

Gör inte en svensk blåkopia av Norges fastlegeordning

Låt inte – med felaktig hänvisning till den norska fastlegeordningen – de resursstarkas krav på omedelbar tillgänglighet hos familjeläkaren, för vad krämpa det vara må, bli det singulära mått som styr primärvårdens förändring i Sverige! Det framhåller Bengt Järhult som läst en »nyanserad rapport om för- och nackdelar« om nyordningen i vårt västra grannland.

BENGT JÄRHULT
 distriktsläkare, Ryd och Öxnehaga; primärvårdens FOU-enhet, Jönköping
bengt_jarhult@hotmail.com

■ Har det nya norska familjeläkarsystemet – fastlegeordningen (FLO) – något att säga oss i Sverige? I bl a Läkartidningen fördes tidigare i år en omfattande debatt om sjukvårdsstruktur, kostnader och primärvårdsproblem utifrån Protosförslaget – och då var nyordningen i grannlandet på tapeten.

Familjemedicinska institutet (Fammi) har givit FOU-enheten i Östergötland ett utredningsuppdrag att belysa FLO. För många svenska läkare borgar trion Ing-Marie Hallgren, Sven Engström och Lars Borgquist (HEB) för kvalitet. De två senare namnen är knutna till Socialstyrelserapporten om evidens för utbyggnad av allmänmedicin (1999:19), en skrift som haft stor betydelse för primärvården och dess nationella handlingsplan

Många allmänläkare har fått ta del av HEBs rapport (Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon) som en sammanfattning på Fammis hemsida (www.fammi.se). Fammis sammanfattning »Norsk succé för patienterna« är klart vinklad. Rapportförfattarna har inte skrivit såsom uppdragsgivaren tänkt sig utan haft en vetenskaplig ansats.

Beskriver för- och nackdelar

Jag är inte ute efter att polemisera med Fammi men tycker att allmänläkarna i Sverige ska veta att detta är en nyanserad rapport om för- och nackdelar. Den norska utvecklingen, som inkluderar ett förstatligande av sjukhusen, röner för övrigt ett brett intresse i den svenska sjukvårdsdebatten, inklusive på Socialdepartementet.

Som helhet utsäger definitivt inte rapporten att fastlegeordningen är en succé för patienterna. Tillgängligheten och kontinuiteten för patienterna har förvisso kraftigt förbättrats, men till vilket

pris? Läkarrekryteringen är på ett plan en succé men – i svenskt perspektiv, där allmänmedicinsk kompetens anses betydelsefull för sluttjänst och disciplinens medicinska innehåll – närmast en katastrof. Endast hälften av fastlegene är specialister i allmänmedicin. Framför allt nyfärdiga (penninghungriga?) män har strömmat till och etablerat praktik.

Ekonomi

Är FLO en ekonomisk framgång? Kanske i läkarperspektiv. Lönerna har med prestationssättningen trissats upp för allmänläkarna, men vilket långsiktigt pris finns för individerna fångna i merarbete och uppskruvat tempo? Är det positiva som nu beskrivs, egenkontroll över arbetsmiljön, övergående? Är detta en process där egenföretagaren snart får minskat privatliv, ständigt ska vara tillgänglig och riskerar utbrändhet, särskilt i en konkurrenssituation när samhället inte längre vill eller kan acceptera kostnadsutvecklingen? Såsom utvecklingen idag är i Tyskland för många läkare.

Ur samhällets synpunkt måste kostnadsutvecklingen ge kalla fötter. År 2001–2002 beräknades kostnadsökningen för FLO bli 40 procent i jämförelse med året innan och totalkostnaden närmare 2 miljarder nkr. Men utfallet blev nästan 60 procents ökning! Alla de som påstår att en privatisering ger billigare vård borde studera kostnadsutvecklingen i Norge. HEB lyfter fram att fastlegene har en hög medvetenhet om vilket praxisbeteende, utifrån den i huvudsak prestationsrelaterade ersättningen, som är lönsamt.

Tillgänglighet och remisstvång

Det kan tänkas att en bättre tillgänglig allmänmedicinsk verksamhet som inkluderar remisstvång, som i Norge nu, minskar sjukhuskostnaderna. Innebär å andra sidan remisstväng ett sämre tillgodoseende av vårdbehov med på sikt ökade kostnader för komplikationer?

Fammis företrädare säger i sitt referat

av rapporten att den differentierade norska taxan gynnar svaga patientgrupper. Författartrion HEB skriver tvärtom efter samtal om praxisbeteendet i Norge: »Tunga och tidskrävande patientgrupper som multisjuka äldre eller patienter med psykosocial problematik upplevdes kunna bli missgynnade av den nuvarande taxesättningen«.

Om multisjuka äldre och andra med stora vårdbehov inte kommer till allmänläkarna och genom remisstväng inte får vård i tid kan kraftigt ökade kostnader för samhället uppstå. Rapporten konstaterar att »någon analys av den totala kostnaden har ännu inte gjorts«.

Avpolitisering

Styrningen av sjukvården har i Norge centraliserats, ett slags avpolitisering som säkert låter som ljuv musik för många svenska läkare. HEB redovisar inte några erfarenheter, men det demokratiska underskottet finns där. Vilka problem ligger om hörnet när professionens mäktiga egenintressen vad gäller sjukvårdsstruktur och ekonomiska motiv för handlandet inte överensstämmer med befolkningens behov?

Verksamheten då? Den avgränsade arbetsuppgiften, styrd via listan, upplevs positivt liksom den goda kunskapen om patienten, men vikarietäckning vid frånvaro ger problem. FLO har lett till att samarbetet med övriga yrkesgrupper i primärhelsetjensten inte prioriteras, då läkarna sätter sina egna direkta kontakter med patienterna främst. Det är naturligtvis allvarligt i Norge, men i svenskt perspektiv, där teamarbetet är så mycket mer utvecklat, direkt alarmerande.

Förebyggande arbete

Trots att den kommun där fastlegen verkar kan kräva 7,5 timmar/vecka i ickeskrivt arbete finner HEB »ett ganska entydigt budskap om att den förebyggande vården, folkhälsoarbetet samt forsknings- och utvecklingsarbete har låg prioritet«. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), som vill främja allmänmedicinsk forskning och som ställt sig bakom FLO-tvillingen Protos, har anledning att begrunda den norska utvecklingen.

Äldreomsorgen

Äldreomsorgen då, där Norge som Sverige haft problem med läkarmedverkan? Positivt är att FLO lett till att fastlege ta

ANNONS

git ett stort ansvar för enskilda patienter. Negativt är att sköterskorna genom listningen fått många kontaktytor. Det är samma problem som husläkarreformen på 1990-talet ledde till; ohanterlig läkar-tillsyn på äldreboenden och sjukhem, där dementas fria läkarval ställdes över medicinsk sammanhållen hög kvalitet och regelbundna läkarbesök.

Kommunala helsesystrar och sjukgymnaster redovisar liknande erfarenheter som i äldreomsorgen. HEB skriver: »Det man saknar mest är tillgången till läarkompetens i grupp- och områdesinriktat arbete. Särskilt i de områden, där man kommit långt med helsesenter-uppgyggnaden tidigare, dvs många samlade kompetenser med inriktning mot förebyggande arbete, upplever man att utvecklingen bromsats upp genom FLO.«

Här är parallellerna till den svenska vårdcentralmodellen med teamarbete uppenbara. FLOs effekter måste i huvudsak värderas utifrån den norska praktiken, där läkaren själv skriver sina journaler och sekreteraren tar blodprov och där andra personalkategorier lyser med sin frånvaro. FLO-inspirerade modeller typ Protos riskerar att slå sönder teamarbetet med diabetes-, preventions-, astma-, demens-, inkontinenssköterskor osv trots evidens om förbättrad vårdkvalitet med sådana sammanhållna organisationer.

Fått nog av halsbrytande omkastningar

Detta är det centrala i HEBs rapport, att förändringar i primärvårdsorganisationen måste sättas in i respektive lands historiska och kulturella sjukvårdssammanhang. Vi har fått nog i Sverige av halsbrytande, ogenomtänkta omkastningar i sjukvårdsorganisationen, utifrån ett tidsbundet politiskt opportunt mätetal eller samtalsämne, det må gälla antalet korridorvårdade utan sk eget boende före Ädel eller den enögda fokuseringen på kösituationen till vissa opererande specialiteter – med föga relevans för Hippokrates etiska bud om läkares uppgift, att alltid trösta etc.

Låt inte – med felaktig hänvisning till den norska fastlegeordningen – de resurstarkas krav på omedelbar tillgänglighet hos familjeläkaren, för vad krämpa det vara må, bli det singulära mått som styr primärvårdens förändring i Sverige! •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Ört- och »hälsopreparat« – en viktig orsak till avvikande laboratorieprov

Jag brukar inte hetsa upp mig så lätt men måste erkänna att jag blev upprörd över det geschäft och skojeri som verkar vara alltför vanligt i denna bransch, skriver Per Hansson efter att på en kongress i USA ha tagit del av rapporter om att »hälsopreparat« i flera fall, och »rimligen medvetet«, kontaminerats med receptbelagda, syntetiska läkemedel. Förhållandena är nog inte så mycket bättre i Europa och Sverige, befarar han.

PER HANSSON

docent, överläkare och verksamhetschef, laboratorerna för klinisk kemi och transfusionsmedicin, Södra Älvsborgs sjukhus, Borås
per.y.p.hansson@vgregion.se

II Örtmedicin och andra slags hälsopreparat har klara effekter på metabolismen (i vissa fall mycket uttalade sådana), och de kan dessutom direkt interferera i kemiska analysmetoder. Kliniskt avspeglas dessa effekter bl a i avvikande svar på laboratorieprov.

Kunskapen om detta i den medicinska professionen är nog inte särskilt stor; man hittar t ex ingenting om att hälsopreparat kan ge höga GT-värden i den debatt om GT och (orättvist) misstänkt alkoholism som under året förts i Läkartidningens spalter [1-3].

Litteraturgenomgång

Vid den amerikanska kongressen i klinisk kemi i Philadelphia nyligen ägnades en session åt detta problem. Dr Amitava Dasgupta från Houston hade gjort en extensiv sammanfattning av litteraturen [4], som jag försökt kondensera i Tabell I; se även [5-12]. Det allra allvarligaste är att flera fall finns belagda av (rimligen avsiktlig) kontamination i dessa preparat med *receptbelagda, syntetiska* läkemedel! Att det inte rör sig om enstaka »olycksfall i arbetet« (om man nu kan tala om sådana) framgår av att många olika substanser har använts: allt från Viagra till arsenik [12, 13].

Jag brukar inte hetsa upp mig så lätt, men jag måste erkänna att jag blev upprörd över det geschäft och skojeri som verkar vara alltför vanligt i denna bransch. Jag är också förvånad över bristen på kontroll via ansvariga myndigheter. Sessionen i Philadelphia rörde visserligen amerikanska förhållanden, men

så vitt jag förstår är situationen inte mycket bättre i Europa och Sverige. Man kan undra: Varför?

En hädisk misstanke

Enligt marknadsundersökningar [4] i USA är den genomsnittlige hälsopreparatsanvändaren högutbildad (college eller högre) och har ett välbetalt arbete. Kan det vara så – o, hädiska tanke! – att etablissemangen gärna äter sina hälsopreparat, och inte *vill* ha en alltför omfattande reglering?

För min del är i alla fall varningsflaggan hissad!

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Jag har inga kopplingar till hälsopreparatsindustrin och använder själv inga sådana preparat. Jag tycker att man ska ha en öppen och fördomsfri attityd till frågan om deras effekter.

Referenser

1. Tongue-Grönwall K. Förhöjt GT-värde utan känd orsak skapar problem för patienterna. Läkartidningen 2003;100:1740.
2. Öhlin AK. Kommentar: Den övre referensgränsen för GT kommer att höjas. Läkartidningen 2003;100:1740.
3. Ohlin H. Konsekvenser av oklart GT-värde. Läkartidningen 2003;100:2626.
4. Dasgupta A. Herbal medicines: toxicity, drug interactions and interference with laboratory tests. Mini workshop. American Association for Clinical Chemistry (AACC), 2003 Annual Meeting, Philadelphia USA, juli 2003.
5. Ernst E. Adulteration of Chinese herbal medicines with synthetic drugs: a systematic review. J Intern Med 2002;252:107-13.
6. Ernst E. Heavy metals in traditional Indian remedies. Eur J Clin Pharmacol 2002;57:891-6.
7. Ernst E. Toxic heavy metals and undeclared drugs in Asian herbal medicines. Trends Pharmacol Sci 2002;23:136-9.
8. Humberston CL, Akhtar J, Krenzelok EP.