

# Låt Ivo betygsätta vårdgivare och publicera läkares resultat

Dagens Nyheter den 18 november 2019

Förr i tiden var sjukvården enkel, ineffektiv och ganska säker. Men i dag har fantastiska forskningsframsteg gjort vården komplex, effektiv och potentiellt riskfylld, en trend som kommer att förstärkas i takt med att nya avancerade behandlingar tas fram. Mycket tyder på att vi står inför ett större epokskifte än det som följde upptäckten av antibiotika.

Samtidigt har öppenheten i fältet ökat. Internet har offentliggjort kunskap som tidigare var professionen förunnad, vilket har förändrat vårdens sociala aspekter från att kännetecknas av paternalism till att byggas på samverkan med informerade patienter. Refrängen "lita på mig, jag är läkare" tycks bli alltmer föråldrad över tid.

Men det är fortfarande svårt att jämföra vårdgivares kvalitet. Öppenhet i denna bemärkelse handlar inte bara om bekvämlighet, utan är ofta en fråga om liv och död. Erfarenheterna från England är ett viktigt exempel på detta. Historiskt sett var informationen om vårdkvalitet i det engelska systemet knapp. Vändningen skedde i kölvattnet av en skandal på 1990-talet, då det visade sig att ett universitetssjukhus i Bristol under lång tid haft extremt hög dödlighet efter hjärtoperationer på spädbarn. Läkare på sjukhuset samlade in och diskuterade statistiken, men avfärdade den – och skyllde på patienternas vårdtyngd i stället för att reflektera över sitt eget ansvar.

Kommissionen som tillsattes efteråt noterade att det rådde "professionell hybris" på sjukhuset och rekommenderade ökad öppenhet kring kliniska utfall – både på enhets- och läkarnivå – samt upprättandet av en oberoende vårdinspektion.

Sedan dess har regering efter regering försökt stärka de öppna kvalitetsjämförelserna i den engelska vården. Kvalitet definieras genom tre infallsvinklar: effektivitet, säkerhet och patienterfarenheter. Man undersöker alltså medicinska utfall, hur säker vården är och patienters åsikter. Fördelen med ansatsen är att den är enkel, lättförståelig och mätbar inom alla tre områden.

På enhetsnivå mäts flera utfall, såsom riskjusterad mortalitet, antalet allvarliga incidenter och upplevd kvalitet. Dessutom betygsätts vårdcentraler och sjukhus – på en fyrgradig skala från "otillräcklig" till "enastående" – av Care quality commission, efter analyser av kvalitetsdata och inspektioner. Vård-givare får betyg inom fem områden: säkerhet, effektivitet, omsorg, lyhördhet och ledarskap. Patienterna får på så sätt tillgång till lättförståeliga kvalitetsmått med vilka de kan jämföra vårdgivarnas övergripande kvalitet. En granskning av elva utvecklade länders vårdssystem – däribland Sveriges – från 2016 fann att England är unikt i denna bemärkelse.

Sådan öppenhet kan också leda till förbättringar. Under det tidiga 2000-talet ledde exempelvis publiceringen av liknande indikatorer, i kombination med vårdgarantier, till minskad dödlighet och kortare vårdköer i England jämfört med Skottland och Wales, som behöll sina "tillitsbaserade"

vård-modeller utan transparens. Forskning visar samtidigt att patienter föredrar vårdgivare med höga kvalitetsbetyg, och indikerar att informationssystemet överlag bidrog till att den engelska sjukhuskonkurrensen gav ökad klinisk kvalitet.

Men att publicera information på enhetsnivå är inte alltid tillräckligt. Sjukhus och vårdcentraler har flera läkare, och ibland vårdlag, varav alla inte nödvändigtvis levererar lika hög kvalitet. För att fullgöra sitt ansvar måste vårdgivare veta hur olika grupper presterar – och helst offentliggöra dessa data.

I denna bemärkelse har England varit en pionjär. Sedan 2006 har Society for cardiothoracic surgery offentliggjort resultat på överläkarnivå i form av riskjusterad dödlighet efter planerade hjärtoperationer – bland de patienter för vilka respektive överläkare är ytterst ansvarig – och i dag publicerar olika läkarföreningar utfall inom totalt 15 specialistområden. All statistik finns tillgänglig online. Enligt jämförelsen från 2016 är England unikt även i detta avseende.

Publiceringen av enheters utfall är i dag allmänt accepterad, men offentliggörandet av utfall på överläkarnivå är fortfarande kontroversiellt. Resultaten är helt klart av intresse för patienter, men vissa hävdar att det är svårt att skapa tillförlitliga kvalitetsmått eftersom läkare har hand om patienter med olika vårdtyngd, vilket gör jämförelserna orättvisa – och i värsta fall avskräcker dem från att ta sig an högriskpatienter.

Först och främst är stödet för detta svagt i den engelska kontexten, där kvalitetsmåten tycks vara tillräckligt riskjusterade. Forskning visar exempelvis att offentliggörandet av mortaliteten efter planerad kirurgi för tjock- och ändtarmscancer, inte ledde till högre riskaversion bland kirurgerna: varken andelen patienter som genomgick operationer eller vårdtyngden bland de som gjorde det förändrades. Inte heller ökade datamanipulationen för att försöka framställa kirurgerna i bättre dager. Däremot ledde publiceringen till markant lägre dödlighet.

Och vem är det egentligen som tar den största risken – läkaren eller patienten? Finns det någon i dag som frivilligt skulle välja att utsätta sig, eller sina barn, för större ingrepp utan information om det sannolika utfallet i händerna på kirurgen? Självklart inte. Människor förväntar sig att yrkespersoner ska ha koll på och kunna förklara hur de presterar.

I grund och botten är det en fråga om professionalism: alla som utför medicinska ingrepp har en yrkesmässig och moralisk skyldighet att kunna beskriva vad de gör och hur bra de gör det. Detta är grunden för medicinsk professionalism.

Även om England i vissa avseenden bör lära av svensk sjukvård, kan Sverige alltså lära av den engelska vården i frågan om öppna kvalitetsjämförelser.

Eventuella reformer måste testas grundligt, men vi föreslår att regeringen i varje fall utreder följande förslag:

1. Ge Inspektionen för vård och omsorg (Ivo) i uppdrag att betygsätta vårdcentraler och sjukhus inom de fem områden som betygsätts av Care quality commission. Betygen kombinerar statistik med kvalitativa omdömen och är till nytta för patienterna.

2. Gör existerande kvalitetsinformation mer lättillgänglig genom att publicera användarvänliga nyckelmått på Ivo:s hemsida.
3. Utveckla kvalitetsmått på överläkarnivå och/eller andra relevanta nivåer inom enheterna. I England fick läkarföreningarna ägarskap över denna process, vilket var viktigt för att kvalitetssäkra måtten. Ett sådant för-farande vore rimligt även i Sverige.

Ökande kostnader och försämrade tillgänglighet riskerar för tillfället att underminera det svenska sjukvårdssystemets legitimitet. Större öppenhet vad gäller vårdgivares kvalitet skulle förhoppningsvis kunna bidra något till att förändra situationen till det bättre.

**Sir Bruce Keogh**

**Gabriel Heller-Sahlgren**