

APROPÅ! Kvalitetsregister

Kvalitetsregister – hot mot vårdkvalitet, arbetsmiljö och klinisk forskning?

Med stort intresse läste jag Bengt Järhults artikel »Registerentusiaster måste träda fram och ta sitt ansvar« [1] och förvånas över den monumentala tystnaden, både från registerhållarna och från kollegor i allmänhet. Är vi rädda för att diskutera frågan? Vill man tiga ihjäl diskussionen?

Kvalitetsregistren är konstruerade för att göra jämförelser av utbud, kundnöjdhet och tillgänglighet mellan olika vårdenheter (i psykiatriregistren används benämningen »stjärn kvalitet«) och är inte anpassade för att underlätta klinisk forskning.

Psykiatrin har i dag sju register som är mer eller mindre igång: Bipolär (Nationellt kvalitetsregister för bipolär affektiv sjukdom), BUSA (Nationellt kvalitetsregister för behandlingsuppföljning av säkerställd AD/HD), PsykosR (Nationellt kvalitetsregister för psykosvård), RIKSÅT (Nationellt kvalitetsregister för specialiserad ådstörningsbehandling), RättspsyK (Rättspsykiatriskt kvalitetsregister), SBR (Svenskt beroenderegister) och SÖK (Nationellt kvalitetsregister för barn och ungdomar som konstaterats/misstänkts ha blivit utsatta för sexuella övergrepp). Dessutom finns ett resurscentrum KPV (Kvalitet i psykiatrisk vård, <www.kpvcentrum.se>) som syftar till att sprida och utveckla kvalitetsregisterverksamheten och på sikt anger en ambition att större delen av den psykiatriska vården ska ingå i olika kvalitetsregister.

Svenska psykiatriska föreningen har i likhet med andra specialistföreningar intagit

en positiv hållning till kvalitetsregistren. Den menar att kvalitetsregistren utgör en kvalitetssäkring som kan leda till bättre och mer likvärdig vård för patienterna.

För smala sjukdomar och tillstånd, där kunskapen är bristfällig, är det kanske så, men för de breda sjukdomarna och funktionshindren innebär inmatningen en avsevärd tidsåtgång, 15 minuter per patient blir sammanlagt några veckor per år för en vanlig öppenvårdspsykiater. Är det verkligen väl använd tid och energi? Hur gör doktorn om patienten samtidigt har en beroendesjukdom, åstörning, ADHD och bipolär sjukdom, en inte alltför ovanlig kombination?

Kvalitetsregistrens för- och nackdelar har inte offentligt diskuterats i läkarkåren. Däremot har organisationsforskare analyserat hur kvalitetsregistren har utvecklats från att handla om professionell transparens till en mer offentlig form av transparens [2] och beskrivit hur denna förändring gick till; en förvandling som sker i flera små steg och omskapar de professionella registren till att bli en del av sjukvårdens styrning [3].

En viktig fråga för läkarkåren att diskutera är om kvalitetsregistren riskerar att underminera förutsättningen för klinisk forskning eftersom det kan vara ogörligt att både fylla i forskningsregistret och kvalitetsregistret för en och samma patient. Från beställarhåll ges tydliga signaler om vad som ska prioriteras: en del av ersättningen till de psykiatriska klinikerna inom Stockholms läns landsting

stys i dag av hur stor andel av patienter med bipolär sjukdom som är registrerade i kvalitetsregistret, trots att deltagandet är frivilligt från patientens sida. En läkare som inte får sin patient att medverka bidrar därmed till att försämra budgeten.

Våra patienter är lojala och samtycker ofta till att bidra till forskning, men kommer de att vara intresserade om de verkligen förstår att deltagandet framför allt syftar till att jämföra klinikerens produktionsdata? Missbrukar vi deras lojalitet? Visst finns det kliniker som kan förbättra sitt utbud med hjälp kvalitetsregister och på så sätt »höja golvet«. Men kontrolldimensionen riskerar att leda till att friserade värden matas in och att vissa aktiviteter genomförs för att uppfylla ett mått (t ex anhörigutbildning) fastän de i sig kan hålla undermålig kvalitet och trots att resurserna egentligen borde användas till annat för att verkligen skapa bästa möjliga resursanvändning för patienternas bästa. På detta sätt bidrar kvalitetsregistren till att »sänka taket«; det är tidsödande, leder till minskat utrymme för innovativa lösningar och underminerar tillit mellan läkare och ledning. På sikt riskeras arbetsglädje och engagemang och därmed att arbetsmiljön försämrats.

Uppfattar landets läkare kvalitetsregistren som något som borgar för kvalitet i vården? Kanske bidrar fler med sin röst om denna fråga kan besvaras anonymt. Jag föreslår därför att Läkartidningen undersöker detta genom att ställa följande webbförfrågor på hemsidan: »Uppfattar du att

kvalitetsregistren har som syfte att kontrollera vårdgivarna snarare än att förbättra vårdkvalitet för patienterna?«, »Upplever du att inmatningen bidrar till stress eller olust?«, följt av svarsalternativen »Ja«, »Nej«, »Vet inte«.

Ni som fortfarande inte satt er in i kvalitetsregistrens funktion, läs Järhults och medarbetarens tidigare inlägg [1, 4], och gå in på webbplatserna <www.kpv.se>, <www.ucr.uu.se>, <www.eyenetsweden.se>, <www.nko.se> eller <www.kulturum.se>, som alla handlar om kvalitetsregistren och »förbättringsarbete«, och gör er egen nyktra bedömning.

Susanne Bejerot
överläkare, med dr,
Stockholm
susanne.bejerot@sll.se

REFERENSER

- Järhult B. Registerentusiaster måste träda fram och ta sitt ansvar. Läkartidningen. 2009; 106:446-7.
- Levy C. De nationella kvalitetsregistren som verktyg för transparens. I: Levy C, Waks C, red. Strävan efter transparens. Granskning, styrning och organisering i sjukvårdens nätverk. Stockholm: SNS Förlag; 2006.
- Bejerot E. Nationella kvalitetsregister – från professionell praktik till nationell styrning. I: Hasselblad H, Bejerot E, Gustafsson RÅ, red. Bortom New Public Management. Institutionell förändring av svensk sjukvård. Lund: Akademia Adacta; 2008. pp. 123-36.
- Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen. 2008;105:3452-5.

Fler debattinlägg på sidan 1024.