

apropå! Prestationsersättningar i primärvården

Bästa Socialdepartement!

■ Jag är distriktsläkare. Jag vårdar mina patienter i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, och jag gör det av hela mitt hjärta och all min kraft. Jag har 5,5 års läkarutbildning och ytterligare 7 år av kombinerad utbildning och klinisk tjänstgöring. Jag har sammanlagt 12 års klinisk erfarenhet av att arbeta som läkare, varav 3,5 år som specialist i allmänmedicin. Min kunskap och erfarenhet är resultatet av en långvarig professionell utveckling där riktlinjer och vårdprogram utgör en mycket liten del av den sammanlagda kompetensen.

Jag vet att jag är bra på det jag gör. Lyssna på mig när jag säger att du har slagit in på fel väg.

I dag har vi haft möte på vårdcentralen. För om ären ägnades våra möten huvudsakligen åt patientrelaterade frågor. Numera handlar det till stor del om ekonomi. I dag gällde frågan hur vi ska öka vårt ekonomiska utrymme nästa år. Marknadsföring är en cool ny grej (vet du vad – vi ska vara med på Facebook; glöm inte att gilla oss!), men framför allt är svaret att vi ska anpassa vår verksamhet för att maximera prestationsersättningarna.

Just nu gäller prestationsersättningarna tillgänglighet, rehabilitering och levnadsvanor. Snart kommer registrering i SweDem, där du nyligen bestämt dig för att betala hela 50 miljoner för våra registreringar. Jag tvivlar inte på att du har planer på att med ekonomiska medel pressa igenom registreringar i flera register till.

Vad karakteriserar dina prestationsersättningar? Låt mig berätta vad jag ser.

• *För det första:* De går emot

mina professionella bedömningar. De försöker tvinga mig till åtgärder som jag ofta upplever som medicinskt felaktiga och kontraproduktiva. De stjälar resurser från de områden av mitt arbete som jag bedömer som verkligt viktiga och får mig att prioritera bagateller. Det är väl det som är anledningen till att du tycker att de behövs, och det får mig att undra varför du är så övertygad om att mina professionella bedömningar är felaktiga.

• *För det andra:* De är, som all resultatstyrning, manipulerbara. Att manipulera dem kräver skicklighet, tid och list, men hur förslagen du än blir, kära Socialdepartement, kommer det alltid att finnas andra out there som är ännu listigare. Tro mig.

• *För det tredje:* De ökar den administrativa delen av mitt

arbete, inte bara rent praktiskt, det är det lilla – nej, framför allt förbrukar de mina kognitiva resurser. Mitt sinne vänds bort från den professionella handläggningen av mina patienters sjukdomar, mot en fokusering på ekonomi och administration. Att mötena inte längre handlar om patienter utan om ekonomi, att allt jag gör måste kategoriseras och organiseras för att ditt byråkrathjärta ska bli tillfredsställt, att inget räknas utom det mätbara – det tär på mig, kära Socialdepartement, och det drabbar mina patienter.

Jag och många av mina kollegor upplever att du i all välmening, för att du tror att det är bra för patienten, håller på att bryta ner kärnan i vår verksamhet och förminska den till en samling definier-



Foto: Colourbox

Socialdepartementet har slagit in på fel väg, anser Saskia Bengtsson.

bara och betalbara åtgärder. Vi gör motstånd för patienternas skull, men vi orkar inte i all oändlighet.

Varför har du fått för dig att du bättre än vi förstår vad patienterna i primärvården behöver? Varför tror du vi gör motstånd? Tror du verkligen att det är för att vi är lata, eller insiktslösa, eller okunniga? Varför, kära Socialdepartement, lyssnar du över huvud taget inte?

Vänliga hälsningar
Saskia Bengtsson
distriktsläkare,
Bankeryd



Saskia.Bengtsson@lj.se

Läsarkommentarer från Lakartidningen.se

Foto: Colourbox



→ Jakob Endler skrev krönikan »Varför blev jag filmad av de anhöriga?« i LT 1–2/2012 (sidan 45). Här följer utdrag ur kommentarer från Lakartidningen.se.

Därför filmar patienter

— I fallet med SOS-alarmsköterskan är det väl ingen som tror att det skulle varken lex Maria-anmäls eller gått till åtal utan ljudfilerna. Inte en chans! Det visar på hur viktigt en objektiv återgivbar upptagning är OM något går fel. Sen tror jag inte det är lätt för patienten själv att avgöra när risken är som störst.

Susanne Flyborg
överläkare,
Landstinget i Värmland

Måste våga informera

— Om risken finns att vi utför vårt arbete sämre med anhöriga

närvarande (filmade eller blotta närvaron) måste vi våga informera om detta och förutsätta att de anhöriga också vill patientens bästa. Patienter och anhöriga som känner förtroende jagar inte bevis på misstag!

Annemarie Kullendorff
specialistläkare (gyn obstetrik och gyn onkologi), Göteborg

→ Astrid Lindgren-fallet fortsätter att engagera. »Förundersökning inledd efter intervjun med narkosläkaren« (LT 1–2/2012, sidan 16) toppar i detta nu listan över 2012 års mest lästa artiklar. Här följer ett utdrag ur en läsarkommentar:

Rättsprocesser i de medicinska behandlingarnas fotspår

— Om vår kollega, som är en välutbildad yrkesmänniska med hög social rang stöter på sådana här svårigheter som brottsmisstänkt hos polisen, hur ska det då inte vara för

småtjuvar och gatans bus...? Vår kollega har medverkat till att dra täcket av företeelser som verkligen kan förtjäna en viss belysning.

— Det finns en annan sak som oroar mig. Riksåklagaren Anders Persklev lämnade följande kommentar i artikeln. »En fråga värd att titta på är hur man kan inhämta och tillgodogöra sig tillförlitliga medicinska bedömningar, för sådana bedömningar är inget åklagaren själv kan göra. Åklagaren är helt beroende av expertkunskap.« Detta inger en viss oro. Det kan väl inte vara så att man i åklagarväsendet förbereder sig på en utveckling till rådande förhållanden i USA, med rättsprocesser som följer i de medicinska behandlingarnas fotspår?

Anna Blomqvist
överläkare, Arbets- och miljömedicinska mottagningen, Hallands Sjukhus, Halmstad