

Kvalitetsregister – viktig del av patientsäkerhetsarbetet

OM VERKSAMHETSNÄRA UPPFÖLJNING SAKNAS SÅ SAKNAS INSIKT OCH DÄRMED DRIVKRAFT ATT KOMMA TILL RÄTTA MED PROBLEMEN

Svensk sjukvård har en vision om att ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada. Denna vision ställer kravet att vården i första hand är säker, men också att den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, respekterar patientens självbestämmande och integritet, är effektiv och jämlik, samt att vården är tillgänglig och ges i rimlig tid [1]. Tillsammans utgör dessa dimensioner en definition av god vårdkvalitet.

Trots en önskan om motsatsen finns brister i patientsäkerhet och vårdkvalitet. Globalt uppskattas vårdskador årligen orsaka över 3 miljoner dödsfall och förlust av 64 miljoner funktionsjusterade levnadsår, det vill säga lika stor skada som hiv/aids. Inom OECD drabbas 1 av 10 patienter av vårdskador, och kostnaden uppskattas till 13 procent av den totala sjukvårdsbudgeten [2]. I Sverige drabbas årligen omkring 100 000 vuxna patienter i somatisk slutenvård av skador. De flesta av dessa skador är lyckligtvis av övergående natur, men beroende på typ av skada bedöms 30–90 procent vara undvikbara. Vårdtiden för dessa patienter har uppskattats vara mer än dubbelt så lång som för patienter som inte fått någon skada, och kostnaden för de extra vårddagarna beräknas till cirka 9 miljarder kronor per år [3].

Ett första steg på vägen mot förbättrad patientsäkerhet och vårdkvalitet är att skapa kunskap om den egna vårdens kapa-



Mikael Norman, professor, överläkare, Karolinska institutet, Karolinska universitetssjukhuset; registerhållare, Neonatalregistret



Pelle Gustafson, docent, chefläkare, Löf; medicinsk redaktör; Läkartidningen • pelle.gustafson@lof.se

citet, processer och resultat. Det är utifrån ett sådant uppdrag som de nationella kvalitetsregistren har byggts upp. Till skillnad från myndigheternas populationsregister drivs det dryga 100-talet kvalitetsregister som finns i Sverige av vårdprofessionella. Informationen som samlas in i kvalitetsregistren är ofta mer detaljerad än i populationsregistren, och data kan i flera fall levereras i stort sett i realtid/online. Varje kvalitetsregister är uppbyggt kring en diagnos, behandlingsmetod eller vårdform och syftar till att förse beslutsfattare, profession och allmänhet med underlag som stimulerar till förbättringar för patienter, forskning och sjukvårdsutveckling [4].

I detta nummer av Läkartidningen visar Anna Björkenheim och medförfattare på ett bra och konkret exempel på hur kvalitetsregister kan användas. Utifrån data från samtliga 43 opererande centrum insamlade i Pacemakerregistret (www.pacemakerregistret.se) kunde författarna visa att insättning av pacemaker, implantation av defibrillator eller hjärtsviktspacemaker har ökat i Sverige. Samtidigt rapporteras förekomsten av infektioner i samband med dessa ingrepp öka i än högre utsträckning. Det har motiverat författarna att skapa större medvetenhet om denna typ av vårdskada och att bidra med en kunskapsbaserad översikt av förebyggande åtgärder och handläggning vid implantatinfektion. Översikten kan användas direkt i förbättringsarbete, till exempel för att upprätta checklistor, för att utvärdera följsamheten till bästa praxis och som underlag vid kvalitetsrevisioner och händelseanalyser av allvarliga vårdskador.

Björkenheim et al pekar på omfattningen av implantatinfektioner och ökningen över tid. En annan viktig aspekt är regionala/lokala variationer. Jämförelser mellan regioner och sjukhus kan också motivera till förbättringar. För att en sådan jämförelse ska vara meningsfull behövs

en gemensam definition av utfallsmått, kompletta data, samt i förekommande fall justering för »case mix«. Ett hot mot sådana jämförelser som särskilt lyfts fram är (upp till tiofaldig) underrapportering till Pacemakerregistret av implantatinfektioner och andra allvarliga komplikationer [5]. Ansvaret för korrekt rapportering till kvalitetsregister åligger alla verksamheter. Även om rapporteringen är frivillig, så finns en stark förväntan hos samtliga aktörer att verksamheterna bidrar med fullständiga data till nationella kvalitetsregister.

En annan aspekt som författarna lyfter fram utifrån Pacemakerregistrets årsrapport är att endast en knapp tredjedel av landets operatörer genomförde det rekommenderade minimiantalet implantationer av hjärtsviktspacemaker under 2020. Hur detta problem ska lösas är en fråga

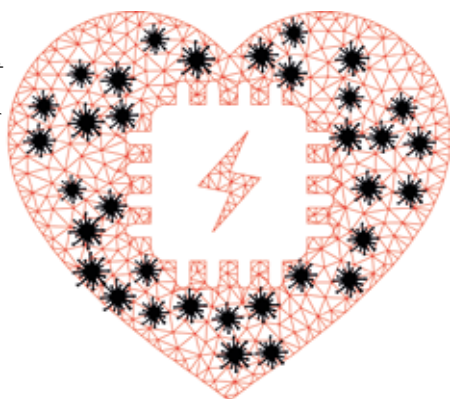
»Hur detta problem ska lösas är en fråga för professionen och den nationella kunskapsstyrningen.«

för professionen och den nationella kunskapsstyrningen.

Att relativ incidens av pacemaker-, ICD- och CRT-relaterade infektioner har ökat mer än förekomsten av implantat beror sannolikt på flera faktorer. Fenomenet har setts även efter ledproteskirurgi, där en initial restriktivitet med vilka patienter som blev aktuella för en ledprotesoperation efter hand ersattes av vidare indikationer för operation. Efter hand kom även patienter som tidigare ansågs för gamla eller för sjuka för operation att opereras med ledprotes. Bägge dessa faktorer har sannolikt drivit upp infektionsfrekvensen. Men även en ökad medvetenhet om att inte alla ledprotesrelaterade infektioner är ound-

HUVUDBUDSKAP

- Nationella kvalitetsregister är viktiga redskap i arbetet för en ökad patientsäkerhet.
- Många kvalitetsregister är dock inte direkt användbara i detta arbete, främst beroende på att oönskade händelser inte rapporteras eller underrapporteras.
- Verksamhetsnära uppföljning möjliggör både förbättringsarbete och korrekt rapportering till nationella kvalitetsregister.



Underrapporteringen till Pacemakerregistret av implantatinfektioner och andra allvarliga komplikationer försvårar bland annat jämförelser mellan regioner och sjukhus.

vikliga har lett till ett ökat fokus på problemet, och därigenom sannolikt mer korrekta siffror över infektionsfrekvens. Det är således bara delvis möjligt att förklara en ökad infektionsfrekvens med att allt äldre och allt sjukare patienter nu erhåller ett implantat - bättre uppföljning och mer korrekta data spelar också roll.

Exakt vilka riskfaktorer för implantatrelaterad infektion som finns är dåligt klarlagt. Det finns för ledprotesrelaterade infektioner gott om studier som visar på starka korrelationer mellan en eller flera riskfaktorer och postoperativ infektion, men väldigt få interventionsstudier som visar på effekt av att kontrollera dessa riskfaktorer [6]. Samma resonemang torde vara tillämpligt för implantat i övriga delar av kroppen.

Frågan huruvida patienten verkligen får vård enligt bästa praxis är också intressant. En tumregel i sammanhanget är att »om du inte mått, kan du förvänta dig att bara ungefär hälften av patienterna får vård enligt bästa praxis«. Detta påstående har också bekräftats i studier av ledproteskirurgi. Stefánsdóttir et al kunde visa att bara omkring hälften av patienterna i

två separata kohorter av ortopediska patienter fick den första dosen av profylaktiskt antibiotikum inom det specificerade intervallet 15–45 minuter före operationsstart [7]. Dessa dystra siffror kunde dock höjas till uppåt 80 procent vid knäproteskirurgi genom ökad uppmärksamhet och genom användande av perioperativa checklistor [8]. Det finns även här skäl att tro att detta resonemang är tillämpligt för alla sorters implantatkirurgi.

Björkenheim et al förordar korrekt rapportering till nationella register. Dock är nationella register generellt svåra att använda för att följa negativa händelser. Detta beror på flera olika orsaker: rapportering kan helt enkelt inte ske, uppföljningstiden är för kort, patienter följs inte upp av opererande klinik eller tas om hand av en annan specialitet då komplikationer uppstår. Lindgren et al kunde genom att samköra två olika register påvisa att bara 2 av 3 ledprotesinfektioner efter höftproteskirurgi fanns registrerade i Svenska höftprotesregistret, ett register av erkänt hög kvalitet [9].

De ortopediska kliniker som lyckats bäst med att förebygga ledprotesrelaterad infektion har inte bara lyckats att få ner frekvensen till nivåer som bara för 10 år sedan ansågs omöjliga att nå (0,4–0,6 procent djup infektion för både höftproteser och knäproteser), utan också klarat av att hålla dem där [pers medd, Anna Stefánsdóttir, Skånes universitetssjukhus, 2021-09-25]. Förklaringen är robusta processer som säkerställer att så många som möjligt av de som opereras får vård enligt bästa praxis. Detta kräver många saker, men inte minst krävs verksamhetsnära uppföljning av hur det faktiskt går för patienterna, inkluderat även förekomst av oönskade händelser som infektion och liknande. Saknas verksamhetsnära uppföljning så saknas en väsentlig komponent i förbättringsarbete - insikten att resultaten inte var så bra som vi trodde - och därmed också drivkraften att komma till rätta med problem.

Det går alltså att komma till rätta med

»Förklaringen är robusta processer som säkerställer att så många som möjligt av de som opereras får vård enligt bästa praxis ...«

problemet med implantatrelaterade infektioner, och det är långt bättre att förebygga än att behöva behandla manifest infektion. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2022;119:22009

REFERENSER

1. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021. Artikelnr 2020-1-6564.
2. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Patient safety. <https://www.oecd.org/health/patient-safety.htm>
3. Skador i somatisk vård samt vid vård av covid-19 patienter 2020. Stockholm: Sveriges Kommuner och regioner (SKR); 2021.
4. Nationella kvalitetsregister. <https://skr.se/kvalitetsregister.32864.html>
5. Ostrowska B, Gkiouzepas S, Kurland S, et al. Device infections related to cardiac resynchronization therapy in clinical practice - an analysis of its prevalence, risk factors and routine surveillance at a single center university hospital. *Clin Cardiol*. 2021;44(6):739-47.
6. PRISS expertgrupp 1. Riskfaktorer för ledprotesrelaterad infektion samt optimering av patient inför elektiv ledprotesoperation. Version 3.0. 15 dec 2019 [citerat 3 jan 2022]. <https://lof.se/filer/Risikfaktorer-samt-optimering.pdf>
7. Stefánsdóttir A, Robertsson O, W-Dahl A, et al. Inadequate timing of prophylactic antibiotics in orthopedic surgery. We can do better. *Acta Orthop*. 2009;80(6):633-8.
8. W-Dahl A, Robertsson O, Stefánsdóttir A, et al. Timing of preoperative antibiotics for knee arthroplasties: improving the routines in Sweden. *Patient Saf Surg*. 2011;5:22.
9. Lindgren JV, Gordon M, Wretenberg P, et al. Validation of reoperations due to infection in the Swedish Hip Arthroplasty Register. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014;15:384.