

- into practice: real option or rhetoric? *J Am Board Fam Pract* 1998;11:116-26 [review].
2. Lingfors H, Persson LG, Lindström K, Ljungquist B, Bengtsson C. Time for a »vision zero« concerning premature death from ischaemic heart disease? *Scand J Prim Health Care* 2002;20:28-32.
 3. Wilhemsson S, Faresjo T, Foldevi M, Akerlind I. The personal doctor reform in Sweden: perceived changes in working conditions. *Fam Pract* 1998;15:192-7.
 4. Maeseneer J, Groeneweegen P, Bogart K, De Prins L. Physician funding and health care systems: a literature review. In: Brown S, editor. Physician funding and health care systems – an international perspective. London: The Royal College of General Practitioners 1999. p. 17-32.
 5. Safran DG, Tarlov AR, Rogers WH. Primary care performance in fee-for-service and prepaid health care systems. Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1994;271:1579-86.
 6. Greenfield S, Nelson EC, Zubkoff M, Manning W, Rogers W, Kravitz RL, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. Results from the medical outcomes study. *JAMA* 1992;267:1624-30.
 7. Forland VF. Det kostar å drive krambu. *Utposten* 2002;(7/8):6-10.
 8. Starfield B, Powe NR, Weiner JR, Stuart M, Steinwachs D, Scholle SH, et al. Costs vs quality in different types of primary care settings. *JAMA* 1994;272:1903-8.
 9. Lindberg M, Ahlner J, Ekstrom T, Jonsson D, Moller M. Asthma nurse practice improves outcomes and reduces costs in primary health care. *Scand J Caring Sci* 2002;16:73-8.
 10. Vrijhoef HJ, Diederiks JP, Spreeuwenberg C, Wolffenbuttel BH, van Wilderen LJ. The nurse specialist as main care-provider for patients with type 2 diabetes in a primary care setting: effects on patient outcomes. *Int J Nurs Stud* 2002;39:441-51.
 11. Campello M, Weiser S, van Doorn JW, Norodin M. Approaches to improve the outcome of patients with delayed recovery. *Baillieres [review]. Clin Rheumatol* 1998;12:93-113.
 12. Brown C, Schulberg HC. The efficacy of psychosocial treatments in primary care. A review of randomized clinical trials [review]. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17:414-24.
 13. Unutzer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW Jr, Hunkeler E, Harpole L, et al. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-45.
 14. Swartling P. Primärvårdens utveckling i Sverige. *Allmänmedicin* 2001; (4 supplement 1).
 15. Virjo I. The general practitioner needs to be made better known. *Scand J Prim Health Care* 2002;20:193-4.

Familjeläkarplattformen en konkretisering av tankarna i nationella handlingsplanen

Visst är Protosgruppens förslag till familjeläkarplattform en kompromiss, men vi gläder oss åt att vi har kunnat enas kring ett gemensamt förslag. Vi hoppas att det ska komma många reaktioner och idéer till förbättringar. Då kan vi gemensamt efter DLFs årsmöte ha ett riktigt bra förslag, skriver Meta Wiborgh i detta svar till Bengt Järhult.

META WIBORGH
ordförande i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM)
meta.wiborgh@sfam.se

■ I den nationella handlingsplanen för utveckling av svensk hälso- och sjukvård har man försökt formulera hur svensk sjukvård och primärvård bör utvecklas under de kommande tio åren utifrån befolkningens behov. Vi uppfattar DLFs, SFAMs, SPLFs och Sylfs förslag till ett nationellt familjeläkarssystem som en konkretisering av många av de tankar som finns i nationella handlingsplanen.

Vi är allvarligt oroad

Vi är, som Bengt Järhult skriver i *Läkartidningen* 3/2003 (sidorna 150-1), om inte smått desperata, så i varje fall allvarligt oroad över att det som hittills hänt för att vrida svensk sjukvård rätt (visserligen på kort tid) är mycket blygsamt. Vi kan heller inte spåra att de pengar som är knutna till överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet går till det vi tror är viktigast just för de patientgrupper som Järhult nämner.

Primärvårdens del av hela sjukvårdsresursen tycks, enligt Läkareförbundets uppföljning, i dag vara 17 procent och kan om två år möjligen uppgå till 18 procent. Låter det rimligt? Hur ska man då kunna uppnå en »utbyggd allmänmedicin som ger hela sjukvårdssystemet möjlighet att ta tillvara sin kompetens på ett kostnadseffektivt sätt« [1] som Järhult skriver?

Läkarnas arbetsmiljö, patienternas hälsa

Att allmänläkarna får en dräglig arbetsmiljö ska inte ställas i motsats till att patienternas hälsa kommer i fokus. Tvärtom, en nöjd och välutbildad allmänläkare har klart bättre förutsättningar att göra ett bra jobb än slitna, snabbt springande kolleger som kanske inte ens hinner stanna upp och fundera på vettiga prioriteringar i vardagsarbetet. Att vi är för få allmänläkare idag är alldeles klart, och vi tror att det behövs övergångslösningar.

Att vårt förslag bara handlar om allmänläkare beror bl a på att vi inte hunnit ha någon diskussion med övriga personalkategorier, och vi kan inte skriva ett förslag som innefattar hela primärvården utan en sådan diskussion. Men ex-

empelvis i Västmanland har alla personalkategorier i primärvården gemensamt skrivit en lokal handlingsplan. Där kan vi säkert hämta inspiration.

Västmanland är också ett bra exempel när det gäller jämförelse mellan privat och offentligt driven primärvård. Den information vi har visar inte på avgörande skillnader i kostnader för provtagningar, sjukskrivningar eller läkemedel mellan privata eller offentligt drivna vårdcentraler.

Att system som belönar hög sjukvårdsproduktion utan koppling till patientnytta är kostnadsdrivande är ju en självklarhet, oavsett om sjukvården bedrivs i offentligt eller i privat regi. Det är väl en del av det svenska stafettläkar-systemet ett exempel på. Sjukvården i USA ett annat.

Gemensamt förslag positivt

Visst är Protosgruppens förslag till familjeläkarplattform en kompromiss, men vi gläder oss åt att vi har kunnat enas kring ett gemensamt förslag. Vi hoppas att det ska komma många reaktioner och idéer till förbättringar. Då kan vi gemensamt efter DLFs årsmöte ha ett riktigt bra förslag.

Vi tror nämligen att det krävs ett nationellt familjeläkarssystem med klara regler och lagstiftning om vi ska kunna åstadkomma det som både Bengt Järhult och vi vill – en lika sjukvård för alla, solidariskt finansierad, utifrån befolkningens behov. Hur tycker Bengt Järhult att vi ska göra för att lyckas med det? •