

Egen »praktiserende læge« bättre än anonym vårdcentral



Jonatan Forsberg-Gillving förespråkar den danska modellen med privatpraktiserande allmänläkare framför anonym svensk primärvård.

Jag påbörjade mina läkarstudier vid Umeå universitet 2005 och kommer att avsluta dem vid Syddansk universitet med ämbetsexamen i januari 2011. Jag har erfarenhet från ett flertal läkarvikariat, från klinikperioder som annan vårdpersonal och som patient från alla tre skandinaviska länder. Eftersom vårdpolitiska frågor intresserar mig har jag även fört många diskussioner med sådan utgångspunkt, också med människor som inte arbetar inom vården. Tillsammans med en norsk studiekamrat har jag på läkarprogrammet i Odense skrivit en MSc-uppsats som jämför de skandinaviska ländernas primärvård. Mot denna bakgrund har det blivit uppenbart att det finns stora problem med hur Sveriges primärvård är organiserad och att världsreformerna inte med nödvändighet tar itu med de fundamentala av dessa.

Den svenska primärvårdens uppbyggnad har som bekant sin bakgrund i det tidiga 1970-talets hospitaliseringsreformer. Efter dessa beslut är primärvårdsläkaren anställd personal, och bland annat som konsekvens av dessa reformer för snart 40 år sedan har vi sett en ökad efterfrågan på primärvård, samtidigt som vi sett en minskad tillgång.

I Sverige är det också svårt att rekrytera läkare till primärvården, i motsats till situationen i Danmark där väldigt många läkarstuderande aspirerar på att

bli »praktiserende læge«. Norge hade ett system som inte var helt olik det svenska, men efter omfattande reformer 2001 har de nu ett system som är i det närmaste identiskt med det danska.

I Danmark och Norge är specialistläkare i allmänmedicin entreprenörer. Patientlistorna är knutna till dessa primärvårdsläkare, och detta kräver en betydande investering av ekonomiskt kapital. För att behålla patienterna krävs det också att läkaren investerar socialt kapital i sina patienter, exempelvis genom hög tillgänglighet, eftersom patienterna annars väljer att knyta sig till en annan läkare.

Läkaren kan efter egen bedömning (eller tillsammans med kollegor om de driver ett gemensamt läkarhus med separerade eller gemensamma patientlistor) investera mer kapital i sin klinik, exempelvis genom att anställa mer personal eller köpa apparatur för ytterligare undersökningar, och som konsekvens av en större produktion av primärvård motta mer pengar till kliniken i form av »fee-for-service«.

Dessa investeringar binder läkaren geografiskt och ger därigenom möjlighet att uppnå kontinuitet i primärvården. Danska och norska patienter går till *sin läkare*, inte till *en läkare*. En bjärt kontrast till en ordning av tillfälliga stafettläkare, med andra ord.

Vinsten med kontinuitet är svår att överskatta, allra mest i primärvården. I våra skandinaviska grannländer fungerar primärvårdsläkaren som spindel i nätet och har en koordinerande funktion i förhållande till sjukhusvården och andra delar av välfärden. Eftersom systemet ger tydliga incitament till produktion av primärvård avlastas sjukhusen, vilket naturligtvis är önskvärt eftersom akutsjukvård är betydligt dyrare än primärvård.

Men den största vinsten är den som kommer av större förtrolighet och bättre effektivitet i en bekant läkare-patientrelation. För patienten innebär detta ett känt ansikte och ett tydligt ankare att vända sig till vid oro för sjukdom eller för uppföljning efter genomförd undersökning eller behandling i den specialiserade sjukhussektorn. Det

Här förespråkas den danska modellen för primärvård.

sistnämndas fallerande, vilket alldeles för ofta är ett sorgligt resultat av den inbyggda anonymiteten i Sveriges primärvård, är något som vi som redan har överblick i hur allt fungerar ofta förbiser. Den danska och norska läkarens entreprenörskap innebär att axla ett större ansvar för organisationen än som anställd. Det handlar om att bygga ett gott rykte, hålla ekonomin flytande och vara nöjd med ett väl utfört arbete för att i det långa loppet kunna skörda vinster till sin klinik.

Till sist finns det enligt min mening även andra påtagliga problem i den svenska primärvården. I de flesta landsting utbetalas en allt för stor andel kapitationsersättning i förhållande till fee-for-service, vilket ger litet incitament för god tillgänglighet till primärvården, och förtjänsterna av landstingens makt framstår ofta som små i förhållande till alstrandet av lokal byråkrati i stället för vård.

Min huvudsakliga poäng är emellertid att vinsterna av kontinuitet och koordinerande funktion för en välfungerande och effektiv vård som helhet, för patienterna och för primärvårdsläkarnas arbetsglädje är stora. Detta uppnår man genom att göra kären av allmänläkare ansvariga för *sina patienter*, och på nytt få upp en stolt entreprenörsanda. Det skulle vara nyttigt om Sverige vågade titta på sina skandinaviska grannars erfarenheter och slutsatser. För egen del hade jag aldrig ens övervägt allmänmedicin som tänkbar karriär innan möjligheten att bli praktiserende læge uppenbarades för mig.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Läs mer MSc-uppsatsen som nämns i artikeln har titeln »How do incentive structures in the Scandinavian countries' primary health sector affect the work of physicians and the treatment of patients?« och finns tillgänglig på <http://www.jonatanforsberg.net>.



JONATAN FORSBERG-GILLVING läkarstudent, Syddansk universitet, Odense, Danmark, för tillfället pappaledig efter läkarvikariat på neurologisk avdelning, Odense universitetshospital
j@jonatan.forsberg.net

apropå! Fyra ansvarsärenden med oroväckande utgång

Vågar jag fortsätta som distriktsläkare?

■ De ansvarsfall som presenterades i Läkartidningen 23/2010 (sidan 1558) gjorde mig betänksam. Vågar jag överhuvudtaget fortsätta att arbeta som distriktsläkare? Å ena sidan ska man avlasta sjukhusen genom att begränsa remitteringen dit, å andra sidan får man absolut inte missa någonting.

Samtliga fyra fall som presenterades uppvisade en symptomatologi som är vanlig på en primärvårdsmottagning. Vad gäller det första fallet (spricka i skenbenet, HSN 2282/09) kan man möjligen hålla med om att röntgen borde genomförts eftersom detta inte är en speciellt resurskrävande åtgärd. Däremot råder, enligt min mening, större tveksamhet vad gäller det andra fallet (höftsmärtor, HSN 1785A5/09).

»Å ena sidan ska man avlasta sjukhusen genom att begränsa remitteringen dit, å andra sidan får man absolut inte missa någonting.«

Många patienter söker sin vårdcentral på grund av höftledsbesvär, vilka ofta är plågsamma och långdragna. Ska man verkligen remittera flertalet av dessa patienter till magnetkameraundersökning (MRT)? Hur ofta ska man i så fall göra det? Varje månad? De metastaser som upptäcktes vid MRT i april kanske inte fanns i mars då slätröntgen genomfördes.

Om man således ska vara hundraprocentigt helgarerad att alltid upptäcka alla tänkbara förändringar vid alla tänkbara tidpunkter, kommer detta att innebära ett totalt sammanbrott för våra röntgenavdelningar. I det aktuella fallet torde den upplysning som MRT-undersökningen gav inte ha påver-

Behöver distriktsläkaren både hängslan och livrem?



Collage: Ewa Knutsson

kat själva sjukdomsförloppet.

Det tredje fallet (stroke, HSN 4159/09) belyser även det en vanlig problemställning. Många patienter kommer till primärvården med diffusa symtom utan objektiva fynd. Oftast sker spontan regress efter noggrann undersökning och exspektans. Att remittera alla dessa fall till sjukhusens akutmottagningar skulle öka den redan orimligt höga arbetsbelastningen där. Självklart ska emellertid patienter med anamnes och objektiva fynd tydande på allvarlig sjukdom genast remitteras till akutklinik.

Fall nummer fyra (appendicit, HSN 1508/09) åskådliggör även det ett vanligt problem. Många patienter söker med smärtor i epigastriet. Den aktuella patienten tycks endast ha haft lätt ömhet i epigastriet och tydligen inte status som ingav misstanke om akut appendicit. Förutsatt att läkarens uppgift beträffande frånvaro av feber var korrekt torde handläggningen med uppmaning till patienten att direkt söka på akuten vid försämring vara helt korrekt. Olyckligtvis tycks kommunikationen inte ha fungerat, varför uppmaningen inte uppfattades av patienten.

Jag vill med dessa rader påpeka orimligheten i att de aktuella primärvårdsläkarna

antalet patienter som remitteras till röntgenundersökningar respektive akutmottagningar, är diagnostikmissarna i de aktuella fallen fullt förståeliga.

Kritiken borde inte riktas mot de inblandade läkarna. Man bör i stället utröna om det föreligger systemfel och/eller resursbrist och agera därefter.

Jan Eric Wirén

docent, pensionerad överläkare,
vikarierande distriktsläkare
jan.eric.wiren@telia.com

Mer debatt på sidan 2019.