

det planerade arbetet, dels kunnat bidra med synpunkter i ett remissförfarande. De färdiga riktlinjerna sänds i direktutskick till varje verksamhetschef. Ett samarbete kring implementering planeras med bl a patient- och närståendeföreningar. Arbetet pågår för att kunna införliva frågor om tillämpningen av dessa riktlinjer i relevanta psykiatriska kvalitetsregister.

Att psykiatrin tar ansvar för att förebygga och motverka metabola sidoeffekter av antipsykotisk medicinerings är en viktig och allvarlig kvalitetsfråga för vår specialitet. En förutsättning för att detta ska ske är att varje psykiatrisk verksamhet har fungerande rutiner för detta och att dessa rutiner efterlevs. Ansvaret för att detta uppnås faller på verksamhetscheferna för landets psykiatriska och barnpsykiatriska kliniker.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Dan Gothefors: 2005–2006 anställd i Bristol-Myers Squibb; Håkan Jarbin: föreläsnings- och kursarvode från Pfizer, GlaxoSmithKline och Janssen-Cilag.*

REFERENSER

1. Fleischhacker WW, Cetkovich-Bakmas M, De Hert M, Hennekens CH, Lambert M, Leucht S, et al. Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*. 2008;69:514-9.
2. Newcomer JW. Medical risk in patients with bipolar disorder and schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 2006;67:e16.
3. Newcomer JW, Haupt DW. The metabolic effects of antipsychotic medications. *Can J Psychiatry*. 2006;51:480-91.
4. Correll CU, Manu P, Olshansky V, Napolitano B, Kane JM, Malhotra AK. Cardiometabolic risk of second-generation antipsychotic medications during first-time use in children and adolescents. *JAMA*. 2009;302:1765-73.
5. Morrato EH, Druss B, Hartung DM, Valuck RJ, Allen R, Campagna E, et al. Metabolic testing rates in 3 state Medicaid programs after FDA warnings and ADA/APA recommendations for second-generation antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:17-24.

replik till Kjell Lindström:

Är primärvårdens patienter verkligen så speciella?

■ Distriktsläkarkollegan Kjell Lindström beklagar sig i LT 10/2010 (sidan 656) över att allmänläkarnas nationella kvalitetsråd, SFAM.Q, inte får något ekonomiskt stöd från Sveriges Kommuner och landsting (SKL) för sitt webbaserade kvalitetsregister för primärvården pvkvalitet.se. Jag vill här lämna några spontana kommentarer till Kjell Lindströms inlägg.

Företrädare för Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har genom åren intagit en kritisk attityd till de nationella kvalitetsregister som numera är väl förankrade i svensk sjukvård. Den huvudsakliga invändningen har varit att de inte berör primärvården. Det är förvisso riktigt. Många kvalitetsregister berör till exempel opererande specialiteter.

Det hittills mest omfattande kvalitetsregistret i Sverige, Nationella diabetesregistret (NDR), berör i allra högsta grad svensk primärvård. NDR startades 1996 och har vuxit i omfattning för varje år. År 2008 var totalt 219 200 diabetespatienter registrerade i NDR, och 921 av landets primärvårdsenheter bidrog med 175 400 av dessa registreringar. NDR är alltså ett kvalitetsregister som är väl förankrat i svensk primärvård. En utförlig sammanställning av registerdata för 2008, omfattande primärvårdens respektive medicinklinikernas registrerade patienter, finns tillgänglig på <http://ndr.nu>. Dessvärre har SFAM.Q:s stöd för NDR lyst med sin frånvaro genom åren, och en vanligt återkommande kritik har varit att registret är skapat av och för sjukhusläkare. Kjell Lind-

ström upprepar denna kritik i sitt inlägg.

Jag har lite svårt att förstå vad det är som gör landets medborgare så väldigt speciella när de hamnar i primärvårdens sköte. Vården av patienter med typ 2-diabetes är väl ett utmärkt exempel på ett område där primärvård och olika sjukhusbundna verksamheter samarbetar för patientens bästa. Visserligen bidrar ögonläkare, ortoped, fotterapeut och diabetolog med olika delar av vården, och primärvårdsläkaren har ett övergripande ansvar för att minska risken för diabetessjukdomens komplikationer. Detta innebär att det allmänmedicinska omhändertagandet av diabetespatienten blir mer mångfasetterat, men jag håller inte med om att just primärvårdens insatser är så väsensskilda att de ska behöva särbehandlas i kvalitetshänseende. Vi befinner oss i kommunicerande kärn och bör bete oss därefter.

Jag inser inte heller hur Kjell Lindströms ordval ska underlätta för SFAM.Q att vinna respekt och en känsla av samförstånd hos sjukhuskollegor och SKL. Att kalla ett avslag från SKL för »förmyndarattityd, provokation och förolämpning mot hela primärvården« är kanske inte bästa sättet att lägga grunden för en konstruktiv diskussion om kvalitetsarbete i svensk primärvård? Än mindre begriplig är hans avslutande fråga om bojkott av befintliga kvalitetsregister. Hur det skulle gagna den angelägna frågan om kvalitetsutveckling i primärvården övergår min horisont.

Samtidigt är det viktigt att vi börjar hitta praktiska lös-

ningar för registrering av kvalitetsdata i primärvården. Så länge NDR har varit det enda kvalitetsregister som egentligen har berört primärvården, så har det varit möjligt att klara av registreringen online. På många håll »tankas« registerdata nu direkt från journalen till NDR, vilket är tidsbesparande.

När vi nu börjar skönja ett hjärtsviktsregister, och sannolikt andra angelägna kvalitetsregister som kommer att omfatta primärvården, blir det inte längre möjligt att sitta och lägga in registerdata online för varje enskilt register. Det gäller naturligtvis även pvkvalitet.se.

Om SKL kan satsa pengar på att få våra olika patientjournalssystem att direktleverera kvalitetsdata så är det nog en god investering för framtida kvalitetsarbete. Primärvården behöver verkligen någon form av övergripande kvalitetsregistrering, som omfattar ett flertal sjukdomstillstånd. Det gäller då att utforma en sökordsbaserad journal som gör det möjligt att enkelt extrahera data för de tillstånd som ingår i registret. Om det registret ska heta pvkvalitet.se får väl framtiden utvisa.



Tomas Fritz
distriktsläkare,
Gustavsbergs vårdcentral; till helt nyligen vice ordförande i Svensk förening för diabetologi; tidigare ledamot i den nationella styrgruppen för Nationella diabetesregistret
t.fritz@telia.com

Läs mer Kjell Lindström replikerar på nästa sida.

replik:

Kvalitetsmått för alles?

Jag förstår att Tomas Fritz (TF) som ambassadör för Nationella diabetesregistret (NDR) blir illa berörd av ordet bojkott mot befintliga kvalitetsregister och att han tycker att SKL:s kvalitetsregister är att föredra framför pvkvalitet.se även i primärvården. TF tillhör enligt webbförfrågan i LT 10/2010 en liten minoritet (7 procent). En stor majoritet (80 procent) av de kollegor som besvarade webbförfrågan förordade pvkvalitet.se. Övriga 13 procent svarade »vet ej«.

Men jag kan inte förstå att TF, som själv är distriktsläkare, inte ser att det är skillnad på förutsättningarna för kvalitetsarbete i primärvård och på sjukhus. Vi har förvisso samma individer som patienter, men på sjukhus har man ett tydligt sjukdomsspektiv. Diabetologen har bara diabetiker, och kardiologen har bara hjärtsjuka. Det blir naturligt att inrikta förbättringsarbetet på den sjukdom man är specialist på.

I primärvården har vi däremot ett tydligt generalistperspektiv; vi hjälper människor som över tid och ibland samtidigt har flera olika sjukdomar, och vår uppgift är ofta att anpassa och individualisera vården. Långt ifrån alla ska t ex ha $HbA_{1c} < 6,0$ som målnivå! Vi måste vara uppdaterade och arbeta med förbättringsarbete inom åtminstone 30–40 olika diagnosgrupper. Allt går naturligtvis inte att göra samtidigt! Vi har därför inte behov av och kan inte lägga resurser på att följa och registrera alla patienter kontinuerligt, inte ens när det gäller en så viktig sjukdom som diabetes. Och hur kan vi mäta och värdera generalistperspektivet?

TF menar att lösningen ligger i att journalsystemen i fram-



Sunda förnuftet säger den praktiskt arbetande distriktsläkaren Kjell Lindström att samma data inte kan användas till allt.

tiden direktlevererar data till kvalitetsregistren. Man kan visserligen på detta sätt enkelt skapa stora datamängder av dåligt validerade data som fortfarande kan manipuleras. Vi har i egna studier visat på betydande svårigheter att få ut korrekta data [1]. Men vad ska man ha alla dessa data till? Kan man använda samma mätetal för förbättringsarbete, för att värdera vårdkvalitet och för forskning? Detta är viktiga frågor som behöver föras in i diskussionen om kvalitetsregister i primärvården.

Är svaret JA kan man använda nuvarande kvalitetsregister både i det lokala förbättringsarbetet (huvudsyftet med alla register), för att värdera och jämföra vårdkvalitet (t ex i Öppna jämförelser, NDR:s landstingsindex) och för forskning (som hjärtregistren, NDR, ortopedregistren m fl). Så sker ju också i dag. Men är svaret verkligen JA?

När man skapar underlag för förbättringsarbete och jämför sig med andra vill man i första hand identifiera sina svaga sidor. I t ex NDR önskar man att det var möjligt att på ett enkelt sätt kunna ta fram de patienter som inte är tillräckligt välbehandlade för att kunna kraftsamla för dessa.

Det gör inte så mycket om de bäst behandlade patienterna hamnar i bortfallet.

Skapar man data för att vårdkvaliteten på vårdenheten ska bli offentligt värderad och jämförd med andra vill man förstås visa upp sina starka sidor. Då gör det inget om de sämst reglerade diabetespacienterna hamnar i bortfallet när man registrerar i NDR. I takt med en ökad offentlighet hamnar troligen allt fler av de sämst reglerade diabetikerna i bortfallet, och det kan då tyckas som om vårdkvaliteten förbättras.

Data för forskning kräver stor noggrannhet, kontroll på urval och bortfall m m. Till NDR rapporterar t ex mer än 1 000 olika personer (läkare, diabetessköterskor, undersköterskor och vårdadministratörer), var och en på sitt sätt, mer eller mindre noggrant, med varierande urval och med stora och ibland systematiska bortfall. Det är inte säkert att detta blir bättre med automatisk datafångst. Duger dessa data verkligen till forskning?

För inte så många år sedan ansågs registerdata av denna typ vara undermåliga för forskning. Men nu när fram-

stående professorer är registerhållare, och kvalitetsregistren göds med pengar och höjs till skyarna, har man möjligen börjat »se lite mellan fingrarna« när det gäller kvaliteten på data! Att registren samlar förvillande stora datamängder och att registerhållarna lämnat den kliniska vardagen spelar kanske också roll när man värderar datakvalitet?

För en praktiskt arbetande distriktsläkare med blygsam forskningserfarenhet känns det som om det sunda förnuftet skriker NEJ, man kan inte använda samma data till allt! Att framstående forskare inom uppföljning och kvalitetsutveckling kommer till samma slutsats känns bra: »We are increasingly realizing not only how critical measurement is to the quality improvement we seek but also how counterproductive it can be to mix measurement for accountability or research with measurement for improvement« [2].

Det är mycket angeläget att vi i professionen kommer till större samsyn även i denna fråga! Hur ska vi annars kunna begära att administratörer och politiker ska fatta kloka beslut på rätta grunder?



Kjell Lindström
distriktsläkare,
Jönköping;
fd ordförande och
medlem i SFAM.Q
kjell.lindstrom@lj.se

REFERENSER

- Engström S, Mölstad S, Lindström K, Nilsson G, Borgquist L. Excessive use of rapid tests in respiratory tract infections in Swedish primary health care. *Scand J Infect Dis.* 2004;36:213-8.
- Solberg LL, Mosser G, McDonald S. The three faces of performance measurement: improvement, accountability, and research. *Jt Comm J Qual Improv.* 1997;23:135-47.