

styra folkhälsopolitiken världens över i en mer tobaksvänlig riktning. Därför är också en av de viktigaste riktlinjerna i tobakskonventionen den som handlar om vårt förhållnings-sätt till tobaksindustrin.

Eftersom få riksdagsledamöter – och tydligen inte regeringsledamöter heller – känner till konventionen och dess effektiva metoder och strategier vore det klädsamt att de i första hand studerar den och finner vad det breda greppet innebär, bland annat

- en nationell adekvat finansierad så kallad focal point och en ordentlig handlingsplan
- kontinuerlig prishöjning – inte bara i början av mandatperioden
- dold försäljning, borttagning av all reklam på säljställen
- neutrala tobaksförpackningar med varningsbilder
- rökfri arbetstid – som en utveckling av rökfri arbetsplats
- transparenta kontakter med tobaksindustrin och stopp för stöd till dess verksamhet.

»Den tobakspolitiska bedömningen ska lämnas åt oss politiker«, avslutar Andersson sitt inlägg. Ja, hälsa är förvisso politik. Men nej, tobaksprevention är för viktig för att lämna till politiker som struntar i den konvention de själva ratificerat.

Ett ledande regeringsparti som hela vägen röstat mot de landvinningar som ändå gjorts – begränsning av tobaksreklam, åldergräns för inköp, rökfria serveringar – har inte en folkhälsoarbetares förtroende.

Ett sådant förtroende kan bara vinnas genom att respektera tobakskonventionen och främja de erkänt effektiva rökningförebyggande åtgärderna. Att springa snustillverkarnas ärenden räddar inga liv.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

## två repliker om kvalitetsregister i primärvården:

# Ett missförstånd tycks vara orsaken

■ Jag vill först rikta ett stort tack till Göran Stiernstedt (GS), Sveriges Kommuner och landsting (SKL), för att SKL nu bjuder in till dialog (Läkartidningen 10/2010, sidan 657) och är redo att lyssna på hur företrädare för svensk primärvård ser på vilka kvalitetsmätningar och register som behövs för att stödja och stimulera förbättringsarbetet i primärvården.

Tyvärr kan jag inte finna att GS i sitt svar uttrycker förtroende för att läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster med flera i primärvården är de som har bäst kompetens att utveckla system för att stimulera förbättringsarbetet i primärvården. Tvärtom framskymtar inställningen att vi inte förstår och att vi gör fel.

Orsakerna till att beslutsgruppen, där GS är ordförande, inte beviljat stöd till pvkvalitet.se tycks bygga på missförstånd. GS menar att pvkvalitet.se fokuserar på personalen och inte på patientresultat. I pvkvalitet.se mäter man på en grupp patienter, till exempel 40 kvinnor med urinvägsinfektion

Päron eller äpple? Ett skäl till att pvkvalitet.se inte fått bidrag skulle vara att registret inte fokuserar på jämförelser. Tvärtom, menar författaren, fokuserar pvkvalitet.se just på jämförelser med andra vårdcentraler.



(UVI) eller 40 patienter med tonsillit. På så sätt värderar man om personalen utreder och behandlar dessa sjukdomar enligt evidensbaserade riktlinjer, och resultatet skapar underlag för förbättringsarbete.

Menar GS att vi i stället skulle mäta för att se om patienterna blir friska om vi använder evidensbaserad behandling? Det finns redan gott om studier på detta! Eller menar GS att vi ska registrera alla patienter med UVI och tonsillit varje år och sedan göra årliga mätningar på samma patienter för att se hur de mår? Att personalen agerar efter evidensbaserade riktlinjer i ökad utsträckning gör att resultatet av vårdinsatserna förbättras, vilket gynnar patienterna i hög grad.

Jag förstår att till exempel höftortopederna som opererar in dyra proteser behöver följa upp hur det går för varje patient. Företagen som säljer proteserna vet ju inte hur länge de håller, det vill säga evidens saknas. Ingreppet är dessutom en stor sak för både patient och sjukvård. Att man satsar 500–1000 kronor på att följa upp en osäker åtgärd som kostar 50 000–100 000

kronor är ju närmast en självklarhet. Man kan till och med tycka att företagen som säljer proteserna skulle bekosta uppföljningen och

»Tyvärr kan jag inte finna att GS i sitt svar uttrycker förtroende för att läkare ... med flera i primärvården är de som har bäst kompetens att utveckla system för att stimulera förbättringsarbetet i primärvården.«

inte SKL. Uppföljningens syfte är att skapa evidens och lära ortopederna att använda rätt protes och rätt operationsteknik till fromma för patienterna.

I båda fallen handlar det om att vårdpersonalen ska arbeta mer ev-

idensbaserat för att kunna generera bättre vårdresultat. Jag kan inte se att den ene fokuserar mer på patientnytta än den andre!

Det andra skälet till avslag var att pvkvalitet.se inte fokuserar på jämförelser. Tvärtom vad GS påstår fokuserar pvkvalitet.se just på jämförelser med andra vårdcentraler, med sig själv över tid och dessutom med evidensbaserade riktlinjer. Jag rekommenderar den demonstrations-Powerpoint-fil som finns på <http://www.pvkvalitet.se>. Där framgår hur pvkvalitet.se fungerar.

Jag håller med om att det är positivt med stöd till Senior Alert med flera register som stödjer förbättringsarbetet inom omvårdnad/vårdprevention. Det behövs mer av detta!

Däremot håller jag inte med om att Nationella diabetesregistret (NDR), efter 15 år som kvalitetsregister, kan skapa en återföringsrapport som är användbar i förbättringsarbetet på en vårdcentral. Detta har påtalats ett flertal gånger, och förhoppningsvis är en bättring på gång.

Jag tycker det är skamligt att primärvården, som lägger ner stora resurser på att registrera flera hundra tusen

patienter varje år, inte får en användbar återkoppling!

Min förhoppning är att en framtida dialog ska leda till att SKL förstår att det är skillnad på de verktyg som behövs i förbättringsarbetet i sjukhusvård och

primärvård. Kanske kommer man också så småningom att förstå att det finns personal i primärvården som har god kompetens i dessa frågor?

Kjell Lindström  
distriktsläkare, MD,  
Primärvårdens FOU-enhet i  
Jönköping  
kjell.lindstrom@lj.se

## SFAM välkomnar konstruktiva diskussioner

■ Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har redan före denna debatt i LT initierat en dialog med SKL med anledning av de avslag vi fått för bidragsfinansiering av pvkvalitet.se och av vår allmänna oro för utvecklingen av kvalitetsarbete i primärvård. Vad vi står för i denna fråga finns att läsa i dokumentet »Uppföljning av primärvård i värddvalssystem«, som finns tillgänglig på <<http://www.sfam.se/>>. Samtal med SKL ska inledas i mars, vilket gläder oss.

SFAM motsätter sig inte nationella kvalitetsregister. Tvärtom, vi anser att upprepade mätningar är grunden till förbättringsarbete. Det har vi tagit ställning för sedan länge. Vi ser nyttan i att nationella kvalitetsregister finns, men anser att registren som ska användas i primärvård ska vara utformade för att höja kvaliteten på de enskilda vårdcentralerna och ge stor patientnytta.

Patientnyttan ska vara uppenbar och stor jämfört med de resurser som krävs för att delta i registren. De ska inte utformas enbart för att tillgodose andra intressenters behov. Detta kräver en registerdesign och en datafångst som skiljer sig från det som i dag präglar kvalitetsregistren. Det kräver dessutom ett stort engagemang från vår profession och en ökad finansiering av sjukvårdshuvudmannen, SKL. Engagemanget hos oss

finns redan både hos våra registerutvecklare och hos oss kliniker.

Jag finner det mycket förvånande att SKL och Göran Stiernstedt inte förrän nu tycks förstå att det är ett problem att man hittills konsekvent avfärdat allmänläkarnas syn på kvalitet och förbättringsarbete. Det krävs större lyhördhet och kunskap än så för att utveckla god kvalitet i dagens svenska primärvård.

Vi finner det anmärkningsvärt att Göran Stiernstedt säger att SKL nu bjuder in oss till diskussion då SFAM redan i februari kontaktade honom för att diskutera kvalitetsregister. Det är dock en bisak i denna viktiga fråga. Svensk förening för allmänmedicin ser fram emot konkreta och konstruktiva diskussioner med SKL för att åstadkomma kvalitetsregister med reell patientnytta som stimulerar primärvårdens duktiga medarbetare till vårdproduktion med än högre kvalitet i vårt dagliga sjukvårdsarbete. Om dessa register sedan kan bidra till bra allmänmedicinsk forskning kommer vi att känna oss mycket nöjda.

Eva Jaktlund  
ordförande, SFAM  
eva.jaktlund@sfam.a.se

Kommentera denna artikel på [Lakartidningen.se](http://Lakartidningen.se)

## En biverkningsrapport per patient räcker långt

■ Vi läste med intresse artikeln om patientsäkerhet, »Medicinering av riktigt gamla rena rama experimentverksamheten«, med professorn och överläkaren i geriatrik, Yngve Gustafson i *Läkartidningen* 6/2010 (sidorna 361-4).

I mitten av intervjun diskuteras läkemedelssäkerhet och det faktum att mycket säkerhetsdata för läkemedel härrör från yngre försökspersoner, och att äldres speciella förutsättningar med nedsatt njur- och leverfunktion och polyfarmaci inte avspeglas i Fass' texter eller i produktresuméer.

Därpå följde en kommentar att Yngve Gustafson själv inte rapporterade misstänkta biverkningar därför att han då skulle behöva »hålla på att och skriva tio rapporter på varje patient«. Varje kliniskt verksam läkare inser att en sådan extra administrativ börda är ogörlig, i synnerhet då den inte påverkar den aktuella patienten utan genererar en kunskap som på sikt kan förhindra negativa händelser.

Som mottagare på Läkemedelsverket (LV) vill vi därför förmedla budskapet – en rapport per patient räcker! En rapport kan gälla flera sorters biverkningar med olika läkemedel. Det viktiga är att rapportera allvarliga eller oförutsedda biverkningar eller sådana som synes öka i frekvens eller allvarlighetsgrad.

En samordnad värdering av dessa händelser ger bättre möjligheter att återkoppla tillbaka till sjukvården så att flera nationellt kan få ny information eller påminnas om tidigare känd kunskap.

Betydelsen av denna samordning har t ex visat sig i samband med pandemiarbe-

tet där rapporteringen också har underlättats genom en särskild webbtjänst på LV:s hemsida.

Genom Läkemedelsverkets regionala centra, dit biverkningsrapporterna skickas, kan sedan fallen efterhållas och vid behov kompletteras med ytterligare information. Detta går oftast att lösa genom utdrag ur journal. På några regionala centra går det dessutom att rapportera via det elektroniska journal-systemet som möjliggör för den kliniskt verksam att fortsätta bidra med den värdefulla informationen. Vi vill också poängtera att i dag kan även alla sjuksköterskor göra en anmälan av misstänkt biverkan.



Rapportera biverkningar på <<http://www.lakemedelsverket.se>>.

Avslutningsvis vill vi tacka alla er läkare och sjuksköterskor – under 2009 fler än 6 000 (!) – som varje år tar er tid och bidrar med att bevaka vår säkerhet runt läkemedel. Väl mött på <<http://www.lakemedelsverket.se>>.

Karl Mikael Kalkner  
klinisk utredare,  
docent i onkologi  
karl-mikael.kalkner@mpa.se

Kerstin Jansson  
gruppchef, apotekare

Gunilla Sjolin-Forsberg  
enhetschef, med dr, enheten  
för läkemedelssäkerhet;  
samtliga vid Läkemedelsverket