

Kvalitetsregistren utgår inte från primärvårdens verklighet

För att skapa en seriös debatt och tilltro till kvalitetsbegreppet måste alla aktörer enas om vilken medicinsk kvalitet som är tillämplig och förankrad inom hela sjukvården, menar Svenska distriktsläkarföreningen.

Kvalitetsdebatten går vidare. Allt fler infallsvinklar på vad som kan registreras och följas upp uppmärksammas av allt fler. Allt fler beskriver tolkningar av kvalitet i vården, och allt fler tar sig rätten att ensidigt bestämma vad som är kvalitet.

Initialt kom de första trevande monodiagnostiska registren gällande diabetes, kroniskt obstruktiv lungsjukdom/astma och hjärtsjukdomar som raskt etablerade variabler för god kvalitet gällande dessa diagnoser. Dessa har sedan följts upp av ett flertal ofta rent monodiagnostiska medicinska kvalitetsregister. Till detta kom organisatoriska register via Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och landsting (SKL), vilket inkluderar rena patientrelaterade upplevelser som beskriver vad man i det perspektivet anser avspeglar en viss kvalitet – alla hävdande att just deras syn är viktig för kvaliteten och bör styra utvecklingen av vården, speciellt primärvården. Just nu har vi väl snart 100 register av olika karaktär med egna mått på kvalitet som vi ska leva upp till.

Vårt uppdrag verkar bli att allt mer anpassa vården till kvalitetsmåten. Patienterna måste också anpassas, och de

som inte går att anpassa till rådande kvalitetsparametrar blir besvärliga för vården om betydelsen av kvalitetsmåten blir för stor. För ingen vill göra något med dålig kvalitet.

Medicinska kvalitetsregister kanske kan appliceras på »monodiagnos«-enheten på sjukhuset eller hos »monodiagnos«-specialisten på stan, med i princip ansvar för en sjukdom och där patienten går för sin diabetes, sin artros och liknande, men de går knappast att applicera på en allmänmedicinsk värld och ur ett allmänmedicinskt perspektiv där vården ska utgå från en integrerad bedömning av individens alla diagnoser och förutsättningar.

Att beskriva kvalitet utan denna integration ger alltid en ofullständig och ibland felaktig bild av vad som är kvalitet i allmänmedicinen och primärvården. Det gör det hela mycket svårare och ibland helt omöjligt att applicera kvalitetsmåten på alla våra patienter i alla situationer i primärvården.

Till problematiken hör ju också att patienterna finns och omhändertas inom primärvården. Att då inte väga in att de tas om hand på ett kompetent allmänmedicinskt sätt och med hänsyn till alla andra individuella förutsättningar är att naivt blunda för verkligheten. Tilltron till sådana system blir inte särskilt hög.

För att därför skapa kvali-

tetsprocesser utifrån ett allmänmedicinskt perspektiv har SFAM (Svensk förening för allmänmedicin) sedan länge bedrivit ett utvecklingsarbete gällande kvalitet ur ett primärvårdsperspektiv och även utvecklat register för kvalitetsarbete och verksamhetsutveckling i form av pvkvalitet.se. Det är för närvarande det enda försök till ett professionellt kvalitetsregister som utgår från ett allmänmedicinskt synsätt i sina grundförutsättningar för kvalitet.

I diskussion efter diskussion när kvalitetsregister och kvalitetsbegreppet belyses kan vi klart notera att det helt uppenbart inte finns någon samsyn kring vad begreppet kvalitet har för grund och hur man ska se på det. Alla aktörer ser till sina behov, och i Sjukvårdssverige innebär det som vanligt att debatten i väldigt hög grad förs av antingen arbets- eller uppdragsgivare, politiker eller intresserade kollegor med slutenvårdsbakgrund. Alla utan avstamp i den professionella allmänmedicinska vardagen när det gäller professionella mått på kvalitet i vården.

Senast avspeglade det sig väl i SKL:s värdering av befintliga kvalitetsregister, inklusive pvkvalitet.se, som debatterades av Kjell Lindström och Göran Stiernstedt i Läkartidningen 10/2010 (sidorna 656-7). Vi kunde där återigen tydligt notera att man från SKL:s sida blundar för verkligheten i dessa frågor och helt okritiskt trampar på i de spår som register- och kvalitetsförespråkare har lagt ut.

Så vad göra? Vår syn är att det inte blir någon seriös debatt och tilltro till kvalitetsbegreppet i vården om inte alla aktörer enas om vilken



Kvalitetsregister går knappast att applicera på en allmänmedicinsk värld där vården ska utgå från en integrerad bedömning av individens diagnoser och förutsättningar, hävdar Distriktsläkarföreningen.

medicinsk kvalitet som är tillämplig och förankrad inom hela sjukvården inklusive allmänmedicin och primärvård. Utan detta kommer ingen patient eller annan att fästa någon tilltro till, förstå eller veta vad som döljer sig bakom alla siffror. Utan detta kommer kritiken och diskussionen kring kvalitetsmåten att fortsätta oförändrad.

Vi behöver dock ständigt granska vår verksamhet och bli värderade ur olika perspektiv. Återigen fungerar inte det om inte alla inblandade har samma syn på vad måten visar och vad de betyder. Till detta välkomnar vi Socialstyrelsens och SKL:s aktuella översyn som också bör innehålla en grundlig kostnadsnyttoanalys av all registrering överhuvudtaget innan man går vidare och satsar resurser på denna verksamhet.

Vår syn är att många register just nu har en diskutabel patient- och samhällsnytta. Det finns en stark tro på att det blir bättre vård på grund av registren, men vetenskapligt finns så vitt vi vet inget stöd överhuvudtaget. Debatt-



OVE ANDERSSON
ordförande, Svenska distriktsläkarföreningen
ove.andersson@lul.se

ten hittills har ju också visat att det oftast föreligger osäkerhet och invändningar så fort man försökt tolka de mått som ska avspeglar kvalitet.

Utifrån detta borde också

SKL och andra nu satsa pengarna på verksamheter som pvkvalitet.se eller liknande som utvecklar det medicinska kvalitetstänkandet med en allmänmedicinsk grund och avvakta med resurser till övriga register som inte är tillräckligt väl belysta och förankrade ur ett allmänmedicinskt perspektiv. Förhoppningsvis kan också den av Måns Rosén ledda översynen styra utvecklingen till ett registertänkande som beaktar ovanstående och optimerar utbudet av kvalitetsregister till några färre än dagens antal.

Alternativt skulle de peng-

ar som nu plöjs ner i dessa register göra större nytta om man öronmärker dem till att öka antalet allmänläkare och betala de vårdgivare som verkligen arbetar kvalitets-säkrat gällande kompetensutveckling och verksamhetsutveckling. Vi är övertygade om att det åtminstone är en reell kvalitetshöjande åtgärd och en indikator på god kvalitet för alla parter. Detta trots att varken antalet specialister i allmänmedicin inom primärvård eller kompetensutveckling överhuvudtaget finns med som kvalitetsmått i något register, trots att alla inblandade är eniga om att kompetens är oerhört viktigt inom sjukvården. Alla har vi återigen en egen syn på vad som är kvalitet.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Mer debatt på webben

ILT 12/2010 (sidorna 846-7) debatterade Tomas Fritz och Kjell Lindström kvalitetsregister i primärvården. På Lakartidningen.se återkommer de med varsitt avslutande inlägg, ur vilka vi här publicerar ett par utdrag. red.

KVALITET

Kvalitetsmått – för både användare och diagnoser

Att, som föreslås i pvkvalitet.se, gå igenom 10–20 journaler per doktor kan sannolikt ge en hygglig uppfattning om hur vårdcentralen fungerar rent organisatoriskt, men jag kan inte se att det ger en tillräckligt inträngande bild av det faktiska vårdutfallet för den enskilde patienten. I det avseendet är vi inte överens.

Jag tror hellre på framtida kvalitetsregister som bygger på ett förutbestämda data automatiskt kan levereras från våra journalsystem. Tekniken för detta finns redan och är i bruk.

[---]

Jag vill påstå att Nationella diabetesregistret har utvecklat mycket väl användbara registerfunktioner

genom åren, och egentligen borde det finnas goda förutsättningar för ett fruktbart framtida samarbete med SFAM.Q.

Tomas Fritz
distriktsläkare, Gustavsbergs vårdcentral, f d vice ordförande i Svensk förening för diabetologi, tidigare ledamot i den nationella styrgruppen för Nationella diabetesregistret (NDR)

t.fritz@telia.com

Slutreplik: Kunskap hellre än förhoppningar!

Såvitt jag vet har inget kvalitetsregister visat att man kan värdera vårdkvalitet. Vore det enkelt att t ex värdera kvaliteten på diabetesvården borde detta ha kunnat göras via NDR för länge sedan. Inte ens på landstingsnivå kan man på ett tillförlitligt sätt redovisa kvaliteten på diabetesvården. Vem vinner på att en massa data sammanställs och jämförs när man inte har kunskapen att tolka dessa data?

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

Många hot mot president Obamas sjukvårdsreform

Det starka motstånd mot sjukvårdsreformen som det republikanska partiet bjudit har också genljudit från enskilda, företagare, försäkringsbolag och läkemedelsföretag. Missnöjet speglar ett flertal förhållanden i det amerikanska samhället.

Demokraten Nancy Pelosi, talman i den amerikanska kongressens representanthus, spelade en viktig roll i de segslitna diskussionerna för att ena demokraterna i att rösta igenom den amerikanska sjukvårdsreformen trots republikanernas motstånd. Ingen republikan röstade för reformen. Alla större sociala reformer som New Deal, Social Security och Medicare har röstats igenom av båda partierna. Många är missnöjda med att lagen (Patient protection and affordable care act, March 21, 2010) gick igenom. Om reformen visar sig kosta mer än den ger, kommer demokraterna, som redan har hård politisk motvind, ensamma att få skulden. Det republikanska partiet har börjat sina valkampanjer och förväntar sig kunna besegra många demokratiska politiker i novembervalet.

Lagens målsättning är att alla ska ha tillgång till sjukförsäkring oberoende av hälso-tillstånd eller anställning, vilket betyder att 95 procent

av amerikanerna kommer att ha en sjukvårdsförsäkring, inklusive 32 miljoner som nu är oförsäkrade. Antalet människor utan försäkring steg från 45,7 miljoner år 2007 till 46,4 miljoner år 2008, motsvarande 15,4 procent av befolkningen. Förändringarna tar tid att implementera. Mycket är ännu oklart, men en del förändringar träder i kraft omedelbart, andra successivt, tills lagen trätt i kraft i sin helhet år 2015.

Försäkringsbolagen får inte längre neka att försäkra barn. På grund av oklara formuleringar har försäkringsbolagen valt att tolka det så att de bara behöver försäkra barn som redan har försäkring, inte oförsäkrade barn.

Avsevärda restriktioner för försäkringsbolagen ska förhindra att en individ med sjukdom i anamnesen nekas skydd, eller att patienter mister sin försäkring när de blir sjuka. Det ska inte heller finnas ett tak för kostnader. Ingen livstidsgräns accepteras, och därmed kan man inte uteslutas från sin försäkring om det krävs mer kostsam medicinsk behandling. Mycket kan dock hända politiskt innan reformen genomförs.

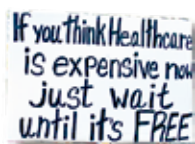
Försäkringsbolagen har motarbetat reformen med hjälp av 2049 lobbyister (många tidigare politiker



LISBETH NORDSTRÖM-LERNER

svensk infektionsläkare och distriktsläkare, sjukhuspedi-

miolog i Michigan, USA
lisbethnordstromlerner@hotmail.com



med goda kontakter) och 86 miljoner dollar till, som det sagts, vilseledande reklam. Många bolag har i väntan på reformen successivt höjt premierna med upp till 20 procent. En tredjedel av bolagens kostnader anses vara förtjänst eller byråkrati, samtidigt som 23 000 amerikaner beräknas dö årligen på grund av nekad sjukvård. Enligt oberoende Congress Budget Office kommer det statliga budgetunderskottet att minska över en 20-årsperiod tack vare sjukvårdsreformen. Det återstår att se. Många befärar att den i stället allvarligt kommer att försämra landets finanser.

Fler försäkrade innebär ökade kostnader. Resursslös- seriet fortsätter. En »tort reform« (i detta fall en, ofta långdragen, skadeståndsprocess i domstol för misstänkt felbehandling i sjukvården)

skulle kunna minska antalet onödiga medicinska åtgärder. Accelererande kostnader kan stå president Obama och det demokratiska partiet dyrt.

Individer och småföretagare kommer att kunna köpa täckning från konkurrerande gruppförsäkringar. Familjer och småföretagare beskattas lägre. Medicaid, de fattigas statliga försäkring, växer och ska omfatta alla vars inkomst ligger under 133 procent av fattigdomsgränsen (10 830 dollar för ensamstående och 22 050 för en familj på fyra personer år 2008) och täcka ytterligare 16 miljoner låginkomsttagare.

Unga människor som i dag är försäkrade genom sina föräldrar till 18 års ålder kommer att inkluderas i familjens försäkring till 26 års ålder. Medicaid's ersättning till pri-

märvårdsläkare höjs. Lokala sjukvårdscentra får 11 miljarder dollar och kan därmed behandla dubbelt så många patienter vare sig de kan betala eller inte.

Pensionärer med Medicare får bidrag till läkemedel på 250 dollar under 2010. Medicare betalar i dag en viss procent av patientens läkemedel upp till ett tak på 2 830 dollar per år därefter hamnar man i ett »donut hole« och får inte ersättning för någonting för- rän läkemedelskostnaderna för året uppgått till 6 440 dollar. För den som har råd finns tilläggsförsäkringar som kan ersätta en del av kostnaderna för generiska läkemedel. »The donut hole« ska vara borta 2020, och finansieringen av »Medicare Trust Fund« beräknas vara säkrad till 2026.

Förebyggande åtgärder och

årliga kostnadsfria hälsokontroller som cancer- och diabetesscreening ska erbjudas. Mödravård och spädbarnsvård kan få snar effekt på spädbarnsdödligheten. Förebyggande åtgärder som till exempel blodtryckskontroller förväntas kunna reducera sjukvårdskostnaderna. Många män, särskilt afro-amerikanska män i 40-årsåldern, kommer till sjukhusens akutintag med njursvikt och skickas direkt till dialys och eventuellt senare till njurtransplantation. Patienten mister sitt arbete (och sin sjukförsäkring), kan inte längre försörja sin familj och inte heller betala skatt. Naturligtvis kommer det att ta många år innan förebyggande åtgärder och hälsokontroller kan förhindra allvarlig sjukdom och död.

Sjukvård ska bedömas och

If you think Healthcare is expensive now just wait until it's FREE

Tea Party-demonstrationerna var högljudda, men reformen ska ge 95 procent av amerikanerna en sjukvårdsförsäkring.



Foto: Colourbox

belönas för kvalitet och inte med ersättning för varje undersökning eller åtgärd, vilket har lett till onödigt många undersökningar som till exempel magnetkameraundersökning (MRI) och utredningar som hjärkateterisering.

Resurser kommer att ställas till förfogande för de ytterligare 16 500 primärvårdsläkare som behövs. 65 miljoner amerikaner har i dag långt till primärvård. Den som är beredd att arbeta i glesbygden genom National Health Service Corps kommer att erbjudas ytterligare stipendier och lån.

Community Living Assistance Services and Support (CLASS) är en frivillig försäkring som en anställd kan betala till genom skattefria löneavdrag. De miljoner »baby boomers« som föddes i de stora årskullarna efter andra världskrigets slut, när soldaterna kom hem och ekonomin stabiliserades, som så småningom behöver sjukvård och långtidsvård kommer att få bidrag för att kunna bo kvar i sina hem.

Kostnaderna för reformen beräknas till en del täckas av skatt på vinstdrivna försäkrings- och läkemedelsbolag, som kommer att få en större kundkrets. Skatten på »Medicare hospital insurance« höjs för höginkomsttagare som tjänar mer än 200 000 dollar per år (inklusive investeringsvinster). Genom att minska företagets försäkringskostnader för de anställda räknar man med att 2,5 miljoner jobb kommer att bevaras eller tillkomma det närmaste decenniet. Många väntar dock en höjning av momsen, som i dag varierar från 0 till 6 procent från stat till stat.

Det hårdnackade motståndet från republikanerna fort-

satte oförminskat även efter det att sjukvårdslagen antagits. Det ena tillägget efter det andra har presenterats i försök att tvinga fram en ny omröstning. Justitieministrarna i 14 stater har gått samman i en »class action law suit«, en domstolsprocess, för att få lagen omintetgjord, med motiveringen att den strider mot delstaternas suveränitet.

Sjukvårdslagen var politiskt viktig för Obamaadministrationen. Med vind i seglen har mycket blivit utträttat. Inför påsken utnämndes 15 personer snabbt till höga poster. President Obama fick igenom ett avtal med Ryssland om att minska ländernas kärnvapenarsenal. Han gjorde en blixervisit till Afghanistan för ett skarpt samtal med president Karzai och tal till tusentals amerikanska soldater. En ny lag för studielån skär bort bankerna som mellanhänder mellan studenter och universitet efter 40 år.

Demonstrationerna mot reformen utanför Capitol Hill fortsatte under veckan efter att sjukvårdslagen signerades, uppmuntrade av vinkande kongressmän. Dessa gav därmed en del av deltagarna i »Tea Party«-demonstrationerna anledning att ytterligare trappa upp våldet. Den afroamerikanske ledamoten John Lewis, som gick vid Martin Luther King Jr:s sida i Civil Rights-marschen från Selma till Montgomery, Alabama, 1965, blev kallad »nigger«, medan en annan ledamot blev bespottad, och en fick ett fax med en teckning av en snara för hängning.

Antalet dödshot mot president Obama har ökat. New York Post hade en karikatyr av presidenten som en död apa skjuten av vita poliser.

Flera som röstat för lagförslaget har hotats till livet via e-post, telefonsvarare eller i radioprogram. Även deras barn har hotats. En gasledning till ett hem hittades avskuren. Tegelstenar har slängts genom fönstren till några av demokraternas partikontor. Ledamöternas adresser har hamnat på webbplatser med uppmuningen att det är en fosterlandsgärning att skada eller skjuta den som röstat för det som man kallar »government overhaul«, ökat regeringsinflytande och minskad individuell frihet.

Sarah Palin har offentligt och på sin webbplats uppmanat till »don't retreat, reload«, och hon har på en karta med skyttemålstavlor märkt ut de stater som har ledamöter som röstat för reformen.

Detta kan inte avfärdas som oviktigt i ett land som har sett många av sina presidenter och politiker utsättas för mordattentat. Medierna har publicerat opinionsundersökningar som visar att många, uppmuntrade av politisk propaganda, vilseletts av rykten att president Obama inte är född i USA och därför inte är lagligt vald. 34 procent av republikanerna i New Jersey svarade ja på frågan om de anser att president Obama är »Antichrist«.

För en utomstående måste det hårda motståndet bland allmänheten mot en sjukvårdsreform te sig märkligt och kräver förklaringar. Tea Party-demonstrationerna är emot skatter och ökat regeringsinflytande. Oron botten i demografiska förändringar, arbetslöshet, ekonomisk instabilitet och ilska över det oreglerade bankväsendet, som bidrog till att människor fick gå ifrån sina hus, samt valet av en afroamerikansk president och en kvinnlig talman i kongressen.

Många udda högerextremistiska grupper har anslutit sig till Tea Party-anhängarna. Southern Poverty Law Center (<http://www.splcenter.org>) är ett forskningsinstitut som sedan 1971 har studerat

utvecklingen av hatgrupper i USA. Under 2009 ökade antalet hatgrupper och militanta grupper med 40 procent till 1 700. De så kallade militias, 127 militanta grupper, är beväpnade, tränar tillsammans och visar sina övningar på video på Internet. Medlemmarna kommer beväpnade till Tea Party-möten. Den populistiska rörelsen fanns redan före valet men har nu vuxit avsevärt med 149 nya grupper under 2009 till sammanlagt 512, en ökning med 244 procent. Myter florerar om regeringens sammansvärjningar. Rykten om införande av en »one world government« och om koncentrationsläger för amerikaner under FEMA, Federal Emergency Management Agency (en myndighet under departementet för inrikes säkerhet som sätts in vid större katastrofer och/eller krig), underblåser hatet.

Republikanerna vänder sig till människor som är motståndare till sjukvårdsreformen och försöker knyta Tea Party-anhängarna till sitt parti. Men merparten av donationerna till Tea Parties når inte det republikanska partiet, vilket inte fick mer donationer än demokraterna i februari i år. Tea Party-anhängarnas mål är oklart. De har olika värderingar. De protesterar allmänt mot sjukvårdsreformen, skatter och regering, medan en del dessutom är högerextremistiska rasister, invandrarfientliga eller homofoba individer.

Kan de samlas för att bilda ett eget missnöjesparti som spelar en roll i valet i november? Eller kommer de att stödja enskilda politiker? Den tysta majoriteten borde reagera mot tilltagande rasism och våld. Annars kan landets politik komma att kantra åt höger, och sjukvårdsreformen kan få ett annat utseende än den har i dag.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren var politiskt aktiv för den amerikanska sjukvårdsreformen.*