

stora grupp har maximala prioriteringskriterier. Borde inte det få kallas haveri?

Vår kollega Järhult talar om alla våra internationellt sett goda resultat. Men hur är det för alla dem som inte ens kommer in i vården och alltså är resultatlösa? Ett exempel, handkirurgiska kliniken i Malmö har flera tusen bedömda remisser i sin kö. Här finns många långtidssjukskrivna med bagatellåkommor, operativt sett, och dessutom en del med fel remissdiagnoser. Allmänt sett kan många köande inte ens räkna med att någonsin bli åtgärdade, och i regel saknas mekanismer för att fånga upp eventuella försämringar. (Ingen har väl trott att det skulle bli så här illa.) Borde inte det få kallas haveri?

**Här är fyra nya reparationsförslag:**

- Järnridån mellan Försäkringskassan och sjukvården öppnas. Idag får kassan inte köpa vård utan tvingas betala ut pengar i väntan på vårdinsats. I ett aktuellt Region Skåne-exempel tvingades en kvinna vara sjukskriven på halvtid i två år i väntan på en meniskoperation, som vanligen tar 30–40 minuter. Två veckor efteråt var hon frisk. Tillåt vårdköp i vissa fall. (Regeringens färskva idéer för kassan tycks inte ta bort hindret.)
- Allmänläkare som skaffar sig extrakompetens i psykiatri eller geriatrik får ett ordentligt lönepåslag så länge som de åtar sig att sköta sådana patienter.
- Barnavårdscentralen får nya uppdrag. För det krassliga barnet är den akuta sjukvården på många sätt inte så bra. Det blir lätt timmar på akuten, och där kan riktigt sjuka barn bli undanträngda. Det saknas något mellan egenbehandling och sjukvården. Utökas BVC stort – kvalitativt och kvantitativt – kan dess specialutbildade sjuksköterskor få ta hand om krassliga barn och ska, när de så bedömer, få lov att sända in till akut- eller specialistmottagningar. De känner ju famil-

jerna. De kan allmänt avlasta sjukvården – främst distrikts-, barn- och öronsjukvården. Men resurserna skall vara så väl tilltagna och instruktionerna så klara att det inte är minsta risk att BVCs traditionella verksamhet – det förebyggande – trängs undan.

● Anställda under jourtjänst skall kunna vara konsulter. Många kolleger anser jourtjänst tung och vill delta mer sällan eller vill rent av slippa

den. »Betajour« är ett sätt att göra det möjligt, men denna timanställning belastar emellertid både övertids- och veckoarbetsmättet och dygnsvilan. Konsultalternativet påverkar inte heller den vardagliga kontinuiteten, som det klagas mycket på, tvärtom. Skattemässigt kan kombinationen konsultarbete och anställning vara problematisk, men det kan lösas om den politiska viljan finns.

Gynna skötsamhet, främja allmänläkares extrakompetens, skriv bra privatavtal, prioritera prioriterade, tillåt vårdköp, inför jourkonsulter och reformera BVC.

**Johan Fischer**  
f d överläkare i anestesi,  
Nyhamnsläge;  
fackligt aktiv 1968–1998;  
landstingsledamot (m) i F-län  
1998–2003  
johan.fischer@olfactorius.se

**SLUTREPLIK 1:**

**Belöna ekonomiskt resultat i demokratiskt prioriterad vård**

■ Inte en enda förespråkare av vinstdriven vård bemöter, vare sig i de senaste tre debattinläggen i LT 37/2007 (sidorna 2614-7) eller i tidigare publicerade repliker, mitt huvudargument: Såväl kontrollerade studier som erfarenheter världen över visar att efterfrågestyrd vård med prestationsbaserad ersättning är såväl kostnadsdrivande som relativt ineffektiv.

Att diskutera läkaretik, privatisering av ambulanssjukvården (en verksamhet som ju knappast kan utsättas för efterfrågestyrning) eller huruvida planekonomi ger hög kvalitet i vården må vara intressant, men besvarar inte den ställda frågan: Varför skall vi införa ett ersättnings-system som leder till en dyrare och mindre effektiv vård?

Mitt förslag kvarstår: Skapa nya ekonomiska incitament baserade på områdesansvar, som belönar resultat istället för »produktivitet« inom prioriterad – genom demokratiskt fattade beslut – vård, inte efterfrågestyrd.

**Eric Bertholds**  
överläkare,  
Skövde  
eric.bertholds@vgregion.se

**SLUTREPLIK 2:**

**Fegt att i det offentliga samtalet dölja konflikten mellan efterfrågan och kostnader**

■ Fischer har retirerat från ursprungsinlägget [1]. Nu är offentliga vården bara »delvis havererad«. Inte ens det är en adekvat beskrivning av ett sjukvårdssystem som får toppplaceringar i internationella resultatjämförelser. Som medarbetare kan vi vara stolta men inspireras att lösa de problem som finns, bl a köer. Överdrifter å la Fischer leder till förhastade sjukvårdspolitiska omvälvningar. Hatpropagandan mot det offentliga har bidragit till att människor skrämts upp och tecknar privatförsäkringar.

Det är fejt att i det offentliga samtalet dölja konflikten mellan efterfrågan och kostnader. I alla fall om man för-

ordrar skattefinansierad jämlik vård efter behov – och det har ju blivit läpparnas bekännelse också för Fischers parti.

»Gynna skötsam personal«? Är det ett auktoritärt bestämt uppförande saken gäller tycker jag inte Fischers förslag hör hemma bland vuxna. Gäller saken individuell belöning för medicinska insatser? Internationellt varnas för »payment for performance« kopplat till enskild doktor [2], och riskerna speglas i Läkartidningen [3].

**Solidariskt arbete** i en gemenskap för att förbättra omhändertagande och medicinska resultat, och inte minst klara den svåra etiken, räcker som

drivkraft för mig. Att dingla med moroten jämt och ständigt och inte tro på att läkare kan göra något bra utan guldpengar avslöjar mest förslagsställarnas människosyn eller facklig trångsynthet.

**Bengt Järhult**  
distriktsläkare,  
vårdcentralen i Ryd/  
Kronobergs FoU-enhet, Växjö  
bengt\_jarhult@hotmail.com

**REFERENSER**

1. Fischer J. Dags att reparera vårt Offentliga haveri. Läkartidningen. 2007;104:2358.
2. Davis K. Paying for care episodes and care coordination. N Engl J Med. 2007;356:1166-8.
3. Ramel B. Betalt för resultat. Läkartidningen. 2007;104:2404-8.