

skillnader i behandling av diabetessjukdom, blodtryck och skillnader i måluppfyllelse mellan primärvården i Östergötland och hela Sverige måste göras med försiktighet. Eftersom data från Östergötland ingår i NDR-data från riksgenomsnittet, där de utgör 17 procent av det totala antalet diabetespatienter från primärvården, måste man dock misstänka att skillnaderna i kvalitetsparametrarna HbA_{1c} och blodtryck i själva verket är ännu större mellan primärvården i Östergötland och övriga Sverige.

Leder registret till bättre vård?

Leder då ett nationellt kvalitetsregister som NDR till bättre resultat inom diabetessjukvården? Vår analys av resultaten är att ett kausalsamband mellan rapporteringsgrad till NDR och bättre medicinska resultat avseende kvalitetsparametrarna blodtryck och HbA_{1c} inte kan fastslås. Det verkar å andra sidan mindre troligt att man i primärvården i Östergötland i sig skulle vara bättre skickad att sköta diabetessjukvården än kollegerna i övriga landet.

Mot bakgrund av våra resultat kan man därför spekulera i om det engagemang som rapporteringen till NDR innebär i sig startar medvetna eller omedvetna processer hos vårdgivaren, vilka kan medföra känslor av tävlingsinstinkt och bekräftelse. Det är också sannolikt att den ökade kunskap som genereras via feedbackmekanismer successivt leder till kvalitativa resultatförbättringar.

Utvecklingspotential

Att delta i mätningar som sammanställer och synliggör skillnader i kvalitetsparametrar tydliggör en utvecklingspotential i förhållande till den egna verksamheten, vilket skulle kunna sammanfattas med att mätandet medvetandegör. I sådant fall är det inte orimligt om vårdgivare som aktivt deltar i nationella kvalitetsregister uppnår, relativt sett, något bättre resultat än vårdgivare som avstår från jämförelser av medicinska kvalitetsdata.

Om slutsatsen är riktig talar detta för att politiska beslut om att stödja vårdgivares medverkan i nationella kvalitetsregister är en klok väg för en resultatorienterad kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Leufstedt S. Diabetesregistret nyckeln till allt bättre behandlingsresultat. *Läkartidningen* 2005;102:402-3.
2. Gudbjörnsdottir S, Cederholm J, Nilsson PM, Eliasson B, Berne C, Adamson U. Nationella diabetesregistret 1996-2003. Kvalitetsvärdering visar att diabetessjukvården har förbättrats. *Läkartidningen* 2004; 101:3790-97.

Reflektioner efter avtalsrörelsen:

Skrota landstingsmonopolen nu!

Lärdomar av årets avtalsrörelse: Den individuella lönesättningen måste stärkas. På kort sikt måste arbetsgivarna ha tydliga lönekriterier och ett tydligt chefskap i lönesättningen. På lång sikt krävs en mångfald av arbetsgivare. Först på en fri marknad i jämvikt uppstår den rätta lönen, och den är betydligt högre än idag. Att bryta landstingsmonopoliseringen av sjukvården är den viktigaste åtgärden för att förbättra läkarkårens arbetsmarknad.



GUSTAV NILSSON
med kand, doktorand; ledamot
av Läkarförbundets förhandlingsdelegation
gustav.nilsson@slf.se

II Det svenska politiska landskapet är världsunikt på vissa sätt. En kringvandrande ornitolog kan få se märkliga fåglar häcka. Ibland visar sig de mest otroliga djur, sådana som är utdöda sedan länge i andra ekosystem.

Årets avtalsdans

Denna vår träffades några stora fåglar och utförde en rituell dans. Jag syftar på den avtalsrörelse som avslutades den 31 mars. Den största fågeln av dem alla är Sveriges Kommuner och Landsting, arbetsgivarförbundet som nyligen fusionerats. Vi andra, dvs Läkarförbundet, SKTF-SSR och Kommunal, burrade upp fjädrarna och skuttade i cirklar runt den stora skvadern.

Hur kan det komma sig att denna fågeldans är så betydelsefull? Det är egentligen rätt unikt att akademikers fackförbund ägnar sig åt hundraåriga industrilönebildningsmetoder på det sätt vi gör. I stället för att överlåta lönesättningen åt individen står striden mellan fackförbundet och arbetsgivarförbundet om tiondelar av procentenheter på central nivå.

Läkarkårens speciella arbetsmarknad

Anledningen är läkarkårens speciella arbetsmarknadsstruktur. Den svenska sjukvården är till övervägande del landstingsmonopoliserad. Arbetsgivarna har i praktiken en kartell som erbjuder mycket få alternativ för såväl läkare och annan vårdpersonal som patienter. Detta skandalösa förhållande tar Läkarförbundet tydligt avstånd från i sitt sjukvårdspolitiska program. Här beskrivs också de

många fördelarna för patienter och skattebetalare som en mångfald av vårdproducenter medför.

En mångfald av arbetsgivare

Den individuella lönesättningen måste stärkas. Det innebär på kort sikt att arbetsgivarna måste ha tydliga lönekriterier och ett tydligt chefskap i lönesättningen. Men för att den individuella lönesättningen skall fungera fullt ut krävs en mångfald av arbetsgivare. Den rätta lönen är den som uppstår på en fri marknad i jämvikt, och den är betydligt högre än i dag. Därmed avspeglas läkarens stora utbildningsinvestering, värdefulla arbetsprestation och avgörande ansvar.

Invandrade läkare utan inflytande

Ett internt problem i Läkarförbundet blev tydligt under avtalsrörelsen. De invandrade läkarna utan legitimationsvillkor är den medlemsgrupp som är svagast på arbetsmarknaden. Dessa blir i dag medlemmar i MSF när de går med i Läkarförbundet, men MSF saknar kompetensen att företräda dem och bör heller inte upphöra att vara ett rent studerandeförbund. Det är ett bekymmer att denna grupp medlemmar saknar demokratiskt inflytande i avtalsförhandlingar som påverkar dem i hög grad.

Befria vården!

Att bryta landstingsmonopoliseringen av sjukvården är den viktigaste just nu för att förbättra läkarkårens arbetsmarknad. Det är också den viktigaste för att förbättra sjukvårdens tillgänglighet, kvalitet och effektivitet.

Befria vården! •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.