

# Vården av nydebuterad reumatoid artrit kan förbättras

**Ett pilotprojekt redovisas med syfte att utnyttja de data som systematiskt registreras i Svenska reumatoid artrit(RA)-registret för att förbättra vården av patienter med nydebuterad sjukdom. Nyinsjuknade patienter i reumatoid artrit omhändertas idag vanligen på särskilda tidig artrit-mottagningar. Fem av dessa mottagningar deltog i projektet, där de genom utbildning, studiebesök hos varandra och utbyte av idéer utvecklade det egna arbetet. Centrala frågeställningar var:**

**Patientens: Hur kommer det att gå för mig? Vårdgivarens: Hur hjälper jag patienten bäst? Vårdteamets: Hur kan vi bli bättre?**

Svenska reumatoid artrit(RA)-registret startade 1996 på initiativ av läkare i Svensk reumatologisk förening. Vid samma tid hade regionala register startat, som senare knöts till RA-registret.

## Författare

STAFFAN LINDBLAD

överläkare, reumatologkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

ANN BENGTTSSON

överläkare, reumatikliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

BIRGITTA NORDMARK

biträdande överläkare, reumatologkliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

ANNIKA TELEMAN

överläkare, Reumatikersjukhuset, Spenshult

AGNETA UDDHAMMAR

överläkare, Reumatologkliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

MARI VESTBERG

sjuksköterska, Reumatologkliniken, Falu lasarett.

Detta är nu ett nationellt kvalitetsregister med målsättningen att förbättra omhändertagandet av tidig RA genom dels att möjliggöra snabbare diagnos vid insjuknandet, dels att söka prognostiska faktorer samt studera effekten av olika interventioner.

Uppföljning av tidig RA sker i de flesta fall vid särskilda öppenvårdsenheter, såsom tidig artrit-mottagningar. Omhändertagandet sker i regel tvärprofessionellt i reumateteam med läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, kurator och sjukgymnast. Registret består av 40 reumatologenheter över hela landet. De samlar data om ärftlighet och miljöfaktorer vid insjuknandet, och följer sedan sjukdomsförloppet med uppgifter om sjukdomsprocessen och dess konsekvenser jämte pågående behandling.

Riktade analyser av det nationellt samlade datamaterialet ger möjligheter att nå Svenska RA-registrets syfte att förbättra omhändertagandet av personer som insjuknat i reumatoid artrit.

## Initiering av projektet

Enheten för hälso- och sjukvårdens utveckling vid Landstingsförbundet har inbjudit till ett projekt för att stödja nationella kvalitetsregister i att omsätta data i kvalitetsarbete. Från Svenska RA-registret deltar fem kliniker som är geografiskt spridda och som representerar såväl reumatikersjukhus som länsjukhus och universitetssjukhus.

De centrala frågeställningar som driver vårt utvecklingsarbete är självklara när de väl ställs:

- Patientens: Hur kommer det att gå för mig?
- Vårdgivarens: Hur hjälper jag patienten bäst?
- Vårdteamets: Hur kan vi bli bättre?

Svaren är långt ifrån självklara, och frågorna kräver en stor och komplex insats för att kunna besvaras. Denna insats kan inte göras en gång för alla, utan frågorna driver ett kontinuerligt kvalitetsarbete för att ta fram nya och bättre svar hela tiden. Detta sker på klassiskt sätt: vi mäter aktuellt utfall av dagens process (förväntade data), vi förändrar processen och följer upp resultatet (observerade värden). Denna cirkel upprepas i

en spiralformad utveckling med målsättning att förbättra vården.

## Genomförande

Projektets kärna är förändringen av vårdprocessen vid de deltagande tidiga artrit-mottagningarna. Denna inleddes med utbildning av en representant från varje deltagande klinik vid Landstingsförbundets tvådagarsseminarium med Gerald O'Connor (se Magna Andréns Sachs' och Jan-Erik Synnermans medicinska kommentar i detta nummer).

Vid urvalet av förväntade värden på utfallet av vårt förändringsarbete utgick vi från att konsekvenserna för patienten huvudsakligen består av smärta och funktionsnedsättning vid insjuknande i reumatoid artrit. Bland de uppgifter som följs över tiden i RA-registret har vi valt att använda smärt-VAS (visuell analog skala), ett patientformulär [1] angående ADL-funktion (aktiviteter i dagligt liv, HAQ) och arbetsförmåga (försäkringskasseresättning). Dessa förväntade värden baseras på data från deltagande kliniker och genomsnittsvärden från det nationella registret före projektstarten i mars 1998.

## Studiebesök

För att lära av de andra gjorde alla tidiga artrit-team strukturerade studiebesök hos varandra, totalt 16 besök under maj till oktober 1998. Alla klinikledningarna stödde aktivt detta arbete, som tog reskostnader och åtta arbetsdagar i anspråk för varje klinik. Alla besök genomfördes under en arbetsdag vid den besökta tidiga artrit-mottagningen. Mottagande klinik gav inledande information om lokala förutsättningar för verksamheten, som upptagningsområde, samarbete med primärvården, väntelista, personal- och lokalresurser m m.

Teammedlemmarna deltog sedan i patientverksamheten, kuratorn auskulterade vid kuratorsbesök etc. Såväl återbesök som nybesök till tidig artrit-mottagningen granskades så vitt möjligt med syfte att studera stegen i vårdprocessen vid omhändertagandet av tidig RA. Dagen avslutades med en gemensam samling för att diskutera arbetssätt och klara ut eventuellt kvarvarande frågor om vårdprocessen. Varje studiebe-

sök sammanfattades i en skriftlig rapport.

Det är viktigt att en besökt klinik inte känner sig utsatt vid en sådan granskning som studiebesöken innebär. Rapporterna har därför lämnats endast till berörd klinik. Syftet har inte varit att kritisera utan att lära sig, att klarlägga och förstå.

### Idéseminarium

För att interaktivt kunna lära mer av varandra och förstå de variationer i våra vårdprocesser och deras resultat som vi upptäckt vid studiebesöken samlades alla deltagande tidig artrit-team (25 personer) till ett idéseminarium under en dag i oktober 1998. Då alla var närvarande kunde uppgifter om allas vårdprocesser redovisas öppet av var och en i en ömsesidig anda av förtroende. Ingen hade upplevt granskningen vid studiebesöken negativt. Idéseminariet inleddes med att komma överens om projektets övergripande mål:

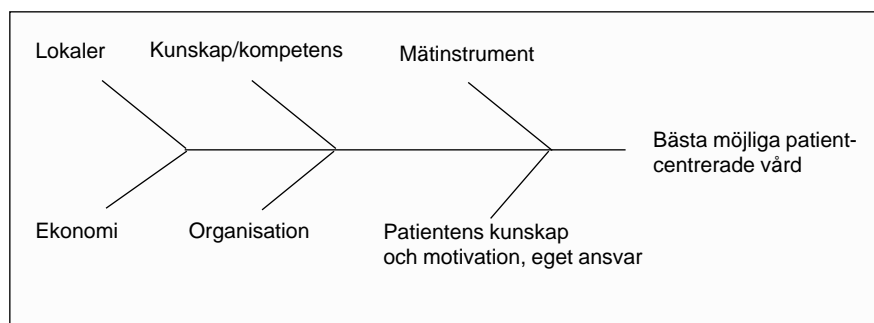
1. Bästa möjliga patientcentrerade vård. 2. Ökad effektivitet i vårdprocessen. 3. Mätbar kontinuerlig förbättring av både process och resultat.

Detta ledde oss framåt i arbetet under dagen, som dock förutsatte ytterligare en gemensam grund att stå på: våra utfallsdata. Mätningarna av resultaten av våra förändringar måste upplevas som trygga och rättvisa. Som förklaringar till variation i utfall diskuterade vi variation av patientmaterial utifrån kön, ålder och sjukdomsduration. Dataskaliteten påverkas också både av tolkningen och insamlingen av data samt införandet i databasen. Analysen av utfallet beror också på skillnader i antal patienter i varje analyserad grupp, vilket skilde sig mellan de olika klinikerna. Först när denna typ av faktorer tagits med i beräkningen kan rättvisande jämförelser av utfallsdata göras över tiden och mellan olika kliniker.

Idéseminariets nästa steg var att gemensamt diskutera studiebesöken och våra vårdprocesser. Besöken hos varandra, »peer review», genomfördes allt mer strukturerat för varje gång och utgjorde en lärandeprocess i sig. Erfarenheten var att vi till att börja med var mer inriktade på verksamhetens förutsättningar och hur utfallet mättes och registrerades; först vid senare studiebesök koncentrerade vi oss mest på vårdprocessen och dess innehåll. Studiebesökens interaktion med kolleger gav oss erfarenheter och insikter som knappast hade gått att få på annat sätt. De var värdefulla såväl för de besökande som för det besökta teamet.

### Jämförelse av arbetsgång

En jämförelse av arbetsgången vid allas processer diskuterades och kom-



Figur 1. Bästa möjliga patientcentrerade vård schematiskt illustrerad.

pletterades tills det vid dagens slut förelåg en överenskommen version av hur ny- och återbesöken under det första året genomfördes vid våra tidiga artrit-mottagningar. Denna visade tydliga variationer, bl a att patienten antingen gick bara på mottagning eller intogs i vårdprogrammet via en dagavdelning. Återbesöken skedde vid två kliniker på dagavdelning, vid tre på mottagning. Alla patienter besökte alla i reumateamet vid varje besök vid en klinik, i varierande grad vid ny- och återbesök på andra kliniker. En klinik saknade komplett team vid sin tidiga artrit-mottagning och remitterade i stället patienterna till paramedicinärer i primärvården.

Den rika variationen i omhändertagandet vid varje möte mellan patienten och någon i reumateamet bedömdes inte möjlig att översiktligt sammanfatta, utan utnyttjades i nästa del av idéseminariet.

### Förbättringsmöjligheter

Förbättringsmöjligheter i vårdprocessen togs fram i två steg utifrån erfarenheter både av eget arbete och av andras arbetssätt som det framgick vid studiebesöken. Först samlades fem grupper med varje yrkeskategori för sig, sedan de fem grupperna från respektive reumatologklinik.

Yrkesgrupperna började med att var och en skriva ner egna idéer till förbättringar. Ledtrådar till idéer kunde vara att försöka se vårdprocessen ur patientens perspektiv, eller att följa processen

steg för steg. Resten av timmen ägnades åt diskussion av allas idéer, och gruppering av dessa i ett fiskbensdiagram ledande fram till vårt första mål: bästa möjliga patientcentrerade vård (Figur 1). Dessa översikter över förbättringsmöjligheter presenterades av en representant för varje yrkeskategori vid en gemensam samling, dock utan diskussion av idéerna, annat än klargörande av dessas innehåll.

Denna uppsjö av idéer bildade underlaget då alla sedan samlades klinikvis för att vaska fram de bästa idéerna till förbättring av den egna verksamheten. Eftersom alla klinikteam hade en deltagare från var och en av de föregående yrkesvisa idégrupperna fanns hela den föregående idédiskussionen representerad vid detta andra steg i processen att precisera förbättringsmöjligheter. Målet var att ta fram minst tre idéer som man ville genomföra de närmaste fyra månaderna, jämte mått på att åtgärderna genomförts. Dessa presenterades vid dagens avslutande gemensamma samling (se separat ruta).

### Målseminarium

Kvalitetsarbetet vid de fem tidiga artrit-mottagningarna redovisades vid ett målseminarium under en dag i februari 1999. Som förväntat hade inte alla åtgärder kunnat genomföras på den korta tid som stått till förfogande, men ett gemensamt erfarenhetsutbyte även kring detta var en viktig del i vår lärandeprocess.

Vidareutbildning i kvalitetsarbete vidtog sedan med stöd från Landstingsförbundets utvecklingsenhet. Metoder och verktyg presenterades, bl a värdekompassen. Mått på genomförande och framgång med delsteg i processförändringen kopplades till mätning med statistisk processkontroll av de övergripande projektmålen. Balansen mellan att mäta förändring över korta tidsintervall och att erhålla tillräckligt stora patientgrupper inom varje tidsintervall diskuterades. Validering mot andra variabler i Svenska RA-registret sågs som ytterligare en möjlighet att avgöra framstegens betydelse i vårt kvalitetsarbete. Planering av det fortsatta arbetet för för-

### Förändringsförslag och mått för att mäta förbättring

Fokusgrupp med tidig artrit-patienter. *Mått:* Rapport med förslag till förbättringar.

Införa individuell skriftlig patientinformation vid teambesök. *Mått:* Andel patienter som fått informationen vid besöket.

Interna studiebesök inom reumateamet. *Mått:* Antal ändrade rutiner inom teamet.

**ANNONS**

bättrat vårdresultat genomfördes kliniskvis under eftermiddagen.

### Konklusioner hittills

Systematisk insamling av data är en förutsättning för att kunna mäta förbättringar i vårdresultat. Erfarenheter av motsvarande kvalitetsarbete avseende kroniska sjukdomar saknas. Mätning av vårdresultatet vid kronisk reumatoid artrit är i sig en kontinuerlig process; det räcker inte med bara en mätning såsom vid operationsresultat, vilket framgår av Claes Aréns och medarbetares artikel i detta nummer. Sjukdomsförloppet måste följas över lång tid. Således skall resultatet efter t ex sex månader respektive ett år efter påbörjad vård granskas, och sedan kontinuerligt följas.

Utbildningen och stödet från Landstingsförbundet har varit till stor nytta och möjliggjort att vi snabbt kommit igång och lärt oss använda de data som redan nu finns i vårt register. Det har varit avgörande att kunna identifiera de processer och utfall som skall förändras. Vi har därvid haft hjälp av de centrala frågeställningarna från patient och vårdgivare, de övergripande målen i projektet och kopplingen mellan måtten på framgång med enskilda förändringar och processkontrollen av hela tidig artrit-mottagningens resultat.

En stor fördel har varit vårt tvärprofessionella arbetssätt, som stimulerat idébildning och diskussion. Den rika variationen i våra processer har varit en källa till inspiration och ny kunskap. Vi har lärt oss att utvecklingen av en anda av hänsyn och gemensamt ansvar för projektet är helt avgörande för dess framgång.

Projektet startade på traditionellt sätt vid en bestämd tidpunkt och med en viss löptid, vilket till en början var förvirrande tills vi insåg att denna tid bara var upptakten till en kontinuerlig lärandeprocess och kvalitetsutveckling. Vårt mål är nu att använda resultatet av vårt lärande i detta projekt för en nationell kvalitetssatsning med syfte att bygga kompetens i Svenska RA-registrets nätverk av tidig artrit-mottagningar. Därmed skulle omhändertagandet av personer som insjuknar i reumatoid artrit kunna förbättras i hela landet.

### Referenser

1. Ekdahl C, Eberhardt K, Andersson SI, Svensson B. Assessing disability in patients with rheumatoid arthritis. Use of a Swedish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire. Scand J Rheumatol 1988; 17: 263-71.

*Se även medicinsk kommentar i detta nummer.*

## SÄRTRYCK ur LÄKARTIDNINGEN

### ■ TILLVÄXTFAKTORER

Alla kroppens celler reagerar på olika signalämnen i omgivningen. De kallas tillväxtfaktorer. 12 artiklar speglar forskning och tillämpning. 56 sidor. 90 kr.

### ■ MISSÖDEN, MISSTAG, MISSBRUK

Hur löser man konflikter vid missöden i vården? 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkring. 80 sidor. 75 kr.

### ■ VÅLD OCH AGGRESSIVITET

Våldet möter läkare på skilda nivåer inom vården. Det kan också drabba dem själva. 26 artiklar ger ett brett perspektiv på våld och aggressivitet. 84 sidor. 95 kr.

### ■ ENLIGT MIN ERFARENHET

32 korta, praktiskt inriktade artiklar med anknytning till vårdens vardag. Diagnostik, terapi, exempel på prevention och ledningsfrågor. 48 sidor. 55 kr.

### ■ LUNGCANCER

Kunskaperna om lungcancers biologi har ökat väsentligt på senare år, vilket innebär nya möjligheter för både prevention och behandling. Kombinationen av flera terapeutiska principer innebär bot, eller lindring, för fler patienter. Sex artiklar ger överblick över möjligheter och begränsningar med dagens terapimetoder. 36 sidor. 60 kr.

Härmed beställs

..... ex Tillväxtfaktorer

..... ex Missöden, misstag, missbruk

..... ex Våld och aggressivitet

..... ex Lungcancer

..... ex Enligt min erfarenhet

Namn .....

Adress .....

Insändes till Läkartidningen, Box 5603, 114 86 Stockholm. Telefax 08 - 20 76 19