

Magna Andreen Sachs, docent, chefläkare i hälso- och sjukvårdsnämndens stab, Stockholms läns landsting, medicinsk rådgivare åt Landstingsförbundet i frågor rörande klinisk kvalitetsutveckling, Stockholm

Elvar Theodorsson, professor, avdelningen för klinisk kemi, institutionen för biomedicin och kirurgi, Universitetssjukhuset, Linköping, ordförande i Medicinska kvalitetsrådet (MKR).

Övergripande kvalitetsindikatorer framtagna för hälso- och sjukvården

II Socialstyrelsen fick inför år 2000 i uppdrag av regeringen att »undersöka möjligheterna att med utgångspunkt i bland annat de medicinska kvalitetsregistren utveckla övergripande indikatorer som beskriver kvalitet inom hälso- och sjukvården samt lämna förslag på sådana indikatorer i en särskild rapport till regeringen senast den 31 december 2000«. Rapporten, som överlämnades inom angiven tid, innehåller ett 60-tal kvalitetsindikatorer [1]. Avsikten med dessa rader är att väcka sjukvårdsprofessionernas intresse för praktisk användning av dessa indikatorer och att beskriva de tankegångar och överväganden som präglade arbetet med att ta fram dem.

Behovet av övergripande indikatorer har sin grund i de krav på systematiska, öppna och fortlöpande redovisningar av kvaliteten inom hälso- och sjukvården som allmänhet och politiker med all rätt ger uttryck för [2]. Tankarna om kvalitetsindikatorer knyter också an till Socialstyrelsens aktuella uppdrag inom den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvården, där informationsförsörjning och uppföljning framhåvs som angelägna utvecklingsområden [3]. Skälen är att medborgarna ska kunna få god information om vården och att uppföljning är en förutsättning för effektiv hälso- och sjukvård.

Internationellt pågår sedan ett antal år liknande arbete med att utveckla och använda kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. Somliga av dessa ansatser är initierade av professionen som helt frivilliga åtaganden (Norge: ett antal sjukhus; USA: Maryland Hospital Quality Indicator Project, ett mycket stort antal sjukhus i USA och numera även i Europa) medan andra har startat som myndighetskrav (Storbritannien; Danmark; USA, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, m fl) [4].

I Sverige har inriktningen i detta avseende, »systematiska, öppna och fortlöpande redovisningar av kvaliteten inom hälso- och sjukvården«, främst gällt produktivitets- och ekonomiska mått. Exempel på redovisningar av detta slag utgör »Sjukvårdsdata i fokus« och »Väntetider i vården« [5]. Data om befolkningens sociala förhållanden, hälsa, sjuklighet, dödlighet och vårdutnyttjande finns att studera i dataregistret »Hur mår Sverige och statistik om sjukdomar och dödsorsaker i EpCStat«. Båda registren är statistikpresentations-

SAMMANFATTAT

Socialstyrelsen har givit ut förslag på ett 60-tal övergripande kvalitetsindikatorer, varav flertalet hämtats ur de nationella kvalitetsregistren, dvs är framtagna och används redan av professionen.

Det förväntas nu att verksamhetsansvariga och sjukvårdshuvudmän gemensamt skall finna former för öppen redovisning av vårdkvaliteten med hjälp av dessa indikatorer.

Professionens tolkningsföreträdare och en allmän kunskapsutveckling beträffande hur data kan analyseras och användas i kvalitetssammanhang är krav för att undvika otillbörliga slutsatser.

Med dessa förbehåll har de övergripande kvalitetsindikatorerna goda förutsättningar att ge patienter, deras närstående och beslutsfattare tillgång till rättvisande och jämförande information om kvaliteten i vården.

program vilka sammanställs av Epidemiologiskt centrum (EpC), Socialstyrelsen [6].

II Regeringsuppdrag

Regeringens uppdrag, som det var utformat, gav stor handlingsfrihet i genomförandet. Arbetet bedrevs i en arbetsgrupp med hjälp av de inom Socialstyrelsen befintliga expertgrupperna och en referensgrupp. Arbetsgruppen bestod av personer vid Socialstyrelsens enhet för medicinsk praxis (EMP) och Epidemiologiskt centrum (EpC). (Se Fakta 1.)

Grupperna började med att sätta upp en tydlig strategisk inriktning för arbetet. Indikatorerna skulle vara av en sådan natur att de uppfattades som väsentliga och därmed också begripliga för medborgarna. Kvalitetsindikatorerna skulle vara tydliga, pålitliga, mätbara och grundade på enhetliga definitioner. Indikatorerna skulle lämpa sig för fortlöpande an-

II Fakta 1

Deltagare i arbetsgruppen

Göran Engholm, statistiker EMP,
Max Köster, statistiker EpC,
Susanna Lagersten, utredare EMP,
Marie Lawrence, utredare EMP tillika sekreterare för beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister,
Lars Nyberg, utredare EMP.

Deltagare i referensgruppen

Magna Andreen Sachs, chefläkare i Hälso- och sjukvårdsnämndens stab i Stockholms läns landsting,
Ingemar Eckerlund, chefsekonom vid Socialstyrelsen,
Lars Holmberg, professor i klinisk cancerepidemiologi vid Akademiska sjukhuset i Uppsala,
Bo Lindblom, professor i obstetrik och gynekologi, medicinalråd och avdelningschef för hälso- och sjukvårdsavdelningen, Socialstyrelsen,
Claes Mebius, docent i anesthesiologi, medicinalråd och chef för EMP tillika projektledare för föreliggande arbete,
Måns Rosén, professor i epidemiologi och chef för EpC,
Elvar Theodorsson, professor i neurokemi vid Hälsouniversitetet i Linköping, ordförande i Medicinska kvalitetsrådet (MKR),
Giggi Udén, professor i vårdvetenskap vid Malmö högskola, stf prefekt vid Centrum för vårdvetenskap, Lunds universitet.

vårdning i sjukvårdens informationssystem. Ytterligare skulle de om möjligt finnas i befintliga register eftersom det innebär individbaserade data och därmed möjlighet till riskjustering för ålder, kön, komorbiditet och andra störfaktorer, vilket är förutsättningen för att kunna göra hållbara jämförelser. De skulle så långt det är möjligt vara förankrade i vetenskap och beprövad erfarenhet och föremål för uppföljning i de av professionen initierade kvalitetsregistren eller motsvarande datakällor.

Det var viktigt att via arbetsgrupperna få bekräftat att föreslagna indikatorer var väl förankrade i vårdprofessionerna och således meningsfulla för de verksamma inom vården. Arbetsgrupperna hade därvid att ta ställning till såväl kvalitetsregistrens arbete med indikatorer som vårdprofessionernas och specialiteternas bidrag till denna utveckling. Antalet indikatorer skulle vara begränsat, och varje enskild indikator skulle spegla en för patienten viktig kvalitetsaspekt på vården. Indikatorer som återspeglade resultat och effekt prioriterades framför struktur- och processmått. Då emellertid resultat- och effektmått inte alltid är självklara och dessutom kan ha en lång tidsfördröjning i relation till insatta åtgärder valdes även några struktur- och processmått.

II Resultat

Indikatorarbetet ledde fram till föreliggande rapport med förslag på ett 60-tal indikatorer (<http://www.sos.se FULLTEXT/110/2001-110-1/2001-110-1.htm> och Fakta 2). Avsikten med de valda indikatorerna är att de tillsammans skall kunna ge en »temperaturmätning« på vården utan att därmed hävda någon sorts fullständighet – långt ifrån. Rapporten ställer inga anspråk på att innehålla de ideala indikatorerna. Förslaget måste komma att fortlöpa omprövas, revideras och kompletteras med nya indikatorer i takt med att professionernas och sjukvårdshuvudmännens erfarenheter av att använda föreslagna samt andra alternativa indikatorer växer.

De flesta av de föreslagna indikatorerna är sådana som re-

dan kan hämtas ur befintliga, nationella register, t ex »andel patienter med HbA_{1c} under 6,5 procent«, »perinealskador gr III och gr IV«, medan andra saknar den typen av registreringssystem, t ex »andel sjukskrivna längre än ett år vid diagnostiserad depression«, »andel patienter med läkta bensår tre månader efter insatt behandling«. Några övergripande indikatorer speglar förändringar i sjukdomspanorama och folkhälsa, »andel kariesskadade barn 12 år gamla«, »incidens av lungcancer, livmoderhalscancer och maligna melanom«, medan de flesta speglar själva sjukvårdskvaliteten, t ex »andel strokepatienter vårdade på strokeenhet«, »amputationsfrekvens av undre extremitet med bakomliggande orsak diabetes«).

Endast ett fåtal indikatorer har föreslagits som belyser patientens upplevelse av vården. Här behövs en utveckling av förslaget liksom vad gäller förslag på omvårdnadsindikatorer.

II Diskussion

Professionerna har en lång tradition i vad gäller att ta fram och använda medicinska indikatorer och omvårdnadsindikatorer på kvalitet i hälso- och sjukvården. Denna ambition har på senare år stötts av Medicinska kvalitetsrådet [7], Svensk sjuksköterskeförenings kvalitetsråd [8], nationella kvalitetsregistren [9] samt respektive specialitetsföreningar.

Information om vårdkvaliteten baserad på mätningar och uppföljning av dessa indikatorer har dock inte varit tillgänglig för medborgarna i allmänhet, och det är endast kvalitetsregistren som har sådan systematik och långsiktighet i sin datainsamling att jämförelser över tid och mellan enheter är möjliga.

Viktigt att definiera motivet för mätningen

En grundregel när man initierar mätningar av kvalitetsparametrar är att en strategi finns för vad utfallet av mätningarna skall användas till. Att mäta för mätandets skull är förspild möda. Sammanställning, återföring och åtgärder/beslut med anledning av utfallet är viktiga aspekter på kvalitetsmätning, utan dessa falnar ganska snart intresset för att medverka till datainsamling på ett korrekt sätt. »It's not the data... It's what you do with it« är devisen för Maryland Hospital Quality Indicator Project (<http://www.qiproject.org/>). För professionerna har det allt överskuggande motivet för mätning och uppföljning handlat om bekräftelse på att man gör ett bra jobb och att en utveckling/förbättring som effekt av införda förändringar uppnås, vilket förutsätter att mätningen sker långsiktigt och fortlöpa över tiden [10, 11]. Möjligheten till jämförelse med kollegers och andra verksamheters resultat för att lära är också en viktig ingrediens i allt utvecklings- och förbättringsarbete.

Den typ av mätning som kanske har djupast förankring i professionerna handlar om insamling av data i forskningssyfte. Det som skiljer klinisk forskning från kliniskt förbättringsarbete i detta avseende är upplägget. I forskningssammanhang använder vi av tradition modellen randomiserad, kontrollerad studie.

I kliniskt kvalitetsarbete behandlas alla patienter på ett så enhetligt sätt som möjligt, och alla följs med den eller de överenskomna indikatorerna. I övrigt är kraven på valida data desamma, dvs noggrant definierade termer och enhetlig metodik i datainsamlandet.

Andra motiv för att mäta är kravet på redovisning. Gentemot sjukvårdsledning, huvudman och sist och slutligen medborgarna är det rimligt att verksamheten kan visa på nyttan och effekterna av använda resurser. Det är också rimligt att tänka sig att en sådan redovisning bildar underlag för styrning av hälso- och

II Fakta 2

Kortversion på förslag till övergripande kvalitetsindikatorer

Vårdkvalitet

1. Diabetesvård

Andel diabetespatienter med HbA1c under 6,5 procent

Andel diabetespatienter med U-albumin natturin mindre än 20 mikrogram

Amputationsfrekvens av undre extremitet med bakomliggande orsak diabetes

2. Kranskärslssjukvård

Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med reperfusion (trombolys eller direkt PTCA) på HIA

Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med statiner vid utskrivning

Andel hjärtinfarktpatienter behandlade med kranskärlsingrepp (PTCA eller CABG) inom 14 dagar efter hjärtinfarkt

28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt

3. Slaganfallssjukvård

Andel slaganfallspatienter vårdade på strokeenhet

Dödlighet tre månader efter slaganfall

Andel slaganfallspatienter som anger att de fått stöd från sjukvården eller kommunen under de 3 första månaderna efter utskrivningen från sjukhusvården

4. Vård vid reumatoid artrit

Antal ömma leder (28-ledsindex) på patienter med reumatoid artrit

Andel patienter med nedsatt arbetsförmåga på grund av reumatoid artrit

5. Psykiatrisk vård

Andel för tidigt döda med tidigare satt psykiatrisk diagnos

Andel självmord hos personer som tidigare slutenvårdats på grund av psykisk sjukdom

Andel patienter med schizofreni som har en daglig meningsfull sysselsättning. 2001-01-08 Dnr 52 18/2001 18 (213)

Andel sjukskrivna längre än ett år vid diagnostiserad depression

6. Rörelseorganens sjukdomar

Finns trycksårsregistrering (trycksår under vårdtid) med stadieindelning

Andel patienter med smärta fyra månader efter operation på grund av höftfraktur

Reoperationsfrekvens för höftledsplastiker vid artros

Reoperationsfrekvens för knäledsplastiker vid artros

Reoperationsfrekvens efter höftfrakturer

7. Cancersjukvård

Dödlighet i bröstcancer och cancer i grovtarm och ändtarm

Andel patienter med bröstcancer som får medicinsk tilläggsbehandling efter bröstcanceroperation

Andel operationer för malignt melanom utförda inom rekommenderad kirurgisk marginal i primärvården

8. Primärvård

Antal yrkesverksamma allmänläkare inom landstingets primärvård per 100 000 invånare

Telefontillgängligheten till primärvården

Andel patienter med läkta bensår tre månader efter insatt behandling

Andel hypertoniker som ligger under de av Läkemedelsverket rekommenderade gränserna för diastolisk och systolisk hypertoni vid senaste besöket

9. Kirurgisk vård

Andelen av bräckopererade som fått återfall (recidiv) av sitt bråck

Förekomst av lokala återfall efter kirurgi för ändtarmscancer

10. Palliativ vård

Förslag till indikatorer ges ej i föreliggande rapport på grund av att det i de nationella riktlinjerna för vård och omsorg av äldre i livets

slutskede, som kommer att publiceras under hösten 2001, kommer att presenteras ett förslag till kvalitetsindikatorer. 2001-01-08 Dnr 52 18/2001 19 (213)

11. Barn- och ungdomshälsa- och sjukvård

Perinatal dödlighet och spädbarnsdödlighet

Vaccinationstäckning ifråga om basprogrammet för allmän vaccination samt vaccination av riskbarn mot tuberkulos

Barns upplevda psykiska hälsa och omgivningens bedömning av barns psykiska hälsa

12. Mödrahälsovård

Rökstopp vid graviditet

13. Förlösningssjukvård och gynekologi

Perinealskador gr III och gr IV

Reoperation efter prolapsoperation

14. Demensvård

Andel patienter med demensliknande tillstånd som fått specifik diagnos av det underliggande sjukdomstillståndet

Andel patienter som har blivit föremål för vårdplanering i familjemedicinskt perspektiv, där sjukvård, omsorg, patienten och de närstående tillsammans skapat en långsiktig lösning

Andel patienter vars närstående har fått tillräcklig utbildning kring demenssjukdomen

15. Tandvård

Andel av befolkningen som uppger sig ha svårighet att tugga hårda saker

Andel kariesskadade barn 12 år gamla

16. Ögonsjukvård

Synskärpa på bästa ögat före operation (andel operationer i procent där patienten ser mindre än 0,5 på sitt bästa öga)

Andel som genomgår operation på sitt andra öga och där det först opererade ögat ser 0,8 eller bättre. 2001-01-08 Dnr 52 18/2001 20 (213)

Tillgänglighet

I april 2000 presenterades av Landstingsförbundet en nationell databas för information om aktuella förväntade väntetider till ett urval mottagningsverksamheter och behandlingar inom den somatiska specialistvården. I rapporten illustreras exempel enligt följande:

Andel av de patienter som fått behandling för primär höftledsplastik som kommit in inom tre månader

Andel av de patienter som fått behandling för primär knäledsplastik som kommit in inom tre månader

Andel av de patienter som fått behandling för livmoderframfall (prolaps) som kommit in inom tre månader

Andel av de patienter som fått behandling för urininkontinens som kommit in inom tre månader

Patientens upplevelse

Patientupplevd nytta av kataraktoperation

God hälsa för hela befolkningen

Incidens av lungcancer, livmoderhalscancer och maligna melanom

Åldersstandardiserat dödstal

Antal förlorade år

Förekomst av överviktiga och feta individer i befolkningen

Förekomst inom hälso- och sjukvårdssystemet av handlingsprogram för att identifiera riskpatienter på grund av övervikt/fetma och för att åstadkomma viktreduktion

Strategier inom landstinget och kommunerna/regionerna för att förhindra uppkomst av övervikt (prevention). 2001-01-08 Dnr 52 8/2001 21 (213)

sjukvården genom omfördelning av resurser (prioriteringar) eller krav på förbättringsåtgärder. På en övergripande nivå behövs fortlöpande mätning av kvaliteten i hälso- och sjukvården för att kunna dra slutsatser beträffande effekten av strukturella omdaningar i hälso- och sjukvårdssystemet.

Olika slags mått beroende på vem som frågar

Bedömningen av kvaliteten i hälso- och sjukvården grundar sig på delvis olika mått beroende på om man betraktar individer eller delar av befolkningen. Dock handlar det till stor del om samma mått men med olika grad av aggregation. HbA_{1c}-nivån är lika viktig som ett mått på framgången i diabetesbehandlingen i det enskilda fallet som den är på aggregerad nivå, där måttet ger ett helhetsintryck av diabeteshälsans kvalitet. På individnivå är måttet »dödlighet i bröstcancer och cancer i grovtarm och ändtarm« av relativt liten betydelse medan ett patientfokuserat och evidensbaserat omhändertagande är betydligt viktigare. Rent generellt kan sägas att de mått som man inomprofessionellt har anledning att följa för att säkra en god egenkontroll och utveckling av verksamheten i enlighet med kvalitetssystemföreskriften (SOSFS 1996:24) är väsentligt fler än de »temperaturmätare« man behöver på en övergripande nivå för att få en orienterande bild av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effekten på befolkningens hälsa. En gemensam egenskap hos dessa mått är att de bygger på individbaserad registrering.

Endast med sådan registrering ges förutsättningar för uppföljning såväl på individnivå som på populations- och/eller befolkningsnivå. Därför är system för individbaserad verksamhetsuppföljning en förutsättning för att de föreslagna indikatorerna skall nyttiggöras på det sätt som tänkts [12].

Ett fåtal av indikatorerna är inte individrelaterade, t ex »telefonstillgängligheten i primärvården« och »finns trycksårsregistrering vid enheten«. Dessa får följas upp på annat sätt än genom vårddokumentation.

Behov av öppen redovisning

Behovet av öppen och jämförbar redovisning av hälso- och sjukvårdskvaliteten var det viktigaste skälet till regeringens aktuella uppdrag till Socialstyrelsen. Sådan information om kvaliteten i vården behövs fortlöpande som beslutsunderlag i frågor om resursfördelning och styrning av hälso- och sjukvården men också i upphandlings- och avtalsssamhang och i samband med patientens och/eller remittentens val av vårdgivare.

Det handlar ytterst om samhällets förtroende för sjukvårdssystemet. Som konsument är man van att fortlöpande ta ställning till varornas/tjänsternas innehåll och kvalitet. Som sjukvårdskonsument saknar man tyvärr som regel motsvarande information. För att stärka patientens ställning är tillgången till öppen redovisning av sjukvårdens kvalitet en självklar ingrediens.

I avsaknad av öppen information och redovisning ges incitament för andra aktörer, t ex journalister, att fylla rådan- de vakuum och publicera mått som införskaffats med metoder utan förankring inom vetenskap och beprövad erfarenhet, rangordna sjukvårdsinstitutioner och vårdgivare på ett okänsligt vis med förödande konsekvenser för dem som är berörda [13].

Det ger också fritt spelrum åt de krafter som vill skapa sig inflytande genom extern kontroll av hälso- och sjukvården – exempelvis genom certifiering och ackreditering. Detta skulle kunna ge dessa externa aktörer mandatet att definiera vad som är god medicinsk kvalitet och omvårdnads- kvalitet.

Det är av avgörande betydelse att de verkamma inom

sjukvården själva tillsammans med patientföreträdare engagerar sig i kvalitetsfrågor i synnerhet inom de medicinska och omvårdnadsmässiga aspekterna. Det kan t ex ske genom att vi medverkar till att redovisa kvaliteten och att analysera och tolka det siffermässiga utfallet samt aktivt deltar i förbättringsarbetet. Man talar härvidlag om ett nytt slags professionalism inom vården [14].

Ökad kunskap krävs för tolkning och analys

Erfarenheterna visar att mycket återstår innan användningen av kvalitetsindikatorer inom sjukvården når sin fulla potential [15-19]. Det är viktigt att professionerna tillsammans med statistisk och epidemiologisk expertis medverkar i att tolka och analysera indikatorresultaten. All rättvisande jämförelse måste baseras på ingående kunskap om den naturliga variationen i det som studeras (slumpvariationen). Genom att data är individbaserade kan nödvändiga justeringar för »case-mix« göras, vilket är nödvändigt för att kunna dra hållbara slutsatser om eventuella skillnader. Likaså måste hänsyn tas till patientmaterialens storlek och de olika sjukdomarnas incidens och prevalens.

Detta betyder att ökad epidemiologisk kunskap, kunskap om indikatorer och om statistisk analys av data är nödvändig vid tolkning av kvalitetsdata inom hälso- och sjukvården.

Osakliga bedömningar kan allvarligt skada ambitionen och viljan att medverka i registrering och datainsamling och motivationen att dra lärdomar av kvalitetsindicatorsdata.

Siffror säger i sig inget om kvaliteten – men väcker frågor om kvaliteten. Det är i svaren på dessa frågor som möjligheten till utveckling och förbättring uppstår. Har man två siffror representerande två olika verksamheters utfall är det högst sannolikt att dessa siffror är olika, vilket dock inte behöver betyda någon skillnad i utfall mellan verksamheterna. Denna insikt och förståelse för hur man kan värdera data är ju inte främmande för vetenskapligt tränade företrädare för professionerna.

Vi har här alltså ett ansvar för att medverka till klok analys och tolkning av data. Det är dialogen kring det siffermässiga utfallet som skapar lärandet och utvecklingen. Siffror skall inte användas till att förhäva sig eller till att fördöma. De skall användas för kommunikation och för lärande [20].

Styrka och svaghet med de övergripande indikatorerna

Det är en styrka att indikatorerna är framtagna inom professionerna. Därmed undviker man det som är dömt att misslyckas, nämligen att pressa på professionerna mått uppifrån – »top down«. Som tidigare nämnts följs redan flera av indikatorerna inom ramen för de nationella kvalitetsregistren vars styrka det är att de är initierade och drivna av professionen. Detta »bottom up«-angreppssätt torde borge för en framgång med att införa och använda de föreslagna övergripande kvalitetsindikatorerna.

De nationella kvalitetsregistrens täckningsgrad är inte hundra procentig. Här måste sjukvårdsledningar och -huvudmän axla ansvaret att se till att täckningsgraden ökar betydligt. För flera indikatorer saknas idag datakälla. Återigen måste här sjukvårdsledningar och -huvudmän ta ansvar för att i nära samarbete med professionerna utveckla effektiva och användarvänliga IT-lösningar där befintliga dokumentationssystem kan integreras och dubbelregistrering i olika system undvikas.

Ett första steg i en utvecklingsprocess

I skrivande stund har inget sagts från regeringshåll om en eventuell fortsättning av arbetet med övergripande kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen avser att arbeta med



annons

annons

annons

annons

kvalitetsindikatorer inom ramen för den nationella handlingsplanens (proposition 1999/2000:149) del om informationsförsörjning och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvården.

Vår mening är att arbetet bör fortsätta och att den rapport som nu föreligger är att betrakta som ett första steg i en utvecklingsprocess. Inför fortsättningen är professionernas och sjukvårdshuvudmännens reaktioner på och mottagande av de övergripande indikatorerna med all sannolikhet av avgörande betydelse.

Viktiga områden saknar övergripande indikatorer, t ex behovsgruppen »äldre multisjuka« och palliativ vård. För andra områden har förslag på indikatorer lämnats som inte är fullt ut definierade, vilket omöjliggör jämförbara mätningar tills detta är genomfört. Något förslag till formen för presentation av indikatorerna har inte lämnats.

Den viktigaste fortsättningen är emellertid att vi börjar använda de föreslagna indikatorerna och utvecklar former för öppen redovisning av utfallen.

Referenser

1. Övergripande kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården. <http://www.sos.se/FULLTEXT/110/2001-110-1/2001-110-1.htm>
2. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51:1611-25.
3. Regeringens proposition 1999/2000:149: Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården. Stockholm: Riksdagen, 99/2000.
4. Övretveit J. Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning and Management* 2001;
5. <http://www.lf.se>
6. Rosén M, Ericson A. Dataregister i vården en kollektiv nytthet. *Läkartidningen* 1999;96:3668-73.
7. Calltorp J. Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val! *Läkartidningen* 1999;96:2566-8.
8. Strategi för kvalitetsutveckling av omvårdnad. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2000.
9. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 1999. Stockholm: Landstingsförbundet; 1999 (Best nr 2936).
10. Andreen Sachs M, Svensson C, Synnerman JE, Olsson J. Traditionellt förbättringsarbete räcker inte! *Läkartidningen* 2000;97:3380-3.
11. Nelson EC, Splaine ME, Godfrey MM, Kahn V, Hess AM, Batalden P, et al. Using data to improve medical practice by measuring processes and outcomes of care. *Journal on Quality Improvement* 2000;26:667-85.
12. Heibert Arnlin M, Brege KG, Åberg-Wistedt A, Bejhed L, Gårdmark S, Kron B, et al. Individbaserade vårdregister en hjälp vid verksamhetsuppföljning. *Läkartidningen* 2001;98:25-9.
13. Ritter B, Stjerna A, Ericsson P. Rapport från uthängt sjukhus. Socialstyrelsens misstag får inte upprepas! *Läkartidningen* 1996;93:4628.
14. Buetow SA, Roland M. Clinical governance: bridging the gap between managerial and clinical approaches to quality of care. *Quality in Health Care* 1999;8:184-90.
15. Andersson J, Carling K, Mattsson S. Random ranking of hospitals is unsound. *Chance* 1998;11:34-9.
16. Berlin JA, Rennie D. Measuring the quality of quality scales. *JAMA* 1999;282:1083-4.
17. Taube A. Kvalitetsindikatorer i sjukvården 1: Flera metodfrågor obesvarade. *Läkartidningen* 1999;96:3180-2.
18. Taube A. Kvalitetsindikatorer i sjukvården 2: Är »mogen« offentlig debatt möjlig? *Läkartidningen* 1999;96:26-7.
19. Davenport RJ, Dennis MS, Warlow CP. Effect of correcting outcome data for case mix: an example from stroke medicine. *BMJ* 1996;312:1503-5.
20. Britton M, Karlander S, Andersson B. Fyra års övervakning av internmedicinens kvalitet. Känsliga kvalitetsindikatorer stimulerar till bättre vård. *Läkartidningen* 1999;96:217-20.

SUMMARY

Comprehensive set of indicators for monitoring quality of care promotes both comparison and improvement

Magna Andreen Sachs

Läkartidningen 2002; 99:797-803

On behalf of the Swedish government, the National Board of Health and Welfare recently issued a recommended set of 60 quality indicators for broad monitoring of the quality of national health care. This initiative is in concordance with similar international initiatives. The Swedish process, however, is unique in the sense that the professions have developed the indicator and more than 40 national quality registers already monitor most of them.

Health care professionals in Sweden have a long-standing tradition of measuring and monitoring results including comparing the quality of different health providers by means of the quality registers. However, the transparency by which these measures are presented, the general understanding of how such data should be interpreted and used in practice is as yet not sufficiently developed.

Transparency of data combined with knowledgeable interpretation by health professionals will provide patients with sound information about health care quality and the necessary prerequisites for making comparisons between providers. It will also help guiding managers and politicians making decisions.

In order to reach this objective, close co-operation between patient organisations, health care managers and the professionals is needed including a common understanding of the needs and perspectives of all parties.

Correspondence: Magna Andreen Sachs, HSN-staben, Box 6909, SE-102 39 Stockholm, Sweden.