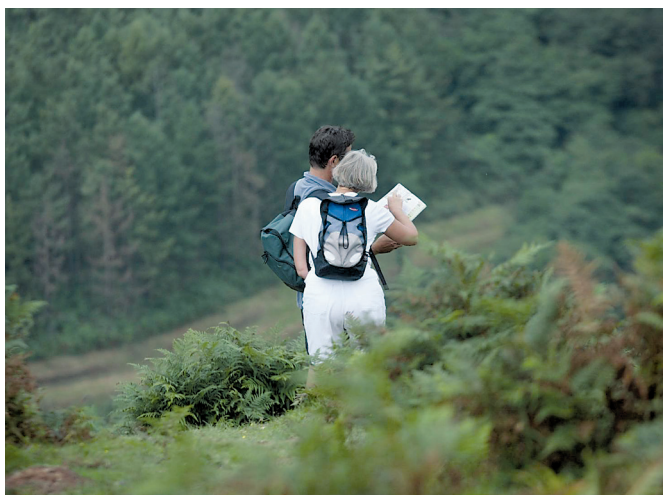


## »Enkla« mått ökar risken för felorientering

■ Som verksamma distriktsläkare anser vi att kvalitetsgranskning och kvalitetsutveckling i överblickbar skala är nödvändiga uppgifter för primärvården. Vi som försökt ägna oss åt det genom åren tar tacksamt emot användbara redskap för att kunna genomföra sådan granskning. Ett grundläggande problem med de kvalitetsregister som förordas och får medel av Sveriges Kommuner och och landsting (SKL), och som diskuteras i LT, är att de inte fungerar för kvalitetsutveckling av vårt arbete. De är snarare att betrakta som forskningsregister, och då främst för sjukhus/organspecialister. Tyvärr är de behäftade med brister som gör dem diskutabla även för det ändamålet, vilket påpekas av Kjell Lindström i LT 12/2010 (sidan 847). Som primärvårdsläkare har vi inget emot att SKL i ökande grad värnar om forskning, men om primärvården ska använda resurser för registrering till specialitetsanknutna register behöver vi veta vad vi ska prioritera bort i den vardagsjukvård som är vår huvuduppgift. Det tar nämligen tid och resurser i anspråk att skapa indata i registren.

**Det finns också risker** med de data som registren skapar, och med deras användning. Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) pekar i sitt dokument »Uppföljning av primärvården i vårdvalssystem« på några sådana risker:

»Primärvården har ett mycket brett åtagande och många av de mål, värden och uppgifter som hanteras inom primärvården tillhör områden som svårigen är mätbara. Det som mäts uppmärksammas och får resurser. Mäter man bara enkla, lätt specificerbara variabler, så riskerar man att sammansatta medicinska problem, multijuklighet och socialmedicinskt grundad sjuklighet trängs undan.«



Om man ritar kartan utifrån ofullständiga och varierande data ackumuleras problemen, och orientering enligt en karta som inte stämmer med terrängen innebär stora risker för felorientering.

»Primärvårdens enheter är små och verkar i områden med vitt skilda geografiska och sociala förutsättningar. På vårdcentralnivå blir patientgrupperna ofta så små att slumpens inverkan blir stor och kvalitetsjämförelser blir därför inte tillförlitliga.«

Dokumentet finns på SFAM:s webbplats <<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/100209%20kvalitetsdokument%20se.pdf>>.

**Kvalitetsmått som endast** mäter enkla, lätt specificerbara variabler bygger på en förenklad biomedicinsk orsak-verkan-modell. Men sjukdomsorsaker, läkeprocesser och hälsa är mycket mer komplexa, vilket också börjar uppmärksammas alltmer i forskningen. Att just primärvården, som lever närmast den kaotiska verkligheten, ser detta tydligast är inte förvånande. Å andra sidan förstår vi att det är lockande när någon erbjuder metoder för att skapa ordning i, och kontroll över, komplexiteten genom enkelt uppmätta »jämförelseresultat«.

**Varför inte utnyttja registren** för den ordning de ändå kan skapa? Bättre någon ordning än ingen alls, kan tyckas? Jo,

därför att den ordning de aktuella registren skapar är skenbar, alltså osann, därför att indata inte är skapade med den noggrannhet som krävs, vilket Kjell Lindström så utmärkt visar och diskuterar i sitt inlägg.

När data inte hjälper oss i vårt arbete, utan effekten snarare blir den motsatta, engagerar vi oss inte i hur indata registreras. Detta gör data disksutabla även för forskningsändamål. I nästa led är tolkningen av våra indata sannolikt annorlunda än vad vi trott, den varierar även över tid och med olika tolkare, vilket ytterligare undergräver deras funktion som underlag för beslut. När det som mäts på detta ofullständiga och varierande sätt sedan används för att beskriva verkligheten, och för att rita »kartan«, ackumuleras problemen. Kartan är naturligtvis lättare att hantera än den komplexa verkligheten, men orientering enligt en karta som inte stämmer med terrängen innebär stora risker för felorientering.

Allmänmedicin är mer än annan läkargärning läkekunst. Läkekunsten samlar medicinens humanistiska, naturvetenskapliga och sociokulturella delar. Den bygger på tolkning och sam-

arbete och involverar kommunikation, åsikter och erfarenhet. Därför kan den inte enkelt göras till en mätbar vetenskap, och den låter sig inte sammanfattas i register.

En rad parametrar kan vi följa enkelt, till exempel antalet givna specifika åtgärder, läkemedelsförskrivning och resistensutveckling mot antibiotika. Sådana mätetal bör man kunna ta ut via automatiserade system ur datamängderna, men tolkningen av vad skillnader beror på, och om de ska leda till förändringar, låter sig inte göras annat än i diskussion mellan vårdgivare inom professionerna. Så kan vi som allmänläkare svårigen tolka sjukgymnasters, distriktssköterskors eller laboratoriepersonals resultat och vice versa.

**Det känns även främmande** för oss att »kvalitetsgranska« sjukhusdirektörer, SKL-tjänstemän eller landstingspolitiker, även om det ibland vore frestande. Samma ödmjukhet vore klädsam åt andra hållet. Vi har flera bra instrument för kvalitetsutvecklingsarbete kollegialt. Det gäller till exempel den beprövade auditmetoden. Vi hoppas på att [pv-kvalitet.se](http://pv-kvalitet.se) ska ge oss samma nyttiga arbetsmaterial för att kunna få utveckling och nödvändig förändring till stånd.

**Andreas Fernandez**  
**Annika Andén**  
**Annika Forsén**  
**Christina Brändström**  
**Christina Flodin**  
**Maria Truedsson**  
**Meta Wiborgh**  
**Monica Backman**  
**Ninni Ernstdotter**  
**Robert Svartholm**  
**Sam Runeberg**  
**Stefan Wallmark**

samtliga är distriktsläkare i Norrbotten och deltagare i studiecirkeln »Skapar vården ohälsa?« [meta.wiborgh@telia.com](mailto:meta.wiborgh@telia.com)