

REPLIK TILL ÅKE THÖRN:

Kvalitetsregister behövs

Kvalitetsregister möjliggör lärande och ständigt förbättringsarbete samt bidrar till att öka kvaliteten i vården. Men det behöver utvecklas andra instrument som kan fungera som underlag för ekonomisk redovisning och finansiering av sjukvården.

Ake Thörn skriver i ett debattinlägg i Läkartidningen 21/2009 (sidorna 1494-5) att kvaliteten är en fråga för professionens omdöme och ifrågasätter att kvalitet överhuvudtaget kan mätas. Han efterfrågar Läkarförbundets syn och vill att vi besvarar frågan om huruvida kvalitetsregister kan värdera vårdkvalitet.

Vad är då vårdkvalitet? Är det patientens värdering eller är det de professionellas som gäller? Förhoppningsvis möts de båda.

I Sverige har många engagerade läkare drivit utvecklingen av kvalitetsregister inom olika specialiteter sedan 1970-talet som ett sätt att förbättra och utveckla kvalitet. I nuläget finns det ca 70 nationella kvalitetsregister, och fler är under uppbyggnad. De drivs av de professionella yrkesgrupperna, framför allt läkare, och får ekonomiskt stöd av sjukvårdshuvudmännen och staten.

Läkarförbundet och Läkarsällskapet startade 1992 Medicinska kvalitetsrådet, MKR, med syfte att stödja läkarkåren i arbetet med att mäta och utveckla kvaliteten i vården. Rådet medverkade

till att samordna kvalitets-säkringsarbetet och att sprida nationella och internationella erfarenheter. MKR tog initiativ till utarbetande av kvalitetsindikatorer och tog fram en översiktlig beskrivning av olika metoder för kvalitetsutveckling.

För att upptäcka vad som »döljer sig« bakom skillnader i kvalitetsredovisningarna kan det ibland vara nödvändigt att göra en extern granskning av kliniken eller vårdcentralen. Detta kan ske t ex genom en medicinsk kvalitetsrevision. Läkarförbundet och Läkarsällskapet bildade 2002 för detta ändamål Enheten för medicinsk kvalitetsrevision, EMK. Genom en sådan granskning ges kliniken eller vårdcentralen ytterligare ett redskap att använda i det interna kvalitetsarbetet för att kunna erbjuda befolkningen en god sjukvård på lika villkor över hela landet.

Kvalitetsregistren möjliggör lärande och ständigt förbättringsarbete samt bidrar långsiktigt till att öka kvaliteten i vården och minska både mänskligt lidande och samhällsliga kostnader. Självklart finns det delar av vårdens innehåll som inte går att registrera, men det betyder inte att man ska avstå från att registrera och mäta det som vi kan ha användning av. Vad som måste diskuteras är hur dessa fakta används.

Initialt var registren till för

professionens utvecklingsarbete, och i dag har de blivit ett oundgängligt hjälpmedel för oss att vidareutveckla vården. De har dock allt mer kommit att användas för sjukvårdshuvudmännens behov av att värdera innehållet i vården, vilket kan leda fel. Det behöver utvecklas andra instrument som kan fungera som underlag för ekonomisk redovisning och finansiering av sjukvården.

Jag tycker det är positivt med den öppenhet som nu finns kring redovisning av resultaten i registren och de öppna jämförelser som Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen redovisar. Jag är övertygad om att en ökad öppenhet om de processer och resultat som olika vårdgivare visar leder till ökad kvalitet och förbättrad vård för patienten. En god redovisning kräver givetvis att de data som ligger till grund för bedömningen är korrekta samt att redovisningen medföljs av en förklaring från professionen om vad de olika värdena står för.

»Självklart finns det delar av vårdens innehåll som inte går att registrera, men det betyder inte att man ska avstå från att registrera och mäta det som vi kan ha användning av.«

Att kvalitet skulle vara en fråga för enbart det individuella professionella omdömet håller jag inte med om. Det professionella omdömet är grundläggande för att kunna ge patienten god vård, men det måste kombineras med redovisning av fakta. Den professionella friheten grundas i att patienter och sjukvårdshuvudmän har tillit till och förtroende för professionen. Och genom att öppet visa vad vården innehåller genom registrering i kvalitetsregister kan vi förvissa andra om att vi ger en högkvalitativ och säker vård.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Mer debatt på webben

lakartidningen.se/debatt

Läkartidningen tar emot ett stort antal manus för publicering under vinjetten Debatt och Brev. Detta är glädjande men erbjuder också problem då utrymmet i tidningen är begränsat. För att hantera situationen har vi sedan tidigare infört läsarkommentarer på lakartidningen.se. Vi kommer nu därtill att i ökad omfattning publicera debattinlägg enbart på webben. I denna ruta upplyser vi om att det finns fler debattinlägg på lakartidningen.se/debatt

Jan Lind, debattredaktör

Överdiagnostik av hypertoni?

Bertil Jacobson

Replik till Lisbeth Stahre: Kognitiva inslag blir KBT i icke trovärdiga artiklar

Sven-Erik Johansson

I konsekvensens namn – inför cancern varning på vinflaskor

Robert Nilsson

Fetmaepidemin – vem har det strategiska ansvaret?

Karin Vågstrand, Stephan Rössner



EVA NILSSON BÅGENHOLM ordförande, Läkarförbundet
Eva.Nilsson.
Bagenholm@slf.se