

Register – verksamhetsstöd eller detaljstyrning?

Text: Johan Ejerhed

Att kunna mäta och visa på god kvalitet i sjukvården med hjälp av olika register har blivit viktigt på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Det anses till och med så viktigt att staten och SKL under 2013-2016 tillsammans årligen satsar 320 miljoner på att utveckla kvalitetsregister som anses kunna bidra till ökad kvalitet inom hälso- och sjukvården och stärka den kliniska forskningen. Ett av delmålen med satsningen är att 80 procent av vårdens verksamhetschefer ska använda kvalitetsregister i sitt förbättringsarbete 2016.

Satsningen grundar sig på slutsatserna från Måns Roséns rapport "Guldgruvan i hälso- och sjukvården" där lyckade exempel på när data från kvalitetsregister stimulerat det lokala förbättringsarbetet lyfts fram. I bland annat Halmstad och Värmland ska man på ett år ha lyckats halvera dödlighet efter hjärtinfarkt med hjälp av kvalitetsregister.

De goda resultaten baseras på data från kvalitetsregistret RIKS-HIA som numera ingår i SWEDHEART. Men utifrån data från Patientregistret och Dödsorsaksregistret syns bara en blygsam nedgång i 30-dagarsdödlighet från 33,9% till 33,5% i Värmland. Inga sjukhusspecifika siffror finns för Halmstad men för Halland som helhet ökade istället 30-dagarsdödligheten från 30,0% till 31,0% för år 2006, då dödligheten enligt RIKS-HIA skulle ha halverats. Det ligger därför närmare till hands att förklara den remarkabla förbättringen som skedde i statistiken från RIKS-HIA med förändrade registreringsrutiner snarare än förbättring av verksamheten.

Denna artikel kommer att problematisera användandet av olika register, men också visa på vilken potential register kan ha som verktyg för ett aktivt förbättringsarbete och det ansvar chefer och ledare i vården har för en lyckad vidareutveckling av register.

EN MODELL FÖR ATT IDENTIFIERA REGISTERNS ANVÄNDNINGSMÖNSTER

Register har olika förutsättningar att påverka verksamheter beroende på om det är utfalls- eller processmått som registreras och om registreringen sker integrerat i eller utanför en vårdprocess. Detta illustreras i den modell som presenteras här nedan, se figur 1. Register kan därmed få någon eller några av de fyra funktionerna 1) "Checklista", 2) "Aktiv hälsostyrning", 3) "Uppföljning av praxis" eller 4) "Uppföljning av resultat". Modellen presenterades ursprungligen i artikeln "Kvalitetsregister – kejsare utan kläder?" i Läkartidningen nr 5 2013.

		REGISTRERING AV MÅTT SKER INTEGRERAT I EN VÅRDPROCESS	
		Ja	Nej
TYP AV KVALITETSMÅTT	Processmått	"Checklista"	"Uppföljning av praxis"
	Utfallsmått	"Aktiv hälsostyrning"	"Uppföljning av resultat"

Figur 1. Modell för identifikation av registers funktion.

1) REGISTER SOM CHECKLISTA

När en behandlare själv registrerar ett processmått har registret en direkt påverkan på vårdprocessen, en funktion liknande en checklista. Processmått kan vara ingrepp eller undersökningar som utförs i samband med en vårdkontakt men också aktuell läkemedelsbehandling. Checklistor kan därmed utgöra kunskapsstöd och garantera en "lägsta nivå" på omhändertagandet genom att erbjuda en struktur för arbetsprocesser och bedömningar.

Korrekt använda checklistor har en evidensbaserad effekt, där det mest kända exemplet är WHO:s checklista för säker kirurgi med vilken den perioperativa komplikationsfrekvensen minskas med en tredjedel. WHO:s checklista är dock inte kopplad till ett register. Ett exempel på där register kan användas som checklista är Diabetesregistret. Bara användandet av detta register kan sägas vara en kvalitetsstämpel för fullvärdiga årskontroller av diabetespatienter, precis som när Bilprovningen följer ett protokoll vid besiktningar.

För att införa en checklista krävs dock lokala anpassningar av både checklista och verksamhet, vilket även understryks av en av de stora förespråkarna för checklistor, Peter Pronovost. Om den stjälar onödig tid från det kliniska arbetet förlorar checklistan sitt syfte då korta patient – läkarmöten leder till bland annat minskad patientnöjdhet och sämre förskrivningsmönster. Det finns också en risk att vården går från att vara patient- till checklistecentrerad. Automatisk överföring, som alternativ till manuell inmatning i registren, kan förefalla tilltalande för att minska den administrativa bördan, men innebär samtidigt att registrets funktion som checklista går förlorad. En viss grad av ökad

administration kan därför vara försvarligt, men måtten ska vara noga genomtänkta så att de sammantagna konsekvenserna gagnar patienten i största möjliga mån.

2) REGISTER SOM DEL I AKTIV HÄLSOSTYRNING

Även vissa hälsoutfall kan registreras av behandlaren under en vårdprocess, exempelvis uppnått blodtryck, HbA1c (långtidssocker) eller CRP (snabbsänka). Även i dessa fall kan registret utgöra del av en checklista där behandlaren aktivt registrerar, reflekterar och agerar utifrån ett resultat. När detta sker integrerat och proaktivt i en vårdprocess blir resultatet detsamma som vid aktiv hälsostyrning, där en vårdgivare aktivt följer upp patienter och modifierar behandlingen utifrån detta.

Svenska Reumatologi Register är ett exempel på detta. Patienterna rapporterar själva in symptom i registret, varpå sjukdomsaktiviteten kan skattas och de patienter som behöver erbjuds en intensivare uppföljning.

I Stockholms läns landsting pågår försök med vårdcoacher som aktivt följer upp bland annat hjärtsviktpatienter. Detta har visat ge förbättrad livskvalitet och minskad inläggning. Modellen sprids nu till andra landsting, och är en påminnelse om att kvalitetsregister inte är en nödvändighet för aktiv uppföljning av patienter.

3) REGISTER I UPPFÖLJNING AV PRAXIS

När data registreras och analyseras även utanför en vårdprocess kan mönster i en vårdgivares beteende framträda, även sådana som blir synliga först på en aggregerad nivå, såsom förskrivarmönster eller genomsnittliga väntetider. Detta innebär dock en oundviklig fördröjning i

uppföljningen eftersom behandlaren eller vårdgivaren blir medveten om ett beteende först i efterhand. Registret kommer därmed inte att ha en direkt effekt i patientmötet, men regelbundna uppföljningar av verksamheten kan ändå ge en indirekt påverkan på vården genom att rikta uppmärksamheten mot exempelvis bristande följsamhet till behandlingsriktlinjer eller långa handläggningstider.

Analyserna behöver inte baseras på manuell inmatad data i ett register utan kan exempelvis komma från journalsystem, ekonomisystem eller samkörning av olika register. Läkemedelsbehandling vid hjärtsvikt, vilket redovisas i Öppna Jämförelser, är ett exempel på ett mått som tas fram genom samkörning av Patientregistret och Läkemedelsregistret.

4) REGISTER I UPPFÖLJNING AV RESULTAT

Mått på hälsoutfall, som överlevnad och komplikationer, blir oftast mätbara först en tid efter en intervention och registreras inte av behandlaren själv. Återkoppling sker då främst på verksamhetsnivå, bland annat i Öppna jämförelser. Myndigheten för vårdanalys slår dock fast i rapporten "Grönt ljus för Öppna jämförelser?" att även om Öppna jämförelser har "stärkt förutsättningarna för att förbättra kvaliteten i hälso- och sjukvården" är "jämförelserna otillräckliga för att användas i det löpande verksamhetsnära förbättringsarbetet". Svagheterna med jämförelser av resultat illustrerades även av de inledande exemplen från Halmstad och Värmland, där kvaliteten på data kan ifrågasättas då det egna rapporterade resultatet var betydligt bättre än resultatet från jämförelser med Patientregistret och Dödsorsaksregistret. Även Höftprotesregistret har uppmärksammat problem med underrapportering av komplikationer.

För att stimulera lokalt förbättringsarbete är det frestande för många beställare att koppla ersättning till olika kvalitetsmått. Detta kan dock snarare öka problemet med datamanipulation och underrapportering. I en nyligen publicerad SKL-rapport författad av Bo Bergman, professor i kvalitetsutveckling vid Chalmers tekniska högskola, varnas också för att koppla ersättning

till vissa utvalda prestationer då forskning har visat att detta kan leda helt fel. Beställare bör därför tänka efter både en och två gånger innan ersättning kopplas till kvalitetsmått som är tänkta för lokal verksamhetsutveckling.

Det finns även statistiska hänsyn som måste tas för att jämförelser mellan vårdgivare ska vara rättvisande, bland annat måste resultaten justeras för case-mix. Att jämföra exempelvis HbA_{1c} (långtidssocker) mellan Stureplans Husläkarmottagning i Stockholm och Dorotea sjukstuga för att avgöra vem som erbjuder den bästa diabetesvården kan vara totalt missvisande, om inte resultatet justeras för patientsammansättningen. Även om materialet skulle justeras är troligen det statistiska underlaget för litet för att några signifikanta skillnader ska framträda. Det går också att problematisera HbA_{1c} som mått på god diabetesvård, men den diskussionen går utanför omfattningen av denna artikel.

REGISTERBASERAT FÖRBÄTTRINGSARBETE - GÅR DET?

Data från register är utmärkta som ett kvitto för den enskilda vårdgivaren på att verksamheten upprätthåller en god kvalitet över tid, givet att patientsammansättningen är stabil och det inte har skett en förändring av vilka data som registreras och på vilket sätt detta sker. Utifrån data och eventuellt även genom försiktiga jämförelser med andra vårdgivare kan man också finna områden där ambitionsnivån kan höjas. Men att dra stora växlar på små variationer i utfall mellan år eller mellan vårdgivare bör undvikas.

För att finna lämpliga förbättringsåtgärder krävs ofta kvalitativa analyser som ger förståelse för orsakerna till ett resultat, till exempel en genomgång av interna processer eller analyser av vårdskador. Ett lysande exempel på detta finns beskrivet i Höftprotesregistrets årsrapport för 2012, där man i Nyköping infört en sårnotagning efter höftoperationer då det visat sig att protesinfektionerna ofta föregicks av en sårkomplikation. Tanken är att tidig intervention mot sårkomplikationer ska minska andelen protesinfektioner. Komplikationerna identifierades genom operationsplaneringsprogrammet Orbit

och genom tips från ortopederna själva, inte genom höftprotesregistret. Däremot är tanken att komplikationsfrekvensen bättre ska kunna följas över tid i kvalitetsregistret, efter att man sett över rutinerna för hur registrering av komplikationer ska ske. Då komplikationer hittills underrapporterats finns en risk att statistiken i Höftprotesregistret initialt kommer att bli sämre, trots att en förbättring åstadkommit.

Register kan därmed fungera som stöd i det lokala förbättringsarbetet, men någon universallösning för att halvera komplikationsfrekvenser är det inte och fallgröparna är många.

FRAMTIDA UTVECKLING OCH ANVÄNDANDE AV REGISTER

Modellen har illustrerat de fyra olika funktioner ett register kan förväntas få beroende på vad som registreras och hur registrering sker. Därmed utgör den ett verktyg i diskussionerna kring på vilket sätt register kan användas som stöd i lokalt förbättringsarbete. Dock är registeringen förutsättning för någon av de funktioner som beskrivs i modellen, och att försöka styra verksamheter genom att koppla ersättning till registerdata bör vara noga genomtänkt, om inte undvikas helt.

Alternativ till register bör också övervägas, exempelvis mer utförliga analyser av data från journalsystem, program för operationsplanering och andra administrativa system. Patientdatalagen ger ett tydligt mandat till vårdgivare att använda journaluppgifter för att ta fram statistik för uppföljning och utvärdering av vården och för att möjliggöra ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsförbättringsarbete.

Sammanfattningsvis har chefer och ledare i vården ett ansvar för att användningen av kvalitetsregister är till nytta för verksamheten. I annat fall går dyrbar tid för patientarbete förlorad till registeradministration utan att varken patienten eller verksamheten gagnas. Chefer och ledare både kan och bör ställa krav på att register anpassas efter lokala förutsättningar och att data kontinuerligt återförs till verksamheten. Först då kan register bli ett värdefullt stöd för verksamhetsutveckling!

Johan Ejerhed, legitimerad läkare och civil-

ekonom, ST-läkare, medicinkliniken, Danderyds sjukhus, Danderyd.

Tilläggsinformation: Johan Ejerhed kommer att tala om mätetal i vården under Almedalsveckan, på ett seminarium som arrangeras av Helseplan Nysam och Vårdalstiftelsen torsdagen den 4 juli.

Referenslista finns i Läkartidningen 5/2013.

»DYRBAR TID FÖR PATIENTARBETE GÅR FÖRLORAD TILL REGISTER- ADMINISTRATION«

Johan Ejerhed



Foto: Privat

KONTAKTUPPGIFTER

E-post: johan@rememdiuum.se

Mobil: 0708-715 426

Arbete: 08-123 580 59