

Het debatt om kvalitetsregister i primärvård

Frågan om huruvida kvalitetsregister i primärvården kräver särskilda indikatorer fick debatten att hetta till när kvalitetsregistrens roll i vårdcentralernas förbättringsarbete diskuterades på riksstämman.

Innan man har svarat på frågan vilket syftet är med kvalitetsregister går det inte att säga hur de ska utformas, eftersom det inte är säkert att ett och samma register kan användas för alla syften. Det hävdade Kjell Lindström, distriktsläkare i Jönköping och moderator för symposiet, och föreslog därför fyra syften som han bad panelens deltagare att rangordna i viktighetsgrad: internt förbättringsarbete, redovisning av vårdens kvalitet utåt, att följa vårdens utveckling genom exempelvis öppna jämförelser samt att ge underlag för forskning.

Det rådde i stort sett enighet om att den interna utvecklingen är viktigast, medan redovisningen utåt är minst viktig.

Soffia Gudbjörnsdottir, föreståndare för Nationella diabetesregistret, värjde sig dock lite mot frågan.

– Det viktiga är att förbättra vården, allt annat är bara en diskussion man kan roa sig med.

Hon poängterade dock att det är viktigt att man inte överlastar registren och att man håller nere antalet indi-

katorer. Göran Garellick, föreståndare för Höftprotesregistret instämde i detta. Att registren därmed inte blir lika användbara för forskningen är något man får acceptera:

– Kvalitetsregistren ska i första hand vara hypotesgenererande, menade han.

Sven Engström, allmänlä-



Annika Eklund-Grönberg påpekade att primärvården behandlar patienter medan slutenvården behandlar sjukdomar.

kare i Gränna och ordförande i SFAM:s kvalitetsråd, tog upp frågan om hur offentliga registren ska vara, särskilt med tanke på det fria vårdvalet.

– Om syftet är det interna utvecklingsarbetet är man mest intresserad av det som är dåligt. Men om man kommer ut med dåliga data kan man hamna illa till i vårdvalet. Det blir besvärligt i en kommersialiserad primärvård.

Göran Garellick trodde dock inte på något »hemlighållande«.

– Om det ska bli tryck i förändringsarbetet måste det finnas en transparens. Vi har sett otaliga exempel i de etablerade kvalitetsregistren, där man ett år hamnat på en låg position och redan året därpå höjt sig ordentligt genom aktivt förändringsarbete.

Detta fick Kjell Lindström att initiera en handuppräkring, där publiken tillfrågades om man trodde att den egna rapporteringen till kvalitetsregister skulle påverkas, ifall bra resultat skulle kunna ge mer pengar eller om resultaten skulle redovisas i öppna jämförelser med andra vårdgivare. En majoritet av publiken trodde det.

Cecilia Björkelund, allmänläkare vid Göteborgs universitet och Strömstad, ansåg att det råder brist på evidensbaserade kvalitetsindikatorer för primärvården.

– Kvalitet är olika saker i primärvård och i sjukhus-

vård. Medicinska indikatorer är viktiga, men det finns även andra, som kontinuitet, tillgänglighet och närhet. Det råder en brist på bra kvalitetsindikatorer för primärvården. Sådana måste forskas fram, och det är primärvården som måste göra det.

Detta fick Claes-Göran Löfdahl, överläkare vid Universitetssjukhuset i Lund, att fråga vad det är för evidensgrund som ligger bakom påståendet man inte kan använda samma indikatorer som i de befintliga registren, som utvecklats inom sjukhusvården.

– Om vi strävar efter hälsa måste vi söka efter parametrar som relaterar just till patientens hälsa, inte vilken vårdorganisation patienten befinner sig i.

Annika Eklund-Grönberg, tidigare ordförande i SFAM, tyckte att diskussionen var »frustrerande«.

– Vi som jobbar inom primärvården vet att det är olika saker vi mäter. Ni inom sjukhusvården mäter sjukdomar, medan vi behandlar och mäter patienter. Har man en patient med både KOL, diabetes och hjärtinfarkt är det inte så lätt att få ihop alla variabler. Att behandla diabetesen perfekt kanske förvärrar behandlingen av något annat och framför allt hur patienten mår. Vi vill inte vara besvärliga, men det är vår verklighet.

Michael Lövrup

nade att ett viktigt skäl till att socialministern och folkhälsoministern båda är starkt positiva till öppna jämförelser är förhoppningen att informerade patientval ska kunna driva på kvalitetsutvecklingen i vården.

– Då bör man mäta på den lägsta produktionsnivån. Men det förutsätter en feltolerant organisation, där man mäter inte för att hänga ut utan för

att förbättra. Det kräver en kulturrevolution, som även inbegriper medierna.

Motargumentet mot att bryta ner data på kliniknivå är att patientunderlaget, den så kallade casemixen, ser olika ut och att jämförelsen därför blir missvisande.

Göran Garellick framkastade en i mångas öron säkert hädisk tanke:

– Vissa kliniker, som universitetskliniker, kanske ska ha en tyngre casemix och ändå förväntas klara sig lika bra.

Eva Nilsson Bågenholm påpekade att SKL inte är de enda som redovisar resultat-siffror från vården öppet. Webbplatsen Omvård.se, som bygger på SKL:s uppgifter, har redan lanserats, och det lär komma fler.

– Kommer vi i slutändan att mäta den enskilda doktorn i öppna jämförelser?

För Göran Garellick var det en utesluten tanke.

– Vi har över 98 procents täckningsgrad i vårt register. Skulle vi redovisa enskilda kirurger skulle vi få en täckningsgrad som inte är mätbar.

Michael Lövrup