

Riks-Stroke med data om slaganfall visar nyttan med kvalitetsregister

Kan bli bättre med regionala satsningar

Styrgruppen för Riks-Stroke rapporterar i detta nummer av Läkartidningen om erfarenheter från det svenska nationella kvalitetsregistret för slaganfall. Sverige har en tätposition när det gäller kvalitetsregister, och Riks-Stroke är det första i sitt slag i världen. Det startade 1994 och är fortfarande under utbyggnad. År 1996 hade 34 av 87 deltagande sjukhus 80 procent eller mer av förväntat antal registreringar.

Enligt rapporterna till Riks-Stroke 1996 vårdades 60,4 procent av de registrerade patienterna vid stroke-enhet och 33,2 procent vid vanlig vårdavdelning. Dödligheten var lägre bland patienter som vårdades på stroke-enhet, även efter standardisering för ålder. Den totala vårdtiden var ett dygn kortare och den diagnostiska nivån högre: 95 procent genomgick datotomografisk undersökning jämfört med 89 procent på vanlig vårdavdelning. Endast 7,7 procent fick en ospecifik slaganfallsdiagnos jämfört med 16,7 procent på vanlig vårdavdelning. Uppgifterna om ett bättre vårdutfall vid stroke-enheter överensstämmer med resultat från randomiserade prövningar [1].

Nyttigt för flera grupper

Detta illustrerar nyttan med kvalitetsregister. Uppgifter om resultat av vården ger oss inom den medicinska professionen samt sjukvårdsansvariga politiker och tjänstemän underlag för att bedöma värdet av olika vårdinsatser. Idag finns det inte längre något hållbart försvar för att inte vårda patienter på stroke-enheter.

Varför är det fortfarande trögt med

rapporteringen till Riks-Stroke? Registreringarna sköts av de enskilda klinikererna på egen bekostnad, och det innebär ett merarbete för vårdpersonalen. Det tar lång tid innan resultaten offentliggörs; man får således ingen omedelbar belöning för utfört arbete. Mot denna bakgrund är utbyggnaden av registret under de fem första åren ändå imponerande. Snabbare resultatrapportering och stimuleringsåtgärder på regional nivå skulle säkerligen förbättra deltagandet ytterligare.

Utrymme för förbättringar

Hur väl kan man använda uppgifterna i registret för att bedöma vårdens kvalitet? Dödligheten är självfallet ett viktigt mått att följa, liksom rörlighet, ADL-behov och boendesituation efter en uppföljningstid. Åldern är en viktig prognostisk faktor, och för att man skall kunna bedöma vårdinsatsen måste resultaten åldersstandardiseras. Dessa uppgifter finns i Riks-Stroke.

Den prognostiska variabel som vid sidan om ålder har störst betydelse för funktionell återhämtning är graden av neurologiska symtom vid insjuknandet, t ex om det rör sig om en totalförlamning i ena kroppshalvan eller om lindrigare påverkan [2, 3]. Utan korrigerig för denna faktor är det svårt att uttala sig om vårdinsatsens betydelse för resultatet. Denna uppgift finns inte i Riks-Stroke. Även klassificering av subgrupper av slaganfall kan ge viktig prognostisk information [4]. Denna komplettering kan dock vara svår att genomföra utan särskild utbildning.

Regionala initiativ önskvärda

Det är ett mycket betydelsefullt arbete som nu utförts för att etablera ett kvalitetsregister för stroke. Gruppen som initierat Riks-Stroke ska gratuleras för detta. För att säkerställa fortsatt utbyggnad av registret skulle regionala initiativ vara av värde, eventuellt i samband med diskussioner om förslag till nationella riktlinjer för stroke och den

regionala och lokala anpassningen av dessa. Kanske finns det också anledning för Socialstyrelsen att fundera över organisationen för de olika kvalitetsregistren: hur kan dessa ges en lokal förankring så att alla känner sig delaktiga och kan tillföra kunskaper och erfarenheter till den fortsatta verksamheten?

Kvalitetskontroll av den egna verksamheten bör uppfattas som en självklarhet och som ett instrument för att förbättra vården. Det är också ett rimligt krav från beställarorganisationer att få del av uppgifter om vårdens kvalitet. En medicinsk kommentar om ett kvalitetsregister för stroke måste därför sluta med en uppmaning till alla som är aktiva inom strokevård att personligen bidra till att bibehålla kvaliteten och förbättra rapporteringen till Riks-Stroke.

Referenser

1. Stroke Units trialists' collaboration. Collaborative systematic review of the randomised trials of organised inpatient (stroke unit) care after stroke. *BMJ* 1997; 314: 1151-9.
2. Henon H, Godefroy O, Leys D, Mounier-Vehier F, Lucas C, Rondepierre P et al. Early predictors of death and disability after acute cerebral ischemic event. *Stroke* 1995; 26: 392-8.
3. Wahlgren NG, Ranasinha KW, Rosolacci T, Francke CL, van Erven PMM, Ashwood T et al for the CLASS Study Group. Clomethiazole Acute Stroke study (CLASS). Results of a randomized, controlled trial of clomethiazole versus placebo in 1 360 acute stroke patients. *Stroke* 1999; 30: 21-8.
4. Bamford J, Sandercock P, Dennis M, Burn J, Warlow C. Classification and natural history of clinically identifiable subtypes of cerebral infarction. *Lancet* 1991; 337: 1521-6.

Se även artikeln på sidan 2719 i detta nummer.

Författare

NILS GUNNAR WAHLGREN

docent, överläkare, neurologiska kliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

E-post: nilsgw@neuro.ks.se