

REPLIK:

Perssons »HSF-modell« sågades redan på 1990-talet

■ Förvånande att en välmeriterad person som Bertil Persson skriver att jag bara har »personalen i centrum – inte patienterna«. En typ av omogna slag under bältet, som jag trodde man växte ifrån under tiden i ungdomsförbunden. Jag har aldrig argumenterat utifrån personalens intressen. Mina motiv för en bra patientvård är lika goda som Perssons.

Wilka de rätta incitamenten är som skulle ge ökad tillgänglighet för alla, berättar inte Persson. Övervåldigande erfarenhet visar att vinstdriven vård har jämlikhetsproblem. Läs Monika Löfvanders nyårsbeaktelse [1]. Hon har disputerat och verkat ett yrkesliv i Rinkeby och vet vad hon talar om. Vårdval Stockholms nya incitamentsstruktur är en katastrof för utsatta grupper. De mister nu de otillräckliga vårdresurser, den tillgänglighet, de haft. Perssons »HSF-modell« sågades redan på 1990-talet, inte minst på grund av problemen i relation till sekundärsjukvården.

Persson tror att patienterna kan välja »den vård och kvalitet de önskar sig«. Det är högst osäkert, i varje fall oönskat, att ett antal kvalitetsregler kan spegla vårdens sanna väsen, inte minst allmänmedicinens. Tvärtom bäddar en prematur konkurrens med skenbart objektiva registerdata för manipulation av befolkningen och en vårdinriktning, inte på medicinska behov utifrån en etisk prioritering, utan ett utbud som passar reklambaserad sjukvårds-konsumtion och som ger höga intäkter.

Perssons marknadsfilosofi fullföljs redan av Stockholms Vårdguide med otillförlitliga enkätdata, och av privata saj-

ter, där enskilda läkare rankas på nätet [2]. Subjektivt tyckande om läkare, t ex när sjukskrivning eller begärda läkemedel nekats, ska göra det enklare att välja husläkare eller mottagning. Falsk information kommer att spridas och enskilda läkare hängas ut. Jag beklagar att Läkarförbundets ordförande inte slagit näven i bordet utan anser att det »är något man får vänja sig vid«, fastän hon inser vilka integritetsproblem det är frågan om [2].

Orsaken är att hon är anstucken av samma kundvalstänkande som Persson. Någonstans finns väl ändå en gräns för anständighet i en yrkeskår. Även om en jurist på Datainspektionen säger att sajternas uppgifter inte är ett lagbrott [3] tycker jag Läkarförbundet till sista instans skulle driva processen juridiskt för att stoppa dessa sajter för kvalificerat sladder.

Det finns fler lagrum än Personuppgiftslagen (PUL) att åberopa. Domstolsprövningar skulle ha det goda med sig att hela idén om betygsättning av läkare, mottagningar och vårdresultat kom under offentlig debatt så att allmänheten insåg att man som patient inte är eller kan agera som kund. Och att sjukvården är på väg in i en återvändsgränd!

Bengt Järhult
vårdcentralen i Ryd/
FoU-centrum, Växjö
bengt_jarhult@hotmail.com

REFERENSER

1. Löfvander M. Vårdval Stockholm ger friska många val. Dagens Nyheter. 7 januari 2008.
2. Erlandsson Å. Enskilda läkare rankas på nätet. Dagens Medicin. 7 januari 2008. www.dagensmedicin.se
3. Erlandsson Å. Sajternas uppgifter inget lagbrott. Dagens Medicin. 7 januari 2008. www.dagensmedicin.se

REPLIK TILL CHRISTER SJÖDIN:

Frågan om ersättningsetablering går inte att besvara med ett enkelt ja eller nej

Läkarförbundet förespråkar ett nytt system för ersättning för privatläkare, och därför går frågan om ersättningsetablering inte att besvara med ett enkelt ja eller nej. Det skriver Eva Nilsson Bågenholm som svar på ett inlägg av Christer Sjödin.

Frågan om ersättnings-etablering för privata vårdgivare väntar på ett svar trots Alliansens vallöfte i frågan. Till den departementspromemoria som Socialdepartementet skickade ut har det inkommit många remissvar, men någon proposition har ännu inte kommit. Christer Sjödin har med anledning av detta och en artikel i Svenska Dagbladet, där bl a ett uttalande från mig återges, skrivit ett debattinlägg i Läkartidningen 3/2008 (sidan 141). Han undrar om jag inte stödjer privatläkarna och om jag är illojal med min egen styrelse. Så är självklart inte fallet.

Både jag och Läkarförbundet stödjer våra privatpraktiserande kollegor, och vi verkar för fler privata vårdgivare. Läkarförbundet arbetar för en ändamålsenlig utveckling av svensk hälso- och sjukvård, och vi tror att en ökad mångfald av vårdgivare kan bidra till både bättre resursutnyttjande och bättre vård för patienten. Vi har under de senaste åren sammanställt vår politik i två sjukvårdspolitiska program, »Framtidens sjukvård – finansiering, styrning

Bedrövad blev jag också av att Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm på sikt vill ha ett helt nytt ersättningssystem för privatläkarna: »Det som finns idag är in-...»

Utdrag ur Christer Sjödens artikel i LT 3/2008.

och struktur« (2004) och »Framtidens närsjukvård« (2006).

Framförallt det sistnämnda programmet tar upp hur vi ser på utvecklingen av den specialiserade närsjukvården. Den är ett komplement till den primära närsjukvården och den fullt utrustade sjukhusvården. I programmet föreslår vi följande:

»Specialistläkarnas ersättningar ska regleras nationellt, motsvarande dagens nationella taxa. Taxan kan vidareutvecklas i regionala tilläggsuppdrag utifrån lokala förhållanden. Uppdraget ordnas i ett baskontrakt där villkor för vårdproduktionens basala innehåll och ersättning framgår, motsvarar det som i dagens läkarvårdstaxa kallas normalbesök. Genom att ersättningarna för olika typer av specialitvård är nationellt reglerade kommer kvaliteten bli det konkurrensmedel som avgör vilka företag/specialistläkare som får uppdraget. Ersättningarna omförhandlas mellan staten och den medicinska professionen regel-



EVA NILSSON BÅGENHOLM
ordförande,
Läkarförbundet
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

bundet. Alla specialistutbildade läkare, oavsett driftsform, ska ha möjlighet att konkurrera om kontrakten på lika villkor. Den regionala beställarorganisationen beräknar totalvolymen för öppenvården i regionen, dvs i praktiken hur många kontrakt som ska utfärdas och inom vilka specialiteter. Därmed elimineras risken för överetablering. Kontrakten bör vara långvariga.»

Detta förslag skulle innebära en förändring jämfört med dagens system och innebära följande scenario: Landstingen tar efter samråd med privatpraktikern fram ett förslag till vårdavtal som bl a anger specialitet (innehåll), tidslängd på kontraktet samt geografisk lokalisering. Därefter kan privatpraktikern lämna ut sin etableringsrätt och det nya vårdavtalet på anbud. Om landstinget har vägande skäl att ändra specialitet eller lokalisering i stället för att använda den existerande får inventarier och utrustning säljas separat. För att alla läkare ska ha möjlighet att konkurrera om kontrakten på lika villkor kan vi inte fortsätta med avtal som inte ger utrymme för omprövning av inriktning.

Läkarförbundets program anger att kontrakten ska vara långvariga, dvs längre än dagens vårdavtal, men inte livslånga som i dagens nationella taxa. Läkarförbundet förespråkar ett nytt system för ersättning för privatläkare, och därför går frågan om ersättningsetablering inte att besvara med ett enkelt ja eller nej. Bäst vore om de läkare som regleras i nationella taxan i dag har möjlighet till ersättningsetablering enligt beskrivningen ovan. Många privatpraktiserande läkare har väntat länge på möjligheten att lämna över sin mottagning, och tydliga regler för överlämnandet brådskar. Statsmakterna bör snarast fastställa de formkrav som måste vara uppfyllda. ■

Kärndoktorer, ECT och risken för en smäll

Inser våra beslutsfattare skillnaden mellan produktivitet och effektivitet? Att effektivitet förutsätter »clinical expertise«? Hotas AT- och ST-utbildning av prestationsbaserad vinstdriven vård? Frågorna dyker upp under en middag arrangerad för att fira 2007 års Kärndoktor.

Sedan 1990 röstar AT-läkarna i Skövde fram årets »Kärndoktor«. Man vill uppmärksamma en läkare som varit en god förebild, visat pedagogiska talanger och engagemang i AT-utbildningen. Priset är en vandringspokal med inskriptionen »pro claritate et scientia«; för ljus- och kunskaps-spridning.

I motiveringen lyfts vikten av kunskap och kompetens fram. Kärndoktorn är bland annat z

- medicinskt kompetent
- rolig att arbeta tillsammans med
- intresserad av att öka kompetensen hos sina yngre kollegor
- förmögen att skapa god kontakt med patienterna.

De flesta »tävlingar« inom sjukvården belönar framförallt produktivitet. Jag tänker till exempel på mitt eget sjukhus kvalitets- respektive förbättringspris. I fjol (2007) utdelades Kvalitetspriset för ett arbete som ökat tillgängligheten till ECT-behandlingar. Förbättringspriset gick till endoskopienheten för dess öppna mottagning, dit patienterna

kan komma för undersökning oanmälda, med remiss i handen, valfri dag mellan kl 13 och 14, vilket bl a eliminerat väntetiderna, ökat tillgängligheten och minskat onödigt sjukskrivning respektive läkemedelsbehandling i väntan på undersökning.

Dock – patienten är knappast hjälpt av en snabb ECT om diagnosen depression är inkorrekt, och patienten är heller inte hjälpt av kort väntan på endoskopi om själva premissen för undersökningen är felaktig.

Inser våra beslutsfattare att denna »clinical expertise« (se Fakta) är en förutsättning för att dessa två verksamheter ska bli effektiva, dvs leda till inte bara kortare väntan på ECT och gastroskopier, utan även bättre resultat? Av statistiken man efterfrågar tycks

FAKTA

»External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision.«

Sackett DL, et al: Evidence-based medicine. How to practice & teach EBM. Churchill Livingstone; 1997.



En vandringsljusstake med inskriptionen »pro claritate et scientia« (för ljus- och kunskaps-spridning) ges årligen av AT-läkarna i Skövde till en läkare som varit en god förebild, visat pedagogiska talanger och engagemang i AT-utbildningen.

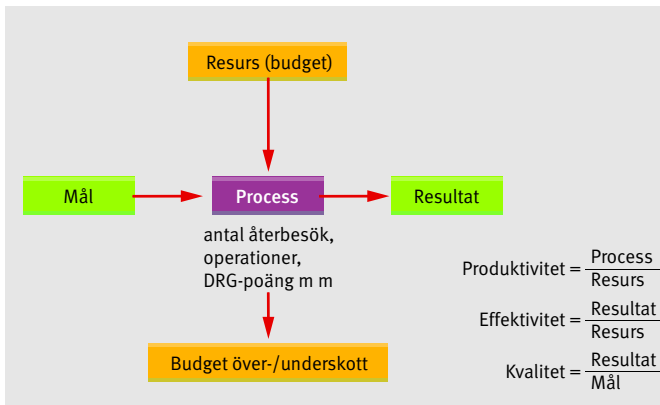
intresset vara svalt. Man registrerar patientomsättningen på min avdelning, antal nybesök respektive återbesök jag tar, telefontider, utfärdade remisser och utskrivna recept, dvs produktivitet. Men som framgår av Figur 1 säger produktivitet inget om resultat, vilket för alla torde vara det väsentligaste.

Det förs ingen statistik över antalet handledarsamtal jag har, eller hur lång tid jag lägger ner på att instruera en yngre kollega i genomförandet av en procedur som jag på egen hand skulle utföra på en bråkdel av tiden.

Vi mäter inte »clinical expertise«, en av de viktigaste kvalitetsindikatorerna för en sjukvårdsenhet, exemplifier-



ERIC BERTHOLDS
överläkare, medicinkliniken, Kärnjukhuset i Skövde
eric.bertholds@vregion.se



Figur 1. I sjukvårdsdebatten jämföras ofta effektivitet med produktivitet, men som framgår av figuren säger produktivitet inget om resultat.

rat med patienten som har träffat sju doktörer vid fem besök under många månader, tills någon slutligen tar sig tid att sammanställa informationen och dra en bärande slutsats.

Denna typ av process hamnar ju aldrig i något register. Sådana fall ser vi dagligen, eller hur? De är till och med en helt nödvändig ingrediens i praktisk sjukvård, men felstegen och de medicinska rundturerna blir färre och mindre riskfyllda med bättre klinisk färdighet, tid för reflektion, och handledning/interkollegial kommunikation. Mot detta är ytliga produktivitets- och marknadsstyrningsprojekt ett stort hot.

Kärndoktorn beröms också för

- sitt tålamod även när man inte arbetar snabbt eller ens rätt
- sin evidenssträvande professionalism samtidigt som han tar sig tid att lära ut, visa och instruera
- sin visade glädje när AT-läkare vill vara med på operation
- god människokänedom och för att alltid ha tid för sina studenter.

Hur kommer prestationsbaserad vinstdriven vård att påverka utbildningsinnehållet i AT- och ST-tjänstgöringen? Kommer distriktsläkarens motivation att hämta en ST-

läkare för att titta på ett lärorikt fall att minska om detta innebär lägre inkomst på grund av längre och färre besök? Kommer ovannämnda kirurg att bli lika glad när AT-läkaren vill vara med på operation om längre och färre operationer leder till inkomstbortfall? Risken är också stor att ägare som driver vården i vinstsyfte kommer att ogilla moment som minskar genomströmningen av kunder (så kallas patienterna i de nya kundvalssystemen).

För marknadstroende är sjukvårdssektorn en enorm »framtidbransch« där stora pengar finns att tjäna och där konkurrens och vinststyrning löser problemen. Men det är inte för att tjäna pengar vi blev läkare, vilket jag blev påmind om senare på kvällen, när kollegan som vann pokalen i fjol körde hem mig.

Han berättade att han följande dag skulle genomföra ett komplicerat ingrepp. Innan han gick till sängs skulde han, för att vara optimalt förberedd, läsa om de olika svårigheter som kunde tänkas dyka upp under ingreppet. I nattens mörker styrde en önskan om medicinsk, inte ekonomisk, förkovran.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

BEHANDLING AV BUKAORTAANEURYSM:

Evidensbaserad behandling måste grundas på allmänt tillgänglig information

Min medicinska kommentar handlade specifikt om bristen i dag på fullgod evidens för att använda endovaskulär teknik som elektiv rutinbehandling vid bukaortaaneurysm i stället för öppen teknik; den handlade inte om vad som eventuellt sker i framtiden. Det skriver Fredrik Lundgren om kritiken i förra veckans LT beträffande val av behandling för bukaortaaneurysm.

Den endovaskulära tekniken för att behandla aortaaneurysm i buken genomgår en intensiv utveckling och är en fascinerande teknik som väckt stora förhoppningar. Relativt god evidens finns för att metoden kan ge lägre enmånadsmortalitet, mindre lungkomplikationer, mindre blödningar, mindre intensivvård och kortare vårdtid, men det är betydligt mera problematiskt när det gäller resultat på lång sikt. Fler komplikationer, dyrare, livslånga kontroller, ingen bättre överlevnad eller livskvalitet och en viss osäkerhet när det gäller hur väl aneurysmruptur kan förhindras på lång sikt.

blerade men nya system kan visa på både billigare och bättre resultat än för öppen teknik på lång sikt (både EVAR1 och DREAM kommer för övrigt inom något år att publicera »långtidsresultat«), att medicamentell behandling av patienter med små aneurysm kommer att kunna stoppa tillväxten av dessa eller att medicamentell behandling av personer med en viss genotyp kan förhindra uppkomsten av aneurysm ... men det är också möjligt att alla dessa förhoppningar kommer på skam och vi fortsatt kommer att använda öppen kirurgi för vanlig rutinbehandling av bukaortaaneurysm under många år framöver.

Det är tänkbart att nya endovaskulära tekniker kommer att visa sig uppfylla förhoppningarna i framtida studier, att studier av redan i dag eta-

Medianöverlevnaden i Sverige efter överstånden öppen elektiv bukaortakirurgi är cirka 8 år [1] så den intressanta uppföljningstiden är kanske upp mot 10–15 år, och under denna tid är det relativt få komplikationer efter öppen kirurgi [2, 3]. Nu finns det ett gyllene tillfälle och goda möjligheter att få en långtidsuppföljning också av ett svenskt endovaskulärt behandlat pati-



FREDRIK LUNDGREN med dr, överläkare, thorax-kärlkliniken, Hjärtcentrum, Universitetssjukhuset i Linköping
fredrik.lundgren@lio.se

entmaterial eftersom man på MAS i Malmö under en 14-årsperiod har handlagt 1 000 fall med endovaskulär aorta-rekonstruktion.

Det är en stor sak att ändra den etablerade rutinbehandlingen av bukaortaaneurysm till endovaskulär teknik. Det fordrar omfattande utbildningsinsatser, stora investeringar och sannolikt omorganisation av sjukvårdsstrukturen för en koncentration av kärllverksamheten – så det är extra viktigt att god och tydlig evidens kan uppvisas innan en sådan förändring genomförs generellt.

Vid tillämpning av evidensbaserad medicin måste man först ta reda på vilken evidens som finns (vilka studier) och därefter rangordna evidensen. När det gäller behandlingsresultat på kortare sikt rankas de randomiserade studierna högst, men för långtidsresultat är det svårt med randomiserade studier; man är ofta hänvisad till registerstudier eller modellstudier, och finns inga sådana kanske man får nöja sig med »case series«. Det gäller att hitta den bästa och tyngsta allmänt tillgängliga evidensen.

I ett tredje steg måste man bedöma om den aktuella populationen (i vårt fall den svenska populationen av bukaortaaneurysm) avspeglas i de aktuella studierna [4]. I detta perspektiv är det anmärkningsvärt att enmånadsmortaliteten vid öppen kirurgi i de holländska och engelska studierna av små aneurysm eller aneurysm lämpade för endovaskulär behandling är upp emot 67–100 procent högre än för svenska bukaortaaneurysm »over-all«.

Detta skulle förvisso kunna bero på ofullkomligheter i SwedVasc, men man måste komma ihåg att SwedVasc utgör vår bästa tillgängliga evidens när det gäller situationen för den svenska aneurysmkirurgin och särskilt så när det gäller elektiv verk-

Endovaskulär behandling är förstahandsval vid aortaaneurysm

Det finns inga hållpunkter för att patienterna skulle tjäna på ett större och farigare transabdominellt ingrepp i stället för perikutan kateterbehandling. Fånska svenska studier talar också för att signifikanta prisskillnader knappast föreligger mellan de båda metoderna, skriver kärllkirurger i Malmö om en medicinsk kommentar i LT.



...och om en medicinsk kommentar i LT.

Vilseledande om behandling av bukaortaaneurysm

Endovaskulär teknik bör erbjudas som ett minimalt invasivt alternativ till öppen kirurgi för alla patienter med bukaortaaneurysm och en lämplig kärllanostomi.

F... vilseledande om behandling av bukaortaaneurysm och en lämplig kärllanostomi.

...vilseledande om behandling av bukaortaaneurysm och en lämplig kärllanostomi.

Rubrikerna till inläggen i förra veckans nummer med kritiska synpunkter på Fredrik Lundgrens medicinska kommentar i LT 3/2008. Här bemöter Fredrik Lundgren kritiken.

samhet. I stället torde skillnaden i mortalitet bero på andra rökvanor, högre prevalens av lungsjukdom och/eller sämre intensivvårdsresurser i England och Holland, och allra ytterst kan den faktiskt bero på att svenska kärllkirurger och narkosläkare är skickliga. Det

*»Man skall inte sälja skinnet innan björnen är skjuten.«
(Gunnar Hedlund i Rådom, 1900–1989)*

är följaktligen, helt riktigt, inte självklart att dessa internationella studier är direkt tillämpliga för svenska förhållanden.

Däremot är det fullt tänkbart att endovaskulär teknik kanske redan i dag bör vara förstahandsbehandling vid speciella fall som descendens-aortaaneurysm eller vid bukaortaaneurysm med »hostile abdomen« eller svår lungsjukdom (detta är för övrigt min egen uppfattning). Min medicinska kommentar i Läkartidningen [5] handlade emellertid inte om detta utan om bristen på fullgod evidens för att använda endovaskulär teknik vid elektiv rutinbehandling av bukaortaaneurysm.

Det hör till sakens natur att nya invasiva åtgärder i början kräver en tribut i form av patienter som det går dåligt för, höga kostnader och andra belastningar på sjukvårdsorganisationen. Sannolikt är detta ett pris som man måste betala för att överhuvudtaget få en medicinsk utveckling. Dock är man – bl a som återbetalning av denna tribut – förr el-

ler senare skyldig att göra en avstämning som tydligt visar att en ny metod jämfört med »äldre« invasiva eller alternativa metoder verkligen håller måttet, dvs ger önskade medicinska resultat till en rimlig kostnad jämfört med andra åtgärder inom sjukvården och därför lämpar sig för allmän tillämpning. Detta har skett när det gäller koronar bypass-kirurgi och karotiskirurgi men också inom andra områden.

Startåret för endovaskulär behandling av bukaortaaneurysm brukar sättas till 1992, och i Sverige har vi haft sådan verksamhet sedan 1993/1994. Efter 16–14 år av utveckling är det inte orimligt att få en avstämning enligt ovan – håller detta för generell tillämpning under rutinförhållanden och uppnår vi önskad resultat till en rimlig kostnad eller är tekniken ännu inte mogen för allmän tillämpning?

Om det nu inte finns fullgod evidens för att endovaskulär teknik är lika bra som öppen kirurgi vid elektiv rutinbehandling av bukaortaaneurysm så är inte det ett argument emot utveckling av endovaskulär teknik. Tvärtom, då är det utomordentligt angeläget att förädla den endovaskulära tekniken ytterligare så att den verkligen ger bättre och billigare långtidsresultat än öppen kirurgi, och att visa att så är fallet i välgjorda och övertygande studier.

Min kommentar i Läkartidningen [5] handlade specifikt om bristen i dag på fullgod evidens för att använda endo-

vaskulär teknik som elektiv rutinbehandling vid bukaortaaneurysm istället för öppen teknik; den handlade inte om vad som eventuellt sker i framtiden, inte om framtida studier, inte om framtida endovaskulära behandlingar, inte om torakala aneurysm, inte om »hostile abdomen«, inte om akuta aneurysm, och den var inte heller emot utveckling av endovaskulär teknik.

Däremot var den emot omfattande och generella förändringar av sjukvårdsapparaten utan fullgod evidens – »... caution in the dissemination of endovascular repair [elektiv rutinbehandling för abdominal aortaaneurysm], at least until it can be made less expensive and its outcomes are more durable«!

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

REFERENSER

- SwedVasc data (Svenska kärllregistret). www.swedvasc.se
- Vohra R, Reid D, Groome J, Abdool-Carrim ATO, Pollock JG. Long-term survival in patients undergoing resection of abdominal aortic aneurysm. *Ann Vasc Surg.* 1990;4:460-5.
- Johnston KW. Nonruptured abdominal aortic aneurysm: Six-year follow-up results from the multicenter prospective Canadian aneurysm study. *J Vasc Surg.* 1994;20: 163-70.
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. 2nd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000. p. 118, 138.
- Lundgren F. Evidensbaserad elektiv behandling av bukaortaaneurysm: Öppen teknik bättre än endovaskulär. *Läkartidningen.* 2007;104: 3625-6.