

# Svensk primärvård behöver ett nationellt familjeläkarsystem

Vi anser inte att alla allmänläkare skall vara egna företagare, men läkaren skall ha ett tydligt uppdrag och finansieringen skall vara den samma oberoende av driftform. Landstingen klarar inte detta, utan det behövs tvingande nationella regler som tydliggör ersättningen för den allmänläkarvård som alla invånare har rätt till, förklarar Benny Ståhlberg.

## BENNY STÅHLBERG

ordförande i Svenska distriktsläkarför-  
eningen (DLF)  
*benny.stahlberg@svdlf.se*

II I Läkartidningen 3/2003 (sidorna 150-1) lämnar distriktsläkare Bengt Järhult synpunkter på det nationella familjeläkarförslag som Distriktsläkarför-  
eningen (DLF), Svensk förening för all-  
mänmedicin (SFAM), Svenska privatlä-  
karföreningen (SPLF) och Sverige yng-  
re läkares förening (Sylf) tagit fram.

DLF tackar för Järhults synpunkter. Det är viktigt att komma ihåg att Protos-  
gruppens material är ett diskussions-  
underlag och att vad som sedan kan  
komma ut i form av konkreta förslag är  
upp till medlemmarna att bestämma.

## Vi lever inte i den bästa av världar

Järhults artikel ger sken av att nuvaran-  
de situation är den bästa av världar och  
att svenska allmänläkare egentligen inte  
har mycket att klaga över.

Det är inte organisationernas despe-  
ration och förtvivlan, utan medlemmar-  
nas känsla av vanmakt, som ligger  
bakom kravet på en förändring.

Vid DLFs fullmäktigemöte i april  
2002 uppdrogs åt styrelsen att samverka  
med övriga ovan nämnda läkarförening-  
ar för att ta fram ett hållbart program för  
alla allmänläkare. DLF anser att det är  
mycket viktigt att de blivande allmän-  
läkarna, dvs ST-läkarna i allmänmedi-  
cin, finns med i diskussionen.

Protosgruppen föreslår ett nationellt  
familjeläkarssystem då vi inte kan se nå-  
gon annan möjlighet att komma till rätta  
med de problem vi har idag. Landsting-  
en har under flera decennier haft möjlig-  
heter att göra något, men de tycks saknas  
både vilja och förmåga.

## Professionen och befolkningen

Järhults resonemang kring frågan om  
konflikten mellan befolkningens behov  
och professionens intressen kräver någ-  
ra kommentarer. En förändring som har

möjligheter att ge såväl bra och drägliga  
arbetsvillkor för allmänläkare som en  
tydlighet i vad man förväntas göra står  
inte i motsatsförhållande till befolkning-  
ens behov, snarare tvärtom. Vi delar  
helt Järhults uppfattning att Hälso- och  
sjukvårdslagens (HSL) krav på vård ef-  
ter behov skall vara styrande. Vi tycker  
inte att svensk sjukvård konsekvent till-  
lämpar denna etiska princip idag.

DLF vill påstå att ett nationellt  
system bättre uppfyller HSLs krav på  
vård på lika villkor än dagens vildvuxna  
landstingsflora.

## Behöver tydligt avgränsat uppdrag

Vårt förslag innebär att allmänläkaren  
skall svara för högst 1 500 listade invå-  
nare (genomsnitt av befolkningen och  
inte 1 500 aktiva patienter). Det är be-  
tydligt bättre än idag då en allmänläkare  
kan ha ett otydligt områdesansvar för  
kanske 3 000 invånare och samtidigt ett  
högst otydligt uppdrag och osäker eko-  
nomi.

Erfarenheter från både Danmark och  
Norge talar för att alla mår bättre om lä-  
karen har ett tydligt avgränsat ansvar för  
en rimlig andel av befolkningen. Det  
ökar möjligheten att tillfredsställa be-  
folkningens behov samtidigt som läka-  
ren trivs med sitt arbete.

## Ja, förslaget är »läkarfixerat«

Järhult har uppfattat rätt, Protos' diskus-  
sionsunderlag är »läkarfixerat«. Protos  
beskriver läkarens uppdrag i primärvår-  
den. Den enkla förklaringen till detta är  
att medlemmarnas krav på ett nationellt  
system inte kan förenas med ett uppdrag  
för hela primärvården. Vilken primär-  
vård skall i så fall vara »riksnormen«?  
Ryd och Öxnehaga vårdcentral, någon  
annan vårdcentral eller finns det en en-  
hetlig primärvård i något mönsterlands-  
ting?

När Socialstyrelsen i mitten av 1990-  
talet [1] tittade på vad en vårdcentral var  
fann man över 100 varianter beroende på  
vilken verksamhet som bedrevs och vil-

ka yrkeskompetenser som fanns före-  
trädda.

## Vi kan samarbeta med övriga

Bengt Järhult påpekar att läkardelen  
skulle riskera att »avskiljas« från andra  
delar av en vårdcentral verksamhet. Be-  
höver det vara ett problem? Det är ingen  
naturlag att samarbete mellan olika pro-  
fessioner måste försvåras bara för att  
man organisatoriskt är skilda.

Det kan faktiskt vara tvärtom! Ingen-  
ting i Protos' tankar gör det omöjligt att  
behålla en större organisation och upp-  
drag genom s k tilläggsuppdrag, förut-  
satt att parterna är överens. Det är när-  
mast en truism att alla skall sträva efter  
ett gott och bra samarbete mellan olika  
yrkeskategorier.

Protos' förslag hindrar inte att andra  
grupper inom primärvården också ställer  
krav på tydligare uppdrag, t ex för  
distriktssköterskornas arbete inom hem-  
sjukvård och sjukgymnasternas rehabi-  
literingsuppdrag.

## Fria nyttigheter

Protosgruppen har föreslagit att kost-  
nadsansvar för medicinsk service och  
läkemedelskostnader inte skall ingå i  
grunduppdraget. Det finns många skäl  
till detta. En är att ingen läkare skall be-  
höva hamna i en diskussion om att han/  
hon avstår från utredning och behand-  
ling av kostnadsskäl. Detta är inte det-  
samma som att DLF anser att övervård  
och oriktig medicinering skulle vara nå-  
got eftersträvt.

Ett annat skäl för att ha medicinsk  
service och läkemedelskostnader som  
fria nyttigheter är att det är svårt att re-  
glera detta i skarpa avtal, då det ofta sker  
förändringar i subventionssystemet och  
egenavgifterna, vilket skulle komma att  
kräva omförhandlingar. Däremot finns  
det ingenting som hindrar att en vård-  
central/motsvarande tar ansvar för läke-  
medelskostnaderna genom ett tilläggs-  
avtal och att resursen för detta hanteras  
skild från driften i övrigt. DLF kan dock  
inte acceptera ett system där läkeme-  
delskostnaderna i öppen hälso- och sjuk-  
vård sammanblandas med driftkostna-  
der för den egna verksamheten.

## Fri etablering

Förslaget om fri etableringsrätt skall ses  
utifrån dagens situation med en betydande  
brist på allmänläkare. Ett nationellt  
listningssystem kan inte utöka antalet ar-

betande allmänläkare i oändlighet. Antalet invånare är ganska konstant, och antalet årsarbetande allmänläkare – vilket inte är detsamma som antalet arbetande allmänläkare – som ryms inom ett nationellt system bestäms helt och hållet av genomsnittligt antal listade invånare/läkare. Ett tydligt ersättningssystem ger därmed också en i stort sett förutsägbar kostnad för samhället. I ett nationellt system enligt Protos' förslag kan det inte etableras fler allmänläkare per invånare på Östermalm än vad det kan i Gällivare.

### Tvingande ersättningsregler

Dagens system, där landstinget tilldelar en viss resurs till primärvård/vårdcentral och sedan förväntar sig få mycket mer än vad som motsvarar resurserna, fungerar inte längre. En koppling mellan resurs och åtagande saknas vanligen helt och hållet. Detaljer i ett ersättningssystem får bli en senare fråga om förslaget i sina grunder accepteras av medlemmarna.

DLF anser inte att alla allmänläkare skall vara egna företagare utan ser gärna att det även fortsatt skall finnas offentligt drivna familjeläkarenheter/vårdcentraler, men läkaren skall ha ett tydligt uppdrag och finansieringen vara densamma oberoende av driftform. Landstingen klarar inte detta utan det behövs tvingande nationella regler som tydliggör ersättningen för den allmänläkarevård som alla invånare har rätt till.

### Jämförelsen med Norges fastlegeordning

Visst har Protos tittat på vad som hänt i Norge, men modellen förför oss inte. Vi har hämtat inspiration från Norge och Danmark men är klart medvetna om att andra modeller inte kan kopieras till svenska förhållanden.

Protosgruppen har tagit fram ett gemensamt förslag till ett nationellt familjeläkarsystem anpassat för svenska allmänläkare och invånarna i Sverige. Förslaget skall nu diskuteras i allmänläkarkåren.

### Referens

1. Socialstyrelsen. Basstatistik primärvård 1996. Primärvårdsuppföljningen 1998:3. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.

**Fler inlägg om den framtida primärvården välkomnas!**

red

# Att skapa barn med kloning – ett steg mot antihumanism och rashygien

Det är definitivt inte givet att möjligheten att nyttja somatisk cellkärnöverföring i grundforskning – som kan tänkas ge upphov till cellinjer som kan bota sjukdom – legitimerar användandet av denna teknik för kloning av barn. Det skriver Gisela Dahlquist i polemik mot Torbjörn Tännsjö, vars teser »går ut på att vi bör få skaffa oss de barn vi önskar och på vilket sätt vi vill«. Så enkel är inte etiken, betonar hon.

### GISELA DAHLQUIST

professor, Barnmedicin, Umeå universitet

[gisela.dahlquist@pediatri.umu.se](mailto:gisela.dahlquist@pediatri.umu.se)

■ På DN-Debatt trettondagsafton 2003 får vi läsa att vi bör glädjas åt de rykten som nått oss via olika medier om att man lyckats eller snart kommer att lyckas kлона människor. Torbjörn Tännsjö följer här upp sina tidigare teser som går ut på att vi bör få skaffa oss de barn vi önskar och på vilket sätt vi vill. Människors rätt att bestämma över sin egen reproduktion skall omfatta rätten att t ex genom nyttjande av fosterdiagnostik välja också kön eller andra egenskaper hos barnen.

I en lång rad skrifter hävdar Tännsjö att allt som människor önskar göra för att skapa vad de anser vara ett bra barn skall vara tillåtet. Om nu människor vill skapa genetiska kopior av sig själva ska således biologer och läkare vara dem behjälpliga, och samhället bör inte sätta stopp. Torbjörn Tännsjöns filosofi är förförisk och har blivit populär i många kretsar bland såväl forskare som läkare eftersom han framställer sig som en utvecklingsoptimist medan de som ej anammar hans filosofi framställs som utvecklingsfientliga.

### Vinster och risker med tekonologin

För att slippa anklagelser av det slaget vill jag redan inledningsvis framföra att jag själv ägnat en stor del av mitt liv åt medicinsk naturvetenskaplig forskning som jag menar måste få fortgå i stor frihet eftersom den kan ge och bevisligen har givit stora vinster såväl för enskilda människors hälsa som för samhället i stort, men tillämpningen av dessa teknologier måste kunna begränsas om riskerna i vid mening är större än vinsterna.

Jag menar också att användande av

tekniken somatisk cellkärnöverföring i grundforskning som syftar till att skapa nya metoder att bota svåra sjukdomar kan vara legitim under vissa premisser, men att använda denna teknik till att kлона barn är helt förkastligt. Tännsjöns analys är såväl ytlig som ologisk och måste därför bemötas. Reproduktiv kloning är en teknik som kan innebära stora risker för fysiskt och psykiskt lidande för såväl potentiella mödrar som deras barn och vara ett hot mot grundläggande humanistiska värden – *vår syn på barn som ett mål i sig och inte ett medel.*

### Erfarenheter från djurförsök

Erfarenheter från djurförsök visar inte bara att ett mycket stort antal försök med upprepade spontanaborter varit nödvändiga för att få ett framfött, klonat djur. Missbildningar är vanliga hos de klonade djuren. Vidare antyder nu långtidsuppföljningar av dessa djur att de kan drabbas av senare sjuklighet och för tidigt åldrande.

Argumentet att »då vi vunnit tillräckliga erfarenheter från den terapeutiska kloningen som gör att vi kan känna oss säkra på tekniken bör vi tryggt kunna godta också reproduktiv kloning« är svagt grundat. Kunskaper från denna teknik kan ju aldrig lära oss särskilt mycket om riskerna vid reproduktiv kloning eftersom utvecklingen vid de försöken avbryts då det artificiellt befruktade ägget blivit en 3–7 dagars blastocyst – ett mycket långt steg från en hel individ.

Vid experiment med människor (vid reproduktiv kloning skall alltså människor skapas, inte bara cellinjer) skall enligt såväl internationella som nationella grundläggande etiska riktlinjer, deklARATIONER och lagar vinsterna starkt överväga och informerat samtycke gälla. Om experimentet innefattar barn måste riskerna vara minimala.

Tännsjö anser tydligen att potentiella