

SLUTREPLIK TILL EVA NILSSON BÅGENHOLM:

# Segla fram på räkmacka kan bli kladdigt

Frestelsen att se vården som en »framtidensbransch« är ett synsätt som ligger snubblande nära hoppet om egen storvinst, skriver Catarina Canivet i denna slutreplik.

**S**om distriktsläkare i Malmö samverkar jag med synnerligen effektivt arbetande kollegor i privat verksamhet. Att jag skulle »anse«, som Eva Nilsson Bågenholm skriver, att privat drift leder till dyr, ineffektiv och ojämlig vård [1] stämmer inte. Jag påpekade att ett flertal vetenskapliga studier visat att privat drift »kan leda till att vården ur folkhälsosynpunkt« blir sådan [2]. Detta tycker jag är värt att diskutera.

**Förbundsledningen säger** att konkurrens i sjukvården »kommer att resultera i fler valmöjligheter, bättre arbetsvillkor och en snabbare kvalitetsutveckling«. Detta låter för mig som några rader ur en snygg och blank broschyr producerad av arbetsgivarsidan. Att denna vill att vi ska tävla med varandra förefaller mig ganska naturligt. Förbundet har tidigare hävdade att konkurrensen som man pläderar för enbart ska gälla mellan arbetsgivarna – om oss [3]. Men när olika vårdenheter konkurrerar om patienterna blir det ändå i slutändan vi medlemmar som måste motarbeta varandra. Att införandet av Vårdval Halland ledde



**CATARINA CANIVET** med dr, distriktsläkare, Malmö  
Catarina.Canivet@med.lu.se

**REPLIK:**  
**Det är inte driftsformen som är problemet!**  
Catarina Canivet anser att ställning för en fortsatt of-  
privat vård är ett problem. Fentli- berad på  
vårdnivå. I väntan på att såda-  
na system utvecklas för

Ur Läkartidningen 46/2007, sidan 3475.

till att kollegor, som tidigare träffades på fritiden, diskuterade och hade trevligt, nu enbart »ser varandra helt som konkurrenter« och samarbetar »minimalt« [4] tycker jag är mycket allvarligt och signifikativt. Jag tycker inte att det är fackets uppgift att stimulera denna process, tvärtom!

**Ökar valmöjligheterna** för oss? Eva Nilsson Bågenholm skriver att många väljer att starta eget – men detta är ofta för att man inte ser någon annan utväg. Argumentet att vi numera lättare kan byta arbetsgivare är svagt. För den som huvudsakligen vill ägna sig åt sin profession, att vara läkare, är det faktiskt bättre att arbeta i en stabil organisation än på denna fladdriga marknad. Vem mår som allra bäst just i den stund då arbetsgivare A och B håller på och lägger sina bud på en? De flesta önskar sammanhang och kontinuitet, även i sitt arbetsliv.

**Blir kvaliteten bättre** av konkurrensen? Delmoment av det vi gör kan dissekeras fram och utvärderas. Från samhället kommer kravet på kvalitetssäkring och jämförelsemöjligheter. Det är viktigt att det är professionen som leder utvecklingen med att ta fram kvalitetskriterier. Men det som hindrar mig att till exempel skriva ut den rekommenderade x- i stället för y-tabletten är inte att det saknas konkurrens (som liksom skulle piska lättjan ur mig och göra mig mer motiverad...). Den viktigaste orsaken är i stället att det saknas tid för fortbildning och reflektion och för att prata med patienten, i detta

fall för att diskutera medicinbytet.

**Jag är nyfiken på** att se det »effektivare arbetssätt«, som Eva Nilsson Bågenholm pratar om, som radikalt skulle kunna förändra utförandet av ovanstående »sjukvårdstjänst« – så att jag hann prata med två Märta på samma tid som en. Facket måste, i stället för att vagt hänvisa till ökad effektivitet, aktivt försvara vår tid tillsammans med patienten! Men lika viktigt är att framhålla att vårt arbete inte kan reduceras till de mätbara produktionsmodulerna.

Att vara läkare innebär att ta ansvar för ett extremt komplicerat och förfinat samspel med människor som inte sällan är i nöd. Om vi står upp för detta, vårt yrkes humanistiska innehåll, behöver vi inte låta oss pressas att blint producera efter arbetsgivarens tempo efter arbetets ideal.

Kanske kan vi då också lättare avstå från frestelsen att se vården som en »framtidensbransch« – ett synsätt som ligger snubblande nära hoppet om egen storvinst [5].

**Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

**REFERENSER**

1. Nilsson Bågenholm E. Det är inte driftsformen som är problemet! Läkartidningen. 2007;104:3475-6.
2. Canivet C. Fackförbund, res dig upp! Läkartidningen. 2007;104:3474-5.
3. Leth R. Konkurrensen gäller mellan arbetsgivare. Läkartidningen. 1998;95:1510.
4. Ohlin E. Oro för framtiden på landstingets vårdcentral. Läkartidningen. 2007;104:1969-70.
5. Erlandson Å. Allmänläkare i bråk om profit i vården. Dagens Medicin. 2007;(45):11.

SBU:

# Samhälls-ekonomiska kostnaderna för sjukdom otillräcklig grund för prioritering

Jansson och medarbetare efterlyser i sin artikel »Okänt hur mycket astma och allergier kostar samhället« (Läkartidningen 39/2007, sidorna 2792-6) studier av de samhälls-ekonomiska kostnaderna för allergisjukdomar och andra kroniska sjukdomar samt studier av nya metoders kostnadseffektivitet. Avslutningsvis framhålls som angeläget att »exempelvis SBU sammanställer och gör en bedömning av det vetenskapliga hälsoekonomiska kunskapsunderlaget för att kunna få en rättvis jämförelse mellan olika sjukdomsgrupper i Sverige«.

**Vi vill från SBU:s sida** göra följande kommentar:

Beräkningar av de samhälls-ekonomiska kostnaderna för olika sjukdomar tilldrar sig ofta stort intresse men är av begränsat intresse i ett utvärderingsperspektiv. Sådana beräkningar ger i bästa fall en beskrivning av problemets storlek men bidrar inte till att besvara centrala hälsoekonomiska frågeställningar om olika insatser och behandlingars kostnadseffektivitet.

Det faktum att en viss sjukdom medför jämförelsevis höga samhälls-ekonomiska kostnader innebär inte utan vidare att denna sjukdom bör prioriteras högre än insatserna mot andra sjukdomar. Sådana beslut förutsätter bl a kunskap om olika åtgärders kostnader och effekter, dvs kostnadseffektiviteten.

SBU kartlägger fortlöpande