

Kloka kvalitetsregister kräver fler allmänläkare

Det är många som i dag vill föra ut ofta monodiagnostiska register och vårdprogram i primärvården. Som läget är nu går utvecklingen ibland både fort och fel. Rent fackligt går det heller inte att bortse från att registrering tar tid och resurser i anspråk. Vi måste bli fler allmänläkare innan kloka register kommer att fungera fullt ut.

Den medicinska kvalitetsdebatten pågår för fullt. Många medicinska aktörer behöver data för uppföljning av vård och vårdprogram. Samtidigt söker våra uppdrags- och arbetsgivare kvalitets- och uppföljningsindikatorer gällande verksamheter, organisationsmodeller, kund- och brukarperspektiv. Alla har sina skäl till varför registrering av data har sitt specifika värde utifrån ett väl definierat och avgränsat perspektiv. Skälen till registreringen är i allas ögon goda, och det finns inga som helst invändningar mot de goda syften som ligger bakom registren och kvalitetsuppföljningarna. Att registrera förefaller vara ett tecken på att man är ansvars-kännande och mån om patienterna. Allt är gott i denna goda värld, men frågan är i väldigt hög grad: Vad är det för en värld?

En grundläggande fråga i det medicinska perspektivet är: Vad är kvalitet? Svaret är olika beroende på vilken stol man sitter på: slutenvårdsstol, primärvårdsstol, cancervårdsstol, osteoporosstol osv. De olika medicinska vårdprogrammen och kvalitetsregistren beskriver alla var sin ideala modell som är anpassad utifrån varje diagnos eller sjukdomsgrupp.

Det gör att Öppna jämförelser, Nationella diabetesregistret, Riks-HIA m fl beskriver världen och agerar utifrån ett synsätt som i hög grad tar hänsyn till den specifika diagnosens medicinska

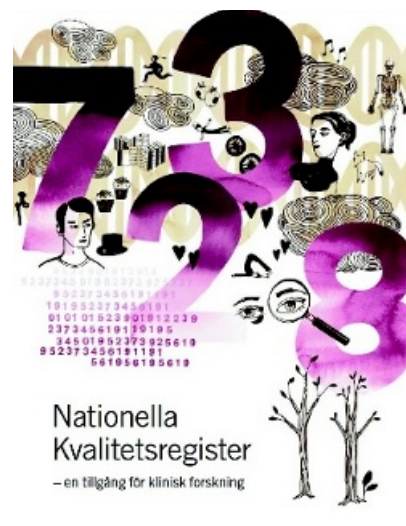
behov och utifrån specifika parametrar och mått.

Problemen med detta synsätt belyses väl i Britta Ryttsbergs och medarbetars artikel i Läkartidningen 35/2009 (sidorna 2121-4). Utifrån den lokala analysen av de siffror som presenterats i Öppna jämförelser gällande hjärtsjukvård lyfter författarna fram flera problem inom den berörda slutenvården som behöver belysas och diskuteras och som i förlängningen troligen blir ännu större om man extrapolerar problematiken ut till primärvården.

Artikelförfattarna pekar på en ganska påtaglig grad av komorbiditet och andra diagnoser som störde resultatet. Huvuddiagnos eller bidiagnos måste hanteras olika. En annan dimension i diskussionen är att man väger in patientens fysiska, psykiska och sociala livssituation, t ex hög ålder, för att skapa perspektiv på resultatet. En tredje nivå i artikeln som behöver tas fram var också vårdens helhetsbedömning av situationen som påverkade utfallet, i detta fall beslutet om »Ej HLR« för den enskilda patienten.

Artikeln olik aspekter gällande diagnos + patientens livssituation + vårdens helhetsbedömning är exempel på variabler som skapar ett utfall för patienten som inte är anpassat till ett monodiagnostiskt vårdprogram eller kvalitetsregister. Att inte ha vägt in och tagit hänsyn till dessa variabler och de olika utfall som kan skapas gör att kvalitetsregisterdata och monodiagnostiska vårdprogram tills vidare måste ifrågasättas i många situationer.

Vårdprogram, kvalitetsregister och kvalitetsredovisningar styr verksam-



Resurser och avsatt tid för registrering måste finnas, annars får patienten betala med sämre kvalitet i slutändan, anser DLF:s ordförande Ove Andersson.

hetens arbete på flera sätt. Primärt måste verksamheten börja anpassas efter de formella eller informella krav som dessa register ställer för att få in korrekta data på ett korrekt sätt så att register och uppföljningssystem är så tillförlitliga som möjligt. Det förutsätter att verksamheterna i detta avseende på alla sätt hanterar patienter, information och datainhämtning på ett likartat sätt och helst också med beaktande av vilka register som är aktuella för varje unik patients sjukdom och kontaktsorsak. Till detta ska sedan verksamheten sekundärt anpassa sig till resultaten av de olika vårdprogram som blir följden av registreringen. Med detta sätt att hantera vår verklighet skapas en utveckling där patienten alltmer ska finnas till för sjukvården och inte tvärtom. Patienten måste anpassas till de medicinska kvalitetskrav som register och vårdprogram påbjuder. Speciellt om det till denna utveckling knyts ekonomiska incitament, kvalitetsersättningar m m.

Men behövs inte vårdprogram och kvalitetsindikatorer? Jo, självklart. Patienterna har rätt att kunna få information om kompetens, resultat och service



OVE ANDERSSON
ordförande i Svenska
distriktsläkarföreningen
ove.andersson@lul.se

inom olika områden. Forskning och medicinsk utveckling är mycket viktigt för vår professionella utveckling. Utgångspunkten måste dock vara system som avspeglar den medicinska kvaliteten för patienten utifrån en helhet.

Debatten och utvecklingen måste därför bygga på att det skapas kvalitetsystem som primärt mäter kvalitet utifrån individens och vårdens perspektiv tillsammans. Det som är god kvalitet och vård avseende en enskild diagnos är nödvändigtvis inte detsamma som en optimal vård för en enskild individ. Multisjuklighet (flera diagnoser), multifarmaci och biverkningar är ofta påtagliga exempel på problem som stör ur det ofta monodiagnostiska perspektivet som finns i dessa diskussioner.

Just nu finns många intressenter som på bred front vill föra ut ofta monodiagnostiska register och vårdprogram till primärvården i kvalitetens namn. Som läget är nu går utvecklingen ibland både fort och fel. Fortfarande vet vi inte om denna utveckling egentligen gör någon nytta. Inget vetenskapligt stöd finns för att deltagande i kvalitetsregister leder

»Inget vetenskapligt stöd finns för att deltagande i kvalitetsregister leder till bättre kvalitet. Vårt råd till dessa intressenter är att besinna sig, samordna sig och starta om.«

till bättre kvalitet. Vårt råd till dessa intressenter är att besinna sig, samordna sig och starta om. Gärna med en stor del allmänkompetenta, ej specifikt registerdiagnoskompetenta, allmänläkare som deltar i detta arbete. Bra mått måste tas fram som vi kan vara eniga om. Måtten bör också ta hänsyn till vår normala kliniska vardag, inklusive dokumentering, och inte vara mått som i princip okritiskt förs in i vår kliniska vardag som datahantering endast för »kvalitetens« (registrens) skull.

Rent fackligt går det heller inte att undvika den oundgängliga aspekten att registrering tar tid och resurser i anspråk. Detta belystes också väl i ett

reportage om en kirurgkollega i samma nummer av Läkartidningen (35/2009, sidorna 2112-5). Ökad registrering, vilket i dessa sammanhang förefaller okritiskt synonymt med ökad kvalitet, tar tid. Resurser och avsatt tid måste finnas, annars får patienten betala med sämre kvalitet i slutändan. Allt mindre tid till direkt patientkontakt kommer att finnas i en primärvård som redan nu skärskådas för att det går åt för mycket tid för annat än att träffa patienter. Datainhämtning kräver mer tid med patienten och mer tid efteråt för dokumentering.

För att undvika att tillgängligheten och patientens behov riskerar att offras på kvalitetens altare måste det för alla inblandade vara helt klart att vi måste bli fler allmänläkare innan kloka kvalitetsregister kommer att kunna fungera fullt ut.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

Fler debattinlägg på sidan 2474.