

Kvalitetsregisterarbete ska tåla granskning



Kvalitetsregister är inte resultat, utan verktyg för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning. Vi registerentusiaster måste ta ansvar för att de används på ett sätt som tål granskning.

Jag läste med stort intresse Bengt Järhults artikel »Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet?« [1] och har sedan dess rekommenderat andra »registerentusiaster« att läsa den. I artikeln belyses flera problem med det sätt på vilket vissa registeranhängare förespråkar att registren ska användas, framför allt med den stora övertro som finns på registrens möjligheter att producera underlag för jämförelser mellan vårdenheter.

Undertecknad är en varm förespråkare av utveckling av kvalitetsregister och andra verktyg för strukturerad datainsamling i syfte att skapa förutsättningar för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning. Jag oroas därför när människor, som saknar djupare kunskap om kvalitetsregisterarbete, för fram registren som lösningen på allsköns problem och förespråkar deras användning i syften som de inte alls är ämnade för. Detta skadar kvalitetsregistrens rykte och trovärdighet.

Susanne Bejerot tar i »Kvalitetsregister – hot mot vård-

MATTIAS AGESTAM

överläkare, IT-enheten, Norra Stockholms psykiatri, S:t Görans sjukhus, Stockholm; medarbetare i projektteamet inom projektet »Nationella kvalitetsregister för psykiatri« och i styrgruppen för kvalitetsregistret Bipolär
Mattias.Agestam@sll.se

kvalitet, arbetsmiljö och klinisk forskning?« [2] en senare artikel av Järhult [3] som utgångspunkt för kritiska synpunkter på kvalitetsregisterverksamhet. Eftersom Bejerot i stor utsträckning hänvisar till de psykiatriska register med vilka jag arbetar vill jag kommentera några av punkterna i hennes artikel.

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

Jag undrar vilken källa hon har för denna formulering av kvalitetsregistrens syfte? Sedan 2001 är jag i hög grad involverad i uppbyggnaden av de psykiatriska kvalitetsregistren, och jag kan intyga att dessa definitivt inte är konstruerade med detta syfte. Registrens syfte är att ge verksamheter inom hälso- och sjukvården underlag för förbättringsarbete. Detta kan ske på åtminstone tre sätt: 1) data från registren kan göra verksamheten uppmärksam på »förbättringsutrymmen«; 2) analys av registerdata före och efter genomförda förbättringsprojekt kan användas för utvärdering av projektens effekter; 3) forskning i registerdata kan leda fram till förbättrade behandlingsstrategier.

Bejerot för vidare fram en

av de vanligaste kritiska synpunkterna mot kvalitetsregistren: tidsåtgången. Alla som arbetar med kvalitetsregister ägnar denna fråga stor uppmärksamhet. Den tid som går åt för registrering måste vara så kort som möjligt, och resultaten av registreringen måste göra det till väl använd tid. Registrering i kvalitetsregister ska utvärderas på samma sätt som andra åtgärder i hälso- och sjukvården, och åtgärden ska mönstras ut om deras nytta inte bedöms vara värd tidsåtgången.

Det finns en rad strategier för att minska klinikerns tidsåtgång för registrering, t ex:

- underlag för inmatningen skapas av patienten via Internet och används också av klinikern i patientmötet
- registreringen i kvalitetsregistret genererar en journalanteckning, vilket gör att dubbelinmatning undviks
- kvalitetsregistret byggs upp genom att data ur patientjournalen exporteras med inga eller minimala extra arbetsmoment för användaren.

Bejerot skriver också att läkarkåren bör diskutera »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«. Tvärtom kan den kliniska forskningen få stöd genom kvalitetsregisterarbete. Det finns goda exempel på hur man låtit kvalitetsregistrens frågor ingå som en del i ett betydligt mer omfattande forskningsprotokoll. Från forskningsdatabasen exporteras sedan, utan extra arbete för klinikern, data till kvalitetsregistret. En annan

»Registerentusiaster« ser kvalitetsregister som verktyg för verksamhetsutveckling, utvärdering och forskning.

strategi är att det i kvalitetsregisterapplikationen blir möjligt för en enhet att göra egna tillägg till kvalitetsregisterfrågorna – t ex ett forskningsprotokoll.

Susanne Bejerot tar i sin artikel upp att »en del av ersättningen till de psykiatriska klinikerna inom Stockholms läns landsting styrs i dag av hur stor andel av patienter med bipolär sjukdom som är registrerade i kvalitetsregistret, trots att deltagandet är frivilligt från patientens sida«. Genom min roll som sakkunnig i uppföljningsfrågor har jag tagit initiativ till denna konstruktion och påverkat dess utformning. Stor vikt har fästs vid den problematik som Bejerot för fram – nämligen att klinikern kan hamna i en situation då det finns ett ekonomiskt incitament att »övertala« patienten till inklusion i kvalitetsregister. Det är delvis för att undvika detta som vitesnivån för täckningsgraden är satt så lågt som 50 procent – enligt vår erfarenhet behövs ingen press på patienterna för att det målet ska klaras.

Om användningen av register ska ingå i modeller för ekonomisk styrning är det viktigt att den ekonomiska styrningen endast kopplas till krav på att registrering görs (för att skapa förutsättningar för verksamheternas förbättringsarbete) och inte till ett visst resultat. Som Bejerot påpekar finns det annars risk för att friserade värden matas in och för att aktiviteter genomförs, inte för att man ska upp-

nå ett visst kliniskt resultat, utan för att »siffrorna ska bli tillräckligt bra«. Och då har registren blivit just den meningslösa, destruktiva tids-tjuv som Bejerot varnar för.

Utän att tveka svarade jag »Nej« på LTs webbföråga om »... kvalitetsregistren borgar

för kvalitet i vården?« Kvalitetsregister är inte kvalitet, liksom hastighetsmätare inte förhindrar fortkörning. Kvalitetsregister är inte resultat utan verktyg. Och vi registrentusiaster måste ta ansvar för att de används på ett sätt som tål en granskning.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? *Läkartidningen*. 2008;105:3452-5.
2. Bejerot S. Kvalitetsregister – hot mot vårdkvalitet, arbetsmiljö och

klinisk forskning? *Läkartidningen*. 2009;106:986.

3. Järhult B. Registerentusiaster måste tråda fram och ta sitt ansvar. *Läkartidningen*. 2009; 106: 446-7.
4. Ranstam J, Wagner P, Robertsson O, Lidgren L. Rangordning i vården leder till fel slutsatser. *Läkartidningen*. 2008;105:2313-4.

REPLIK:

De psykiatriska kvalitetsregistren bidrar inte till ökad kunskap om sjukdom och behandling

■ Vetenskapsrådet har i dagarna utlyst sex halvtidsforskartjänster inom psykiatri för de närmaste sex åren. Det anses sensationellt att så mycket satsas på psykiatrisk forskning, och det kostar cirka tre miljoner om året. Mycket pengar. Å andra sidan: fyra pågående kvalitetsregister i psykiatri, samt en satsning på några till, beräknas kosta staten mellan 12 och 15 miljoner årligen samt lika mycket för landstingen, således motsvarande 60 forskartjänster. Dessa medel hade verkligen kunnat vara en vitamininjektion, gett möjlighet till metodutveckling och gett den kliniska forskningen en framträdande plats, men man har uppenbarligen prioriterat annorlunda.

Så man undrar – vad ger då dessa kostsamma kvalitetsregister? Möjligen kan de bidra till att Sverige fortsätter att vara internationellt ledande avseende registerforskning, men kliniskt tillämpbar forskning som ska skapa evidens för den framtida vården lever en alltmer tynande tillvaro, vilket till och med bekymrat regeringen [1].

Kvalitetsregistren har som huvuduppgift att säkra vårdkvaliteten, men en noggrant genomförd studie vid Medical Management Center på Karolinska institutet visade att registren gav just ingenting [2]. Jag skojar inte, detta

har entydigt framkommit efter 40 intervjuer genomförda vid 16 olika enheter där man använt RIKSÅT, PsykosR, Bipolär eller BUSA i mer eller mindre hög omfattning. Där emot *tror man* att kvalitetsregister kan ge mycket för att höja kvaliteten i psykiatrisk vård och stimulera till förbättringar och forskning.

Tyvärr stämmer inte heller det. Ingen forskning har hittills visat att kvalitetsregister eller öppna jämförelser leder till bättre vård [3], och kvalitetsregister är inte skapade för att möjliggöra klinisk forskning; de är faktiskt helt värdelösa för det ändamålet. Socialstyrelsen har heller aldrig hävdats annat utan skriver: »... kvalitetsregistren inom psykiatriens område entydigt inriktas på att betjäna endast ett primärt ändamål – att följa upp och öka vårdens kvalitet genom ständiga lokala förbättringar bedömda genom öppna jämförelser« [2; sidan 14].

För att tvinga vårdgivarna att implementera dessa kvalitetsregister på bred front kommer man att formellt kräva att vårdenheterna redovisar ett »systematiskt förbättringsarbete« och kan visa att de följer de kliniska riktlinjerna. Sådana krav skapar enligt Socialstyrelsen »omedelbart ett behov av uppföljning som kan tillgodoses av kvalitetsregister« [2; sidan 16]. Därmed kommer kvalitetsregistren äntligen till

»Områden som borde mätas för att fånga verklig kvalitet i vården verkar man mindre intresserad av.«

praktisk nytta i vardagsverksamheten eftersom varje enhet måste visa att den följer dessa krav. Man så att säga skapar ett behov, en »nytta«, av dessa register.

Ett psykiatriskt forskningsregister bör inte sammanblandas med kvalitetsregister. I det förra behövs hundratals variabler för att kartlägga en patientgrupp eller ett vårdförlopp, och det har som ändamål att bygga evidens, medan de senare främst är kontrollorgan. Det förefaller opraktiskt och oetiskt att varje verksamhet i årtal ska ta fram ytliga data utifrån en begränsad databas som aldrig kan ge ett underlag för kunskap om hur vården bör utformas.

Alla vårdgivare vill erbjuda patienterna en god vårdkvalitet, och det finns bra sätt att kontrollera den. Ett sätt är tvärsnittsstudier under en begränsad tidsrymd med avgränsade frågeställningar. De skulle utgöra en mindre arbetsbelastning och sannolikt upplevas som mindre invasiva av klinikerna.

Psykiatrien har svårt att attrahera psykiatrer, personalen är slutkörd, vi saknar vård-

platser och utsätts för ständiga omorganisationer. Områden som borde mätas för att fånga verklig kvalitet i vården verkar man mindre intresserad av. I öppna jämförelser skulle man t ex kunna undersöka i vilken utsträckning vi får relevant och återkommande obunden fortbildning, om vi behärskar sökning i databaser (för att inte vara hänvisade till halvgamla vårdprogram), om vi har utrymme för kliniska diskussioner för svåra fall och, för de yngre, om vi kan erbjuda regelbunden klinisk handledning.

Man borde också mäta personalomsättningen som ett mått på arbetsmiljön – arbetsglädje är nog en nödvändig förutsättning för att kunna erbjuda god vård. Med måttliga insatser skulle psykiatrien kunna vara en riktigt attraktiv arbetsplats.

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

REFERENSER

1. Regeringen. Utredning av den kliniska forskningens behov och villkor samt förslag till åtgärdsplan. Kommittédirektiv. Dir 2007:39.
2. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsregister inom psykiatri – Socialstyrelsens förslag till utveckling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. Fung CH, Lim YW, Mattke S, Damborg C, Shekelle PG. Systematic review: the evidence that publishing patient care performance data improves quality of care. *Ann Intern Med*. 2008;148:111-23.