

das regionala fördelning kan dock göras utifrån de data som publicerats i artikeln. Ett sådant test visar att förbättrarnas slutsats vilar på ett bräckligt underlag; data ger inget empiriskt stöd. Den regionala variationen i dödlighet är nämligen inte större än vad som kan förväntas med exakt samma dödsrisk i alla regioner ($\chi^2 = 14,7$, $df = 21$).

SKL uppmanar till förbättringsarbete med »genombrottsmetoden« [6]. Metoden är också känd som Demings' cycle och bygger på att förbättringsarbete är en kontinuerligt pågående process. I korthet: Det görs först en probleminventering och mål fastställs, sedan tas förbättringsidéer fram, de testas i liten skala under kort tid, varefter en utvärdering sker. De förändringar som visat sig bra genomförs, och processen börjar om med ny probleminventering. Jämförelser med andra, inte minst med hjälp av nationella riktmärken, fyller en viktig funktion i genombrottsmetoden.

Det hävdas ibland att nationella riktmärken inte representerar stickprov utan totalundersökningar och att det därför inte finns någon osäkerhet att utvärdera. Jämförelser med nationella riktmärken skulle alltså kunna göras direkt, utan osäkerhetsvärdering.

Uppfattningen är felaktig. Jämförelserna blir meningsfulla först när man tar hänsyn till de ofrånkomliga tillfälligheter som påverkar kvalitetsresultatet men saknar koppling till kvaliteten. Detta kan göras bara genom att betrakta nationella riktmärken som stickprov från en hypotetisk population, omfattande även framtida patienter. Därför präglas även nationella riktmärken av urvalsosäkerhet

Vad betyder då osäkerheten? Har den någon praktisk betydelse? Svaret är att det varierar från fall till fall. Det finns sannolikt situationer då urvalsosäkerheten är försum-

bar men också situationer då den har väsentlig betydelse för resultatens tolkning. Det finns många exempel på detta. Här är ett av dem.

Höftprotesregistret redovisar i sin årsrapport från 2006 [7] en tabell över antalet avlidna inom tre månader efter primäroperation. Om man rangordnar klinikerna efter deras standardiserade dödlighets-tal (SMR) hamnar Ängelholm med 57 opererade och 0 döda högt upp på ranglistan, på en hedrande 14:e plats, vilket är klart bättre än genomsnittet eftersom det finns 79 kliniker.

Karlstad kommer, med 19 döda på 1 080 opererade, i slutet av rangordningen, på plats 71. Mortaliteten i Karlstad är också statistiskt signifikant högre än riksgenomsnittets.

Trots detta är det inte alls säkert att Karlstad har något att lära av Ängelholm. Med sedvanlig 95 procents säkerhet (konfidensgrad) är det till och med möjligt att Ängelholm, efter hand som det utförs fler operationer, inte bara visar sig ha högre dödlighet än Karlstad, utan till och med dubbelt så hög.

Förklaringen till denna paradox är att urvalsosäkerheten är olika stor i Ängelholms och Karlstads resultat.

Förbättring kräver förändring, men alla förändringar leder inte till förbättring. Paul Batalden, en ledande expert på kliniskt förbättringsarbete som vidareutvecklat Demings förbättringsmetodik, påpekar [8] därför »to know that change is producing improvement, we need accurate and powerful measurements of what is happening«.

För att undvika misstag i förbättringsarbetet krävs beslutsunderlag med känd säkerhet. Att nonchalera osäkerhet i data kan inte anses vara god praxis.

Man kan dock mycket väl, med utgångspunkt i SKL:s inlägg [1], ta upp en diskussion om huruvida 95 procents

säkerhet är onödigt hög säkerhet för förbättringsarbete. Det är fullt möjligt att använda en lägre säkerhetsgrad, exempelvis 90 eller kanske till och med 80 eller 75 procent. Att argumentera för lägre säkerhet än 50 procent förefaller dock svårt.

På kort sikt kan kanske även irrationella tolkningar av kvalitetsregisterdata leda till att kvalitetsbrister identifieras och åtgärdas, men på lite längre sikt finns uppenbara risker att förbättringsarbetet misslyckas och att förtroendet för kvalitetsregistren raseras. Vår uppfattning inom Nationellt kompetenscentrum för rörelseorganens sjukdomar (NKO) är att hantering av osäkerhetsproblem utgör en väsentlig del av det kliniska förbättringsarbetet. Vi arbetar i stor omfattning med att göra kvalitetsregisterdata tolkbara.

Som ett led i vår strävan att beskriva och förklara osäkerhetsfenomen i kvalitetsregisterdata har vi dessutom utvecklat ett allmänt tillgängligt datorprogram och en webbapplikation (för iPhone) för beräkning av konfidensin-

tervall för rangtal. Beräkningarna, som kan utföras med valfri konfidensgrad, kan göras enkelt och kostnadsfritt via Internet på en NKO-server <<http://ranks.nko.se>>.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Sörman H. Öppna jämförelser är inget slutgiltigt betyg för landstingen. Dagens Medicin. 2007;(47).
2. Juran on quality improvement. Video series and workbook. Southbury, CT: Juran Institute Inc; 1981.
3. Deming WE. Out of the crisis. Cambridge, Mass: MIT Center for advanced engineering study; 1986.
4. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. SOSFS 2005:12.
5. Pakkanen M, Lindblom B, Otterblad PO, Rosén M. Stora regionala skillnader i förlossningsvårdens resultat. Läkartidningen. 2004; 101:3320-5.
6. Genombrott. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2010. [citerat 17 nov 2010] <http://www.skl.se/web/Genombrott.aspx>.
7. Svenska höftprotesregistret. Årsrapport 2006. Göteborg: Avdelningen för ortopedi, Sahlgrenska universitetssjukhuset; 2007.
8. Batalden PB, Davidoff F. What is »quality improvement« and how can it transform healthcare? Qual Saf Health Care. 2007;16:2-3.

Osakligt om Gemensam Valfärd

■ Kommentar till inlägg av landstingsrådet Birgitta Rydberg i Läkartidningen 34/2010 (sidan 1942).

Nätverket för Gemensam

Valfärd är en partipolitiskt obunden organisation med uppgift att utveckla och förbättra en skattefinansierad välfärd samt verka mot en kommersialisering av den. Nätverket bildades redan under den tid det fanns en socialdemokratisk regering och en S-V-MP-majoritet i Stockholms läns landsting.

I Gemensam Valfärd finns både människor som är partipolitiskt aktiva i olika partier och de som inte är med i något politiskt parti. Många är fackligt aktiva. Syftet är att driva välfärdsfrågor obero-

ende av av vem som har den politiska makten. Detta är en angelägen uppgift.

Sjukvården och andra delar

av välfärden behöver utvecklas, och det är viktigt från demokratisk synpunkt att de politiker som har makt att fatta beslut är beredda att lyssna på synpunkter från olika håll, även med risk att bli kritiserade. Vi beklagar därför djupt att Birgitta Rydberg och hennes kollegor i Stockholms läns landsting inte ville ställa upp på en utfrågning om Vårdval Stockholm!

Gemensam Valfärd, Stockholm, samordningsgruppen genom
Andreas Mattson
andreas307629@gmail.com
www.gemensamvalfard.se