

Register i primärvården – hur styra utvecklingen?

Peter Allebeck

I allt större omfattning registreras nu besök i primärvården på data. Syftet med registrering – administration eller forskning, metoderna för registrering samt vilka uppgifter som ingår varierar dock starkt mellan olika vårdcentraler och olika primärvårdsområden. En bättre samordning av utvecklingen behövs, speciellt inom de områden som kräver fortsatt utvecklingsarbete, bl a registrering av kontaktorsaker och diagnoser.

Peter Allebeck, klinisk amanuens vid socialmedicinska institutionen, Huddinge sjukhus, analyserar i denna artikel aktuella problemställningar i uppbyggnaden av register i primärvården.

Denna artikel är baserad på ett inlägg vid en paneldiskussion om registeranvändning och primärvård vid socialmedicinska föreningens vårmöte 1984.

Diskussionen om registeruppbyggnad i primärvården gäller inte längre om det är bra eller dåligt med register i primärvården eller huruvida man skall utveckla register i primärvården eller inte. Dels visar detta temanummer att det är av allmänt intresse att det tas fram så bra uppgifter som möjligt om ohälsa och vårdutnyttjande på alla nivåer. Dels rullar utvecklingen på mycket snabbt vare sig vi vill det eller ej. Som exempel kan nämnas att hela systemet för öppenvårdsregistrering i Stockholms läns landsting enligt planerna skall vara inkopplat till landstingets databas vid utgången av 1985, och idag är nästan alla vårdcentraler i sydvästra sjukvårdsområdet inkopplade, en uppbyggnad som skett på ett fåtal år. Vad det nu gäller är att se till att registeruppbyggnaden i primärvården sker på ett sätt som optimalt gagnar såväl registeranvändarna som skattebetalarna och de patienter som har kontakt med primär-

vården. Jag vill framföra två huvudpunkter som speciellt viktiga när det gäller registeruppbyggnad i allmänhet och i primärvården i synnerhet.

1. Man måste vara klar över mål och syften. Dessa är av fundamental betydelse för utformningen av de register man bygger upp. Vad gäller register i primärvården finns flera syften uttalade, och det är ibland lite oklart vilka som är de egentliga huvudsyftena.

2. Man måste tillförsäkra god kvalitet på registren. Andra författare i detta nummer visar på kvalitetsbrister i exempelvis dödsorsaksregistret och cancerregistret. Dessa är ändå register som hantearas centralt och där ingående uppgifter är etablerade och välkända. Primärvården, med en heterogen verksamhet och ett flertal personalkategorier, torde inte innebära mindre svårigheter vad gäller att tillförsäkra god kvalitet.

Primärvårdens register är nu under uppbyggnad. Det är därför viktigt att utnyttja möjligheterna att påverka och styra utvecklingen. Det är ofta betydligt svårare att påverka och förändra en verksamhet som har hunnit rota sig och bli etablerad.

Rekommendationer om registrering av uppgifter i primärvården har utarbetats av "basdatagruppen", med representanter från Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Distriktsläkarföreningen, Socialstyrelsen och Spri. Dessa finns tryckta i en Spri-rapport (1) och det finns skäl att granska denna med avseende på de två huvudpunkterna ovan, då denna

.....
Vad gäller register i primärvården finns flera syften uttalade, och det är ibland lite oklart vilka som är de egentliga huvudsyftena.
.....

Primärvårdens register är nu under uppbyggnad. Det är därför viktigt att utnyttja möjligheterna att påverka och styra utvecklingen.

rapport kan anses spegla aktuella idéer och planer för registeruppbyggnaden i primärvården.

Mål och syften

När det gäller mål och syften så radar man i texten upp ett antal olika syften för registrering av kontakter i primärvården och man kommer fram till en definition som lyfts fram med stor stil i en ruta liknande *figur 1*: "Basdata i primärvården är de väsentliga uppgifter som behövs för planering, ledning och utvärdering av primärvårdens verksamhet". Jag tycker att detta är en mycket inskränkt definition. Den är inriktad mot administrativa syften och effektivitetsstudier. Definitionen omfattar inte epidemiologiska syften, trots att sådana nämns på andra håll i texten. Den omfattar knappast heller hälso- och sjukvårdsforskning i vidare mening. En mycket likartad målformulering för öppenvårdsregistrering finns i ett dokument från Stockholms läns landsting (2), där huvudmålen sägs vara rationalisering av administrationen, analys av sjukvårds-konsumtion och planering av vårdresurser. Jag efterlyser alltså mer tydliga målformuleringar där epidemiologiska och samhällsmedicinska syften får en starkare framtoning.

Figur 1. Spri-rapportens (ref 1) definition av de basdata som ska registreras i primärvården

BASDATA I PRIMÄRVÅRDEN ÄR DE VÄSENTLIGA UPPGIFTER SOM BEHÖVS FÖR PLANERING, LEDNING OCH UTVÄRDERING AV PRIMÄRVÅRDENS VERKSAMHET.

Vad ska registreras?

Vad gäller kvalitet är en central fråga vilka uppgifter man vill låta ingå i ett register. I SPRI-rapporten föreslås ett system av minidata, som alltid bör registreras, och tilläggsdata, som är fakultativa och kan

Figur 2. Spri-rapportens förslag till data som bör registreras i primärvården.

	Minidata registreras vid besök	Tilläggsdata registreras vid inledande kontakter, besök och kontakt för uppföljning
<i>Patienten</i>	Personnummer Kön	Civilstånd Nationalitet Yrke/arbetsplats
	Vårdcentrals be- tjäningsområde	Vårdlags/distrikts- sköt. betjänings- område.
<i>Vårdgivaren</i>	Mottagning Personalkategori	Identifierad vård- givare
<i>Kontakten</i>	Datum Kontaktsätt	Initiativ Kontaktens innehåll
<i>Medicinsk information</i>	Diagnoser/ Problem- beskrivningar	Kontaktorsaker Problembeskrivningar
		Sjukdomsorsaker Åtgärder

registreras tillfälligt eller kontinuerligt. *Figur 2* visar det föreslagna innehållet i minidata och tilläggsdata.

I minidata är de föreslagna uppgifterna om patient, vårdgivare och kontakt entydiga och okontroversiella. Vad gäller den medicinska informationen ges följande råd: "Läkare bör eftersträva att sätta diagnos. Annan vårdpersonal som tex sjuksköterska kan i sin problembeskrivning använda sig av preliminär diagnos eller kontaktorsak." Detta är ungefärligen också vad som sker i praktiken. Inom Sydvästra Sjukvårdsområdet sätter läkare på vissa vårdcentraler diagnos, vilka registreras på data, på andra inte. På någon enhet experimenterar man med kontaktorsaker.

Spri-rapporten diskuterar vidare olika system för diagnosregistrering, och rekommenderar på sikt införande av den internationellt accepterade primär-

vårdskoden ICHPPC-2 (3), som är anpassad till ICD-9. I övergångsskedet kan dock socialstyrelsens "Diagnoskoder i öppen vård" användas. Vad gäller problembeskrivningar och kontaktorsaker redovisas den rätt omfattande utvecklings- och försöksverksamhet som pågår. Ett förslag till klassifikationssystem för kontaktorsaker, utarbetat av Britt-Gerd Malmberg och Bengt Dahlin, redovisas i ett appendix till Spri-rapporten, men detta område föreslås tills vidare utgöra utvecklingsarbete, som inte kan rekommenderas generellt. Problembeskrivningar kan enligt rapporten vara kontaktorsaker eller preliminär diagnos.

Den medicinska informationen som föreslås ingå i minidata är alltså osystematisk och utan idag generellt tillämpbara rekommendationer. Det är möjligt att det tills vidare är klokast att avvakta med att lägga in sådan. Det kan vara onödigt att binda upp sig vid system som det är svårt att ändra, exempelvis då ICD-9 införs. I så fall vore det dock mer naturligt att inte låta medicinsk information ingå i minidata. Registrering av diagnoser och annan medicinsk information i primärvården kräver ett omfattande utvecklingsarbete liksom utbildning av den personal som ska arbeta med det. Däremot vore det av stort värde med en strukturerad plan för utvecklingen av registrering av diagnoser och annan medicinsk information inom primärvården.

Också i tilläggsdata förekommer flera oklara punkter som förtjänar mer ingående diskussion. Uppgifterna om patient, vårdgivare och kontakt är också här relativt okontroversiella. Yrke vore självfallet värdefullt att få registrerat. Ett par olika klassifikationssystem anges i rapporten, men svårigheterna och problemen med yrkesklassificering nämns knappast alls. Dessa kan vara rätt betydande, speciellt i personalgrupper som saknar vana och tradition inom detta område. Dock bör man fortsätta att utveckla yrkesklassifikationen inom hälso- och sjuk-

.....
Den medicinska informationen som föreslås ingå i minidata är alltså osystematisk och utan idag generellt tillämpbara rekommendationer.
.....

.....
Vill vi ha befolkningens förtroende att data-registrera kontakter i primärvården bör vi avhålla oss från att ta med uppgifter vi vet är känsliga och kontroversiella.
.....

vården, och betydligt mycket mer erfarenhet finns att bygga på här än vad gäller kontaktorsaker.

Mer kontroversiella är Spri-rapportens förslag återigen under rubriken medicinsk information. Svårigheterna kring kontaktorsaker och problembeskrivningar har redan nämnts. Sjukdomsorsaker menar man bör kunna registreras inom primärvården, och ett antal exempel på sådana nämns. Olycksfall och buller går väl an, men det föreslås också att missbruk av tobak och alkohol, arbetslöshet och andra sociala faktorer skulle kunna registreras. Här finns det skäl att vara försiktig. Dels är sjukdomars etiologi ett mycket svårt område, och det är ofta omöjligt för läkaren att i det enskilda fallet ange entydiga sjukdomsorsaker. Dels, och framförallt, vore det i integritetsdebatten en onödig utmaning att registrera missbruk inom primärvården. Vill vi ha befolkningens förtroende att data-registrera kontakter i primärvården bör vi avhålla oss från att ta med uppgifter vi vet är känsliga och kontroversiella. Man bör också betänka att det fortfarande finns personer som tvekar inför att uppsöka socialtjänsten av rädsla för att bli registrerade som missbrukare. Det kan inte vara i någons intresse att en sådan situation skulle uppstå i primärvården.

Hur samordnas utvecklingen?

Det finns således en rad önskemål, idéer och förslag om vilka uppgifter som bör ingå i primärvårdens register. Vissa av dessa är relativt enkla och okontroversiella, och skulle utan större svårighet kunna registreras rutinmässigt. Andra behöver däremot utvecklas och utvärderas vidare.

Det ligger i allas intresse att denna utveckling sker på ett systematiskt och, åtminstone till stora delar, enhetligt sätt. Förutom i nämnda Spri-rapport har det från myndighetshåll gjorts försök att utarbeta rekommendationer för öppen vård liknande dem för slutna vård i socialstyrelsens författningssam-

ling SOSFS 1983:45. Hittills har det dock inte gått att komma fram till sådana rekommendationer, till stor del beroende på svårigheterna vad gäller den medicinska informationen. Fortfarande sker alltså utvecklingen enligt principen "låt hundra blommor blomma".

Med tanke på den redan nu omfattande registeruppbyggnaden i primärvården är det angeläget att tillämpbara rekommendationer kommer till stånd som kan förankras såväl i primärvården som hos befolkningen och de forskargrupper som kan vilja använda primärvårdens register.

REFERENSER

1. Spri rapport 142. Basdata om kontakter i primärvården. Spri, Stockholm, 1983.
2. Sjöberg P, Rosberg S: ÖVR - Ett ADB-system för registrering av besök i öppen vård. Stockholms läns landsting, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholm, 1981.
- 3.- WONCA. ICHPPC-2-Defined. Oxford University Press, Oxford, 1983.



Klipp till om du vill veta mer om

friskvård -just för dig...

...den underbara naturen, promenader, motions-slingor, gymnastikprogram, skidåkning, tennis, näringsriktig kost, hälsokontroll, "vanlig" massage och vattenmassage, hälsobad, olika kvällsaktiviteter, temaveckor som t ex fasta, bantning, hälso och avkoppling

Vid behov står läkare, sjuksköterskor och sjukgymnaster till förfogande. Läs om allt detta och mycket mer i vår fyrfärgsbroschyr. Du får den kostnadsfritt på posten. Gör dig själv en stor tjänst - skicka in kupongen till Nyhyttan, Hälso- och rehabcenter, Box 808, 713 00 Nora.

Friskvård -just för dig!
Nyhyttan

*Hälso- och rehab.
center*

Box 808, 713 00 Nora
Tel, vx 0587-604 00

Namn _____

Adress _____

Postadress _____