



Medicinsk kvalitet

Uppföljning av medicinska data relaterat till kvalitet

Kvalitetsindikatorer enligt
Allmänmedicinska sektorsrådets
arbetsgrupp för kvalitet ASAK

Reviderad i september 2012

Medicinsk kvalitet i fokus

Vårdgivare ska enligt hälso- och sjukvårdslagen systematiskt arbeta med kvalitet och patientsäkerhet. God kvalitet enligt SOFS 2011:9 indelas i sex ”God vård” områden och vårdgivaren ska tillse att det finns ledningssystem för hälso- och sjukvårdens processer.

I ett ledningssystem skall det finnas möjlighet till uppföljning. ASAK- data kommer att presenteras i verktyget Spear för alla VGPV enheter och alla enheter ska leverera ASAK-filer.

ASAK är en arbetsgrupp under Allmänmedicinska sektorsrådet. ASAK gruppen startade 2005 ett arbete att strukturera primärvårdssdata i journalsystemen genom att samla dessa till en primärvårdsdatabas. Beslutet var att kvalitetssäkra data för de vanligaste kroniska sjukdomarna samt att kunna presentera dessa på enhetsnivå för att användas i förbättringsarbetet.

För att det skulle vara möjligt att se både egna och andra vårdcentralers data så behövde registrering av data göras på ett enhetligt sätt samt på ett sätt som säkrade god kvalitet vid uttag av data. ASAK valde ut ett fåtal indikatorer som skulle ge underlag för förbättringsarbete avseende den medicinska behandlingen av de vanligaste kroniska sjukdomarna. Registrering av data enligt ASAK´s riktlinjer startade i januari 2007.

I oktober 2011 fanns 312 000 individer registrerade med en eller fler av de fem kroniska diagnoserna. Registreringen av t.ex. diagnosen diabetes täcker nära 4 % av regionens befolkning. Täckningsgraden ökar för varje år. Kvaliteten i databasen är beroende av att varje vårdcentral följer ASAK´s riktlinjer för registrering av data.

Detta är den tredje reviderade upplagan av riktlinjerna för hantering av ASAK-data på vårdcentralen. För förbättringsarbetet bör indikatorerna vara lätta att registrera, väldefinierade, relevanta samt svåra att manipulera. Evidens eller konsensus eftersträvas för indikatorerna.

Samlade data leder inte till förbättringar i sig. Av stor betydelse är att varje verksamhet regelbundet granskar sina egna resultat. Spear och RAVE är exempel på verktyg för sådant förbättringsarbete.

□ Verksamhetschefen är ansvarig för kvalitetsarbetet och bör utse en kvalitetsansvarig på enheten som ansvarar för att resultaten återkopplas inom den egna verksamheten. I detta ingår att se till att rutiner och uttagsprogram fungerar optimalt.

Ann Söderström Hälso- och sjukvårdsdirektör

Agneta Hamilton Ordförande i Allmänmedicinska sektorsrådet

Göteborg september 2012

Klassifikation av sjukdom och hälsoproblem

ASAK data bygger på att variabler kan kopplas till diagnos. Nära 100 % av läkarbesöken bör vara diagnoskodade.

Den fullständiga Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 är den svenska versionen av den tionde revisionen av The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) som utgavs av Världshälsoorganisationen (WHO) 1992. Den senaste svenska versionen betecknas ICD-10-SE.

Det primära syftet med ICD-10 och dess svenska motsvarighet är sålunda att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är aktuella som orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. Förutom traditionella diagnoser omfattar den därför ett brett spektrum av symtom, onormala fynd, besvär och sociala förhållanden.

Regionala kvalitetsindikatorer för allmänmedicin i Västra Götalandsregionen för vissa specificerade diagnoser

Uttag och bearbetning

Uttagsprogrammets arbetssätt

Data hämtas från aktuella journalsystem på i princip likartat sätt. En särskild fil med dessa data skickas till en databas i början av varje månad där de behandlas i en egen rutin.

Diagnosgrupper

Diagnoskoder måste vara registrerade i journalprogrammets diagnosregister och anges enligt Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem ICD-10-SE eller primärvårdsversionen KSH97P.

Indikatorer (som ska registreras i labblistan)

Rökning, längd och vikt	Alla fem diagnosgrupper
HbA1c	Diabetes
Lipider, BMI*, blodtryck, midjeomfång	Diabetes, hypertoni, hjärt-kärlsjukdom
Spirometri	Astma, KOL

* Räknas ut automatiskt om längd och vikt finns angivet

Patienturval

1. Patienten har minst en diagnos i någon av de fem diagnosgrupperna registrerad maximalt 900 dagar före rapportdatum
2. Patienten har gjort minst ett besök hos läkare eller sjuksköterska maximalt 900 dagar före rapportdatum
3. Patienten är listad och inte rapporterad avliden vid rapportdatum.

Dataurval

En del uppgifter bör, enligt ASAK, registreras årligen (rökning, vikt, HbA1c, blodtryck och midjeomfång). Andra uppgifter behöver inte aktualiseras lika ofta (lipider, spirometri). För längduppgift gäller att den används oberoende av hur gammal den är. Om flera värden finns inom tidsgränsen väljs det senaste. Det är viktigt för vårdcentralens förbättringsarbete att uttagsprogrammen har konfigurerats så att det registrerade värdet hittas.

Om benämningen på något av de labbprover/mätvärden som ligger till grund för uttaget ändras måste vårdcentralen tillse att uttagsprogrammets konfigureringskontrolleras och vid behov ändras.

Urvalet baseras på följande diagnoskoder: Astma: J45*, Diabetes: E10*-E14*, Hypertoni: I10*-I15*, Ischemisk hjärtsjukdom: I20*-I25*, KOL: J44*

Resultat och tolkning

Presentation

När alla beräkningar är gjorda i databasen kan data sammanställas och dessa presenteras i Spear för varje enhet inom VGPDV. Här kan man jämföra sin egen utveckling och jämföra mot andra eller mot regionmedelvärden. Spear är framförallt tänkt som ett verktyg i det egna förbättringsarbetet.

Antalet patienter

Mellan varje månadskörning kommer antalet patienter i uttaget att variera.

- ☐ Patienten kan ha avlidit eller flyttat
- ☐ Patienten kan ha en diagnos vars senaste datum passerat gränsen 900 dagar
- ☐ Patient med sitt vårdval på enheten har fått diagnos inom de aktuella diagnosgrupperna sedan senaste körningen.

Målvärden

ASAK har inte angett vilka intervall som är att föredra för varje indikator. Huvudskälet är att vi ännu inte säkert vet vad som är optimalt med detta sätt att mäta. Målvärden som avser resultat finns i begränsad omfattning i VGPV kvalitetsersättningsmodell. Ett målvärde är i detta sammanhang inget som ska uppnås till hundra procent. Det finns inga källor som idag kan ange vilken procentsats som är optimal.

För indikatorer som avser grad av registrering och som förväntas varje år (d v s inom 450 dagar) bör siffran sannolikt ligga kring 95 %. För övriga indikatorer (uppgift inom 900 dagar) är det inte alls lika naturligt med samma siffra, som ju skulle innebära att uppgiften registreras vartannat år.

Mätningen/provet ska göras utifrån klinisk relevans – inte för registrets skull.

Diagnosregistrering

Att ange diagnos

Vår kvalitetsuppföljning bygger på att registreringen av indikatorerna kopplas till diagnos. På så sätt kan man följa kvalitetsarbetet för de valda kroniska sjukdomsgrupperna astma, KOL, diabetes, hypertoni och ischemisk hjärtsjukdom. KSH97P är den svenska upplagan av ICD 10 i primärvårdsversion. Den innehåller 972 diagnoser och är kompatibel med den fullständiga KHS97 och använts brett inom svensk primärvård. I ICD-10-SE hittas alla diagnoser på hög detaljnivå. I primärvårdversionen har ibland flera diagnoser slagits samman. De sammanslagna diagnoserna kan t.o.m. ha olika treställig beteckning.

Allmänmedicinska sektorsrådet har på inrådan av ASAK och under noggrant övervägande valt att rekommendera ICD-10-SE som klassifikationssystem när regionen inför ett nytt journalsystem (Asynja-VISPH). För att underlätta diagnoskodning kommer en lathund att utarbetas.

ASAK har även noterat att Socialstyrelsen i sitt förslag till patientregister för primärvården i mars 2012 föreslår att klassifikationen ICD-10-SE ska användas men att båda klassifikationerna går att använda under en övergångsperiod.

Motiven för att ange diagnoskod är att kunna följa upp sitt eget och enhetens arbete, att kunna följa sin listade patientgrupp och dess behov. Ersättning inom regionens vårdvalssystem baserar sig till viss del på diagnoskodning (ACG). Ett särskilt observandum i primärvård är behovet av symtomdiagnoser, eftersom vi oftast är första kontakten och det kan ta tid att få underlag för en kausal diagnos. Grundprincipen är att besöket diagnoskodas, inte patienten. Diagnoskodning är inte förbehållet någon speciell yrkesgrupp, Det är verksamhetschefens ansvar att avgöra vem utöver läkarna som ska ange diagnoskod utifrån kompetens, arbetssätt och uppföljningsbehov.

Vilka diagnoser skall registreras?

För registrering i ett diagnosregister finns det i princip ingen gräns för hur många diagnoser som kan tas med för varje vårdad person. Inte minst praktiska synpunkter talar dock för en begränsning av antalet.

Endast sådana diagnoser som haft relevans för vården bör registreras. Endast om en diagnos har föranlett utredning eller någon form av behandling bör den registreras. Oväsentliga bifynd, tidigare behandlade och till synes utläkta sjukdomar bör inte tas med, såvida de inte haft betydelse för utredningen eller behandlingen.

De symtomdiagnoser som finns samlade i kapitel XVIII - men som i viss utsträckning också återfinns i organsystemkapitlen - bör som regel inte användas för att ytterligare precisera eller komplettera redan säkra diagnoser. Symtomdiagnoserna är i första hand avsedda för sådana fall där någon definitiv diagnos inte kan ställas.

För diagnosregistrering i primärvården gäller i princip samma regler tillämpade på det aktuella besöket. Endast tillstånd eller problem som varit aktuella vid besöket i fråga bör registreras när det gäller besöksbaserad registrering. I primärvårdsjournalen kan dock diagnoser från en längre period eller vårdepisod ackumuleras.

(Citat från primärvårdsversionen av diagnosklassifikationen)

För besök ska diagnoskod anges. Detta gäller i första hand läkarbesök men även övriga yrkesgrupper kan ange diagnoskod. Alla de diagnoser som avhandlas under besöket registreras. Stående diagnoser registreras separat om de inte är aktuella vid besöket. ”Besöket diagnossätts – inte patienten”. Man registrerar det man säkert vet vid registreringsögonblicket. Under utredning används ospecificerad diagnos eller symtomdiagnos (se nedan). När verifiering anländer görs diagnosregistreringen. Diagnosen ”Medicinsk bedömning för misstänkt sjukdom (Z03.8; Z03-)” används bara när utredningen kunnat avfärda en misstänkt diagnos. Se vidare SFAM:s sammanfattning, där flera bra exempel tas upp (7).

Registrering av variabler

ASAK har tidigare redovisat diagnos och variabler för åldersintervallet 30-75 år. Fr.o.m. 2013 kommer åldersintervallet 30-79 år redovisas för att ha samma övre gräns som gäller för NDR vid beräkning av indikatorer. (< 80 år)

I tidigare ASAK-broschyr angavs detaljerat vilka sökinställningar som uttagsprogrammen skulle använda. Nytt journalprogram med annan teknik kan använda helt andra sätt att fånga in de data som ska hämtas varför denna typ av anvisningar är borttagna i denna version.

Rökning		
	Registrerat	Tolkning
Uppgiftens ålder max: 450 dagar	1, ja	1 (röker)
I labblista/mätvärdeslista	0,nej	0,nej

Vikt		
	Registrerat	Tolkning
Uppgiftens ålder max: 450 dagar		
I labblista/mätvärdeslista anges i kg (enbart siffervärdet)	30 - 350	Värde i kg

Längd		
	Registrerat	Tolkning
Uppgiftens ålder max: obegränsad		
I labblista/mätvärdeslista anges i cm (enbart siffervärdet)	120 - 300	Värde i cm

BMI		
	Registrerat	Tolkning
Uppgiftens ålder max: se längd och vikt		
I labblista/mätvärdeslista	Längd och vikt finns	BMI kan beräknas
Det förekommer att verksamheter själva beräknar BMI och skriver in i labblista som eget prov. I framtiden får vi utgå från att journalsystemen sköter den uppgiften automatiskt. ASAK har därför valt att enbart utgå uppgifterna från längd och vikt. Under förutsättning att verksamheten gör sina BMI-beräkningar från värden som finns noterade i labblistan blir det ingen skillnad.		

HbA1c		
	Registrerat	Tolkning
Uppgiftens ålder max: 450 dagar		
I labblista/mätvärdeslista anges mmol/mol (enbart siffervärdet)	21 - 177	Värde i mmol/mol

Triglycerider		
	Registrerat	Tolkning
Uppgiftens ålder max: 900 dagar		
I labblista/mätvärdeslista anges mmol/l (enbart siffervärdet)	0,3 - 16	Värde i mmol/l

LDL-kolesterol		
Uppgiftens ålder max: 900 dagar	Registrerat	Tolkning
I labblista/mätvärdeslista anges mmol/l (enbart siffervärdet)	0,2 - 9	Värde i mmol/l

Kolesterol		
Uppgiftens ålder max: 900 dagar	Registrerat	Tolkning
I labblista/mätvärdeslista anges mmol/l (enbart siffervärdet)	0,2 - 14	Värde i mmol/l

Midjeomfång		
Uppgiftens ålder max: 450 dagar	Registrerat	Tolkning
I labblista/mätvärdeslista anges i cm (enbart siffervärdet)	50 - 200	Värde i cm

Spirometri		
Uppgiftens ålder max: 900 dagar	Registrerat	Tolkning
I labblista/mätvärdeslista	1 (tal > 0)	Spirometri utförd
	0	Spirometri ej utförd
Det finns normal inget skäl att registrera att man inte gjort spirometri, men om enheten ändå vill göra det ska det anges med 0. Om enheten registrerar FEV1 eller FEV% i sin labblista/mätvärdeslista kan detta knytas till variabeln spirometri i uttagsprogrammet och ett värde >1 kommer att tolkas som utförd spirometri.		

Blodtryck			
Uppgiftens ålder max: 450 dagar		Registrerat	Tolkning
I labblista/mätvärdeslista systoliskt och diastoliskt värde i var sitt fält. I journal är tal före / systoliskt och tal efter / diastoliskt värde. Anges i mm Hg	Systoliskt	80 - 250	värde i mm Hg
	Diastoliskt	40-130	värde i mm Hg
ASAK rekommenderar att BT tas sittande efter 5 minuters vila och registreras med 2mmHg-intervall*. Blodtryck tas med fördel med automatisk digital apparatur utom vid atrymi fr.allt flimmer. ASAK har tidigare redovisat BT ≤ men kommer fr.o.m. 2013 att redovisa endast <.			

*The Permanente Journal/Summer 2009/Volume 13 No.3

Vad har förändrats sedan föregående utgåva Medicinsk kvalitet 2008

- Förändrat åldersintervall: 30-79 år.
- Tillkomst av gränsvärden för variabler
- Rekommendation om blodtrycksmätning
- Rekommendation om ICD klassifikation
- Anpassning till vårdvalssystemet VGPV

ASAK-data som genereras i journalsystemen exporteras enligt gällande regler till primärvårdens kvalitetsregister. Registret kallas QRegPV och administreras av registercentrum (RC), som även hanterar NDR, Astma-KOL registret, höftregistret m.fl.

På <https://www.registercentrum.se> finns information till verksamhetschefer samt broschyr och affisch om regelverken kring kvalitetsregister och patientens möjlighet att inte låta sig registreras.

Förändringarna som påverkar beräkningen av indikatorer börjar gälla när vårdvalets Krav- och kvalitetsbok för 2013 börjar tillämpas.

ASAK-gruppen

Claes Hegen	Vänersborg, sammankallande
Margaretha Gustavsson	Vänersborg, sekreterare
Lars Björkman	Svenljunga, IT-frågor
Karin Rignér	Göteborg
Cecilia Björkelund	Göteborg, Allmänmedicinska institutionen
Per Häggblad	Sätila
Ove Hansson	Skövde
Andy Maun	Göteborg

Allmänmedicinska Sektorsrådet

Agneta Hamilton	(Praktikertjänst) Ordförande
Monica Ericson-Sjöström	PV VGR/ Sekreterare
Ulf Svensson	(PV VGR/Skaraborg)
Karin Rignér	(PV VGR/Gbg)
Cecilia Björkelund	(GU)
Per Häggblad	(PV VGR/SÄ)
Helena Blomqvist	(Rehab PV/övrig PV)
Izabella Marniek-Zetterqvist	(Hab& hälsa)
Hans Strömberg	(Capio)
Carl-Peter Anderberg	(Kungssportsläkarna)
Daniel Pollack/Mats Elm	(HSA) adjungerad

Kontaktpersoner:

Claes Hegen, ordförande i ASAK, claes.hegen@vgregion.se
Lars Björkman, lars.bjorkman@vgregion.se