

Marianne Heibert Arnlind, projektledare, Landstingsförbundet, Stockholm
Klas Göran Brege, verksamhetschef, ögonkliniken, Mälarsjukhuset, Eskilstuna
Anna Åberg-Wistedt, chefsöverläkare, Centrala Stockholms psykiatriska klinik, S:t Görans sjukhus, Stockholm
Lars Bejhed, IT-samordnare, Centrala Stockholms psykiatriska klinik, S:t Görans sjukhus, Stockholm
Stig Gårdmark, överläkare, region Skåne, Helsingborg
Bengt Kron, regionläkare, Hälso- och sjukvårdsstyrelsens kansli, Västra Götalandsregionen, Skövde
Magnus Lindberg, överläkare, yrkes- och miljödermatologi, Norrbacka, Stockholm
Håkan Rydhström, överläkare, Helsingborgs lasarett
Britta Rynnel-Dagöö, överläkare, öron-, näs- och halskliniken, Huddinge sjukhus, Stockholm
Birgitta Stymne, klinikchef, hudkliniken, Regionsjukhuset i Örebro
William Thorburn, chefläkare, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Individbaserade vårdregister en hjälp vid verksamhetsuppföljning

II Behovet av en heltäckande verksamhetsregistrering inom hälso- och sjukvården har blivit allt mer tydligt i takt med de ökade kraven på uppföljning, kvalitetsutveckling och optimal resursanvändning.

En stor del av verksamheten flyttar ut från sjukhusens vårdavdelningar till öppna vårdformer; till sjukhusens öppenvårdsmottagningar, till primärvården, till kommunen och ut i patientens hem. Bakom detta ligger medicinteknisk utveckling, ekonomiska besparingskrav, kvalitetskrav och lagstiftade förändringar av landstingens och kommunernas ansvar (Ädelreformen och Psykiatrireformen). Utvecklingen förväntas fortsätta och är för övrigt likartad i övriga västvärlden. Slutenvårdsregistrering enbart kan därför inte längre beskriva sjukvårdens väsentliga innehåll.

De patientadministrativa system (PAS) som har funnits har inte kunnat leverera de data som verksamheten har behövt (t ex både öppen och slutenvård, kvalitetsregistrering och åtgärdsregistrering), och därför har vissa specialiteter/kliniker under 1990-talet börjat registrera sin egen verksamhet, t ex kliniker inom ögonsjukvården och i psykiatrin.

I syfte att stödja och stimulera utvecklingen av bättre system för individrelaterad verksamhetsuppföljning startades i samarbete mellan Landstingsförbundet, Socialstyrelsen, Spri och ett antal kliniker projektet »Verksamhetsuppföljning med hjälp av individbaserade vårdregister». Projektet startade under 1999 och skall avslutas år 2000. Finansiering sker med Dagmar-anslag.

Projektet bygger på aktiv medverkan från läkare och övrig personal inom de deltagande medicinska specialiteterna (kvinnosjukvård, psykiatri, öron-, näs- och halssjukvård, hudsjukvård, hematologi/internmedicin och ögonsjukvård) och innebär ett processororienterat arbetssätt där förankringen i den medicinska verksamheten är av avgörande betydelse. De

SAMMANFATTAT

Arbete pågår i olika delar av landet för att få en bättre verksamhetsuppföljning med hjälp av individbaserade vårdregister.

Den moderna tekniken ger möjlighet att registrera, bearbeta och analysera data.

Dubbelregistreringar på enheterna måste undvikas, data ska bara behöva matas in en gång.

Användarvänlighet och genomtänkt återkoppling till dem som registrerar data är en förutsättning för data av hög kvalitet.

specialiteter som har varit tidigt ute och legat före i utvecklingen, dvs ögonsjukvården, via sitt nationella ögonvårdsregister, och psykiatrin, via sitt PVS-system (psykiatriskt vårdsystem), har fått stå som »modell» för de andra specialiteterna i projektet.

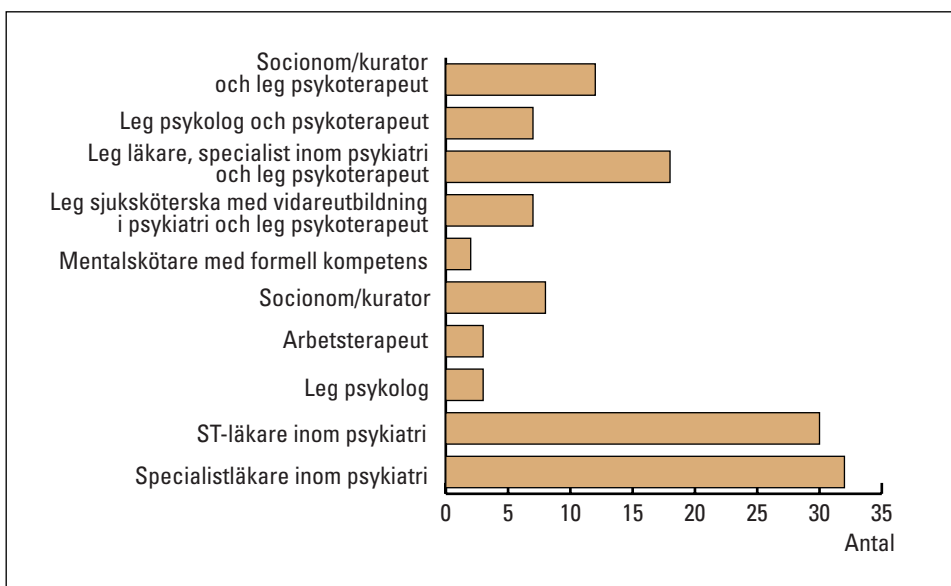
Ett antal centrala aktiviteter har utförts inom projektet år 1999. Bland dessa kan nämnas en jämförande studie av olika nationella utvecklingsprojekt [1].

II Metod

Projektet syftar till att stödja utvecklingen av system för individbaserad och diagnosrelaterad verksamhetsuppföljning, vilka bygger på följande:

– integrerade system för alla vårdformer (öppen och slutenvård etc),

Figur 1. Ett exempel på vad PVS (psykiatriskt vårdsystem) kan ge för information om patientens vårdprocess direkt på dataskärmen.



Figur 2. Nybesök fördelade på personalkategori vid en av klinikkens allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar, januari 1999.

- registrering av vårdkontakter även för andra grupper än läkare,
- registrering av viktigare åtgärder,
- registrering på individnivå,
- sammanställning på diagnosgruppsnivå.

De specialiteter som ingår i projektet har i sina arbetsgrupper försökt utveckla och anpassa datasystem för registrering av relevanta uppgifter. Utgångspunkten var att arbetet i största möjliga utsträckning skulle anpassas till befintliga datasystem hos respektive huvudman, vilket visade sig vara svårt.

I ögonsjukvårdens projekt har t ex ett kompletterande databasprogram utvecklats i Access, som visat den moderna databasens stora fördelar i tillgänglighet, dynamisk databashantering och flexibla rapportrutiner.

Projektet ska i största möjliga mån registrera enligt de definitioner som finns i det nationella termarbetet. Där det inte

finns sådana ska specialitetens arbetsgrupp komma överens om gemensamma definitioner.

Varje specialitets arbetsgrupp har ställt samman en gemensam lista med åtgärder som används vid registreringen. Inom vissa specialiteter har försöksregistrering startat.

II Resultat

Projektet vill visa hur vårdregistrens data kan presenteras. De exempel som här presenteras beträffande psykiatrin härrör från Centrala Stockholms psykiatriska klinik S:t Görans sjukhus i Stockholms läns landsting, och beträffande ögonsjukvården refereras erfarenheter från i första hand ögonklinikerna, Mälarsjukhuset i Eskilstuna.

Psykiatri

Psykiatrin data är hämtade från Stockholms läns landstings patientadministrativa system för psykiatrin, PVS (psykiatri-

Tabell I. Diagnosfördelningen på de aktuella patienterna under januari månad 1999 på en av klinikens allmänpsykiatriska mottagningar.

Andra tillstånd	10
Bipolära syndrom	7
Diagnos föreligger ej	16
Konfusioner	5
Maladaptiva stressreaktioner	57
Personlighetsstörning	16
Somatoforma dissociativa syndrom och impuls-kontrollstörningar	10
Substansrelaterade störningar	4
Ångestsyndrom	224
Ätstörningar	5
Övriga förstämningssyndrom	448
Övriga psykotiska syndrom	8

Tabell II. Antal psykoterapitillfällen på diagnoserna övriga förstämningssyndrom och ångestsyndrom fördelade på specifika psykoterapier vid en av klinikens allmänpsykiatriska öppenvårdsmottagningar under januari 2000.

	Ospecifik	Psykodynamisk	Kognitiv	Kognitiv beteendeterapi
Övriga förstämningssyndrom	28	55	36	8
Ångestsyndrom	6	33	67	28
Summa	41	114	108	41

triskt vårdssystem), vilket har utvecklats i samarbete med verksamhetens personal under 1990-talet. Data kan hämtas på skilda nivåer:

1. Individnivå : Figur 1 visas vad PVS kan ge för information om patientens vårdprocess direkt på dataskärmen.

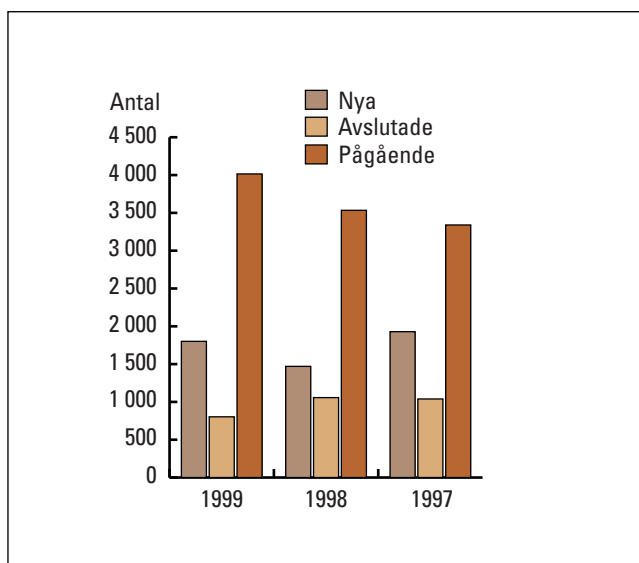
2. Mottagningsnivå: Uppgifterna är hämtade från en allmänpsykiatrisk öppenvårdsmottagning och avser januari månad 2000. Tabell I visar diagnosfördelningen på de aktuella patienterna under perioden. Diagnosgrupperna Ångestsyndrom och Övriga förstämningssyndrom utgör 86 procent av patienterna på mottagningen. Figur 2 visar vilka personalkategorier patienten har träffat vid nybesöket. 65 procent av nybesöken var hos en läkare (fördelade på kategorierna ST-läkare, specialistläkare i psykiatri eller specialistläkare i psykiatri som även är legitimerad psykoterapeut).

Utifrån de registrerade uppgifterna går det även att beskriva väntetider. En av klinikens allmänpsykiatriska mottagningar hade en väntetid under januari månad 2000 på 19 dagar från remiss till första möjliga tid och 21 dagar från remiss till första besöket.

De registrerade aktiviteterna ger möjlighet att redovisa vilken behandling som erbjuds vid mottagningen. Tabell II visar antalet tillfällen under perioden då patienter inom diagnosgrupperna Övriga förstämningssyndrom och Ångestsyndrom behandlades med specifika psykoterapier av olika inriktningar. För de olika terapiformerna kan också diagnosgrupper, kön, ålder, funktionsnivå (skattad med GAF) samt terapeutens yrkeskategori redovisas.

3. Kliniknivå: Figur 3 visar exempel på pågående, nya och avslutade värdepisoder på kliniken.

4. Extern kommunikation t ex beställarnivå, sjukhusdirektör: S:t Görans psykiatriska klinik sammanställer varje år sin verksamhetsberättelse med hjälp av data hämtade ur PVS. I



Figur 3. Nya, pågående och avslutade värdepisoder på psykiatriska kliniken, S:t Görans sjukhus, 1997–1999.

Tabell III. Exempel på jämförande parametrar inom diabetesvården vid två likvärdiga ögonkliniker. Registrering under sex månader.

Diabetesvård vid ögonkliniker	Klinik A	Klinik B
Vårdkontakter, antal	1 439	1 654
Individer	1 217	1 233
Vårdkontakter/individ	1,18	1,34
Vårdgivarkategori (procentandel av vårdkontakter)		
Sjuksköterska, besök	39	23
Sjuksköterska, besök med läkarbedömning	41	19
Läkare, besök	20	58
Åtgärd (procentandel av vårdkontakter)		
Ögonbottenfotografering	71	38
Operation/laserbehandling	11	16
Standardbesök, normalbesök	9	42

vårdöverenskommelserna och dialogen mellan beställarna och kliniken används också data ur PVS.

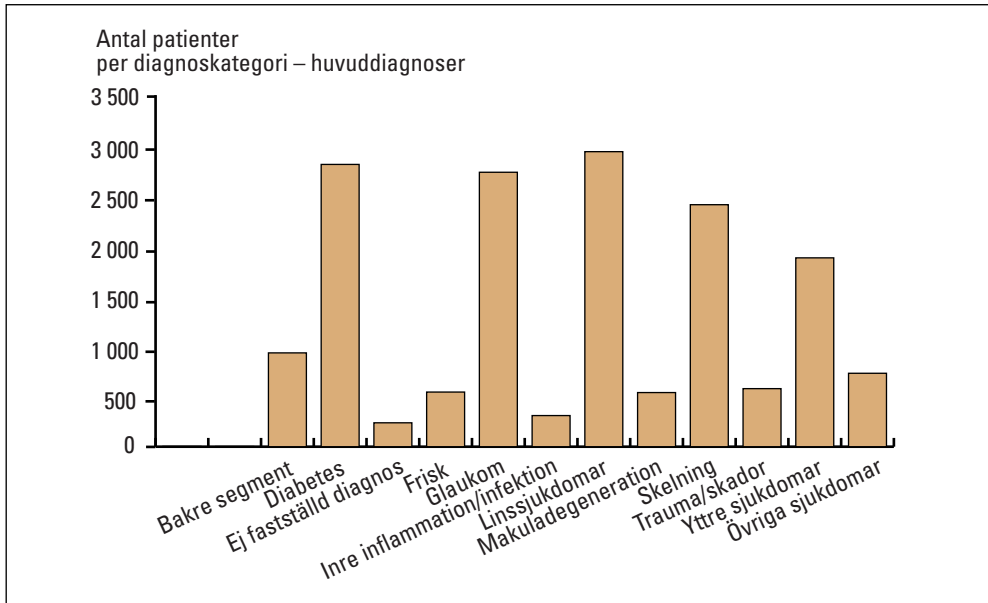
Ögonsjukvård

Ögonsjukvården har under de senaste 15 åren utvecklats till i huvudsak en öppenvårdsspecialitet, och därför har behovet av nya registreringssystem successivt förstärkts. Ögonvårdsregistrets individ- och diagnosrelaterade databas ger möjlighet till utnyttjande på olika nivåer inom sjukvården för olika syften:

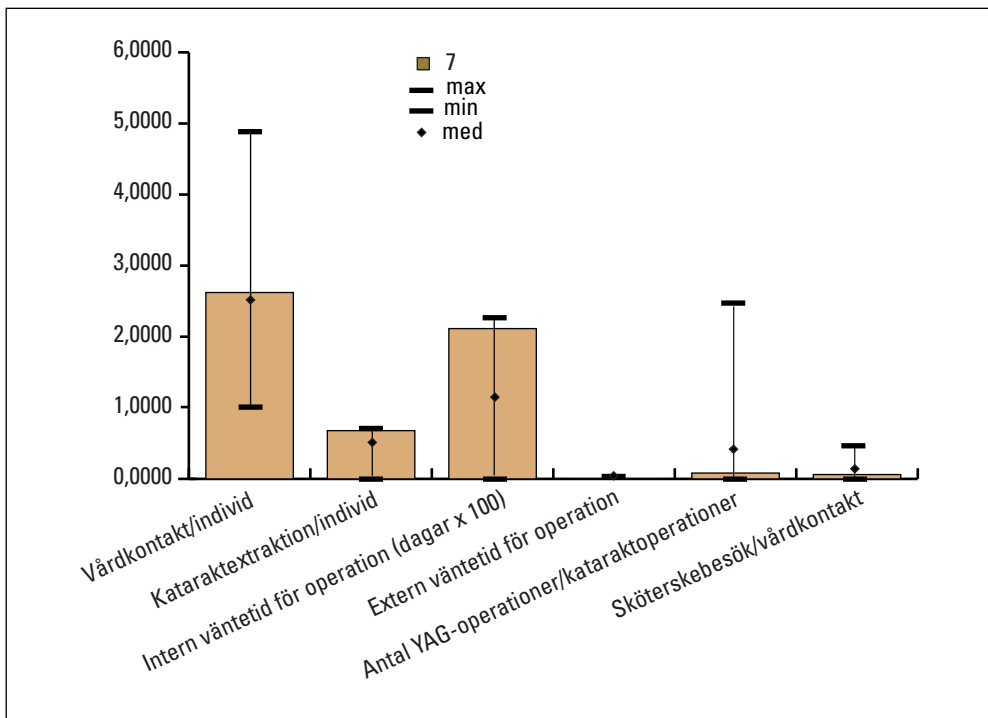
1. För klinikens styrning och interna respektive externa information finns omedelbar tillgång till aktuella såväl som historiska data om vårdens tillgänglighet, innehåll, diagnosfördelning, medicinska åtgärder m m. Patientgruppernas fördelning under en viss tidsperiod kan studeras (Figur 4) liksom resursutnyttjande beträffande personalkategorier och resurskrävande åtgärder.

2. För klinikens utveckling ger databasen ett heltäckande underlag för triangelrevision, benchmarking etc mellan likvärdiga kliniker. Några jämförbara parametrar framgår av Tabell III, som visar olika organisatoriska lösningar av samma problem vid två kliniker.

3. För relation av klinikens verksamhet till nationella mått



Figur 4. Diagnosrelaterad patientfördelning på en ögonklinik vid länsjukhus, 1999.



Figur 5. Nyckeltal för katarakt-sjukvården vid ett länsjukhus i relation till spridningen i det nationella materialet för deltagande kliniker, 1999.

levereras nationella årsrapporter med nyckeltal för ett antal av ögonspecialitetens väsentligaste områden. Ett exempel på sådan standardrapport beträffande en diagnosgrupp framgår av Figur 5.

Databasen är så innehållsrik att nästan alla klinikers nödvändiga data för årsrapport till huvudmannen kan hämtas därur.

II Diskussion

En nyckelfråga är om det går att göra relevanta jämförelser, såväl över tid av den egna verksamheten som med andra enheter med jämförbart verksamhetsinnehåll. En jämförelse mellan kliniker kan ge underlag för analyser av olika organisationsformer och skillnader i medicinsk praxis.

De modeller för insamling och sammanställning av data som projektets arbetsgrupper arbetar med ger goda möjlighe-

ter till verksamhetsanalys, stöd för fortsatt utveckling av organisationen med mera. Mycket av informationen fångas redan i dag i olika register men utan enhetliga definitioner. Dessutom sammanställs inte data på ett sådant sätt att de ger meningsfull återföring eller underlag för systematisk analys.

Registren kan i full drift ge en befolknings-, patient-, och verksamhetsrelaterad vårdredovisning. De kan ge svar på frågor om skillnader i tillgänglighet och i vårdutnyttjande, förekomst av koncentration av åtgärder, förändringar i epidemiologi och trender beträffande förändringar i vårdutbud.

På klinikinivå ger detta möjlighet att granska verksamhetsformens organisation och kostnadseffektivitet. Det ger underlag för jämförelser av resursförbrukning per diagnos på såväl individnivå som inom upptagningsområdet. Jämförelser beträffande genomströmning och handläggning av olika patientgrupper skall kunna stimulera till diskussion av praxis och

fortsatt utveckling. Dessutom måste möjligheter att följa patienter över tid införlivas i systemen, så att patienter med långvariga sjukdomstillstånd kan följas och även medge att såväl vårdkedjan som vårdepisoden [2] kan beskrivas.

Validitet i indata är nödvändigt för att jämförelser mellan olika enheter skall bli meningsfulla, vilket förutsätter enhetlig terminologi och enhetliga kriterier för diagnos och åtgärder. Det pågår nu arbeten runt dessa frågor på central nivå, t ex i Spris tidigare termarbete och på Socialstyrelsen i arbete med klassifikation av medicinska åtgärder (KMÄ).

Erfarenheterna från PVS talar för vikten av att ha en realistisk ambitionsnivå vad gäller strävan att i detalj definiera olika åtgärder, ofta har det i praktiken inte varit möjligt att få olika kliniker, enheter eller individer att tolka de använda definitionerna av t ex olika samtalsbehandlingar på ett enhetligt sätt.

På nationell nivå har en samrådsgrupp mellan Socialstyrelsen, Landstingsförbundet och Svenska kommunförbundet, inom ramen för det sk VU 99-projektet, försökt enas om hur man på nationell nivå bör arbeta för att skapa förutsättningar för en heltäckande verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvården [3].

Projektgruppens bedömning är att utveckling av individbaserad verksamhetsregistrering är angelägen både för verksamhetsansvariga på basnivå och på central nivå. Dessutom kan sammanställningar av verksamheten göras på sådant sätt att de kan vara till nytta i diskussion med beställarna. Stora möjligheter finns att genom analys av praxisskillnader effektivisera användningen av sjukvårdens begränsade resurser.

En viktig förutsättning är att det finns effektiva och användarvänliga IT-lösningar, där datoriserade patientjournaler kan integreras, som undviker dubbelregistreringar och där stora datamängder kan hanteras snabbt, säkert och effektivt. Inmatning av data bör också ske interaktivt och på den plats där de genereras, dvs datafångst vid källan måste eftersträvas. Det är också centralt att inmatningen av data upplevs som meningsfull av de enskilda vårdgivarna. Detta förutsätter att det finns möjlighet att ge snabb och specifik återkoppling på olika nivåer, från kliniken till den enskilde vårdgivaren.

Vad som också prövas i projektet är att koppla kostnader till de individbaserade vårdregistren. Inom hematologin i Västra Götaland arbetar projektet tillsammans med Landstingsförbundets KPP-projekt (kostnad per patient) [4] för att visa hur KPP-metoden kan tillämpas både inom öppen och slutenvård och hur de kan kombineras för att ge en mer heltäckande beskrivning av sjukhusens verksamheter och kostnader. Projektet fortsätter under året och kommer att lämna en slutrapport vid årsskiftet.

Referenser

1. Spris. Nationella utvecklingsprojekt med anknytning till vårdregisterprojektet – en sammanställning av projektens syfte, organisation, tidplaner samt inriktning av försöksverksamhet. Stockholm: Spris, 1999.
2. Arnlind M, Andersson BL, Appelqvist O, Grönqvist E, Håkansson S, Lindmark J et al. Vårdepisoden – förstudierapport 1996. Spritryck 289. Stockholm: Spris, 1997.
3. Socialstyrelsen. Ett samlat grepp om verksamhetsuppföljningen inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2000.
4. Landstingsförbundet. Patientrelaterad redovisning (KPP) inom psykiatrisk vård. Tryck 1975. Stockholm: Landstingsförbundet, 2000.

SUMMARY

Using patient based case registers as a tool to follow up, evaluate, develop and manage medical units.

Marianne Heibert Arnlind, Klas Göran Brege, Anna Åberg-Wistedt, Lars Bejhed, Stig Gårdmark, Bengt Kron, Magnus Lindberg, Håkan Rydhström, Britta Rynnel-Dagöö, Birgitta Stymne, William Thorburn

Läkartidningen 2001; 98-25-9.

The Federation of Swedish County Councils and six medical specialties are working together in a project aiming to support and stimulate the development of patient based case registers as a tool to follow up, evaluate, develop and manage medical units. The project is based on participation on the part of the medical professions in a process-oriented way. Each case register shall be based on the individual patient, and will integrate inpatient and outpatient care, all medical professions and important procedures.

In hematology the project also seeks to merge case costing data with the patient based case registers in order to facilitate more comprehensive cost analysis and comparison.

This episodic perspective is useful for providers per se as well as in discussions between purchasers and providers as a method for understanding and analyzing medical services. The six specialties are hematology, obstetrics and gynecology, ophthalmology, otorhinolaryngology, dermatology and sexually transmitted diseases, and lastly psychiatry.

Correspondence: Marianne Heibert Arnlind, Health Care Department, Federation of Swedish County Councils, Box 70491, SE-107 26 Stockholm, Sweden.

E-mail: marianne.heibert-arnlind@lf.se