

Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet?

Att använda kvalitetsregister för att värdera och jämföra vårdkvalitet är mycket diskutabelt. Det kan få fatala konsekvenser om ekonomi kopplas till utfall i kvalitetsregister, särskilt om processen glider professionen ur händerna. Frågan måste diskuteras brett – och då inte bara av »kvalitetsregisterentusiasterna«.

Kvalitetsregister kan ha fyra syften (Fakta 1). De flesta läkare är nog överens om att de två första punkterna behövs. Punkt tre måste hantera en rad problem om bl a urval, metoder och bortfall. Man kan diskutera om kostnaderna för datainsamlingen är rimliga, men otvivelaktigt genereras forskningsuppslag.

Denna artikel diskuterar punkt fyra, särskilt i perspektivet att kvalitetsmätningarnas resultat direkt eller indirekt kan få ekonomiska konsekvenser. Den utvecklingen är i dag i sin linda men kan explodera inom en snar framtid.



BENGT JÄRHULT, distriktsläkare vid vårdcentralen i Ryd och FoU-centrum, Växjö



SVEN ENGSTRÖM medicine doktor, distriktsläkare vid vårdcentralen i Gränna och Primärvårdens

FoU-enhet, Jönköping; ordförande i allmänläkarnas nationella kvalitetsråd (SFAM.Q)



KJELL LINDSTRÖM medicine doktor, distriktsläkare vid vårdcentralen Öxnehaga och

Primärvårdens FoU-enhet, Jönköping

Det är angeläget att vi i läkarkåren enas om vad kvalitetsregister och de däri ingående kvalitetsmåten står för och hur de kan användas, och att vi uttrycker detta tydligt för att undvika att politiker och administratörer använder registren på fel sätt.

Sannolikt har flera av de nationella register som vuxit fram de senaste 20 åren bidragit till en kvalitetsutveckling av sjukvården. Regionala och lokala register kan också ha varit av värde. Hur stor del av framstegen i sjukvården som kan förklaras av olika löpande register är okänt.

Det finns dock exempel på att registerentusiaster, på bräckliga grunder, både tillskrivit sig själva en avgörande betydelse för minskad sjuklighet och dödlighet och ansett sig kunna betygsätta vårdkvaliteten vid de anslutna klinikererna [1-4].

Vissa kvalitetsregister har uppenbart satt fokus på lägstatusområden och tvingat kliniker till förbättringar, andra har påskyndat en kvalitetsutveckling. Om sedan den initiala positiva effekten när ett område ställs i fokus står sig långsiktigt och är värd kostnaderna vet vi föga om.

De mätetal som används i oli-

ka register har betydande brister, och det saknas i hög grad mått på viktiga delar av vårdinsatserna. Detta gör att vårdkvalitet i dagsläget inte kan värderas i några enkla tal eller registersammanställningar. Vi ger några exempel.

Ofullständiga, dåliga mått. Förhoppningarna att utifrån registerdata om sjukhusdödlighet (hospital standardized mortality ratio, HSMR) kunna bedöma vårdkvalitet och patientsäkerhetsarbete – och tillika göra jämförelser mellan sjukhus i Sverige – har kommit på skam [5]. En kanadensisk studie har bekräftat fynden [6]. Men skadan var redan skedd i och med att registerentusiaster – under Socialstyrelsens applåder – gått ut i medierna och rangordnat svenska landsting som bättre eller sämre i patientsäkerhetsarbete utifrån HSMR-data [7, 8]. Det är ett hån mot sjukhus och läkare att, innan verifierande studier av svensk och kanadensisk typ gjorts, bedöma patientsäkerhet och kvalitet med verktyget HSMR.

I många register, t ex nationella diabetesregistret (NDR), saknas mått på hur patienten mår och på biverkningar av behandlingen, t ex hypoglykemier [9].

I Riks-HIA (det svenska registret för hjärtintensivvård) finns målet att >90 procent av

patienter med totalkolesterol >4,5, även de äldre, ska ha fått utskrivet en statin. Samtidigt vet vi att NNT (number needed to treat) är ca 30 med 3 års behandling och att vi har en skyldighet enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) att göra patienterna delaktiga i sin behandling. Om läkare ger full information och patienterna får möjlighet att välja avstår enligt vår erfarenhet betydligt fler än 10 procent från behandling.

Brister i urval, bortfall och skiftande populationer. Om läkare matar in data i NDR inkluderas även de lindrigt sjuka, kostbehandlade diabetiker som bara kontrolleras vid läkarbesök. Om inmatningen av data sker i samband med besök hos diabetessköterska missar man ofta de lindrigaste och mest »välskötta« diabetikerna, men inmatningen blir sannolikt mer enhetlig och noggrann.

Vid en simuleringsstudie av reoperationer i höftprotesregistret framkom att det sker stora förskjutningar i inbördes ranking mellan ingående sjukhuskliniker redan vid ett bortfall på 3 procent [10]. Samtidigt har stora väletablerade register som NDR och Riks-HIA bortfall på 50 respektive 20 procent.

På primärvårdsnivå förekommer mycket stora skillnader i socioekonomiska faktorer. Det ger betydande variationer i följsamheten till behandlingsråd, vilket i sin tur påverkar data som HbA_{1c}-nivå, andel rökare och följsamhet till medicinering. NDR tar ingen hänsyn till sådana skillnader mellan vårdcentralers populationer.

Små material. Vid en kvalitetsjämförelse år 2007 av hur

FAKTA 1. Kvalitetsregisters syfte

- Vara underlag för lokalt förbättringsarbete
- Följa hur vården förändras i takt med implementeringen av evidensbaserad medicin
- Forskning
- Värdera och jämföra vårdkvalitet

de 32 vårdcentralerna i Jönköpings landsting behandlar patienter mellan 60 och 84 år med förmaksflimmer framkom på en vårdcentral (8 300 invånare) att »bara« 50 procent hade Waranbehandling som emboliprofylax. De allra flesta vårdcentraler låg på betydligt högre värden. Det visade sig att materialet bestod av 18 patienter, varav nio saknade Waranbehandling.

Vid en noggrann journalgenomgång hittade man kontraindikationer eller att patienten aktivt valt att avstå från Waranbehandling hos alla utom en patient, där Waranbehandling möjligen kunde ha övervägts. Det som tycktes vara diskutabel kvalitet var i själva verket god kvalitet! Exemplet visar att när man kommer ner på vårdcentralsnivå blir patientgrupperna ofta så små att enkla kvali-

tetsjämförelser inte går att genomföra.

Möjligheten att falsifiera data. Möjligheten att falsifiera data ställdes på sin spets i England 2005 vid införandet av »payment for performance« (P4P) inom ramen för National Quality and Outcome Framework (NQOF) [11], som innebär att 25 procent av ersättningen till allmänläkarna (general practitioners, GP) erhålls via »kvalitetsmål« [12]. Redan efter ett år uppnådde man i genomsnitt >91 procent av alla mål, vilket vida överträffade förväntningarna och ledde till stora kostnadsökningar (intäkter för GP). Från år 2 ligger *genomsnittet* på >96 procent [13]!

P4P är ett ersättningssystem med otillräcklig evidens och kanske underskattade negativa effekter [14, 15]. Det

kan finnas en fara att betalning för kvalitet, eller det man tror är kvalitet, kan släcka ut den icke finansiella motivationen hos välutbildad sjukhuspersonal att hjälpa patienter på bästa möjliga sätt [12].

Läkemedelsindustrin har redan lämnat startgroparna. De är inspiratörer till svenska försök [15] och erbjuder nu uppföljande registersystem för att bli framtidens kvalitetsmätare eller i varje fall inspirera till P4P: »Patienter får information inför ett aktivt vårdval och vårdens huvudmän får indikatorer på hur vården fungerar« [16]. I vilken grad maximal läkemedelsförskrivning utifrån måluppfyllelse för P4P kan strida mot individualisering och läkekonst är inte värderat i Sverige [15].

När diagnosbaserade instrument som DRG (diagnos-

relaterade grupper) och ACG (adjusted clinical groups) används som »ekonomisystem« påverkar det diagnossättningen. De diagnoser som »ger klirr i kassan« ställs i ökande omfattning. Vid årets utbildningsvecka för landets internmedicinare fanns ett seminarium, »Kvalitetsregister – för vem? Patienten, doktorn eller SoS?«. Auditoriet tillfrågades om huruvida öppna kvalitetsjämförelser eller ekonomisk ersättning skulle påverka dem vid inmatning av data. En stor majoritet medgav att så skulle ske.

Vad vi inte kan mäta. En viktig del av vården består av tröst, lindring, förståelsens samtal och andra svåråtkämpliga mänskliga stödinsatser (Fakta 2).

Således: Det som går att mäta är inte alltid det viktiga ➔

eller viktigaste. Uppdragsgivares krav på *mätbara* resultat riskerar att under årtionden mödosamt uppbyggd kvalitet inom »icke mätbara områden« prioriteras bort.

Det är mycket glädjande att Läkarförbundet, apropå statens miljardtillskott för vårdgarantin, uppmärksammat riskerna med ekonomistyrning och offentligt varnar för att incitament till dem som uppfyller vårdgarantin riskerar att ge undanträngnings-effekter för det icke- eller svår-mätbara, såsom vård i livets slutskede [19].

Forcerade av krav på »öppenhet« har registerentusiaster, SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) och Socialstyrelsen orättvist betygsatt olika landsting och vårdinrättningar. Detta genom att rangordna vårdenheter och sjukhus utifrån absoluta tal i t ex »Öppna jämförelser« [20]. Även om registermåtten vore tillförlitliga och om patienturvalen i jämförelserna mellan sjukhus/vårdcentraler hade varit under kontroll – vilket de inte varit/är – är det bl a från statistisk synpunkt diskutabelt att rangordna vårdinrättningar på det sätt som skett [21, 10].

Många vårdenheter har i massmedierna fått schavottera på irrationell grund. Förutsett att de patientgrupper som jämförs verkligen är likvärdiga mellan olika vårdinrättningar kan de enheter som har behandlingsresultat utanför konfidensintervallet behöva granskas offentligt. Men rangordning av vårdresultat inom konfidensintervallet bör ses som internt arbetsmaterial och inte offentliggöras!

Det har de senaste åren gjorts flera försök att med sammanslagna data, s k kvalitetsindex, värdera vårdkvalitet på sjukhus- och landstingsnivå. Men man bör, när dessa införs, kunna kräva vetenskapliga studier som visar att registerdata håller vad de lovar. Finns det verkligen någon validerad metod för att

FAKTA 2.

Det icke mätbara

Det är ett läkaransvar att redovisa vårdens sanna innehåll – sällan går det att sätta poäng på läkekonst, etik och humanism i patientmöten och prioriteringar i vardagen. Det är inte prestationstal som behövs i många av sjukvårdens sammanhang, utan den verkliga kvaliteten för patienten och organisationen är bl a att

- patienten får tid och empati vid cancerdiagnos
- omhändertagandet och uppföljningen prioriteras när patienten och anhöriga i samråd med läkaren finner att cytostatikabehandlingen inte är meningsfull
- läkaren har ro att länge sitta på sängkanten och förklara komplikationer, få en uppfattning om patientens värdering av lidandet eller sorgen inför en anhörigs död [17]
- »tutorfunktionen«, utbildningsläkarens handledning, prioriteras
- tidskrävande litteratursökning för det svårknäckta fallet värderas av arbetsledningen i förhållande till volymtal
- läkaren ger patienten full information om läkemedlets för- och nackdelar, NNT etc så att patienten själv kan välja om behandling alls ska sättas in – även om vårdcentralen/kliniken får sämre måluppfyllelse i nationella kvalitetsregister [18]
- värdig vård i livets slutskede inte rubbas av ledningens prioritering av det mätbara – registerdata, kortare väntetider, hög »produktivitet«.

aggregera data till kvalitetsindex som kan värdera/jämföra kvalitet?

NDR har sedan 2005 redovisat ett kvalitetsindex för att jämföra vårdkvalitet mellan ingående landsting [22]. Indexet består av sex parametrar värderade på tre olika grupper – ett primärvårds-material (ca 80 procent av patienterna) och två sjukhusmaterial – där data adderas för att ge ett värde på landstingsnivå. Fyra riskfaktorer (HbA_{1c} ≤6,0 procent; blodtryck ≤130/

80mm Hg; totalkolesterol ≤4,5 mmol/l; icke-rökare), ett processmått (kontroll av fotstatus senaste året) och en komplikation (makroalbuminuri) sammanställs till en totalpoäng.

Jönköpings län avancerade 2005–2007 från sista till första plats i detta kvalitetsindex, från 22 till 47 poäng [23, 24], inte för att man arbetat med förbättringar i vården utan därför att man förbättrat registreringen och inrapporteringen till registret.

I Riks-HIA sammanvägs nio olika kvalitetsmått till ett index för att värdera vårdkvalitet [1]. I detta kvalitetsindex viktas t ex akut ballongvidgning (PCI) lika som att ge statiner till en åldring med totalkolesterol 4,5! Finns verkligen dokumentation för att insatserna har lika värde?

Om det nu säkert gick att mäta kvalitet med t ex registerdata, ska man då med pengar premiera denna goda kvalitet? Det innebär att de duktiga får mer pengar och kan bli ännu bättre och de dåliga får mindre, vilket försvårar en positiv utveckling. I stället borde kanske de som bedriver systematiskt förbättringsarbete och lägger resurser på att bli bättre få täckning för sina extrakostnader.

Det är en illusion att resursfördelning kan ske på bas av kvalitetsregister och andra »objektiva« registerdata. Den selektiva verklighetsbild dessa register speglar, och de metodproblem som professionen brottas med, synes dock inte bekymra sjukvårdens överbyggnad. Den lever i föreställningen att allt kan mätas och förväxlar produktivetsdata med vårdens effektivitet och slutlig nytta för patienterna. I nya vårdvalsmodeller [25] tänker man sig utifrån dessa otillförlitliga registerdata samt enkäter om bemötandet ge kunden (=patienten) skäl för val av läkare och vårdinrättning [26]. Kommersielliserade sajter för val av enskilda läkare är redan etablerade trots Läkarförbundets protes-

ter [27]. På sikt kan hela resursfördelningen av offentliga medel, även till sjukhus, styras på basen av dessa nationella och lokala, från kvalitets synpunkt så otillförlitliga register och annat irrationellt underlag som presenteras kunden. I Stockholm har vårdcentraler fått ökad ersättning för låg HbA_{1c}-nivå, som nu i en studie sätts i samband med ökad mortalitet [28].

Denna typ av »öppna« jämförelser förordas av vissa inom professionen och av många sjukvårdspolitiker som drömmar om att patientströmmar och ekonomi ska styras av patienternas fria val. Detta trots att evidens saknas för att vården blir bättre [29] och trots internationell erfarenhet av att en sjukvårdsstruktur med tävlingsmentalitet, även med offentlig finansiering, riskerar att vara kostnadsdrivande och rymma en mängd andra problem [30].

Det är för oss praktiker alldeles uppenbart att klyftan mellan sjukvårdens fotfolk och en skara registerentusiaster snabbt vidgas. Dessa entusiaster har inte visat någon känsla för hur de som ska göra det dagliga jobbet tänker eller att de kan tvingas till glidningar och ren felbehandling när registerdata kopplas till vårdenhetens skenbara framgång i olika jämförelser, ekonomiska resultat eller överlevnad rent organisatoriskt. Själva ordet kvalitetsregister leder tanken fel – att man i första hand registrerar vårdkvalitet. Register för uppföljning, förbättringsarbete och forskning vore ett bättre namn.

Vi uppmanar alla registerhållare att klart deklarerat om de anser att deras register kan användas för att värdera vårdkvalitet och i så fall föra detta i bevis!

Vi uppmanar också landets läkare att delta i den debatt som vi med denna artikel vill starta. Hjälptill att beskriva den komplexa verklighet som gör det så svårt att mäta kvalitet! Hjälptill att vända ut-

vecklingen, som »registerentusiaster« drivit i fel riktning, så att inte vården värderas och budgeteras på felaktiga grunder!

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Stenstrand U, Lindahl B, Wallentin L. Hjärtinfarkt vården kraftigt förbättrad 1995–2005. *Läkartidningen*. 2007;104:1580-3.
6. Shojania K, Forster A. Hospital mortality: when failure is not a good measure of success. *CMAJ*. 2008;179:153-7.
9. Olsson P. Nonsens i NDR – sluta med ranking och uppge jäv! *AllmänMedicin*. 2008(4):26-7.
11. NHS. The Quality and Outcomes Framework 2007/2008. <http://www.ic.nhs.uk/statistics-and-data-collections/audits-and-performance/the-quality-and-outcomes-framework/2007-08>
12. Christianson J, Leatherman S, Sutherland K. Financial incentives, healthcare providers and quality

improvements. A review of the evidence. London: The Health Foundation; 2007.

13. NHS. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05. http://www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/qof0405/QOF0405_Statistical_Bulletin.pdf
14. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ*. 2008;336:306-8.
21. Ranstam J, Wagner P, Robertsson O, Lidgren L. Rangordning i vården leder till fel slutsatser. *Läkartidningen*. 2008;105:2313-4.
29. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damborg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008;148:111-23.
30. Woolhandler S, Himmelstein D. Competition in a publicly funded healthcare system. *BMJ*. 2007;335:1126-9.

LÄS MER Fullständig referenslista <http://larkiv.lakartidningen.se>

Bells pares: Uteslut neuroborrelios innan kortisonbehandling sätts in

■ Jag vill kommentera Läke-medelsfrågan i LT 42/2008 (sidan 2942), »Prednisolon vid Bells pares«.

Innan kortisonbehandling sätts in vid facialispares (Bells pares) måste man utesluta neuroborrelios. Ungefär 20 procent av facialispareserna är orsakade av *Borrelia* (beroende på årstid). Lumbalpunktion (LP) ingår som en mycket viktig åtgärd för att diagnostisera denna infektionssjukdom. Tyvärr missas alltför många fall av neuroborrelios på grund av att LP inte utförs.

Neuroborrelios behandlas framgångsrikt med antibioti-



ka, t ex doxycyklin peroralt. Kortison är inte lämpligt vid detta tillstånd!

Anders Strömberg

docent i infektionssjukdomar,
Billdal
andersstromberg1@yahoo.se