

SAMMANFATTNING

Kvalitetsregister är en outnyttjad potential för fysioterapeuter. Många av de behandlingar som erbjuds idag är inte evidensbaserade och nyttan av dem är inte systematiskt utvärderad. Genom att rapportera till kvalitetsregister kan kliniken få systematisk utvärdering och direkt återkoppling på sina behandlingsresultat. Register ses av många som en ytterligare en arbetsbelastning och kostnad. Rätt använt kan dock kvalitetsregister spara både tid och pengar åt verksamheten. Genom att öppet jämföra resultaten mellan kliniker kan vi lära oss av varandra, även om resultaten inte säger något om vilka faktorer som bidrar till variationen. Genom kloka analyser, smarta förändringar och uppföljning kan fysioterapeuter både förbättra resultaten och effektivisera arbetet på den egna mottagningen. Nationella Kvalitetsregister ger också en möjlighet att visa på nyttan av fysioterapi för patienter och i vården. Genom att kombinera evidensbaserad medicin med förbättringsarbete kan vi göra rätt saker på rätt sätt.

Kvalitetsregister, Kunskap, Kostnadseffektivitet



**CARINA
THORSTENSSON**

Leg. sjukgymnast, Dr Med
Vet. Registerhållare BOA-
registret. Registercentrum
VGR och Sahlgrenska
Akademin, Göteborg.

Kvalitetsregister kan vara framtiden för fysioterapeuter, men uppfattas av somliga snarare som science fiction med tanke på sparkrav och tidsbrist. Att skriva om Nationella Kvalitetsregister under "Forskning pågår" kan dessutom vara som att blåsa på elden. Det är nämligen en relativt vanlig missuppfattning att kvalitetsregister är ett sätt för en liten skara att samla data till forskning. Förhoppningen är att den här artikeln kan visa på den verkliga nyttan med kvalitetsregister för fysioterapeuter och förtydliga vad kvalitetsregister i själva verket är till för.

Förutom att man inte alltid ser nyttan med register för egen del, så är tidsbrist och att man redan tycker att man har en väl fungerande verksamhet vanliga argument för att man inte rapporterar till kvalitetsregister. Det är förståeligt. Vardagen för alla som jobbar i vården är tidspressad. Det finns minimalt utrymme för att genomföra några ytterligare åtgärder, som till exempel att mata in uppgifter i ett register. Var ska tiden tas ifrån? Svaret är: från framtiden.

Hur kan register spara tid och pengar åt verksamheten?

För att beskriva nyttan med kvalitetsregister behöver vi börja med att beskriva verkligheten i vården idag.

I dagens sjukvård är det budgetåret som styr verksamheten. Sjukvårdens verksamhet drivs kortsiktigt, till skillnad från det mer långsiktiga tänket inom industrin där en investering ofta ses som en förutsättning för att kunna kvittera ut ett bättre resultat på sikt, eller en minskad utgift i en annan del av processen. I sjukvården är det vanligt att enbart tala om kostnader utan att närmare (ut)värdera nyttan av dessa kostnader. Att spara pengar åt Försäkringskassan är måhända inte lika intressant för verksamhetschefen inom sjukvården, men för patienten och skattebetalaren kan det vara minst lika viktigt.

En betydande del av sjukvårdens kostnader idag utgörs av så kallade kvalitetsbristkostnader, det vill säga kostnader för att verksamheten inte är optimerad (1). Inom vården består kostnaderna oftast av tid som inte används optimalt. Det kan vara att lägga tid på fel saker, eller att göra saker i fel ordning, men också att lägga tid på att rätta till konsekvenser av fel, leta efter journaler, eller väntetider. Den sammanlagda tiden för alla på en mottagning under ett år kan vägas samman och omräknas till arbetstidskostnader. Denna tid kan tyckas vara liten för var och en och vi vet inte exakt hur stora kostnaderna för denna tid är, men beräkningar visar att kvalitets-



Det är en relativt vanlig missuppfattning att kvalitetsregister är ett sätt för en liten skara att samla data till forskning.

bristkostnader står för ungefär 20–40 procent av den totala kostnaden i vården (2). Under 2011 kostade sjukvården i Sverige runt 280 miljarder kronor (www.skl.se). De senaste åren har det lagts mer fokus på hur organisationen i sjukvården kan effektiviseras och slimmas, med den japanska bilindustrin som modell (Lean). Genom att lägga pengar på rätt saker i rätt tid skulle sjukvården kunna spara mångmiljonbelopp, inte enbart i den egna verksamheten utan också för samhället. För att veta vad som är rätt saker och rätt tid måste vi utvärdera. Inom sjukvården handlar det ofta om att utvärdera resursförbrukning. Men att spara är inte en reell vinst om det samtidigt leder till försämrade resultat i något annat led. Vad är värdet av besparingen? Och vad är värdet av våra behandlingsinsatser? Värdet kan mätas i hälsorelaterad livskvalitet per investerad krona (3). En ökad kostnad kan vara motiverad om den medför ett ökat värde, det vill säga en ökad livskvalitet för patienten. Inte enbart på kort sikt, utan även efter det att patienten har lämnat vår mottagning. Om patienten mår bättre minskar behovet av sjukvård. Resurser frigörs som kan användas till dem som har störst behov och för att utveckla vården. Vi har små möjligheter att

utvärdera effekter på så lång sikt inom sjukvården utan hjälp av kvalitetsregister.

Kan vi mäta det som betyder något?

Det absolut vanligaste sättet för fysioterapeuten att utvärdera resultatet av en behandling är att fråga patienten. Frågan ställs ofta i samband med avslutande behandling eller uppföljande besök. Utvärderingen kompletteras i vissa fall med frågeformulär eller funktionella tester. Det är lagstadgat att journalföra vad vi gör och vad vi talar med patienten om. Resultaten från de utvärderingar som genomförs registreras därför i journalen. Det finns däremot inga krav på att vi måste utvärdera resultaten av våra insatser. I konkurrens med allt som ska hinnas med under och efter ett patientbesök kan utvärderingen lätt bli lidande. Att som verksamhetschef vara pressad mellan produktions- och budgetkrav är en utmaning. Tid för att rapportera till kvalitetsregister prioriteras därför ofta bort till förmån för produktion och patienttid. Frågan är hur vi då vet att vi gör nytta? Resultaten känns bra och patienterna är nöjda. Frågan är återigen "Hur vet du det?" Vet du hur dina patienter med en given diagnos mår efter ett år? Att sammanställa resultat baserat på journal- ➤

”Genom att lära av det vi gjorde igår kan vi göra annorlunda imorgon. Hemligheten är direkt återkoppling och öppna jämförelser.”

- anteckningar för en viss intervention som genomförts på en klinik, eller för en viss patientgrupp, kan vara komplicerat och tidsödande. Att tala om vilken nytta en given behandling har gjort för en utvald patientgrupp som besökt mottagningen under en viss tidsperiod är därför svårt. Att tala om hur dessa patienter som grupp mår efter ett år är i allmänhet omöjligt, om inte mottagningen har som rutin att kalla tillbaka alla för ett nytt besök inom ett år, eller använder sig av kvalitetsregister.

Vad betyder bevisad effekt?

Hur mycket av det du erbjuder dina patienter är evidensbaserat? Många av de behandlingar fysioterapeuter använder har inte testats i tillräckligt stor utsträckning för att kunna sägas ha vetenskapligt bevisad effekt. Det betyder inte att behandlingen är verkningslös. Randomiserade kontrollerade studier (RCT) anses vara den bästa vetenskapliga designen. Att genomföra en RCT för att studera effekten av en behandling är en tidskrävande process. RCT kräver också en alldeles speciell design, där det i idealfallet endast är den behandling man vill testa som skiljer kontrollgruppen och interventionsgruppen åt. Ofta sätter forskaren upp urvalskriterier för att göra grupperna så lika varandra som möjligt, och patienter med samsjuklighet eller funktionshinder som kan påverka resultatet exkluderas. Detta gör att RCT inte till fullo speglar den kliniska verkligheten. Resultaten från RCT:er kan följaktligen heller inte antas gälla alla patienter som återfinns i kliniken. Traditionellt har meta-analyser och reviews enbart inkluderat resultat från RCT:er. Det har gjort att värdefull kunskap från exempelvis Svenska höft- och knäprotesregistren har exkluderats då man har tagit fram evidensbaserade riktlinjer inom rörelseorganens sjukdomar. De ortopediska Nationella Kvalitetsregistren har funnits sedan 70-talet. Genom kontinuerlig återkoppling av resultat från registren till vården, öppna jämförelser av resultat mellan kliniker, ständigt förbättringsarbete och noggrann rapportering av hundratusentals patienter som har genomgått protesoperation har ortopederna i Sverige utvecklat proteskirurgin så att de nu når världsledande resultat. Etikprövningskommittén skulle mot bakgrund av den kunskapen idag inte godkänna en studie där patienter randomiseras till protes-

operation eller kontrollgrupp. Trots detta har kunskap från den här typen av observationella studier inte ansetts vara av samma kvalitet som RCT:er och därför inte inkluderats då man har tagit fram behandlingsrekommendationer eller genomfört meta-analyser. Nu har dock Cochrane Collaboration tagit fram riktlinjer för att kunna värdera resultaten även från observationella studier i meta-analyser (4, 5), och Cochrane Muskuloskeletal group har nyligen beslutat att framöver inkludera även observationella studier i sina meta-analyser.

Kvalitetsregister som kompetensutveckling

Kvalitetsregister är en väsentlig del i lärandeprocessen i kliniken. Genom att lära av det vi gjorde igår kan vi göra annorlunda imorgon. Hemligheten är direkt återkoppling och öppna jämförelser. En RCT tar tid att genomföra och återrapportera och lämpar sig därför inte för kontinuerligt lärande och kunskapsutveckling i vården. Dessutom är resultaten från en RCT svåra att generalisera och applicera i vården av skäl som nämnts ovan. De flesta kvalitetsregister har system för återkoppling av resultat online och i realtid. Så snart data är inrapporterad för ett antal patienter kan kliniken hämta ut en sammanställning av resultat för den egna enheten. Ofta kan resultaten också jämföras med rikets genomsnitt eller med andra kliniker. Att jämföra sina egna resultat med andras medför så gott som automatiskt ett förbättringsarbete. Drivkraften föds ur viljan att bli bättre, som i sin tur drivs av att ingen vill ha sämst resultat i en jämförelse som publiceras öppet. Det finns nästan alltid skillnader mellan enheter och målet är att göra dessa skillnader mindre, det vill säga att minska variationen mellan enheter.

Variation är således utgångspunkten för förbättringsarbete. Det är dock viktigt att hålla i minnet att resultaten inte säger något om orsakerna till variation. Det kan vara slumpen, eller patientsammansättning, men det kan också bero på faktorer som skillnader i kompetens eller utförande. För att kunna jobba med förbättring gäller det att identifiera vilka orsaker som är möjliga att påverka. Det är upp till verksamheten att diskutera och fundera över vilka faktorer som kan bidra till att resultaten ser ut som de gör. Klokka analyser och smarta förändringar

i vården kan spara både tid och resurser samtidigt som de leder till en förbättring över tid. Förändringsarbete är tyvärr ofta förknippat med ångest och oro och alla förändringar är inte heller förbättringar. Somliga förändringar kan till och med skapa mer arbete. Alla förändringar måste utvärderas på ett adekvat sätt för att mäta om det verkligen blev bättre efteråt. För att veta om något blir bättre måste vi sätta upp mål för verksamheten och utvärdera löpande. Närmar vi oss målet? Vad var det som gjorde skillnad? Det är frågor som är väsentliga att ta lärdom av i processen. Denna modell av förändringsarbete har beskrivits som planera, gör, studera, lär, eller PDSA (*plan, do, study, act*) (figur 1) (6). Det är ett cykliskt förlopp, där varje cykel leder till ny lärdom, som kan användas för att testa en ny idé i en ny cykel. Det handlar om att bryta ny kunskap genom de erfarenheter vi redan har och pröva nya idéer mot bakgrund av vad vi redan vet. Likheter med forskning är många, men i forskning stannar lärcykeln ofta upp efter ett varv och resultaten publiceras, medan cykeln i kontinuerligt förbättringsarbete upprepas. Lärandet genom forskningscykeln tar också längre tid än i förbättringscykeln. Ett mått på hur bra förbättringsarbetet fungerar i verksamheten är att mäta tiden det tar att genomföra en förbättring mot ett givet mål (7).

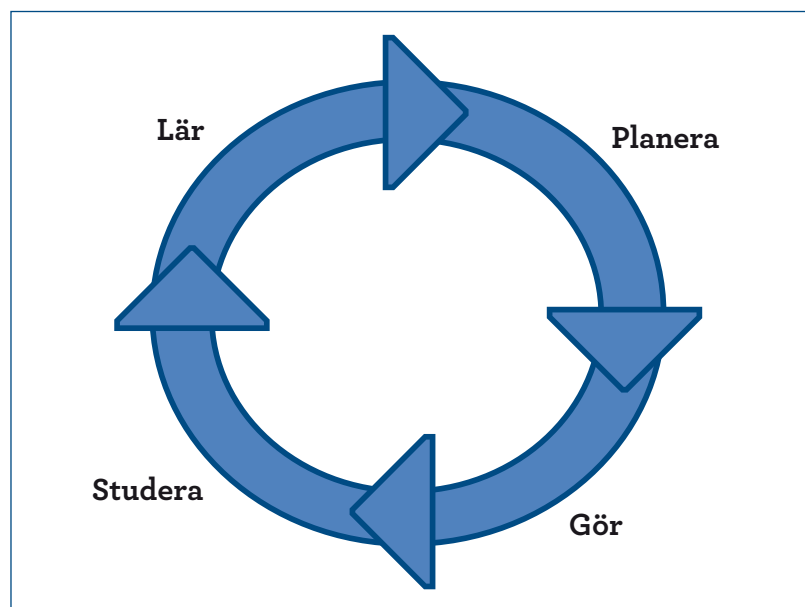
Forskning

För den som vill forska på något som har koppling direkt till verksamheten utgör de data som finns i kvalitetsregister en enorm guldgruva, med ursprung direkt från de patienter vi möter i den kliniska vardagen, utan randomisering eller speciell rekrytering av försökspersoner. Dessa data kan användas av forskare inom alla professioner över hela landet efter ansökan till etikkommittén och ansökan om utdata från registren enligt gällande lagar och föreskrifter. Vårt 10-siffriga personnummer gör det möjligt att samköra uppgifter från olika register för att ta reda på hur det går för människor med olika diagnoser genom hela vårdkedjan och vilka faktorer som är av betydelse för resultat. Våra kvalitetsregister erbjuder således möjligheter att göra helt unika studier, som inte är möjliga att genomföra någon annanstans i världen.

Kvalitetsregister för sjukgymnaster

Det finns i dagsläget 73 Nationella Kvalitetsregister och 27 så kallade registerkandidater i Sverige, som samlar information om allt från tonsilloperation och akutsjukvård till plastikkirurgi och provrörsbefrukning. Dessutom finns det ett antal register som är under uppbyggnad (www.kvalitetsregister.se). Majoriteten av dessa register utvärderar medicinska insatser och samlar främst medicinska data såsom

Figur 1. PDSA-cykeln (plan, do, study, act).



Figur 1. Förbättringscykeln illustrerar de olika stegen i förbättringsarbete. (6). Det är i idealfallet en kontinuerlig process, där ny lärdom leder till nya idéer som provas och utvärderas kontinuerligt.

provsvär, komplikationer och andra kliniska tecken som i första hand är avsedda för läkarens bedömning. Det finns dessutom befolkningsregister hos bland annat Skatteverket (folkbokföringsregistret) och Socialstyrelsen, exempelvis dödsorsaksregistret, patientregistret (tidigare kallat slutenvårdsregistret) och födelseregistret. Ett fåtal Nationella Kvalitetsregister samlar information från fysioterapeutens bedömning eller behandling, exempelvis korsbandsregistret, registret för barn med CP (CPUP) och svensk reumatologisk kvalitetsregister. Det är dock fortfarande ovanligt att fysioterapeutens inmatningar sker systematiskt på alla kliniker, och fysioterapeuten har sällan direkt tillgång till inmatade data eller kan hämta ut resultat för att använda dem i den egna verksamheten. Undantaget hittills är BOA-registret, för Bättre Omhändertagande av patienter med Artros (www.boaregistret.se). BOA-registret bygger helt och hållet på resultaten från en fysioterapeutisk intervention, artrosskola. Artrosskolan är en evidensbaserad patientutbildning som leds av fysioterapeuter, på många håll i samarbete med arbetsterapeuter och artrosinformatörer (en patient med artros som utbildats för att på ett pedagogiskt sätt kunna tala om nyttan av fysisk aktivitet som behandling). Patienter med besvär från höft eller knä som av fysioterapeut bedöms vara aktuella för artrosskola besvarar ett frågeformulär före artrosskolan samt vid uppföljningsbesök efter tre månader. Efter ett år skickas frågeformuläret per post till patienten. Ettårsuppföljningen administreras av registret. Fysioterapeuten rapporterar in följsamhet till

- interventionen och har tillgång till samtliga resultat i realtid via internet.

Ett exempel på hur resultaten ur BOA-registret har använts för utvärdering i vården hämtas från ortopedkliniken i Umeå. Väntetiderna till ortoped var långa och vårdgarantin uppfylldes inte. För att erbjuda patienterna behandling inom tre månader och därmed rädda vårdgarantin avsatte ortopedkliniken två fysioterapeuter på heltid för att hålla artrosskola. Genom att rapportera resultaten i BOA-registret och notera i journalen vilka patienter som hade genomgått artrosskola kunde man följa resultatet och patienternas väg genom vården. Av de nära 400 patienter som gick artrosskola i väntan på att få träffa ortoped avbokade 2/3 sin tid hos läkaren efter genomgången artrosskola. De var nöjda och kände inte längre behov av att träffa ortoped. De patienter som trots allt behövde eller valde att träffa ortoped var väl informerade och ortoped kunde använda tiden till att diskutera vilken typ av protes som lämpade sig bäst. Detta medförde att landstinget i Västerbotten avsatte medel för att starta artrosskola på samtliga primärvårdsenheter. Fortfarande ett till tre år efter artrosskolan var mer än hälften av patienterna nöjda utan operation. Med hjälp av resultaten från BOA-registret har rutinerna i sjukvården förändrats i vissa landsting. Fysioterapeutens insatser för patienter med höft- och knäartros värderas högt av ortopeder, och remisser där det inte framgår om patienten har träffat fysioterapeut före remiss till ortoped hänvisas tillbaka till primärvårdsläkaren. Vårdkedjan börjar hos fysioterapeuten. Vi har genom kvalitetsregistret fått ett verktyg för att visa att fysioterapeuter kan göra skillnad i vården. Skillnad som betyder ökat värde för såväl patienten som för vården och inte minst för fysioterapeuter.



Vad är ett Nationellt Kvalitetsregister?

Ett Nationellt Kvalitetsregister innehåller indibaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg. Ett Nationellt Kvalitetsregister kvalitetsgranskas och är certifierat av den Nationella styrgruppen för kvalitetsregister.

Visionen är att Nationella Kvalitetsregistren används integrerat och aktivt av svensk hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet för löpande lärande, förbättring, forskning samt ledning och kunskapsstyrning för att tillsammans med individen skapa bästa möjliga vård.

Källa: www.kvalitetsregister.se

Syftet med ett Nationellt Kvalitetsregister är att utgöra grund för:

- Verksamhetsutveckling
- Kliniskt förbättringsarbete
- Klinisk forskning



REFERENSER

1. Västra Götalandsregionen. Kvalitetsbristkostnader: Centrum för verksamhetsutveckling; [cited 2013 April 03]. Available from: <http://www.vgregion.se/Regionkansliet/Centrum-for-Verksamhetsutveckling/Verktyg/Kvalitetsbristkostnader>.
2. Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care. JAMA. 2012 Apr 11;307(14):1513-6. PubMed PMID: 22419800.
3. Porter ME, Teisberg EO. Redefining health care. Creating Value-based Competition on Results: Harvard Business School Press 2006.
4. Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, Olkin I, Williamson GD, Rennie D, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) group. JAMA. 2000 Apr 19;283(15):2008-12. PubMed PMID: 10789670.
5. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP, et al. The Strengthening of Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. Lancet. 2007 Oct 20;370(9596):1453-7. PubMed PMID: 18064739.
6. Deming WE. Out of crisis. Cambridge, Massachusetts: Cambridge University Press; 1986.
7. Bergman B. Ännu bättre vård. Vad kan vi lära från variationen i öppna jämförelser?: Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.

Denna artikel finns i pdf-format på www.fysioterapi.se under fliken Forskning.