

barn som misstänks fara illa, ofta på grund av akuta familjeproblem med inslag av våld. Omkring 40 procent av anmälningarna leder till en social utredning. För närvarande är 110 barn placerade i familjehem. Förekomsten av barnfattigdom i stadsdelen överstiger 50 procent, jämfört med 12 procent i riket [8]. Andelen är ännu högre bland barn 0–5 år. Bland barn födda 2008 anmäldes 21 per 1 000 barn till socialtjänsten, jämfört med 4 per 1 000 barn i Stockholms län [9]. Trots att anmälningsfrekvensen i Rinkeby–Kista är fem gånger högre än länsgenomsnittet

menar många att behovet är ännu större. Statistiken talar sitt tydliga språk. Tidiga insatser behövs i ett område som Rinkeby–Kista för att förbättra hälsan bland alla barn, men i synnerhet för barn med socialtjänstinsatser. Utveckling av föräldrastöd och föräldrautbildning behövs, liksom arenor för dessa möten. Framför allt krävs en strukturerad samordning och styrning av det fragmenterade samhällets ansvar och resurser, för barnens bästa.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Kling S. Fosterbarns hälsa – det medicinska omhändertagandet av samhällsvårdade barns hälsa i Malmö. Malmö: Malmö stad; 2010.
2. Bergh G, Marttila A, Burström B. Hälsan bland barn med socialtjänstinsatser – behov av ökad samordning mellan kommun och landsting. Exemplet Rinkeby–Kista i Stockholm. Stockholm: Karolinska institutet, institutionen för folkhälsovetenskap, avdelningen för socialmedicin; 2012. <http://www.folkhalsoguiden.se/Rapport.aspx?id=4397&cid=333>
6. Vinnerljung B, Hjern A, Lindblad F. Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *J Child Psychol Psychiatr*. 2006;47:723–33.
8. Rädda Barnen. Barnfattigdomen i Sverige. Årsrapport 2010. Stockholm: Rädda Barnen; 2010.
9. Barnhälsovård. Årsrapport 2009. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010.

**APROPÅ!** En Cochrane-rapport om öppna jämförelser

# Kärnan i läkekonsten trängs bort

■ Det finns inget vetenskapligt stöd för värdet av att publicera vårdresultat. I en Cochrane-rapport om öppna jämförelser [1] konkluderar författarna: »The small body of evidence available provided no consistent evidence that the public release of performance data changes consumer behaviour or improves care. Evidence that the public release of performance data may have an impact on the behaviour of healthcare professionals or organisations is lacking.«

I Sverige har tron på öppna jämförelser nått en religiös dimension. Kvalitetsregisterföreträdare tillskriver oblygt sina register äran om behandlingsresultat förbättras trots att säkra samband om orsak och verkan sällan finns och samhällsströmningar som påverkar sjukligheten knappast beaktas. Barnatron har överförts till politiker och fött en sjukvårdsstruktur byggd på resultatredovisning, konkurrens och prestationsersättning kopplad till register och öppna jämförelser. Kärnan i läkekonsten, vården som inte kan styckas upp och ges förenklade mätetal, trängs bort.

**En ny myndighet för vårdanalys** ska utifrån öppna jämförelser vägleda konsumenterna. Väl i överensstämmelse

med Cochrane-rapporten [1] kan myndigheten inte visa evidens för att primärvårdens vårdval leder till bättre kvalitet däremot till att väl-situerade med högre utbildning gynnas [2].

Än värre är ekonomiska incitament kopplade till register. De är direkt skadliga. Registrens forskningspotential förstörs. Portarna öppnas för manipulation, fusk och felprioritering av behandlingsinsatser utifrån medicinsk etik. Läkarförbundet krävde i Almedalen 2011 att öppna jämförelser och register inte fick brukas på detta sätt: »Betalt för merarbete men inga resultatbaserade ersättningar – inte en ytterligare uppgift i en stressad vardag som används för att betygsätta.«

SFAM:s axiom är att kvalitetsregister ska vara validerade och vetenskapligt utvärderade i allmänmedicinsk vardag. Men landstingen får 100-tals miljoner av staten om de tvingar på primärvården specialistsjukvårdens demens- och palliativregister och ekonomistyr läkemedelsförskrivning. Registermålen leder till stelbenta och överdrivna utrednings- och behandlingsinsatser som är oetiska för multisjuka när en helhetsbedömning görs.

Socialdepartementet/Sveriges Kommuner och landsting

främjar icke-evidensbaserade jämförelser. Socialstyrelsens läkemedelsindikatorer för de äldsta är teoretiska. Det är högst osäkert vad de säger om god läkemedelsbehandling i praxis. Nu ska indikatorerna prestationsersättas. Ersättningen appliceras på ett expanderat åldersintervall oförenligt med Socialstyrelsens ursprungsdata.

**Strukturförändringar måste** ske utifrån kunskap som balanserar ideologiska modesvängningar. Allebeck påpekar: »Managementmodeller från industrin har alltför okritiskt introducerats utan anpassning till hälso- och sjukvården« [3]. Cochrane-rapporten [1] hade glatt Lars Werkö. SBU var på hans tid ett professionens organ för evidensbaserad vård, självständigt om än statsunderstött. I dag brukas SBU-företrädare som galjonsfigurer i statliga politiserade utredningar. Dess ordförande är arvoderad styrelsemedlem i Svenskt Näringslivs »OmVård«, som med sin webbplats vill omdana den offentliga vården på basen av öppna jämförelser. SBU är med Stefan Carlssons förslag till ny myndighetsstruktur på väg in i en jättelik administration, där dess uppdrag riskerar att tunnas ut, mista sin trovärdighet och sälta. Lars

Foto: Colourbox



»... vården som inte kan styckas upp och ges förenklade mätetal, trängs bort.«

Werkö kunde med en kunskapsbaserad rapport [4] göra ett viktigt inlägg om vårdens medicinska innehåll och värde i försvar mot den tidens förenklade kritik av den svenska välfärdsmodellen. Det var 90-talskris och starka särintressen drev fram new public management. Den svenska läkarkåren behöver fundera på vem som i framtiden ska bevaka att sjukvårdsstrukturen blir evidensbaserad.

**Bengt Järhult**  
distriktsläkare,  
vårdcentralen i Ryd  
[bengt\\_jarhult@hotmail.com](mailto:bengt_jarhult@hotmail.com)

REFERENSER

1. Ketelaar NA, Faber MJ, Flottorp S, et al. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(11):CD004538.
2. Winblad U, Isaksson D, Bergman P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård. Stockholm: Myndigheten för vårdanalys; 2012. [http://www.vardanalys.se/documents/Rapport\\_2012\\_2\\_webb.pdf](http://www.vardanalys.se/documents/Rapport_2012_2_webb.pdf)
3. Allebeck P. Strukturförändringar i vården måste ske med kunskap. *Läkartidningen*. 2002;99:3617–8.
4. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Den medicinska utvecklingen i Sverige 1960–1992. Stockholm: SBU; 1995. SBU-rapport 124.