

**RIKSSTÄMMAN 2009.** »Att veta vad vi gör och att göra vad vi vet.« Så löd arbetsnamnet på riksstämmans tema. Detta travesterades också i flera symposietitlar. Att temat sedan fick heta »Ökad kunskap och klokare vård – för patientens bästa« hindrade inte att många av diskussionerna på stämman i Stockholm förra veckan, kom att handla om kvalitetsregister, nationella riktlinjer, öppna jämförelser och kunskapsstyrning.

FOTO: URBAN ORZOLEK



Debatt på riksstämman om öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. Från vänster: Johan Thor, Högskolan i Jönköping, Eva Nilsson Bågenholm, Läkarförbundet, Mats Bojestig, Landstinget i Jönköpings län, och Anders Ekholm, Socialdepartementet.

»Öppna jämförelser är inte bara en rapport. De är en del i en bredare trend mot en mer formaliserad uppföljning som förändrar styrmiljön i vården.« Det menade Fredrik Westander, konsult som medverkat i arbetet med öppna jämförelser av hälso- och sjukvården, vid ett symposium på riksstämman.

För en vecka sedan presenterades den fjärde utgåvan av Sveriges Kommuner och landstings öppna jämförelser av hälso- och sjukvården. En inte helt okontroversiell aspekt om jämförelserna är den färgmarkering som landstingen får beroende på hur de placerar sig relativt de övriga landstingen för den aktuella indikatorn. Invändningen är att markeringen inte säger något om i vilken mån man ligger på en bra nivå objektivt sett.

Mats Bojestig, planeringsdirektör vid Landstinget i

## Öppna jämförelser här för att stanna

Jönköpings län, försvarade entusiastiskt modellen.

– Boken är en succé, och jag tror att det beror på den röd-gul-gröna röran. Man har länge presenterat olika rapporter med staplar, men de har aldrig diskuterats på detta sätt.

Det som har hänt, menade han, är att landstingsledningarna blivit involverade i frågor som rör inte bara ekonomi utan även kvalitet.

– Frågan är nu om vi har ledningsstrukturer i landstingen för att följa upp kli-

niska resultat. Och är läkarkåren redo för att ledningen går in i de kliniska frågorna och inte bara ser dem som bemanningsfrågor?

Göran Garellick, registerhållare för det nationella höftprotesregistret och handläggare vid SKL, ville tona ner dimensionen av ranking i jämförelserna, som han ansåg passar bättre för idrott än för något så komplicerat som sjukvård.

– Öppna jämförelser är ett signal-system för att initiera lokalt förbät-

ringsarbete. Det handlar om att jämföra sig med sig själv över tid, inte med andra eller med rikets medelvärde.

**Eva Nilsson Bågenholm**, Läkarförbundets ordförande, menade att det är rätt väg att redovisa utåt vad som görs i sjukvården.

– Det ska vi inte vara rädda för. Men det finns en kvarstående fråga, och det är hur personalen påverkas. Har vi fungerande IT-system för att få rapporteringen att fungera i praktiken?

Vilken nivå ska då de öppna jämförelserna ske på?

Anders Ekholm, analyschef på Socialdepartementet, me-



»Boken är en succé, och jag tror att det beror på den röd-gul-gröna röran.«

Mats Bojestig

# Het debatt om kvalitetsregister i primärvård

**Frågan om huruvida kvalitetsregister i primärvården kräver särskilda indikatorer fick debatten att hetta till när kvalitetsregistrens roll i vårdcentralernas förbättringsarbete diskuterades på riksstämman.**

Innan man har svarat på frågan vilket syftet är med kvalitetsregister går det inte att säga hur de ska utformas, eftersom det inte är säkert att ett och samma register kan användas för alla syften. Det hävdade Kjell Lindström, distriktsläkare i Jönköping och moderator för symposiet, och föreslog därför fyra syften som han bad panelens deltagare att rangordna i viktighetsgrad: internt förbättringsarbete, redovisning av vårdens kvalitet utåt, att följa vårdens utveckling genom exempelvis öppna jämförelser samt att ge underlag för forskning.

**Det rådde** i stort sett enighet om att den interna utvecklingen är viktigast, medan redovisningen utåt är minst viktig.

Soffia Gudbjörnsdottir, föreståndare för Nationella diabetesregistret, värjde sig dock lite mot frågan.

– Det viktiga är att förbättra vården, allt annat är bara en diskussion man kan roa sig med.

Hon poängterade dock att det är viktigt att man inte överlastar registren och att man håller nere antalet indi-

katorer. Göran Garellick, föreståndare för Höftprotesregistret instämde i detta. Att registren därmed inte blir lika användbara för forskningen är något man får acceptera:

– Kvalitetsregistren ska i första hand vara hypotesgenererande, menade han.

Sven Engström, allmänlä-



**Annika Eklund-Grönberg påpekade att primärvården behandlar patienter medan slutenvården behandlar sjukdomar.**

kare i Gränna och ordförande i SFAM:s kvalitetsråd, tog upp frågan om hur offentliga registren ska vara, särskilt med tanke på det fria vårdvalet.

– Om syftet är det interna utvecklingsarbetet är man mest intresserad av det som är dåligt. Men om man kommer ut med dåliga data kan man hamna illa till i vårdvalet. Det blir besvärligt i en kommersialiserad primärvård.

Göran Garellick trodde dock inte på något »hemlighållande«.

– Om det ska bli tryck i förändringsarbetet måste det finnas en transparens. Vi har sett otaliga exempel i de etablerade kvalitetsregistren, där man ett år hamnat på en låg position och redan året därpå höjt sig ordentligt genom aktivt förändringsarbete.

Detta fick Kjell Lindström att initiera en handuppräkring, där publiken tillfrågades om man trodde att den egna rapporteringen till kvalitetsregister skulle påverkas, ifall bra resultat skulle kunna ge mer pengar eller om resultaten skulle redovisas i öppna jämförelser med andra vårdgivare. En majoritet av publiken trodde det.

Cecilia Björkelund, allmänläkare vid Göteborgs universitet och Strömstad, ansåg att det råder brist på evidensbaserade kvalitetsindikatorer för primärvården.

– Kvalitet är olika saker i primärvård och i sjukhus-

vård. Medicinska indikatorer är viktiga, men det finns även andra, som kontinuitet, tillgänglighet och närhet. Det råder en brist på bra kvalitetsindikatorer för primärvården. Sådana måste forskas fram, och det är primärvården som måste göra det.

**Detta fick** Claes-Göran Löfdahl, överläkare vid Universitetssjukhuset i Lund, att fråga vad det är för evidensgrund som ligger bakom påståendet man inte kan använda samma indikatorer som i de befintliga registren, som utvecklats inom sjukhusvården.

– Om vi strävar efter hälsa måste vi söka efter parametrar som relaterar just till patientens hälsa, inte vilken vårdorganisation patienten befinner sig i.

Annika Eklund-Grönberg, tidigare ordförande i SFAM, tyckte att diskussionen var »frustrerande«.

– Vi som jobbar inom primärvården vet att det är olika saker vi mäter. Ni inom sjukhusvården mäter sjukdomar, medan vi behandlar och mäter patienter. Har man en patient med både KOL, diabetes och hjärtinfarkt är det inte så lätt att få ihop alla variabler. Att behandla diabetesen perfekt kanske förvärrar behandlingen av något annat och framför allt hur patienten mår. Vi vill inte vara besvärliga, men det är vår verklighet.

**Michael Lövrup**

nade att ett viktigt skäl till att socialministern och folkhälsoministern båda är starkt positiva till öppna jämförelser är förhoppningen att informerade patientval ska kunna driva på kvalitetsutvecklingen i vården.

– Då bör man mäta på den lägsta produktionsnivån. Men det förutsätter en feltolerant organisation, där man mäter inte för att hänga ut utan för

att förbättra. Det kräver en kulturrevolution, som även inbegriper medierna.

**Motargumentet** mot att bryta ner data på kliniknivå är att patientunderlaget, den så kallade casemixen, ser olika ut och att jämförelsen därför blir missvisande.

Göran Garellick framkastade en i mångas öron säkert hädisk tanke:

– Vissa kliniker, som universitetskliniker, kanske ska ha en tyngre casemix och ändå förväntas klara sig lika bra.

Eva Nilsson Bågenholm påpekade att SKL inte är de enda som redovisar resultat-siffror från vården öppet. Webbplatsen Omvård.se, som bygger på SKL:s uppgifter, har redan lanserats, och det lär komma fler.

– Kommer vi i slutändan att mäta den enskilda doktorn i öppna jämförelser?

**För Göran Garellick** var det en utesluten tanke.

– Vi har över 98 procents täckningsgrad i vårt register. Skulle vi redovisa enskilda kirurger skulle vi få en täckningsgrad som inte är mätbar.

**Michael Lövrup**