

Leder ett nationellt kvalitetsregister för diabetes till bättre medicinsk kvalitet?

I Östergötland har vårdcentralerna stimulerats ekonomiskt att delta i Nationella diabetesregistret. Andelen rapporterade diabetiker ökade kraftigt, och patienterna når uppsatta behandlingsmål i något högre grad än patienter i övriga Sverige. En tolkning kan vara att rapportering till registret medvetandegör deltagande vårdgivare och därmed stimulerar till bättre resultat. Att stödja medverkan i nationella kvalitetsregister kan vara ett sätt att öka kvaliteten i vården.



CARL JOHAN ÖSTGREN
distriktsläkare, universitetslektor, institutionen för hälsa och samhälle, Linköpings universitet
caros@ihs.liu.se



ING-MARIE HALLGREN
kvalitetssamordnare för primärvården, forsknings- och utvecklingsenheten för när-sjukvården i Östergötland



ULLA-BRITT LÖFGREN
diabetessjuksköterska, kvalitetsansvarig sjuksköterska för Nationella diabetesregistret i Östergötland, medicinkliniken, Vrinnevisjukhuset, Norrköping

II Svenska Diabetesförbundets ordförande Stefan Leufstedt uppmanar i ett inlägg i LT 6/2005 [1] sjukvårdshuvudmän och profession till insikt om det gemensamma ansvaret för att Nationella diabetesregistret (NDR) blir nyckeln till bättre resultat inom diabetessjukvården.

Med jämna mellanrum förs en ofta, men inte alltid, klokt ifrågasättande debatt om huruvida stora och arbetskrävande insamlingar av kvalitetsdata verkligen leder till förbättrade resultat inom sjukvården. Om så inte är fallet kan man naturligtvis istället hävda att en sådan arbetsinsats istället borde frigöras för att komma den patientnära vården till del.

Vi delar dock gärna Stefan Leufstedts uppmaning och vill belysa vår uppfattning med följande exempel från primärvården i Östergötland.

Satsning på NDR i Östergötland

NDR är ett nationellt kvalitetsregister för diabetessjukvården i Sverige [2]. Det syftar till att stödja det lokala kvalitetsarbetet inom diabetessjukvården genom att den vårdgivare som registrerar sina resultat i NDR kan jämföra dem med motsvarande genomsnittliga värden för

riket i sin helhet. År 2002 beslutade Landstinget i Östergötland att anslå pengar för att stimulera primärvården att öka antalet registreringar av diabetespatienter i NDR. I första steget erhöll de vårdcentraler som rapporterade till NDR en stimulanssättning om 50 000 kr. Beloppet var inte knutet till hur stor andel av diabetespatienterna som registrerades utan enbart till det faktum att man över huvud taget registrerade vårdcentralens diabetespatienter i NDR. Från och med 2004 har stimulanssättningen differentierats till ett par olika nivåer som är relaterade till hur stor täckningsgrad vårdcentralen har i NDR, dvs hur stor andel av de egna diabetespatienterna som registreras.

Jämförelse med övriga landet

Vi har studerat effekten av sjukvårdshuvudmannens beslut att premiера medverkan i NDR och jämfört antalet rapporterade patienter till NDR från primärvården i Östergötland med rapportering från hela landet under perioden 2001–2003. Med stöd från NDRs utdatagrupp har vi också kunnat jämföra medicinska data, framför allt HbA_{1c} och blodtryck, mellan primärvården i Östergötland och primärvårdsrapporterade patienter från Sverige som helhet. Vi har även kartlagt eventuella skillnader i behandling av diabetessjukdomen.

Resultat

Från år 2001 till 2003 ökade antalet primärvårdsrapporterade patienter från Östergötland till NDR med 210 procent (från 2 664 till 8 273), medan landet totalt hade en ökning på 52 procent (från 32 501 till 49 289) under samma period.

Om vi antar att diabetesprevalensen i befolkningen är 4 procent i Sverige kan man uppskatta hur stor andel registrerade patienter som varje landsting bidrar med till NDR. Av 2003 års NDR-data framgår att de geografiska skillnaderna i

rapporteringsgrad till NDR är stora och att primärvården i Östergötland, tätt följd av Dalarna, uppnår högst täckningsgrad i registret. Endast Dalarna och Östergötland uppnår dessutom en total (medicinkliniker och primärvård tillsammans) täckningsgrad över 50 procent medan motsvarande siffra för riket som helhet är dryga 20 procent.

Vi har jämfört NDR-data från 2003 för medelvärden av blodtryck och HbA_{1c}. Det systoliska och diastoliska medelblodtrycket var något lägre hos primärvårdsrapporterade patienter från Östergötland än hos riksgenomsnittet (systoliskt: 142 vs 144, P<0,001; diastoliskt: 77 vs 78, P<0,001). I Östergötlands primärvård nådde vidare fler diabetiker (5 procent) uppsatta målvärden för HbA_{1c} <6 (63 respektive 61 procent, P<0,01) och blodtryck 140/85 mm Hg (51 respektive 48 procent, P<0,001) än i Sverige som helhet.

Det fanns också skillnader beträffande behandlingsregim och HbA_{1c}-medelvärde per behandlingsgrupp. Fler patienter behandlades med insulin i primärvården i Östergötland (P<0,001), där HbA_{1c}-medelvärdet i varje enskild behandlingsgrupp (kost: 5,5 vs 5,6, P<0,001, tabletter: 6,3 vs 6,4, P<0,05, insulin: 6,7 vs 6,8, P<0,001, tabletter och insulin kombinerade 6,9 vs 7,0, P<0,05) också var signifikant lägre i Östergötland än i hela Sverige.

Diskussion

Vår studie visar att det landstingspolitiska beslutet om att stödja primärvårdens rapportering till NDR i Östergötland på bara två år dramatiskt ökade andelen rapporterade diabetiker till registret. Diabetespatienter från primärvården i Östergötland når i något högre grad uppsatta mål för blodtryck och HbA_{1c} än i hela Sverige. Vidare förefaller behandlingen av diabetespatienter i primärvården i Östergötland vara mer intensiv åtminstone när det gäller blodtryck och diabetesbehandling än riksgenomsnittet.

Att det landstingspolitiska beslutet om att stimulera primärvården till ökad rapportering till NDR fick ett så prompt genomslag visar att det går att styra sjukvårdens beteende med ekonomiska incitament på ett mycket tydligt sätt, i synnerhet om den åsyftade åtgärden även uppfattas som meningsfull bland sjukvårdsprofessionen.

Tolkningen av de resultat som berör

skillnader i behandling av diabetessjukdom, blodtryck och skillnader i måluppfyllelse mellan primärvården i Östergötland och hela Sverige måste göras med försiktighet. Eftersom data från Östergötland ingår i NDR-data från riksgenomsnittet, där de utgör 17 procent av det totala antalet diabetespatienter från primärvården, måste man dock misstänka att skillnaderna i kvalitetsparametrarna HbA_{1c} och blodtryck i själva verket är ännu större mellan primärvården i Östergötland och övriga Sverige.

Leder registret till bättre vård?

Leder då ett nationellt kvalitetsregister som NDR till bättre resultat inom diabetessjukvården? Vår analys av resultaten är att ett kausalsamband mellan rapporteringsgrad till NDR och bättre medicinska resultat avseende kvalitetsparametrarna blodtryck och HbA_{1c} inte kan fastslås. Det verkar å andra sidan mindre troligt att man i primärvården i Östergötland i sig skulle vara bättre skickad att sköta diabetessjukvården än kollegerna i övriga landet.

Mot bakgrund av våra resultat kan man därför spekulera i om det engagemang som rapporteringen till NDR innebär i sig startar medvetna eller omedvetna processer hos vårdgivaren, vilka kan medföra känslor av tävlingsinstinkt och bekräftelse. Det är också sannolikt att den ökade kunskap som genereras via feedbackmekanismer successivt leder till kvalitativa resultatförbättringar.

Utvecklingspotential

Att delta i mätningar som sammanställer och synliggör skillnader i kvalitetsparametrar tydliggör en utvecklingspotential i förhållande till den egna verksamheten, vilket skulle kunna sammanfattas med att mätandet medvetandegör. I sådant fall är det inte orimligt om vårdgivare som aktivt deltar i nationella kvalitetsregister uppnår, relativt sett, något bättre resultat än vårdgivare som avstår från jämförelser av medicinska kvalitetsdata.

Om slutsatsen är riktig talar detta för att politiska beslut om att stödja vårdgivares medverkan i nationella kvalitetsregister är en klok väg för en resultatorienterad kvalitetsförbättring inom hälso- och sjukvården.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Leufstedt S. Diabetesregistret nyckeln till allt bättre behandlingsresultat. *Läkartidningen* 2005;102:402-3.
2. Gudbjörnsdottir S, Cederholm J, Nilsson PM, Eliasson B, Berne C, Adamson U. Nationella diabetesregistret 1996-2003. Kvalitetsvärdering visar att diabetessjukvården har förbättrats. *Läkartidningen* 2004; 101:3790-97.

Reflektioner efter avtalsrörelsen:

Skrota landstingsmonopolen nu!

Lärdomar av årets avtalsrörelse: Den individuella lönesättningen måste stärkas. På kort sikt måste arbetsgivarna ha tydliga lönekriterier och ett tydligt chefskap i lönesättningen. På lång sikt krävs en mångfald av arbetsgivare. Först på en fri marknad i jämvikt uppstår den rätta lönen, och den är betydligt högre än idag. Att bryta landstingsmonopoliseringen av sjukvården är den viktigaste åtgärden för att förbättra läkarkårens arbetsmarknad.



GUSTAV NILSSON
med kand, doktorand; ledamot
av Läkarförbundets förhandlingsdelegation
gustav.nilsson@slf.se

II Det svenska politiska landskapet är världsunikt på vissa sätt. En kringvandrande ornitolog kan få se märkliga fåglar häcka. Ibland visar sig de mest otroliga djur, sådana som är utdöda sedan länge i andra ekosystem.

Årets avtalsdans

Denna vår träffades några stora fåglar och utförde en rituell dans. Jag syftar på den avtalsrörelse som avslutades den 31 mars. Den största fågeln av dem alla är Sveriges Kommuner och Landsting, arbetsgivarförbundet som nyligen fusionerats. Vi andra, dvs Läkarförbundet, SKTF-SSR och Kommunal, burrade upp fjädrarna och skuttade i cirklar runt den stora skvadern.

Hur kan det komma sig att denna fågeldans är så betydelsefull? Det är egentligen rätt unikt att akademikers fackförbund ägnar sig åt hundraåriga industrilönebildningsmetoder på det sätt vi gör. I stället för att överlåta lönesättningen åt individen står striden mellan fackförbundet och arbetsgivarförbundet om tiondelar av procentenheter på central nivå.

Läkarkårens speciella arbetsmarknad

Anledningen är läkarkårens speciella arbetsmarknadsstruktur. Den svenska sjukvården är till övervägande del landstingsmonopoliserad. Arbetsgivarna har i praktiken en kartell som erbjuder mycket få alternativ för såväl läkare och annan vårdpersonal som patienter. Detta skandalösa förhållande tar Läkarförbundet tydligt avstånd från i sitt sjukvårdspolitiska program. Här beskrivs också de

många fördelarna för patienter och skattebetalare som en mångfald av vårdproducenter medför.

En mångfald av arbetsgivare

Den individuella lönesättningen måste stärkas. Det innebär på kort sikt att arbetsgivarna måste ha tydliga lönekriterier och ett tydligt chefskap i lönesättningen. Men för att den individuella lönesättningen skall fungera fullt ut krävs en mångfald av arbetsgivare. Den rätta lönen är den som uppstår på en fri marknad i jämvikt, och den är betydligt högre än i dag. Därmed avspeglas läkarens stora utbildningsinvestering, värdefulla arbetsprestation och avgörande ansvar.

Invandrade läkare utan inflytande

Ett internt problem i Läkarförbundet blev tydligt under avtalsrörelsen. De invandrade läkarna utan legitimationsvillkor är den medlemsgrupp som är svagast på arbetsmarknaden. Dessa blir i dag medlemmar i MSF när de går med i Läkarförbundet, men MSF saknar kompetensen att företräda dem och bör heller inte upphöra att vara ett rent studerandeförbund. Det är ett bekymmer att denna grupp medlemmar saknar demokratiskt inflytande i avtalsförhandlingar som påverkar dem i hög grad.

Befria vården!

Att bryta landstingsmonopoliseringen av sjukvården är den viktigaste just nu för att förbättra läkarkårens arbetsmarknad. Det är också den viktigaste för att förbättra sjukvårdens tillgänglighet, kvalitet och effektivitet.

Befria vården! •

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.