

Recept–diagnosregistrering kvalitetsförstörande

Den kraftfulla reaktionen på det första förslaget från staten om dataregistrering av läkemedelsinköp och diagnoser på patienternas personnummer har beslutsfattarna lyckligtvis tagit intryck av. I stället har man emellertid beslutat om en försöksverksamhet i vissa landsting med en modifierad form av registrering som skall bygga på patientens medgivande. Frågan är särskilt känslig inom psykiatri och kommer att ställa läkarkåren inför en märklig uppgift.

Att på uppdrag av staten avsluta en psykiatrisk konsultation »in the climate of confidence» med frågan om patienten vill ha sin psykiska störning och medicinanvändning registrerad på sitt personnummer i statens dataregister eller ej återspeglar något av det bisarra avstånd som utvecklats mellan sjukvårdens administratörer/politiker och dess utövare på fältet.

Rationell farmakoterapi

I senaste numret av Information från Läkemedelsverket 7:97 informerar Socialstyrelsen om ovanstående registrering under rubriken »Kvalitetssäkring av läkemedelsförskrivning – en försöksverksamhet» och åberopar bland annat behovet av »rationell farmakoterapi».

Som kliniker måste jag framföra några kritiska synpunkter på frågans tillämpning inom den psykiatriska verksamheten.

Följande osäkerhetsfaktorer torde finnas inbyggda i systemet:

- Diagnoserna blir sannolikt för trubbiga och ofullständiga och torde inte beakta både axel 1- och axel 2-störningar och deras interaktioner.
- Hänsynstagande till patienterna i vissa fall kan innebära att läkaren avstår från kränkande diagnoser och i stället väljer »snälla». (Man kan inte föra patienten bakom ljuset genom nummerkoder).
- Risk finns också för en förskjutning till opportunistisk diagnosättning för att inte avvika från aktuellt ideologiskt klimat och myndighetens förväntningar på en standardiserad förskrivning.
- »Rationell farmakoterapi» förutsätter en utvärdering i varje enskilt fall med sammanvägning av samtliga parametrar för behandlingsresultat.
- Om nu några patienter frivilligt skulle vilja ha sin psykiska störning och medicinanvändning i statens dataregister kan materialet knappast bli representativt.

Den omständigheten att man plane-

rar kryptering av vissa känsliga uppgifter – som det för övrigt hittills inte finns några datatekniska förutsättningar för – förändrar inte frågans grundproblem.

Att dra några vetenskapliga eller sjukvårdsekonomiska slutsatser av ett dylikt material torde inte ha någon större tillförlitlighet.

Att rubricera detta register som någon form av kvalitetssäkring ter sig inte heller särskilt övertygande.

Erfarenheten talar för att det är helt andra förutsättningar och incitament som ger vårdkvalitet och rationell farmakoterapi.

Frågan skall inte sammanblandas med den självklara tillsyn som Socialstyrelsen skall ha på läkarkårens verksamhet beträffande vårdkvalitet och läkemedelsförskrivning.

Tillspetsat är recept–diagnosregistreringen egentligen kvalitetsförstörande inom den psykiatriska verksamheten, dels kränker den patientens integritet och läkarens yrkesroll – dels är risken stor att byråkratin drar felaktiga slutsatser av ett ofullständigt material och presenterar verklighetsfrånvända anvisningar och sjukvårdsbeslut.

Anders Strömstedt,
psykiater,
Stockholm

Replik:

Försöksverksamheten får utvisa

Anders Strömstedt har en del relevanta invändningar till sjukvårdens läkemedelsregister. Å andra sidan illustrerar invändningarna också just de problem som har funnits med läkemedelsförskrivningen. Det är ju belagt att en stor del, upp till 15 procent av inläggningarna på en medicinklinik, betingas av att läkemedelsförskrivningen eller intaget inte varit optimalt för patienten. Vi vet också att patientens ordinationsföljksamhet varierar, bland annat på grund av patientens motivation och information kring sjukdomen. Erfarenheter från såväl Kanada och Holland som Sverige visar att återföring till förskrivarna själva om deras förskrivningsmönster i förhållande till sin patientpopulation åstadkommer de förbättringar i

förskrivningsmönstret som inte åstadkoms med så kallad allmän kunskap. Det är möjligt att inte alla typer av patienter och alla typer av diagnoser är re-

levanta i detta sammanhang. Vissa läkemedel har ju bara en förskrivningsorsak. Detta får försöksverksamheten utvisa.

Den sista punkten i Anders Strömstedts inlägg är naturligtvis relevant. Informationen blir ju aldrig bättre än kvaliteten av införda data och felaktig tolkning. Tolkningar som har andra bevekelsegrunder än förbättrad farmakoterapi gör naturligtvis att hela frågan faller.

När det sedan gäller vilken information läkaren ger till patienten respektive har som sin egen förskrivningsorsak, torde väl det mesta tala för att dessa skall överensstämma.

Nina Rehnqvist
överdirektör, Socialstyrelsen

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 snabba-