

och svenska, inte har möjlighet att konkurrera om befintliga etableringar. Självklart är det en trygghet för den läkare som en gång erhållit en etablering, men det ger upphov till stor frustration för nya kolleger som inte har möjlighet att konkurrera för att kunna etablera sig som ny privatpraktiker.

Vårdgivare ska konkurrera på lika villkor, vilket inte är fallet i dag. Detta är det främsta skälet till att förbundet anser att nuvarande situation inte är hållbar. Vi vill se regelbundna omprövningar, men kontrakten måste vara långvariga så att läkare vågar etablera sig trots stora investeringskostnader. Sjukvård är ingen vanlig marknad eftersom det i praktiken endast finns en finansiär.

Ett nytt system med regelbundna omprövningar av etableringarna förhindrar inte möjligheten för de läkare som nu arbetar enligt LOL att sälja sin etablering.

Det kräver inte heller mångåriga utredningar för att införa ett sådant system, det är inga framtidsvisioner utan ett i allra högsta grad konkret förslag. Det krävs dock av regeringen att man vågar satsa på öppenvård i privat regi, och att man håller det man lovat angående ersättningsetableringarna.

Med genomförandet av föreslagna förändringar av LOL, så att det blir ett konkurrensneutralt nationellt ersättningssystem för privatläkare, skulle sjukvårdshuvudmännen våga satsa på *fler* läkare i den öppna vården, och Sveriges invånare skulle kunna erbjudas snabb och effektiv vård när de blir sjuka.

Eva Nilsson Bågenholm
ordförande,
Sveriges läkarförbund
eva.nilsson.bagenholm@slf.se

Gunnar Welander
ordförande,
Svenska privatläkarföreningen
gunnar.welander@slf.se

Swedvascs siffror säkra

■ Det har förts en diskussion om vilken behandling av bukaortaaneurysm som är bäst, endovaskulär teknik eller öppen kärllirurgi [1-3].

Förespråkaren för den öppna tekniken [1] har utgått från överlevnadsdata ur Swedvasc – Svenska kärllregistret – och hävdar att patienter som opereras med öppen teknik i Sverige har samma överlevnad som de som opererades med endovaskulär teknik i publicerade randomiserade studier. En av grupperna som argumenterat emot [3] denna åsikt hänvisar till att registerstudier kan tendera att missa fall med komplikationer och postoperativ död och att siffrorna från kärllregistret skulle kunna vara missvisande.

Vi vill därför lugna Delle och medarbetare [3] med att de kan lita på siffrorna från Swedvasc, vilket är ett prospektivt register. Vi genomför just en valideringsstudie, där vi har fått hjälp av Epidemiologiskt centrum (EpC) vid Socialstyrelsen att jämföra de ingrepp som registrerats i patientregistret med dem som har registrerats i Swedvasc under år 2006. Jämförelsen görs på individbasis med hjälp av personnummer. Swedvasc registrerade år 2006 93,1 procent av de 1 239 bukaortaaneurysm som behandlades 2006 och rapporterades till Patientregistret.

En stor del av bortfallet var lokaliserat till ett länssjukhus, som under 2006 registrerade mycket få ingrepp i Swedvasc på grund av dålig läkarbemannning. Efter kontakt mellan kollegorna där och ledningsgruppen har dock denna situation kunnat lösas, och under 2007 har registreringen normaliserats. En annan del av bortfallet berodde på enstaka ingrepp som har utförts vid små länsdelssjukhus som inte deltar i registret.

Då bortfallet var litet blir den statistiska osäkerheten

stor. Mortaliteten bland de få som inte registrerats var högre för oplanerad öppen operation men ökade inte mortaliteten för hela den gruppen när de adderades. Det var heller ingen skillnad i mortalitet mellan de två teknikerna i den icke-registrerade gruppen uppdelat på planerade och akuta ingrepp! Här utnyttjades förstås den automatiska kopplingen till folkbokföringen, som ger helt säkra data avseende överlevnad.

Kanske borde Delle och medförfattare litat bättre på sin egen registrering mot bakgrund av att vid deras tre sjukhus återfanns 97,1, 97,4 respektive 97,7 procent av de bukaortaaneurysm som de behandlade och rapporterade till patientregistret, även i

Swedvasc. Vi hoppas att de fortsätter med denna fördömliga registerdisciplin!

För Swedvascs ledningsgrupp
Thomas Troëng
docent, överläkare,
kirurgkliniken
Blekingesjukhuset, Karlskrona
thomastroeng@telia.com

REFERENSER

1. Lundgren F. Evidensbaserad elektiv behandling vid bukaortaaneurysm: Öppen teknik bättre än endovaskulär. *Läkartidningen*. 2007;104: 3625-6.
2. Malina M, Holst J, Ivancev K, Lindblad B, Resch T, Sonesson B. Endovaskulär behandling är förstahandsval vid aortaaneurysm. *Läkartidningen*. 2008;105:142-3.
3. Delle M, Falkenberg M, Nyman N, Formgren J, Konrad P, Lindgren H, et al. Vilsledande om behandling av bukaortaaneurysm. *Läkartidningen*. 2008;105:143.

Annons

Undanta psykoteraapeutiskt arbetande psykiatrer från konkurrensutsättning

■ Som psykoteraapeutiskt arbetande privatpraktiserande psykiatrer är vi bekymrade över det nya ersättningssystem som Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm skisserar i LT 4/2008 (sidorna 229-30).

Vi kan förstå landstingets strävan efter kontroll och

styrning av sjukvårdsproduktionen, även om vi starkt ifrågasätter föreställningen att det skulle föreligga någon risk för överetablering. Psykiatrer skapar som bekant inte genom marknadsföring överkonsumtion av psykiatri. Man efterfrågar oss helt enkelt inte när vi inte behövs.

Mot bakgrund av den krisartade bemanningssituationen i vår specialitet är föreställningen om överetablering särskilt absurd, då vi med rådande rekryteringssvårigheter lär få dras med psykiaterbrist i många, många år. I en situation som denna är det

naivt att tro att man skulle kunna få till stånd en kvalitetshöjande och prispressande konkurrens.

Men oavsett detta skulle det skisserade systemet vara ödesdigert för den subgrupp som vi tillhör, de psykoteraapeutiskt arbetande psykiaternas. Psykoterapi kan nämligen inte utifrån

»... det tilltänkta systemet skulle rycka undan deras yrkesmässiga förutsättningar«

övervakas, tidsbegränsas och villkoras som vilken medicinsk behandling som helst. Det psykoteraapeutiska samarbetet är mycket känsligt och måste byggas på en exklusiv entill-en-relation med fullständig konfidentialitet. Prövning, bedömning och tidsbegränsning av anslag efter ansökan till en beslutande nämnd förstör de grundläggande förutsättningarna för psykoterapi. I dag är vi privatpraktiker de enda som ännu har möjlighet att bedriva psykoterapi med adekvata ramar, de enda som förmår fullgöra sin uppgift och de enda som ger patienten

möjligheten att bli färdig med sin problematik. All psykoterapi i landstingets regi är i dag sönderkontrollerad. Man har ännu inte förstått hur katastrofalt kontraproduktivt detta kontrollerande faktiskt är.

Vi ber Eva Nilsson Bågenholm

betänka dessa saker och besinna att om ersättningssystemet ska göras om så som angivits, då bör psykiaternas tills vidare undantas, eftersom det är omöjligt att konkurrensutsetta en specialitet där det råder stort underskott på speci-

alister. Under alla omständigheter måste emellertid de psykoteraapeutiskt arbetande psykiaternas undantas, då det tilltänkta systemet skulle rycka undan deras yrkesmässiga förutsättningar.

Claes Davidson

privatpraktiserande psykiater, leg psykoteraapeut, Lidingö
claes@derkert.com

Tora Derkert

privatpraktiserande psykiater, leg psykoteraapeut, Stockholm
tora@derkert.com

REPLIK:

Vi vill snarast ha utredning om olika ersättningssystem

■ Läkarförbundet har framfört ett förslag till nytt system för ersättning för privatläkare, på grund av att det nuvarande har stora brister och nu också utsatts för kritik från EU.

Om vårt föreslagna system är det optimala vet vi inte; vi vill att det snarast tillsätts en utredning som kan undersöka

flera möjliga ersättningssystem. Innan vi har några nya förslag att förhålla oss till är det svårt att uttala sig om hur man ska lösa problemet för enskilda specialiteter.

Eva Nilsson Bågenholm

ordförande, Sveriges läkarförbund

Kommentar till ett aktuellt rättsfall

■ Sedan 2003 är jag ombud för Thomas Allgén och Teet Härm, vilka 1988 åtalades för mord 1984 på Catrine da Costa. De frikändes. Trots det förklarade tingsrätten att de hade styckat liket.

Thomas och Teet tilläts inte att få domskälen ompröva i hovrätten. År 1991 blev de delegitimerade av kammarrätten, som också ansåg att de hade styckat liket.

Varken Thomas eller Teet var vare sig mördare eller likstyckare. Ingen av dem hade någonsin haft kontakt med Catrine da Costa.

De enorma felbedömningarna grundades under förundersökningen 1984-1987 genom misstag så fantastiska att de skulle ha verkat realistiska i en detektivroman.

Nu pågår en rättegång om statens skadeståndsansvar för Thomas och Teets förstörda liv. Fakta kan studeras via min nyligen öppnade webbplats <www.andersagell.se>.

För att förstå att det inte funnits något enda bevis av värde mot läkarna bör man först läsa kapitel 8 i 2007 års stämningsansökan i skadeståndsmålet. Det kapitlet handlar

om förundersökningen 1984-1987. Därefter kan man läsa kapitlen 9-12 om de successiva justitiemorden under kommande år.

Den som läser min resningsansökan av år 2003 bör också förstå att Regeringsrätten år 2004 rätteligen borde ha undanröjt kammarrättens beslut 1991. Detta har Regeringsrättens dåvarande ordförande indirekt medgett i en uppsats i Förvaltningsrättslig tidskrift 2006 på tal om rättsfallet RÅ 2004 not 141. Han nämner dock inte att hänvisningen handlar om styckmordsfallet!

(Se om detta 2007 års stämningsansökan kapitel 6, särskilt sidan 18 f.)

Graden av felbedömningar från Socialstyrelsens sida och i Regeringsrätten framgår av min skrift »Anatomin av en häxprocess«, se närmare sidorna 12-21 och 37-40.

Anders Agell

professor emeritus i civilrätt, Uppsala
Anders.Agell@jur.uu.se

Publiceringen av Thomas Allgéns och Teet Härms namn sker på deras eget önskemål.

red