

Hälsodataregistren nödvändiga för uppföljning av kvaliteten i sjukvården!

Hälsodataregistren utgör ryggraden i en nationell rapportering av kvalitet i sjukvården, framhåller företrädare för Socialstyrelsen.

Läkartidningen 35/2009 (sidorna 2121-4) redovisar Britta Rytberg och medförfattare en ambitiös journalgranskning för ett urval patienter med registrerad hjärtinfarkt i det patientadministrativa systemet (PAS) i Örebro. Anledningen är de förhållandevis höga dödstalen efter hjärtinfarkt som redovisats i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet [1] för Örebro län. Avsikten med granskningen har varit att validera uppgifterna i PAS då dessa ligger till grund för det nationella patientregistret, som i sin tur används för jämförelser av dödligheten efter infarkt som redovisats i Öppna jämförelser.

Ett syfte med Öppna jämförelser är att ge incitament till förbättringar i vården. Publicering av data genom Öppna

MAX KÖSTER

ansvarig för hjärtinfarktstatistiken; arbetsgruppen för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet max.koster@socialstyrelsen.se

RICKARD LJUNG

leg läk, med dr; arbetsgruppen för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet

ANDERS ÅBERG

enhetschef; styrgruppen för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet;

MONA HEURGREN

enhetschef; styrgruppen för Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet; samtliga vid Socialstyrelsen

jämförelser kan också generera bättre kvalitet i registren. Initiativet till granskning som tagits av Örebro landstinget är därför välkommet. Andra landsting och kliniker borde bli inspirerade att följa detta goda exempel. Det är ett steg mot en bättre registrering och rapportering av vad som görs inom vården. Såväl för uppföljning av kvalitet som för epidemiologiska analyser är det av stor vikt att rapporterade diagnoser är välgrundade och valida. Ytterst är kvalitetssäkrade uppgifter i journaler och register en patientsäkerhetsfråga.

Däremot håller vi inte alls med om författarnas slutsats att patientadministrativa datasystem inte duger som underlag för Öppna jämförelser. I stället anser vi att resultaten av journalgenomgången i Örebro pekar ut angelägna förbättringsområden för dokumentation av patientsjukdomstillstånd och kanske även vårdens kvalitet inom detta landsting.

Granskningen i Örebro kom fram till att hos totalt 5 procent av hjärtinfarktpatienterna som vårdades i länet år 2005 kunde infarkten inte verifieras i journal. Andelen felaktiga eller ej verifierbara diagnoser var särskilt stor vid andra kliniker än kardiologiska och medicinkliniker. En större andel ej verifierbara diagnoser fanns också bland de patienter där hjärtinfarkt registrerades som bidiagnos.

En rimlig slutsats är väl att

registreringen av diagnos och diagnoskod i det egna patientadministrativa systemet bör förbättras och ska gå att verifiera i journal. Författarna rekommenderar också att man vid misstänkt hjärtinfarkt konsulterar en kardiolog för att säkra diagnosen i journalen. Detta är en betydligt bättre hantering av problemet än att döma ut patientregistret som verktyg för uppföljning.

Patientregistret vid Socialstyrelsen har i dag till uppgift att samla in uppgifter om all den vård som bedrivs vid sjukhus och om all läkarvård som ges vid specialistmottagningar i öppen vård. Uppgifterna är utdrag ur respektive landstings patientadministrativa system.

Insamlingen av data görs oavsett vilken klinik eller vilken specialitet som bedriver vården. Att infarktpatienterna i patientregistret på detta sätt får en stor andel äldre, multisjuka och vårdade utanför hjärtintensivvårdsavdelning (HIA) eller »hjärtvårdande klinik« är klart men speglar ju också verkligheten. Om vi begränsar mätningarna till att omfatta endast patienter under 80 år och utan multisjuklighet, hur ska vi då handskas med att beskriva vårdkvaliteten för den stora gruppen äldre multisjuka infarktpatienter?

Avgränsningar kan förstås diskuteras, men varje sådan avgränsning genererar nya frågeställningar. Exempelvis organiseras vården på olika sätt i landet, och kliniker med samma benämning har därmed olika patientsammansättning i olika landsting. Att som föreslagits förlita sig på endast kvalitetsregistret Riks-HIA introducerar nya problem med att få till jäm-

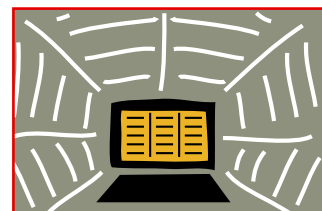


Illustration: Airi Illiste

Spindeln i nätet för vårdkvalitet.

förbara populationer. Johan Herlitz m fl har i Läkartidningen tidigare konstaterat att kriterierna för inklusion i Riks-HIA kan variera i landet [2]. Fördelen med patientregistret är just att det inkluderar alla patienter i Sverige och att man därmed kan göra avgränsningar och andra justeringar nu och historiskt utifrån de beslut som fattas om det lämpligaste sättet att mäta kvalitet.

Till patientregistret är rapporteringen obligatorisk och regleras i särskild förordning. Vårdgivarna/huvudmännen är ansvariga för att vården dokumenteras och rapporteras på ett korrekt sätt i enlighet med nationellt regelverk.

Nationella register är en förutsättning för att kunna följa upp sjukvården på ett sammanhållet och enhetligt sätt. De nationella obligatoriska registren har förutsättningarna att ge en helhetsbild av sjukligheten i befolkningen på ett unikt sätt. Hälsodataregistren utgör därmed ryggraden i en nationell rapportering av kvalitet i sjukvården.

REFERENSER

- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet 2008. Stockholm: Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
- Herlitz J, Dellborg M, Karlsson T. Långtidsprognos vid hjärtinfarkt sämre än väntat. Studie av en population sjukhusvårdade infarktpatienter ger nya perspektiv. Läkartidningen 2008; 105:1289-94.