

Linköpings universitet
Medicinska Fakulteten

**Hur använda sig av nationell kvalitetsregisterdata i
utvecklings och förbättringsarbete för intensivvården?**
Pedagogiskt docenturarbete

Lotti Orwelius

Datum 2017-12-12

Bakgrund

Nationella kvalitetsregister

Kvalitetsregistren utvecklades primärt för att stödja det kliniska förbättringsarbetet i Hälso- och sjukvården. De används för att systematiskt utveckla och säkra vårdens kvalitet genom att fungera som ett verktyg och stöd i det kontinuerliga förbättringsarbetet. Dessutom används det för ledning, styrning och forskning [1].

Kvalitetsregistren består av strukturerad information om varje patient från flera vårdgivare såsom bakgrundsfaktorer, problem/diagnos, insatta åtgärder och resultat. Med hjälp av registren får vi kunskap om vad sjukvården åstadkommer för värde genom bättre hälsa för patienterna.

Sverige är det land i världen som kommit längst med att utveckla kvalitetsregister och uppgår idag till 108 stycken inom olika områden som till exempel akut- anesthesi- och intensivvård, barn och ungdom, cancer, kirurgi, obstetrik, psykiatri och primärvård [1]. Tillsammans med personnumret och heltäckande befolknings- och hälsodataregister har Sverige unika förutsättningar att med hjälp av data från kvalitetsregistren förbättra kvaliteten i svensk hälso- och sjukvård och ha en ledande ställning inom klinisk forskning.

Översynen av Nationella kvalitetsregistern 2010 visade dock att kvalitetsregisterdata inte utnyttjas optimalt inom hälso- och sjukvården beroende framförallt på kunskapsbrist avseende datauttag, analys och aggregering av data. Översynen pekar också på behovet av att kvalitetsregistren även ska analysera annat än de rent medicinska resultaten, t.ex. patientrapporterade data (PROs), omvårdnad och andra professioners vårdresultat [2].

Nationella kvalitetsregistrens roll i vårdprogrammen

Studenter vid Medicinska fakulteten, RÖ

I programförklaringen för sjuksköterskeprogrammet i Linköping och Norrköping 180 p (2017) lyfts bl.a. goda kunskaper i förbättringsarbete som utmärkande för sjuksköterskeprogrammet [3]. Tillsammans med studenter från övriga program inom Medicinska fakulteten ingår utbildningen ”Studentmedverkan i förbättringsarbete”. Den är en teoretisk och praktisk utbildning i förbättringskunskap i samarbete mellan Medicinska fakulteten och Region Östergötland där landstingets roll är att bidra med uppdrag för deltagande i vårdnära förbättringsarbete [3]. Årligen genomförs ett 70-tal förbättringsprojekt, men i endast ett fåtal förekommer nationella kvalitetsregister.

Programmet ger de blivande sjuksköterskorna en inblick i förbättringsarbetet och en grundläggande kunskap som senare kan vidareutvecklas i samråd med klinisk utvecklingsarbete. Programmet för specialistsjuksköterska i intensivvård saknar en vidareutveckling av kunskapen som lades på grundutbildningen. Inget av programmen innehåller utbildning om kvalitetsregisterkunskap. Här finns alltså ett glapp mellan utbildning och behov. Morgondagens registeranvändare, studenterna, behöver ökad kunskap om hur data från kvalitetsregistren kan användas i förbättringsarbete för att bidra till ökad patientsäkerhet och patientvärde. För intensivvården är det Svenska Intensivvårdsregistret (SIR) [4] som är aktuellt register.

Syfte

Hur kan nationell kvalitetsregisterdata användas i utvecklings- och förbättringsarbete för intensivvården?

Metod

Metoden utgår från ett studentcentrerat lärande [5-7] och kan med fördel utföras i form av en studieuppgift. Efter introduktion om förbättringskunskap och kvalitetsregister, syftet med SIR, dess innehåll och användning på såväl internationell som nationell- region- lokal- och individnivå identifierar studenterna förbättringsmöjligheter genom SIR data.

Studieuppgiften utförs under den verksamhetsförlagda utbildningen då stöd från personalen finns på ett naturligt sätt. Studenterna har då även tillgång till handledning från verksamhetsutvecklare. Studenterna ska hämta och använda registerdata för ett specifikt område och med data från den intensivvårdsklinik där de genomför sin verksamhetsförlagda utbildning. Med fördel kan även jämförelser göras på nationell nivå.

Exempel på data från SIR och dess tillämpning visas i Tabell 1.

Tabell 1 Exempel på data från Svenska Intensivvårdsregistret och dess tillämpning

Område	Data	Tillämpning
Basdata	Ålder Kön Vikt Längd	Indelning i olika grupper Justering för jämförelse
Omvårdnad	Trycksår Undernäring Åtgärder Posttraumatisk stress Tid i respirator Smärta Delirium	Vårdprevention Identifiera riskgrupper Behandlingseffekt Konsekvenser av behandling
Medicin	Mortalitet Vårdtid Behandlingsbegränsningar Diagnos Intagningsorsak Åtgärder Komborbiditet Läkemedel Sedering	Vårdprevention Identifiera riskgrupper Behandlingseffekt
PRO	Hälsorelaterad livskvalitet ADL – funktionsnivå före och efter intensivvården Återgång till tidigare sysselsättning Glasgow Outcome Scale	Hälsoläge Hälsoutveckling Identifiera riskgrupper Bedöma behandlingsbörda/biverkningar Konsekvenser av sjukdomen Patient- och närstående undervisning
PREM	Patienttillfredsställelse Närstående	Upplevelser av vården

De frågeställningar som studenterna kan hantera med hjälp av registerdata ska vara med enkel hypotes, en fråga ett svar. Som exempelvis kan det vara:

1. Är återinläggning på IVA <72 timmar kopplat till ex. diagnos, ålder eller sjuklighet?
2. Vilken följsamhet finns till sederingskala och sederingsdjup?
3. Har val av sedering någon betydelse för outcome (ADL, hälsorelaterad livskvalitet) efter utskrivning från IVA?
4. Har tid i ventilator någon betydelse för den fysiska funktionen efter utskrivning från IVA?
5. Förekommer skillnader mellan kön eller ålder avseende ex. vårdtid på IVA, tid i respirator eller tid innan intagning på IVA?
6. Har ex. ålder, kön eller tid i ventilator någon betydelse för utveckling av delirium på IVA?
7. Föreligger skillnader i ex. ålder, kön, vårdtid eller diagnos för att utveckla trycksår för patienter på IVA?

Pedagogisk tillämpning på verksamheten

Den pedagogiska tillämpningen i verksamheten förankras genom att studieuppgiften redovisas i form av en skriftlig rapport samt en muntlig redovisning vid avdelningens arbetsplatsträff, sjuksköterskemöte eller annat lämpligt mötesforum på kliniken i dialog med klinikledning, verksamhetsutvecklare och övrig personal. Beroende på resultatet kan förbättringsarbetet med stöd av PDSA-hjulet fortsätta i arbetsgrupper eller genom personalens specifika ansvarsområden [8].

Nyttan av kvalitetsregister data för utveckling- och förbättringsarbete

En viktig funktion för hälso-och sjukvårdens personal är att kvalitetsregistrens data möjliggör jämförelser och utvärdering av struktur, process och resultat [9] på nationell eller regional nivå och är även tillåten att användas för statistik och forskning [10] för att på olika sätt förändra och förbättra vården. Kvalitetsregistren mäter f.a. processer som när det ställs i förhållande till resultatet/utfallet för patienterna är en viktig indikator på vårdens kvalitet och kan påverkas direkt av sjukvårdpersonal och beslutsfattare. Uppfattar personalen en brist i kvaliteten kan processen med andra ord följas upp och åtgärdas för enskild klinik, regionalt eller nationellt [11; 12].

De patientrapporterade måtten är av stort värde för utvecklings-och förbättringsarbetet då patientmedverkan är en avgörande faktor bakom utveckling av vården [13; 14]. Tillsammans med medicinska data ger de ett helhetsperspektiv om vårdprocessen, behandlingen och interventionen och ger personalen en möjlighet att införa åtgärder som gagnar patienterna på bästa sätt.

Diskussion

Att på ett fullgott sätt använda kvalitetsregister data skapar bättre förutsättning för uppföljning av behandlingar i sjukvården, möjliggör analys, skapar evidens och ger en förutsättning för att optimera beslut [2]. Då studenterna är morgondagens registeranvändare måste arbetet med kvalitetsregister och verksamhetsutveckling grundläggas redan under utbildningstiden, men att nyttja data från de nationella kvalitetsregistren kräver insikt och kunskap i kvalitetsregisterdata och dess process.

Utmaningen för den svenska hälso- och sjukvården är därför nu att utveckla metoder och rutiner för att på bästa sätt analysera och presentera kvalitetsregistrens PROs- omvårdnads- och medicinska data som kan ligga till grund för utveckling och förbättringar inom vården. Förslaget ovan avseende förbättrings- och utvecklingskunskap i specialistutbildningen intensivvård är ett första steg mot detta.

Tänkbara förbättringar

På IVA vårdas samtliga vårdavdelningars patienter. Intensivvården är på grund av sin höga vårdnivå resurskrävande och är en av de största konsumenterna av sjukhusens ekonomiska resurser [15]. En nyligen publicerad studie baserad på patienter från vårt upptagningsområde visar att 57 % av patienterna som krävde intensivvård hade minst ett slutenvårdstillfälle inom tre år före den aktuella intensivvårdsperioden och en hög förbrukning av slutenvård fortsatte ända upp till tre år efter utskrivning från IVA [16]. Att införa kunskapen om kvalitetsregister och användandet av dess data för förbättringsarbete och verksamhetsutveckling i specialistutbildningen för intensivvård skulle med andra ord gagna inte endast intensivvården utan även vårdavdelningarna. Konsekvenser av sjukdom och handikapp som kräver utveckling av nya insatser i vårdkedjan kan identifieras genom analys av kvalitetsregister data i SIR.

Konklusion

Genom utveckling av förbättringskunskap och införande av kunskap om kvalitetsregister i specialistutbildningen intensivvård för sjuksköterskor ökar kunskapen om hur nationella kvalitetsregisterdata kan användas i utvecklings- och förbättringsarbete för intensivvården i Sverige.

Referenser

1. Nationella kvalitetsregister. <http://www.kvalitetsregister.se/>
2. Rosén, M. (2010). Översyn av de nationella kvalitetsregistren: guldgruvan i hälso-och sjukvården. Förslag till gemensam satsning 2011-2015. Stockholm.
3. <https://liu.se/utbildning/program/mgsk2>.
4. SIR. (2011). Swedish intensive care register <http://www.icuregswe.org/>.
5. Brockett, R., & Hiemstra, R. (1991). Self-direction in adult learning. perspectives on theory, research and practice. London: Routledge.
6. Boud, D. (1995). Enhancing learning through self-assessment. London: Kogan Page.
7. Garrison, D. R. (1997). Self-directed learning: Towards a comprehensive model. . Adult Education Quarterly, 48(1), 18-33.
8. www.forbattningskunskap.se.
9. Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? JAMA, 260(12), 1743-1748.
10. SFS 2008:355 Patientdatalag.
11. Nilsson, E., Orwelius, L., & Kristenson, M. (2016). Patient-reported outcomes in the Swedish National Quality Registers. J Intern Med, 279(2), 141-153.
12. Nelson, E. C., Dixon-Woods, M., Batalden, P. B., Homa, K., Van Citters, A. D., Morgan, T. S., Eftimovska, E., Fisher, E. S., Ovretveit, J., Harrison, W., Lind, C., & Lindblad, S. (2016). Patient focused registries can improve health, care, and science. BMJ, 354, i3319.
13. Batalden, M., Batalden, P., Margolis, P., Seid, M., Armstrong, G., Opipari-Arrigan, L., & Hartung, H. (2016). Coproduction of healthcare service. BMJ Qual Saf, 25(7), 509-517.
14. Wagner, E. H., Glasgow, R. E., Davis, C., Bonomi, A. E., Provost, L., McCulloch, D., Carver, P., & Sixta, C. (2001). Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv, 27(2), 63-80.

15. Shorr, A. F. (2002). An update on cost-effectiveness analysis in critical care. *Curr Opin Crit Care*, 8(4), 337-343.
16. Orwelius, L., Husberg, M., Bernfort, L., Carlsson, P., Fredrikson, M., Walther, S., & Sjöberg, F. (2016). The effect on overall cost and health-related quality of life by inpatient trajectories 3 years before and after critical illness. *Journal of Anesthesia & Intensive Care Medicine*, 1(1), 001-009.