


# Närsjukvård – nya revirstrider eller patientorienterad vård?

 Utvecklingen inom vården, med ökad specialisering och fragmentering, är i otakt med utvecklingen mot fler sammansatta vårdbehov. Närsjukvård föreslås inom flera landsting lösa existerande samverkansproblem. En framgångsrik utveckling förutsätter nya professionella drivkrafter för de medicinska professioner som berörs. Annars är risken stor för nya och uppslitande revirstrider, denna gång mellan allmänläkare, internmedicinare och geriatriner.

ANDERS ANELL

docent, projektledare, Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi (IHE), Lund.

II Strukturfrågorna i svensk vård och omsorg har på nytt blivit högaktuella. På nationell nivå har flera utredningar initierats som kan leda till nya förutsättningar och ett ökat statligt engagemang. Flertalet av världens intressenter, med läkarnas olika organisationer i spetsen, ger samtidigt sina egna förslag på hur de framtida strukturerna borde se ut. Sett till konkreta förändringar kommer nya initiativ främst från landstingen själva. Nya lösningar med en uppdelning i s k närsjukvård respektive mer specialiserad vård har utvecklats. För närsjukvården diskuteras inte minst hur den vård och omsorg som behövs ofta och som ska finnas nära patienterna bör organiseras [1].

En kritisk betraktare av svensk hälso- och sjukvård kan snabbt notera den förhållandevis korta överlevnadstiden för nya modeller och idéer. Det finns en ständig jakt på »nya« lösningar som ska lösa grundläggande problem med hur resurser ska användas på bästa sätt [2]. Inte sällan finns en stor diskrepans mellan de omfattande och välgörande reformer som diskuteras och de förändringar som faktiskt genomförs. Eftersom modellerna när de väl införs sällan är så bra som utlovats fortsätter letandet efter nya lösningar. Kommer detta mönster att upprepas även för närsjukvården?

En viktig förklaring bakom problemen med att genomföra förändringar i hälso- och sjukvården kan sökas i de villkor som gäller för politiskt styrda organisationer [3]. Det finns en tendens till att retoriken blir viktigare än de förändringar som faktiskt genomförs. Om politiker har som målsättning att maximera antalet röster vid val kan det vara helt rationellt att skilja mellan det som sägs, det som beslutas och det som faktiskt görs. Genom

att tala om omfattande förändringar kan man fånga röster från dem som vill ha förändring. Med mer försiktiga förändringar i praktiken kan politiker även blidka dem som är motståndare till en förändring. Sett ur ett politiskt perspektiv kan det vara viktigare att tala om förändringar än att faktiskt genomföra dem.

Men att verksamheten är politiskt styrd kan knappast förklara alla svårigheter som kan förknippas med strukturförändringar i svensk hälso- och sjukvård. Problem med att ändra i strukturerna och integrera verksamheten utifrån patienternas behov finns också i andra länder med privat driftsansvar. Detta tyder på att det också finns andra faktorer som påverkar om förändringar i hälso- och sjukvården genomförs eller inte.

## Strukturen »under ytan« viktigast

De flesta politiker och administratörer med några års erfarenhet av hälso- och sjukvård är väl medvetna om den kollektiva makt som läkare har. Oftast brukar detta beskrivas i termer av att »man måste ha den medicinska professionen med sig« för att åstadkomma förändring. Fokuseringen på läkarna är i sin tur kopplad till att dessa i stort sett har monopol på alla beslut om att påbörja, ändra eller avsluta behandling av patienter.


Läkarna själva tycker inte så sällan att de har ganska litet inflytande över vården och absolut inget inflytande när det gäller övergripande strukturer. Även om meningarna går isär när det gäller hur strukturerna borde se ut är man vanligtvis överens om att läkare borde ha mer inflytande och att man har tappat i inflytande jämfört med tidigare. Det är intressant att notera att denna syn på det egna inflytandet tycks gälla också på andra håll i världen [4]. Även om enskilda läkare uppfattar att deras inflytande är begränsat blir emellertid det kollektiva inflytandet stort. Nya behandlingar in-

troduceras vanligtvis utan beslut av vare sig politiker eller administrativa ledningar, som formellt sett har det yttersta ansvaret för hur resurserna ska fördelas. Så växer strukturerna fram under ytan av de formella ramarna.

Hälso- och sjukvården i Sverige, liksom internationellt, är därför i hög grad organiserad utifrån utvecklingen av medicinsk kompetens och inflödet av ny kunskap och teknologi. Bland läkarna har det av flera skäl funnits en strävan till specialisering, som i sin tur haft mycket stor betydelse för sjukvårdens utveckling. Specialiseringen har varit en förutsättning för hälso- och sjukvårdens framgångar men har även haft en baksida. De närsjukvårdstankar som formats i flera landsting under senare tid kan delvis ses som uttryck för ett ökat missnöje med hälso- och sjukvårdens oförmåga att integrera alla specialiserade tjänster.

## Professionella drivkrafter i vården

I likhet med förutsättningarna inom andra professioner innebär läkaryrket en personlig karriär, som delvis är oberoende av ett klättrande i hierarkier där allt fler med nödvändighet slås ut ju närmare toppen man kommer. Den professionella karriären görs i stället genom förkovran och fördjupning i arbetet och genom arbete med den kunskap som är själva grunden för professionens rätt att utföra visst arbete [5]. Därmed inte sagt att läkare inte skulle konkurrera med varandra eller att konkurrensen skulle vara mindre uttalad än i traditionella hierarkier. Det pågår en ständig kamp om vem som ska ha rätten att utföra visst arbete och vem som ska ha

 *Det pågår en ständig kamp om vem som ska ha rätten att utföra visst arbete och vem som ska ha störst inflytande över olika patientgrupper.*

*Det innebär i sin tur att strukturförändringar nästan alltid genomförs under sämsta tänkbara villkor, när utrymmet för investeringar i ny kompetens eller nya samverkansformer är som mest begränsat.*

störst inflytande över olika patientgrupper. Det gäller t ex huruvida allmänläkare eller andra läkarspecialister ska ha ansvar för olika patientgrupper, om sjuksköterskor ska ha rätt att förskriva vissa mediciner, om patienterna ska ha möjlighet att gå direkt till sjukgymnaster utan remiss från läkare osv.

Vanligtvis vinner den profession som är bäst organiserad och som har den mest utvecklade kunskapsmassan [5]. Sett i ett historiskt perspektiv har läkarnas ansvarsområde successivt utvidgats, vilket tyder på stor framgång i utvecklingen av kunskapsmassan liksom i professionens organisation. För läkarnas del uppfattas sannolikt konkurrensen inom den egna professionen som mer betydande än den med andra professioner inom hälso- och sjukvården. Det är också den interna konkurrensen bland läkare med olika specialinriktningar som haft störst betydelse för sjukvårdens organisation och struktur. Den medicinska utvecklingen och konkurrensen har lett fram till en långt driven systematisering av kunskaperna. År 2003 fanns i Sverige sammanlagt 62 olika specialiteter [6], vilka kan betraktas som egna subprofessioner.

Sociologen Andrew Abbott menar att en process mot ökad specialisering och systematisering, som resultatet av konkurrens om rätten till visst arbete, återfinns inom alla professioner. Utvecklingen får enligt Abbott [5] också konsekvenser för den service som tillhandahålls: »Where professional knowledge is highly systematized, complex problems are likely to be ignored. Parts of them will be handled by various professions, but there will be no service to them as unified wholes.« Vi kan dra direkta paralleller till diskussionerna om att svensk hälso- och sjukvård är fragmenterad och dåligt rustad att ta hand om patienter med sammansatta vårdbehov.

Ett närliggande problem är »profes-

sional regression«. Med detta menas att professionell konkurrens leder till att verksamheten delvis utvecklas bort från de uppgifter som utgör den ursprungliga kärnan, nämligen att lösa klienternas problem. Förklaringen till detta mönster återfinns i vad som ger intern status inom en profession. Ju mer enskilda professionella sysslar med rent kunskapsuppbyggande arbete, desto mer status får man hos andra inom professionen. Högre status återfinns vanligtvis hos akademiskt verkssamma, medan de professionella som ska möta vanliga klienter har lägst status »because they work in environments where professional knowledge must be compromised with client reality« [5].

### Rangordning mellan specialiteter

För läkarnas del har flera studier av skillnader i status mellan olika specialiteter och sjukdomar genomförts, de flesta i USA [7, 8]. En undersökning av norska läkares uppfattningar [8] återspeglar ganska väl de statusskillnader som uppmärksammas även i andra studier. Sett till sjukdomar återfanns i denna studie hjärtinfarkt, leukemi och hjärntumör i topp, medan fibromyalgi, skrumplever, depression, ångest och schizofreni återfanns i botten på skalan. Bland medicinska specialiteter rankades neurokirurgi, kardiologi och toraxkirurgi högst medan geriatrik rankades lägst följt av hud, psykiatri och allmänmedicin. I en allmän konklusion konstaterar författaren att sjukdomar med hög prestige kan lokaliseras till ett bestämt organ högt upp i kroppen (allra helst hjärtat), sjukdomar som tillkommer hastigt och är dödliga men som man samtidigt kan göra något åt (gärna med högteknologi) så att patienterna (helst unga och medelålders) snabbt blir friska och tack samma. En sjukdom med låg prestige återfinns längre ned i kroppen eller kan inte bestämmas till visst organ. Den utvecklar sig sakta och med oklar diagnostik, drabbar främst äldre eller följer av osund livsstil. Andra kännetecken är att effektiv behandling saknas, vilket i sin tur leder till att patienterna blir hjälplösa, krävande eller kanske rent av elaka. Sambandet med rangordningen av medicinska specialiteter är tydligt.

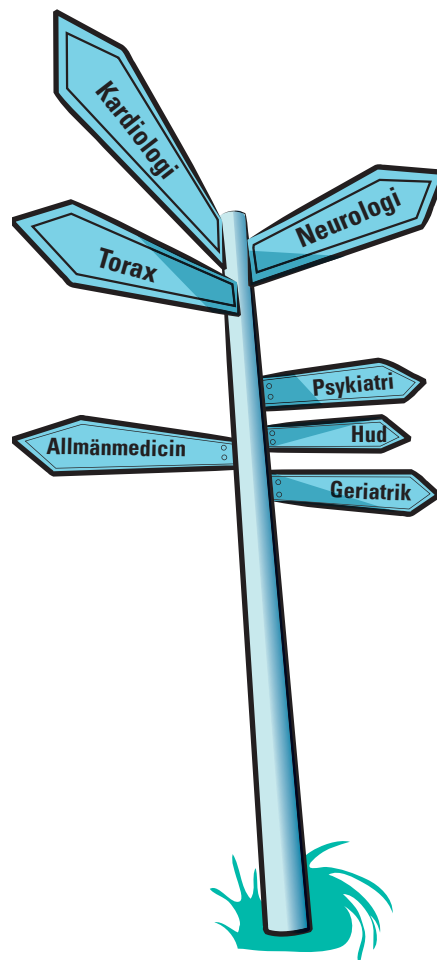
Skilda specialiteter har också olika förutsättningar att avgränsa sitt åtagande. För högspecialiserad och organinriktad vård gäller att man har mycket goda möjligheter att avgränsa och själv definiera sitt uppdrag: »det här är vi bäst på, övrig sjukvård får andra ta hand om«. För t ex medicinska kliniker gäller däremot att flertalet patienter läggs in akut, och möjligheterna att avgränsa och planera uppdraget är sämre än i annan specialiserad sjukhusvård. Sämst förutsättningar att

själv avgränsa och definiera sitt uppdrag har primärvården och allmänläkarna.

Skillnader i status och förutsättningar har också påverkat olika specialiteters möjligheter att rekrytera nya läkare. Studier av amerikanska förhållanden har visat att läkarstudenter som planerat att specialisera sig som familjeläkare i större utsträckning än andra tänker om och väljer andra specialiteter [9], inte beroende på negativa erfarenheter av familjeläkarens villkor, utan snarare på positiva erfarenheter av andra specialiteter. Det gäller främst uppfattningen att arbetet som familjeläkare inte ger tillräcklig prestige, att det intellektuella innehållet uppfattas som mindre utmanande samt att det är svårt att behärska kunskapsområdet och bli en expert.

### Spelet om resurserna

Sett till tidigare förhållanden har hälso- och sjukvården till stor del ersatts utifrån de kostnader som uppkommit. Det innebär i praktiken att de professionella drivkrafterna avgjort resursfördelningen. Hög status har sannolikt givit fördelar i samband med fördelningen av resurser. Specialistvården vid sjukhusen har premierats. Önskemål från både sjukvårdspolitikerna och administratörerna att flytta ut specialisterna från sjukhusen och satsa



mer på primärvård är numera en 30 år gammal idé som ännu är högaktuell.

Det är inte bara satsningarna på primärvården som visat sig svåra att driva igenom. Andra initiativ som bryter mot den traditionella statusordningen är Socialstyrelsens tidigare översyn av läkares specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter [6]. Utredningen tog klart ställning för en inriktning med fler läkare med bred kompetens. Med utgångspunkt i tidigare resonnement om professionella drivkrafter är det inte förvånande att företrädare för specialiteter som berördes negativt protesterade. [Se debattinlägg i t ex Läkartidningen nr 8 och 14/2003, samt i Dagens Medicin 2002-06-18, 2002-11-12, 2002-11-19 och 2002-12-17.]

Det är alltså ganska tuffa förutsättningar som möter den politiker eller administratör som har ambitionen att påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården eller de förhållanden som avgör denna. Förslag på omfördelningar möts av kritik från negativt berörda verksamhetsföreträdare, som argumenterar utifrån »sina« patienters behov och hela den kunskap som den egna specialiteten företräder. Sett ur de professionellas eget perspektiv ska makt och inflytande i första hand baseras på att man behärskar professionens kunskaper. Det gör varken administrationen eller politikerna.

För att ytterligare förklara svårigheterna med att omfördela sjukvårdens resurser måste även incitamenten bland de centrala beslutsfattarna beaktas. Man kan då snabbt konstatera att alla svåra beslut ger upphov till höga och personliga »beslutskostnader« [10]. Det handlar helt enkelt om att politiker och andra beslutsfattare måste möta alla motargument från »förlorarna«. De måste stå ut med att bli utskälda, bli a i medierna. Samtidigt finns ingen personlig vinning i genomförandet, lönen är densamma om man lyckas eller inte. Sannolikheten för att förlora sitt jobb kan till och med vara större om man skulle lyckas med genomförandet. Därför finns också ett naturligt motstånd mot att engagera sig i obehagliga beslut. Stödet från politiker vid strukturförändringar eller omfördelning av resurserna är sällan särskilt starkt eller uthålligt. Då är det inte så konstigt att resursfördelningen följer minsta motståndets lag och att de strukturella förändringarna uteblir. De professionella drivkrafterna blir styrande då det »kostar« för mycket att försöka påverka förhållandena.

Korrigeringar i strukturer eller omfördelning av resurser sker därför i stor utsträckning när de ekonomiska villkoren tvingar fram nya lösningar. Det innebär i sin tur att strukturförändringar

## *Mot bakgrund av tidigare revirstrider är det inte förvånande att allmänläkarnas historia präglats av ambitioner att hitta en egen identitet och en unik kompetens.*

nästan alltid genomförs under sämsta tänkbara villkor, när utrymmet för investeringar i ny kompetens eller nya samverkansformer är som mest begränsat.

### **Nysatsning utifrån primärvårdstanken**

Sett i ett historiskt perspektiv är närsjukvården inte en helt ny företeelse. De honnörsord som en gång i tiden formulerades för primärvården – helhetssyn, primärt ansvar, närhet och tillgänglighet, kontinuitet, kvalitet och säkerhet, samverkan – gäller idag för närsjukvården. Definition av innehåll och kompetenskrav i närsjukvården motsvarar åtminstone delar av det som fanns skrivet om primärvården i början av 1970-talet. Men primärvården har därefter utvecklats i en delvis annan riktning och har inte fått den breda inriktning man ursprungligen tänkte sig.

Utvecklingen av primärvården har också gått trögt [11, 12]. Under slutet av 1970-talet uppkom revirstrider med främst barnläkare, gynekologer, öronläkare och kirurger om vem som först skulle ta emot patienter med specifika besvär [13, 14]. Det hävdades att allmänläkarna var en onödig och fördyrande vårdnivå som skulle leda till sämre vårdkvalitet. Allmänläkare behövdes, menade Gyllensvärd m fl [13], men deras verksamhetsfält borde avgränsas till »triangeln invärtesmedicin–långvård–sällsällsmedicin«, där de framtida behoven dessutom uppfattades som omfattande.

Även om revirstriderna med just barnläkare och kirurger dog ut tycks frågan om allmänläkarnas kompetensområde vara ständigt aktuell. Förslagen att utveckla en närsjukvård med primärvård och allmänläkare som bas har t ex utlöst reaktioner från internmedicinare. Det hävdas att det är farligt för både ekonomi och patienter att låta allmänläkare ta ansvar för t ex multisjuka äldre [15] eller mera generellt att det är orealistiskt att låta allmänmedicinen ta ansvar för närsjukvården [16]. Internmedicinarnas inlägg har i sin tur bemötts av geriatriken, som menar att man själv har bäst kompetens vad gäller multisjuka äldre

[17]. Tongångarna känns igen även om stridigheterna omfattar nya patientgrupper och specialiteter.

Mot bakgrund av tidigare revirstrider är det inte förvånande att allmänläkarnas historia präglats av ambitioner att hitta en egen identitet och en unik kompetens. Detta sökande kan anses vara ett långsiktigt överlevnadsvillkor för allmänläkarna, eftersom den djupa biomedicinska kunskapen alltid kommer att finnas hos andra. Resultaten av detta sökande har lett fram till en inriktning på individkompetens som allmänläkarens huvudsakliga komparativa fördel [18]. Denna individkompetens anses vid sidan av generalistkompetensen (att kunna tillräckligt om mycket) och expertkunskaperna i vanliga sjukdomar (som man ser oftare än andra specialister) ge allmänläkaren en egen inriktning.

Utvecklingen mot individkompetens som komparativ fördel gentemot andra specialister har dock inte varit självklar, inte ens för allmänläkarna själva [18]. Den är också problematisk sedd utifrån hur professioner traditionellt bestämmer vem som ska ha rätten att utföra visst arbete. Med utgångspunkt i generalistkunskaper och individkompetens skulle allmänläkarna principiellt kunna hävda rätten till ansvar för alla patienter i vårdens första linje. Men det förutsätter att två villkor är uppfyllda. För det första måste det finnas acceptans för att just individkompetens ska vara avgörande. För det andra måste allmänläkarna visa att man är bättre på denna kompetens än andra. Så länge individkompetensen inte tydliggjorts och accepterats som rationell grund av både patienter och andra specialister är inte striden avgjord. Om det är biomedicinsk kunskap som patienterna söker spelar det heller ingen roll hur framgångsrika allmänläkarna blir i sin uppbyggnad av individkompetens. Åtminstone i de geografiska områden där vårdutbudet är väl utbyggt har andra specialister vunnit innan slaget ens börjat. Allmänläkarna och primärvården kan fortfarande få en roll som »grindvakter« i hälso- och sjukvården, men uppdraget kommer i så fall från politiker snarare än från patienterna. Det är en viktig skillnad.

### **Betoning på samverkan**

Det finns också nya ingredienser i närsjukvården som inte känns igen från tidigare ambitioner att utveckla primärvården, t ex den skarpa betoningen på samverkan och fokuseringen på multisjuka äldre och patienter med kroniska sjukdomar. Den betoningen ska ses mot bakgrund av vårdbehovens utveckling och vårdens ytterligare specialisering. Innebörden är att även andra specialist-

**ANNONS**

**ANNONS**

**ANNONS**

**ANNONS**



kompetenser utöver allmänläkarnas hamnar i fokus, inte minst internmedicin, geriatrik och rehabilitering. Den avgränsning som skett i primärvården mot allmänläkarnas kompetens behöver inte heller vara något bra bara för att verksamheten utvecklats åt detta håll. En satsning på närsjukvården kan delvis uppfattas som en nysatsning på den ursprungliga primärvårdstanken, som egentligen aldrig fullföljdes.

Utvecklingen i många landsting mot en uppdelning i närsjukvård och övrig specialistvård är på många sätt logisk. Den skapar en bättre plattform för den fortsatta utvecklingen eftersom skilda förutsättningar för olika verksamhetsdelar beaktas. I närsjukvården blir lokal samverkan viktig, i övrig specialistvård samverkan utifrån ett regionalt eller till och med nationellt perspektiv. En administrativ uppdelning ändrar dock inte de professionella drivkrafter som under lång tid format strukturerna underifrån.

En tydlig risk med uppdelningen mellan närsjukvård och övrig specialistvård är att de kompetenser och patientgrupper som föreslås bli kärnan i närsjukvården tidigare haft låg status. De vårdbehov som hör till närsjukvården är nämligen sådana som är svåra och sammansatta, där man inte vet hur man ska göra, som vänder sig till äldre och kroniskt sjuka, där man har svårare att visa konkreta resultat och som kräver en bredare kompetens än den medicinska. De specialiteter som skiljs av i övrig specialistvård kännetecknas tvärtom av alla de egenskaper som ger möjligheter till hög prestige. Kompetensen och den vård som ges är väl avgränsade, det finns i regel goda behandlingsmöjligheter, inte sällan med avancerad utrustning. De patienter som tas emot är i flera fall yngre och lever ett aktivt liv, och verksamheten kan i många fall påvisa konkreta resultat av sina insatser.

Det är förmodligen inte bara omöjligt utan också kontraproduktivt att försöka ändra på befintliga professionella drivkrafter i hälso- och sjukvården. Det är inte heller specialiseringen som är problemet. Problemet är i stället att det inte finns några motsvarande starka drivkrafter för samverkan utifrån ett patientperspektiv på de områden där det behövs. Problemet är också att de professioner som verkar inom den tänkta närsjukvården tidigare snarast försökt kopiera den specialiserade vårdens framgångsfaktorer i sin jakt på professionell utveckling. Avgränsning snarare än samverkan har varit en ledstjärna även bland dessa specialiteter.

### Institutionella förutsättningar avgörande

Den viktigaste drivkraften i hälso- och sjukvården är den medicinskt profes-

siöna. Försök att påverka denna »institution« utifrån en politisk och/eller administrativ utgångspunkt har sällan varit särskilt framgångsrika. Erfarenheterna så här långt tyder dessutom på att strukturbeslut ovanifrån ofta urholkas av olika slags revirtänkande. Sjukvårdspersonalen försvarar »sitt« sjukhus och läkarna »sin« kompetens. För politiker gäller det att bevara och helst förbättra vårdens tillgänglighet inom den egna geografiska valkretsen. Politiker kan i detta syfte också bilda allianser med berörd sjukvårdspersonal för att i ex bevara ett mindre sjukhus. Genomförda förändringar blir en kompromiss mellan det önskvärda och det politiskt möjliga.

Ekonomer brukar hävda att varje marknad bestämmer sina egna incitament. Med detta menas att det är mycket svårt att påverka utfallet när väl institutionella förutsättningar i form av formella och informella spelregler formats. Försök att direkt intervensera och ändra i aktörers beteende leder inte sällan till att effekterna inte helt stämmer med interventionens syfte. Berörda aktörer kommer att tolka och agera utifrån nya regler och sina egna målsättningar – »hur bör jag själv agera för att tjäna på denna förändring?« – snarare än utifrån det tänkta syftet med interventionen. Önskade effekter kan uppstå.

Var tid har också sina strukturproblem. Närsjukvården löser inte de strukturproblem som kommer att uppstå i det längre perspektivet, lika lite som förändringar av sjukhusstrukturen i mitten av 1990-talet var en lösning på de problem som ligger bakom förslagen till en närsjukvård. Nya strukturkriser, eller snarare möjligheter att förbättra strukturerna, kommer att uppstå i takt med framtida teknologiska genombrott som ännu inte kan identifieras.

### Vårdkvalitet och patientnytta i fokus

En långsiktig lösning på strukturproblemen i svensk hälso- och sjukvård måste därför ta fasta på de institutionella förutsättningarna och hur drivkrafter för strukturell omvandling underifrån kan skapas. Läkare lyssnar i större utsträckning på patienterna än på politiker eller administratörer [19]. En maktförskjutning mot befolkning och patienter kan därför få stor betydelse och på sikt ändra vårdens inriktning och struktur. Det gäller inte minst i närsjukvården där patientorientering också sägs vara ett viktigt mål. På så sätt kan också vårdkvalitet och patientnytta hamna i fokus, snarare än budgetar och nya revirstrider.

\*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

### Referenser

1. Socialstyrelsen. Kartläggning av närsjukvård – En underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
2. Anell A. The monopolistic integrated model and health care reform: the Swedish experience. *Health Policy* 1996;37:19-33.
3. Brunsson N. Politik och handling. I: Brunsson N, redaktör. Politik och ekonomi. Lund: Doxa; 1986.
4. McKinley JB, Marceau LD. The end of the golden age of doctoring. *Int J Health Serv* 2002;32:379-416.
5. Abbott A. The system of professions. An essay on the division of expert labour. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
6. Socialstyrelsen. Läkarnas specialistutbildning och strukturen för medicinska specialiteter – en översyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
7. Rosoff SM, Leone MC. The public prestige of medical specialties: Overview and undercurrents. *Soc Sci Med* 1991;32:321-6.
8. Album D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. *Nordisk Medicin* 1991;106:232-6.
9. Schafer S, Shore W, French L, Tovar J, Hughes S, Hearst N. Rejecting family practice: Why medical students switch to other specialties. *Family Medicine* 2000;32:320-5.
10. Jan S. Why does economic analysis in health care not get implemented more? Towards a greater understanding of the rules of the game and the costs of decision-making. *Applied Health Economics and Health Policy* 2003;2:17-24.
11. Spek JE. Why is the system so costly? Problems of policy and management at national and regional levels. In: Heidenheimer AJ, Elvander N, editors. The shaping of the Swedish health system. London: Croom Helm Ltd; 1980.
12. Svalander PA. Primärvården inför framtiden – »ett sprucket krus«. Stockholm: Landstingsförbundet; 1999.
13. Gyllensvärd Å, Krause U, Nilsson SE, Nilsson CA, Rundcrantz H. Låt allmänläkarna slippa hamna i B-laget! *Läkartidningen* 1978;75:4654-7.
14. Swartling P. Primärvårdens utveckling i Sverige. *Allmänmedicin* 2001;22 Suppl 1.
15. Clyne N, m fl. Närsjukvården klarar inte av de äldre multisjuka patienterna. *Dagens Medicin* 2003;47:33.
16. Hallén A, Hansson E. Internmedicin i framtiden närsjukvård – lämna inte de äldre i sticket! *Läkartidningen* 2003;100:2790-3.
17. Wallén T. Internmedicinarnas revirtänkande hotar vården av äldre multisjuka. *Dagens Medicin* 2003;50:4.
18. Rudebeck CE. Kan man mäta allmänmedicinsk kompetens? *Allmänmedicin* 2001;22 Suppl 2.
19. von Otter C. Om den repressiva omtanken och andra tankar om patienternas valfrihet. I: Anell A, Rosén P, redaktörer. Valfrihet och jämlikhet i vården. Stockholm: SNS Förlag; 1996.



= artikeln är referentgranskad