

Om kvalitetsregister:

Är vi rädda för att resultaten inte ska vara de önskade?

■ Undertecknad är en av initiativtagarna till Nationellt kvalitetsregistret för behandlingsuppföljning av säkerställd ADHD – BUSA. Min personliga motivation till detta är att det under de senaste tio åren skett en mycket stor ökning av förskrivningen av centralstimulerande medel till barn och ungdomar. Även vuxna har nu börjat behandlas i allt större utsträckning. Genom forskning vet vi att det ger bra resultat på kort sikt. Vi vet dock ingenting om vad det betyder att under många år behandlas med ett medel som påverkar hjärnan under den period när hjärnan utvecklas. Jag anser att det är vår skyldighet att noga följa upp hur det går för dessa patienter.

Min uppfattning är att kvalitetsregister är ett utmärkt verktyg för uppföljning – om det används vill säga. Jag har varit runt i Sverige på många användarmöten om BUSA. Jag har inte uppfattat att det främst är tidsåtgången som är hindret för att implementera BUSA. Svårigheten har ofta varit bristen på rutiner: vem påminner, vem matar in och när? Det är sällan som läkare är direkt ansvariga, ofta är det sjuksköterskor eller sekreterare.

Ett stort problem har varit bristen på stadigvarande läkare, som måste ställa diagnos och fylla i samsjuklighet. Resten kan i regel andra personalkategorier klara. Man har ibland uppfattat uppföljningsregistreringen som ett stöd när det gäller att dokumentera, eftersom de allra flesta har uppfattat frågorna som mycket relevanta.

Om man börjar med att registrera de patienter man diagnostiserar så tar det inte särskilt mycket tid eftersom

man då har all relevant information. Att en gång om året göra en årsuppföljning tycker de flesta är mycket rimligt. Det går utmärkt med nuvarande BUSA, men som Mattias Agestam skrivit tidigare (LT 18–19/2009, sidorna 1289–90) pågår ett arbete för att underlätta inmatningen och samspelet med journalen, vilket kommer att minska tidsåtgången.

Psykiatrik har varit mycket dålig både på att beskriva och följa upp sin verksamhet. Vi kan ofta inte ens rappor-

REPLIK:

Satsa på kunskap i stället för kontroll!

■ Den psykiatriska vården kan förbättras (och gör det) utan att man fyller i kontrollregister för varje patient. Men jag håller med om att uppföljning är viktigt. Vi har därför under två år följt 133 centralstimulantiabehandlade patienter med ADHD som behandlats vid den neuropsykiatriska enheten vid Norra Stockholms psykiatri avseende effekt och biverkningar [manus; preliminärt accepterat för publicering i *Journal of Clinical Psychiatry*]. Vi kan därför lugna tvivlarna med att det ser bra ut, och det förefaller onödigt att alla psykiatriska enheter ska replikera vårt arbete.

I stället borde man genomföra studier som ger ny kunskap. Exempelvis skulle en uppföljning av den studie som Thernlund [1] själv förtjänstfullt deltog i vara högintressant: 62 barn med ADHD behandlades med centralstimulantia under 15 månader i början av 1990-talet, och de förbättrades, men hur gick det sedan? Denna information borde kunna generera viktig kunskap om hur det

går över tid. Men visst, det finns så lite utrymme för klinisk forskning i dag att man inte längre förväns över att läkemedelsindustrin inte bara designar och bekostar flertalet läkemedelsstudier, utan också författar dem [2]. Detta är emellertid inte ett hälsotecken.

Om Susanne Bejerots i mitt tycke destruktiva inställning till kvalitetsregister vinner

terer hur många patienter som fått en viss behandling. Inom barnpsykiatri är det inte så länge sedan man inte ens ställde diagnoser. Verket kvalitetsregister är utvecklat främst för att underlätta för klinikerna att beskriva sin egen verksamhet på ett sätt som gör det möjligt att jämföra sig med andra kliniker. Om verket inte används gör det förstås ingen nytta.

Det förefaller naivt att tro att barnpsykiatriens sorgliga situation ska lösas med hjälp av kontrollregister när problemen bottnar i brist på läkarinflytande och vetenskapligt omdöme i kombination med en övertro på föräldrarnas betydelse för barnets problem. I snart sagt varje sammanhang fostras vi till att tro på dessa mätbara variabler som ska visa vägen till »kvalitet«, inramade av trendbegrepp som »processer«, »transparens«, »evidens«, »kvalitetsindikatorer« och »ständigt förbättringsarbete«.

Retoriken kan låta övertygande, men lyfter man blicken framträder konturen av en amorf, snabbt växande kontrollerande byråkrati, som är kostnadsdrivande, undermi-

stöd i professionen kan vi förstås lägga ned vår verksamhet. Jag tycker dock att det vore sorgligt om psykiatri inte överger sin traditionellt negativa syn på uppföljning. Bottnar den inte också i rädsla för att resultaten inte är de vi skulle önska? Vi kan inte förbättra oss om vi inte vågar ta reda på hur det är i dag.

Gunilla Thernlund
avgående registerhållare
för BUSA; överläkare,
BUP-kliniken i Lund
gunilla.thernlund@med.lu.se

nerar patientrelationer och klinisk forskning [3, 4], förtyglar vårdinnehållet och förvandlar oss till manipulerade och manipulerande marionetter. Under omväxlande käcka tillrop och insinuanta frågor demonteras den goda vården, den patientnära forskningen och arbetsglädjen i sjukvården. Varför accepterar vi detta?

Susanne Bejerot
överläkare, med dr, Stockholm
susanne.bejerot@sl.se

REFERENSER

- Gillberg C, Melander H, von Knorring AL, Janols LO, Thernlund G, Hägglöf B, et al. Long-term stimulant treatment of children with attention-deficit hyperactivity disorder symptoms. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54:857–64.
- Svanborg P, Myren KJ, Thernlund G, Nylén A, Schacht A. Atomoxetine's effect on societal costs in Sweden. *J Atten Disord*. 2009 Apr 13. [Epub ahead of print].
- Järhult B. Rehabkedjan en kvarnsten om halsen. *Svenska Dagbladet* (Brännpunkt), 25 april 2009.
- Mattsson GI, Bolldén CH, Enlund M. Myndighetskontakter hinder för klinisk forskning. *Läkartidningen*. 2009;106:1291.

Mer debatt på webben

lakartidningen.se/debatt

Läkartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och Brev. Detta är glädjande men erbjuder också problem då utrymmet i tidningen är begränsat. För att hantera situationen har vi sedan tidigare infört läsarkommentarer på lakartidningen.se. Vi kommer nu därtill att i ökad omfattning publicera debattinlägg enbart på webben. I denna ruta upplyser vi om att det finns fler debattinlägg på lakartidningen.se/debatt.

Jan Lind, debattredaktör

Dags att utbilda legitimerade självmordsassistenter?

I debatten om läkarassisterat självmord kräver Göran Isacsson konkreta svar från SMER. Han undrar också om självmordet måste assisteras av läkare och lanserar en idé om en särskild yrkesgrupp, legitimerade självmordsassistenter.

Göran Isacsson

Niels Lynöe har rätt på felaktiga grunder

I debatten om vård i livets slutskede upphöjs moralfilosofer till status av en sorts moralens statistiker, vilket inte bör få stå oemotsagt.

Hans Bendz

Lynöe ska inte bestämma hur vi ska diskutera medicinsk-etiska frågor

Niels Lynöes argument för en etisk diskussion med konsistens och stringens kring etiska frågor som kan väcka starka känslor är en halmdocka som knappast bidrar till den rationella etiska argumentation han efterlyser.

Anna Milberg, Marit Karlsson

Eutanasidebatten befinner sig på ett sluttande plan

Niels Lynöe, SMER, avfärdar kritik mot eutanasi genom att anklaga motståndarna för att vara så förblindade av de starka känslor som ämnet väcker att de inte kan tänka rationellt.

Brita Hännestrand

Är det rätt att legalisera läkarassisterat självmord i livets slutskede?

Den promemoria rörande läkarassisterat självmord som SMER (Statens medicinsk-etiska råd) sänt till regeringen för ställningstagande har rönt stor massmedial uppmärksamhet med ett flertal insändare i de större dagstidningarna. Som äldre läkare med lång klinisk erfarenhet känner jag mig manad att delta.

Sven-Göran Håkansson

Oetiskt angrepp på tv-serien »Sjukhuset«

Att påstå att de ansvariga för dokumentärserien »Sjukhuset« inte är medvetna om patienters beroendeställning till sjukvårdspersonal är att ifrågasätta en hel yrkeskårs kompetens.

Björn Ragnarsson, Anette Beijer, Anders Knave

Efterlyses: Konstruktiv debatt om sjukhus-tv

Forskarna bakom tv-serien »Sjukhuset« efterlyser en konstruktiv debatt om sjukhus-tv och dess konsekvenser för vården, medverkande personal och patienter.

Jörgen Lundälv, Karin Fogelberg

Så vill vi ha det nya ersättningsystemet för privatläkarna

■ Det är glädjande att Eva Nilsson Bågenholm vill arbeta för mångfald (LT 17/2009, sidan 1196). Också i framtidens sjukvård behövs det små mottagningar som kan erbjuda den kontinuitet och det personliga ansvarstagande som många patienter efterfrågar. För att det ska bli möjligt behövs ett sjukvårdssystem som ger säkerhet för den enskilde läkaren samtidigt som det också ger utrymme för flexibilitet. Något som många huvudmän behöver för att kunna planera sjukvården.

För att uppnå den säkerhet som läkarna efterfrågar när de ska etablera sig som privatläkare behövs ett nationellt ersättningsystem, som fastställs efter förhandlingar mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Läkarförbundet. Regeringens fastställande behövs inte längre eftersom parterna har visat sig kunna hantera situationen på ett tillfredsställande sätt. Skulle man inte komma överens behöver det dock finnas ett system som ger en lösning, kanske en skiljedomare.

Den flexibilitet som huvudmännen efterfrågar borde kunna uppnås genom tilläggsavtal som tillgodoser vårdbehovet inom respektive landsting. Tilläggsavtalen kan möjliggöra att en läkare har en privatpraktik samtidigt som han eller hon tjänstgör på ett sjukhus. En läkare kan ha sin mottagning i Lycksele två dagar i veckan och sedan tjänstgöra på universitetssjukhuset i Umeå den övriga tiden. Kanske behövs det en särskild grundersättning för att etablera sig i glesbygd.

På liknande sätt kan utbildningsåtagandet regleras. Det gäller både medicine kandidatens utbildning och lä-

karnas specialistutbildning. Andra områden som kan regleras i tilläggsavtal är en mottagningsinriktning, dess läkemedelsbudget och kvaliteten i sjukskrivningsprocessen.

Under en övergångstid av tio år ska antalet etableringar inte understiga den nivå som i genomsnitt funnits under perioden 1994–2004. Det är viktigt att detta får genomslag lokalt på ett sådant sätt att utrymme för den privata vården inte minskar lokalt. I Stockholm finns det en överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms läkarförening att den framtida privata läkarvården ska ha minst den omfattning den hade 2002.

Samtidigt är det viktigt att regelsystemet utformas så att privatläkarvården generellt kan öka, särskilt i privatläkar-glesa områden av Sverige. För de läkare som är verksamma i dag behövs garantier att de under denna övergångsperiod kan verka utifrån de regler för ersättningsetablering som riksdagen fastställde våren 2009.

Dimensioneringen av den öppna specialistvården behöver fastställas på nationell nivå så att vården blir jämlik i hela Sverige. Läkarna har bäst kunskap om de vårdbehov som patienterna ger uttryck för. Därför vore det fel att inte tillvarata denna kunskap i en överläggning mellan Läkarförbundet, SKL och Socialstyrelsen. I dessa överläggningar fastställs miniminivåer för den specialiserade vården i Sverige. För att säkerställa att dessa miniminivåer också realiserar be-

»Samtidigt är det viktigt att regelsystemet utformas så att privatläkarvården generellt kan öka, särskilt i privatläkar-glesa områden av Sverige.«

hövs ett regeringsbeslut. Därefter kan landstingen och de lokala läkarföreningarna diskutera hur den lokala anpassningen ska se ut.

För att säkerställa patientens inflytande över den egna vården är det viktigt att patienten själv väljer sin

läkare. Det betyder att det inte finns något remisstvång. Därför är vi skeptiska till den skånska världsmodellen, »Hälsoval Skåne«. Vi tror inte på visionen med specialister som kontrakterade underleverantörer till vårdenheterna. Det förefaller klokare att avvakta resultatet av lagen om ersättningsetablering och ett vidareutvecklat nationellt ersättningsystem.

Ovanstående tankegångar borde vara möjliga att utveckla inom ramen för den nuvarande lagstiftningen om ersättningsetablering. Två problem behöver lösas för att tillgodose EUs regler om tjänstekoncession.

Den första frågan gäller nyetablering. Förutom specialistkompetens kan man tänka sig att landstinget definierar andra krav, såsom geografisk lokalisering och kunskaper i kvalitetsfrågor, ekonomi och administration. Fortfarande kvarstår problemet att välja mellan sökande som uppfyller de fastställda villkoren. Några metoder kan vara en öppen auktion, lottdragning eller ett system med köer. Denna fråga behöver utredas vidare. Finns det möjlighet till ett system där tonvikten läggs på en värdering av kvalitetsfaktorer? Om man kan välja efter faktorer som kvalitet etc är det i prin-

cip samma urvalsmetod som används vid tillsättning av kvalificerade medarbetare som t ex chefläkare på ett sjukhus. Det måste kunna gå att välja också bland intresserade som vill bli praktiker. Man kan kanske tänka sig någon form av överklagandemöjlighet om/när någon blir missnöjd.

Den andra frågan gäller tidsbegränsningen av ett avtal som också säkerställer möjligheten till långsiktighet i läkarens åtagande gentemot sina patienter. Här kan man tänka sig långa avtalstider som 15 år med fem års förlängning. Ett annat alternativ kan vara en uppsägningsklausul utifrån undermålig kvalitet eller kraftigt förändrade vårdbehov. En förutsättning för att en sådan ordning inte ska leda till godtycke från landstingens sida är att regeringen fastställt nationella miniminivåer.

Ovanstående system borde tillgodose landstingens planeringsansvar, särskilt med tanke på att de också har möjlighet att använda sig av lagen om valfrihetssystem eller lagen om offentlig upphandling. Men för att säkerställa den småskaliga vårdens överlevnad behövs ett system där etableringen är knuten till läkaren som fysisk person på det sättet som den är i den nuvarande lagen om ersättningsetablering.

Åke Reimer
ordförande, Skånes
privatläkarförening

Lars Envall
ordförande, Göteborgs
privatläkarförening

Christer Sjödin
ordförande, Stor-Stockholms
privatläkarförening
sjodin.christer@telia.com