

klusion av alla patienter med hjärtinfarkt avviker inte markant från skillnader för yngre individer med infarkt endast som första diagnos. Det kan ändå, som författarna skriver, finnas en poäng med att beskriva mortalitet hos individer under 80 år med infarkt som första diagnos för att minska betydelsen av annan allvarlig sjukdom.

Vi kan se att det sannolikt finns skillnader i mortalitet mellan regionens områden. Vi har ett klart intryck av att prognosen korresponderar med måluppfyllelsegraden för

**»... data ... i de patientadministrativa systemen kan komma att bli viktiga komplement till våra kvalitetsregister.«**

väsentliga kvalitetsindikatorer i Riks-HIA:s kvalitetsindex inom dessa områden.

**Vi anser att mortalitet** som den redovisas i öppna jämförelser ger en väsentligt bättre bild av dödlighet i hjärtinfarkt på landstingsnivå än vad Riks-HIA kan ge så länge som rap-

porteringsgraden för vissa landsting är så låg som 20 procent. Vi menar att den viktigaste poängen med Ryttbergs och medarbetares arbete är att kvaliteten i registreringen av diagnoser i våra värddatabaser måste förbättras.

Vi har som läkare nog haft en benägenhet att betrakta denna typ av data som enbart administrativa, eftersom kliniskt relevant återkoppling vanligen inte skett. Vi hoppas att den breda användning som introducerats genom öppna jämförelser kan ändra på det. De data som finns i de

patientadministrativa systemen kan komma att bli viktiga komplement till våra kvalitetsregister. Tillsammans med andra register, som befolkningsregister och läkemedelsregister, kan informationsgraden ökas ytterligare.

Ännu en fördel med dessa patientadministrativa data är att de, väl vårdade, kan ge värdefull kompletterande kunskap utan den betydande arbetsinsats som nationella kvalitetsregister kräver.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**REPLIK:**

## Dagens patientadministrativa system otillräckliga som underlag för rankingslistor

■ Vårt kvalitetssäkringsprojekt av hjärtinfarktvård i Örebro län (LT 35/2009, sidorna 2121-4), som huvudsakligen fokuserade på diagnoskvaliteten i det patientadministrativa systemet (PAS), har föranlett två debattinlägg. Vi har också fått många kommentarer framförda direkt till oss, där olika företrädare för kardiologin haft samma reservation som vi mot att använda PAS-data för ranking av län och sjukhus. Datakvaliteten måste först säkras.

**Vi instämmer i** kommentaren av Köster och medarbetare (»Hälsodataregistren nödvändiga för uppföljning av kvaliteten i sjukvården!«, LT 38/2009, sidan 2380) att det finns en rad skäl som motiverar landets olika hälsoregister. Vi delar även med dem uppfattningen att öppna jämförelser (ÖJ) så småningom kommer att förbättra datakvaliteten i dessa register.

I avvaktan på denna utveckling motiverar emellertid våra resultat, som vi ser det, att ett par förändringar av ÖJ görs. Tex torde exklusion av patienter vid icke-hjärtvårdande enheter med-

föra att ÖJ bättre avspeglar verkligheten.

**Vi tror dock att den viktigaste** kvalitetsutvecklingen av hjärtinfarktvård i landet sker med hjälp av register som Riks-HIA. Ett skäl för detta är att vårdkvaliteten hos multisjuka äldre aldrig kan speglas på ett rimligt sätt av Socialstyrelsens hälsoregister. Vi menar därför att inrapportering till Riks-HIA (och andra sjukdomsspecifika kvalitetsregister) bör stimuleras och utvecklas.

**Björck och Torgerson gör i** sitt inlägg härintill en del påstående om och jämförelser mellan Örebro län och Västra Götalandsregionen som inte är helt korrekta. Vi har tex inte försökt »avfärda att Örebro län har en högre hjärtinfarktdödlighet än riket«. För detta hade krävts en genomgång av andra län liknande vår egen. 2005, året som vår granskning avsåg, var vårt eget landstings deltagande i Riks-HIA ännu ofullständigt (ca 60 procent för inomlänspatienter med Björcks och Torgersons sätt att räkna). PAS och Riks-HIA går inte att jämföra eftersom de man-

talsskrivna utanför Örebro län – en stor andel – registreras i PAS i Örebro, men i Riks-HIA på hemortssjukhuset. Av sådana skäl blir flera av Björcks och Torgersons resonemang som att jämföra äpplen och päron.

**Det är riktigt som påpekas** att Karlskoga vid 2008 års ÖJ hade högst 28-dygsmortalitet i landet. Detta har föranlett en grundlig granskning av samtliga journaler gällande de sjukhusvårdade patienter som 2006–2007 avlidit inom 28 dagar med diagnos hjärtinfarkt. Det framkom då att en hög andel patienter erhållit diagnosen hjärtinfarkt efter att de avlidit i bilden av långt framskriden annan sjukdom. Resultatet har också påverkats av en mycket hög obduktionsfrekvens där infarktdiagnos lagts till som bi-diagnos på mycket diskreta makroskopiska obduktionsfynd.

**Björcks och Torgersons** observation av geografiska skillnader i hjärtinfarktmortalitet i Västra Götalandsregionen är intressant och skulle kunna föra vår kunskap framåt om man, i stället för att spekule-

ra över vår hjärtvård, analyserade om dessa skillnader beror på tex socioekonomiska skillnader eller om de är uttryck för skillnader i själva vården.

Genom våra och andras systematiska uppföljningar av kvalitet av registrering, och genom öppen redovisning av dylika arbeten, hoppas vi på fortsatt kvalitetsutveckling av hjärtsjukvården.

**Britta Rytberg**  
överläkare,

kardiologiska kliniken,  
Universitetssjukhuset, Örebro  
britta.rytberg@orebroll.se

**Elizabeth Nyström**  
statistiker, Hälsokansliet,  
Örebro läns landsting

**Agneta Stenberg**  
överläkare, kliniken  
för medicin och geriatrik,  
Lindesbergs lasarett

**Katarina Palm**  
överläkare, kliniken för medicin  
och geriatrik, Karlskoga lasarett

**Ingmar Näslund**  
docent, medicinsk rådgivare,  
Hälsokansliet,  
Örebro läns landsting  
ingmar.naslund@orebroll.se