

## 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 migränförebyggande 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-

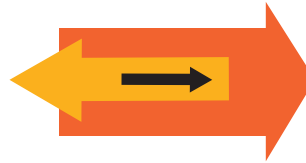
formation som inte ett normalt samtal hade kunnat frambringe mycket snabbare. Kanske hade man utan inloggningarna och datumkollarna även vid behov kunnat hinna med moment av aningen mindre platt karaktär än ovanstående – lite tröst och empati, en kroppundersökning vid behov ...

Att påtagliga medicinbiverkningar trollos 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 stjäla 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



psykiatrin ska inte förmins-  
kas. I motsats till andra vård-  
områden har förändrings-  
trycket i psykiatrin varit litet  
– alltför litet, vågar jag säga.  
Det har ändrats på senare år,  
men att det finns mycket att  
göra, och ett tryck från de be-  
rörda, patienter, anhöriga och  
allmänhet, är tydligt. Det  
märks i statistiken över pa-  
tientklagomål, till exempel

från vår egen patientnämnd  
och även i de vittnesmål vi  
själva mottar från såväl pa-  
tienter som anhöriga.

De nödvändiga och positiva  
förändringarna och utveck-  
lingen av psykiatrin tar sig  
många uttryck. Inte minst får  
patienter det allt lättare att  
snabbt få adekvat hjälp. Pro-  
duktiviteten har ökat och

kommer att fortsätta öka, och  
det är helt nödvändigt. Bara  
nya ekonomiska resurser är  
ingen lösning. Vi alla har  
ansvaret mot patienter och  
skattebetalare, som värnar  
en god psykiatri, att använda  
deras pengar effektivt.

Om vissa psykiatriska  
vårdgivare är mycket mer po-  
pulära än andra borde svaret  
inte bli att angräpa valfrihe-

ten, utan att fråga sig vad som  
är orsakerna och vad som kan  
göras för att bli bättre på be-  
mötande, tillgänglighet och  
kvalitet. En sådan positiv  
konkurrens om värdidéer är  
något jag i allra högsta grad  
bejakar.

Birgitta Rydberg  
sjukvårdslandstingsråd (FP),  
Stockholms läns landsting

## birgitta rydberg svarar jan halldin:

# Nya idéer och mer vård för pengarna

■ Jan Halldins politiska dog-  
matism börjar bli rejält trött-  
sam. Han upprepar samma  
påståenden om faror och vå-  
dor med allt som andas fristå-  
ende alternativ i vården och  
inte minst i psykiatrin »Poli-  
tisk dogmatism fragmentise-  
rar den psykiatriska vården«,  
Läkartidningen 9/2011, sidan  
480). Tankesättet är fastfru-  
set i en tid då centralt plane-  
rad vård ansågs vara det enda  
rätta – då politiken i allra  
högsta grad lade sig i hur vår-  
den utformades.

Mitt enda syfte är att vi ska få  
mesta och bästa möjliga vård,  
med en psykiatri där patien-  
ter och anhöriga känner sig  
sedda och delaktiga och be-  
möts av respekt av kompetent  
personal. Medan Halldin fix-  
erat sig vid 20 år gamla debat-  
ter – om något som var ett för-  
slag från en enskild politiker,  
moderaten Örjan Hultåker  
– vill jag se framåt.

Verkligheten – så som den  
ser ut efter att först psykia-  
trin i sydöstra Stockholms  
län och Järvafältet och där-  
efter i nordöstra Stockholms  
län tagits över av fristående  
vårdgivare – motbevisar  
Halldins resonemang. De nya  
vårdgivarna har fört in nya  
idéer och ger mer vård för  
pengarna.

Barnpsykiatrin i Handen,  
med långvariga problem,  
länga väntetider och miss-  
nöje från berörda kommuner,  
har nu med en entreprenörs-  
driven vårdgivare fått en ny-

start och hjälper fler barn  
och ungdomar snabbare.

Den positiva konkurrensen  
handlar om både kvantitet  
och kvalitet. De fristående  
vårdgivarna har i många fall  
en högre kompetensnivå  
bland personalen, med fler  
specialiserade sjuksköters-  
kor liksom psykologer.

Konkurrensen ger också

positiva resultat i vår egen  
landstingsdrivna vård, som  
får exempel på och drivkraf-  
ter för förändring. Också i  
våra avtal med landstingets  
psykiatrisektorer har vi kun-  
nat öka volymer och kvalitet.

De ekonomiska aspekterna  
är dessutom långtifrån oin-  
tressanta. Jag ser gärna en  
privat driven, välskött verk-

samhet som lyckas gå med  
vinst – och som också kan  
sporra andra att ge bättre  
värdmässiga och ekonomiska  
resultat. För oss, skattebeta-  
larna och patienterna är all-  
tid vinst att föredra framför  
underskott.

Birgitta Rydberg  
sjukvårdslandstingsråd (FP),  
Stockholms läns landsting

## slutreplik:

# 20 år gammal debatt relevant också i dag

■ Birgitta Rydberg anger att  
politiken tidigare lade sig i  
hur vården utformades; un-  
derförstått att politiken i dag  
inte gör det. Detta är både  
sant och osant. Det är sant att  
vården i dag inte styrs cen-  
tralt utan i stället av mark-  
nadsekonomiska principer  
med konkurrens som främsta  
medel, och med värddval, fri  
etablering och privatisering-  
ar som verktyg – en politik  
som kan föra med sig allvarli-  
ga konsekvenser för främst  
utsatta grupper med sam-  
mansatta vårdbehov.

Det osanna är att om man  
exempelvis som läkare fram-  
för kritiska synpunkter på  
den nu förda vårdpolitiken  
bemöts man ofta från styrande  
sjukvårdspolitiker antingen  
med svar som inte berör  
den framställda saksfrågan el-  
ler av tystnad. Det är olyckligt  
i ett demokratiskt samhälle.

Anledningen till att jag

skrev min debattartikel »Pol-  
itisk dogmatism fragmentise-  
rar sjukvården« (LT 9/2011,  
sidan 480) var en tidigare ar-  
tikel av Filipe Costa (LT  
1/2011, sidorna 8-9) där han  
visar hur den psykiatriska  
vården ytterligare fragmenti-  
serats i Stockholms län till  
följd av att den psykiatriska  
frivilligvården sedan några  
år tillbaka är föremål för pri-  
vatiseringar samtidigt som  
den psykiatriska tvångsvår-  
den inte kan privatiseras, av  
skäl som jag nämnde i min  
tidigare artikel.

Därmed sker det hos patien-  
ter som i dag behandlas inom  
den psykiatriska frivilligvår-  
den, och som är i behov av  
psykiatrisk tvångsvård, ett  
kontinuitetsbrott i behand-  
lingsarbetet – behandlings-  
kontinuiteten har enligt Cos-  
ta ansetts som en evidensba-  
serad princip vägledande för

det psykiatriska behand-  
lingsarbetet.

Tre tunga instanser, främst  
Socialstyrelsen, uttalade sig  
redan i början av 1990-talet  
om det olämpliga i att privati-  
sera den psykiatriska frivillig-  
vården just på grund av att  
den är så nära samordnad  
med den psykiatriska tvångs-  
vården [1]. Att som Rydberg då  
saga att jag »fixerat mig vid 20  
år gamla debatter« är missvis-  
ande. Rydberg och hennes al-  
lianskamrater borde ha tagit  
hänsyn till dessa tidigare in-  
stansers uttalanden eller åt-  
minstone ha begärt en förny-  
ad bedömning av Socialstyre-  
lsen innan man inledde priva-  
tiseringarna av den frivilliga  
psykiatriska vården inom  
Stockholms läns landsting.

Jan Halldin  
leg läkare, med dr, Danderyd  
jan.halldin@gmail.com