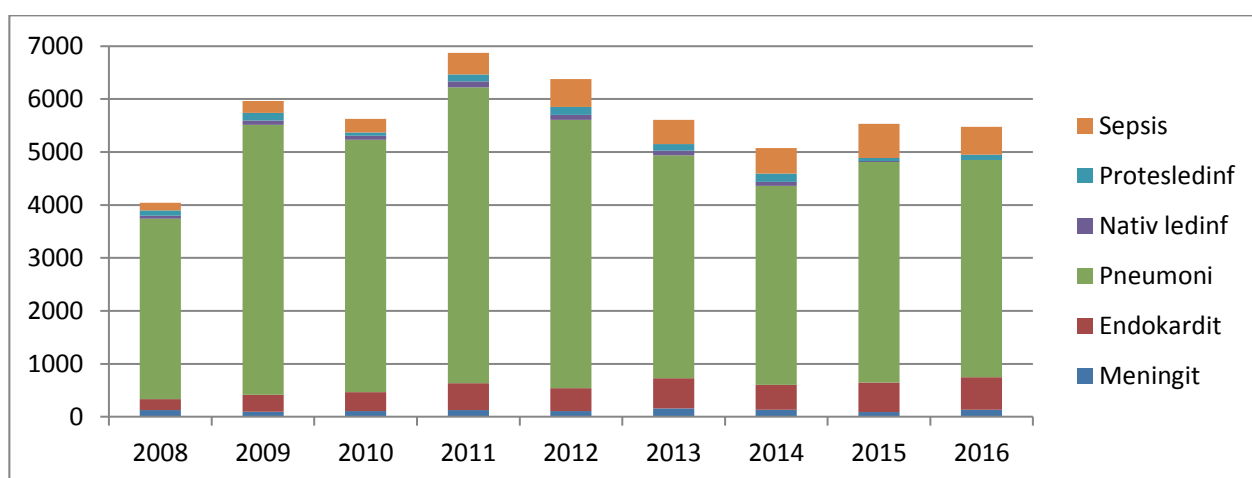


# Nationella Kvalitetsregistret för Infektionssjukdomar 2016

**Nationella Kvalitetsregistret för Infektionssjukdomar, Infektionsregistret**, har funnits sedan 2007. Till registrets fem delregister rapporteras fall av pneumoni, bakteriell meningit, endokardit, svår sepsis/septisk chock samt infektioner i protesleder vårdade i första hand vid landets infektionskliniker. Alla dessa deltar i registret men i varierande omfattning. Tidigare rapporterades även infektioner i nativa leder men det delregistret är stängt för inmatningar sedan ett par år. Som framgår av Fig 1 nedan så ökade antalet inmatningar i registret under de första åren för att nå en topp 2011. Därefter verkar det som om vi lite tappade sugen och antalet registreringar minskade. 2015 och 2016 tycks dock denna tendens vara bruten även om det fortfarande saknas en del för att vi ska nå 2011 års nivå.

**Fig 1.** Antalet inmatningar/delregister och år (baserat på registreringsdatum liksom alla figurer nedan)

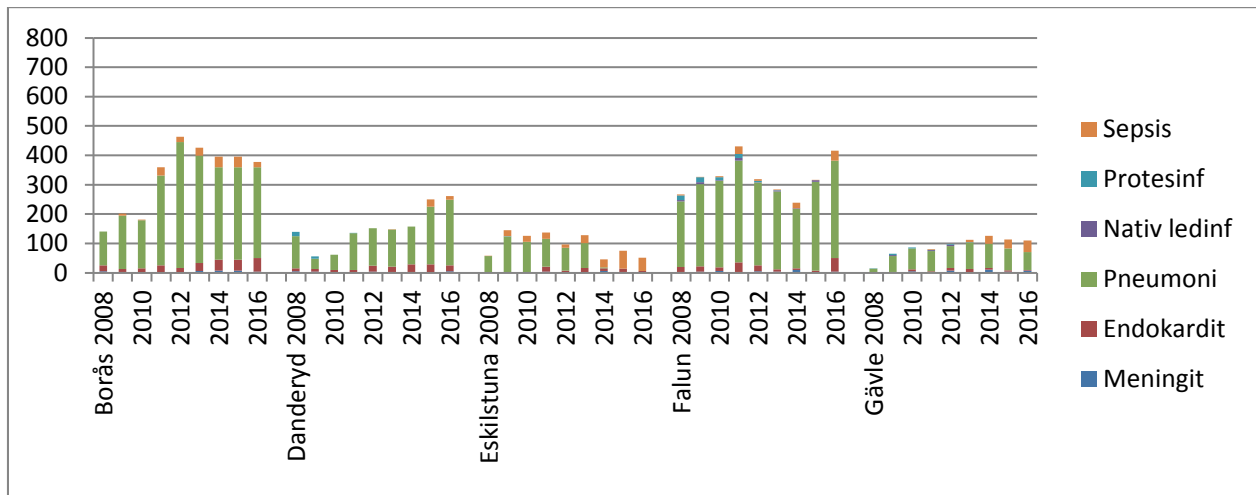


- Hur mycket av dessa svängningar beror på varierande incidens av aktuella sjukdomar och hur mycket på vår benägenhet att rapportera till registret?
- Sveriges Kommuner och Lansting (SKL) har satt upp som ett första mål att kvalitetsregister ska ha en täckning på minst 80 %, klarar vi det?

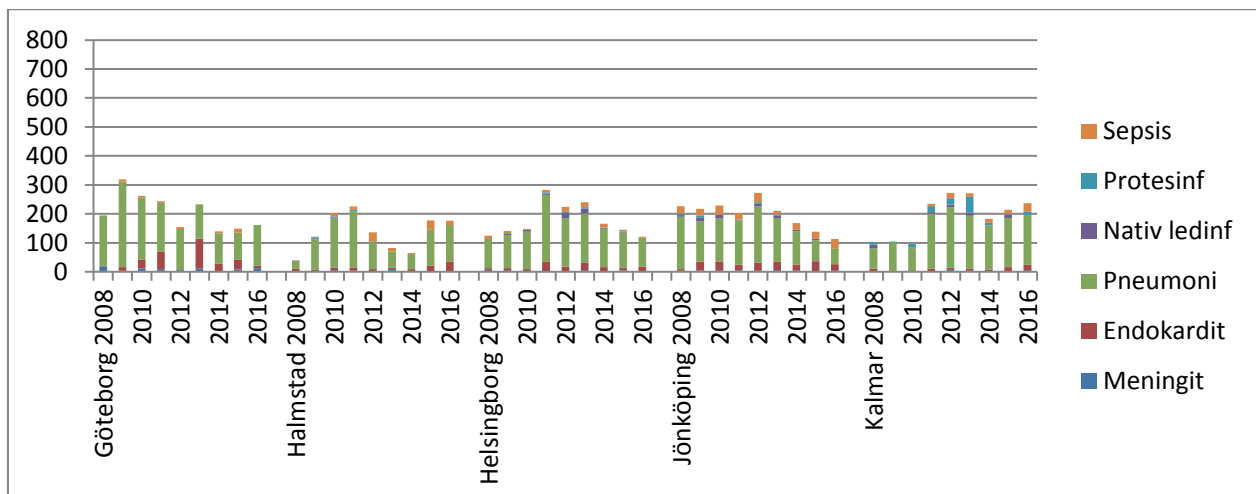
För att få svar på dessa frågor så måste vi ha uppgift om hur många episoder av aktuella sjukdomar vi vårdat, något som visat sig svårare än man kan tro. Till Socialstyrelsens patientregister rapporteras alla vårdtillfällen och deras diagnoser. Här framgår dock inte t.ex. om pneumonin är röntgenverifierad, ett krav för att registreras i infektionsregistret. Patientregistrets data är också helt beroende av hur vi sätter formella diagnoser ute i landet och här finns det sannolikt en hel del förbättringspotential. Vi har därför funnit det svårt att få fram exakta siffror på täckningsgrad. En analys av pneumokockmeningiter häromåret talade dock för att vi i meningitregistret når upp till 80 % täckning. I pneumoniregistret ligger vi sannolikt klart lägre än så.

Det finns anledning att tro att bristande inmatningsbenägenhet är en viktig faktor bakom variationen i antalet registreringar, se bara på de klinikuppdelade figurerna (Fig 2A-F). Vid de träffar med deltagande kliniker vi haft de senaste åren framkommer också klart att man finner det svårt att hinna med inmatningarna. Sammanfattningsvis finns således en klar förbättringspotential vad gäller täckningsgrad.

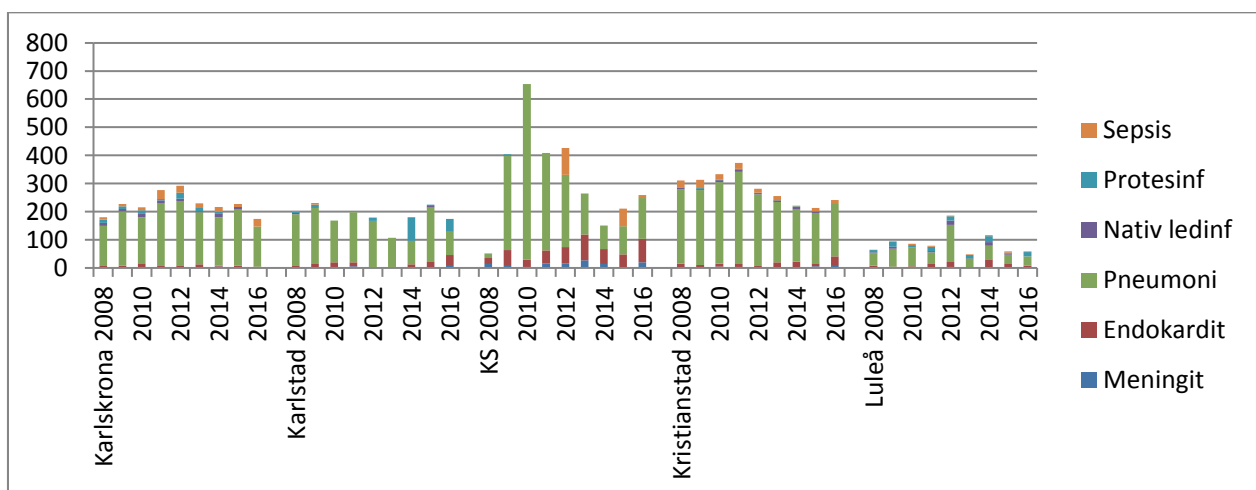
**Fig 2A.** Antalet inmatade fall fördelade på klinik, år och diagnos.



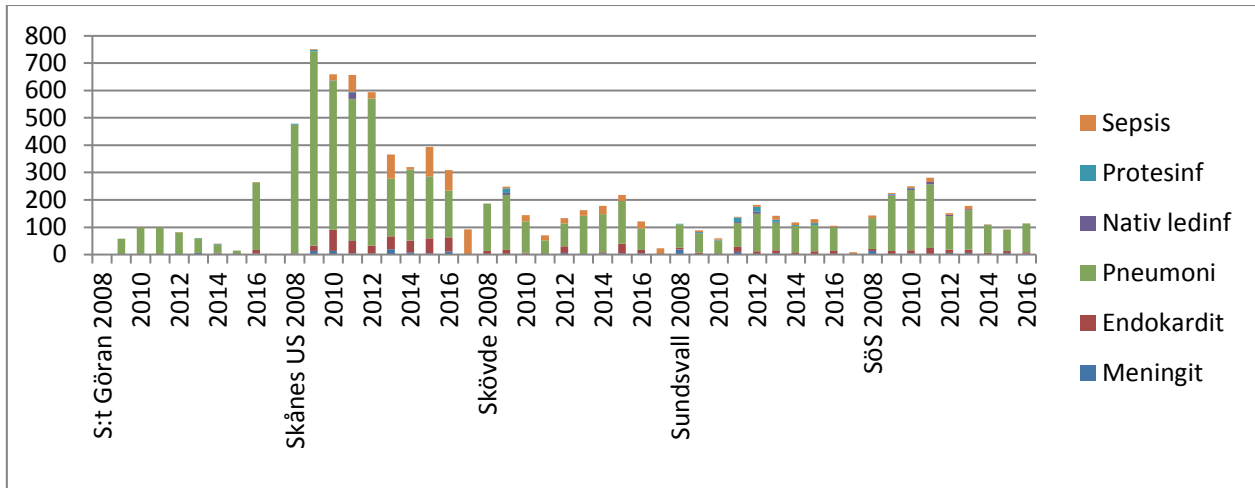
**Fig 2B.** Antalet inmatade fall fördelade på klinik, år och diagnos.



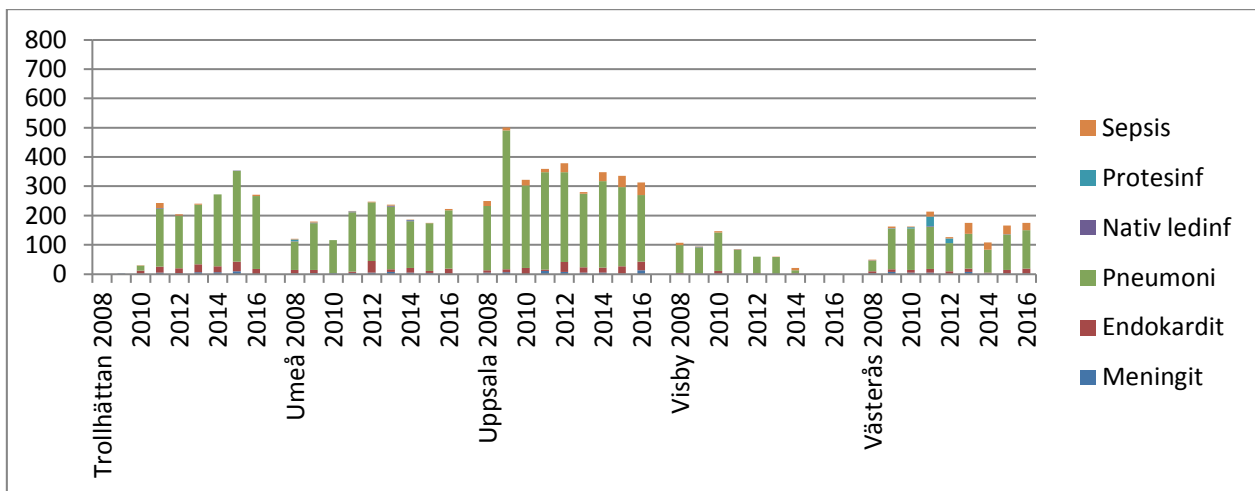
**Fig 2C.** Antalet inmatade fall fördelade på klinik, år och diagnos.



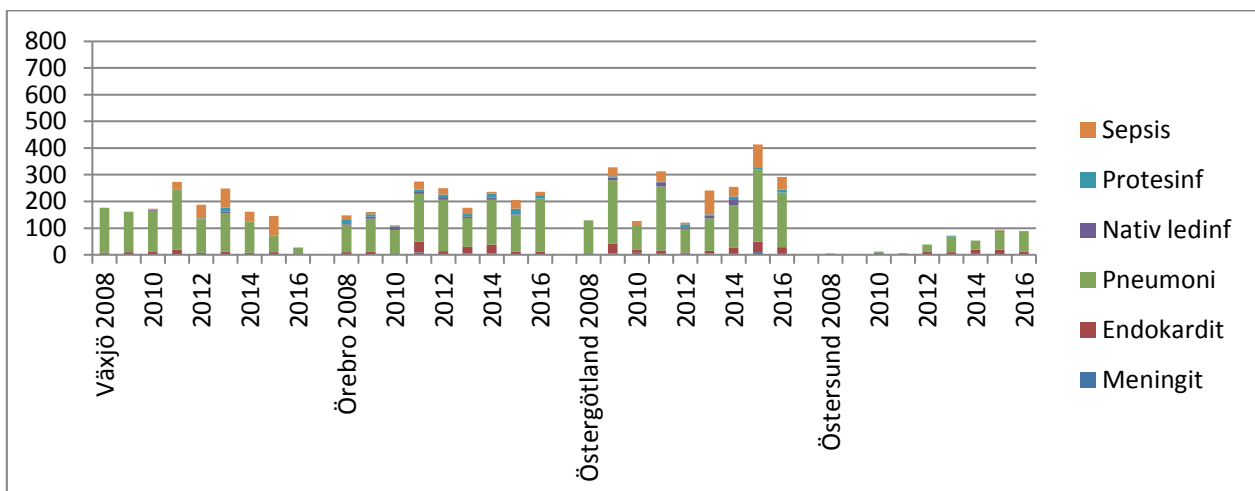
**Fig 2D.** Antalet inmatade fall fördelade på klinik, år och diagnos.



**Fig 2E.** Antalet inmatade fall fördelade på klinik, år och diagnos.



**Fig 2F.** Antalet inmatade fall fördelade på klinik, år och diagnos.



För att underlätta inmatningsarbetet vid klinikerna och därmed får upp registreringsfrekvensen arbetar vi sedan ett par år med att förbättra och förenkla inmatningsformulären. Detta arbete har tagit längre tid än vi initialt tänkt oss men sedan 13/3 i år så är de nya formulären för pneumoni respektive svår sepsis/septisk chock igång. Pneumoniformuläret är c:a 30% mindre omfattande än det förra formuläret för att underlätta inmatning. Nytt i sepsisformuläret är att man, om man så önskar, kan registrera även patienter som vårdats på intermediärvårdsavdelning respektive vanlig vårdavdelning (tidigare var endast IVA-vårdade patienter aktuella). Vi arbetar nu med de övriga inmatningsformulären och då dessa rader publiceras är förhoppningsvis även de nya meningit- och endokarditformulären igång.

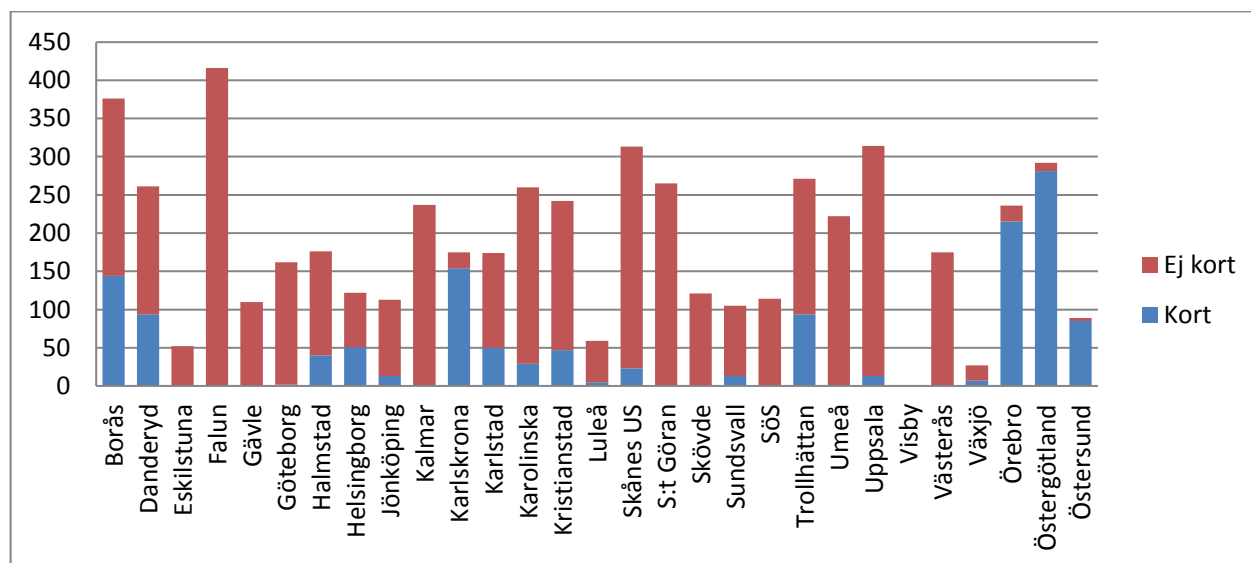
Vad beträffar infektioner i protesleder planerar vi ett radikalt omtag. Vi arbetar med ett helt omgjort inmatningsformulär som vi hoppas ska vara klart i början av 2018.

De nya inmatningsformulären medför att vi även måste göra om registerrapporterna. Vi hoppas kunna utforma dessa på ett ännu mer informativt sätt än nu är fallet. Vi har dock dessvärre inte personella resurser att göra detta arbete parallellt med arbetet med inmatningsformulären. Det innebär att registerrapporterna under en tid kommer att vara ofullständiga (bara omfatta inmatningar i de gamla formulären).

Den ultimata tekniken för att minska arbetet med inmatningar är naturligtvis automatisk överföring från journaler till registret. Detta förutsätter dock att journalerna är strukturerade så att uppgifterna kan identifieras av registersystemet. Vi kommer i år att införa en strukturerad epikrismall för pneumoni vid infektionskliniken i Örebro. Denna kommer att tillåta den önskade automatiska överföringen som dock sannolikt inte kommer igång förrän under 2018. Sedan ankommer det på de olika journalsystemägarna att införa motsvarande mall i sina system för resterande infektionskliniker, något som kan komma att kräva en hel del motiveringsarbete.

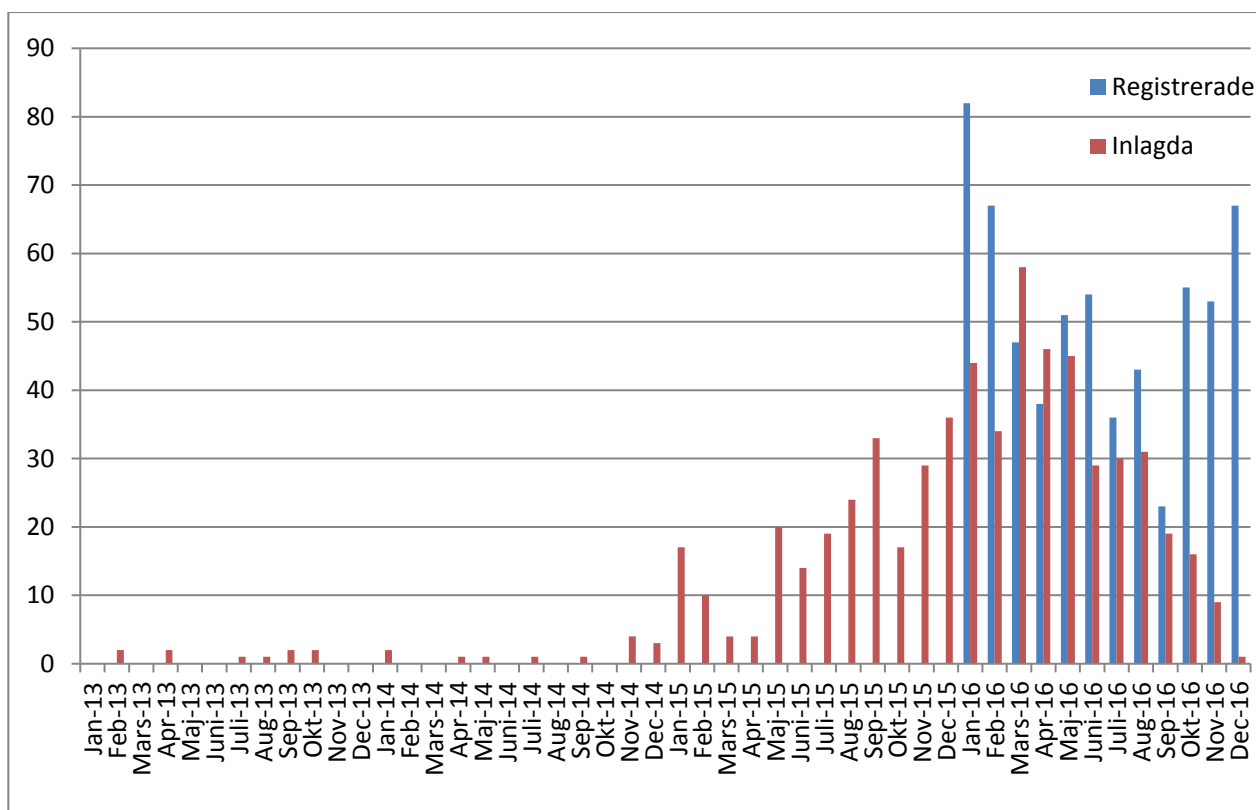
En annan viktig fråga (förutom antalet inmatningar) är hur vi loggar in i registret. Den inloggningsmetod som infördes vid registrets start är baserad på klinik och inte acceptabel enligt datainspektionen. Vi har därför sedan flera år möjlighet till individuell inloggning med smartcard (SITHs-kort). Detta kräver en likaså individuell registrering av användarna, något som, i sin tur, kräver behörighetsadministration. Flera kliniker har utsett klinikadministratörer för detta. Av figuren nedan (Fig 3) framgår hur stor andel av inloggningarna som gjordes med SITHs-kort under 2016. Även här finns således en tydlig förbättringspotential. Från registrets sida önskar vi att alla deltagande enheter har en behörighetsadministratör. Arbetet är lätt (det räcker med 10 minuters information per telefon för att lära ut tekniken) och inte tidskrävande (några minuter per vecka)

**Fig 3.** Fördelning klinikinloggning/kortinloggning vid deltagande kliniker 2016



Tag nu och läs de följande rapporterna från de olika delregistren. Där finns mycken information av mera kliniskt intresse (till skillnad från ovanstående administrativa tjt). Notera att i rapporterna från delregistren är data baserade på när patienterna vårdats till skillnad från ovanstående rapport som baseras på datum för inmatning i registret. Det förra urvalet är naturligtvis mer intressant för att belysa den medicinska utvecklingen. Eftersom många inmatningar tyvärr görs ganska långt efter vårdtillfället får man dock en skev bild av registreringsaktiviteten vid klinikerna om man utgår från datumet för vårdtillfället. Tydligast blir detta om man tar ut data för ett år tidigt på nästkommande år. Även nu i början av juli hittar man c:a 300 fler registreringar utförda under 2016 än man hittar registreringar av patienter vårdade under 2016. Se även Fig 4 för illustration.

**Fig 4.** Under 2016 registrerade endokarditfall fördelade på registreringsmånad (blå staplar) resp på månad då samma patienter lades in (röda staplar)



Örebro 2017-08-07

PER ARNEBORN  
Registerhållare