall till läkargruppen. Flertalet allmänläkare är offentliganställda, men en hel del är privatpraktiserande, och inga är rena ackordsarbetare. Däremot saknas en tydlig »grundvaktfunktion», och mycket talar för att införandet av en sådan skulle bidra till en mera kostnadseffektiv hälso- och sjukvård. Visserligen tillämpar redan flertalet landsting differentierade besöksavgifter för primärvård respektive länssjukvård, men det är högst osäkert om dessa innebär tillräcklig styrning av patienterna till den första linjen, särskilt inte i kombination med relativt snabbt inträdande högkostnadsskydd.

De pågående omstruktureringsarna och besparingarna inom sjukhusvården kommer de närmaste åren att ställa allt högre krav på att flertalet patienter kan tas om hand på den närmaste effektiva omhändertagandenivån. Det är då nödvändigt att allmänläkartätheten i Sverige kommer upp i nivå med våra nordiska grannars, dvs i storleksordningen en läkare per 1 500 invånare. För att denna målsättning skall kunna infrias behövs i dag ungefär 2 300 nya allmänläkare, och fram till år 2010 ytterligare ungefär 1 400 specialister i allmänmedicin. Dessa uppskattningar baserar sig på beräkningar gjorda inom ramen för Hälso- och sjukvårdsutredningen, HSU 2000.

Genom en sådan resursförstärkning, som kräver såväl en fungerande om skolning av sjukhusspecialister till allmänmedicinare som en omedelbar och kraftig ökning av antalet allmänmedicinska ST-tjänster, skulle den svenska allmänmedicinen på ett kraftfullt sätt kunna leva upp till de förväntningar som både politiker och patienter uttalat under senare år.

Referenser

- Arvidsson G, Jönsson B, red. Sjukvård i andra länder – Vad kan Sverige lära? Stockholm: SNS Förlag, 1991.
 Bergman SE, Einevik-Bäckstrand K. Sjukvårdsreformer i andra länder. Rapport till Kommittén om hälso- och sjukvårdens fi-

nansiering och organisation, HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet, 1994. SOU 1994:115.

Boerma GW, de Jong FAJM, Mulder PH. Health care and general practice across Europe. Utrecht: NIVEL, 1993.

Borgquist L, Boerma W, Einevik-Bäckstrand K, Bränd Persson K, Håkansson A, Nerbrand C. Allmänmedicin i Europa – Vad kan Sverige lära? Stockholm: Spri. Under publ.
 Einevik-Bäckstrand K. Husläkare. Internationella jämförelser. Stockholm: Spri, 1992.

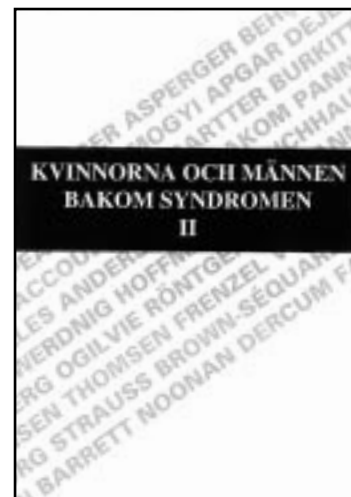
Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. Amsterdam: Thesis Publishers Amsterdam & European General Practice Research Workshop, 1993.

Gérvás J, Pérez Fernández M, Starfield BH. Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. Fam Pract 1994; 11: 307-17.

Håkansson A, Kvamme O, Magnússon S, Norén I, Olesgaard P, Winell K. Trender och traditioner i nordisk allmänmedicin. Nord Med 1995; 110: 287-91.

Sjönell G. Husläkarfallet. Stockholm: Liber Utbildning, 1994.

Swartling PG, Håkansson A. Primärvårdens utveckling fram mot år 2010. I: Behov och resurser i vården – en analys. Delbetänkande av HSU 2000. Stockholm: Socialdepartementet, 1996. SOU 1996:163.



Helt ny bok om syndrom!

• Boken "Mannen bakom syndromet" har fått en helt ny efterföljare: "Kvinnorna och männen bakom syndromen" med 70 artiklar som publicerats i Läkartidningen under perioden 1990–1996. Den tar upp namn som Asperger, Bichat, Fancioni och Waldenström. Här finns också män "bakom metoden", exempelvis Doppler och Röntgen.

• Denna nya bok omfattar 248 sidor och är rikt illustrerad, även med färgbilder. Därtill finns en sammanställning (i förminskat utförande) av de uppskattade tidningsomslag som hör till serien. Priset är 190 kronor + porto (60 kronor).

Beställ här:

..... ex "Kvinnorna och männen bakom syndromen" à 190 kronor + porto.

BESTÄLLARE.....

ADRESS.....

POSTNUMMER/POSTADRESS

Insändes till Läkartidningen,
 Box 5603, 114 86 Stockholm.
 Telefax 08-20 76 19