

Är det någon nytta med kvalitetsregister som Riks-Stroke?

I Läkartidningen 22/99 redovisas resultat från kvalitetsregistret Riks-Stroke, och i samma tidning kommenterar Nils Gunnar Wahlgren lovordande arbetet med Riks-Stroke.

Bland alla de kvalitetsregister som finns i Sverige utmärker sig Riks-Stroke för att vara ovanligt heltäckande och rikt på data att söka bland för att försöka få en bild av svensk strokevård.

Resultaten av Riks-Stroke bekräftar tidigare studiers budskap om att det lönar sig att vårda patienter på slaganfallsenhet jämfört med konventionell vård. I detta avseende tillför således inte Riks-Stroke något nytt utan bara bekräftar och understryker. Andra data från Riks-Stroke kan vara svårare att tolka. Så är t ex mått på vårdtid starkt beroende av de olika klinikernas struktur och inte minst av de olika kommunernas resurser att ta över efter sjukvården.

Till mindre nytta för den enskilda kliniken

Varje sjukhus får återkommande rapporter från Riks-Stroke om dels den egna klinikens resultat, dels medianvärden för riket. Detta är intressanta siffror att titta på, men de ger kanske mindre vägledning till den enskilda kliniken än vad ledningen för Riks-Stroke tror. Det kan vara svårt att utifrån data från stora register få veta vad som är bra eller inte bra i den konkreta och patientnära vården. För det ändamålet är kontrollerade studier bättre. Dessutom påverkas registersiffrorna en hel del av faktorer som inte har med vården att göra.

Däremot har utbildningsaktiviteten när det gäller slaganfall, inklusive den som varit knuten till Riks-Stroke, för alla klargjort värdet av strokeenheter och vad med dessa följer av ambitioner när det gäller tidig aktiv rehabilitering, specialutbildad personal, vårdprogram m m. Sannolikt skulle denna aktiva attityd inom strokevården ha kommit till stånd även utan Riks-Stroke.

Lokala register

En viss nyfikenhet på kvaliteten på den egna verksamheten har vi nog alla, och om inte Riks-Stroke funnits skulle kanske en del kliniker själva ha startat registreringar. Lokalt förankrade register skulle förmodligen öka engage-

manget, och registren skulle bättre kunna anpassas till lokala förutsättningar och bli utformade så att de gav svar på vad man lokalt var mest intresserad av att få veta.

En nackdel med lokala register är att de kan vara svåra att jämföra eller föra samman i rikssammanställningar.

Merarbete

Riks-Stroke i sin nuvarande utformning är en toppstyrning av registrering- en med föga lokalt engagemang. Rapporterna därifrån är ambitiösa, men ger ändå den enskilda kliniken litet av värde i det praktiska arbetet. Dessutom innebär Riks-Stroke ett inte obetydligt merarbete, som får tas från arbetet med patienterna eller får göras på övertid.

Replik:

Vård på slaganfallsenhet medför bättre prognos

Sven-Erik Marklund tar upp en viktig frågeställning angående de nationella kvalitetsregistren – Är det någon nytta med ett kvalitetsregister? Målsättningen med kvalitetsregistren är att bidra till att patienterna i Sverige skall få en lika god vård i alla delar av landet samt att höja vårdens kvalitet. Riks-Stroke har varit lyckosamt genom att nu vara riktäckande, och att döma av resultaten i Riks-Stroke har vården på många håll förbättrats. Utbyggnaden av slaganfallsenheter ökar nu relativt snabbt, och detta är sannolikt till viss del Riks-Stroke förtjänst. Vi kan se att både vårdorganisation och vårdinnehåll successivt har förbättrats. I övrigt är det vår uppfattning att Riks-Stroke stimulerat till ökat intresse för slaganfallsvården och att det har befrämjat samarbetet mellan olika personalkategorier och mellan olika specialiteter.

Sven-Erik Marklund menar att registret är toppstyrt och »med föga lokalt engagemang». Därom vittnar inte våra välbesökta användarmöten som anordnas för den personal som arbetar med Riks-Stroke. På dessa tas nyheter upp. Man diskuterar olika problem samt för-

Ibland undrar man om kvaliteten på vården hämmas något av allt arbete med kvalitetsregistren. Antalet kvalitetsregister har vuxit snabbt under 1990-talet och de torde alla vara uppfunna någonstans centralt i riket, i varje fall någonstans där man har starkt intresse av att genom datainsamling få veta hur verkligheten ser ut.

Trots min beundran för det arbete som utförs med Riks-Stroke tvivlar jag på vad värde det egentligen har för patienterna, vad det ger för användbar information om slaganfallsvården och om det är värt allt det arbete som vi på klinikerna lägger ner på det.

Sven-Erik Marklund
överläkare, medicinska kliniken,
Piteå älvdals sjukhus

slag till nya registerfrågor. Nästa användarmöte blir i Helsingborg i april år 2000. Dessutom har vi ofta kontakt med användarna via telefon och brev. Vi strävar efter att vara lyhörda inför användarens krav och önskemål. Vi tror att vi har lyckats för registret har förändrats en del sedan starten 1944, allt enligt önskemål från användarna. Riks-Stroke innehåller relativt få basala kvalitetsindikatorer, och det är därför högst önskvärt att enskilda kliniker kompletterar med mera detaljerade data enligt lokala önskemål.

Tremånadersuppföljning värdefull

Erfarenheten från Riks-Stroke är att tremånadersuppföljningen har varit av största betydelse för både patienterna och personalen. Patienterna har mycket uppskattat att ha kontakt med sjukvården efter hemkomst och personalen har uttryckt stor tillfredsställelse med att få reda på hur deras patienter mår.

Däremot instämmer vi i Sven-Erik Marklunds kritik om svårigheterna att tolka utfallsdata, vilket är belyst i tidigare debatt i Läkartidningen [1]. Andra ►

ANNONS

ANNONS

studier har visat att skillnader i »case-mix», eventuellt patientselektion, täckningsgrad samt ofullständig uppföljning utgör stora tolkningssvårigheter [2, 3]. Avvikande resultat i de enskilda klinikernas årsrapporter från Riks-Stroke hoppas vi skall stimulera till analys av bakomliggande orsaker. Utfallsdata ska ju inte stå ensamma utan bör kopplas till process och struktur.

I Riks-Stroke finns data på process, valt utifrån evidensbaserade frågor eller för vilka det finns en bred konsensus att just den åtgärden är kopplad till ett bättre utfall. Hit hör t ex andelen utförda datortomografiundersökningar (vilket ger patienten en säkerställd slaganfallsdiagnos), ASA-användning samt andelen patienter som erhåller antikoagulantia vid förmaksflimmer.

Exempel på evidensbaserade strukturdatal är att vård på slaganfallsenheten är bättre än vård på vanlig vårdavdelning. Sven-Erik Marklund skriver i sin insändare att »Riks-Stroke bekräftar tidigare studiers budskap om att det lönar sig att vårda patienter på slaganfallsenheten jämfört med konventionell vård». Riks-Stroke's fynd att vård på slaganfallsenheten medför bättre prognos är både vetenskapligt och praktiskt viktigt. Det är första gången detta visas gälla i den praktiska sjukvården och inte bara en »konfirmering» av randomiserade studier [4].

Naturligtvis tar Riks-Strokearbetet med att dokumentera och följa upp patienten tid i anspråk, men vilken patient skulle vilja vårdas på en klinik som inte dokumenterar och följer upp sina resul-

tat? Riks-Stroke har erbjudit en möjlighet för klinikerna att dokumentera och följa upp den vård som ges till slaganfallspatienterna, och ett deltagande uppfyller därmed de formella kraven på kvalitetssäkring. Det är därför glädjande att Sverige är det första land som uppfyller WHO-målet att alla slaganfallsvårdande kliniker skall delta i landsomfattande kvalitetsregister.

Styrgruppen för Riks-Stroke
*Birgitta Stegmayr, Kjell Asplund,
Back-Per Danielsson,
Kerstin Hulter-Åsberg, Bo Norrving,
Andreas Terént,
Margareta Thorngren,
PO Wester (ordf).*

Allvarliga anklagelser mot HIV-smittade

Riksförbundet för hivpositiva (RFHP), ett handikappförbund som arbetar för att tillvarata hivpositiva människors intressen i samhället, reagerar starkt mot vissa påståenden i artikeln »Tvångsisolering kan minska HIV-smittades högriskbeteende» i Läkartidningen 28–29/99.

Under rubrikerna »Diskussion – Endast två homosexuella män har varit tvångsisolerade» skriver författarna:

»Det måste dock finnas andra inom den homosexuella gruppen som smittskyddsläkaren inte haft kontakt med

Referenser

1. Karlander S, Britton M, Andersson B. Kvalitetsindikatorer i sjukvården 2: Är »mogen» offentlig debatt möjlig? (jämte) Replik om kvalitetsindikatorer. Brister finns men vi bör inte låta det bästa bli det godas fiende. Läkartidningen 1999; 96: 3182-3.
2. Davenport RJ, Dennis MS, Warlow CP. Effect of correcting outcome data for case mix: an example from stroke medicine. BMJ 1996; 312: 1503-5.
3. Wolfe CDA, Tilling K, Beech R, Rudd AG. Variations in case fatality and dependency from stroke in western and central Europe. Stroke 1999; 30: 350-6.
4. Stegmayr B, Asplund K, Hulter-Åsberg K, Norrving B, Peltonen M, Terént A et al. Stroke units in their natural habitat: can results of randomized trials be reproduced in routine clinical practice? Riks-Stroke Collaboration. Stroke 1999; 30: 709-14.

och som har ett smittfarligt beteende eftersom smittspridningen inom gruppen varit oförändrad under hela 1990-talet. Utan denna kärna av smittspridare skulle HIV-epidemin inom den homosexuella populationen ebba ut.»

Någonstans skall det alltså, enligt artikelförfattarna, finnas en grupp farliga individer, homosexuella sådana, som med vilja smittar andra människor med HIV. RFHP anser att detta är en mycket allvarlig anklagelse, som underblåser attityden att HIV-positiva är farliga för samhället eller att homosexuella män skulle vara särskilt farliga. Anklagelsen blir inte mindre allvarlig av att det är smittskyddsläkare som uttalar den.

Gruppen män som har sex med män har tagit ett mycket stort ansvar för att minska spridningen av HIV. RFSL (Riksförbundet för sexuellt likaberättigande) var tidigt ute, i början av 1980-talet, och uppmanade sina medlemmar att praktisera säkrare sex. Utan det ansvar som gruppen män som har sex med män tagit skulle utan tvivel antalet HIV-positiva i Sverige vara betydligt större än det är idag.

Artikelförfattarna refererar också till »den homosexuella populationen» som om det skulle vara en för alla tider konstant grupp. Människor reser, flyttar till

Max 400 ord i korrespondenspalten!

Till »korrespondens» välkomnas korta inlägg (högst 400 ord – vilket motsvarar 2 700 tecken plus högst fem referenser), i två exemplar och med dubbelt radavstånd.

Eftersom korrespondenspalterna är ett mått på läsarnas intresse för tidningen vill vi även fortsättningsvis värna om denna avdelning, som har högt läsvärde. Genom att varje insändarskribent fattar sig kort kan vi bereda plats för fler och publicera snabbare.

Redaktionen förbehåller sig rätten att rubricera och förkorta inlägg. För att påskynda publiceringen sänds normalt inget korrektur till författaren. Ange dock alltid titel, adress och telefonnummer där vi kan nå skribenten. Kontakta redaktionen innan manus sänds med e-post.