

Ett ovetenskapligt sätt att styra psykiatrins finansiering

Det som var tänkt att vara effektivt blir till slöseri med personalens och patienternas tid och med vårdens ekonomiska resurser. Beroende på hur endast tre patienter svarar kan budgeten öka eller minska med en miljon kronor! Det skriver företrädare för psykiatrin i Stockholm om användningen av patientenkäter som underlag för ekonomisk styrning av verksamheten.

Vården möter växande krav på att styra sin verksamhet på vetenskaplig grund. Inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) har en undersökning av patienttillfredsställelsen genomförts av Institutet för kvalitetsindikatorer (Indikator) för SLSOs räkning. Studien reser ett antal principiellt viktiga frågor:

- Är de svar som inkommit representativa för patienterna som varit i kontakt med psykiatrin?
- Motsvarar bearbetningen och utnyttjandet av svaren krav på god vetenskaplig praxis?

Indikator har som uppgift att lyfta fram patienters behov, erfarenheter och synpunkter på vården för att ge vårdgivarna ett underlag för att kunna identifiera förbättringsutrymme. Detta gör man genom årliga patientenkäter till ett slumpmässigt urval av patienter.

I undersökningar och studier med ovanstående design är det viktigt att bortfallet (primärt bortfall) inte blir för stort (svarsfrekvens >60 procent). Dess-

utom får bortfallet inte skilja sig från den grupp som svarat när det gäller kön, ålder, nationalitet och diagnos.

Patientenkäten för år 2006 hade en alltför låg svarsfrekvens för att resultatet skall kunna tas som utgångspunkt för en seriös diskussion om vilka förbättringar som bör ske inom den psykiatriska vården.

Öppenvård. 3 331 av 6 570 tillfrågade patienter som hade varit i kontakt med psykiatriska öppenvårdsmottagningar besvarade enkäten. Det ger en svarsfrekvens på 50,7 procent. Bortfallsanalys saknas. Vid särskild förfrågan hos Indikator erhöles uppgifter som visade ett icke analyserat systematiskt bortfall vad gäller könsfördelning. Det innebär att de resultat som presenteras utifrån enkätsvaren inte kan sägas vara representativa för de patienter som varit aktuella inom psykiatrin.

Heldygnsvård. Totalt svarade 261 av 680 tillfrågade patienter som varit intagna i den slutna psykiatriska vården, dvs en svarsfrekvens på 37,9 procent. Även när det gäller slutenvården innebär det stora och icke analyserade bortfallet att de svar som kommit in inte kan ligga till grund för generaliseringar till hela den berörda patientpopulationen.

Trots den låga svarsfrekvensen har resultaten bearbetats med en metod som ytterligare synes strida mot vetenskapliga riktlinjer. Resultaten för varje fråga redovisas i s k förbättringsutrymmen (FBU). FBU är således inte andelen missnöjda patienter utan en viktning av svarsalternativen på varje fråga. Men viktningen sker på märkliga premisser.

Låt oss exemplifiera vårt påstående. Patienterna tillfrågades: »Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?« Svaren presenteras av Indikator i en tabell där viktningen framgår (Tabell I).

Totalt svarade 3 331 patienter, och förbättringsutrymmet bedömdes vara 14 procent. Genom viktningförfarandet motsvarar två »delvis nöjda patienter« en patient som är »helt missnöjd«. De patienter som inte besvarat en fråga hanteras som att de varit nöjda! Detta medför att ju högre internt bortfall en specifik fråga har, desto mer minskar förbättringsutrymmet.

Resultaten från Indicators patientenkät presenteras offentligt som en bild av vad patienterna anser om psykiatrin inom SLSO. En sådan framställning saknar vetenskaplig täckning. Mot den bakgrunden är det oroväckande att resultaten från enkäten kommer att ligga till grund för *en ekonomisk styrning av den psykiatriska vården* i Stockholm.

I Stockholms läns landsting har Beställare Vård beslutat att styra ersättningen till psykiatrin utifrån ett antal kvalitetsmål. Ett av dessa kvalitetsmål har föreslagits vara den fråga som togs upp i exemplet ovan. Om detta sker innebär det ytterligare problem. Det tidigare uppnådda förbättringsutrymmet på 14 procent ska nu minskas till ≤ 12 procent.

Den målrelaterade ersättningen som

GUNILLA BERGLUND
docent, Psykiatrin Södra, FoU-enheten

ANDERS BERTSSON
chefsöverläkare, verksamhetschef, Psykiatri Nordöst

FILIFE COSTA
chefsöverläkare, verksamhetschef, Psykiatrin Södra
filipe.costa@sll.se

MARIA MATSSON
doktorand, Psykiatri Nordöst, FoU-enheten

ALAIN TOPOR
fil dr, enhetschef, Psykiatrin Södra, FoU-enheten; samtliga i Stockholms läns landsting

TABELL I. »Kände du att du blev bemött med respekt och på ett hänsynsfullt sätt?«

Svarsalternativ	N	Andel, procent	Vikt
Ja	2 430	73	0,00
Delvis	637	19	0,50
Nej	152	5	1,00
Ej ifyllt	112	3	0,00

TABELL II. Målrelaterad ersättning enligt Beställare Vård.

Uppnått förbättringsutrymme i procent	Målrelaterad ersättning
12	Full ersättning
13	Halv ersättning
14	Kvarts ersättning
mer än 14	Ingen ersättning

är knuten till denna enkätfråga skall enligt Beställare Vårds förslag beräknas på sätt som beskrivs i Tabell II.

Låt oss konkretisera följderna av beställarens resonemang för en psykiatrisk verksamhet där cirka 300 patienter svarade på enkäten. Vad innebär det att 13 procent och inte 14 procent svarar positivt på frågan? 1 procent av förbättringsutrymmet betyder att tre patienter skall vara mer positivt inställda till vården 2007! Dessa tre patienters svar kommer att innebära ett tillskott eller bortfall i verksamhetens budget på över en miljon kronor!

Skulle det interna bortfallet på den aktuella frågan öka med tre patienter får man samma resultat utifrån Indikators beräkningsgrunder.

Detta är oacceptabelt och inte förenligt med vetenskapliga uppföljningsmetoder.

Att tillfråga patienterna om deras erfarenheter av vården för att utveckla den är en angelägen uppgift, som bör ges den omsorg som krävs.

Förhoppningen att vetenskap skall erbjuda en entydig grund för att styra vårdens innehåll och organisation har blivit överdriven. Utan hög kompetens

om vetenskapliga metoder och deras begränsningar riskerar verksamhetsledning att styra vården utifrån oklara premisser.

Det som var tänkt att vara effektivt blir till slöseri med personalens och patienternas tid och med vårdens ekonomiska resurser.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 1424.

Barn utvecklas genom tilltro

■ Karl Grunewald beskriver i sin artikel »Läkare bortom förståelse och insikt« hur sinnesslövdens framväxt skedde utan läkarnas stöd (Läkartidningen 13/2007, sidorna 1069-72).

Min erfarenhet från 50 år som barnläkare, barnneurolog, chef för specialsjukhus för svårskötta utvecklingsstörda barn, chef för barn- och ungdomshabilitering och som barnhälsovårdsöverläkare har lärt mig att Grunewalds syn på läkarnas hållning till de utvecklingsstörda barnen är sann och visade sig inte bara i litteraturen utan även i det dagliga arbetet.

Ända in på 1960-talet kunde eller ville inte läkarna inse att barn med nedsatt fysisk eller intellektuell förmåga ändå hade stora potentiella möjligheter till utveckling.

Fortfarande in på 1970-talet fanns det barnläkare och barnpsykiater som inte ville tro att en dålig psykosocial stimulans var än mer förödande för dessa barn, som startat sitt liv med svaga fysiska och/eller intellektuella resurser, än för de » normalt« utrustade barnen.

Idag har de fasansfulla institutionerna försvunnit. Barnen tas om hand med en tidig och bättre anpassad stimulering och stöd i hem, förskola och skola.

Varför hade barnläkarna under förra seklets första del en så nihilistisk inställning till svaga barn? Delvis kan det förklaras genom att läkarna var fokuserade på barnet och dess svagheter = en diagnos. De såg inte att barnets utveckling endast till viss del avgjordes av denna diagnos. Läkarna förstod inte att omgivningens tilltro till barnets förmåga avgjorde barnets utveckling.

Om vi skall försöka förstå de attityder

och den moral som gäller idag så bör vi fråga oss om vi lärt nog av tidigare erfarenheter.

Den starka betoning av diagnos som styrde barnläkarnas inställning under förra seklet finns tyvärr fortfarande kvar. Vi har idag inom landstingen en barn- och ungdomshabilitering som gärna, under ledning av barnläkare och barnpsykiater, arbetar efter principen »först diagnos, sedan habilitering«.

Habilitering ges till genom diagnos avgränsade grupper av barn och ungdomar. Om flera barn skall kunna få del av habiliteringens kunnande måste de inrymmas under en diagnos som habiliteringen kan acceptera. Vi har alltså även nu en institution, men i öppen vård!

Vad är det för fel med detta?

Den debatt som finns kring »bokstavs-barn« samt barn med Asperger och autism visar på att det inte är vettigt att

låsa sig vid diagnostiska gränser när det gäller att utforma stödinsatser.

Stöd för de flesta av de barn som skulle kunna platsa inom dessa diagnoser sker bäst genom att förbättra inställning och kunskap inom familj, förskola, skola och samhälle om hur barn, även svaga, skall stöttas.

I det arbetet borde landstingens barn- och ungdomshabilitering kunna stötta föräldrar och personal i familj, förskola och skola utan krav på diagnos av enskilda barn. Ett adekvat stöd till barn är en pedagogisk fråga som kan ha medicinska inslag men som på det lokala planet skall utformas av föräldrar och pedagoger med stöd av psykologer, socialarbetare och läkare.

Lars-Olov Bronson

fd barnhälsovårdsöverläkare, barnneurolog, Örebro
lbrorson@telia.com

En näsvis fråga

■ Det är vanligt idag med torr nässlemhinna. Vi vistas många timmar i ventilerade lokaler med låg relativ fuktighet. En del sjukdomstillstånd ger torra slemhinnor, och det finns också läkemedel som torkar ut. Näskrustor (kråkor) och små sår i näsan har blivit en riktig folksjukdom.

På apoteket kan man då välja att köpa Nozoil 100 procent sesamolja till en kostnad av 62 kr för 10 ml. För en riktigt torr näsa förslår inte 10 ml många dagar. På matvaruhuset kostar samma produkt 13:45 kr, men då får man 250 ml. Apote-

kets sesamolja kostar 6 200 kr per liter gentemot matbutikens pris, 54 kr per liter.

Är det bara gentemot landstinget vi skall vara kostnadsmedvetna? Har vi inte en skyldighet att tänka till när vi ordinerar eller föreslår naturläkemedel?

Själv väljer jag att pensla med den olja jag har hemma i skafferiet.

Marie-Louise Ekholm

överläkare, öron-, näs- och halsmottagningen, Höglandssjukhuset, Nässjö
marie-louise.ekholm@lj.se