



**Figur 1.** Skäl som 182 AT-läkare anser talar emot att de ska satsa på forskning i framtiden. Figuren redovisar de fyra av tio ursprungliga kategorier/skäl med högst medelpoäng. Figuren är baserad på data från Holmvall K, Wallberg-Henriksson H. Läkarestuderandes och AT-läkares syn på medicinsk forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2003. Figuren publiceras med tillstånd från källpublikationens författare.

inte möjlighet att söka specialistläkartjänster på andra sjukhus; förhandlingsläget gentemot den egna kliniken blir alltså mycket dåligt. Antalet LUA-ST-tjänster är dessutom begränsat. ST-läkare som inte forskar inom ramen för en LUA-tjänst får ingen automatisk löneförhöjning efter fem år.

### Ekonomiska förluster – ett exempel

För en ST-läkare, som i klinisk tjänst tjänar 30 000 kr/månad och som i samband med att han/hon blir färdig specialist förhandlar upp sin lön till 38 000 kr/månad, medför ett års forskning under ST med motsvarande förlängning av ST en förlust om ca 130 000 kr. Av denna summa motsvaras 30 000–40 000 kr av »underfinansiering« av själva forskningsmånaderna när vi jämför med kollegor i klinisk tjänst. (Vi har räknat med att halva forskningsledigheten finansieras av det egna sjukhuset med en ersättningsnivå motsvarande 90 procent av lönen och att övrig tid finansieras externt med 15 000 kr/månad [skattefritt]). Men den stora förlusten beror på att förhandling om specialistlön skjuts på framtiden med 12 månader. Under dessa månader ligger lönen i stort sett stilla för »forskaren« medan en icke-forskande kollega kvitterar ut ca 8 000 kr mer per månad (8×12 = 96 000 kr).

Vi känner inte till någon internationell studie som på ett kvantitativt sätt belyst i vilken utsträckning dåliga ekonomiska villkor avskräcker forsknings-

intresserade läkare från att forska [2]. Vi tror dock att det finns yngre läkare som avstår från forskning av ekonomiska skäl. Detta gäller främst på de orter där man blott får räkna in få om ens några månaders forskning utan förlängd ST-tjänst och senarelagd specialistläkarlön (Tabell 1).

Vetenskapsrådet lät nyligen intervjua 425 läkarstuderande och 182 AT-läkare angående forskning och klinisk tjänstgöring [3]. Rapportförfattarna konstaterar att »dålig ekonomisk kompensation för forskning« och »ökad arbetsbelastning« är de främsta skälen till att medicine kandidater och AT-läkare inte börjar forska (Figur 1). I diskussionsdelen skriver de (sidan 13): »Vidare måste arbetsgivaren ta ansvar för att kliniker som genomgår en forskarutbildning och en fortsatt forskarkarriär har en löneutveckling som är konkurrenskraftig.«

Detta är inte fallet idag.

### Handlingsplan

Vi anser det synnerligen rimligt och motiverat att viss tid för forskning accepteras i ST-tjänsten utan att denna förlängs. Forskarutbildningen ökar ST-läkarens kompetens att ta till sig nya kunskaper och kanske i många fall effektiviserar utnyttjandet av den kliniska ST-utbildningen. Forskning innebär ett mervärde för patienter, kollegor och för ST-läkaren själv. Att under sin forskarutbildning lära sig att kritiskt värdera artiklar, söka i medicinska databaser, ha ett veten-

skapligt förhållningssätt och kunna vetenskapliga metoder ger ett bättre patientomhändertagande som önskad biefekt. Forskning ger dessutom ofta en spjutspetskompetens inom ett visst område.

Vi föreslår därför att man oavsett tjänstgöringsort eller finansieringssätt ska ha rätt att räkna in 10 månaders forskning i sitt ST-block utan att detta förlängs. Detta motsvarar 2 månaders forskning per år, det vill säga en sjättedel av tjänstgöringstiden. Redan idag har man rätt att vara frånvarande en sjättedel av sin AT-tjänst på grund av forskning eller föräldraledighet utan att AT förlängs. En motsvarande reform av specialistutbildningen skulle inte helt upphäva de ekonomiska skillnader som råder mellan forskande och icke-forskande ST-läkare (och mellan olika universitetssjukhus i landet), men skulle vara ett sätt att få bukt med de värsta missförhållandena.

Därmed tror vi också att intresset för forskning bland ST-läkare skulle öka, liksom viljan att fortsätta forska efter disputation. En utebliven markering från ansvariga parter – såväl landstingen, Läkarförbundet som Socialstyrelsen – i detta ärende riskerar att ytterligare urholka intresset för forskning bland yngre läkare i Sverige. På sikt är patienterna de stora förlorarna om vi väljer att inte agera.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Vi har självklart ett ekonomiskt intresse vad gäller ST-läkarens ekonomiska villkor visavi forskning; det är själva syftet med artikeln (!). Något annat jäv föreligger ej.

### Referenser

1. Birath B, Fritzell A, Homman H, Regné H, Wadensjö E. Att doktorera eller inte doktorera – det är frågan. Visby: Sveriges Universitetslärarförbund (SULF); 2003.
2. Ley TJ, Rosenberg LE. Removing career obstacles for young physician-scientists – loan-repayment programs. *N Engl J Med* 2002;346:368-72.
3. Holmvall K, Wallberg-Henriksson H. Läkarestuderandes och AT-läkares syn på medicinsk forskning. Stockholm: Vetenskapsrådet; 2003.

# Fastelegeordningen i Norge har gett primärvården 700 nya läkare på två år

Reformeringen av norsk primärvård har på två år gett över 700 nya familjeläkare, 98 procent av befolkningen har nu en egen fast familjeläkare. Denna remarkabla scenförändring tycker vi är värd epitetet succé och något att överväga även i Sverige. Bengt Järhult gör en annan värdering, konstaterar Mikael Stolt.

MIKAEL STOLT

familjeläkare, projektledare, Familjemedicinska institutet (Fammi), Stockholm  
*Mikael.Stolt@fammi.se*

■ Det gläder oss att Bengt Järhult i sin artikel i Läkartidningen 37/2003 (sidorna 2872-3) uppskattar den rapport om den norska fastlegeordningen som tagits fram på Fammis uppdrag. Dessvärre är han oroad för att förhastade och felaktiga slutsatser ska dras för svenskt vidkommande. Han anser också att Fammi i en nyhetsartikel på webbplatsen [www.fammi.se](http://www.fammi.se) ger en felaktig bild av rapporten, »Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon«.

## 98 procent har egen familjeläkare

I början av år 2000 fattades det ca 850 familjeläkare i Norge, i mars 2002 hade bristen minskat till ungefär 130 [1]. På två år hade det alltså tillkommit över 700 nya familjeläkare. Tack vare det har 98 procent av normmännen kunnat få en egen fast familjeläkare. Den scenförändringen i norsk primärvård under de sista åren tycker vi är remarkabel. Det ligger därför nära till hands att redan nu beteckna det som succé för patienterna och det styrde rubriken i nyhetsartikeln.

I Linköpingsforskarnas rapport kommenteras den kraftigt förbättrade situationen för patienterna och befolkningen så här: »När den lagstadgade Fastlegeordningen infördes i Norge var förhoppningen att reformen skulle öka tillgängligheten till vården och medverka till att minska köerna. Dessa förhoppningar har också infriats (kanske över förväntan) och det måste lyftas fram som en mycket positiv effekt.«

Norges forskningsråd samordnar en omfattande och bred utvärdering av fastlegeordningen. Erfarenheter görs i också i vardagsarbetet. Tillsammans leder dessa till fortlöpande justeringar av avtalsinnehåll och ersättningsystem. Problemen med kontinuiteten i läkarmedverkan på äldreboenden, jourssystemet

och det förebyggande arbetet tillhör de områden som man ska lösa.

## Tiden kan vara på väg att rinna ut

Ett av de största problemen i svensk primärvård är ju bristen på fasta familjeläkare. 58 procent av svenskarna saknade familjeläkare år 2002 [2]. Framtidsutsikterna när det gäller rekrytering av familjeläkare för att täcka dagens brist och kommande pensionsavgångar ser osäkra ut. Även andra inslag i händelseutvecklingen, t ex planer på en nationell sjukvårdsrådgivning, närsjukvården och de ansträngda landstingsekonomierna, gör att tiden mycket väl kan vara på väg att rinna ut för svensk primärvårds del. Allt tyder på att det är hög tid att agera med nytänkande och kraft.

## Specialistbristen ett övergående problem

Bengt Järhult invänder att endast hälften av fastlegene är specialister i allmänmedicin. Men det är med största sannolikhet ett övergående problem. De flesta av de nya familjeläkarna håller på att utbildas till specialister i allmänmedicin, enligt uppgifter vi fått från Norge. Det finns ekonomiska drivkrafter inbyggda i fastlegeordningen genom att icke-specialister får lägre ersättning än specialister. I juni 2003 var andelen specialister i »allmänmedicin« 58 procent och andelen specialister i »samfunnsmedicin« 8 procent [1].

Dessutom kan man fråga sig om det inte är bättre att träffa en fast doktor med legitimation plus några års praktik, än en stafettläkare eller en AT-läkare på sjukhusets akutmottagning, som ofta sker i Sverige.

## Kostnadsökningen inte märklig

När det gäller kostnaderna för fastlegeordningen och för ett eventuellt framtida svenskt nationellt familjeläkarsystem är det inte så konstigt att dessa ökar. En ersatt verksamhet måste få kosta mer för att den ska fungera och kunna fylla sin uppgift. Det är belagt att det lönar sig att satsa på en väl fungerande första lin-

jens sjukvård byggd på personlig vård av fasta familjeläkare [3, 4].

Vi hade också önskat oss en mer fullständig redovisning av de samhällsekonomiska konsekvenserna av fastlegeordningen. Men frågan är om det någonsin kommer att gå att få entydigt svar på vad fastlegeordningen kostar och ger tillbaka i form av vinster i hela sjukvården. Samtidigt har sjukhusystemet förändrats, de norska sjukhusen ägs numera av staten och drivs av fem regionala hälsoföretag.

## Hur vill Järhult lösa bristen i Sverige?

Vi på Fammi och Bengt Järhult lägger troligen vikt vid olika saker när vi bedömer fastlegeordningen och rapporten »Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon«. Det kan förklara den skillnad i tolkning som Järhult påpekat. Vi vet därmed mycket om vad Järhult tycker inte ska göras. Vi väntar med spänning på hans förslag om hur man ska kunna lösa läkarbristen i svensk primärvård lika snabbt som i Norge.

## Referenser

1. Styrningsdata för fastlegeordningen, 2 kvartal 2003. Rikstrygdeverket 22.08.03. Oslo: Rikstrygdeverket; 2003.
2. Socialstyrelsen. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Årsrapport 2002. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
3. Socialstyrelsen. Allmänmedicinens bidrag till effektiv resursanvändning i hälso- och sjukvården – en litteraturstudie över primärvårdens kostnader och kvalitet i Sverige och andra länder. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999. SoS-rapport 1999:19.
4. Starfield B. Primary care: Balancing health needs, services, and technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.

## ■ Fastlegeordningen

Den 1 juni 2001 genomfördes Fastlegeordningen (FLO) i Norge. Reformen innebär att alla invånare efter eget val får lista sig hos en allmänpraktiserande läkare benämnd fastlege. 90 procent av fastlegene arbetar som egna företagare med individuella avtal med respektive kommun och ersätts enligt en nationell taxa.

## Replik:

# Fammis åsikter i fast läge

Det jag efterlyst är en helhetsbedömning av fastlegeordningen och att inte Fammi propagandistiskt väljer ut ett enda mått för primärvården, tillgängligheten. Jag är övertygad om att rekryteringen till svensk allmänmedicin mycket kraftigt kan förbättras utan att slå sönder det som är bra, och där Norge ligger långt efter.

### BENGT JÄRHULT

distriktsläkare, Ryd och Öxnehaga; primärvårdens FoU-enhet, Jönköping  
[bengt\\_jarhult@hotmail.com](mailto:bengt_jarhult@hotmail.com)

II Fammi ger via Mikael Stolt inte någon godtagbar förklaring till varför man på sin hemsida gjort en vinklad resumé av rapporten »Norsk Fastlegeordning sedd med svenska ögon«. Sammanfattningen »succé« passar ju inte när fastlegeordningen (FLO) från många synpunkter försatt äldrevården i ett sämre läge, brister i kostnadskontroll och lågprioriterar preventionen och teamarbetet med sina avgörande kvaliteter för patienterna. Detta är inte något tolkningsproblem som Stolt tror. Det jag efterlyst är en helhetsbedömning av FLO och att inte Fammi propagandistiskt väljer ut ett enda mått för primärvården, tillgängligheten.

### Andra sätt att förbättra rekryteringen

Nu vill Stolt veta hur jag ska lösa läkarbristen i svensk primärvård lika snabbt som i Norge. För mig är det inte önskvärt att göra det – om priset är att få de många nackdelar som redan finns dokumenterade för FLO och innan andra problem är värderade, t ex att praktiker håller på att bli handelsvaror där insatser på miljoner av egna medel behövs för att kunna arbeta i FLO. Men jag är övertygad om att rekryteringen till svensk allmänmedicin kan förbättras mycket kraftigt utan att slå sönder det som är bra i svensk primärvård, och där Norge ligger långt efter. Jag har redan skissat min modell i debatten om Protos, det FLO-inspirerade husläkarsystemet (Läkartidningen 10/2003, sidorna 869-70). Det finns ett bra blocköverskridande riksdagsbeslut om den Nationella handlingsplanen. Det gäller att få landstingen att uppfylla beslutet som de fått pengar för. Min modell är en ytterligare stimulans för att inrätta tjänster, göra primärvårdsläkare löneledande, garantera ST-tjänster i allmänmedicin m m.

Tillika har jag angivit en finansiering.

Skattebetalarna står idag indirekt för kostnaderna för läkemedelsindustrins marknadsföringsapparat, där inte minst allmänläkarna är måltavla. Det leder till en icke rationell läkemedelsförskrivning som landstingen dyrt får betala. Jag har föreslagit att allmänläkarna via SFAM/DLF avsäger sig hälften av marknadsföringen mot att producentobunden läkemedelsinformation förstärks.

De sänkta läkemedelspriserna (framförhandlade av Läkemedelsförmånsnämnden genom besparingar i reklam) finansierar primärvårdssatsningen. Vill man inte göra kopplingen mellan förstärkt allmänläkavård och minskat slöseri med skattemedel för läkemedelsreklam får man finansiera den nödvändiga primärvårdssatsningen på annat sätt.

### Brev från kollega

En kollega, som är väl förtrogen med nordisk allmänmedicin och som arbetat i ett FLO-liknande system i ett grannland, skriver till mig:

»Tack för att du formulerar dig i frågan om FLO och Protos i Läkartidningen. Jag misstänker att vi är många som antingen inte har ork och tid att sätta oss in i frågan eller som redan känner oss så överkörda av nya organisationer att vi helt slutat att reagera. I frågan om allmänmedicinens framtid upplever jag, som kanske också du, att vi till stor del blir förbisprungna och att den allmänna uppfattningen i allmänläkarkåren är en helt annan än den som formuleras i Protos. Jag känner också sedan tidigare till det danska systemet relativt väl. Mina erfarenheter och slutsatser är väldigt blandade och jag anser att det finns tunga skäl för oss här i Sverige att inte utveckla något som liknar det danska eller norska allmänläkarsystemet:

- en egentligen föråldrad läkarcentrering – gentemot det vi försöker utveckla av modernt dynamiskt teamarbete – samt den totala knytningen till egna listan med ekonomin som morot och piska
- unga kvinnor göre sig ej besvär i hän-

delse av graviditet! Detta har jag diskuterat nu med danska kollegor som tydligt uttrycker att barnafödande och allmänpraxis inte går att förena. (jfr att den norska stora tillströmningen av icke-specialister till FLO i hög utsträckning är unga män; min anmärkning, BJ). Samtidigt tycker jag det är ett uppenbart problem att Fammi verkar svälja FLO till den grad att det är svårt att kritisera eller hävda andra avvikande synpunkter. Om för- och nackdelar med det danska respektive norska systemet blir mer välkända tror jag att våra kollegor över landet kommer vara betydligt mindre övertygade än vad just nu Fammi och Sjönell verkar vara.«

Det är i detta perspektiv som många allmänläkare med mig upplever Fammis vinklade hemsidor som problematiska.

Norska debattörer synes ha en mer förutsättningslös inställning än Fammi, att döma av en artikel i Utposten [2003; 32 (nr 4): 21-4]: »Fastlegeordninga i Sogn og Fjordane – suksess eller fiasco?«. Petter Øgar redovisar för ett landsbygdsdistrikt att FLO inte löst rekryteringen, och skriver: »Fastlegeordninga har gjennom sin tilknytningsform for legane bidrege til (ytterlegare) å fjerne allmennlegane frå den kommunale organisasjonen og har vanskeleggjort realiseringa av ein integrert og samhandlande kommunehelseteneste.« •

## Slutreplik:

# Många bakom Protosförslaget

Fastlegeordningen och Protosförslaget är inte något som Fammi och några få andra pysslar med i sin egen lilla lekstuga. Protosförslaget har brett stöd och arbetet med att utveckla och verka för att det genomförs pågår nu på olika sätt.

II Vi har förstått att Bengt Järhult ser många faror och potentiella nackdelar med den norska fastlegeordningen ur ett svensk perspektiv. Hans idéer om hur

svensk primärvård kan utvecklas och fler familjeläkare rekryteras är väl värda en diskussion även om det inte klart framgår hur de ska kunna leda till ökad rekrytering. Jag föreslår att han kontaktar Distriktsläkarföreningen (DLF) och strävar efter att den vägen bli inblandad i resonemangen kring hur primärvården och familjeläkarkåren kan stärkas. Bengt Järhult är också välkommen till Fammi för fortsatt diskussion.

Det vittnesmål, från en som varit med, som Järhult presenterar innehåller också det många tänkvärda synpunkter som bör beaktas om och när ett framtida svenskt nationellt familjeläkarsystem arbetas fram. Det är i det sammanhanget viktigt att framhålla att fastlegeordningens införande, efter många och genomgripande diskussioner bland Norges familjeläkare, stöddes av en klar majoritet och att kåren sedan agerade enigt utåt. Olika åsikter fanns och finns precis som i Sverige. Systemet är framförhandlat mellan Norges motsvarigheter till DLF och Läkarförbundet å ena sidan och staten och kommunerna å den andra. Det har sannolikt haft en positiv inverkan på dess utformning och acceptans.

### **Inte vår egen lilla lekstuga**

Fastlegeordningen och Protosförslaget är inte något som Fammi och några få andra pysslar med i sin egen lilla lekstuga. Protosförslaget om ett nationellt familjeläkarsystem har efter att ha varit på remiss hos lokala DLF antagits vid DLFs fullmäktigemöte den 4 april i år. Även Svensk förening för allmänmedicin, Svenska privatläkarföreningen och Svensk förening för yngre läkare står bakom förslaget. Arbetet med att utveckla förslaget vidare, och verka för att det genomförs, pågår nu på olika sätt enligt uppgifter vi fått.

### **Läkarförbundets inställning**

Bernhard Grewin, ordförande i Läkarförbundet, leder en intern arbetsgrupp som ska förbereda förbundets ställningstagande till Protosförslaget och hela sjukvårdspolitiken. Sjukhusläkarna lade våren 2002 fram ett program, »Kunskapsstyrd vård – ökat professionellt inflytande«. Det innebär bland annat att staten ska ta över ansvaret för att finansiera och styra den högspecialiserade sjukvården vid regionsjukhusen, samt för att finansiera den specialiserade vården. Bernhard Grewin ser inte någon motsättning mellan Protosgruppens och sjukhusläkarnas förslag.

**Mikael Stolt**

*familjeläkare, projektledare,  
Familjemedicinska institutet, Stockholm  
Mikael.Stolt@fammi.se*