

Ett vårdprogramms effekt undersökt

LÄKARE INTERVJUADES OM ASTMABEHANDLING

Genom att intervjua läkare om fingerade patientfall kan man få en uppfattning om ett vårdprogramms genomslagskraft, och det blir enklare att jämföra olika grupper av läkare än med motsvarande studie på faktiska patienter. Det menar artikelförfattarna, som prövat metoden på ett vårdprogram för astmabehandling i Uppsala län. Man fann bl a att cirka 20 procent av de behandlande läkarna inte kände till programmet sex månader efter att det lanserats.

Intresset för vårdprogram har vuxit sig allt starkare [1] och många sjukdomstillstånd får sitt vårdprogram. Däremot har inte uppföljning av deras effekter gjorts i någon större utsträckning [2].

Faktorer som påverkar ett vårdprogramms genomslagskraft är hur vårdprogrammet produceras, distribueras och appliceras vid den enskilda konsultationen samt hur programmet uppdateras och följs upp. Russell och Grimshaw har visat [3] att sannolikheten för att ett vårdprogram skall bli framgångsrikt ökar om det är framställt lokalt med de tänkta användarna som medverkande och om det har distribuerats tillsam-

Författare

URBAN SÄFWENBERG

ST-läkare, medicinkliniken (vid tillfället för studien Eriksbergs vårdcentral, Uppsala)

CHRISTER JANSON

tf överläkare, docent, lung- och allergikliniken

GÖSTA TIBBLIN

professor, allmänmedicinska institutionen

GUNNEMAR STÅLENHEIM

överläkare, docent, lung- och allergikliniken, samtliga Akademiska sjukhuset, Uppsala.

mans med särskild introduktion och/eller utbildning.

Astmabehandling varierar kraftigt

Bergentz och medarbetare visade i en intervjustudie 1992 [4] att behandlingen av patienter med akut astma varierade kraftigt på svenska akuttagningar trots att det fanns centrala behandlingsriktlinjer. Konsensusuttalanden om riktlinjer för astmabehandling har gjorts av Läkemiddelsverket vid två tillfällen, 1986 och 1993 [5, 6]. Socialstyrelsen utkom 1991 med underlag till vårdprogram för behandling av astma.

Representanter för lung- och allergikliniken, Akademiska sjukhuset, primärvården i Uppsala län, medicinkliniken, Enköpings lasarett, Uppsala läns landsting samt olika patientföreningar utarbetade under 1992 ett vårdprogram för omhändertagande av vuxna astmapatienter i Uppsala län.

I samband med utarbetandet ställde vi oss frågan om ett vårdprogram som producerats och introducerats på detta sätt når ut till den behandlande läkaren och påverkar denna så att handläggningen av patienter förbättras i överensstämmelse med vårdprogrammet.

Poängsättning av behandlingen

Vi genomförde en interventionsstudie med kontrollgrupp där vårdprogrammets effekt undersöktes genom telefonintervjuer av slumpvis utvalda läkare. Intervjuer genomfördes före och sex månader efter det att vårdprogrammet införts i Uppsala län. Försöksgruppen utgjordes av vårdcentraler i länet och en kontrollgrupp av vårdcentraler från Gävleborgs län, där något vårdprogram ej introducerats under försöksperioden.

Utifrån det rekommenderade behandlingsschemat konstruerade vi ett poängsättningssystem (se ruta) och kunde därefter jämföra akutbehandlingen före respektive efter vårdprogrammets införande samt mellan försöks- och kontrollgruppen.

Vårdprogrammet utformades i enlighet med Socialstyrelsens och Läkemiddelsverkets rekommendationer [6,

Efter försöken var alla symtom helt borta och patienten kunde återgå till arbete med datorer. OBS! Personen på bilden är inte densamma som i artikeln.

arna, gick hon med på att prova en liten dos Anafranil som i ett fall rapporterats ha god effekt. Dock hade det ingen säkert noterbar effekt på Lena.)

Hon sade senare i en artikel om rehabilitering (Svenska Dagbladet, 24 april 1994) att resultatet av sittningarna med bildskärmen blev att hon förstod att hon själv framkallade besvären, och i takt med den insikten tonade också besvären bort. Hon var också övertygad om att om hon inte fått denna behandling skulle hon ha varit en av dem som sitter i en stuga i skogen.

Andra patienter

Jag har förutom min patientmottagning haft seminarier om elöverkänslighet ute på arbetsplatser. Vid flera tillfällen har det då funnits någon som själv varit elöverkänslig. Ofta har denna person tillhört en annan avdelning än den som seminariet riktats till men som kommit av stort eget intresse. En av dessa personer hade jag därefter återkommande telefonkontakter med och det har resulterat i en mycket stor förbättring. Symtomen är nu mycket små, och i den mån de förekommer ignoreras de av patienten. Han bekymrar sig inte längre över om det finns elektromagnetiska fält i närheten och han har tagit bort de bildskärmsfilter m m han tidigare haft på sitt kontor.

Andras erfarenheter

Jag är säker på att vi är flera som på olika sätt, men utifrån en psykologisk förklaringsmodell, framgångsrikt har befriat människor från det stora handikapp som föreställningen om att man är elöverkänslig innebär. Har någon annan använt någon liknande metod? Har någon uppnått samma effekt på ett annat sätt? Det vore värdefullt om vi som möter dessa patienter, kunde delges exempel på framgångsrik behandling – t ex via Läkartidningen. •

7]. Vårdprogrammet trycktes och distribuerades i Uppsala län våren 1993. Kvällsprogram med information om vårdprogrammet ordnades. Under hösten 1993 uppsökte två läkare, en från lung- och allergikliniken och en från avdelningen för klinisk farmakologi vid Akademiska sjukhuset, de flesta vårdcentraler och hade en eftermiddagsintroduktion av vårdprogrammet.

Från Socialstyrelsens hälso- och sjukvårdsförteckning 1992 valdes med hjälp av lottning 20 vårdcentraler från vardera Uppsala respektive Gävleborgs län ut. En läkare på respektive vårdcentral intervjuades.

Telefonintervjuer med läkare

Val av läkare gjordes så att mottagnings-sköterskan/receptionisten på respektive vårdcentral/hälsocentral fick välja någon läkare som vid uppringningstillfället hade möjlighet att ta telefonintervjun. Det underströks att vilken läkare som helst, som kunde ha astmapatienter, kunde svara på frågorna.

Vid telefonintervjuerna presenterades ett patientfall (samma vid båda intervjutillfällena) som motsvarade en måttlig astmaattack, graderad enligt Läkemiddelverkets riktlinjer [6], och som enligt vårdprogrammet skulle behandlas med nebuliserade β_2 -stimulerare och orala eller intravenösa steroider. Distriktsläkaren skulle också enligt vårdprogrammet kontrollera PEF (peak expiratory flow) före och efter behandlingen samt förse patienten med peroral steroidkur och inhalationssteroider. Svårighetsgraden på astmaattacken var jämförbar med den hos den patient som Bergentz och medarbetare använde vid telefonintervjuer med akutmottagningar i Sverige 1992 samt 1993 [4, 8]. Frågorna och intervjuaren var desamma vid samtliga intervjuer.

Det första intervjublocket genomfördes från november 1992 till mars 1993. Det andra under mars 1994. Tre vårdcentraler i Uppsala län hade slagits ihop till en och kom därför att betraktas som endast en vårdcentral.

Vid den uppföljande intervjun 1994 utfrågades Uppsala läns läkare dessutom om de fått information om vårdprogrammet och om de använde sig av det samma.

χ^2 -test, Mann-Whitneys U-test och Wilcoxon test användes för att jämföra studie- och kontrollgrupp samt för att jämföra respektive grupp före och efter införandet av vårdprogram. Ett P-värde < 0,05 (tvåsidigt test) ansågs som statistiskt signifikant.

Bara 82 procent kände till programmet

Den undersökta gruppen och kontrollgruppen var jämförbara vad gäller

Valet av läkare gjordes så att sköterskan/receptionisten på vårdcentralen fick välja en läkare som hade möjlighet att ta telefonintervjun vid uppringningstillfället. Det skulle vara vilken läkare som helst, som kunde ha astmapatienter. Personen på bilden har inget samband med artikeln.

tjänstgöringsår med mera (Tabell I). Resurserna för astmaomhändertagande var jämförbara mellan grupperna. Tre vårdcentraler i Uppsala län saknade nebulisator och en vårdcentral i Uppsala län hade ej syrgas. Inga signifikanta förändringar noterades mellan 1993 och 1994.

Av de intervjuade i Uppsala län kände 82 procent till vårdprogrammet. 71 procent hade läst delar av det och 29 procent hade deltagit i introduktionen av programmet.

Det finns en tendens till att kontroll av PEF före behandling samt akutbehandling med nebuliserade β_2 -stimulerare ökade mellan 1993 och 1994 (Figur 1). Teofyllin intravenöst minskade i användning. I motsats till vad som rekommenderades i vårdprogrammet minskade användningen av kortison, peroralt

Beräkning av astma-behandlingspoäng

Åtgärd	Poäng
PEF före behandling	+1
<i>Akutbehandling med:</i>	
Nebuliserade β_2 -stimulerare	+1
Steroider, peroralt eller intravenöst	+1
Syrgas	+1
PEF efter behandling	+1
<i>Vid hemgång:</i>	
Peroral steroidkur efter behandling	+1
Insättande av steroidinhalator	+1
Återbesök inom fyra veckor	+1

eller intravenöst, i akutbehandlingen från 58 till 24 procent i Uppsala län. I Gävleborgs län ökade den från 42 till 53 procent.

Uppföljande kontroll av PEF steg, dock ej signifikant, efter programmets införande. Insättande av inhalationssteroider var genomgående högt såväl före som efter införande av vårdprogram (95 respektive 100 procent 1993 samt 94 respektive 95 procent 1994).

Insättande av steroidkur efter akutbehandling skilde sig signifikant mellan Uppsala län och Gävleborgs län 1993 (11 procent respektive 58 procent). Denna skillnad hade minskat vid kontrollintervjun 1994 (29 respektive 47 procent) och var då inte signifikant.

Andelen återbesök inom fyra veckor efter akutbehandling var generell stor såväl före som efter införande av vårdprogram (84 respektive 95 procent 1993, 94 respektive 84 procent 1994).

1993 hade Gävleborgs län signifikant ($P < 0,01$) högre astmabehandlingspoäng än Uppsala län. Efter införandet av vårdprogrammet kvarstod ej denna skillnad (Figur 2). 1993 hade vårdcentral, i både Uppsala och Gävleborgs län, med större antal akuta astmapatienter/månad signifikant högre poäng än vårdcentral med få akuta astmapatienter ($P < 0,05$). Skillnaden kvarstod ej 1994. Läkare med kortare tjänstgöringstid hade signifikant högre astmabehandlingspoäng än sina äldre kollegor 1993. 1994 förelåg ingen skillnad.

Större genomslag för vårdprogram i andra studier

I likhet med Bergentz och medarbetare fann vi att alla inte använder PEF som diagnostiskt hjälpmedel. Frekvensen är jämförbar mellan studierna, däremot använde i vårt material färre läkare teofyllin intravenöst.

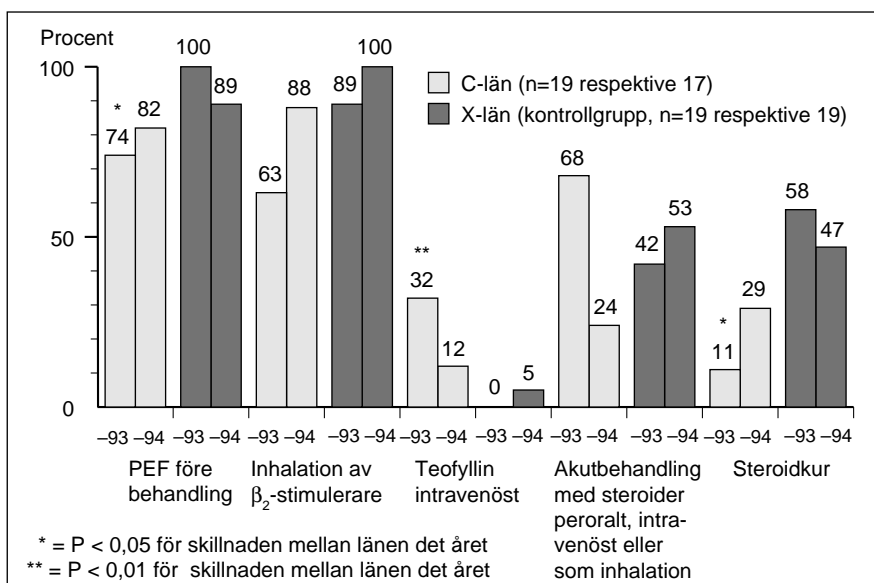
Generellt sett uppvisar denna studie en större användning av PEF för registrering av astma än vad som har noterats i engelska studier [9]. Insättande av inhalationssteroid efter akutbehandling gjordes i mycket stor utsträckning genom hela studien, vilket stämmer väl överens med de rekommendationer som finns. Däremot verkar det fortfarande finnas en motvilja mot att ge steroider akut samt även i så kallad kur, trots rekommendationer och dokumenterad effekt [6, 10].

Andra studier [11, 12] har visat betydligt större genomslagskraft av vårdprogram. Dessa har dock mest studerat vårdprogrammets effekt på den enskilda patienten. Skillnaden i resultat tror vi därför ligger i undersökningsmetoden. Fall-intervju-studie kan kanske mera avspegla den dagliga tillämpningen av ett vårdprogram.

Genom att använda kontrollgrupp

Tabell I. Jämförelse mellan de båda grupperna av vårdcentraler vad gäller erfarenhet med mera. Antal (procent) eller medelvärde* (spridning).

	1993		1994	
	C-län (n=19)	X-län (n=19)	C-län (n=17)	X-län (n=19)
Specialist i allmänmedicin	13 (68)	12 (63)	16 (94)	13 (68)
Arbetat på lungklinik	2 (11)	4 (21)	3 (18)	3 (16)
Tjänsteår efter legitimation*	10 (1-21)	11 (0-24)	12 (0-20)	10 (0-26)
Tjänsteår vid vårdcentral*	7 (1-17)	7 (1-20)	7 (0-12)	8 (0-20)
Akuta astmafall/månad*	2 (0-10)	2 (0-8)	2 (0-5)	2 (0-5)
Astmakontroller/månad*	8 (2-16)	7 (2-20)	6 (1-20)	5 (1-12)



Figur 1. Behandling av patientfallet före (1993) respektive efter (1994) införande av vårdprogram.

till interventionsgruppen ville vi studera om det gick att utvärdera ett vårdprogram inverkan på behandling av astmapatienter i Uppsala län.

Kontrollgruppen visade sig vid studiens start ha ett bättre astmaomhändertagande. En tänkbar förklaring till skillnaden kan vara att de flesta akuta astmapatienterna i Uppsala län tidigare omhändertagits av Akademiska sjukhusets lungklinik. Primärvården har därför ingen tradition av att ta hand om denna patientgrupp. Som stöd för denna teori kan tas att vissa av de sjukhusnära vårdcentralerna i Uppsala saknade såväl syrgas som nebulisator. Vårdcentraler i Gävleborgs län med motsvarande avstånd till sjukhus hade alla fullt utrustade mottagningar.

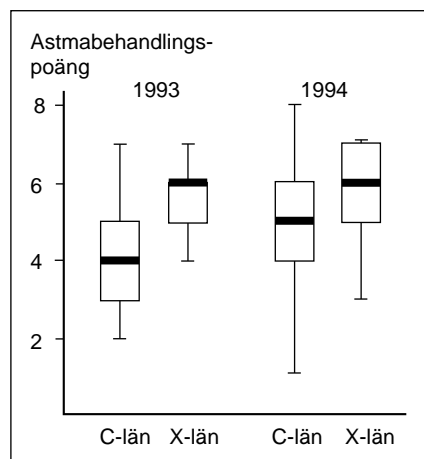
Vårdprogrammet har troligen haft effekt

Trots det lilla antalet intervjuade och den endast måttliga förändringen i astmaomhändertagande finns det anledning att tro att vårdprogrammet har haft betydelse då hela förändringen finns i den studerade gruppen, medan kontrollgruppen förblivit oförändrad. Materialet var dock för litet för att visa på signifikanta skillnader vad gällde kunskap

om vårdprogrammet och astmabehandlingspoäng.

För övrigt fanns också tendenser till förbättrat astmaomhändertagande i försöksgruppen (kontroll med PEF före respektive efter behandling, minskning av intravenös teofyllinbehandling samt ökad användning av nebuliserade β_2 -stimulerare). Dessa skillnader var dock ej signifikanta.

Yngre läkare hade 1993 bättre ast-



Figur 2. Jämförelse av astmabehandlingspoäng mellan Uppsala och Gävleborgs län 1993 och 1994. Median, interkvartilspridning (25-75 procent) och spridning.

mabehandlingspoäng än sina äldre kolleger; detta kan vara ett utslag av att man tenderar att behandla utifrån den tradition man har tillägnat sig under åren och att yngre läkare med senare inlärd behandlingstraditioner ligger närmare den aktuella behandlingslinjen.

När de enskilda enheterna nu blir allt mindre och kraven på kvalitetsredovisning ökar kan denna typ av relativt enkel kvalitetskontroll visa sig användbar.

Intervjustudie med kontroller som denna är en enkel metod att försöka få en uppfattning om ett vårdprogram faktiska genomslagskraft. Genom att ha ett standardiserat patientfall kan jämförelser mellan grupper av läkare göras lättare än med motsvarande studie på faktiska patienter.

Trots det ambitiösa lanseringsprogrammet kände endast 82 procent till vårdprogrammet sex månader efter lanseringen. Minst lika viktig som själva vårdprogrammet är således lanseringen och att upprätthålla dess aktualitet. Ett vårdprogram är ett levande dokument som man hela tiden måste påminnas om och återintroduceras till.

Hur många är vi inte som i vår bokhylla har rader av vårdprogram som inte gör annat än samlar damm?

Litteratur

- Haines A, Feder G. Guidance on guidelines. *BMJ* 1992; 305: 785-6.
- Grimshaw J, Russell I. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 1993; 342: 1317-22.
- Grimshaw J, Russell I. Hospital referrals. Oxford: Oxford University Press, 1992: 179-211.
- Bergentz S, Larsson M. Läkarnas utbildning i astmabehandling bör förbättras visar studie på akutmottagningar. *Läkartidningen* 1992; 89: 307-8.
- Drug information Committee. Pharmacological treatment of bronchial asthma. Uppsala: National Board of Health and Welfare, 1986 (Workshop 1986:3).
- Läkemedelsverket. Pharmacological treatment of bronchial asthma II. Uppsala: Läkemedelsverket, 1993. (Workshop 1993:1).
- Socialstyrelsen, vårdprogramnämnden. Astma hos vuxna - underlag till vårdprogram. Stockholm: Socialstyrelsen, 1991.
- Larsson M, Bergentz S, Nilholm L. Varierande åtgärder vid akut astma. *Läkartidningen* 1993; 90: 3430-6.
- Chidley KE, Wood-Baker R, Town GI, Sleet RA, Holgate ST. Reassessment of management in an accident and emergency department. *Respir Med* 1991; 85: 373-7.
- Chapman K, Verbeek R, White J, Rebuck A. Effect of a short course of prednisone in the prevention of early relapse after the emergency room treatment of acute asthma. *N Engl J Med* 1991; 324: 788-94.
- Mayo P, Richman J, Harris W. Results of a program to reduce admissions for adult asthma. *Ann Intern Med* 1990; 112: 864-71.
- Dahlberg U, Brundin A, Ekström T, Nyström-Kronander U. Säkrare diagnos och bättre sjukdomskontroll med vårdprogram för astmatiker och kroniskt lungsjuka. *Läkartidningen* 1992; 89: 2579-81.