

Kvalitetsindikatorer i sjukvården 2: Är ”mogen” offentlig debatt möjlig?

I en artikel om kvalitetsindikatorer inom internmedicinen i Läkartidningen 3/99 meddelas att nu kommer resultaten för olika namngivna sjukhus och kliniker att offentliggöras. Det uttrycks en förhoppning att detta skall medföra en »mogen debatt» inom professionen och i massmedierna. En pessimistisk statistiker fruktar emellertid att debatten löper risk att inte alls uppfylla dessa förväntningar samt att detta kan leda till att redovisningen från klinikerna försämras.

I en artikel om kvalitetsindikatorer inom internmedicinen (Läkartidningen 3/99) redovisar Britton, Karlander och Andersson en rad konkreta exempel på indikatorer som anses känsliga och användbara. Att dessa exempel även aktualiserar metodologiska problem som ännu inte är lösta har jag redovisat i en tidigare artikel.

Om en indikator varierar mellan kliniker behöver detta inte nödvändigtvis bero enbart på kvalitetskillnader. Som Britton och medarbetare påpekar kan andra omständigheter spela in, såsom varierande sammansättning av patientgrupper, geografiska variationer i dödlighet, felaktigheter i statistiska grunddata etc.

Det är lätt att tvivla på att massmedierna kommer att föra en seriös diskussion om sjukhusens och klinikernas resultat. Det är inte redovisning av tolkningssvårigheter och tekniska oklarheter som lockar den breda publiken av läsare och lyssnare till djupare debatt. Tidningarna har inte tidigare visat någon återhållsamhet när det gäller att onyanserat peka ut vissa sjukhus som

»dåliga» eller »bra». Det är raka, enkla (uppspeendeväckande) besked som höjer tidningarnas upplagesiffror.

Munkavle på läkarna

För att de involverade läkarna på allvar skall kunna delta i den allmänna diskussionen fordras givetvis att de har frihet att göra det. Det var inte länge sedan vi såg hur sjukhuset i Eskilstuna hängdes ut i medierna på grund av förmodat dåliga resultat i hjärtsjukvården, resultat som sedermera visade sig vila på minst sagt tvivelaktig statistisk grund. Det kan ha sitt intresse att veta att de läkare som då hade att föra sjukhusets talan vid den med Socialstyrelsen gemensamma presskonferensen 6 november 1996 hade fått ett skriftligt diskussionsunderlag av landstingsledningen om hur de skulle förhålla sig i diskussionen.

Deras roll förväntades inte alls vara att försvara sitt eget lasarett eller att driva en objektiv debatt: »Erkänn förbehållslöst egna fel och brister... Driv inget försvar (det kan vändas emot oss). Lämna endast förklaringar och vår syn...»

Vörndnad för överheten

Visserligen noteras det att »självkart ska eventuella felaktigheter i Socialstyrelsens utvärdering påpekas». När det gäller en så tung instans som Socialstyrelsen tillkommer det, emellertid, enligt skrivelsen, inte enskilda läkare på lägre nivå att hävda några egna ståndpunkter. Framför allt måste de visa ödmjukhet: »Oavsett hur rätt eller fel Socialstyrelsen har, måste vi hålla en kollegial, ödmjuk attityd visavi den, i synnerhet om vi riktar kritik mot styrelsen...» --- »Visa på ansvars-kännande och att vi tar allvarligt på det som nu uppdagats...(Socialstyrelsen är ju ingenting som man bara kan avfärda) samt att vi skyndsamt kommer att ändra våra rutiner...»

Förutsättningarna för en fri, obunden, och »mogen» debatt förelåg verkligen inte. Man kan för all del hoppas att situationen i Eskilstuna inte är representativ för landets alla landsting när det gäller att lägga munkavle på egna anställda. De beroendeförhållanden

DEBATT

Om massmedierna förses med tvivelaktiga indikatorvärden som felaktigt kan peka ut vissa kliniker som undermåliga, och om involverade läkare hindras att föra en öppen debatt så lär allt rapporteringsarbete vid de deltagande klinikerna vara direkt bortkastat. Om klinikerna och deras personal kan hängas ut hur som helst, finns det dessutom anledning befara att de grunddata som i framtiden leveras in till systemet så småningom blir allt mindre tillförlitliga.

som där illustrerades lär emellertid återfinnas även på andra håll.

Hur blir kvaliteten?

Britton och medarbetare framhåller bl a att allt rapportering inneburit ett kolossalt arbete för deltagande kliniker. Om massmedierna förses med tvivelaktiga indikatorvärden som felaktigt kan peka ut vissa kliniker som undermåliga, och om involverade läkare hindras att föra en öppen debatt så lär allt rapporteringsarbete vid de deltagande klinikerna vara direkt bortkastat.

En »mogen diskussion» fordrar att de som presenterar resultaten visar en större medvetenhet om de metodologiska problemen vid konstruktion och tolkning av medicinska kvalitetsindikatorer. Dessutom måste alla berörda parter kunna debattera utan påtryckningar. Det finns ingen garanti för att dessa förutsättningar gäller för närvarande.

Om klinikerna och deras personal kan hängas ut hur som helst, finns det dessutom anledning befara att de grunddata som i framtiden leveras in till systemet så småningom blir allt mindre tillförlitliga. •

Författare

ADAM TAUBE

professor emeritus, statistik, Institutionen för informationsvetenskap, Uppsala universitet.

E-post: Adam.Taube@dis.uu.se

Brister finns men vi bör inte låta det bästa bli det godas fiende

Adam Taube kritiserar vår redovisning av arbetet med kvalitetsindikatorer för internmedicin, såsom det bedrivs inom ramen för internmedicinsk verksamhetsberättelse. En viktig utgångspunkt för detta arbete i början av 1990-talet var att man vid många kliniker hade en bristfällig uppfattning om såväl antalet patienter inom en viss sjukdomsgrupp som resultatet av vården i termer av process- och resultatmått. Det var därför av stor betydelse att skapa intresse och rutiner för att följa upp utvalda delar av den egna verksamheten.

Internt kvalitetsarbete för självprövning

En bärande tanke har varit att den enskilda kliniken skall kunna jämföra sig med andra för att få perspektiv på den egna verksamheten och incitament till självprövning och förbättring. Det är viktigt att betona att detta är ett frivilligt, internt kvalitetsarbete inom professionen och inte någon myndighetsutövning som vid Socialstyrelsens granskning av hjärtinfarkt mortalitet. Offentliggörandet av klinikernas identitet i den senaste verksamhetsberättelsen för 1997 [1] gjordes med deltagarnas godkännande. Med tanke på att denna fråga är mycket kontroversiell (vilket tydligt framgår av Adam Taubes andra inlägg), visar publiceringen att en majoritet av svenska medicinkliniker nu har kommit en god bit på vägen att ha resultat att presentera och att kunna stå för dessa offentligt.

Samtidigt har Adam Taube rätt i att det finns brister i datainsamlingar av detta slag. Hit hör, som vi själva har framhållit, risk för övertolkning av statistiskt signifikanta avvikelser och skillnader mellan patientpopulationer, som

är svåra att värdera eftersom vi endast har tillgång till data på gruppnivå från de enskilda sjukhusen. Vi har inte heller haft möjlighet att systematiskt validera data. Våra resultat måste därför tolkas med försiktighet, vilket vi också påpekar.

Frågor om mål delvis besvarade

Adam Taube ställer tre frågor, som vi uppfattar som besläktade. Han undrar var »gränsen går för det acceptabla», om det existerar »endast en optimal nivå» (på trombolysfrekvens, vår anmärkning) och hur stor naturlig variation mellan sjukhus som kan förväntas.

Vi tycker oss se att det bakom dessa frågor ligger en uppfattning att skillnader mellan sjukhus i huvudsak kan förklaras av skillnader i patientpopulationer. Adam Taube ifrågasätter t ex om trombolysfrekvensen bör vara densamma i Tornedalen och i Storstockholm (vi undrar var han utgår från att den är lägst...). I en europeisk multicenterstudie av trombolysfrekvensen i elva länder har man beräknat den maximala frekvensen till ca 55 procent om alla patienter med godkänd indikation och utan kontraindikation skulle få trombolys [2]. När det gäller slaganfall har en europeisk konsensuskonferens uttalat kravet att alla patienter med akut slaganfall skall vårdas på specialiserad enhet år 2005 [3]. Att det finns skillnader i klinisk praxis som inte förklaras av skillnader i patientpopulationer och som inte är kunskapsbaserade framgår av att trombolysfrekvensen är lägre för kvinnor och äldre än vad som motsvaras av dessa gruppers andel av befolkningen [2]. Ett annat exempel är att man i New England tillämpar en högre grad av evidensbaserad läkemedelsförskrivning till hjärtinfarktpatienter än i andra delar av USA [4].

Våra resultat belyser några utvalda aspekter av internmedicinsk sjukvård i Sverige, men de tillåter inte djupare analys och tolkningar. Vi kan konstatera att flera kliniker redan ligger relativt nära målet för vård av patienter med slaganfall, medan andra har långt kvar. Vi finner det intressant att en klinik under tre år i rad har nästan dubbelt så hög

trombolysfrekvens som andra kliniker. Även om vi inte alltid kan uttala oss om vad som är »bra» eller »dåligt» utifrån våra data, kan vi ge berörda kliniker ett incitament att själva undersöka vad som kan ligga bakom sådana skillnader. För detta mer detaljerade arbete kommer de nationella register som nu har etablerats för samtliga fyra internmedicinska kvalitetsområden att kunna vara till hjälp.

Viktigt belysa all variation

Vi ger Adam Taube rätt i hans principiella kritik av brister i vår rapport. Samtidigt uppfattar vi att han undervärderar förekomsten och betydelsen inom sjukvården av sådan variation som inte är kunskaps- eller populationsbaserad och som det är viktigt att belysa. Alla som är kliniskt verksamma vet att det är svårt att definiera kliniska resultatmått och att börja tillämpa dem regelbundet och systematiskt. Ett visst mått av »trosviss optimism» är nog ingen nackdel när det gäller att påbörja sådant arbete, och man får se upp så att inte det bästa blir det godas fiende. Att delta-gande kliniker nu valt att offentliggöra sina resultat under eget namn anser vi vara ett gott tecken på att den »mogna» debatt om kvalitet i sjukvården som Adam Taube saknar redan har börjat.

Referenser

1. Verksamhetsberättelse för år 1997 för internmedicinska kliniker. Stockholm: Spri, 1998. (Spri projekt PM U 31042:4.)
2. European Secondary Prevention Study Group. Translation of clinical trials into practice: a European population-based study of the use of thrombolysis for acute myocardial infarction. *Lancet* 1996; 347: 1203-7.
3. Aboderin I, Venables G for the Pan European Consensus Meeting on Stroke Management. Stroke management in Europe. *J Intern Med* 1996; 240: 173-80.
4. Pilote L, Califf RM, Sapp S, Miller DP, Mark DB, Weaver WD et al. Regional variation across the United States in the management of acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1995; 333: 565-72.

Författare

SVEN KARLANDER

överläkare, Akutkliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

MONA BRITTON

docent, SBU, Stockholm

BENGT ANDERSSON

fil pol mag, Spri, Stockholm.