Redaktör: Kristina Räf

# Kvalitetsregistren är en guldgruva som bör utnyttjas på bättre sätt

## Förbättringskunskap lärs ut i specialprojekt

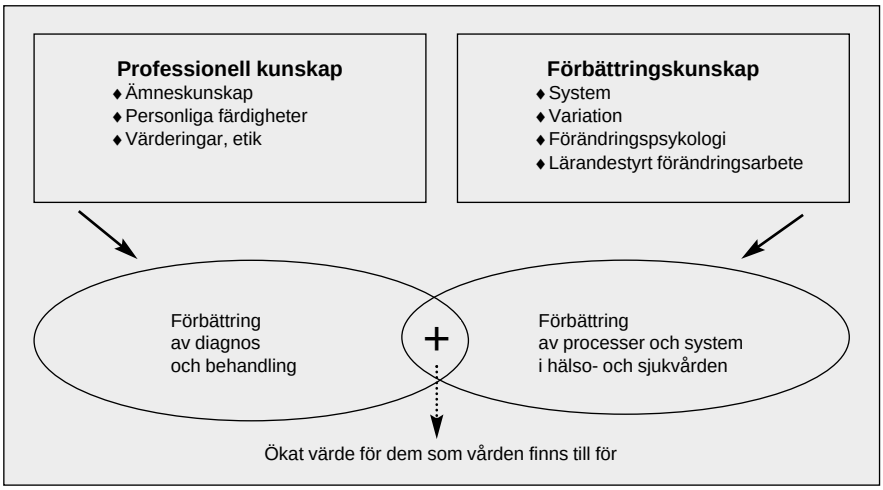
Genom de nationella kvalitetsregistren, som idag är nästan 50 till antalet, förfogar svensk hälso- och sjukvård över ett material som saknar motsvarighet i andra länder. Registren byggs upp och drivs av professionen själv. De innehåller individbundna data om diagnoser, behandlingsåtgärder och utfall. Syftet med registren är att främja förbättringar, dvs kvalitetsutveckling, inom vården.

Tack vare höftledsplastikregistret har den kumulativa frekvensen av revision för mekanisk (aseptisk) lossning i det närmaste halverats under en tioårsperiod [1]. Detta har uppnåtts genom förbättrad kirurgisk teknik i kombination med ett medvetet val av implantat med registerverifierad lägre lossningsfrekvens. Likaså har bråckregistret genom att skapa uppmärksamhet i professionen kring ingreppet och dess utfall bidragit till att signifikant nedbringa risken för både recidiv och reoperation inom två kalenderår [2, 3].

Dock visar såväl dessa register som de flesta övriga att det trots regelbunden återföring av registerdata kvarstår en påtaglig spridning i utfall mellan kliniker. Blott mätandet och samlandet av data i register leder inte till förbättringar. Det krävs särskilda kunskaper och färdigheter för att använda data i ett målinriktat förbättringsarbete.

### Förbättringskunskapen fortfarande i sin linda

Sådan kunskap kallas förbättringskunskap [4]. I denna kunskapsmassa ryms de principer och metoder för kvalitetsutveckling och ständiga förbättringar som mödosamt under många decennier utarbetats av ledande organisationer och företag. Medan sjukvårdens professionella kunskapsbas huvudsakligen finns inom biovetenskaperna, finns motsvarande bas för förbättringskunskapen främst inom samhällsvetenskap, beteendevetenskap och organisationslära (Figur1).




**Figur 1**. Kopplingen mellan professionell kunskap och förbättringskunskap är förutsättningen för ständiga förbättringar av hälso- och sjukvårdens värdeskapande processer och system. Bilden är modifierad efter Batalden och Stoltz [4].

Om förbättringskunskapen kombineras med den traditionella professionella kunskapen – till vilken rapporter från de nationella kvalitetsregistren hänförs – ökas väsentligt förmågan att driva ett systematiskt kliniskt förbättringsarbete. Även om intresset för modern förbättringskunskap inom sjukvården såväl i Sverige som utomlands ökat markant under senare år befinner sig tillämpningen av denna kunskapsmassa fortfarande i sin linda.

Förbättringar förutsätter att förändringar görs i såväl arbetssätt som rutiner. Om så inte sker kommer heller inga förändringar till stånd, dvs det system som skapar resultaten måste förändras, annars förblir resultaten oförändrade [5, 6].

### »Processen» skapar resultatet

Hälso- och sjukvården utgör ett system. Ett sådant karakteriseras av ett gemensamt syfte, gemensamma processer för att nå detta syfte och ett systematiskt angreppssätt för att förbättra och utveckla processernas förmåga att verkställa syftet.

Det är alltså »processen» som skapar resultatet. Med process avses i dessa sammanhang en serie aktiviteter i ett vårdförlopp utifrån patientens perspektiv. En process har en tydlig början (oftast då patienten kontaktar sjukvården) och ett tydligt slut (oftast då vårdinsatsen har avslutats). Kartläggning av processen för en specifik patientgrupp görs av tvärprofessionella team (representanter för de yrkesgrupper som är engagerade i patientens vård i hela förloppet), och beskrivs ofta i ett flödesschema. Själva arbetet med att kartlägga processen på detta sätt ger ökad insikt i hur processen fungerar och därmed uppslag till förbättringar [7].

En förutsättning för att man skall kunna förbättra en process är, förutom att den är känd genom kartläggning och flödesbeskrivning, att utfallet av pro-

**Författare**

MAGNA ANDREEN SACHS
docent, tf enhetschef

JAN-ERIK SYNNERMAN
projektledare; båda vid Landstingsförbundet, Stockholm.

cessen är känt. Man måste alltså mäta resultatet av processen. För att kunna styra processen måste man även mäta dess duglighet.

### Gemensamt lärande

En absolut förutsättning för att de nationella kvalitetsregistren skall uppfylla syftet att bidra till en kvalitetsutveckling i vården är att samtliga intressenter (professionen, politiker, administratörer, patienter och anhöriga) ser registren som ett instrument, ett medel, för att lära och åstadkomma förbättringar, inte ett medel för att döma och ranka kliniker eller enskilda aktörer [8]. En trygg arbetsmiljö, »a safe working place», främjar öppenhet och vilja att dela med sig av resultat och erfarenheter, dvs ett gemensamt lärande.

Professionen har allt att vinna på att härvidlag ta initiativet, och i konkreta projekt och andra aktiviteter visa dels hur registren kan användas för lärande och utveckling, dels hur skillnader och variationer i resultat är ovärderliga ingångar till ökad förståelse för vad i processen som påverkar det slutliga resultatet [9, 10]. Att studera och analysera variation, antingen det gäller variation mellan olika verksamheter eller variation över tid i den egna verksamheten, ger insikt om styrkor och svagheter, dvs förbättringspotentialer, i den egna verksamheten.

### Ett projekt för kvalitetsarbete

Mot denna bakgrund initierade Landstingsförbundet i början av 1998 tillsammans med Socialstyrelsen ett projekt med syfte att pröva moderna principer och metoder för kvalitetsarbete och kliniskt förbättringsarbete med registerutfall som underlag [4].

Genom samarbete i andra sammanhang mellan Landstingsförbundet och Center of Evaluative Clinical Sciences (CECS), Dartmouth Medical School i New Hampshire, USA, hade vi tagit del av det kliniska utvecklingsarbete som pågår inom ramen för Northern New England Cardiovascular Study Group (NNECVSG), en frivillig sammanslutning av medicinska och kirurgiska hjärtkliniker och hjärtcentra i delstaterna Maine, Vermont och New Hampshire. Gruppen driver ett register över de patienter som vårdas och behandlas vid de deltagande enheterna.

> *Blott mätandet och samlandet av data i register leder inte till förbättringar. Det krävs särskilda kunskaper och färdigheter för att använda data i ett målinriktat förbättringsarbete.*

Registret har klara likheter med våra kvalitetsregister. Det startades av gruppen för drygt tio år sedan med syftet att främja gemensamt lärande. Gruppens arbete har blivit en förebild för systematiskt kliniskt förbättringsarbete, och utgör kanske det bästa exemplet på »benchmarking» inom hälso- och sjukvård som vi känner till [11-13].

Vi gavs möjlighet att knyta chefen och ledaren för NNECVSG, professor Gerald T O'Connor, till vårt projekt som expert och resursperson. Likaså fick vi i projektet tillgång till stöd från professor Paul B Batalden från CECS, vars gärning i många år har fokuserats på att skapa teori och lärande kring kliniskt förbättringsarbete och ledarskapets betydelse i detta sammanhang.

Synen på hälso- och sjukvården som ett system ligger till grund för denna teoribildning [4, 14]. Projektet omfattade från början sex register och motsvarades av var sitt projektteam. I varje team ingick registerhållaren tillsammans med mellan fem och åtta kolleger från lika många till registret anslutna kliniker.

Målet var att deltagarna i projektgrupperna skulle dels utveckla sin förmåga att tillämpa metoder för kvalitetsutveckling i klinisk praxis, dels vara beredda att efter projektets avslutning arbeta på det nya sättet för att därmed uppnå kliniska förbättringar, avläsbara i registerdata. Det var också önskvärt att projektgruppernas deltagare på hemmaplan skulle initiera nya grupper för att sprida metodiken vidare i nya lärcirklar.

Två av de ursprungligen sex registerprojektgrupperna lämnade projektet. I det ena fallet hade syftet med projektet missuppfattats. I det andra fallet upplevde inte projektgruppen att registret ännu hade den nationella förankring i professionen och verksamheten som är önskvärd, och att därför utvecklingsarbete och ansatser i första hand borde ägnas åt att åtgärda detta.

Arbetet i projektet bestod av tre seminarier och mellanliggande arbetsperioder, då stöd gavs till projektgrupperna via tvåvägsvideokonferenser. Vid seminarierna och i samband med videokonferenserna gavs utbildning i förbättringskunskap anpassad till projektgruppernas behov av fördjupning [4, 15].

### Resultat

Av de ursprungligen sex grupperna är fyra igång med pågående förbätt-

ringsarbete, och avser fortsätta med den inhämtade arbetsmetodiken. Grupperna har konkreta planer och har i vissa fall initierat åtgärder för att sprida kunskap om detta sätt att arbeta. Stöd i det fortsatta arbetet kommer att ges från Landstingsförbundet inom ramen för en ny projektomgång, »Kvalitetsregisterprojekt 1999».

Responsen från grupperna har varit uppmuntrande och utvärderingen av projektet var mycket positiv, varför vi känner oss övertygade om behovet av att gå vidare och starta nya lärcirklar kring hur man arbetar med klinisk förbättring på basis av registerutfall.

Under projektets gång har teori kring förbättringskunskap kombinerats med praktik: genom att arbeta med förbättringsmålen har man lärt in metoderna för förbättringsarbete [15]. Projektdeltagarna har lärt sig genom tillämpning hur man gör strukturerade studiebesök. Dessutom har de i sina grupper enats om gemensamma definitioner av registerparametrar, en förutsättning för att kliniker skall kunna jämföra sina utfall och dra slutsatser därav.

### Gemensamt forum

Kanske har den viktigaste erfarenheten av projektet varit att uppleva betydelsen av en plattform – ett forum – för gemensam reflektion och gemensamt lärande kring det som så intensivt engagerar alla som verkar inom hälso- och sjukvården, nämligen det dagliga kliniska arbetet. Plattformen har också givit upphov till multiprofessionellt nätverksbyggande mellan deltagarnas hemkliniker, något som i sig ger unika möjligheter till fortsatt teamlärande och förstärkt förbättringsarbete.

Nätverksbyggandet har också betytt mycket för att utveckla en ny och fruktbar syn på data: dvs data som ett medel för att utveckla och förbättra, inte för att döma och gradera, och data som ett underlag för förbättringsarbetet, inte enbart som en information om uppnådda resultat.

Under arbetets gång har man också fått idéer om hur registret skulle kunna utvecklas för att bättre motsvara verksamhetens krav på användbar återföring till det interna utvecklingsarbetet. I vissa fall möts dessa behov bäst genom tillägg av ett lokalt register. I andra fall vore kanske en utveckling av registerdata en bättre lösning.

### Sammanfattning

Inom ramen för ett lärande projekt lett från Landstingsförbundet har deltagare från fyra olika kvalitetsregister tränat tillämpning av metoder för förbättringsarbete. Underlaget för förbättringsarbetet har varit aktuellt registerutfall, där ett eller flera specifika målområden valts ut. Projektet har inneburit att professionell kunskap kopplats till förbättringskunskap för att därmed snabbare och bättre uppnå förbättringar för patienten.

Förbättringskunskap är en kunskapsmassa som läkare i allmänhet har dålig kännedom om [16]. Arbetet har stimulerat till fortsättning, dels med nya grupper, dels inom de grupper som deltog förra året. Vidtagna förbättringsåtgärder förväntas avspeglas i registerutfallet innevarande år.

## Referenser


1. Herberts P, Malchau H. Mångårig registrering har ökat kvaliteten på höftplastiker. Läkartidningen 1999; 96: 2469-76.
2. Nilsson E, Haapaniemi S. Hernia registers and specialization. Surg Clin North Am 1998; 78: 1141-55.
3. Nilsson E. Ljumskbråckskirurgin förtjänar högre status. Ny teknik har möjliggjort stora framsteg. Läkartidningen 1998; 95: 2548-50.
4. Batalden PB, Stoltz PK. A framework for the continual improvement of health care: Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Joint Commission Journal on Quality Improvement 1993; 19: 424-45.
5. O'Connor GT. Every system is perfectly designed to get the results it gets. BMJ 1997; 315: 897-8.
6. Batalden PB, Nelson EC, Roberts JS. Linking outcomes measurements to continual improvement: The serial »V» way of thinking about improving clinical care. Joint Commission Journal on Quality Improvement 1994; 20: 167-80.
7. Striem J. Sjukvårdens huvudprocesser. Landstingsförbundet, 1997. ISBN 91-7188-402-5.
8. Nelson EC, Splaine ME, Batalden PB, Plume SK. Building measurement and data collection into medical practice. Ann Intern Med 1998; 128: 460-6.
9. Berwick DM. Developing and testing changes in delivery of care. Ann Intern Med 1998; 128: 651-6.
10. Berwick DM. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewart. Med Care 1991; 29: 1212-25.
11. O'Connor GT, Maloney CT, Leavitt BJ, Birkmeyer JD, Kasper JF. A regional intervention to improve the hospital mortality associated with coronary artery bypass graft surgery. JAMA 1996; 275: 841-6.
12. O'Connor GT, Plume SK, Wennberg JE. Regional organization for outcomes research. Ann NY Acad Sci 1993; 703: 44-50.
13. Malenka DJ, O'Connor GT. The northern New England cardiovascular disease study group: A regional collaborative effort for continuous quality improvement in cardiovascular disease. Joint Commission Journal on Quality Improvement 1998; 24: 594-600.
14. Batalden PB, Mohr JJ. Building knowledge of health care as a system. Quality Management in Health Care 1997; 5(3): 1-12.
15. Rahm C, Linder C, Svensson C, Olsson J. Gör och lär. Ett smakprov på förbättringskunskapens teori och praktik i hälso- och sjukvården. Landstingsförbundet, 1998. ISBN 91-7188-475-0.
16. Kunskap om förbättringsarbete behövs i sjukvården. Läkartidningen 1998; 95: 5859.


*Se även artiklarna med start på sidan 2493 i detta nummer.*

*Medicinsk kommentar* är Läkartidningens forum för signerade medicinska ledare. Merparten av dessa är beställda av redaktionen, och vi välkomnar förslag om aktuella frågor som bör tas upp i denna form. Vi vill där även fånga in och belysa aktuella medicinska rön presenterade annorstädes.

Finns något i din specialitet att kommentera? Ta kontakt med redaktionen innan du börjar skriva för att undvika dubbelarbete!