SLUTREPLIK TILL EVA NILSSON BÅGENHOLM OM KVALITETSREGISTER:

Brist på problematisering underblåser felaktig bild

Jag uppskattar att Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm (ENB) kommenterade [1] funderingarna i min artikel [2] om kvalitet och professionellt omdöme. Jag inser då att jag inte tillräckligt framhöll att kvalitetsregister är viktiga för uppföljning, forskning, medicinsk utveckling och lokalt förbättringsarbete inom sjukvården. Liksom ENB tycker jag att de blivit ett oumbärligt hjälpmedel för att vidareutveckla vården.

Vi har också gemensamt uppfattningen att »det professionella omdömet är grundläggande för att kunna ge patienten god vård, men det måste kombineras med redovisning av fakta« [1]. Eftersom jag förmodligen var alltför otydlig på den punkten är jag glad att ENB:s svar ger mig tillfälle att klargöra.

När det professionella omdömet tillämpas i den praktiska, alltid konkreta vårdsituationen med en enskild människa i fokus måste läkaren väga in, tolka och värdera i kombination med »redovisning av fakta«, det vill säga med den evidensbaserade kunskap som gäller på området för den som behandlas och vårdas. Det goda professionella omdömet sätter alltså, bland mycket annat, in den kunskap som de stora kvalitetsregistren skapar i varje enskild patients specifika sammanhang. I den avstämningen eller syntesen skapas vårdkvalitet, inte i registren.

ENB uttrycker i sitt svar på min artikel farhågor för att sjukvårdshuvudmännens ökade användning av kvalitetsregistren till att värdera innehållet i vården »kan leda fel«. Också den uppfattningen delar jag. Det är detta som är kärnan i all kritik mot kvalitetsregistren: de kan inte

»... de har fel när de menar att denna kunskap kan utvecklas till mått på vårdkvalitet och därför utnyttjas i adminstrativt ekonomiska syften ...«

användas för att värdera vårdkvalitet, och när så sker leder de till en övervakande byråkrati, försämrad vårdkvalitet, beskuren frihet för vårdanställda och minskad plats för kreativitet.

Jag ser uppenbarligen allvarligare på denna risk än vad ENB och de registeransvariga, som nyss klargjort sin uppfattning om kvalitetsregistrens betydelse för effektivitetsmått i vården [3], gör. De registeransvariga kan vara stolta över kunskapen som kommit fram genom deras register, men de har fel när de menar att denna kunskap kan utvecklas till mått på vårdkvalitet och därför utnyttjas i adminstrativt ekonomiska syften för värdering av vårdens effektivitet.

Registren har inflytelserika företrädare och stöds av tunga myndigheter och organisationer [1, 3]. Det gör att de ofta upprepade budskapen om deras förtjänster som effektiva vårdkvalitetsmått får stark genomslagskraft. Tillskyndarna problematiserar inte, och de blundar för den evidensbaserade medicinens (EBM) begränsningar, som ändå tydligt har lyfts fram av Kjell Asplund, tidigare generaldirektör för Socialstyrelsen och styrelseordförande för SBU. I Läkartidningens artikelserie om EBM skrev han [4] att om man bortser från den evidensbaserade medicinens begränsningar riskerar man två förskjutningar. Den ena: »Sjukvården blir riktlinje- och algoritminriktad, styrd av fakta som gäller grupper av patienter till förfång för individens värde – patientens lika väl som doktorns.« Den andra: »Fokus förflyttas, på gott och ont, från det som är till gagn för den individuella patienten till samhällsnyttan.«

Denna kvalitetsregistrens icke problematiserade ensidighet är farlig för en genuint god vårdkvalitet för enskilda patienter. Den bidrar till tanken att det existerar en möjlig perfektion i form av ett ständigt rationellt handlande byggt på mät- och vägbara storheter och rätlinjiga samband.

Frånvaron av problematisering underblåser en felaktig bild av medicinsk verksamhet som något exakt som det alltid går att planera för på ett tekniskt och ekonomiskt rationellt sätt. Följande fall illustrerar en otäck, men logisk, följd av vårdsystem som domineras av sådana rationalitetssträvanden:

För att främja effektiviteten gav företaget Medhelp AB, som driver telefonrådgivningen i Stockholm, sina sjuksköterskor en lönebonus om de klarade rådgivningen på kort tid (DN 2009-05-13). Bakom denna idé kan bara ligga uppfattningen att professionella tekniker korrekt kan värdera medicinska händelser/sjukdomar helt på basen av distansöverförd information och med detta underlag ge god vårdkvalitet.

Föräldrarna till en treåring hade några gånger under en kväll talat med rådgivningen och fått rådet att vänta; barnet dog i tarmvred. Chefläkaren på Stockholms hälso- och sjukvårdsnämnds förvaltning, som upphandlat Medhelps tjänster, säger: »Det vi bryr oss om är att de levererar enligt avtal. Vi vill ha en hög tillgänglighet och vi mäter på olika sätt att de håller en bra kvalitet.« (DN 2009-05-13.)

Med utgångspunkt i detta tragiska fall analyserade och diskuterade kirurgen Nisse Simonson nyligen det underliggande vårdorganisatoriska tänkandet i en krönika i Dagens Medicin. Han avslutade med att framhålla att priset för denna sorts system är att några barn kommer att dö [5].

Alla läkare vet att det är så. Vårdkvalitet skapas i varje enskilt patientfall, den bästa i direkta kliniska möten. Den skapas genom att man med gott professionellt omdöme väger och värderar kunskap i förhållande till det enskilda fallets särdrag och sammanhang. Det kräver tid, och den tiden måste läkarkåren sträva efter att återta [6, 7].

Åke Thörn
specialist i allmänmedicin, företagshälsovård, yrkes- och miljömedicin; med dr, Luleå
pakethorn@telia.com

REFERENSER

1. Nilsson Bågenholm E. Replik till Åke Thörn: Kvalitetsregister behövs. Läkartidningen. 2009;106:1668.
2. Thörn Å. Kvalitet – en fråga för professionens omdöme. Läkartidningen. 2009;106:1494-5.
3. Garrellick G, Lindahl B, Gudbjörnsdottir S, Lindblad S, Lundström M, Spångberg K, et al. Debatten om Nationella Kvalitetsregister: Kritiken visar behov av ökade kunskaper om registrens syfte. Läkartidningen. 2009;106:1749-51.
4. Asplund K. Den evidensbaserade medicinen är nödvändig men inte tillräcklig. Läkartidningen. 2001;98:3898-901.
5. Simonson N. Priset för telefonrådgivning är att några barn kommer att dö. Dagens Medicin 2009;(25):20.
6. Ek M. Tid till reflexion. Vi borde ha råd med »slow medicine«. Läkartidningen. 2009;106:489.
7. Adami J, Lagergren J, Tsai L. Hur ska vi återta professionalismen i läkaryrket? Läkartidningen. 2001;98:4480-3.