

KOMMENTAR TILL ARTIKELN »KVALITETSREGISTER – KEJSARE UTAN KLÄDER?«

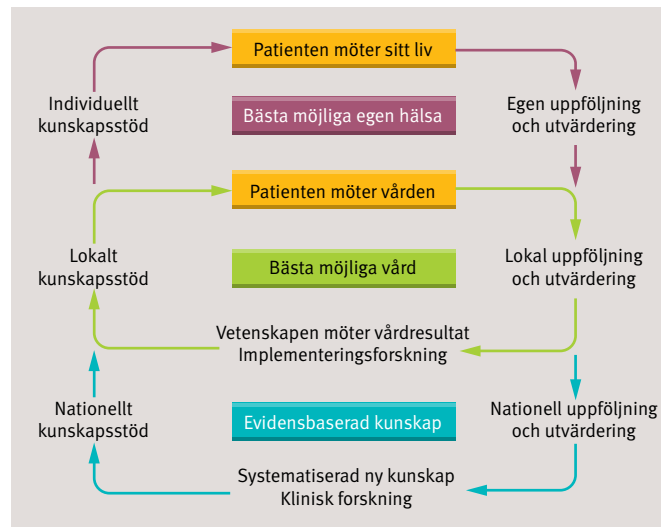
Kvalitetsregister – patientens och läkarens verkstad

En tankeväckande modell för kvalitetsregisters användningsområden visades på LT Debatt i LT nr 5/2013. Kvalitetsregister kan användas ännu bättre som verktyg om det sker i en verkstad för att förbättra hälsan för patienterna i registren. En processmodell föreslås här, där alla intressenter är med – inte minst patienten och läkaren.

Kvalitetsregisterförespråkare och intressenter innefattar även patienter som får följa sin hälsa i registren liksom vårdprofessionerna som initierat registren, vilket Johan Ejerhed förbigick i sitt inlägg [1]. Inläggets syfte var dock viktigt – att ge stöd i den fortsatta diskussionen om utvecklingen av kvalitetsregister, som ju inte kan vara lösningen på sjukvårdens alla behov.

Användningsområden för kvalitetsregister beskrevs och analyserades av Ejerhed som föreslog en modell för detta. Registeruppgifternas användning diskuterades mest som analyser av stora patientgrupper och svårigheterna att dra slutsatser av detta, särskilt som underlag för ersättningsystem.

Huvudintressenterna, patienter och deras läkare, har dock ett mer närliggande in-



Processmodell för användningen av kvalitetsregister.

teresse i förbättring av den individuella hälsan med stöd av systematisk uppföljning. Hur kan då Ejerheds alla verktyg kombineras med en hälsofrämjande process som en verkstad? Hur kan vi gå från ord till handling?

Kunskapsstöd som alla kan bidra till och utnyttja på sin egen nivå (individuellt, lokalt och nationellt) beskrivs i den här föreslagna modellen (Figur). Modellens tre nivåer kan beskrivas som tre motorer som kan skapa bästa möjliga egen hälsa (Hälsomotorn), bästa möjliga vård (Vårdmotorn) respektive evidensbaserad kunskap (Evidensmotorn). Processen i varje motor består i uppföljning och utvärdering av resultat (bl a från kvalitetsregister) som bas för återkoppling till ett kunskapsstöd. Principen är densamma som för all hypotesprövande forskning eller förbättringsarbete med PDSA-cykler (Plan–Do–Study–Act).

Ordnat införande och strukturerad uppföljning av läkemedel är ett exempel på hur de båda föreslagna modellerna kan förstås som

verktyg och verkstad för att skapa en bättre hälsa för patienterna. Reumatologin gör i år sitt tolfte införande av effektiva, potentiellt farliga och dyra läkemedel till stora patientgrupper.

Tack vare reumatologins kvalitetsregister och forskningen på detta kan vi visa att effekten av dessa läkemedel är i nivå med förväntningarna vid godkännandet, att de med rätt kunskap om förebyggande åtgärder kan användas på ett säkert sätt och att de är kostnadseffektiva. Följdaktligen har Socialstyrelsen rekommenderat en ökad användning [2].

Alla intressenter har en viktig roll i samverkan i reumatologins verkstad. Patienterna kan själva rapportera och sedan följa hur den egna hälsan kan förbättras [3], tack vare den strukturerade uppföljning som registrets mått kan användas till i realtid. Detta har gett patienten individuell kunskap som stöd för att använda sina läkemedel på rätt sätt, och för att rapportera effekter och biverkningar (Hälsomotorn,

med patientengagemang i hälsostyrningen).

Läkaren har vid besöket kunnat se hur varje behandling har utfallit och kunnat optimera dess effekt över tid (se hur arbetet kan gå till, [4]). Kunskapsstödet möjliggör för läkaren att direkt, när vården bedrivs, förskriva på rätt indikation, följa upp behandlingsresultat samt rapportera biverkningar (Vårdmotorn med aktiv hälsostyrning).

Reumatologins kvalitetsmätningssystem blir svårare att översätta och tolka när individuella resultat ställs samman för stora patientgrupper i efterhand. Framgångarna med bättre behandling och bättre hälsoutfall redovisas i Reumatologiregistrets årsrapport samt i Öppna jämförelser [5], där tolkningen dock ständigt diskuteras internt. Svensk reumatologisk förening uppdaterar sina evidensbaserade behandlingsriktlinjer årligen [6], vilka visas i läkarens beslutsstöd [3, 4]. Analyser av registret har även rapporterats till Läke-medelsverket, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och via läkemedelsföretagen till den europeiska läkemedelsmyndigheten som stöd i dessas arbete med uppföljningen av de nya läkemedlen (Evidensmotorn med checklista, uppföljning av praxis och uppföljning av resultat).

Den snabbaste utvecklingen sker dock nu i områden där allt fler patienter aktivt engagerar sig i sin egen hälsa. En patient med en kronisk sjukdom som kontrolleras av vården livet ut har knappast mer än två timmars kontakt med vården per år jämfört med de 8 700 timmar som året för övrigt består av [7]. Internationellt är Patients Like Me det



STAFFAN LINDBLAD
överläkare, registerhållare, Svensk reumatologisk kvalitetsregister, Karolinska universitetssjukhuset; chef QRC Stockholm, professor, Medical Management Centre; Karolinska institutet



ANNE CARLSSON
ordförande, Reumatikerförbundet

ledande exemplet [8, 9] där alla med någon av de aktuella sjukdomarna kan vara med och systematiskt föra in data och följa upp sin egen effekt av behandlingen och jämföra med andra (178 000 medlemmar). Analogin med kvalitetsregister är slående, men Patients Like Me har ingen koppling till patientens läkare.

Vårdens samverkan med patienterna kan bli avgörande för om den resurs som patienterna utgör, deras drivkraft [7, 8], stora antal och relativt mycket mer tid, kommer att kunna bli till ömsesidig nytta. Alla är vi patienter – bara ibland eller hela livet, och har således ett gemensamt intresse av att utforska potentierna i kvalitetsregister som en nationellt gemensam och unik resurs för att hitta nya vägar till en bättre hälsa. ■

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Ejerhed J. Kvalitetsregister – kejsare utan kläder? *Läkartidningen*. 2013;110:196-7.
2. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/rorelseorganenssjukdomar>
3. <http://youtu.be/kTp6Hm8fm1E>
4. <http://healthstories.se/?p=13>
5. www.kvalitetsregister.se
6. <http://www.svenskreumatologi.se/riktlinjer>
7. <http://www.riggare.se/2012/07/11/seminarium-om-patientmakt-i-almedalen-4-juli-2012/>
8. http://www.ted.com/talks/jamie_heywood_the_big_idea_my_brother_inspired.html
9. <http://www.patientslikeme.com>

Vinst i vården leder fel

■ Som nyutbildad läkare vikarierade jag 1972 några månader på en öronklinik i Småland. På kliniken rådde en öppen stämning. Man berättade om vilka förändringar som 7-kronorsreformen (1970) inneburit på kliniken. Innan reformen trädde i kraft hade läkarna fått betalt per utförd åtgärd, för att efter 1970 få månadslön. Detta resulterade i att man minskade antalet tonsillektomier. Många av dessa hade före 1970 gjorts på ekonomisk indikation – ej medicinskt motiverade.

Följande vinter gjorde jag min medicinska assistenttjänstgöring på ett norrländskt centrallasarett. På medicinmottagningen stod en genomlysningsapparat för lungor. Informationsvärdet av en genomlysning var så lågt i jämförelse med en vanlig slätbild att man efter 1970 inte använde genomlysningsapparaten. Den avgav dessutom en betydligt högre stråldos till patienten. »Andas in, andas ut«, och läkaren erhöll 25 kronor, vilket motsvarar 180 kronor i dagens penningvärde. Denna metod användes främst på ekonomisk indikation.

På samma sjukhus berättade man även om 7-kronorsreformens inverkan på fördelning av patienter på medicinmottagningen. När läkarna fick betalt per patientbesök tog överläkarna de lättaste och snabbaste besöken

och underläkarna de tidskrävande fallen. Lärorikt ja, men fördelningen var främst ett uttryck för överläkarnas önskan om högre inkomster. Som patient kanske man önskar sig en annan grund för patientfördelningen.

Med dessa exempel vill jag belysa konsekvensen av att låta vinstintressen styra viktiga samhällsfunktioner såsom sjukvården.

I USA, där blott en tredjedel av sjukvården utförs i offentlig regi, är sjukvårdens andel av BNP 15 procent, mot exempelvis 9 procent i vårt land.

I **LT nr 4/2013** skriver Marie Wedin, ordförande i Läkarförbundet, i en ledare att förbundet inte är motståndare till ekonomiska vinster i sjukvården. »Vinster krävs som motiv för etablering och nytänkande.«

Att det krävs vinst för nytänkande är ett förhastat uttalande. Det tänks mängder av nya tankar och behandlingsmetoder förändras ständigt inom offentligt utförd och finansierad vård. Drivkraften på den klinik där jag arbetat i några decennier är patienternas bästa och en förbättrad fysisk och psykisk arbetsmiljö i vår sjukvårdsregion.

Låt oss inte falla offer för tanken om vinst som en effektiv metod att förbättra sjukvården. Det krävs betyd-

ligt mer sofistikerade tanke-modeller än ökad materiell belöning till oss redan välbetalda yrkesutövare. Vill vi dessutom förbättra folkhälsan bör vi inom Läkarförbundet verka för minskade materiella klyftor. Den vetgirige kan läsa mer om detta i boken »Jämlikhetsanden« av Wilkinson och Pickett [1].

Ulf Flodin
överläkare, Linköping
ulf.flodin@linkoping.se



REFERENS

1. Wilkinson R, Pickett K. Jämlikhetsanden: därför är mer jämlika samhällen nästan alltid bättre samhällen. Stockholm: Karneval förlag; 2011.

MER DEBATT PÅ LÄKARTIDNINGEN.SE

Läkartidningen får ett stort antal manus till Debatt och brev. Här rubriker från inlägg som i sin helhet finns på [Läkartidningen.se/debatt](http://Lakartidningen.se/debatt)

Korrekt bedömning av snabbtest för betastreptokocker

*Urban Forsum
professor emeritus, överläkare,
Linköpings universitet
Gunnar Nordin
leg läkare, vd Equalis AB*

»Telefonfällan« orsak till många cancerbesked per telefon

*Gunnar Birgegård
professor emeritus,
Akademiska Sjukhuset, Uppsala*