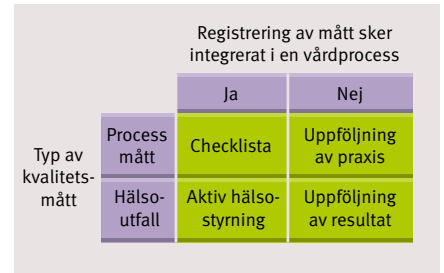


Kvalitetsregister – kejsare utan kläder?

Kvalitetsregister och öppna jämförelser har fått en viktig roll i uppföljning och utvärdering av hälso- och sjukvården, men saknar vetenskapligt stöd. I artikeln presenteras en modell som identifierar fyra olika användningsområden för kvalitetsregister. Syftet är att ge en ökad förståelse för var och hur register kan fylla en funktion.



Figur 1. Modell för identifikation av kvalitetsregisters användningsområden.

Nationella register har kommit att bli en omdiskuterad fråga inom sjukvården, och debatten har varit återkommande i bland annat dagspress [1-7]. Kritiska röster hörs främst bland allmänläkarna som menar att registren medför ökad administration, riskerar patientintegriteten och försämrar patient-läkarrelationen.

Till registerförespråkarna hör Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och landsting, Socialdepartementet och i viss mån även akademien och industrin. De ser möjligheter att genom register kunna mäta och jämföra vårdgivare för att på så sätt öka kvaliteten i vården, minska vårdskador och underlätta för klinisk forskning. Ambitionerna har höjts successivt, och under hösten 2012 lanserades ett nytt internationellt samarbete, International Consortium for Health Care Outcome Measurement, som ska vara »en icke vinstdrivande organisation med syftet att internationellt förena alla de bästa ansträngningarna att mäta sjukvårdens resultat« [8].

I stället för en diskussion om var och hur register kan användas i utveckling av hälso- och sjukvården har debatten snarare kommit att handla om registers vara eller inte vara. Syftet med denna artikel är att nyansera bilden av register och deras användning i jämförelser, men också att presentera en modell som kan utgöra stöd i den fortsatta diskussionen och utvecklingen av register.

Sedan 2006 har registerdata årligen presenterats i rapporten »Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens effektivitet och kvalitet« [9]. Förespråkarna hävdar att Öppna jämförelser är »nödvändigt för att skapa en jämlik häl-

so- och sjukvård av hög och jämn kvalitet i hela landet« [10]. Myndigheten för vårdanalys har dock intagit en mer försiktig inställning till publicering och jämförelse av registerdata. I rapporten »Grönt ljus för Öppna jämförelser?« [11] konstaterar myndigheten att Öppna jämförelser har »stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården«, men samtidigt är »jämförelserna otillräckliga för att användas i det löpande verksamhetsnära förbättringsarbetet«. Man finner heller inget tydligt stöd för att publika jämförelser av registerdata skulle leda till förbättrade resultat i hälsoutfall, även om det finns enskilda solskenshistorier.

Slutsatserna baseras delvis på en Cochrane-sammanställning från 2011 [12]. Sammanställningen fann endast ett fåtal studier om publik publicering av kvalitetsmätt, och trots att det fanns tecken på att det lokala kvalitetsarbetet prioriterades saknades övertygande stöd för att offentlig publicering skulle leda till bättre medicinska resultat.

Registerförespråkarna, däremot, tar det faktum att hälso- och sjukvården förbättrats sedan införandet av Öppna jämförelser som ett bevis för att jämförelserna har varit viktiga för hälso- och sjukvårdens utveckling. Men hälso- och sjukvården förbättrades redan före 2006, och det saknas stöd för att hävda att Öppna jämförelser skulle ha accelererat en redan underliggande positiv trend.

Det kanske mest uppmärksammade måttet på hälso- och sjukvårdens kvalitet är dödlighet i hjärtinfarkt, som mäts i registret för hjärtintensivvård (RIKS-HIA). Baserat på statistik från Patientregistret och Dödsorsaksregistret går det dock inte att se någon effekt av Öppna jämförelser införande på dödlighet efter hjärtinfarkt utöver en redan nedåtgående trend [13].

Givetvis kan RIKS-HIA ha bidragit till den sjunkande dödligheten redan innan data började offentliggöras, men

några studier kring detta har inte kommit till artikelförfattarens kännedom. I stället visar en jämförelse mellan RIKS-HIA och motsvarande statistik från Frankrike, där mätningar av dödlighet endast har utförts under en månad vart femte år, att trenden med sjunkande dödlighet för HIA-vårdade patienter har varit likvärdig. 1995 var 30-dagarsdödligheten efter vård på en hjärtintensivavdelning 15,4 procent i RIKS-HIA och 12,9 procent i Frankrike. 2010 hade dödligheten minskat till 3,7 procent i RIKS-HIA och till 3,9 procent i Frankrike [14, 15]. Kvalitetsregister kan därmed inte med självklarhet tillskrivas den positiva trend för dödlighet efter hjärtinfarkt som vi sett i Sverige.

Data från kvalitetsregister bör också tolkas med viss försiktighet då den som blir utvärderad också kan välja vilka patienter som ska inkluderas i ett register, vilket kan få stora effekter på slutresultatet. I den statliga utredningen »Guldgruvan i hälso- och sjukvården« [16] framhålls Halmstad och Värmland som lyckade exempel på hur kvalitetsregister bidragit till en halvering av dödlighet efter hjärtinfarkt, vilket stämmer när data hämtas från RIKS-HIA. Om utfallet i stället baseras på patient- och dödsorsaksregistren syns en blygsam nedgång i 28-dagarsdödlighet från 33,9 till 33,5 procent i Värmland. Inga sjukhusspecifika siffror finns för Halmstad, men för Halland som helhet ökade i stället 28-dagarsdödligheten från 30,0 till 31,0 procent för 2006 då dödligheten skulle ha halverats. Utredningen »Guldgruvan i hälso- och sjukvården« ligger till grund för den satsning på kvalitetsregister som nu sker.

Att blint fokusera på enskilda kvalitetsmätt kan få både absurda och negativa konsekvenser, vilket även Myndigheten för vårdanalys varnar för. Stockholms läns landsting införde 2009 vårdval för höft- och knäoperation, där vårdgivare får en ersättning per ingrepp som också ska täcka kostnader för eventuella komplikationer. Komplikationsfrekvensen vid denna typ av operationer är dock låg, för höftoperationer en-



JOHAN EJERHED
legitimerad läkare, civilekonom,
ST-läkare, medicinkliniken,
Danderyds sjukhus
johan@rememdiem.se

dast 1,8 procent i riket som helhet [17]. Med en så låg komplikationsfrekvens spelar slumpmässiga variationer större roll än skillnader i vårdkvalitet, vilket i slutändan innebär att också vårdgivarens eventuella vinst beror på slump. Detta torde snarare stimulera till en medveten selektion av patienter med låg risk för komplikationer än en satsning på egna kvalitetshöjande åtgärder.

Ersättningsystemens koppling till kvalitetsregister kan även påverka vårdens kvalitet negativt. Vid misstanke om protesinfektion är det mer ekonomiskt fördelaktigt för vårdgivaren att välja konservativ behandling med antibiotika i stället för tidig kirurgisk intervention, trots att det senare kan vara att föredra [17]. På detta sätt hålls andelen reoperationer nere, och vårdgivaren framstår i bättre dager, trots att det kan ha resulterat i sämre vårdkvalitet.

Med tanke på hur bristfälligt det vetenskapliga stödet för nyttan av register och publika jämförelser är förefaller de stora pågående satsningarna som anmärkningsvärda. Om Socialstyrelsen hade behandlat kvalitetsregister och Öppna jämförelser på samma sätt som läkemedel eller medicintekniska produkter hade man troligen, med tanke på de potentiella fallgroparna, varnat för en okritisk användning av registren. Rekommendationen skulle i stället ha blivit ett införande under kontrollerade former, åtföljt av en systematisk utvärdering.

Kvalitetsregister och Öppna jämförelser har dock lett till ökat fokus på kvalitet ute i verksamheterna, vilket naturligtvis är bra. Kvalitetsregister har också bidragit med data till ett flertal publikationer, och rätt använda torde register vara av stort värde. Det vore därför oklokt att slänga ut kvalitetsregistren med badvattnet utan en närmare förståelse för när register faktiskt kan ha en positiv effekt.

Nedan presenteras därför en modell som syftar till att bidra med ökad förståelse för registers användningsområdet inom hälso- och sjukvården. Modellen tar hänsyn till både vilken typ av kvalitetsmått som registreras och hur registreringen sker (Figur 1). Beroende på dessa variabler får register någon eller några av de fyra funktionerna: 1) Checklista, 2) Aktiv hälsostyrning, 3) Uppföljning av praxis eller 4) Uppföljning av resultat.

Register som checklista. När en behandlare själv registrerar processmått får registret en direkt påverkan på vårdprocessen, en funktion liknande en checklista. Processmått kan vara in-

grepp eller undersökningar som utförs i samband med en vårdkontakt men också aktuell läkemedelsbehandling. Korrekt använda checklistor har en evidensbaserad effekt, där det mest kända exemplet är WHO:s checklista för säker kirurgi, med vilken den perioperativa komplikationsfrekvensen kan minska med en tredjedel [18].

Att införa en checklista, eller ett register, kräver dock lokala anpassningar av både verksamhet och checklista [19], vilket även understryks av en av de stora förespråkarna, Peter Pronovost [20]. Nackdelen med checklistor är att de oftast tar tid från det kliniska arbetet. Det är därför viktigt att de sammantag-

«Det finns dock både fallgropar och exempel på att samma effekt kan nås utan register.»

na effekterna gagnar patientens hälsoutfall. I annat fall kan det genererade värdet bli lägre då korta patient-läkarmöten leder till bland annat minskad patientnöjdhet och sämre förskrivningsmönster [21]. Det finns också en risk att vården går från att vara patienttill checklistecenterad [22].

Register i uppföljning av praxis. När en behandlare inte själv registrerar processmått blir denne medveten om sitt beteende först i efterhand. Återkoppling av förskrivningsmönster eller väntetid till operation är exempel på detta. Effekten blir då inte omedelbar i patientmötet, men regelbundna uppföljningar av verksamheten kan ändå ge en indirekt påverkan på vården. Detta tillvägagångssätt kräver mindre administration än användandet av checklistor, men har nackdelen att det kunskapsstöd som checklistor kan erbjuda i patientmötet uteblir.

Register som del i aktiv hälsostyrning. Även vissa hälsoutfall, såsom uppnått blodtryck, HbA_{1c} eller CRP, kan registreras under en vårdprocess. Också i dessa fall kan registret utgöra del av en checklista där behandlaren aktivt registrerar, reflekterar och agerar utifrån ett utfall. När detta sker integrerat och proaktivt i en vårdprocess blir resultatet detsamma som vid aktiv hälsostyrning, där en vårdgivare aktivt följer upp patienter. Svenska Reumatologi Register är ett exempel på detta. Patienterna rapporterar själva in symtom i registret, varpå sjukdomsaktiviteten kan skattas och de patienter som behöver det erbjuds intensivare uppföljning [23].

I Stockholms läns landsting pågår forskning med vårcoach som aktivt följer upp hjärtsviktpatienter. Preliminära data visar på förbättrad livskvalitet och minskad inläggning för patientgruppen [24]. Modellen är ett exempel på att kvalitetsregister inte är en nödvändighet för aktiv uppföljning av patienter. Modellen sprids nu till andra landsting.

Register i uppföljning av resultat. De vanligaste måtten på hälsoutfall, såsom överlevnad och komplikationer, blir oftast mätbara först en tid efter en intervention och registreras då inte av behandlaren själv. Återkoppling sker främst på verksamhetsnivå. För- och nackdelar med uppföljningar och jämförelser av denna typ har diskuterats tidigare i artikeln.

Den ovan beskrivna modellen visar att ett korrekt använt register kan ha en positiv effekt på hälso- och sjukvårdens kvalitet och utveckling. Det finns dock både fallgropar och exempel på att samma effekt kan nås utan register. Kvalitetsregister är således ingen universalösning för vare sig ökad kvalitet inom sjukvården eller god klinisk forskning.

Syftet med modellen är att ge en ökad förståelse för var och hur register kan fylla en funktion. Denna förståelse utgör en nödvändig förutsättning för att kunna tolka jämförelser av data. Den är också en förutsättning för en genomtänkt utveckling av register och uppföljning av deras effekter.

Alla vinner på ett klokt användande av register inom hälso- och sjukvården, där också alternativa lösningar till register övervägs!

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** *Artikelförfattaren har tidigare varit anställd på Boston Consulting Group, haft konsultuppdrag för privata vårdgivare och arbetar nu som läkare i Stockholms läns landsting.*

REFERENSER

- Ingvar M, Larsson S, Porter M. Låg kvalitet och fel utbud risk i marknadsstyrd vård. Dagens Nyheter Debatt. 4 november 2012.
- Holm LE, Otterblad-Olausson P. ICHOM slår in öppna dörrar. Dagens Nyheter Debatt. 5 november 2012.
- Danchin N. 30-day mortality after AMI drops with improved treatment. European Society of Cardiology Congress 2012 [citerat 12 december 2012]. <http://www.escardio.org/about/press/press-releases/esc12-munich/Pages/improvement-mortality-ami.aspx>
- Bosk CL, Dixon-Woods M, Goeschel CA, et al. Reality check for checklists. Lancet. 2009;374(9688):444-5.
- Sjögreen J. Alkohol i standardglas stör patientmötet. Läkartidningen. 2012;109:860-1.

LÄS MER Fullständig referenslista finns på Lakartidningen.se