

uppfattning äger det motsatta påståendet minst lika hög trovärdighet.

Hela diskussionen om register som metod i kvalitetsarbete är utomordentligt förvirrad. Högsta visdom för dagen är att register på nationell bas, t ex Diabetesregistret, Riks HIA osv skall bidra till en ökad kvalitet. Hur detta skall gå till konkret är tills vidare höljt i dunkel. Ett exempel på den förvirring som råder finns att läsa i samma tidning (22/97) där Elisabeth Agardh i Lund uttalar sig om det nationella diabetesregistret. Hon skriver att det är ovärderligt att kunna koppla registrets endpoints t ex amputation, njurskada, osv med parametrar typ blodtryck, sockerinställning.

Lokalt register

Denna uppfattning är för mig obegriplig. Är det inte randomiserade kontrollerade studier vi använder oss av för att påvisa dessa kopplingar? Att ånyo påvisa dessa samband i register har väl inget med kvaliteten att göra? Det viktiga är ju att patienten behandlas i enlighet med de kunskaper vi har från vetenskapliga studier, och om så är fallet torde ju lämpligast kontrolleras via lokala register. Utformningen av ett meningsfullt lokalt register är inte någon lätt fråga, men har den fördelen att det går att i bästa fall se ett meningsfullt syfte med arbetet.

Avslutningsvis hoppas jag att det kommer till stånd ett ökat motstånd mot kvalitetsflummet ute på våra sjukhus och vårdcentraler och att fler kolleger avkräver kvalitetsfolket konkretion när de presenterar nästa registerprotokoll.

Peter Knutsson
överläkare, medicinkliniken, Södertälje

Sjukvården skulle kunna bromsa växthus-effekten

Ett av våra stora miljöhot är den klimatförändring som kan orsakas av sk växthusgaser, till vilka hör CO₂. Den mängd CO₂ som vi enligt FN:s klimatpanel årligen skulle kunna släppa ut motsvarar 1 700 kg per person. Svenskarna släpper för närvarande ut ungefär 7 300 kg.

KORRESPONDENS

Om vi vill hålla oss inom ramen 1 700 kg per person kan var och en av oss använda ungefär en liter bränsle per person och dag till transporter och annat som fordrar fossila bränslen. Om vi antar att bara 0,3 liter behöver användas till annat, så att vi kan använda 0,7 liter per dag för persontransporter skulle vi årligen kunna åka 260 mil med flyg eller ungefär lika långt med bil men inte mindre än 25 000 mil med dagens svenska el-tåg.

Uppenbarligen bör vi använda tåget mera.

De kunde göra en insats

Sjukvårdshuvudmännen skulle kunna komma överens med de fackliga organisationerna om ändrade regler för tjänsteresor som gör att de anställda föredrar tåget, exempelvis erbjuda årskort i stället för milersättning och vägra utbetala bilersättning när tågalternativ finns;

avskaffa den subventionering av bilåkande som fortfarande sker i form av gratis parkeringsplatser på arbetsplatsen (eller åtminstone fördela denna subvention lika mellan bilåkare, bussåkare och cyklister);

anpassa arbetstider och sammanträdestider till tåg- och busstidtabeller;

vid organisation av konferenser och dylikt göra upp schemat med ledning av buss- och tågtimebeller;

göra överenskommelser med läns- och lokaltrafiken med innebörd att kallelse till planerat besök på sjukvårdsinrättningar fungerar som gratis färdbiljett;

underlätta för anställda och förtroendevalda att nyttja tåget vid resor mellan olika platser i det egna länet genom att ordna transporter mellan järnvägsstationerna och sjukhus/vårdsinrättningar/förvaltningar.

Hallsberg bra konferensort

De som organiserar rikskonferenser och dylikt skulle också göra upp schemat med ledning av tågtimebeller. En nationell konferens i Stockholm borde självfallet förläggas till lokal nära järnvägsstationen (ex Läkaresällskapet) och starta kl 10.00 eller 11.00, då X2000 anlänt från resten av Sverige. Hallsberg skulle övervägas som bra konferensort.

Dessutom skulle man låta



Ta tåget i stället!

telefonkonferenser ersätta en del traditionella sammanträden.

Vid resor till medicinska konferenser i andra europeiska länder skulle vi i högre grad än i dag ta tåget. Om man använder sovvagnen till att sova i så tar en miljövänlig tågresa från södra Sverige till Berlin, Bryssel, Paris, Prag eller Basel inte mycket längre tid än en förorenande flygresa. En enda flygresa till Sydeuropa förbrukar hela årets koldioxidutrymme!

Ta tåget!

Nils E Eriksson
överläkare, Halmstad

Endast professionella kan tolka medicinska data på recept

Debatten om diagnoser på recept aktualiserar frågan om vem som måste förfoga över medicinska data och vem som har kunskap att tolka dem. Ett nationellt register över läkemedelsanvändning planeras. Syftet är vällovligt: en så effektiv läkemedelsanvändning som möjligt, men den föreslagna metoden leder inte till målet.

Det finns många andra faktorer än enbart uppgift om behandlingsdiagnos som måste finnas med för en bedömning av huruvida behandlingen i sin helhet är optimal.

Man kan göra en jämförelse. Läger man pussel med hälften av bitarna blir bilden ofullständig. Risken för felaktiga slutsatser och åtgärder är uppenbar.

Redovisningsskyldighet

Politikerna fattar övergripande beslut om mål, inrikt-

ning och resurstilldelning för hälso- och sjukvården. Återföringen till beslutsfattarna av resultat och konsekvenser är professionens uppgift. Som profession har vi läkare en betydande autonomi. Denna inbegriper emellertid en redovisningsskyldighet gentemot uppdragsgivaren, vad brittiska kolleger kallar accountability [1].

Endast professionen

Uppdragsgivaren måste ställa klara och tydliga frågor som avser uppfyllelse av angivna inriktningsmål för hälso- och sjukvården. För att kunna lämna svar på dessa frågor krävs full överblick över och kunskap om verksamhetsområdet. Med andra ord är det endast professionen som har förutsättningar att lämna underlag för uppföljning av verksamheten, antingen detta sker genom att verksamheten lämnar uppgifter eller uppföljningen sker inom ramen för extern revision. Endast den som finns i verksamheten kan identifiera och har tillgång till alla pusselbitarna. Därför är det vi läkare som måste lägga detta pussel.

Svensk förening för allmänmedicins arbetsgrupp för data- och klassifikationsfrågor

Annika Brorsson

Tore Hegle

Stefan Henningsson

Britt-Gerd Malmberg

Mats Persson

Olle Staf

Kenneth Widäng

Referenser

1. Pritchard Peter. Professional accountability in general practice. Medical Annual 1986; 243-54.

Max 400 ord

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 800 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondensspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.