

Förbättrad hjärtsviktsvård utan P4P

■ I en artikel i Läkartidningen [1] redovisas förbättringar avseende utredning och behandling av hjärtsvikt i ett projekt i Skåne som bl a innehållit ett ekonomiskt bonus-system med ersättning för både deltagande och uppnådda resultat. Konklusionen är att man erhåller en god målfyllelse via P4P-modellen.

I Jönköpings län har Primärvårdens FoU-enhet genomfört omfattande kvalitetsmätningar på de 30 vårdcentralerna i landstinget sedan 2006 [2]. Vi har försökt värdera bland annat följsamhet till riktlinjer med hjälp av SFAM:s evidensbaserade kvalitetsindikatorer [3].

En av diagnosgrupperna som studerats är hjärtsvikt. Vi har haft nästan identiska mätetal som Q-svikt. Mätningar har gjorts dels 2006, dels 2009. För att stimulera förbättringsarbetet har resultaten återkopplats till varje vårdcentral vid personliga besök då vi träffat bl a läkargruppen. Mätningarna har också redovisats öppet.

Två specialutbildade forskningssjuksköterskor, samma personer 2006 och 2009, har för att samla data gått igenom journaler för ett slumpmässigt urval omfattande drygt 50 procent av hjärtsviktpatienterna. Sammanlagt ingår 525 patienter år 2006 och 627 patienter år 2009. Statistiska skillnader mellan 2006 och 2009 har beräknats med parat t-test.

Andelen hjärtsviktpatienter utredda med ekokardiografi (UKG) ökade från 65 procent år 2006 till 81 procent år 2009 ($P = 0,03$) samtidigt som spridningen minskade mellan vårdcentralerna, standarddeviationen (SD) var 18,9 2006 och 12,3 2009.

Mellan 2006 och 2009 ökade andelen hjärtsviktpatienter behandlade med ACE-/AII-hämmare från 71

till 83 procent ($P = 0,002$) med oförändrad spridning mellan vårdcentralerna, SD var år 2006 11,0 och år 2009 10,7.

Tendensen även hos oss är att de med »sämst« resultat 2006 har ändrat sig mest till 2009. Förbättringarna har skett från en högre nivå än i Skåne. Resultaten för andelen utredda med UKG (81 procent) respektive andelen som behandlats med ACE-/AII-hämmare (83 procent) överskrider båda Skånes 70 procent med UKG respektive 54 procent med ACE-/AII-hämmare.

Vi avråder från P4P då det saknas evidens för dess nytta [4, 5] och då den ekonomiska belöningen riskerar att skapa undanträngningseffekter som drabbar andra angelägna kliniska områden.

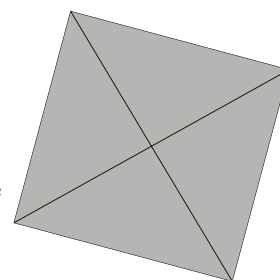
Erfarenheten visar vidare

att när ersättningen försvinner blir resultaten ofta sämre än vid utgångsläget, sannolikt beroende på en minskad intern motivation hos personalen [6].

Mätning och återkoppling leder till förbättringar. Det saknas evidens för att ekonomisk »belöning« skulle kunna förbättra resultatet.

REFERENSER

1. Ohlsson B, Kullberg M, Landgren M. Förbättrad hjärtsviktsvård med Q-svikt. Läkartidningen. 2010;107(37):2154-7.
2. Lindström K, Engström S. Kvalitetsmätning behövs – men kan inte värdera vårdkvalitet. Läkartidningen. 2009;106(34):2067-8.
3. SFAMQ. Mål & Mått i allmänmedicin. SFAMs kvalitetsindikatorer. Stockholm: Svensk förening för allmänmedicin; 2010. http://www.sfam.se/index.php?option=com_content&view=article&id=111%3Akvalitetsindikatorer&catid=60%3Asfam-raddokument&Itemid=70
4. Mehrotra A, Damberg CL, Sorbero ME, Teleski SS. Pay for performance in the hospital setting: what is the state of the evidence? Am J Med Qual. 2009;24(1):19-28.
5. Dudley RA, Frolich A, Robinowitz DL, Talavera JA, Broadhead P, Luft HS. Strategies to support quality-based purchasing: A review of the evidence. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2004. Report No: 04-0057.
6. Deci EL, Koestner R, Ryan RM. A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. Psychol Bull. 1999; 125(6):627-68; discussion 92-700.



Sven Engström
distriktsläkare, MD;
båda vid Primärvårdens
FoU-enhet i Jönköping

Kjell Lindström
distriktsläkare, MD
kjell.lindstrom@lj.se

REPLIK:

Förbättrad hjärtsviktsvård primära syftet i vårt projekt Q-svikt

■ Kjell Lindström och Sven Engström beskriver i sitt inlägg en kvalitetsmätning i Jönköpings län avseende hjärtsviktpatienter. Resultaten från deras studie liknar på många sätt Q-svikts.

Det är med glädje vi konstaterar att använda variabler och uppnådda resultat varit i princip desamma som i vårt projekt. För att stimulera förbättringsarbetet har resultaten redovisats öppet vid personliga besök på varje vårdcentral. Detta styrker även resultaten i vårt projekt, det vill säga för att uppnå förändring krävs personliga möten då feedback ges på resultaten.

I Q-svikt har vi också använt specialutbildade sjuksköterskor som har gått igenom journalerna. Skillnaden är dock att vi använt kvali-

tetsregistret Rikssvikt, där samtliga data matats in och även rapporterna hämtats ifrån. Genom att använda ett kvalitetsregister finns möjligheten för vårdcentralerna att fortsätta kvalitetssäkringsarbetet efter projektets slut, då utbildning i registrering och rapportgenerering kontinuerligt genomförs. Vi tror att någon form av register behövs för att få överskådlighet över resultaten och kontinuitet i arbetet.

Lindström och Engström avråder från P4P då det saknas evidens för dess nytta. Q-svikt är i första hand ett kvalitetssäkringsprojekt för att förbättra diagnostik och behandling av hjärtsviktpatienterna. Vi undersöker också om kvalitetsregister kan användas som beslutsstöd i den kliniska vardagen. Paral-

lellt med detta finns det också kopplat en belönings-trappa för att skapa en diskussion om vårdens ersättningsystem.

Vi håller med Lindström och Engström om att man förmodligen kan förbättra kvalitet utan P4P. Vi tror dock att ersättningen har fungerat som en morot för enheterna att avsätta resurser för registreringen av hjärtsviktpatienterna i Rikssvikt.

Om kvalitetsregister ska användas på bred front framöver tror vi att någon form av ekonomisk ersättning krävs för att enheterna ska avsätta tid för själva registreringen. Nyttan av ett register kan många gånger vara god men



kanske inte alltid uppenbar för den enskilda enheten.

Socialstyrelsen kommer att utvärdera effekterna av Q-projekten (Q-diabetes och Q-svikt) 2011. En oberoende utvärdering i form av djupintervjuer med deltagande läkare och sjuksköterskor kommer också att genomföras under hösten, där en av frågorna är vilken betydelse man tror att P4P haft för resultaten.

Bertil S Olsson

sjuksköterska, projektsjuksköterska, Centralsjukhuset, Kristianstad

Maria Kullberg

sjuksköterska, projektsjuksköterska, Närsjukhuset, Hässeholm

Maria Landgren

apotekare, projektkoordinator, Läkemedelsrådet, Region Skåne, Lund
maria.landgren@skane.se

Förkyliker och andra »-iker«

■ Under rubriken »Leg läkare eller 'förkyliker'« (LT 39/2010, sidan 2340) reagerar Peter Ullström häftigt mot beteckningar på »-iker«, typ reumatiker och diabetiker. Han kallar dem »titlar« och jämför med yrkestitlar som leg läkare. Är astmatiker en titel? I så fall är patient också en titel, bara mindre specifik.

Ullström koncentrerar själv sin viktigaste invändning så här: »Handen på hjärtat, kan man vara en sjukdom?« Och längre fram: »Nej man har en sjukdom.« Han talar också om »synen på patienten som patient eller som 'axeln på trean'«.

Här finns nog en missuppfattning. »Axeln på trean« är förvisso ingen person. Suffixet -iker betyder däremot just person. Det uppfattar intuitivt varje svenskspråkig person som vet vad en musiker är. Beteckningen astmatiker känns inte ett dugg mindre personlig än astmapatient eller person med astma. Beteckningar på -iker har i dag höga födelsetal, vi kan tala om en boom. Varför? Jo därför att de är överlägset praktiska. Uppslagen kommer inte sällan nedifrån, till exempel från patientföreningar. Detta gäller till exempel senfödda tillökningar som glaukomiker och migräniker. Ingen känner sig kränkt eller nedvärderad av att bli kallad (»titulerad« enligt Ullströms djärvt tänjda språkbruk) diabetiker i stället för diabetespatient. Personen kanske till och med helst vill slippa bli kallad patient.

Som inbiten förespråkare och gynnare av patientbe-



Inget fel med förkyliker? I Hans Nymans samling finns 75 »-iker«.

teckningar på -iker gör jag ständigt nya fynd. Mitt senaste är tinnitiker. Samlingen närmar sig nu 75. Jag hoppas få leva till 100 (termer) och utökar därför tacksamt samlingen med den lustiga hybriden förkyliker.

Hans Nyman

lärare, Läkaresällskapets språkrådgivare emeritus, tunnelbaneresenär, tandläkarpatient m m, Skarpnäck
hans.b.nyman@telia.com

Läkare är som tidigare skyldiga anmäla olämplighet att inneha körkort men får ny möjlighet att anmäla i utredningsärenden



■ Artikeln i LT 37/2010 (sidorna 2177-8) om ändringar i körkortslagen och de nya medicinska föreskrifterna för körkort fick rubriken »Läkare har möjlighet, inte plikt, att anmäla patient som motsätter sig undersökning«. Flera kollegor har missförstått detta, och en lokaltidning har skrivit om detta på ett sätt som kan förstås som att läkares anmälningskyldighet har försvunnit. Det är fel! Tvärtom är lagstiftarens avsikt att det nu ska vara tydligare för läkaren när anmälan ska ske, då formuleringen »uppenbart olämplig« ändrats till »olämplig«.

»Brasklappen« om möjligheten att avstå från anmälan om man gör en muntlig överenskommelse med patienten om att inte köra finns kvar. Den gäller som förut bara så länge man har anledning att lita på att patienten följer den. Det kräver, som Transportstyrelsen bedömer det, en journalanteckning om körförbudet och en uppföljning vid återbesök så att man verk-

ligen kan vara säker på att patienten inte kör.

Nyheten i körkortslagen gäller de fall där man först efter ytterligare medicinsk utredning kan säga att föreskriftens krav inte är uppfyllda. I sådana fall kan det hända att patienten inte vill vara med om ytterligare utredning. Ofta förstår patienten att man då skulle påvisa till exempel alltför stora synfältsdefekter eller alltför allvarliga kognitiva brister. Här ger lagen möjlighet för läkaren att göra en så kallad utredningsanmälan till Transportstyrelsen, som då kommer att lägga ett »villkor om läkarintyg« på patientens körkort. Om sådant inte kommer in kan körkortet återkallas enbart på grund av att »intyg inte inkommit«.

Allmänt kan sägas att Sveriges läkare med åren allt mer inser att den medicinska lämpligheten att inneha körkort är en viktig aspekt av vårdkontakten med patienten. Det görs för varje år ett stadigt ökat antal anmälningar. Hur många »muntliga körförbud« som därutöver utfärdas registreras inte, men det finns av tidigare undersökningar att döma anledning att tro att också den siffran ökat.

Det kan finnas skäl att påminna om att anmälningskyldigheten gäller alla läkare men att det för återkallelse av körkortet oftast krävs ett läkarintyg från specialistkompetent läkare. Om intyget redan från början innehåller det underlag som krävs för återkallelse behövs inte ett förläggande om nytt läkarintyg. Ett sådant föreläggande kan annars fördröja återkallelseprocessen avsevärt. Om det är en läkare under utbildning som anmäler kan det vara klokt att handledare eller annan specialistkompetent kollega kontraserar. Om man också kan hänvisa till en formulering i TSFS 2010:125 är det en bra garanti för att man som kliniker »tänkt rätt« och för

att handläggningen ska ske skyndsamt.

En anmälan kan till exempel innehålla en formulering som »Patienten har en sådan allvarlig kognitiv störning som avses i TSFS 2010:125, 10 kapitlet 1 §«. Eller »Patienten har ett alkoholberoende och har efter en inledningsvis framgångsrik rehabilitering nu avbrutit fortsatta kontroller och återfallit i drickande. Han har därmed inte längre kunnat styrka nykterhet i enlighet med vad som sägs i 12 kapitlet 6 § och 8 §«. Om man dessutom använder den blankett för anmälan som finns på <http://www.korkortsportalen.se/upload/dokument/Blanketter/Foretag/TSTRK1009_Lakares_anmalan.pdf> underlättas processen ytterligare för läkare och myndighet.

Lars Englund
leg läkare, MD, chefsläkare, Transportstyrelsens trafikmedicinska råd, Borlänge
lars.englund@transportstyrelsen.se