

# Orimligt kort remisstid för förslaget om nationellt familjeläkarsystem

Det är inte förenligt med medlemsdemokrati att skicka ut ett ofullständigt, selektivt underlag och sätta en remisstid (1 mars) som går ut innan debatten ens hunnit börja. På kort sikt är mitt alternativ att staten tar tillbaka »kanonpengarna« om landstingen inte kan redovisa hur nationella handlingsplanen förverkligats. Det skriver Bengt Järhult i denna replik om förslaget om nationellt familjeläkarsystem.

## BENGT JÄRHULT

distriktsläkare vid vårdcentralen Ryd och Öxnehaga/primärvårdens FOU-enhet, Jönköping  
*bengt.jarhult@ltjkgp.se*

II Ordbetydelsen av Protos är »först«. Senfärdigheten hos Protosgruppen att inleda en offentlig diskussion fick mig att tro att en förväxling skett med den grekiske guden Proteus. Denne meddelade icke frivilligt sin vishet, utan Menelaos fick överlista honom, hålla fast honom.

Därför är det glädjande att såväl SFAM [1] som DLF [2] nu tagit bladet från munnen. På olika hemsidor, bl a på SFAMs Ordbyte, har dock mina tankar [3] diskuterats. Jag vill inte gå i polemik i Läkartidningen med diskussionsmedlemmar på nätet, men jag vill fortsätta debatten utifrån en fråga i Ordbyte och från SFAM [1]: Vilket är mitt alternativ när landstingen så dåligt kunnat leva upp till sin sk primärvårdssatsning?

### Var finns »kanonpengarna«?

Ty att så är fallet är jag och Protos ense om. Redan när socialminister Lars Engqvist satte nationella handlingsplanen (NHP) i sjön varnade jag i hårda ordalag [4] för den utveckling som Läkarförbundet nu finner misstankar om; att de statliga »kanonpengarna« inte kan spåras som en satsning på primärvården såsom det var tänkt [5].

Att sedan Läkarförbundet, som aldrig gjort något rejält för primärvården, kan ha andra motiv när man nu som en gubbe i lådan sticker upp och klagar på misskötsel är en annan sak. Förbundet vädrar morgonluft med Protosförslagets öppningar för privatiseringar och fri etablering – ledningens mångåriga käpphästar drivna utan dokumenterad medlemslegitimitet.

Förbundet vill genom landstingskritiken ge eldunderstöd för ett nationellt systemskifte via riksdagsbeslut på samma sätt som när man för tio år sedan

yrvaket förordade Piff (Primärvård i framtida förändring) och det ogenomtänkta husläkarsystemet. Jag tycker ändå att Läkarförbundet har gjort något bra i sin revision – oberoende av hur det går med Protosförslaget.

### Vidga perspektivet

Men Läkarförbundet, som har som en central uppgift att bevaka läkares arbetsmiljö, måste liksom många allmänläkare vidga perspektivet: de stora kraven, tröttheten hos många allmänläkare, den ökade sjukskrivningsfrekvensen och rekryteringssvårigheterna är en mycket större fråga än diskussionen om offentligt–privat, om landstingen är för dominerande som arbetsgivare och mantrat om stelbenthet i offentlig verksamhet.

### Kasta oss inte inte ur askan i elden

Protos och Läkarförbundet har ju också ett ansvar för att inte kasta allmänläkarna ur askan i elden. Många av Protosförslagets idéer är en återgång till husläkarsystemet. Detta experiment blev aldrig utvärderat, men det saknas inte dokumentation om försämrade arbetsmiljö, både från akademien [6] och i rapporter om personliga katastrofer för enskilda läkare [7].

### Är ensam stark?

Läkarförbundet har alltid idylliserat privat verksamhet, och en hel del allmänläkare drömmar om sin egen butik som lösning på landstingens många gånger dåliga organisation och svikna löften. När Protos nu föreslår ett nationellt system, där läkaren görs till en isolerad ö på själva vårdcentralen med sin lista och ekonomiska avtal, inställer sig frågan: Blir ensam stark?

När avtalet går ut och pengar ska sparas (jfr Tyskland) – vad kan den enskilde praktikern då sätta emot? Tumskruvarna dras åt! Med föreslagen prestationsersättning på 50 procent kan man fråga sig om det inte är just ett nytt ekorrhjul som skapas. Kanske inte så olik de

uppburna IT-entreprenörernas arbetsmiljökrasch?

DLF [2] bekräftar att med Protos avskiljs läkardelen från andra delar av en vårdcentraler verksamhet: »Det är ingen naturlag att samarbete mellan olika professioner måste försvåras bara för att man organisatoriskt är skilda.« Nej, men nästan – se t ex på effekterna av Ädel. Om Protosförslaget genomförs bygger man in motsättningar och konflikter i vårdenhetens inre, katastrofalt för arbetsmiljön! Inte särskilt välbetänkt.

### Signaler i Europa

Ute i Europa, som inte har vår offentliga primärvård, ges liknande signaler. Där sitter redan just den enskilde praktikern som Protos drömmar om. Ur senaste ledaren i Scandinavian Journal of Primary Health Care kan citeras: »Lately, information from several countries indicates that many of these physicians are tired and frustrated, even burnt out. Many have even left their work as GPs, and there is now a shortage of doctors in primary health care« [8].

### Bredare ansats behövs

Jag tycker att arbetsmiljödiskussionen skulle starta mycket bredare än i käbblet om offentlig eller privat sjukvård eller listningsmodell kontra områdesansvar.

Är det något annat i den västeuropeiska läkarrollen i allmänhet och allmänläkarrollen i synnerhet som går utöver organisationsfrågor? Vad är det i så fall? Hur påverkas läkaren av den åldrande befolkningen med multisjukdomar? Patientkrav som är omöjliga att tillgodose? Polyfarmaci och en uppgivenhet inför patientkrav formulerade av och förenade med industrityrd problemlösning ledande till vanmakt: att finna en rimlighet i att vara evidensbaserad doktor i en västerländsk pillerkultur, där i grunden läkare inte kan lösa informationssamhällets stress, socialmedicinska problematik, alienation och nya sociala konflikter med invandring, flyktingmedicinska problem etc.

### Håller med Könberg

Låt oss börja denna diskussion om läkarrollen i stället för att kasta en läkargrupp in i ett ogenomtänkt förslag i förhoppning att det löser några arbetsmiljöproblem. Mitt alternativ på kort sikt lägger sig nära folkpartisten Bo Könbergs krav [9]: Kan inte landstingen redovisa hur

nationella handlingsplanen förverkligats ska staten ta tillbaka kanonpengarna. Ställda inför detta hot kommer landstingen att få eld i baken och leva upp till den blocköverskridande uppgörelse i riksdagen som var grunden för NHP. Gör inte landstingen detta är en nationell lagstiftning rimlig, men då utifrån ett väl genomarbetat förslag, evidensbaserat, och som tar tillvara de goda sidorna i svensk primärvård.

### Har inte analyserat vad som kan förstöras

Protos ingår i en genomtänkt strategi alltifrån den kuppade förändringen av DLF-ledningen 2002, ackurat via den rejäla förankrande tur som Famnis VD Göran Sjönell tagit socialminister Engqvist på i Norge – där ett nytt familjeläkarsystem liknande Protos införts – till att DLF-årsmötet den 4 april hamnar i privat- och husläkarvänliga Stockholm.

Men sorgligast är att Protos inte ens har försökt att analysera vad som kan förstöras i svensk sjukvård och att allmänläkarnas arbetsmiljö från många synpunkter kan försämrats. Hallelujakörer – som i senaste Distriktsläkaren – är inte bra för det kritiska tänkandet!

### Frågor

Den typ av analyserande frågor som jag saknar i Protos är:

- Vilka effekter fick husläkarförsöket i Sverige?
- Varför har inte familjeläkarna i Västmanland kunnat hindra ekonomin att skena? Landstinget har den snabbaste kostnadsökningen i Sverige, och underskottet är snart i klass med det i f d borgerligt styrda storkommuner som främjat privatiseringar. Har tyngre sjukvård i denna husläkarmodell förts över till länssjukvården? Försvåras samarbetet mellan allmänläkare och sjukhusspecialister? Etc.
- Hur står sig svensk allmänmedicinsk diabetesvård (samverkan distriktsläkare/diabetessköterska/länssjukvård) – vilken riskerar att slås sönder av Protosförslaget – i förhållande till privatpraktiserande allmänläkares vårdkvalitet ute i Europa?
- Inom överskådlig tid, så länge det finns brist på allmänläkare, vilka fördelningspolitiska konsekvenser får en fri etablering i hela landet?

### Referenser

1. Wiborgh M. Familjeläkarplattformen en konkretisering av tankarna i nationella handlingsplanen. *Läkartidningen* 2003; 100:440.
2. Ståhlberg B. Svensk primärvård behöver ett nationellt familjeläkarsystem. *Läkartidningen* 2003; 100:441-2.
3. Järhult B. Förslag till nationellt familjelä-

läkarsystem oförenligt med världens allmångs rätt. *Läkartidningen* 2003; 100:150-1.

4. Järhult B. Riksdagsbeslutet om den nationella handlingsplanen. Enqvist lägger grunden till det han vill undvika – en försäkringsfinansierad vård. *Läkartidningen* 2000; 97:5814-5.
5. Ohlin E. Lokala planer utan mätbara mål. *Läkartidningen* 2003; 100:104-5.
6. Willhelmsson S. Psykosocial working conditions among general practitioners and district nurses [dissertation]. Linköping

University Medical Disserta No 669. Linköping: Linköpings Universitet; 2001.

7. Rätt ut ur väggen. Han var en av de populäraste husläkarna. Björn Carlsson tillbaka efter sin utmattningsdepression. *Primärvårdens Nyheter* 9/2002.
8. Virjo I. The general practitioner needs to be made better known. *Scand J Prim Health Care* 2002; 20:193-4.
9. Folkpartiet kräver villkor för miljarder till primärvården. *Dagens Medicin* 4/2003.

## Korrespondens

Redaktör: Jan Lind, tel: 08-790 34 84, fax: 08-14 57 04, jan.lind@lakartidningen.se

## Tvivelaktig omvärdering av Roaccutan

II Under 2002 har Läkemedelsverket stramat åt möjligheten att förskriva Roaccutan, ett licenspreparat för svår acne reserverat för dermatologer. När det nu är dags att skicka in första rapporten och licensansökan för Roaccutan för 2003 enligt Läkemedelsverkets nya påbud, dyker följande funderingar upp.

Med förundran har jag och många kollegor med mig följt debatten och rapporteringen i pressen kring Roaccutan och dess biverkningar de senaste åren. Än mer förvånande är att professionen svänger med. Preparatet har ca 20 år på nacken och är väl inarbetat i dermatologpraxis sedan många år.

Sedan vi började med Roaccutan i Sverige på 1980-talet har vi standardiserade rutiner för kontroller och uppföljning både kliniskt och laboratoriemässigt. Biverkningar är kända. Översjuklighet i depression hos ungdomar med acne (med och utan behandling) är välkänt. Depression har ju ofta varit en indikation för aktivast möjliga acnebehandling; naturligtvis med samtidig adekvat behandling av depressionen. Nu skall vi plötsligt tänka tvärtom utan att övertygande argument finns för det.

### Vad den stora kursändringen nu?

Uppföljningar [1-3] finns att tillgå, och många andra studier. Indikationsglidning är legio vid goda och långa erfarenheter med läkemedel inom alla specialiteter. Det skall inte nödvändigtvis läggas klinikern till last utan kan tillskrivas erfarenhet och professionalism snarare än obskyra eller misstänkta skäl.

Andra dermatologpreparat, som inte är licenspreparat men med mycket biverkningar t ex Neotigason och Methotrexate, har inte till närmelsevis givit upphov till den stora skälva som Roaccutan-larmen har gjort. Värda att nämna är Desolett och Mercilon, vilkas behandling i pressen påminner om Roaccutan-drevet. De har inte belagts med restriktioner i Roaccutan-klassen trots att de inte ens används för någon sjukdom utan ges till friska flickor/kvinnor. Vems intressen tillvaratas? Diane med samma biverkningsprofil föll däremot i oproportionerlig onåd under 2002.

tioner i Roaccutan-klassen trots att de inte ens används för någon sjukdom utan ges till friska flickor/kvinnor. Vems intressen tillvaratas? Diane med samma biverkningsprofil föll däremot i oproportionerlig onåd under 2002.

### Vad beror detta på?

Har det att göra med vår syn på acne-sjukdomen? Rör det sig om bristande kunskap eller tron att det rör sig om en sjukdom av enbart kosmetisk valör? Kan det vara så att indikationerna skall snävas in i ett bistrare ekonomiskt samhällsklimat utan att man öppet vill tillstå att detta är orsaken? Har det att göra med bristande kunskap om hur preparatet används enligt nationell och internationell erfarenhet och väldokumenterad praxis?

Hur har dermatologspecialister i Sverige deltagit i beslutet om indikationsinskränkning, rapporteringsskyldighet och förnyelse av kliniklicens årligen?

Om man försöker påverka förskrivningsmönstret på detta mästrande sätt istället för genom konstruktiv diskussion inom professionen, då kan man möta lika ogenomtänkta motreaktioner.

Hur får vi dermatologer information om utfallet av vår rapportering? När skall vi sedan ånyo myndigförklaras?

### Sigrid Malmkvist Padoan

specialist i hud- och könssjukdomar,

Kristianstad

sigrid.padoan@telia.com

### Referenser

1. Chu A, Cunliffe WJ. The inter-relationship between isotretinoin/acne and depression. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 1999; 12:263.
2. Cotterill JA, Cunliffe WJ. Suicide in dermatological patients. *Br J Dermatol* 1997; 137:246-50.
3. Hull SM, Cunliffe WJ, Hughes BR. Treatment of the depressed and dysmorphic patient. *Clin Exp Dermatol* 1991; 16:210-1.