

var skadligt för undervisningen. Författarna menar att detta illustrerar hur chefer felaktigt tror att små bidrag inte påverkar, och de hävdar att man ska ha klart för sig betydelsen av även små gåvor. Att hälften av cheferna inte uppfattar att deras deltagande i AIS skulle kunna påverka institutionens verksamhet finner författarna också märkligt.

Min tolkning av denna studie är först och främst att den avspeglar amerikanska förhållanden. Ett problem vid överföring till svenska förhållanden är jämförelsen mellan akademi och klinik. Medan det i USA är regel att verksamhetschefen vid en undervisningsklinik också är chef på inom akademien så är detta undantag i Sverige. Vidare var 89 procent män, och tyvärr redovisas inga könssupplade resultat. Det är dock viktigt att inse och erkänna betydelsen av AIS. Själv har jag haft möjlighet att utveckla viktiga, nya behandlingar genom ett gott AIS. Detta har till stor del genomförts inom ramen för stora multicenterstudier, där viktiga nya behandlingar har kunnat utvecklas och dokumenteras. I detta arbete har jag insett betydelsen av en kompetent och erfaren akademisk ledning som ska arbeta tillsammans med sponsorn. Mina egna er-

farenheter stämmer väl överens med de rekommendationer som rapporterats från två amerikanska grupper.

I en Task Force-rapport, som initierats från NIH, rekommenderas en rad principer kring hur akademiker ska förhålla sig [2]. Framför allt gäller det kring rapporteringen av resultat. Data ska naturligtvis finnas fritt tillgängliga för ledningsgruppen (något som tidskrifter i dag kräver att man intygar), analyser ska göras efter en i förväg uppgjord analysplan, och såväl positiva som negativa resultat ska publiceras. En annan rapport som utgått från erfarenheterna av en studie kring akuta koronara syndrom har också formulerat rekommendationer kring AIS [3]. I denna sammanfattning ges rekommendationer kring hantering och rapportering av data, även om hur AIS bör regleras i ett kontrakt, som bl a tydliggör eventuell ersättning till huvudmannen för intrång i verksamheten. Min erfarenhet är att man från industrins sida är mycket angelägen om att utforma dessa kontrakt.

På senare tid har frågan om ekonomisk reglering vid skadeståndsanspråk, »indemnification«, blivit viktig. Det handlar om att man som akademiker inte ska behöva träda in när amerikanska advokater stämmer någon då en be-

handling givit biverkningar eller inneburit ökad risk i något avseende.

Från min egen verksamhet har jag också sett en rad kolleger och andra forskare gå till industrin för att där utveckla sig och företagen. En av universitetets viktigaste uppgifter är ju att förse industrin med kompetens så att den kan utvecklas i konkurrens. Viktigt i dessa sammanhang är väl att undvika negativa uppfattningar vad gäller AIS. Jag noterar ibland sådana. De är dock oftast (tror jag) utgångna från avund eller okunskap. Det förtjänar dock att understryka att AIS ska vara transparent och väl förankrat, för då har såväl akademi som industri och sjuka patienter mest att vinna.

Karl Swedberg

professor, överläkare, avdelningen för akut och kardiovaskulär medicin, Sahlgrenska akademien, Göteborgs universitet; forskningschef, verksamhetsområdet medicin, Område Östra, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

1. Campbell EG, et al. Institutional academic industry relationships. *JAMA*. 2007;298:1779-86.
2. Califf RM, et al. Task force 2: Investigator participation in clinical research. *J Am Coll Cardiol*. 2004;44:1729-36.
3. Armstrong PW, et al. Lessons learned from a clinical trial. *Circulation*. 2004;110:3610-4.

Elektroniska journaler kan öka vårdkvaliteten vid små mottagningar

En vanlig uppfattning är att en övergång till elektroniska journaler mer eller mindre automatiskt innebär ökad effektivitet inom vården. Till minskade omkostnader ska sjukvård bedrivas med högre kvalitet och ökad patientsäkerhet.

I *Annals of Internal Medicine* redovisas en studie gjord vid en mindre amerikansk interntmedicinsk praktik i samband med övergången till ett elektroniskt journalsystem. Frågeställningen var om förändringen ledde till att kliniken identifierade de kvinnor som borde göra en mammografi och till att dessa verkligen remitterades.

De fyra läkarna antog att om all patientinformation konsekvent lades in i en elektronisk journalform, från och med övergången, skulle det möjliggöra mätningar och förbättringar av patientvården. Så enkelt var det dock inte. Författarna menar att läkare som inte är insatta i elektroniska journaler tenderar att föreställa sig dem som digitala versioner av pappersjournaler. I sin egen studie exemplifierades det genom att de fick

falskt låga nivåer när de själva skulle läsa av mammografifrekvensen. Det krävdes ett klick med datormusen för att signera ett elektroniskt sparad remissvar från en mammografi, som därmed var journalförd. För att dessutom omvandla svaret till strukturerade data som gick att analysera elektroniskt krävdes det 13 klick, vilket inte alltid utförts.

Vid kliniken gjordes därför en granskning av journalerna så att genomgångna undersökningar verkligen registrerades. Automatiska påminnelser skapades i journalerna, och kvinnor som inte mammograferats nyligen fick kallelser. Extra arbetsinsatser krävdes alltså för att uppnå en högre vårdkvalitet.

Efter 18 månader från övergången till elektroniska journaler visade det sig att mammografivån bland kvinnor mellan 50 och 65 år hade ökat med 10 procent i absoluta tal. Förbättringen hade bara orsakat måttligt ökade omkostnader. Frånvaron av standardiserade kompatibla system för informationshantering är ett självklart problem som måste



Foto: SPL/IBL

Övergång till elektroniska journaler är inte alldeles enkelt. 13 musklick krävdes för att omvandla alla svar till strukturerade data.

överbryggas. Att identifiera och åtgärda hinder på vägen för att kunna omsätta informationsinnehållet i elektroniska journaler ter sig viktigt. Ett nytt synsätt på journalhållning och nya rutiner krävs dock för en vårdkvalitetsökning.

Jonas Sandstedt

med dr
jonas.sandstedt@lakartidningen.se

Baron RJ. Quality improvement with an electronic health record: achievable, but not automatic. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):549-52.