

meddelanden fanns hela tiden behov av mer information. Stabsledningsgruppen beslutade därför anordna en presskonferens ca 3 timmar efter den första informationen om olyckan. Behovet av intern information var också stort, och uppdatering via intranätet gjordes fortlöpande.

Sammanlagt kom tio medelsvårt skadade patienter till Helsingborgs lasarett. Efter att ha mobiliserat personal och vårdplatser fanns möjlighet att ta emot ett tiotal svårt skadade och en större grupp av lindrigt till måttligt skadade.

En lärdom av det inträffade är att tid och utrymme ges för övningar av katastrofscenarier för såväl akutsjukhus som närsjukhus. Detta inkluderar också de sjukvårdsgrupper som kan behöva rycka ut vid liknande händelser.

Att träna strategiskt stabsarbete för sjukhusen är synnerligen viktigt och kan avlasta de rent operativa delarna i en mobilisering vid ett förstärknings- eller katastrofläge.

Slutligen bör nämnas vikten av att dra lärdom av de erfarenheter som framkommer vid särskilda händelser på våra sjukhus runt om i Sverige. Att återföra dessa erfarenheter är viktigt för den perso-

nal som varit involverad, lika så att det finns en öppenhet om vad man behöver arbeta med.

Hösten 2012 genomförde

Helsingborgs lasarett tillsammans med Ängelholms sjukhus en större katastrofövning, under namnet »Ängelborg«. Nyttan av de erfarenheter som denna övning gav bevisades under det skarpa läget den 15 januari 2013. I en tid av effektivisering och ekonomisk åtstramning är vår slutsats att man inte ska skruva ner ambitionerna utan i stället att ha fortsatt fokus på katastrof- och samverkansövningar, då detta har stor betydelse när den verkliga händelsen inträffar [1-5].

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763).
2. Lag (2006:544) om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap.
3. Förordning om kommuners och landstings åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap. SFS 2006:637.
4. Förordning om krisberedskap och höjd beredskap. SFS 2006:942.
5. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om fredstida katastrofmedicinsk beredskap och planläggning i förhöjd beredskap. SOSFS 2005:13.

LÄSARKOMMENTARER

Många har kommenterat artikeln om Läkarförbundets råd om patienten vill fotografera eller filma vid vårdtillfället (LT 8/2013, sidan 399).

Verkar vara extremt meningslösa råd. Tala med patienten om de vill filma dig? Goddag yxskaft, det fattar nog redan läkarstudenten.
Carl David Dolata

Om patientens intresse av att få sin vård filmad ska ställas mot läkarens krav på integritet och arbetsro är jag tämligen säker på att varje förvaltningsdomstol i det här landet skulle döma till den senares fördel.

Peter Homann

Dokumentation genom fotografier och ljud- och bildupptagningar har kommit för att stanna inom vården och har inneburit att maktförhållandet mellan patient och vårdgivare har förskjutits

till fördel för den förra, vilket får anses vara en stort framsteg i sammanhanget, eftersom många patienter – rätt eller orätt – uppfattar sig vara utlämnade åt vårdgivarens bedömningar. ... alla läkare borde se ljud- och bildupptagning som ytterligare ett hjälpmedel att öka kvaliteten i sitt arbete.

B K Jansson, jurist, Socialstyrelsen

BK Jansson anser att frågan

handlar om patientsäkerhet. Det gör den, men inte alls på det sätt Jansson tänker. Utgör inte ömsesidig tillit ett av fundamenten till patientsäker vård?

Hampus Edgren

**MER DEBATT PÅ
LÄKARTIDNINGEN.SE
Receptfritt i glesbygd**

Sylvia Augustini

Kvalitetsregister – en välklädd folkrörelse

Swedeheart och andra kvalitetsregister har betonat svårigheterna att göra jämförelser mellan olika vårdgivare. Det är därför viktigt att tolkningarna av resultaten görs med försiktighet och av dem som har kunskap om de lokala förhållandena.

Johan Ejerhed tar i LT 5/2013 (sidorna 196-7) upp många kloka och insiktsfulla tankar kring kvalitetsregister och användandet av dessa. Men tyvärr har inlägget fått en rubrik, »Kvalitetsregister – kejsare utan kläder?«, som tyder på bristande kunskap om hur kvalitetsregister i dag fungerar och vilka förändringar som redan håller på att ske. Då Riks-HIA, som är en del av Swedeheart, nämns vid ett flertal tillfällen vill jag gärna komma med några förtydliganden.

Kvalitetsregister har aldrig utgett sig för att vara »kejsare«. Tvärtom har de flesta kvalitetsregister startats av en eller några entusiaster på ett eller några sjukhus, till vilka andra sjukhus sedan frivilligt anslutit sig i en önskan att förbättra vården för sina patienter. Swedeheart, som är ett av Sveriges största kvalitetsregister, styrs fortfarande helt av professionen i form av arbetsgrupper, och alla viktiga beslut (såsom ändring eller tillägg av ett mått) fattas efter diskussion på årsmötet, där alla sjukhus och alla inblandade professioner är representerade. I flera projekt bjuds också patientrepresentanter in.

Det primära syftet med registret är att stödja det lokala arbetet med att utveckla vården genom att ge kontinuerlig

information om vårdbehov, undersökningar, behandlingar och behandlingsresultat.

Självklart kan inte registreringar i sig själva förbättra vården; aktuella data måste kontinuerligt presenteras och användas för att kunna vara till stöd i förbättringsprocessen. Swedeheart har sedan flera år online-rapporter för sina användare och släpper till hösten en än mer interaktiv och lättöverskådlig rapportfunktion.

I den senaste användarenkäten instämde 87 procent av de tillfrågade i att kvalitetsregistret hade hjälpt verksamheten att identifiera förbättringsområden, och 78 procent i att kvalitetsregistret hade förbättrat enhetens förmåga att möta nationella riktlinjer och introducera nya bättre arbetssätt. Som ytterligare stöd i förbättringsarbetet introduceras nu riskvärderingsverktyg och beslutsstöd. Registret följer också upp effekter av läkemedel och medicintekniska produkter i den kliniska verkligheten för att komplettera den kunskap som erhållits från kliniska prövningar, som i regel har inkluderat starkt selekterade populationer.

Att »blint fokusera på enskilda kvalitetsmått« är inget som kvalitetsregistren har ägnat sig åt, tvärtom har det vuxit fram en insikt om behovet att spegla bredden av vården och inkludera även direkt patientrelaterade mått.

Swedeheart och andra kvalitetsregister har också betonat svårigheterna med att göra jämförelser mellan olika vårdgivare på grund slumpmässig variation och då bakgrundsfaktorer (case-mix) och täckningsgrad kan variera. Det är därför viktigt att tolkningarna av resultaten görs med försiktighet och av dem som har kunskap om de lokala förhållandena. Att den enskilda vårdgivaren jämför



TOMAS JERNBERG

ordförande, Swedeheart; docent, överläkare, hjärtkliniken, Karolinska universitetssjukhuset

tomas.jernberg@karolinska.se

»Vi måste därför tillsammans väga nyttan mot kostnaden för varje sak som vi registrerar och ta hänsyn till om det är praktiskt genomförbart och om det negativt kan påverka kontakten mellan vårdgivare och patient.

sig med sig själv över tid kan ofta vara ett bättre sätt att använda registret än att jämföra sig med andra vårdgivare vid en bestämd tidpunkt. Att koppla ersättning till utvalda och enstaka resultat i kvalitetsregister innebär därför risker. Swedeheart och majoriteten av andra kvalitetsregister har inte drivit en sådan linje utan tvärtom manat till försiktighet och eftertanke.

Det finns problem med kvalitetsregister som i framtiden måste lösas. Att registrera innebär en ökad administration för ofta redan hårt belastade medarbetare. Vi måste därför tillsammans väga nyttan mot kostnaden för varje sak som vi registrerar och ta hänsyn till om det är praktiskt genomförbart och om det negativt kan påverka kontakten mellan vårdgivare och patient.

Dubbelarbetet med att dokumentera i både journal och register måste på sikt minimeras. Vissa register har kommit långt i detta.

Swedeheart är en sammanslagning av fem register för att minska risken att samma saker registreras i flera olika register. Registret arbetar också tillsammans med landsting och regioner med att ta fram lösningar som inom en nära framtid medger direktöverföring av data från journal till register.

Patientintegritetsfrågan är viktig. Swedeheart arbetar i dag med samma grad av datasäkerhet som de flesta journalsystem. Vi som arbetar med register på lokal nivå måste också försäkra oss om att alla patienter blir informerade om registret och dess syfte, och om att patienten har rätt att avböja deltagande.

Johan Ejerhed tar upp flera bra förslag på hur kvalitetsregister och användandet av

dessa kan utvecklas. Redan i dag har en del kvalitetsregister en checklistefunktion där processmått registreras kontinuerligt. Flera kvali-

REPLIK:

Kvalitetsregister – ett av många verktyg

■ I artikeln »Kvalitetsregister – kejsare utan kläder?« i LT 5/2013 (sidorna 196-7) försöker jag nyansera synen på register, och då i synnerhet kvalitetsregister, som en universallösning för ökad kvalitet inom sjukvården och god klinisk forskning.

Tomas Jernberg, ordförande i Swedeheart, framför i sitt inlägg härintill att den valda rubriken tyder på »bristande kunskap om hur kvalitetsregister i dag fungerar och vilka förändringar som håller på att ske« och anser att kvalitetsregister är en »välklädd folkrörelse«. Frånsett rubriken tycks dock Jernberg i stort instämma i artikelns budskap, att register i sig inte medför någon självklar förbättring och att registerdata måste tolkas med försiktighet. Även Jernberg tycker att det är problematiskt att koppla ersättning till kvalitetsmått, men misstolkar min artikel när han tror att den beskyller kvalitetsregistren för att driva en sådan utveckling. Utvecklingen drivs främst av politiker och beställare av vård; det är dessa som både jag och Myndigheten för vårdanalys avser att varna.

Staffan Lindblad, registerhållare för Svensk reumatologis kvalitetsregister, och Anne Carlsson, ordförande i Reumatikerförbundet, menar i LT 7/2013 (sidorna 365-6) att jag förbisett patienten. De lanserar en egen modell, specifikt för kvalitetsregister,

tetsregister arbetar med framtagande av mer utvecklade PROM (»patient reported outcome measures«) och PREM (»patient reported experience measures«) och i detta arbete koppla en »aktiv hälsostyrning«, som man gjort i Svenska Reumatologi Register.

Kvalitetsregistrens organisation, där det avgörande in-

flytandet ligger hos professionen och dem som arbetar med registren, borgar för ett fortsatt klokt användande av kvalitetsregister. Tillsammans kan vi utforma dem så att de bäst tjänar våra syften – att förbättra värden av våra patienter.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

»Min poäng var att alternativ till kvalitetsregister som kvalitetshöjare inom sjukvården bör övervägas, såsom andra typer av register, checklistor eller vårdcoacher.«

som illustrerar hur patient och läkare tillsammans deltar i vården genom att rapportera hälsa och följa förbättringen. Modellen tycks anpassad efter patienter med en kronisk sjukdom som följs över tid och där behandlingen justeras efter sjukdomsaktivitet och utgör en god illustration av kvalitetsregistrens potential som kunskapsstöd.

Min poäng var dock att också alternativ till kvalitetsregister som kvalitetshöjare inom sjukvården bör övervägas, såsom andra typer av register, checklistor eller vårdcoacher. WHO:s checklista för säker kirurgi har inneburit stora kvalitetsvinster utan vare sig koppling till kvalitetsregister eller patientengagemang.

Förutsättningarna ser också olika ut för olika kvalitetsregister. Exempelvis Swedeheart har svårt att få till kontinuerlig uppföljning av hjärtinfarktspatienter då patienterna slussas ut till primärvården för sekundärprevention. Även om Jernberg också har ambitionen att följa patientrapporterad hälsa är utgångsläget mer komplicerat än för Lindblad som följer sina patienter genom livet.

Swedeheart borde kanske därför breddinföras i primärvården, likt Nationella diabe-

tesregistret, för att genom funktionerna »aktiv hälsostyrning« och »checklista« kunna följa hälsomått och erbjuda kunskapsstöd? Eller ska sjukvårdsstrukturen förändras så att kardiologerna tar över ansvaret för sekundärprevention? Vore det smidigare att jämföra följsamhet till behandlingsriktlinjer, »uppföljning av praxis«, genom samkörning av läkemedels- och patientregistren, men med konsekvensen att kunskapsstödet uteblir? Eller mäta case-mixjusterad 5-årsmortalitet på landstings-, klinik- och vårdcentralsnivå, liknande »uppföljning av resultat« inom cancer vården?

Svaren är inte givna, och beroende på vilka mått som registreras och hur visar den modell som jag föreslår att effekterna blir olika. Modellen kan därför användas som stöd i diskussionen och för att identifiera alternativ till Lindblads och Carlssons föreslagna verkstad, anpassade efter både läkare och patient. Återigen – kvalitetsregister är ingen universallösning.

Johan Ejerhed
legitimerad läkare,
civilekonom, ST-läkare,
medicinkliniken,
Danderyds sjukhus
johan@rememdiium.se

