

tioner, budgetunderskott, bemanningsunderskott samt en ökad arbetsbelastning då allt fler patientgrupper flyttats ut till primärvården (utan medföljande resurser).

Nu har det äntligen hänt att våra fackliga företrädare i yrkesföreningar och inressesförening satt sig ner för att skapa ett underlag för en framtida modell. Att modellen är »läkarcentrerad« kan vid genomläsning av artikeln från Engström m fl lätt uppfattas som kritik. Men – det är faktiskt allmänläkarnas framtid som Läkarförbundet här slåss för!

### Vad anser Privatläkarföreningen?

Hur ställer sig då Svenska Privatläkarföreningen bakom Protosgruppens förslag:

- Vi tror att modellen är ett måste för att inom rimlig tid rekrytera läkare till svensk primärvård.
- Vi tror inte att det är avgörande hurvida vården drivs offentligt eller privat, men ser ett stort framtida rekryteringsvärde i att allmänläkaren/vårdcentralen själv kan välja driftsform!
- Vi tror att modellen snarast underlättar för läkaren att återta rollen som le-

dare för primärvårdsarbetet. Det är en av fördelarna med »läkarcentrering«. Samverkan med övriga vårdgivare i teamet upphör inte, tvärtom finns det förutsättningar för en utveckling. Kom ihåg att samverkan är en medicinsk överenskommelse, inte en administrativ rutin!

- Vi tror att en nationell modell drastiskt minskar risken för allmänläkarkåren att drabbas av landstingens godtycke. Därtill borde det minska landstingens oförmåga att tilldela primärvården de resurser som krävs, till exempel »kanonpengarna«! Det är också ett sätt att slippa upphandlingsprocesser där seriösa kolleger med god lokal förankring ofta slås ut av stora privata vårdföretag.

### Många kommer att välja bort landstinget

Kommer flertalet allmänläkare att välja att bli egna företagare med Protosmodellen? Det är inte helt säkert. Många kommer dock med säkerhet att välja bort landstingsanställningen. Här erbjuds möjligheter till kooperativ, delägarskap samt anställning i annat bolag – driftsformer där man har större möjlighet att

påverka utformningen av vårdcentralen, sin arbetsdag och sin miljö.

Så kom igen! Om vi kan få ett positivt gensvar för modellen har vi tagit ett viktigt första steg mot en bättre primärvård.

Som alltid måste nya modeller provas och justeras, och där har varje svensk allmänläkare en viktig roll att fylla. Det är först när var och en gör något åt sin egen vardag som resultat kommer; Protosmodellen är ett verktyg för detta genomförande.

### Attraktivare vardag

Så kan vi göra allmänläkarens vardag mycket mera attraktiv, så kan vi förhoppningsvis nå målet om 6 000 allmänläkare i Sverige – och först då kan patienternas lagliga rätt till fast allmänläkarkontakt infrias. Om det dessutom är 6 000 nöjda allmänläkare torde tillgängligheten bli optimal och kvaliteten på vården definitivt öka.

Se Protosgruppens förslag som ett steg i denna riktning och var med och påverka din framtida vardag! •

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

## Ny struktur krävs för patientfokuserad vård

Om inte den samlade primärläkar- och privatpraktikerkåren har någon lösning på sjukvårdens problem, var står då en sådan att finna? Vårt svar är att det behövs ett radikalt nytänkande, en ny sjukvårdsstruktur där revirgränser inte går på tvärs för patientintresset utan i stället samlar det medicinska och ekonomiska ansvaret för patienten. Det handlar om modeller för kundval och vårdpeng, skriver Erik Björn-Rasmussen och Dick Erixon.

ERIK BJÖRN-RASMUSSEN  
docent i invärtesmedicin, Stockholm  
[erik.b@swipnet.se](mailto:erik.b@swipnet.se)

DICK ERIXON  
redaktör och tidigare sjukvårdspolitiker,  
Stockholm  
[dick@erixon.com](mailto:dick@erixon.com)

II En del betecknade det som historiskt när ett gemensamt förslag till nationellt familjeläkarsystem under namnet »Protos« presenterades av Svenska distriktsläkarföreningen (DLF), Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svenska privatläkarföreningen (SPLF) och Sveriges yngre läkares förening (Sylf) i no-

vember 2002. Förslaget är ute på remiss till april.

### Järhults kritik

Bengt Järhult har levererat en rad kritiska synpunkter i Läkartidningen [1]. Han frågar sig »vad läkarkraften skall användas till: god läkartillgänglighet för enklare åkommor hos listade eller de svårare sjuka?«. Det finns risk att patienter »med svåra kroniska sjukdomar, lämnas därhän«.

Utifrån sitt genuina engagemang för den allmänna patientnyttan går Järhult mot strömmen och dömer ut Protosgruppens förslag som »en kompromissprodukt där de olika föreningarnas sär-

intressen tydligt lyser igenom«. I detta har han rätt, men frågan är bara: Om inte den samlade primärläkar- och privatpraktikerkåren har någon lösning på sjukvårdens problem, var står då en sådan att finna?

### Radikalt nytänkande behövs

Vårt svar är att det behövs ett radikalt nytänkande. Förnyelse måste för det första befrias från den politiska dogmatism som idag kännetecknar sjukvårddebatten. För det andra måste den – och där tror vi Järhult instämmer – stå fri från de särintressen som finns såväl i läkarkåren som på många andra håll. För det tredje måste vi börja betrakta sjukvården på samma sätt som patienterna gör – som en sammanhållen organisation med patientnyttan i fokus.

### Revirkamp

Vi som känner vården inifrån vet att vården minst av allt är en sådan sammanhållen organisation med ett gemensamt mål i sikte – patientens bästa. Vi vet att det pågår en ständig revirkamp [2]. Först mellan primärvården och specialistvården, där dragkampen om resurser just nu

står 18–82; 18 procent till primärvården mot 82 procent till specialistvården. Till detta kommer dragkampen mellan alla specialiteter inbördes.

Denna strid mellan revir är en logisk följd av att resurserna fördelas ur ett ovanifrånperspektiv och på politisk väg. Inte, som ju vore mer naturligt, ur ett patientnära underifrånperspektiv.

### Skarp uppdelning olycklig

Den skarpa uppdelningen mellan primärvård och specialistvård är en olycka för vården. Den är en rest av det skråtänkande som dominerade samhället i den moderna medicinens barndom. Uppdelningen drabbar de svårast utsatta patienterna mest, dem som såväl Bengt Järhult som vi ömmar för [3].

Det är kanske inte så många som tänker på det, men faktum är att vi bör värna om dessa patienter inte enbart ur etisk synvinkel utan också ur ekonomisk. Den minoritet av patienter som lider mest i den splittrade vårdapparaten förbrukar en oproportionerligt stor andel av sjukvårdens resurser.

Uppgifter från Region Skåne 1998 visar dessutom att de mest kostsamma patientfallen, nämligen de 3 procent av medborgarna som sänds runt i specialistvården utan samordning, förbrukar hälften av vårdens resurser [Regionkontoret Skåne. Pers medd 2000]. Att patienterna saknar samordning bevisas av att bara ett fåtal av dem hade besökt en primärvårdsenhet.

### Hur kommer vi vidare?

Hur söker man sig då framåt? Vi bör utgå från en position där vi står vid patientens sida och ser till vårdens verkliga villkor. De flesta av oss förmår inte göra denna saltomortal i omvärldsanalys, inlåsta som vi är i de många myter som frodas i sjukvårdens olika revir. Men låt oss göra ett försök.

Grundfrågan är: Vad vill patienten? Svaret är egentligen enkelt: Få en medicinsk service som svarar mot hennes efterfrågan. Ja, vi använder medvetet denna ekonomiska term »efterfrågan« även om den betyder förmåga och vilja att betala för en vara eller tjänst. För trots att vi betalar dyrt för vår sjukvård över skatten, så återstår ännu en uppoffring för alla patienter när de söker sig till sjukvården. Ingen underkastar sig för skojs skull lång väntan, olika medicinska ingrepp, medicinering och operation. Ingen söker vård i onödan.

Patientens efterfrågan måste tas på allvar. När en person mår sämre än hon brukar, utkristalliserar hon förr eller senare följande fyra frågor: Var och av vem kan jag få hjälp med detta? Vad är orsaken till att jag mår så här? Kan det

*Vi vet att det pågår en ständigt revirkamp. Denna strid mellan revir är en logisk följd av att resurserna fördelas ur ett ovanifrånperspektiv och på politisk väg. Inte, som ju vore mer naturligt, ur ett patientnära underifrånperspektiv.*

botas eller lindras? I så fall hur? Det vet alla som har lång yrkeserfarenhet av att i sitt kliniska arbete möta patienter. Ändå fokuserar inte sjukvården och dess organisation på dessa frågor.

### Sjukvårdens uppgift

Sjukvårdens uppgift är att leverera medicinsk service genom att tillsammans med patienterna söka svar på patienternas fyra frågor. Varken mer eller mindre.

För att kunna göra det krävs en ny sjukvårdsstruktur. En struktur där revirgränser inte går på tvärs för patientintresset utan i stället samlar det medicinska och ekonomiska ansvaret för patienten. En modell för en sådan struktur presenterades för första gången genom en studie hos Den Nya Valfärden och anmäldes i dessa spalter [4]. Diskussioner har sedan förts om olika varianter av patientstyrd struktur och har kallats kundval eller vårdpeng [5-8].

### Nya vägar

Men först nu tycks tiden vara mogen för ett seriöst och förutsättningslöst sökande efter nya vägar att göra sjukvården till en bättre och mer kreativ arbetsplats. En plats där alla personalkategoriernas kreativitet används på en mångfald olika sätt för att tillgodose patienters efterfrågan.

En patient vars efterfrågan tillgodoses behöver inte fortsätta att desperat söka sig runt bland olika enheter i jakten på svar. En förtroendefull relation mellan patient och vården är grundläggande för sjukvårdens uppgift och samtidigt en avgörande faktor för effektivt resursutnyttjande.

### Referenser

1. Järhult B. Förslag till nationellt familjelä-karsystem oförenligt med vårdens allemansrätt. Läkartidningen 2003;100:150.
2. Erixon D. Maktspelet i vården. Centrum för välfärd efter välfärdsstaten; 3. Stockholm: Timbro; 1999.
3. Björn-Rasmussen E. »Behandlande läkare« – en modell för kontinuitet för utsatta patienter. Läkartidningen 1986;83:2610-1.
4. Björn-Rasmussen E, Persson B, Werkö L. En ny sjukvårdsmodell för framtida bruk? (deb). Läkartidningen 1994;91:1581-2.
5. Björn-Rasmussen E. Läkarkåren måste bidra till sjukvårdens förnyelse (deb). Läkartidningen 1994;91:2668-9.
6. Björn-Rasmussen E. Sjukvården måste befrias från detaljstyrning (jämte) Replik: Järhult B. Incitament (kor). Läkartidningen 1994;91:3579-80.
7. Björn-Rasmussen E. Det går att spara stora pengar utan att sjuka drabbas (jämte) Replik: Järhult B. Incitamentets krona – och klave! (kor). Läkartidningen 1994;91:3773.
8. Hallén A. »Hälsopeng« skulle inte fungera utanför storstäderna (jämte) Replik: Björn-Rasmussen E, Bragée B, Engellau P, Isaksson O. Konkurrens till nytta även i glesbygd Läkartidningen 2001;98:339-40.