

Kvalitetsregister – en facklig fråga

■ Vad vet Måns Rosén, utredare av de nationella kvalitetsregistren, om en läkares arbetsdag? Och på vilket sätt är detta intressant för vårt fackförbund? Det är givande att skärskåda hans vision av hur en modern konsultation hos distriktsläkaren skulle kunna gå till och när vi fått tillgång till en gigantisk journal- och kvalitetsdatabas, som även innehåller patientens egenrapporter. Läs – ordagrant citerat!

»In genom dörren kommer Sara, 40 år och stressad avdelningschef, mitt i karriären. Hon har återkommande migränattacker. Distriktsläkaren och Sara sätter sig tillsammans framför bildskärmen och diskuterar de uppgifter hon fyllt i på nätet via Mina vårdkontakter. Varje gång Sara haft migränattack har hon loggat in och rapporterat attacken. 'Vad hände innan du fick attacken den 20 mars?' Sara kollar sin almanacka: 'Ja, det var lite körigt innan bokslutet och jag sov dåligt.' 'Jag ser också att du inte motionerat så mycket som du gjort tidigare?' 'Nä, jag har inte hunnit och så har vädret varit förfärligt.' 'Ska vi kolla din läkemedelslista innan vi går vidare?' Samtalet fortsätter och de kommer överens om att Sara ska få motion på recept och ett migrämförebyggande läkemedel, som genom registerstudier visats ge mindre biverkningar i form av sömnproblem. 'Sen fortsätter du att fylla i hur du mår. Om jag ser att du har attacker kommer jag att kalla dig, annars behöver du inte komma tillbaka förrän om ett år. Om du vill komma ändå är det bara att du gör en bokning i Mina vårdkontakter eller ringer.'«

Det går inte att identifiera sig med vare sig Sara eller distriktsläkaren utan att känna rysningar av obehag. De två sitter och stirrar in i datorn, men får inte fram någon in-

formation som inte ett normalt samtal hade kunnat frambringe mycket snabbare. Kanske hade man utan inloggningarna och datumkollarna även vid behov kunnat hinna med moment av aningen mindre platt karaktär än ovanstående – lite tröst och empati, en kroppundersökning vid behov ...

Att påtagliga medicinbiverkningar trollas bort är anstötligt. Sådana kommer inte att försvinna på grund av register och kommer alltid att kräva en professionell handläggning och diskussion med patienten. »Motion på recept« skriver man inte ut till människor med tidigare motionsvana; det vore absurd för patienten och dessutom resurslöseri.

Det är också skattretande att föreställa sig distriktsläkaren som under sin arbetsdag prioriterar att i datorn följa alla sina patienter (för det är väl inte bara Sara han har hand om?) inloggningsavseende olika besvär och krämpor.

Denna vision illustrerar mycket elegant svagheten i att uppifrån försöka implementera en aktivitet som varken patienter eller professionen efterfrågar. De register det handlar om är inriktade på mätbar och ibland helt meningslös kvantitet. De är – särskilt när det gäller primärvården – ofta utvalda med otillräcklig hänsyn tagen till hur sjukvården fungerar, dels i makroperspektiv, dels på nivån mötet mellan läkare och patient. De stjälad tid från verkligt kvalitetsarbete – dvs bot och hjälp till sjuka människor. Den dyra utbildning samhället bekostat åt professionen är även inriktad på att lära ut identifikation av excellens – kvalitet.

Den intensiva och energiska kontrollen, påtvingad av politiker och administratörer, är något annat. Utöver att drä-



Vinjet: Airiliste

nera resurser skickar den det implicita budskapet till hårt arbetande sjukvårdsanställda att enbart vissa marginella aspekter av alla dagliga ansträngningar representerar kvalitet, betyder något och ska premieras, alternativt bestraffas om de inte utförs enligt kontrollanternas direktiv. Detta sprider trötthet och hopplöshetskänslor, och cynismen väntar bakom hörnet.

I Dagens Medicin 9/2011 redogörs för en avhandling om sjukhussammanslagningarna i Stockholm. Man konsta-

terar att vårdpersonal – till skillnad från personal i vanliga företag – ofta är svärstyrda och inte drar sig för att protestera. Ja, eftersom i vården kan vi inte säga oss att »Ågaren bestämmer, det är bara att gilla läget« – vi har ju nämligen patienter att ta hand om.

Det bästa jobb man kan tänka sig, tycker många av oss, men vi har svårt att ligga lågt när utvecklingen går åt fel håll. Vår omsorg om patienten är en oskiljaktig del av vår arbetsmiljö. Det är därför som denna fråga i högsta grad blir intressant för vårt fackförbund.

Catarina Canivet
distriktsläkare, Lund
catarina.canivet@med.lu.se

birgitta rydberg svarar psykiatriska föreningen:

Svårt förstå professionens rädsla för valfrihet i vården

■ Svar till Arne Stenstedt och Lise-Lotte Risö Bergerlind, Svenska psykiatriska föreningen (»Valfrihetens gränser«, LT 12/2011, sidan 677).

Det är slående hur möjligheten för patienter att få en reell valfrihet provocerar. Utgångspunkten tycks vara att patienterna i psykiatri inte vet vad som är bäst för dem själva. Vår utgångspunkt är tvärtom att patienterna själva värdesätter en god vård, och att möjligheten att välja den vårdgivare man har förtroende för stärker förutsättningarna för en framgångsrik behandling. Jag har svårt att förstå grunderna för den rädsla som professionen, eller åtminstone vissa av dess företrädare, ger uttryck för.

Motsättningarna mellan valfrihet och andra goda värden i vården tycks i hög grad över-

drivna. Psykiatriska föreningens företrädare skriver ju att det för psykopatienter kan vara »själva förtroendet mellan patienten eller personalen vid en viss öppenvårdsmottagning eller ett visst sjukhus som kan stabilisera situationen så att psykoskov kan undvikas«. Men till skillnad från Stenstedt och Risö Bergerlind tror jag inte att möjligheten att välja underminerar uppbyggandet av detta förtroende.

Ingen påstår att valfriheten skulle vara överordnad kontinuiteten eller få riskera patientsäkerheten. Områdesansvaret i våra psykiatriavtal finns bl a också för att säkerställa patientsäkerheten. Och patienterna föredrar naturligtvis också en god behandling med kontinuitet.

Behovet av valfrihet inom

