

# Mot bättre vetande i vården?

Det finns många tecken på att svensk sjukvård, trots senare års satsningar på vårdprogram, kvalitets-säkring och kunskapsbaserade behandlingsmetoder, inte bedrivs rationellt. Bristande följsamhet till vetenskapligt grundade rekommendationer om läkemedelsbehandling har uppmärksammats, t ex när det gäller antibiotika, psykofarmaka, lipid- och blodtrycksänkare. Även inom andra diagnostiska och terapeutiska områden kan man anta att det finns avsevärda skillnader mellan rekommenderad och tillämpad behandling. Vid läkardagarna i Örebro 1997 var man överens om sakförhållandet, men inte om orsakerna. Svag patient-läkarrelation och otydligt ledarskap i vården var några förslag [1].

Inom landstingen knyts nu stora förväntningar till en intensifierad satsning på kvalitetsutveckling i allmänhet och läkemedelskommittéer i synnerhet. SBU har inlett en kampanj tillsammans

med, utan också nya hypoteser som genereras i vårdens i grunden oförutsägbara vardag förs fram och testas. Ett möte mellan vårdprogrammets ordning och den verkliga vårdens kaos, mellan vetenskap och beprövad erfarenhet.

Jag har i ett tidigare inlägg [2] diskuterat vad det kan finnas för möjligheter att med hjälp av kvalitetsregister och datorjournaler testa kunskapsbaserade behandlingsriktlinjers bärighet. Således att direkt konfrontera teori med praktik. En modell för sådan systematisk återkoppling av behandling och resultat till vetenskapligt underbyggda riktlinjer illustreras i figuren nedan.

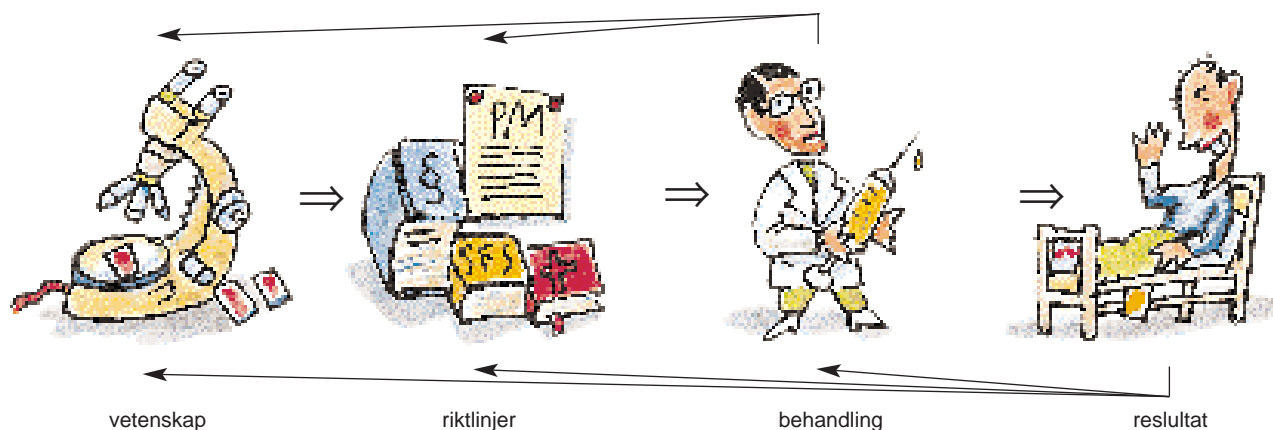
Liknande tankegångar fördes fram i en ledare i BMJ, »medicine based evidence is a prerequisite for evidence based medicine» [3].

Källor till kunskap om vad som sker i vården och vilka resultat som uppnås finns redan i form av prestations-, diagnos- och kvalitetsregister, datorjournaler m m. Till skillnad från forsknings-

tingen sålt ut minnena av sin egen verksamhet till konsultföretag i databranschen har de dock visat sig vara användbara för epidemiologisk forskning, samt hälso- och sjukvårdsforskning [4].

Den medicinska journalen har däremot ansetts vara av tveksamt värde för systematiska uppföljningar och klinisk forskning. Det brukar hävdas att viktiga uppgifter saknas, är otillförlitliga eller svåra att systematisera. Frågan varför journalen ändå anses duga vid vård av svårt sjuka hänger då hotfullt i luften. Kanske är den inte så dålig som sitt rykte? Och kan användas för både det ena och det andra?

Här har stora förhoppningar knutits till datorn som ett medel att förbättra journalen, både som ett arbetsredskap och som ett forskningsinstrument. Men medan användarna, fjättrade vid väggfasta datorschabrak, kämpar med invecklade knapptryckningar, långa svarstider och »nyckelhålstittande» i



med sjukvårdshuvudmännen för att få ökat genomslag för sina rapporter med hjälp av egna »ambassadörer» och gemensamma aktiviteter för att föra ut etablerade riktlinjer. Dock tycks man vara mindre intresserad av att ta reda på vilka resultat som uppnås med de riktlinjer som ges.

**Men det bör man nog vara.** I stället för dagens utveckling mot en ensidig marknadsföring av vårdprogram baserade på kontrollerade studier borde nya allianser mellan sändare och mottagare av sådana budskap eftersträvas. En gemensam kraftsamling, där inte bara forskningsbaserade hypoteser om mest effektiva behandling systematiskt prö-

vas, utan också nya hypoteser som genereras i vårdens i grunden oförutsägbara vardag förs fram och testas. Ett möte mellan vårdprogrammets ordning och den verkliga vårdens kaos, mellan vetenskap och beprövad erfarenhet. De utnyttjas dock nästan uteslutande för ren rutinverksamhet. Sjukvårdshuvudmännens (en aning förströdda) intresse för de fullpackade skivminnenas innehåll gäller främst ren produktionsstatistik som antalet vård dagar, vårdtillfällen och vissa uppgifter om vårdtyngd (DRG m m). Man har därför inte varit pådrivande när det gäller användning och utveckling av befintliga informationssystem för att öka vetandet i vården.

I den mån sådana uppgifter varit tillgängliga till rimlig kostnad sedan lands-

täta textmassor sammanträder landstingens dataansvariga. Därmed intet ont sagt om programleverantörernas fullt förståeliga ambitioner att tjäna pengar på vårdföreträdares flathet.

Även om datorjournalen är ett ganska oprövat forskningsverktyg finns, sådana kalamiteter till trots, dock lovande möjligheter. Uppmuntrande försök att extrahera praktiskt viktiga uppgifter med hjälp av journalsystemens rapportgeneratorer har redovisats, t ex när det gäller diabetesvård [5]. Det har dock visat sig vara lättare sagt än gjort att utan experthjälp använda datorjournalen för granskning av den egna verksamheten. Systemen är krångliga och körningarna tidsödande. Och då varje lokal installa-

tion är en ö för sig och kopplingar saknas mellan datorjournalerna och landstingens övriga informationssystem är större svep av erfarenhetsåterföring knappast möjliga.

Dock saknas inte exempel på kreativt tillvaratagande av datorjournalens möjligheter. I Storbritannien finns sedan 1987 en forskningsdatabas, The UK general practice research database, som hittills inkluderar uppgifter om 25 miljoner patientår i primärvården. 480 praktiker spridda över hela Storbritannien levererar standardiserade registreringar från sina datorjournaler. Dessa uppgifter utnyttjas för bevakning av läkemedelsbiverkningar, hälso- och sjukvårdsforskning, samt för studier av behandlingsresultat. Viktiga resultat, bl a när det gäller riskerna för trombos vid p-pilleranvändning och nyttan av influensavaccinering har kunnat erhållas [6]. Men inte heller där har man hittat optimala former för datafångst och lyckats fixera den flyktiga vardagsvården så att den låter sig studeras och examineras på vetenskapliga premisser.

**När det gäller** primärvårdsbaserade studier finns en särskild svårighet inbyggd i själva arbetssättet. Många av de problem patienterna presenterar kan inte kopplas samman med någon känd sjukdom. Vid 25–50 procent av besök hos allmänläkare saknas underlag för sjukdomsspecifik diagnos. Den typiska primärvårdsdiagnosen är därför en symtomdiagnos [7]. I sådana fall finns ingen kausalitetens Ariadne-tråd att följa. Systematiska uppföljningar av »illness» utan »disease» kan dock ha ett värde i sig och bidra med ny kunskap, inte bara om förstadiet till etablerade sjukdomar, utan också genom att öka förståelsen av de komplexa sambanden mellan psyke, soma och samhälle. Något egentligt genombrott när det gäller symtomforskning har dock knappast skett. Är man kanske på fel väg? Eller är målet en hägring?

Allmänläkarens journaler tenderar att med tiden svälla ut till ganska omfattande dokument som är svåra att överblicka. Vad är all denna information värd efter en tid? Inte mer än att de digra journalkonvoluten i de flesta fall utan bekymmer kunnat förpassas till sällan besökta arkiv när datorjournalerna fört utvecklingen till ett den medicinska dokumentationens år noll (på skanning av arkivalier har i allmänhet inte varit att tänka). Var det så mycket sämre med gamla tiders handskrivna kort, kan man fråga sig? Den återgång som nu sker till ett mer knapphändert dokumenterande (eftersom doktorerna, när datoriseringens rationaliseringsvinster

skall hämtas hem, själva måste använda sina händer till att knappa) borde dock kunna ske under mer ordnade former.

Betydande förenklingar av journalföringen skulle säkert kunna göras också på sjukhusen. Både med hänsyn till vårdens vardagskrav och till behovet av klinisk forskning och kvalitetssäkring finns således anledning att fundera över datorjournalens innehåll och omfattning.

**Här är inte** platsen att föreslå hur ett välbehövligt Alexanderhugg mot dagens journalföring skall mättas. Några kritiska frågor infinner sig dock:

- Är det verkligen nödvändigt att dokumentera varje återbesök med en separat journalanteckning? Det skulle säkert i många fall vara mer rationellt att föra arbetsanteckningar som underlag för senare sammanfattande dokumentation av flera besök. Med den bättre överblick som då finns ökar möjligheter att ställa (eller utesluta) en kriteriebaserad diagnos för den aktuella vårdepisoden. Och att epikritiskt sammanfatta förloppet.

- Skulle inte noteringar i löpande text i stor utsträckning kunna ersättas med standardiserade protokoll och checklistor? Detta skulle förvisso öppna nya möjligheter att registrera verksamheten på ett enhetligt sätt

- Har symtomdiagnoser något värde utöver den beskrivning av besvären som patienten själv kan ge? Jag betvivlar det. Det vore antagligen mer givande att låta patienten själv dokumentera sin upplevelse, fritt eller med hjälp av skattningsskalor, kroppsteckningar m m.

**Kanske är tiden** mogen att, inför ett allmänt införande av (förhoppningsvis bättre) datorjournaler, ompröva gängse sätt att dokumentera vårdens medicinska innehåll och begränsa journalernas innehåll till sådant som berörda vårdgivare har störst nytta av, med tillägg av ett »minimal data set» för forskning och utvärdering.

Det torde således behövas radikala grepp för att vardagsvården skall kunna delta i uppbyggnad av kunskap som kan tillföra såväl reductiva belägg från forskningen, som induktivt stöd från praktiken för vad som är bästa behandling i det enskilda fallet.

Gänge journalanteckningar skulle således i stor utsträckning kunna ersättas av standardiserade protokoll för dokumentation av undersökningsfynd, diagnoser (med angivande av vilka kriterier som uppfyllts), medicinska åtgärder och uppgifter om det kliniska förloppet. Bevakningsrutiner skulle kunna byggas in så att väsentliga uppgifter som saknas från ett behandlingstillfälle kunde kompletteras vid nästa.



#### KRÖNIKÖR

INGVAR KRAKAU

docent, universitetslektor, Allmänmedicinska enheten, Karolinska sjukhuset, Stockholm. Medicinsk redaktör, Läkartidningen.

*”I stället för dagens utveckling mot en ensidig marknadsföring av vårddprogram baserade på kontrollerade studier borde nya allianser mellan sändare och mottagare av sådana budskap eftersträvas.”*

Hur går man då vidare för att avlocka medicinska behandlingsresultat deras dolda information? Man får börja i någon trådända om man vill nysta vidare. En lämplig startpunkt kan vara att välja något eller några av de sjukdomstillstånd där exempelvis nya effektiva behandlingar är under införande (ledgångsreumatism), där vetenskapligt grundade rekommendationer för behandling haft dåligt genomslag ute i vården (hypertoni), eller där kunskapsläget är svårtolkat (prostataförstoring, glaukom). Andra områden som kan vara lämpliga för återkopplande jämförelser är sådana för vilka det finns nationella kvalitetsregister, t ex diabetes, slaganfall och antikoagulantabehandling [8].

För någon eller några av dessa sjukdomsgrupper prövar man att vid några samverkande värdenheter på och utanför sjukhus införa en förenklad men konsekvent uppbyggd datoriserad medicinsk dokumentation där kriteriebaserade diagnoser, vidtagna åtgärder och observerade resultat journalförs i form av standardiserade protokoll ad modum befintliga kvalitetsregister. Att samtidigt undersöka vilken ytterligare dokumentation som vårdgivaren behöver vore för övrigt ett intressant försök i försöket.

Sammanlänkning av information från samverkande vårdenheter och även uppgifter om läkemedelsförskrivning, andra vårdtillfällen, diagnoser mm kunde göras med envägs-kryptering.

Man skulle därmed föra den process som skisseras i figuren längre än till att ställa behandling mot resultat (som vid kvalitetssäkring). Möjligheter skulle öppnas att kritiskt värdera effekterna av (och inte bara följsamheten till) gällande vårdprogram och behandlingssriktlinjer. Den relativa betydelsen för behandlingsresultaten av olika faktorer (och störfaktorer) som har med patientmixens sammansättning att göra skulle också kunna bestämmas, med motsvarande möjligheter till utformning av mer individualiserade behandlingsstrategier.

I varje fall vore det väl värt ett försök att pröva hypotesen att det går att integrera klinisk hypotesprövning i den vanliga vården.

Med närmare 18 000 uppslagord i diagnosförteckningen ICD-10, men med etablerade vårdprogram för högst ett par hundra sjukdomstillstånd – 1996 redovisar Cochranenätverket 32 review-genomgångar – kommer förstas den fullständiga manualen över vårdens rätta bedrivande aldrig att kunna skrivas.

Läkares öde är och förblir att simma i ett hav av osäker kunskap och endast ibland nå stranden av en ö med upp-trampade stigar. Men vi måste alltid vara på väg – mot bättre vetande. Eller skall vi avstå, mot bättre vetande?

### Referenser

1. Örn P. Varför bedrivs inte sjukvården rationellt? – Läkemedelsförskrivning och läkarrollen – traditionella möster måste brytas. Läkartidningen 1997; 94: 1669.
2. Krakau I. Praktiken som vetenskapens övningsfält. Läkartidningen 1997; 94: 4088-9.
3. Knottnerus JA, Dinant GJ. Medicine based evidence, a prerequisite for evidence based medicine. BMJ 1997; 315: 1109-10.
4. Hammar N, Sandberg E, Ahlbom A, Alfredsson L, de Faire U, Leimanis A. Epidemiologisk bevakning av hjärtinfarkter visar färre fall men stor regional skillnad. Läkartidningen 1991; 89: 1770-6.
5. Clauson P, Linnarson R, Gottsater A, Sundkvist G, Grill V. Relationship between diabetes duration, metabolic control and beta-cell function in a representative population of type 2 diabetic patients in Sweden. Diabetic Med 1994; 11: 794-801.
6. Walley T, Mantgani A. The UK General Practice Research Database. Lancet 1997; 350: 1097-9.
7. Carmichael LP. The relational model: a paradigm of family medicine. J Fla Med Assoc 1980; 67: 860-2.
8. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 96/97. Stockholm: Socialstyrelsen, 1997.

Social inkompetens hos kolleger?

## Bemöt patienterna med vanligt hyfs!

Detta är egentligen en insändare jag önskar att jag inte hade behövt skriva. Under min korta tid som läkare har jag till min stora förvåning upptäckt att det finns en arbetsuppgift som vi inte fått lära oss någonting om.

Inte alltför sällan berättar patienter att de blivit illa bemötta av andra läkare. En del av besökstiden går sedan åt till att be om ursäkt för kollegans uppträdande. Det är en arbetsuppgift jag helst skulle vilja slippa. Ibland är det samma kollega som dyker upp i de här berättelserna vilket gör att jag drar slutsatsen att det inte har varit en engångsföreteelse.

Vad gör jag med sådan här information? Det är uppenbart att det finns läkare med mycket bristfällig social kompetens bland oss. Jag blir rent ut sagt förbannad över en del av patienternas berättelser. Jag kan av egen erfarenhet intyga att det ibland tyvärr är på det sättet som patienterna säger. Det förefaller som om det för en del kolleger är mycket svårt att bemöta patienten på ett vänligt och respektfullt sätt. Jag hamnar på grund av detta i ett dilemma.

Vad ska jag göra? Ska jag uppmana patienten att anmäla läkaren till ansvarsnämnden eller förtroendenämnden? Ska jag kontakta läkaren själv och berätta vad som framkommit? Gå till dennes chef? Hur populär blir man om man framför sådan här kritik?

En sak är i alla fall säker; någonting måste göras! Vi kan inte tolerera att vissa kollegers bemötande ger upphov till det lidande som faktiskt uppstår. Vi har som läkare ett ansvar att arbeta för ett varmt och medmänskligt klimat. Det är beklämmande att människor ska behöva fara illa av att träffa en doktor utan hyfs!

Jag tar gärna emot tips och råd om hur man bör göra när den här situationen uppstår.

Hur skulle jag själv vilja få reda på om patienter eller personal upplevt sig som kränkta av mitt uppträdande? Det är ingen lätt fråga.

Ett av de viktigaste momenten i vår kontakt med patienten är just kontakten. Om patienten känner sig respek-



### KRÖNIKÖR

JÖRGEN HELLSTRÖM  
leg läkare, barn- och ungdomspsykiatriska mottagningen, Köping.

”En del av besökstiden går sedan åt till att be om ursäkt för kollegans uppträdande. Det är en arbetsuppgift jag helst skulle vilja slippa”

terad och hörd har vi vunnit mycket för det fortsatta jobbet. Det är en självklarhet som alla läkare fått lära sig – jag funderar mycket över vad som är orsaken till att en del ändå inte klarar det.

Jag ser fram emot att få ta del av era synpunkter på det här. Om tonen i denna text upplevs som upprörd är det korrekt uppfattat. •