»Vi anser ... att väl fungerande kvalitetsregister ger utmärkta möjligheter till klinisk forskning.«

kad arbetsbelastning för personalen som en bra utgångspunkt för dialog med patienten. Validerade instrument i kvalitetsregistret kan ge stöd vid bedömning och vara ett komplement vid uppföljning av behandlingen.

Att medverka i registrering ska alltså ge något tillbaka också till den enskilda behandlaren. Den nya tekniken för kvalitetsregistren kommer också att så långt det är möjligt anpassas för integration med datajournalsystem. Det kommer vidare att vara möjligt att göra tillägg av frågeuppsättningar för exempelvis forskning.

Susanne Bejerot betonar läkarens roll i sammanhanget [3]. Vi anstränger oss för att inte göra läkarens arbetsinsats större än nödvändigt. Läkarna har en unik roll och kunskapsbas, men det är samtidigt viktigt att erinra om att kvalitetsregistren är en angelägenhet för hela psykiatrin. Många yrkesgrupper gör en viktig insats i den psykiatriska vården, och den viktiga debatten om kvalitetsregistren bör föras i en vidare krets.

Flera av oss som företräder kvalitetsregistren inom psykiatrin är själva aktiva forskare och skulle naturligtvis gärna, liksom Bejerot [3, 5], se mer pengar till klinisk psykiatrisk forskning. Vi anser dock att väl fungerande kvalitetsregister ger utmärkta möjligheter till klinisk forskning. Ett aktuellt exempel är Stanleystudien [www.ki.se/stanley], som baseras på kvalitetsregistret för bipolära syndrom, BipoläR.

Det finns inga möjligheter, som Bejerot tycks tro [8], att i avgränsade kliniska forskningsprojekt upptäcka långtidsbiverkningar av läkemedel. Om Bejerot anser att frågan om centralstimulantias långtidseffekter är avgjord av hennes korttidsstudie av 133 patienter så förstår vi bättre varför hon inte ser nyttan med tusentals patienter som under decennier följs i kvalitetsregister.

Vi är dock medvetna om att bevisbördan när det gäller nyttan av kvalitetsregister ligger hos oss själva. Liksom all annan verksamhet måste kvalitetsregistren vara föremål för utvärdering och utveckling. Det innebär att vi också måste vara öppna för en dialog som får konsekvenser för kvalitetsregisterverksamheten. Uppfattas registren inte på några års sikt som nyttiga kommer vi att ha en låg täckningsgrad, och möter man detta med att tvinga verksamheter till inmatning så kommer kvaliteten på uppgifterna att drabbas.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Samtliga författare är företrädare för kompetenscentrum för kvalitetsregister och/eller registerhållare för kvalitetsregister.

REFERENSER

1. Järhult B, Engström S, Lindström K. Kan kvalitetsregister värdera vårdkvalitet? Läkartidningen. 2008;105:3452-5.
2. Järhult B. Registerentusiaster måste träda fram och ta sitt ansvar. Läkartidningen. 2009;106:446-7.
3. Bejerot S. Kvalitetsregister – hot mot vårdkvalitet, arbetsmiljö och klinisk forskning? Läkartidningen. 2009;106:986.
4. Agestam M. Kvalitetsregisterarbete ska tåla granskning. Läkartidningen. 2009;106:1289-90.
5. Bejerot S. De psykiatriska kvalitetsregistren bidrar inte till ökad kunskap om sjukdom och behandling. Läkartidningen. 2009;106:1290.
6. Thörn Å. Kvalitet – en fråga för professionens omdöme. Läkartidningen. 2009;106:1494-5.
7. Thernlund G. Är vi rädda för att resultaten inte ska vara de önskade? Läkartidningen. 2009;106:1496.
8. Bejerot S. Satsa på kunskap i stället för kontroll! Läkartidningen. 2009;106:1496.
9. Nilsson Bågenholm E. Kvalitetsregister behövs. Läkartidningen. 2009;106:1668.

Replik till Garellick m fl om kvalitetsregister:

Huvudfrågan är ännu obesvarad

Vi har inte ifrågasatt kvalitetsmätning. Men registerresultat duger inte för att betygsätta landsting, sjukhus eller vårdcentraler! Detta behöver deklareras tydligt för att undvika missuppfattningar och övertro på kvalitetsregisterdata och för att inte ge vanrykte åt kvalitetsmätning.

Vi blir glada när Göran Garellick m fl (GG) i LT 26–27/2009 (sidorna 1749-50) väljer att delta i debatten om kvalitetsregister. Vi instämmer i det mesta de skriver. Men vi saknar svar på den huvudfråga vi ställde i ett tidigare inlägg (LT 47/2008, sidorna 3452-5): Kan man med dagens kvalitetsindikatorer värdera/gradera/betygsätta vårdkvalitet vid sjukhuskliniker och vårdcentraler?

När stora datamängder av evidensbaserade kvalitetsindikatorer presenteras i tabeller och figurer ger de ett vederhäftigt intryck. Bland läkare, sjukvårdspersonal, administratörer, politiker och allmänhet har många fått uppfattningen att vårdkvalitet kan mätas och betygsättas via kvalitetsindikatorer. Ledande politiker »vill sammanställa några få mått som speglar vårdkvaliteten på vårdcentralerna och presentera dessa öppet så att invånarna får ett bättre underlag i sitt vårdval«. Man knyter också i många landsting ekonomisk belöning/bestraffning till utfallet i mätningar av kvalitetsindikatorer.

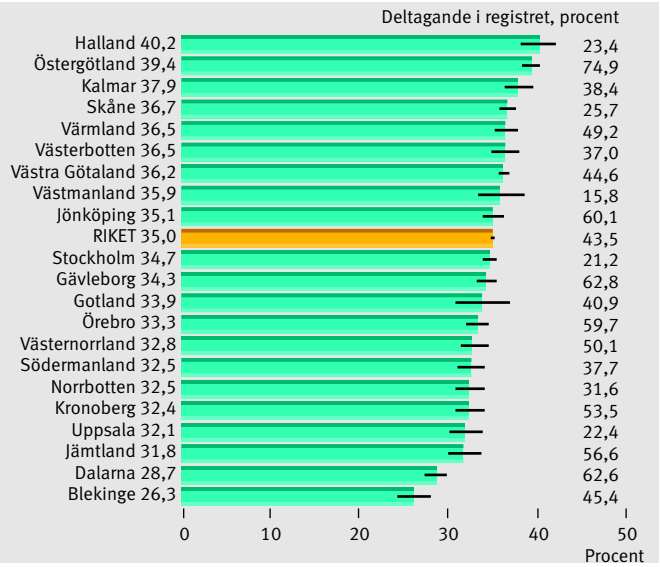
KJELL LINDSTRÖM
distriktsläkare, MD
kjell.lindstrom@lj.se

SVEN ENGSTRÖM
distriktsläkare, MD; ordförande i SFAM:s kvalitetsråd; båda vid Primärvårdens FoU-enhet i Jönköping

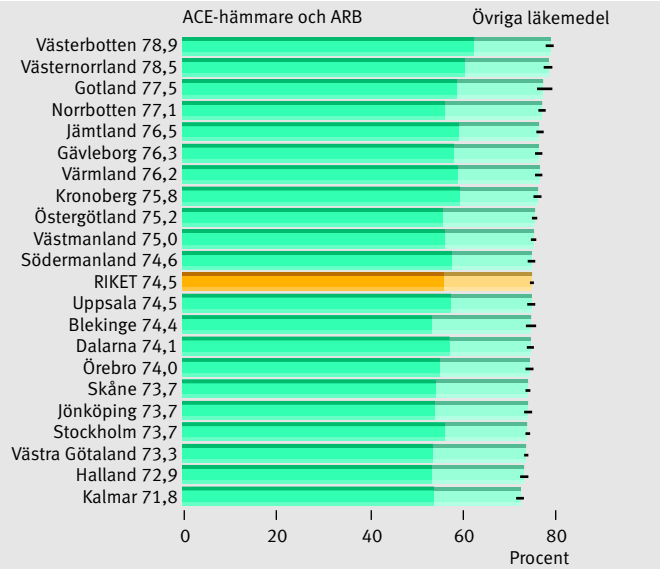
Detta är den verklighet vi lever i i dag. Vi menar att ansvaret för dessa missuppfattningar vilar på dem som presenterat data. Man har i för stor utsträckning i positiva ordalag talat om vad mätningarna visar men utelämnat viktig information om mätningarnas begränsningar.

Ett exempel på detta är ett diagram (Figur 1) hämtat från Öppna jämförelser 2008. Utfallet redovisas med en decimal, deltagandefrekvens anges och konfidensintervall är inritade på staplarna. Man förleds att tro att t ex Halland och Kalmar är duktiga på att behandla diabetikers blodtryck.När den noggranne läsaren vänder på bladet och får se nästa diagram (Figur 2) blir han mer tveksam. Är verkligen Halland och Kalmar duktiga på blodtrycksbehandling?

Författarna i Öppna jämförelser 2008 borde ha förklarat att angivna konfidensintervall är beräknade på enbart gruppernas storlek. Om man också beaktar de stora bortfallen blir »konfidensintervallen« många gånger större, vil-



Figur 1. Andel diabetiker i primärvård som når mål för blodtryck (≤130/80 mm Hg), 2007. Källa: Nationella diabetesregistret.



Figur 2. Andel diabetiker 18 år och äldre med blodtryckssänkande läkemedelsbehandling, 2007. Åldersstandardiserade värden. Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

ket gör att man inte på detta sätt kan betygsätta/gradera/jämföra blodtrycksbehandling av diabetiker i olika landsting. Det som ser enkelt ut är i själva verket mycket komplext och behöver förklaras.

Några registerhållare har föredömligt framhållit mätningarnas begränsningar [1]: »Att ranka sjukhusen enbart efter siffror i ett register kan bli väldigt missvisande«, »Om det så bara saknas 3 procentenheter kan ett sjukhus flyttas 20 platser«. Andra registerhållare har trots stora bortfall (Nationella diabetesregistret 50 procent, Riks-HIA 23 procent) i stället aggregerat diskutabla data till »kvalitetsindex« i syfte att betygsätta diabetesvård och hjärtsjukvård vid sjukhus och i landsting [2, 3].

Vi menar att det är viktigt att registerhållarna blir överens om mätningarnas möjligheter och begränsningar och även redovisar dessa vid presentation av registrens resultat.

Vi anser att öppna jämförelser är bra för att ge underlag för reflektioner och stimulera förbättringsarbetet. Vi har själva under de tre senaste åren arbetat med en motsvarande sammanställning av mätningar för de drygt 30 vårdcentralerna i Jönköpings län. Data från 13 olika områden (telefontillgänglighet, information och delaktighet, läkarkontinuitet, prioritering, medicinsk kvalitet, läkemedelsbehandling, förebyggande verksamhet, barnhälsovård, hemsjukvård, täckningsgrad, arbetsmiljö, läkemedelskostnad och personalkostnad) har sammanställts årligen och presenterats öppet för verksamheterna.

»Medicinsk kvalitet« har huvudsakligen värderats med hjälp av SFAM:s (Svensk förening för allmänmedicin) evidensbaserade kvalitetsindikatorer. Vi har värderat sammanlagt 13 diagnosgrupper (övre luftvägsinfektioner, nedre luftvägsinfektioner, distal urinvägsinfektion hos vuxen kvinna, tonsillit, astma, KOL, hjärtsvikt, förmaksflimmer, diabetes, hypertoni, depression, fetma och livsstilsintervention). Datainsamlingen har skett genom journalgranskning utförd av FoU-sköterskor. Sammanlagt har vid de drygt 30 vårdcentralerna mer än 15 000 journaler granskats.

Erfarenheterna från denna mycket omfattande datainsamling är att vårdcentralerna är olika bra på olika saker och att ingen är genomgående bättre eller sämre än någon annan. En handfull vårdcentraler avviker i negativ riktning när man aggregerar resultaten för medicinsk kvalitet, men detta kan förklaras av läkarvakanser, korttidsvikarier och läkare utan allmänläkarspecialitet. Tre vårdcentraler avviker i positiv riktning. Det stora flertalet vårdcentraler presterar kring medelvärdet, och vi har inte underlag för att påstå att den ena är bättre än den andra. Vi har förhoppningen att inom kort få redovisa våra erfarenheter mer utförligt i LT.

GG efterlyser i sitt inlägg ett primärvårdsregister som omfattar de vanligaste diagnoserna. Det heter ‹www.pvkvalitet.se› och finns sedan 2006. Det har utvecklats i sydöstra sjukvårdsregionen men är sedan mars 2008 tillgängligt nationellt tack vare stöd från Strama (Samverkan mot antibiotikaresistens) och SFAM. I dagsläget ingår åtta vanliga diagnoser, och 150 vårdcentraler från hela landet har registrerat drygt 16 000 patienter. Registerhållare är Sven Engström, Jönköping.

Sammanfattningsvis tycker vi att man måste visa stor ödmjukhet vid presentation av resultat från kvalitetsregister. Det krävs omfattande och säkra underlag innan man kan betygsätta vårdkvaliteten vid sjukhus och vårdcentraler. Betygsättning på osäkra grunder ger tyvärr dåligt rykte även åt det viktiga mätandet i förbättringsarbetet. Detta är ett nytt och svårt område där kunskaper och erfarenheter är begränsade även bland oss »entusiaster«.

Det är angeläget att debatten fortsätter för att alla ska förstå svårigheterna och för att man framöver ska kunna uppnå konsensus. Som ett första steg tycker vi det vore av utomordentligt stort värde om GG-gruppen med sin höga kompetens och sitt goda anseende kunde deklarera ett gemensamt ställningstagande i vår huvudfråga.

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

REFERENSER

1. Ohlin E. Ranka efter register kan bli missvisande. Läkartidningen. 2008;105:1640.
2. NDR Årsrapport – 2008 års resultat. https://www.ndr.nu/pdf/Arsrapport_NDR_2009.pdf
3. Stenestrand U, Lindahl B, Wallentin L. Hjärtinfarktvården kraftigt förbättrad 1995–2005. Läkartidningen. 2007;104:1580-3.