



**Karolinska  
Institutet**

**Institutionen för Lärande, Informatik, Management och Etik (LIME)**

Medical Management Centrum (MMC)

Examensarbete för magisterexamen i Medical management 15hp

VT 2014

## **Vilket stöd anser läkare att de får från ledning och organisation i arbetet med att registrera kvalitetsdata till Svenska Intensivvårdsregistret?**

**Författare:** Charlotte Levin

**Handledare:** Anna Löfgren Wilteus



# Sammanfattning

## Syfte

Att undersöka i vilken utsträckning läkare anser att de får stöd av ledningen och organisationen i arbetet med att registrera kvalitetsdata till Svenska Intensivvårdsregistret (SIR).

## Bakgrund

SIR har syftet att följa och höja kvaliteten på svensk intensivvård samt att främja metodutveckling och forskning. För att säkerställa kvaliteten på införd data krävs att de som registrerar kvalitetsdata har adekvat kompetens och får rätt stöd. Många av registreringarna utförs av läkare. Tidigare forskning angående vilket stöd läkare anser att de får av ledning och organisation i arbetet med att registrera kvalitetsdata saknas.

## Metod

Datainsamlingen utfördes genom utskick av en webbenkät med frågor med slutna svar om läkares arbete med registrering av kvalitetsdata. Enkäten utformades utifrån en teoretisk referensram kring olika perspektiv på organisationer. Studiepopulationen utgjordes av alla läkare (n=230) som arbetar på fyra intensivvårdsavdelningar på sjukhus i Stockholm och förväntas registrera kvalitetsdata till SIR. Enkätsvaren analyserades med deskriptiva statistiska analysmetoder.

## Resultat

Resultatet visade att läkare som registrerar kvalitetsdata till SIR svarade att de inom flera områden inte fick optimalt stöd från chefer, ledning och inom organisationen. Det fanns även områden där läkarna menade att de fick tillräckligt med stöd. De viktigaste resultaten i studien var att en övervägande majoritet av läkarna (93 %) svarade att de aldrig har särskild avsatt tid för att registrera, många angav stor tidsbrist (42 %), att registreringar utförs när som helst då tid finns och att de har behov av ytterligare utbildning (68 %). Resultatet visade vidare på skillnader mellan de olika avdelningarna när det gäller i vilken utsträckning läkarna ansåg att det finns förankrade rutiner för registrering samt i vilken utsträckning de svarade att de får återkoppling av kvalitetsdata. Studien visade också att de läkare som svarade att chef och ledning i låg grad prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata också i större utsträckning ansåg att arbetsuppgiften är ett arbetsmiljöproblem. Det fanns inte några signifikanta skillnader utifrån kön, men däremot utifrån utbildningsnivå och avdelning. Det skulle kunna innebära att det finns organisatoriska faktorer som påverkar i vilken utsträckning läkarna ansåg att de får stöd i arbetet med att registrera kvalitetsdata.

**Nyckelord:** Intensivvård, ledarskap, organisation, kvalitetsregister, kvalitetsarbete, läkare

# Abstract

## Aim

To examine the extent to which physicians consider that they are supported by the management and organization in their work to register quality data in the Swedish Intensive Care Registry (SIR).

## Background

SIR has the aim to monitor and improve the quality of Swedish intensive care, and to promote research and methodological development. To ensure the quality of the registered data it is required that registrants have adequate skills and get the right support. Many of the registrations are made by physicians. Previous research regarding what support physicians consider that they receive from the management and organization of the work to register quality data is lacking.

## Method

Data collection was performed by sending out an online survey including closed questions about the physicians work to register quality data. The questionnaire was designed based on a theoretical framework about different perspectives on organizations. The study population consisted of all physicians (n=230) working at four intensive care units in hospitals in Stockholm who are expected to register quality data in SIR. The survey responses were analyzed using descriptive statistical analysis.

## Results

The results showed that physicians who register quality data in SIR answered that they did not get optimal support by managers, management and the organization regarding several aspects related to register quality data. However, in some areas the physicians reported that they received adequate support. The main findings of the study were that the majority of physicians (93 %) answered that they never have planned time to register quality data, many reported great time constraints (42 %), the registrations are performed whenever time is available and that they need further training (68 %). Furthermore the results showed differences between different care units to which they have implemented routines for registration and the extent to which they answered that they receive feedback of quality data. The study also showed that the physicians who answered that register quality data was not prioritized by their manager or the management more often indicated this work task as a working environment problem. There were no significant differences according to sex, but differences could be seen between different educational levels and care units. It is possible that organizational factors influence the extent to which the physicians experience that they receive support in efforts to register quality data.

**Keywords:** Intensive care, leadership, organization, quality registry, quality work, physicians

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<i>Inledning</i> .....	1
<b>1 Bakgrund</b> .....	<b>2</b>
1.1 Kvalitetsregister .....	2
1.2 Definition och vision .....	3
1.3 Lagar och juridik vid arbete med kvalitetsregister.....	3
1.4 Svenska Intensivvårdsregistret.....	4
1.5 Satsning på kvalitetsregister .....	6
1.6 Teoretisk referensram .....	7
1.7 Tidigare forskning och undersökningar som rör ledarskap och registrering till kvalitetsregister.....	8
1.8 Syfte .....	10
<b>2 Metod</b> .....	<b>11</b>
2.1 Datainsamling .....	11
2.2 Utveckling av enkäten .....	11
2.3 Urval.....	13
2.4 Svarsfrekvens .....	13
2.5 Analysmetod .....	14
2.6 Etiska aspekter .....	14
<b>2 Resultat</b> .....	<b>15</b>
<b>3.1 Bakgrundsuppgifter</b> .....	<b>15</b>
3.1.1 Respondenter som inte registrerar kvalitetsdata.....	15
3.1.2 Fördelning av kön, ålder, utbildningsnivå samt avdelning .....	16
<b>3.2 Det strukturella perspektivet</b> .....	<b>17</b>
3.2.1 Registreringsfrekvens av kvalitetsdata .....	17
3.2.2 Tidpunkt för registrering av kvalitetsdata.....	18
3.2.3 Riktlinjer och instruktioner för registrering av kvalitetsdata .....	19
3.2.4 Skriftliga instruktioner för registrering av kvalitetsdata i IT-systemet.....	20
3.2.5 IT-system för registrering av kvalitetsdata .....	20
3.2.6 Utbildning i att utföra registreringar av kvalitetsdata.....	21
3.2.7 Användning av SIR's hemsida .....	24
3.2.8 Mål som rör kvalitetsdata.....	24
<b>3.3 Human-Resource-perspektivet</b> .....	<b>26</b>
3.3.1 Delaktighet i beslut som rör registrering av kvalitetsdata .....	26
3.3.2 Reflektion och lärande vid registrering av kvalitetsdata.....	26
3.3.3 Positiv feedback på utförd registrering av kvalitetsdata.....	27
3.3.4 Feedback om registrering av kvalitetsdata inte utförs .....	28
3.3.5 Återkoppling på produktions- och kvalitetsdata.....	28
<b>3.4 Det politiska perspektivet</b> .....	<b>31</b>
3.4.1 Belöningar i samband med registrering av kvalitetsdata .....	31
3.4.2 Konsekvenser då registrering av kvalitetsdata inte utförs .....	31

3.4.3	Stödfunktioner i organisationen i arbetet med registrering av kvalitetsdata	32
3.4.4	Resurser, arbetsmiljö och konflikter i samband med registrering av kvalitetsdata .....	33
<b>3.5</b>	<b>Det symboliska perspektivet.....</b>	<b>36</b>
3.5.1	Kultur som rör arbetet med registrering av kvalitetsdata .....	36
3.5.2	Förebilder i arbetet med registrering av kvalitetsdata .....	37
3.5.3	Samband mellan symboliskt och politiskt perspektiv .....	38
<b>4</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>40</b>
<b>4.1</b>	<b>Metodologiska överväganden.....</b>	<b>40</b>
<b>4.2</b>	<b>Resultatdiskussion.....</b>	<b>42</b>
4.2.1	Det strukturella perspektivet.....	42
4.2.2	Human-Resource-perspektivet .....	43
4.2.3	Det politiska perspektivet.....	43
4.2.4	Det symboliska perspektivet.....	44
4.2.5	Skillnader utifrån kön, utbildningsnivå och arbetsplats .....	44
<b>5</b>	<b>Slutsats .....</b>	<b>46</b>
<b>6</b>	<b>Implikationer för fortsatt forskning.....</b>	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>Implikationer för praxis .....</b>	<b>46</b>
	<b>Referenser .....</b>	<b>47</b>

## Inledning

I mitt arbete som sjuksköterska och IT-handläggare på en av Stockholms Läns Landstings Intensivvårdsavdelningar ingår i arbetsuppgifterna att registrera viss data och att validera all kvalitetsdata som läkare registrerat samt att sedan skicka in kvalitetsdata till Svenska Intensivvårdsregistret (SIR), ett nationellt kvalitetsregister. Ibland saknas uppgifter helt och annan data måste korrigeras då den kan vara felaktigt införd. Att registrera data till kvalitetsregister är ett mycket tidskrävande arbete och kräver stor noggrannhet men tyvärr är förutsättningarna och styrningen inom organisationen är inte alltid optimal. Det är en arbetsuppgift som ofta prioriteras bort från det dagliga arbetet och som upplevs som en belastning för de olika professionerna inom vården. Enligt Haan, Adams & Cook (2004) görs ofta registreringarna i efterhand med sekundäruppgifter som källa och stor risk för tolkningar, vilket kan innebära registrering av felaktiga uppgifter. Författarna menar att organisationen behöver anpassas så att arbetet kan utföras korrekt och att det kräver god styrning från ledningen samt att även feedback på införd data behöver kommuniceras tillbaka till de personer som registrerar data. Mina funderingar om hur organisationens utformning och ledningens engagemang kan bidra till att förbättra och förenkla arbetet för de läkare som registrerar data till kvalitetsregister är anledningen till ämnesområdet i den här magisteruppsatsen.

# 1 Bakgrund

## 1.1 Kvalitetsregister

På Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) hemsida för Nationella Kvalitetsregister beskrivs hur Amory Codman, kirurg vid Harvarduniversitetet i Boston, USA, i början av förra seklet kämpade för att läkarna måste följa upp slutresultatet av behandlingen för att få möjlighet att tillämpa sina idéer i praktiken. Han lade tillsammans med Florence Nightingale grunden för det vi idag kallar evidensbaserad vård. De ses som pionjärer när det gäller att använda mätning, statistik och resultatuppföljning för förbättringar inom vården. Drygt 100 år senare saknar många sjukhus och vårdorganisationer i Europa och USA system som möjliggör uppföljning av behandlingar och resultat. På 1970-talet skapades svenska nationella register, där samtliga knä- respektive höftprotesoperationer i Sverige registrerades och svenska ortopediker fick ett stort statistiskt material där det var möjligt att upptäcka protestyper och operationstekniker som inte fungerade. Resultaten användes för att dra slutsatser om vården och behandlingar ändrades samt utvecklades på landets olika ortopedkliniker. Codmans förslag, att publicera sjukhusens resultat öppet som vägledning för patienterna, dröjde ytterligare nästan 30 år (Nationella kvalitetsregister, 2013). Hälso- och sjukvården startade sina Öppna Jämförelser 2006 och finns publicerade som rapporter (Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Enligt hemsidan för Nationella Kvalitetsregister har de unika registren växt fram med små finansiella medel och med liten central styrning. I Sverige finns idag 73 Nationella Kvalitetsregister i drift, vilka innehåller personbundna uppgifter om problem/diagnos, behandling och resultat. Ett fullt utbyggt register möjliggör uppföljning om vad som åstadkoms i sjukvården för patienter i landet inom det område registret omfattar. Det finns också möjlighet att följa upp vad landsting, regioner, sjukhus eller kliniker åstadkommer. Nationella Kvalitetsregister har gemensamt ekonomiskt stöd från sjukvårdshuvudmännen och staten. Registren är ett stöd för lärande och ständigt förbättringsarbete och de är viktiga i ett modernt hälso- och sjukvårdssystem. Uppbyggnaden görs av de professioner vilka själva ska ha användning och stöd av dem i sin yrkesvardag. Sverige har kommit långt med att utveckla och implementera register för att följa och dokumentera kvaliteten för patienterna och många andra länder arbetar med att bygga upp liknande system. Viss kompetens saknas för att driva systematiskt mätbaserat förbättringsarbete där verktyg och arbetssätt hör ihop. Många hoppas att när journalsystemen blir IT-baserade skall de även kunna användas för resultatmätning, men journalerna är utformade för andra ändamål och är inte alltid förenliga med evidensbaserat vårdarbete (Nationella kvalitetsregister, 2013). Kvalitetsregister kan användas för jämförelser av vården mellan olika klinker och regioner samt även internationellt vilket kan bidra till att man kommer fram



till de bästa metoderna. Studier visar att registren kan fungera som kraftfulla plattformar för organisationer och verksamheter för att förbättra vårdresultat, sänka vårdkostnader och öka vårdkvaliteten (Larsson, Lawyer, Garellick, Lindahl & Lundström (2012).

Järhult & Bejerot (2009) debatterar i Läkartidningen om hur kvalitetsregister och öppna jämförelser blivit ett medel att ”beröva läkare makt” över sin vardag och sjukvårdens utveckling samt att många läkare känner olust inför att verksamhetschefer fokuserar på det politiska målet att uppfylla vissa mätdata istället för att utveckla enhetens samlade läkekonst. De menar att den politiska processen pågår och att vårdvalssystem kopplar registrerade data till ekonomiskt utfall och till vad man tror är medicinskt goda resultat. De skriver också att många läkare uppfattar att registren tar tid från patientarbetet (a.a.). Wedin (2011) beskriver att andra diskussioner som pågår är frågan om verksamhetens rätt till kunskap är viktigare än patientens rätt till integritet och om läkartid ska användas för forskning och utveckling eller för att ”ge föda” till register. I den pågående debatten finns också frågor om finansiering, dålig nationell samordning, brist på tillförlitliga indikatorer samt på uppföljning av resultat (a.a.).

## **1.2 Definition och vision**

Ett Nationellt Kvalitetsregister ska innehålla ”individbaserade uppgifter om problem, insatta åtgärder och resultat inom hälso- och sjukvård och omsorg”. Ett Nationella Kvalitetsregister ”kvalitetsgranskas och är certifierat av den Nationella Styrgruppen för kvalitetsregister” (Nationella kvalitetsregister hemsida, 2013).

Tanken med registren är att skapa bättre vård vilket SKL beskriver så här: ”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” (Nationella kvalitetsregister hemsida, 2013).

## **1.3 Lagar och juridik vid arbete med kvalitetsregister**

Det finns ett flertal lagar och föreskrifter som reglerar hälso- och sjukvårdens arbete med kvalitetsregister. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) ska vårdgivaren ansvara för att det finns ett ledningssystem för verksamheten. Ledningssystemet används för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra

verksamhetens kvalitet. För varje aktivitet ska vårdgivaren utarbeta och fastställa de rutiner som behövs för att säkra verksamhetens kvalitet. Rutinerna ska både beskriva ett bestämt tillvägagångssätt för hur en aktivitet ska utföras och ange hur ansvaret för utförandet fördelas i verksamheten. Vårdgivaren ska utöva egenkontroll vilken ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens resultat med uppgifter i nationella och regionala kvalitetsregister (Socialstyrelsen, 2011). Patientdatalagen (2008:355), Personuppgiftslagen (1998:204) och Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) reglerar informationshanteringen i samband med kvalitetsregister. Det primära ändamålet för att samla in personuppgifter till ett kvalitetsregister ska vara att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra vårdens kvalitet (QRC, 2012).

Hansen & Adam (2004) menar att det enligt föreskrifterna är obligatoriskt att verksamheten skall bedriva ett systematiskt kvalitetsarbete, men det finns stor valfrihet i på vilket sätt det kan bedrivas. Att alla medarbetare skall delta i kvalitetsutveckling säger heller inget om hur eller i vilken utsträckning det ska ske. Det finns dock även kritiker inom läkarprofessionen som menar att kvalitetsregistren inte är ett speciellt bra kvalitetsverktyg, utan bara ett ytterligare direktiv som ökar det administrativa arbetet (a.a).

## **1.4 Svenska Intensivvårdsregistret**

Intensivvård är högteknologisk, kostsam och under ständig utveckling. Patienterna som vårdas inom intensivvården är svårt sjuka och har en hög mortalitet (dödlighet). SIR har syftet att följa och höja kvaliteten på svensk intensivvård inom utvalda kontinuerligt uppföljda områden samt att främja metodutveckling och forskning inom intensivvården (Svenska Intensivvårdsregistret, 2013). För att kvaliteten på införd data ska bli god krävs att de som registrerar i ett kvalitetsregister har adekvat kompetens för registerarbetet. Det kan säkerställas på flera sätt t.ex. genom upprepade utbildningstillfällen och/eller kodningslathundar (Nationella kvalitetsregister, 2013). Flera av registreringsparametrarna kräver stor noggrannhet och det behövs även kunskap om på vilket sätt registreringen ska utföras för att det ska bli valida data. Registreringarna utförs till stor del av läkare, i förekommande fall i digitaliserad intensivvårdsjournal. De enskilda läkarna som registrerar kan ej spåras i registret, eftersom patientens uppgifter skickas in av administratörer per vårdtillfälle. Enligt Cegedims adressregister, där informationen i stor utsträckning kommer från Socialstyrelsens register över

legitimerad sjukvårdspersonal (Lotta Leván, Cegedim, personlig kommunikation 2014-03-24), finns det 1 931 registrerade anestesiologer/intensivvårdsläkare med angiven arbetsplats i Sverige. Exakta siffror på hur många av dem som arbetar på intensivvårdsavdelningar (IVA) och förväntas registrera kvalitetsdata är svårt att få fram. Vissa intensivvårdsavdelningar kan ha organiserat arbetet så att det finns speciellt utbildade sjuksköterskor eller sekreterare som utför vissa registreringar. För parametrar som ska registreras och skickas in till SIR, se bilaga 1.

Intensivvårdens målsättning är att åstadkomma bästa medicinska och omvårdningsmässiga resultat till lägsta personella och materiella resurs för samma typ och grad av sjukdom utan att patienten drabbas av komplikationer. Indikatorerna eller kvalitetsmått visat på kvaliteten i någon utvald del av intensivvården och är tänkt att användas i förbättringsarbeten. Med kvalitetsindikator avses ett mått som speglar kvaliteten och möjliggör ett underlag för verksamhetsutveckling samt för öppen och medveten redovisning och jämförelse av intensivvårdens kvalitet (Svenska Intensivvårdsregistret, 2013).

SIR har tio kvalitetsindikatorer vilka tas fram från data som skickats in till registret:

- Uppföljning av hälsorelaterad livskvalitet och funktionell status efter intensivvård
- Riskjusterad mortalitet (dödlighet)
- Patienter med multiresistenta bakterier som vårdas på IVA
- Ventilatorassocierad pneumoni (lunginflammation vid ventilatorbehandling)
- Överflyttning till annan IVA på grund av resursbrist
- Oplanerad återinläggning på samma IVA inom 72 timmar
- Avlidna på IVA
- Natlig utskrivning från IVA
- Livsuppehållande behandling och behandlingsstrategi
- Beläggning på IVA

Vid personlig kommunikation 2013-11-21 med Caroline Mårdh, IT-gruppen på SIR, framhålls att de intensivvårdsavdelningar som lyckas bäst med att registrera data och att arbeta med utdata är de avdelningar som har gott stöd i det arbetet från ledningen och organisationen.

## 1.5 Satsning på kvalitetsregister

Enligt en rapport från Regeringskansliet (2010) råder det enighet om att det egentligen bara är inom kvalitetsregistersforskning som svensk hälso- och sjukvård och medicinsk forskning har unika konkurrensfördelar i jämförelse mot övriga världen. Sveriges personnummersystem, heltäckande befolknings- och hälsodataregister tillsammans med nationella kvalitetsregister av hög kvalitet ger förutsättningar för att följa upp patienterna och utveckla vården samt bedriva forskning som de flesta länder utanför Norden saknar. Även de sex universiteterna med medicinsk utbildning och forskning i Sverige är eniga om kvalitetsregistrens betydelse för Sveriges position som forskningsnation. Det finns också en stor medvetenhet om att finansieringen av registren varit otillräcklig, att infrastrukturen inte varit tillräckligt stark för att utnyttja fördelarna och att användningen av registerdata för uppföljning och förbättring av hälso- och sjukvårdens resultat har varit för liten (a.a.).

SKL och regeringen har tecknat en överenskommelse för utveckling av Nationella Kvalitetsregister då mycket pekar på att kvalitetsregister i vården bidrar till minskat lidande och bättre livskvalitet för patienter. Registren har utvecklats för att stödja kliniskt förbättringsarbete och har bidragit till högre överlevnad, bättre följsamhet till vårdprogram och riktlinjer, färre vårdskador, att variationen mellan olika enheter har minskat och till att metoder och produkter inom vården som ger sämre resultat har slopats. I framtiden önskas en stabilare och snabbare utveckling av kvalitetsregistren med bättre samordning av IT-stöd och informatik. Arbete pågår för ökad integration med vårdokumentation för att undvika dubbelarbete och tydligare rutiner för hur känsliga uppgifter får hanteras så att patientens integritet säkras. Överenskommelsen ska leda till ökad kvalitet på data, bättre analyser och återkoppling som stöd för förbättringsarbete. Förhoppningen är att även få bättre tillgång till och användning av kvalitetsregistren för forsknings- och innovationsändamål. Det finns också en strävan efter ökad öppenhet och tillgång till data även för patienter samt en bättre och mer jämlik vård (Nationella kvalitetsregister, 2013).

Staten och vårdens huvudmän satsar totalt drygt en och en halv miljard kronor för att utveckla de nationella kvalitetsregistren och avser därmed att öka värdet som kvalitetsregistren kan bidra till för patienterna (Myndigheten för Vårdanalys, 2013). Det kräver en starkare stödstruktur i form av en ökad finansiering av kvalitetsregisterarbetet samt en infrastruktur som underlättar och samordnar bland annat teknik, informatik, juridik och datakvalitet. Satsningen startade 2012 och är tänkt att sträcka sig åtminstone fem år framåt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2011). På senare år har ny IT-teknik skapat nya förutsättningar till en mer effektiv och mer användarvänlig hantering av registerdata. Några register har börjat med direkt inmatning av data via Internet, vilket ger förutsättningar

för en direkt återkoppling till enheterna av resultatet. Den enskilde medarbetaren behöver inte vänta på årsrapporten utan kan gå in i registret själv och ta ut statistik. På det sättet ökar användningsområdet betydligt och fördröjningen av återkopplingen minskar. Det ger andra förutsättningar för ett register att fungera som verktyg för kvalitets- och verksamhetsuppföljning, då återkopplingen erhålls fortare (Hansen & Adam, 2004).

## 1.6 Teoretisk referensram

För att förstå hur en verksamhet kan arbeta med olika frågor, exempelvis kvalitets- och registerarbete, kan Bolman & Deals (2012) teori användas för att sortera in forskning och praktik som rör organisation och ledarskap i fyra huvudperspektiv. De beskriver en organisation utifrån det strukturella perspektivet, Human Resource-perspektivet, det politiska perspektivet och det symboliska perspektivet. Vissa perspektiv kan uppfattas som självklara medan andra är mer svårtillgängliga. Genom att använda samtliga perspektiv blir chansen större att människor förstår hur organisationer fungerar på ett djupare plan. Att använda flera perspektiv kan även kopplas till en större effektivitet hos chefer och ledare.

*Det strukturella perspektivet* innebär tron på att rationalitet och formell ordning minskar uppkomst av problem och maximerar utfall. Man strävar efter ett mönster av välutänkta roller och relationer. Perspektivet vilar på sex antaganden: organisationer finns för att mål ska kunna nås, specialisering och tydlig arbetsfördelning förbättrar effektivitet och utfall, genom samordning och kontroll säkerställs att individers och enheters arbete kopplas ihop, rationalitet ska ges företräde framför personliga preferenser och yttre tryck, strukturer ska utformas så att de passar organisationen samt att problem beror på svagheter i strukturerna och åtgärdas genom analys och omstrukturering (Bolman & Deal, 2012).

*Human Resource-perspektivet* (HR-perspektivet) innebär att individers och organisationers behov kan förenas. Organisationen gagnas genom att människors energi och talanger tas tillvara. Det är individernas förmågor, attityder, energi och engagemang som är de resurser som styr hur organisationen lyckas. Med det här perspektivet finns organisationer för att uppfylla människornas behov, organisationer och människor är ömsesidigt beroende av varandra då organisationer har behov av idéer och kunskaper och människor behöver lön och möjligheter att utvecklas. Då båda parter behov tillgodoses tjänar båda på det genom att individerna får meningsfullt arbete och organisationen får kunskap och energi som krävs för att lyckas. Genom att erbjuda de anställda goda villkor och möjligheter till utveckling kan organisationer undvika hög personalomsättning och kostsamma rekryteringar. I organisationer som tänker utifrån HR-perspektivet ges medarbetarna tillfälle till delaktighet, medinflytande och möjlighet

att påverka beslut som rör deras arbetsinnehåll och arbetsmiljö (Bolman & Deal, 2012).

*Det politiska perspektivet* fokuserar på att det alltid finns en politisk dynamik i alla organisationer, vilka ses som koalitioner av olika och olikartade individer och intressegrupper. Det är beroendeförhållanden, motstridiga intressen, knappa resurser och maktförhållanden ger upphov till politisk aktivitet. Begränsade resurser ger upphov till konflikter, vilket gör makt till den viktigaste tillgången. I en organisation finns en arena både för interna konflikter och en politisk aktör som verkar på ett fält fullt med konkurrenter där alla försvarar sina egna intressen. Enligt det politiska perspektivet är positionsmakt/formell makt bara en av många olika former av makt. En annan typ av makt är att ha kontroll över belöningar genom t.ex. pengar och politiskt stöd, att utöva tvångsmakt genom att begränsa, att störa och straffa samt att ha kontroll över information och kompetens. Makt innebär förmåga att påverka beteenden, ändra handlingsförlopp och övervinna motstånd. Det är också förmågan att genomdriva sin vilja och att nå sina mål (Bolman & Deal, 2012).

*Det symboliska perspektivet* handlar om att se på organisationer där det viktigaste inte är vad som händer utan vad det betyder. Händelser får olika betydelser och mening eftersom alla människor tolkar erfarenheter på olika sätt. Genom att skapa symboler ökar förutsägbarheten och möjliggör för människor att finna en riktning samt att den osäkerhet och mångtydighet som råder kan hanteras. Visioner, myter, hjältar, ritualer, ceremonier och historier kan hjälpa människor att finna glädje och mening både i privat- och arbetslivet. Kulturer håller samman organisationer och är det som kan samla människor runt samma värderingar (Bolman & Deal, 2012).

## **1.7 Tidigare forskning och undersökningar som rör ledarskap och registrering till kvalitetsregister**

Det framkom utifrån sökningar i olika databaser att det endast finns ett fåtal studier som berör ämnet om i vilken utsträckning läkare får stöd av ledning och organisation i arbetet med att registrera kvalitetsdata så att korrekt data förs in i registret vilket möjliggör förbättringsarbete och forskning.

Enligt Firth-Cozens & Mowbray (2001) kan olika typer av ledarskap ge upphov till stress eller välbefinnande hos medarbetare och forskning visar att ledarskapet påverkar med vilken kvalitet vården produceras. Författarna refererar till studier som visar att det finns en typ av ”opinionsledare” inom hälso- och sjukvården som är viktiga för kvalitet och säkerhet. Dessa ledare är viktiga förebilder och

kan bidra till förändring och utveckling genom att driva frågan om att alltid arbeta enligt evidensbaserad kunskap. Författarna menar även att undersökningar inom flyget visar att team som har ledare vilka karaktäriseras som varma, vänliga och med gott självförtroende gör färre misstag och att team som har arroganta, fientliga, skrytsamma eller diktatoriska ledare gör högre andel misstag. Ledarskapet har alltså direkt effekt på teamets säkerhet och kvalitet. Författarna menar att det är en viktig upptäckt som också kan översättas till ett vård- och patientsäkerhetsperspektiv (a.a.).

Haan et al. (2004) menar att det är viktigt att utarbeta eller att ha en databas/ett register som kan användas till kvalitetsarbete, men det är också viktigt att själva databasen eller registret inte blir själva målet. För att säkerställa kvaliteten på data krävs utbildning till teamet, processövervakning av en chef/ ansvarig för databasen, engagemang och uttryckligt stöd från ledning samt ökad och förbättrad användning av IT-stöd. En annan viktig faktor är att kvaliteten på data dramatiskt ökar vid realtidsregistrering eftersom tillgången till korrekt information då är mycket större i jämförelse med att i efterhand registrera efter uppskattningar och minnesbilder. Att ansvaret fördelas på många personer kan ibland öka variationerna och minska tillförlitligheten på data, men med utbildning och strikta definitioner minskas den risken. Återkoppling på införd data som ges på regelbunden basis och gärna så nära realtid som möjligt ger ett mått på vilken vård som utförs. Genom att låta alla medlemmar i teamet få återkoppling kan alla se effekten av det gemensamma arbetet och på så sätt se effekterna av den givna vården samt förstå huruvida vården utvecklas och varför. Användningen av giltiga, tillförlitliga och fullständiga uppgifter kan och ska användas för att förbättra vården och att öka patientsäkerheten (a.a.).

Rosengren, Höglund & Hedberg (2012) beskriver att processerna vid implementeringen av ett nytt kvalitetsregister måste vara hållbara för medarbetare och på ledningsnivåer när arbetet med att registrera data startar. I deras studie om kvalitetsregistret Senior Alert beskrivs att en viktig faktor för att implementera och använda ett kvalitetsregister på förebyggande vård kan beskrivas som att ”hålla lågan brinnande”. Författarna menar att strategier som rör organisation och engagerat ledarskap kan öka nyttan av kunskapssystem på alla nivåer, vilket skulle kunna göra det möjligt för kontinuerligt lärande och att öka kvaliteten på hälso- och sjukvård. Ett engagerat ledarskap beskrivs som en lösning för att hantera medarbetares motstånd mot förändring (a.a.). I en studie om riskbedömnings-systemet Apache II, vilket tidigare användes inom den svenska intensivvården, visar Boerrigter, Luirink, Langenberg & Ramsay (2000) att en god implementering av tydliga riktlinjer och återkommande utbildningar i hur registreringar ska utföras minskade variationerna i registrerade data. I studien framkom också att de mer erfarna specialisterna tillgodogjorde sig utbildningen i högre utsträckning.

I en undersökning gjord av Riksrevisionen (2013) om kvalitetsregistrens grundläggande syfte att bidra till kvalitetsutveckling inom vården konstaterar utredarna att förutsättningen av användningen av registren är att de har en hög täckningsgrad och att det är god kvalitet på inrapporterad data. Registreringarna sköts av personalen på de enskilda enheterna och incitamentet att registrera hänger samman med uppfattningen om registrets nytta för den egna verksamheten. Utredarnas slutsats är att nyckeln till framgång till stor del beror på möjligheterna att använda registren lokalt i vården. Förutsättningar som bemanning, ekonomi, arbetsmiljö, chefers engagemang och lokala rutiner har stor inverkan på hur registren uppfattas lokalt. Granskningen visar också att beslut om registrens utformning ofta fattas långt från verksamheterna och det upplevs svårt att påverka utformningen. Lokal förankringen är en förutsättning för att registrering ska ske. En annan viktig faktor är att verksamheterna önskar snabb återkoppling. Många läkare upplever att de endast registrerar data utan att få återkoppling och att resultatet inte diskuteras mellan kollegor. Utredarna pekar även på att den låga användningen i verksamheterna också kan bero på chefers ointresse för resultatet från registren (a.a.).

Det finns, som beskrivits ovan, studier på kopplingen mellan organisation, ledarskap och arbetet med att utföra registreringar till kvalitetsregister. Vilket stöd läkare anser att de får från ledning och organisation i det dagliga arbetet med att registrera kvalitetsdata är utifrån författarens vetskap ett relativt outforskat område.

## **1.8 Syfte**

Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning läkare anser att de får stöd av ledning och organisation i arbetet med att registrera kvalitetsdata till Svenska Intensivvårdsregistret.

Exempel på områden som studerats (när det gäller stöd) var: utbildning, riktlinjer, instruktioner, IT-system, mål, delaktighet, feedback på utförda registreringar, återkoppling av kvalitetsdata, belöningar, konsekvenser, stödfunktioner i organisationen, resurser, arbetsmiljö, kultur och förebilder.



## 2 Metod

Utifrån syftet har en kvantitativ studie i form av en enkätundersökning genomförts för att nå en så stor grupp som möjligt. Metoden kan visa hur olika kvantitativa variabler fördelar sig inom olika grupper. Det är också en metod där resultatet kan säga något om stora grupper, även om en mindre grupp undersöks. En kvantitativ undersökning ger också svar på bredden vilket innebär att flera områden kan undersökas samtidigt (Eliasson, 2013).

### 2.1 Datainsamling

Utifrån syftet har en litteratursökning genomförts för att samla in relevant information till bakgrunden. Sökning har gjorts i olika databaser via sökmotorerna: research och Google Scholar samt artikelsökning i databaserna PubMed, Swe-Med+ samt Web of Science. Sökorden som användes var: Ledarskap, kvalitetsregister, kvalitetsarbete, leadership, quality registry, Quality of Health Care, Quality Indicators Health Care, medicine.

Datainsamlingen till studien utfördes genom utskick av en webbenkät, se bilaga 2. Enkäten är utformad med hjälp av Webbenkater.com och skickades ut via e-post. För att minska förekomsten av att en deltagare kan göra en enkät flera gånger låstes deltagarens webbläsarsessions-ID då en cookie automatiskt laddades ned efter att deltagaren svarat på enkäten. Detta förfarande minskar förekomsten av dubbla svar (Trost, 2012). Enkäten var öppen i tre veckor och för att minska bortfallet skickades tre påminnelser ut. Programmet möjliggjorde att påminnelser endast skickades till de personerna som inte hade svarat.

I enkäten användes i huvudsak frågor och påståenden med slutna svarsalternativ. Fördelen med slutna frågor är att respondenten lämnar användbara svar utifrån enkätens utgångspunkter och att många tycker att slutna frågor är lättare att besvara vilket kan bidra till att svarsfrekvensen ökar (Eliasson, 2013). Nackdelen kan dock vara att vissa svarsalternativ missas för att respondenterna inte tycker svarsalternativet stämmer överens med deras åsikter. För att minska den risken hade ett fåtal frågor möjlighet för respondenten att skriva ett kort svar samt att ett fåtal frågor hade flervalsalternativ (Eliasson, 2013).

### 2.2 Utveckling av enkäten

Då det inte fanns någon validerad enkät att tillgå utformades en enkät med frågor utifrån den teoretiska referensramens fyra perspektiv (Bolman & Deal, 2012). Som inspiration användes även en enkät som använts vid tre tillfällen för

undersökning av läkares arbete med sjukskrivning vilket har många paralleller med det aktuella området (Karolinska Institutet, 2013). Den färdiga enkäten bestod av 21 huvudfrågor och vissa av frågorna bestod av flera påståenden inom samma område. Frågorna var inte obligatoriska. De första frågorna bestod av bakgrundsuppgifter som kön, ålder, utbildningsnivå och avdelning för att få en uppfattning om vilka som svarat på enkäten. Sedan följde frågor utifrån det strukturella perspektivet t.ex. om hur ofta registrering utförs, och i vilket sammanhang, anledning till varför vissa läkare inte registrerar, om avdelningen har riktlinjer och skriftliga instruktioner för registreringar, hur IT-stödet uppfattas, utbildning i att registrera samt om mål kopplat till registrering finns. De frågor som rörde HR-perspektivet handlade om stöd i organisationen, delaktighet i beslut som rör arbetet med att registrera, belöningar och konsekvenser, feedback och återkoppling på införd data. För att täcka in det politiska perspektivet fanns frågor om stöd från olika nivåer i organisationen, belöningar, konsekvenser, resurser och konflikter. Under det symboliska perspektivet behandlades frågor om rådande kultur på avdelningen vad gäller arbetet med att registrera samt förekomster av förebilder bland kollegor och chefer.

Frågorna i enkäten bestod av både dikotoma variabler (kön, endast ja eller nej som svarsalternativ), ordinalvariabler (svaren är utformade som en rangordningsskala) och nominalvariabler (svaren går inte att rangordna). Enligt Trost (2012) är rangordningsskalor exempel på ordinalvariabler och används ofta inom beteende- och samhällsvetenskapliga undersökningar. Det fanns flera frågor i enkäten som täckte in samma område, så att en jämförelse av svaren har kunnat göras. För att öka validiteten har en pilotundersökning utförts. Enkäten skickades först till fyra personer som svarade på enkäten och gav synpunkter på frågorna och utformningen. Efter den första pilotundersökningen korrigerades enkäten något. Sedan skickades den till två andra personer som också förmedlade värdefulla åsikter och ytterligare justeringar gjordes. Pilotundersökningar kan ge besked om hur en enkät fungerar, om svarsalternativen uppfattas som relevanta eller om en enkät innehåller frågor som är otydliga och kan missförstås. Pilotundersökningen utfördes för att kunna komplettera enkäten med sådant som deltagarna i pilotundersökningen påpekat (Eliasson, 2013).

Enligt Trost (2012) kan man särskilja fyra komponenter inom begreppet reliabilitet: *Kongruens* som handlar om likhet mellan frågor som handlar om samma sak, *Precision* som vid användning av enkäter innebär att den typografiska utformningen ska vara genomtänkt så att det är lätt att fylla i enkäten, *Objektivitet* vid kodning och inläsning av enkäten så att svaren blir registrerade på samma sätt och *Konstans* vilket innebär att det inte ska spela någon roll när i tid deltagaren fyller i enkäten. Enkäten är utformad efter dessa hållpunkter och försök har gjorts att uppfylla de grundläggande delarna.

## 2.3 Urval

Studiepopulationen utgjordes av alla läkare som arbetar på fyra olika intensivvårdsavdelningar på flera sjukhus i Stockholm och som förväntas registrera kvalitetsdata. Avdelningarna använder samma IT-stöd för att registrera och skicka in data till registret, vilket gör att förutsättningen vad gäller tekniskt stöd är densamma. Inklusionskriterierna var de läkare som arbetar på intensivvårdsavdelningen och vilka alla förväntas att registrera kvalitetsdata. Läkare som är anställda på verksamheten men som inte tjänstgör på intensivvårdsavdelningen samt läkare med ledningsansvar inkluderades inte. Läkarna identifierades av chefer eller andra personer på verksamheterna som har kännedom om vilka som uppfyllde kraven för att delta. Detta resulterade i att enkäten skickades till totalt 230 läkare. Sekreterare på verksamheterna har bistått med namn och e-postadresser.

## 2.4 Svarsfrekvens

Avdelningarna var olika stora och på grund av det varierade antalet läkare som fick enkäten på varje avdelning. Uppgifter på fördelningen på ålder och utbildningsnivå i urvalet fanns inte att tillgå. Det var totalt 120 läkare som svarade vilket innebar en svarsfrekvens på 52,2 % med en ojämn fördelning mellan de olika avdelningarna. Det råde inga större skillnader mellan svarsfrekvenserna utifrån kön.

Tabell 1 Svartsfrekvens uppdelat på kön, ålder, utbildningsnivå och avdelning samt om läkaren utför registreringar eller inte.

	Studiepopulation (n=230)	Alla svarande (n=120)	Svartsfrekvens %	Registrerar (n=105)	Registrerar ej (n=15)
<b>Avdelning</b>					
Avdelning 1	75	30	38,7%	28	2
Avdelning 2	90	45	50,0%	42	3
Avdelning 3	31	25	80,6%	24	1
Avdelning 4	34	20	58,8%	11	9
Totalt:	230	120	52,2%	105	15
<b>Kön</b>					
Man	132	71	53,8%	60	11
Kvinna	98	49	50,0%	45	4
<b>Ålder</b>					
<40 år		49		42	7
>40 år		71		63	8
<b>Utbildningsnivå</b>					
Underläkare		2		0	2
ST-läkare		32		26	6
Specialist		86		79	7

## 2.5 Analysmetod

Rådata togs ut i form av en Excel-fil från Webbenater.com. Enkätsvaren har analyserats med deskriptiva statistiska analysmetoder. Då syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning läkare anser att de får stöd av ledningen och organisationen i arbetet med att registrera kvalitetsdata har beräkningar av frekvens och procentsatser gjorts. Resultaten presenteras i text samt i frekvenstabeller och/eller i diagram. Enligt Bryman & Nilsson (2011) kan frekvenstabeller användas för den typ av variabler som ingår i enkäten. För beräkningar av signifikanta skillnader mellan olika grupper (kön, utbildningsnivå och avdelning) har i första hand Fisher's exakta test i fyrfältstabeller använts. Då det inte har varit tillämpligt har Pearson's Chi-två-test använts. Statistiska signifikanta skillnader bestämdes till  $p$ -värde  $< 0,05$ . Dessa test för beräkning av signifikans är det värde som kan användas vid nominalvariabler (Eliasson, 2013). För att möjliggöra beräkningar för signifikans har vissa svarsalternativ dikotomiserats till två svarsalternativ. Svarsalternativen har dikotomiserats så att tudelningen innebär att de svarsalternativ som innebär t.ex. stöd i hög eller ganska hög grad jämförs med stöd i viss grad eller inget stöd alls. Svarsalternativet "Vet ej" har exkluderats ur beräkningarna för signifikans. För statistiska analyser har IBM SPSS Statistics version 22 använts. För att möjliggöra generalisering till hela populationen har konfidensintervall på 95 % beräknats manuellt för vissa resultat. Diagram och tabeller är skapade i Microsoft Office Excel 2007.

## 2.6 Etiska aspekter

Verksamhetscheferna på de fyra intensivvårdsavdelningarna tillfrågades om tillstånd för att skicka ut enkäten till alla läkare och de gav sitt godkännande. Deltagandet för läkarna var frivilligt och respondenterna har garanterats full anonymitet vilket även beskrevs i enkätinformationen. Genom att svara på enkäten godkände deltagarna att vara med i studien, inget separat skriftligt godkännande har skrivits. En försäkran om anonymitet kan höja svarsfrekvensen och göra respondenterna mer benägna att besvara frågorna i enkäten (Eliasson, 2013). I programmet för Webbenkäten var inställningen för anonymitet aktiverad vilket innebär att deltagarna garanteras full anonymitet.

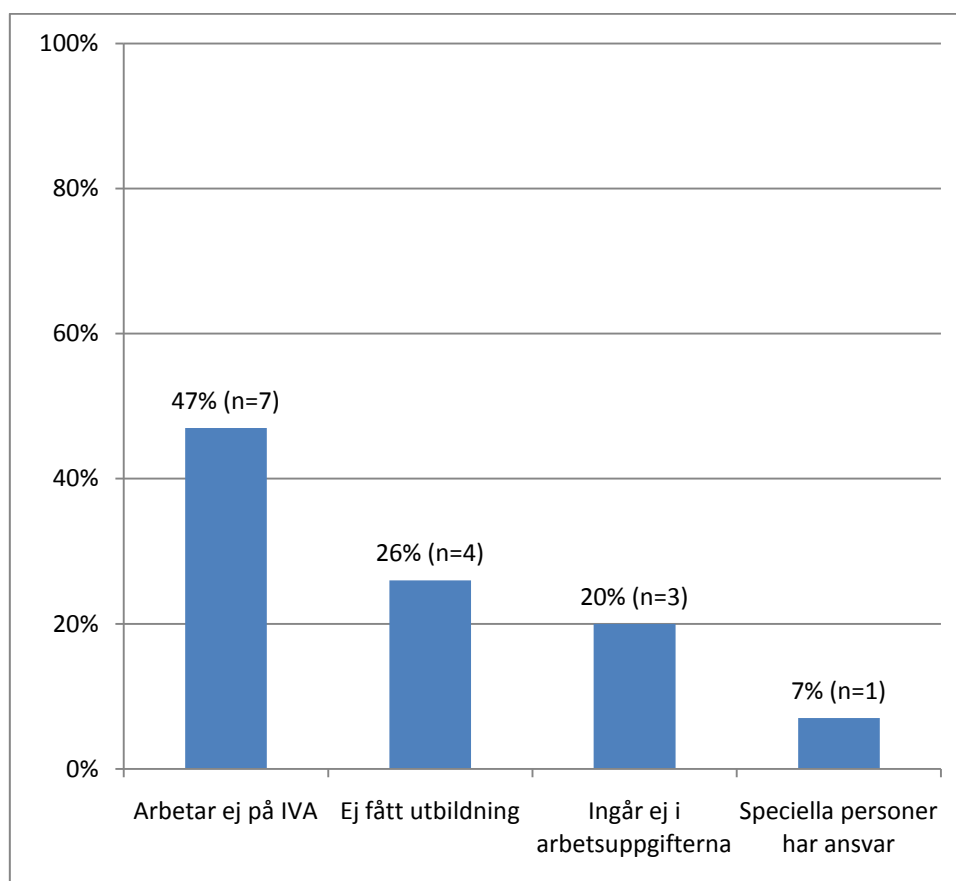
## 2 Resultat

Resultatet presenteras i fem avsnitt; bakgrundsuppgifter samt utifrån referensramen indelat i de fyra perspektiven.

### 3.1 Bakgrundsuppgifter

#### 3.1.1 Respondenter som inte registrerar kvalitetsdata

Resultatet visade att 12,5 % av läkarna (n=15) uppgav att de inte utför registrering av kvalitetsdata inom intensivvården. Den främsta anledningen var att de aldrig/sällan arbetar på intensivvårdsavdelningen utan på annan verksamhet inom kliniken (Figur 1). Andra orsaker var att de saknar utbildning i att registrera, att det inte ingick i deras arbetsuppgifter eller att registreringarna utfördes av speciella personer på avdelningen. För de 15 läkare som svarade att de aldrig utförde registreringar avslutades enkäten efter den frågan eftersom de inte uppfyllde inklusionskriterierna.



Figur 1 Andel läkare (%) som angett respektive anledning till varför de inte utför registreringar av kvalitetsdata (n=15).

### 3.1.2 Fördelning av kön, ålder, utbildningsnivå samt avdelning

Andelen män var 57 % och andelen kvinnor var 43 %. Åldersfördelningen varierade mellan avdelningarna. När det gäller utbildningsnivå var majoriteten, 75 %, specialistläkare.

Tabell 2 Fördelning i antal och procent; kön, ålder samt utbildningsnivå per avdelning (n=105).

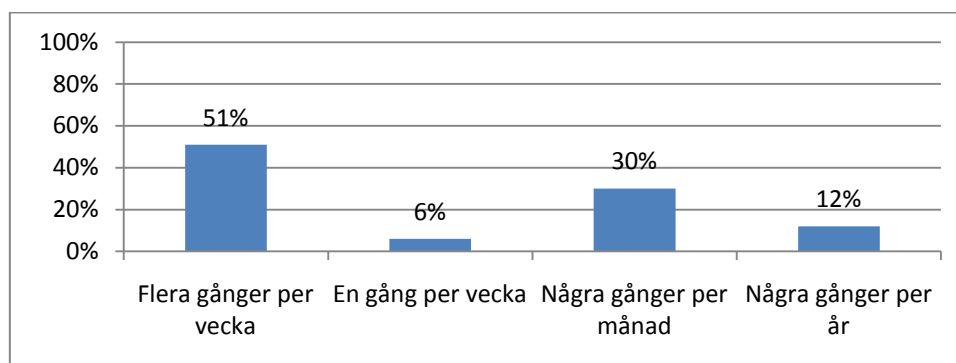
	<b>Avd 1 antal (%)</b>	<b>Avd 2 antal (%)</b>	<b>Avd 3 antal (%)</b>	<b>Avd 4 antal (%)</b>	<b>Alla avd antal (%)</b>
<b>Kön</b>					
<b>Män</b>	13 (12 %)	27 (26 %)	12 (11 %)	8 (8 %)	60 (57 %)
<b>Kvinnor</b>	15 (14 %)	15 (14 %)	12 (11 %)	3 (3 %)	45 (43 %)
<b>Totalt</b>	28 (27 %)	42 (40 %)	24 (23 %)	11 (10 %)	105 (100 %)
<b>Ålder</b>					
<b>&lt; 40 år</b>	11 (10 %)	24 (23 %)	5 (5 %)	2 (2 %)	42 (40 %)
<b>&gt; 40 år</b>	17 (16 %)	18 (17 %)	19 (18 %)	9 (9 %)	63 (60 %)
<b>Totalt</b>	28 (26 %)	42 (40 %)	24 (23 %)	11 (10 %)	105 (100 %)
<b>Utbildnings- nivå</b>					
<b>ST-läkare</b>	8 (8 %)	17 (16 %)	1 (1 %)	0 (%)	26 (25 %)
<b>Specialist</b>	20 (19 %)	25 (24 %)	23 (22 %)	11 (10 %)	79 (75 %)
<b>Totalt</b>	28 (27 %)	42 (40 %)	24 (23 %)	11 (10 %)	105 (100 %)

## 3.2 Det strukturella perspektivet

I det här avsnittet presenteras registreringsfrekvens och tidpunkt för registrering av kvalitetsdata. Här redovisas även hur läkarna uppfattade att ledning och organisationen ger stöd i arbetet med att registrera kvalitetsdata genom t.ex. förekomst av instruktioner och riktlinjer, utbildning och IT-stöd samt mål för verksamheten.

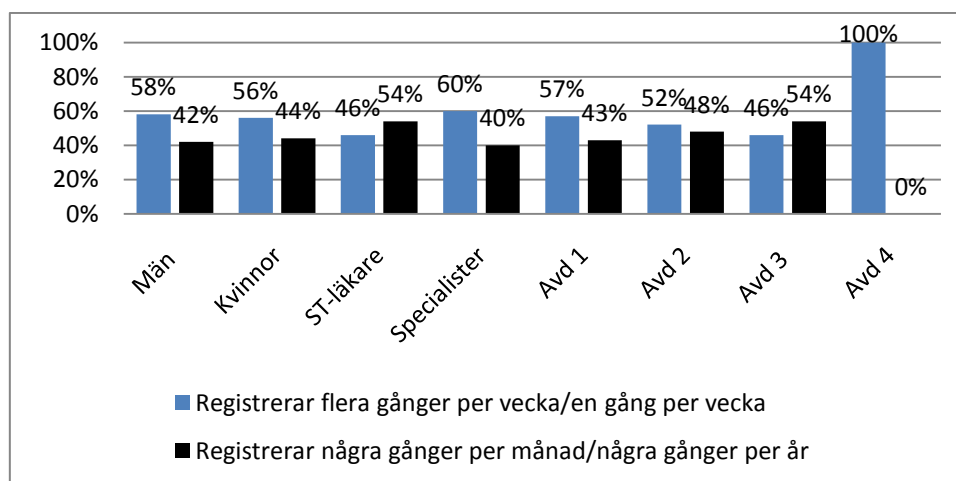
### 3.2.1 Registreringsfrekvens av kvalitetsdata

Hur ofta läkarna registrerar data till kvalitetsregister varierade och resultatet visade att majoriteten av läkarna, 51 % (95 % CI 41-61 %), svarade "Flera gånger i veckan" (Figur 2).



Figur 2 Andel läkare (%) som uppgav registreringsfrekvens av kvalitetsdata (n=105).

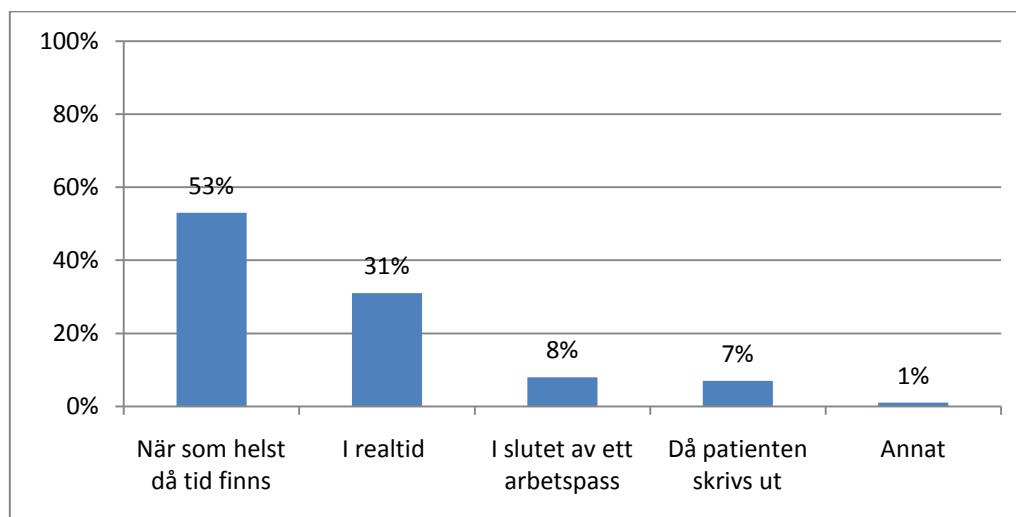
Inga signifikanta skillnader konstaterades vad gäller registreringsfrekvens utifrån kön eller utbildningsnivå (Tabell 3). Däremot fanns det skillnader på avdelningsnivå. Alla 11 läkare på Avdelning 4 uppgav att de registrerar "En gång per vecka" alt. "Flera gånger per vecka" (Figur 3).



Figur 3 Andel läkare (%) som uppgav respektive registreringsfrekvens av kvalitetsdata "flera gånger per vecka"/"en gång per vecka" jämfört med "några gånger per månad"/"några gånger per år" (n=105).

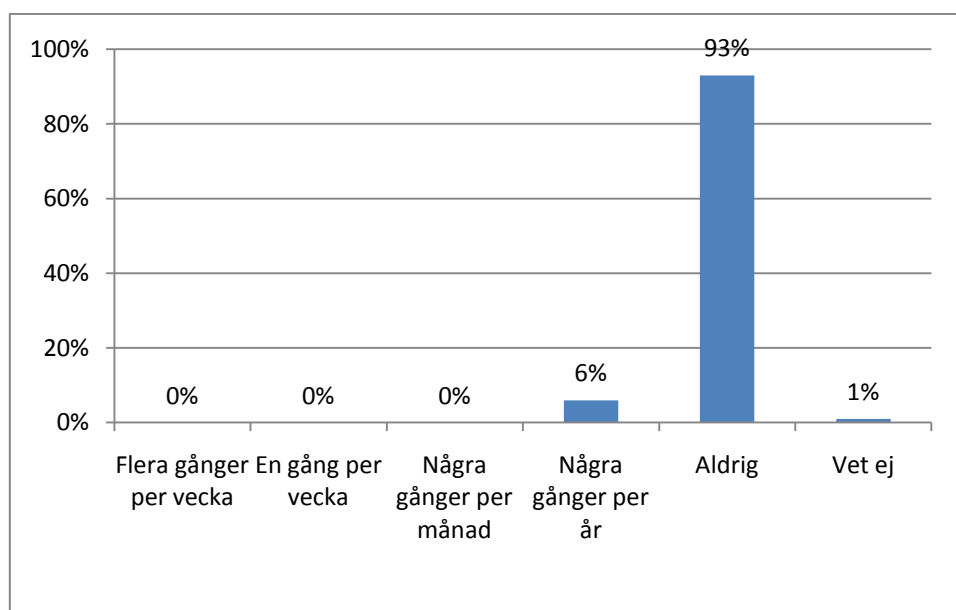
### 3.2.2 Tidpunkt för registrering av kvalitetsdata

På frågan om när själva registreringarna utförs svarade majoriteten, 53 % (95 % CI 43-63 %), av läkarna att det utförs "När som helst då tid finns" följt av "I realtid" (31 %). Tre läkare valde att svara "Annat". Två av dem angav "På jourtid" och "I realtid + vid utskrivning + i slutet av ett arbetspass + när som helst då tid finns". De redovisas här i gruppen "När som helst då tid finns". En läkare angav "Vid forskning" och redovisas här under gruppen "Annat" (Figur 4).



Figur 4 Andel läkare (%) som uppgav respektive tidpunkt för registrering av kvalitetsdata (n=105).

På frågan om läkarna har särskild tid avsatt för att registrera svarade majoriteten, 93 % (95 % CI 88-98 %) "Aldrig" (Figur 5). Inga signifikanta skillnader noterades utifrån kön eller utbildningsnivå (Tabell 3).

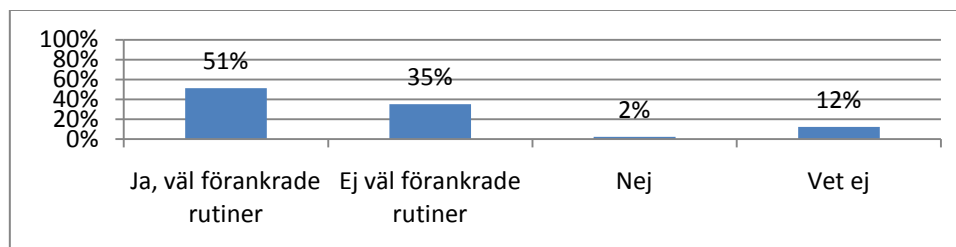


Figur 5 Andel läkare (%) som uppgav hur ofta de har särskild tid avsatt för att utföra registreringar av kvalitetsdata (n=101).



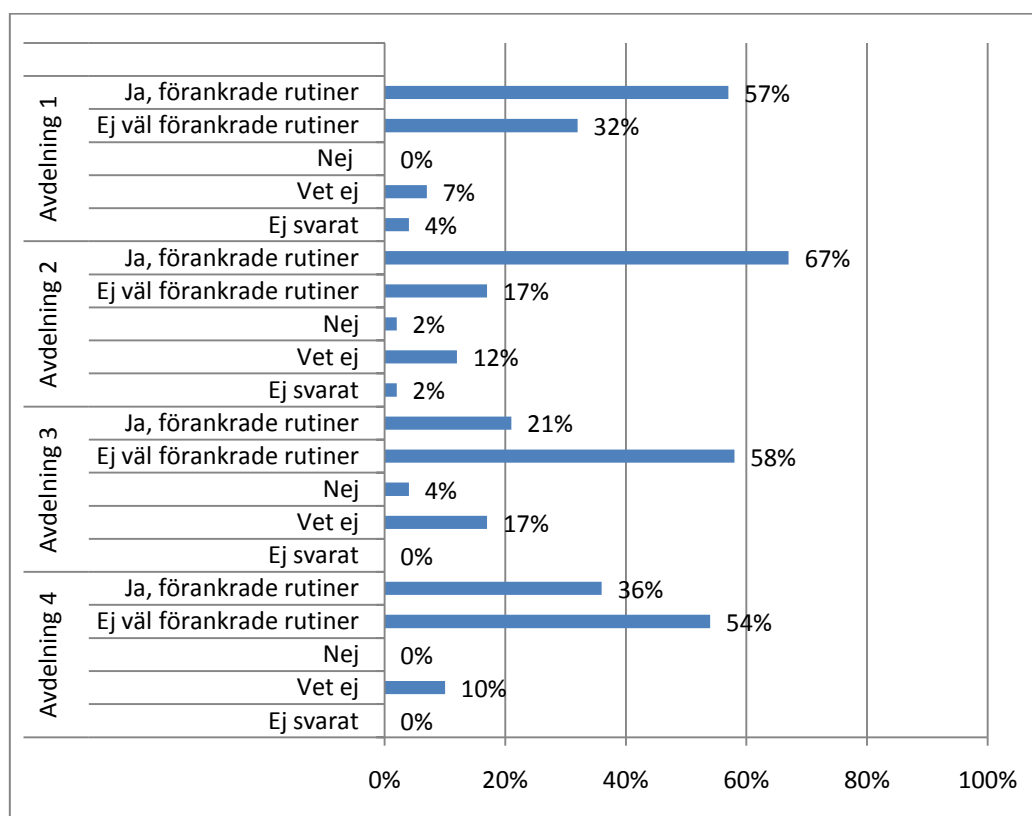
### 3.2.3 Riktlinjer och instruktioner för registrering av kvalitetsdata

Läkarna tillfrågades om avdelningarna har rutiner som beskriver hur, när och av vem registreringarna ska utföras och det framkom att 51 % av läkarna ansåg att det finns väl förankrade rutiner, medan 35 % menade att det finns rutiner som inte är väl förankrade. Det var 12 % av läkarna som inte kände till om avdelningen har rutiner (Figur 6).



Figur 6 Andel läkare (%) som ansåg att verksamheterna har rutiner angående registreringar av kvalitetsdata (n=103).

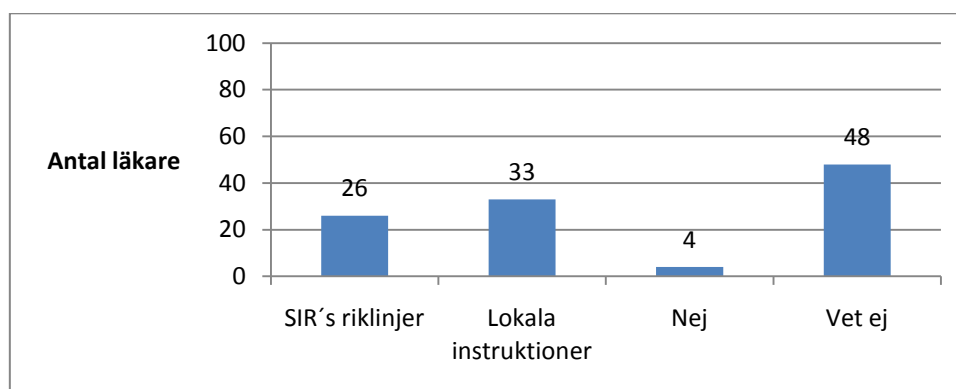
När det gäller fördelningen mellan män och kvinnor samt mellan ST-läkare och specialistläkare om de ansåg att avdelningen hade förankrade rutiner fanns det inga signifikanta skillnader (Tabell 3). Resultatet visade dock på signifikanta skillnader mellan de olika avdelningarna (Tabell 3) där främst Avdelning 2 (67 %) utmärkte sig som den verksamhet där läkarna ansåg att verksamheten har väl förankrade rutiner. På Avdelning 3 och Avdelning 4 ansåg istället majoriteten att rutinerna inte är väl förankrade (Figur 7).



Figur 7 Andel läkare (%) per avdelning som ansåg att verksamheterna har rutiner angående registreringar av kvalitetsdata (n=105).

### 3.2.4 Skriftliga instruktioner för registrering av kvalitetsdata i IT-systemet

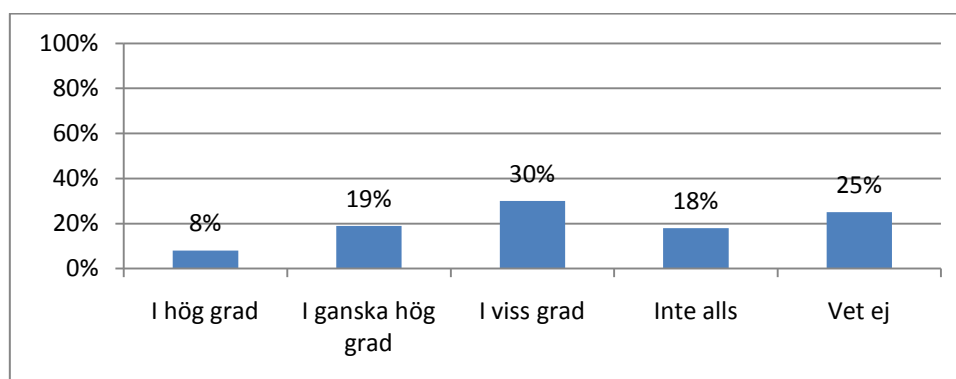
Resultatet visade att 48 av 103 läkare (47 %) inte känner till om det finns skriftliga instruktioner för hur registreringarna ska utföras i det IT-system som används på alla fyra avdelningarna. Det var 26 läkare (25 %) som angav att SIR's riktlinjer finns att tillgå och 33 läkare (31 %) svarade att det finns lokala riktlinjer. På frågan om avdelningarna har skriftliga instruktioner för hur registreringen ska utföras i IT-systemet fanns det möjlighet att ange flera svarsalternativ så flera läkare kan ha svarat att det finns både riktlinjer både från SIR och lokala riktlinjer (Figur 8).



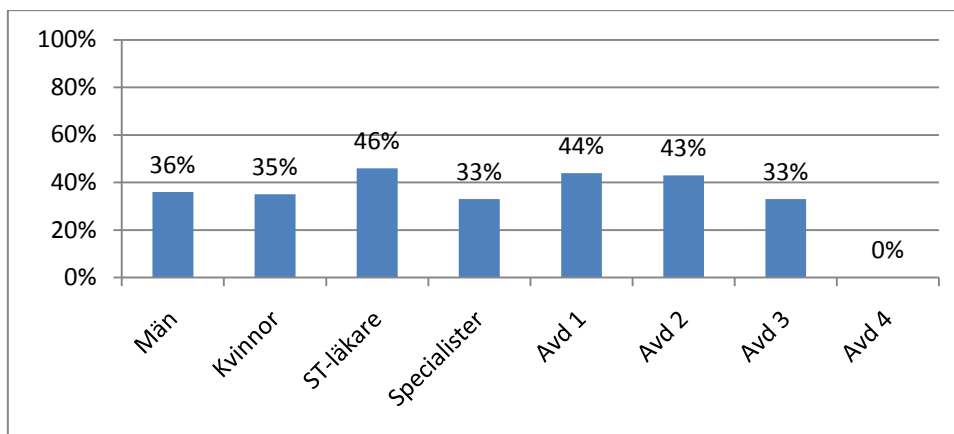
Figur 8 Antal läkare som svarade om verksamheterna har skriftliga instruktioner för registreringar av kvalitetsdata i IT-systemet (n=103). Flera svarsalternativ möjliga

### 3.2.5 IT-system för registrering av kvalitetsdata

På frågan om i vilken grad IT-systemet underlättar arbetet med att registrera kvalitetsdata varierar svaren (Figur 9). Inga stora skillnader konstaterades mellan män och kvinnor eller mellan ST-läkare och specialistläkare. Skillnader noterades mellan avdelningarna, skillnaderna var dock inte signifikanta (Tabell 3). Ingen av läkarna på avdelning 4 svarade att IT-systemet underlättar "i hög grad" eller "i ganska hög grad" (Figur 10). Noteras bör att i alla grupperna fanns det läkare som svarade att de inte vet om IT-systemet underlättar arbetet (25 %).

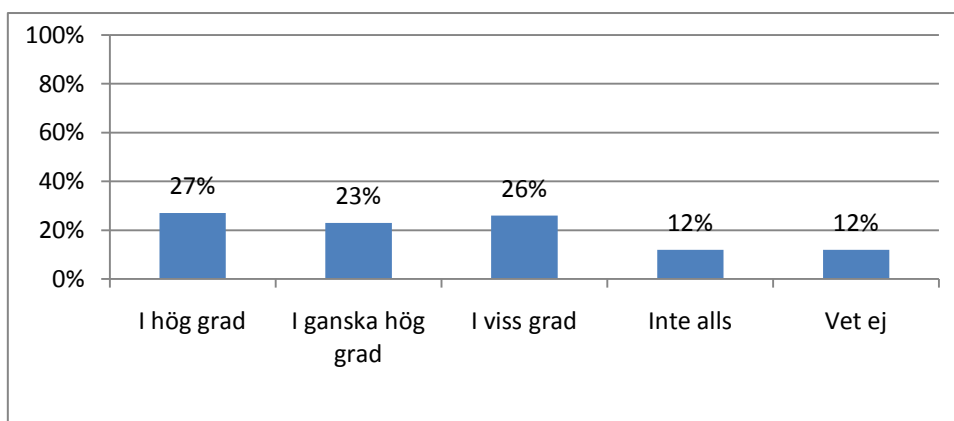


Figur 9 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad IT-systemet underlättar arbetet med att registrera kvalitetsdata (n=101).



Figur 10 Andel läkare (%) som svarade att IT-systemet underlättar arbetet med att registrera kvalitetsdata "i hög grad" eller "i ganska hög grad" (n=101)  
De som svarade "Vet ej" exkluderades (25 %)

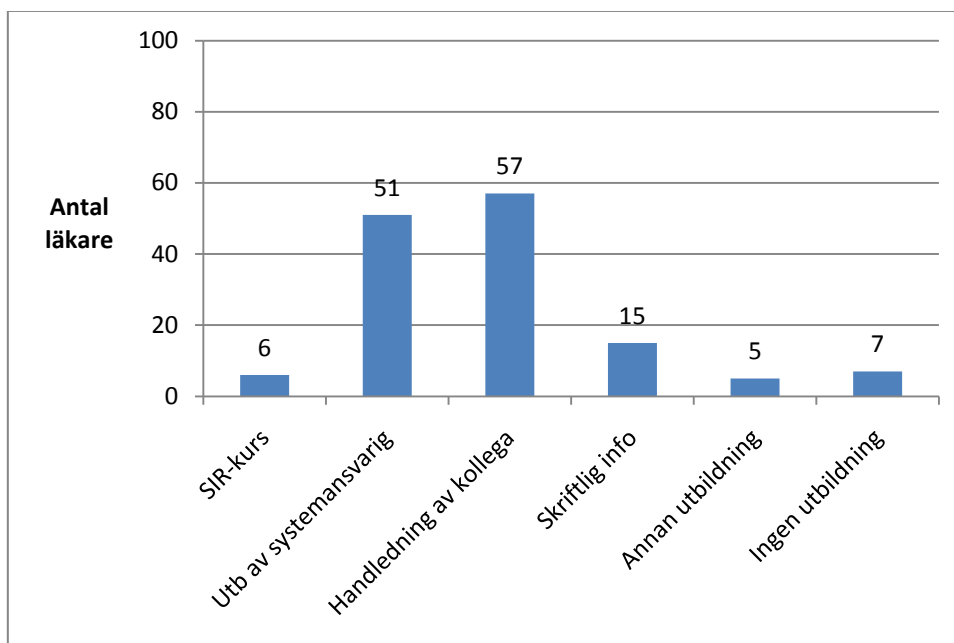
Även läkarnas uppfattning huruvida registrering av kvalitetsdata innebär dubbeldokumentation av information varierade. Totalt 50 % av läkarna menade att registrering av kvalitetsdata innebär dubbeldokumentation "i hög grad" eller "i ganska hög grad" (Figur 11).



Figur 11 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de anser att registreringar av kvalitetsdata innebär dubbeldokumentation (n=102).

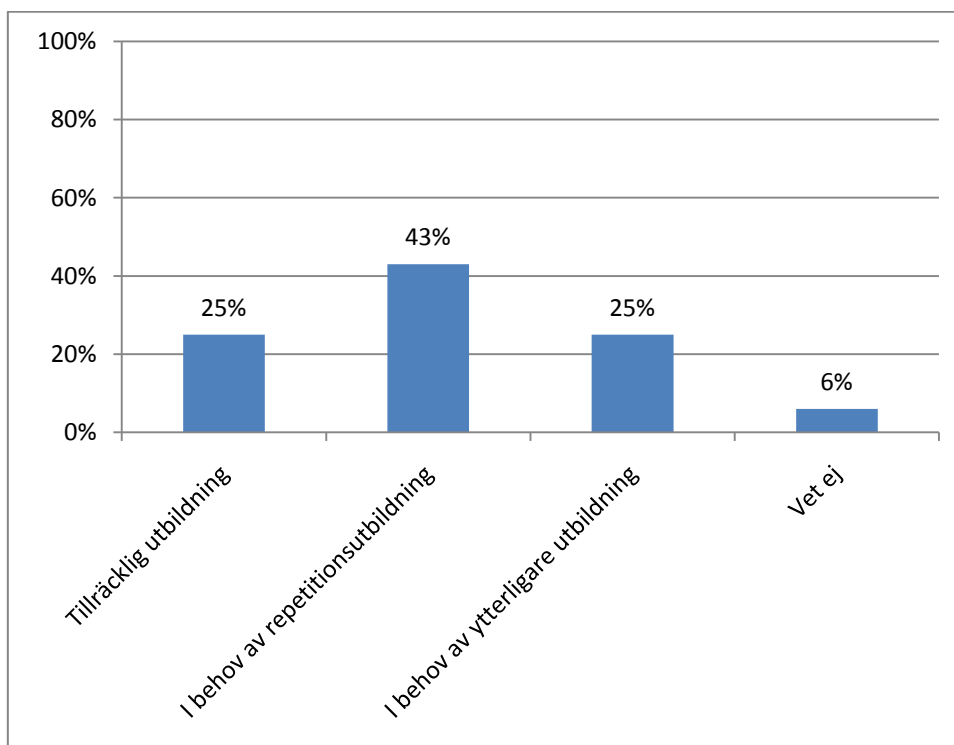
### 3.2.6 Utbildning i att utföra registreringar av kvalitetsdata

På frågan om utbildning var flera svarsalternativ möjliga eftersom vissa läkare kan ha fått flera olika typer av utbildning i att registrera. Det var sex läkare som uppgav att de hade fått utbildning anordnad av SIR, 51 läkare hade fått utbildning av systemansvarig, 57 läkare hade fått utbildning av kollega, 15 läkare hade fått skriftlig information, fem läkare uppgav annan utbildning och sju läkare uppgav att de inte hade fått någon utbildning (Figur 12). Vad gäller skillnader i resultatet utifrån utbildningsnivå noterades att de 6 läkare som hade fått utbildning på kurs anordnad av SIR och de 5 läkare som uppgav annan utbildning samliga var specialistläkare. Mellan de olika avdelningarna noterades inga större skillnader; alla avdelningar har systemansvarig som utbildar och kollegor som handleder. Avdelning 2 utmärkte sig genom att alla läkare som arbetade där uppgav att de hade fått utbildning på något sätt.



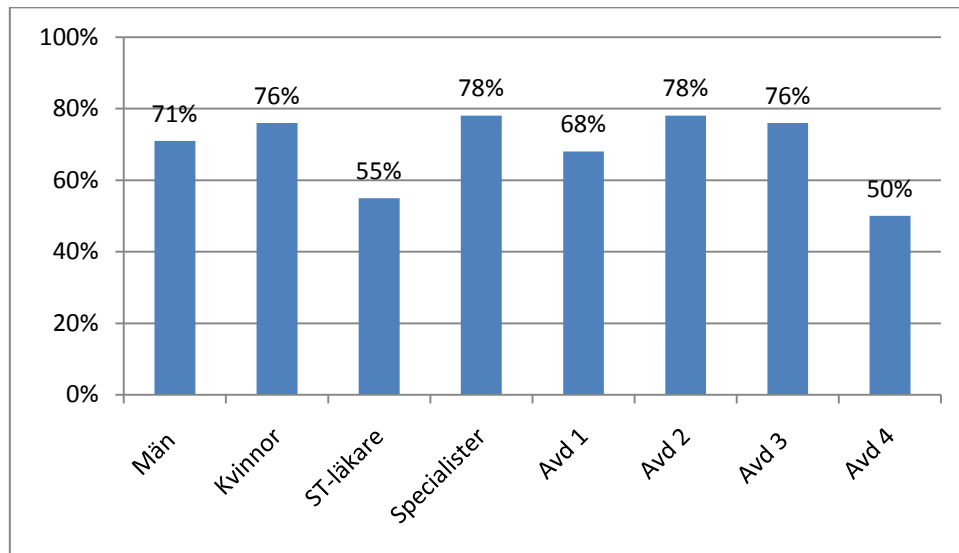
Figur 12 Antal läkare som svarade huruvida de fått utbildning i att registrera kvalitetsdata (n=103). Flera svarsalternativ möjliga.

Till de läkare som svarade att de fått utbildning ställdes frågan om de ansåg att utbildningen varit tillräcklig, så att de kan utföra registreringarna på ett korrekt sätt. Det var 25 % som ansåg att de fått tillräcklig utbildning medan sammanlagt 68 %, (95 % CI 59-77 %), menade att de är i behov av repetition/ytterligare utbildning (Figur 13).



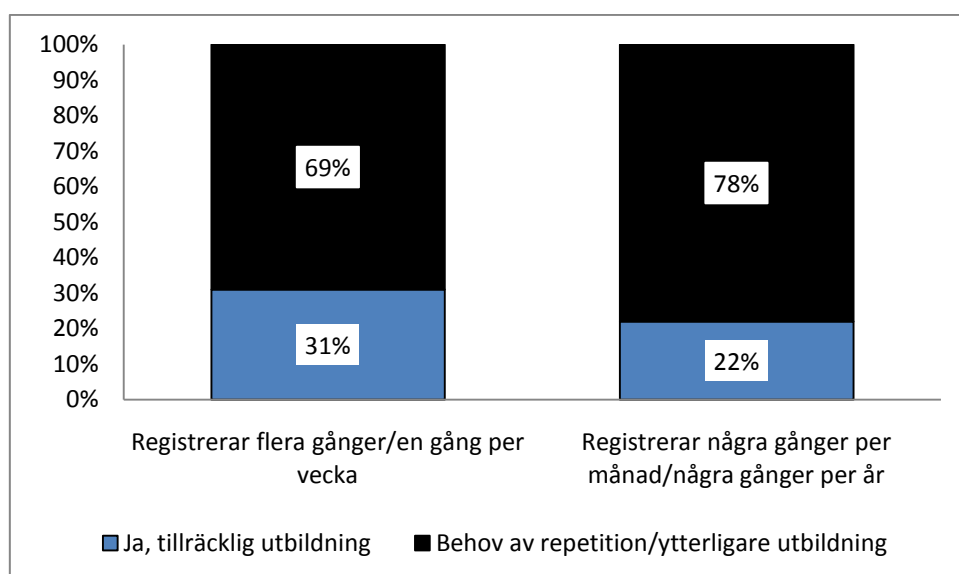
Figur 13 Andel läkare (%) som svarade om de anser att de har fått tillräcklig utbildning för att registrera kvalitetsdata (n=94).

Inga signifikanta skillnader kunde påvisas i resultatet om läkarna ansåg att de hade fått tillräcklig utbildning eller var i behov av repetition/ytterligare utbildning utifrån kön, utbildningsnivå och avdelning (Tabell 3). Dock noterades att specialistläkare (78 %) svarade att de önskar repetition/ytterligare utbildning i högre utsträckning än ST-läkare (55 %) (Figur 14).



Figur 14 Andel läkare (%) som ansåg att de har "behov av repetition"/"ytterligare utbildning" för att registrera kvalitetsdata (n=94). De som svarade "Vet ej" exkluderades (6 %).

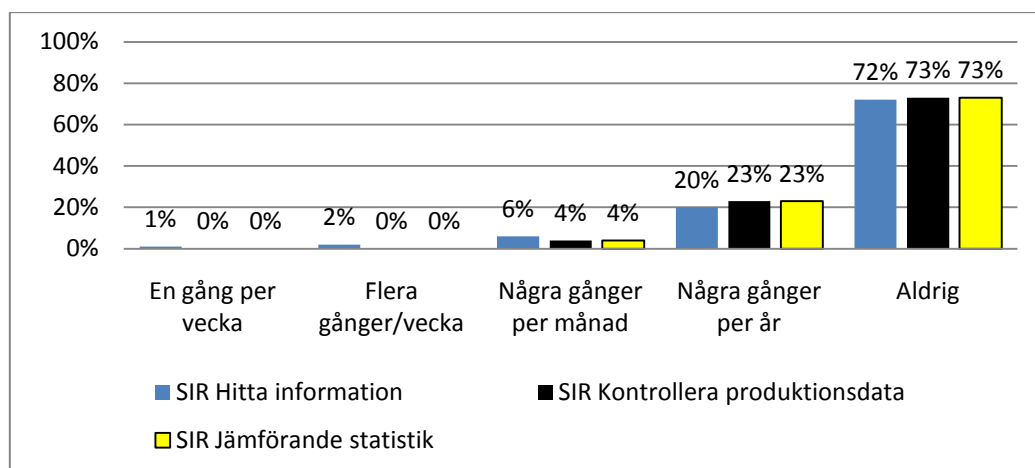
Av de läkare som svarade att de registrerar "Några gånger per månad" och "Några gånger per år" svarade en större andel (78 %) att de har behov av repetition/ytterligare utbildning jämfört med av de läkare som registrerar oftare (69 %) (Figur 15). Skillnaden var dock inte signifikant (Tabell 3).



Figur 15 Andel läkare (%) som ansåg att de har behov "behov av repetition"/"ytterligare utbildning" för att registrera kvalitetsdata utifrån registreringsfrekvens (n=94). De som svarade "Vet ej" exkluderades (6 %).

### 3.2.7 Användning av SIR's hemsida

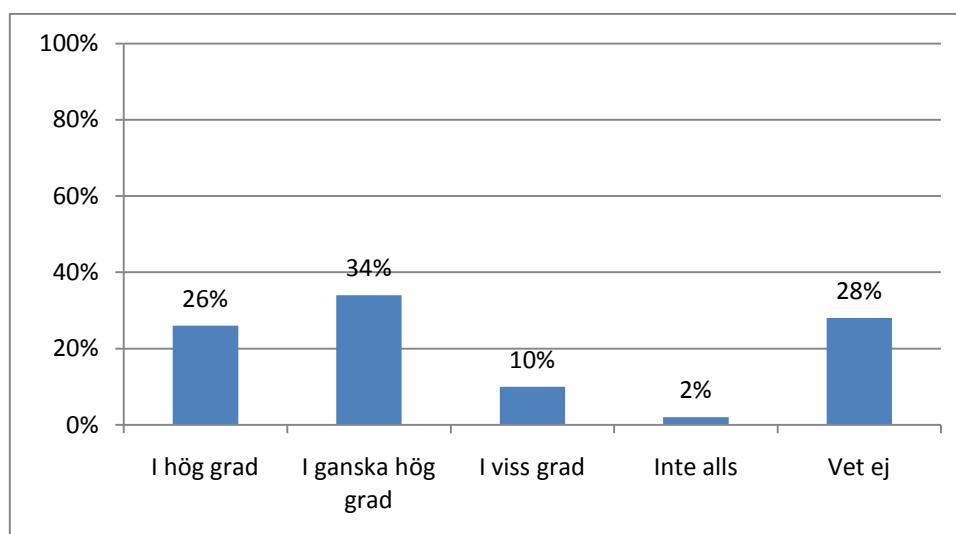
På frågan om hur ofta läkarna använder SIR's hemsida för att söka information och riktlinjer om vad som ska registreras och på vilket sätt registreringarna ska utföras, kontrollera produktions- och kvalitetsdata för sin egen avdelning samt för att kontrollera jämförande statistik mellan olika intensivvårdsavdelningar, visade resultatet att majoriteten, 73 % (95 % CI 84-92 %), aldrig använder SIR's hemsida (Figur 16).



Figur 16 Andel läkare (%) som svarade med respektive frekvens av hur ofta de använder SIR's hemsida för att hitta information, kontrollera produktionsdata samt ta del av jämförande statistik angående kvalitetsdata (n=103).

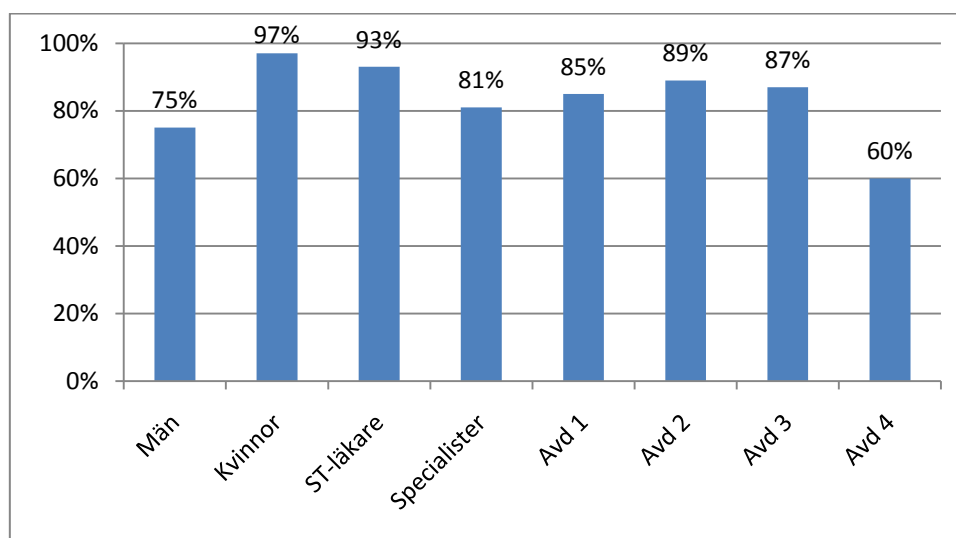
### 3.2.8 Mål som rör kvalitetsdata

Resultatet visade att majoriteten, 60 %, ansåg att verksamheterna har mål som rör kvalitetsdata "I hög grad" eller "I ganska hög grad". Dock var det över en fjärdedel av läkarna som inte kände till om verksamheterna har mål som rör kvalitetsdata (Figur 17).



Figur 17 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de anser att deras verksamhet har mål som rör kvalitetsdata (n=102).

Resultatet visade att det fanns vissa skillnader mellan män och kvinnor, mellan ST-läkare och specialistläkare samt mellan avdelningarna i vilken utsträckning läkarna ansåg att verksamheterna har mål som rör kvalitetsdata (Tabell 3). T.ex. svarade 97 % av kvinnorna att verksamheten har mål jämfört mot 75 % av männen. På Avdelning 4 svarade 60 % av läkarna att de ansåg att verksamheten har mål som rör kvalitetsdata "I hög grad" eller "I ganska hög grad" jämfört med de övriga avdelningarna 85-89 % (Figur 18).



Figur 18 Andel läkare (%) som ansåg att deras verksamhet har mål som rör kvalitetsdata "i hög grad" eller "i ganska hög grad" (n=102). De som svarade "Vet ej" exkluderades (28 %).

Tabell 3 Det strukturella perspektivet, Andel läkare (%) som svarat på respektive fråga, uppdelat på kön, utbildningsnivå och avdelning.

Fråga	Svarsalternativ	p-värde		ST-läkare		p-värde		Avdelning				p-värde
		Män %	Kvinnor %	ST-läkare %	Specialist %	Avd 1 %	Avd 2 %	Avd 3 %	Avd 4 %			
Frekvens	En gång/Några ggr/v	58	56		46	60		57	52	46	100	
	Några ggr/mån/Några ggr/år	42	44	0,843	54	40	0,254	43	48	54	0	0,020*
Särskild tid	Några ggr/år	5	7		0	8		8	2	12	0	
	Aldrig	95	93	0,694	100	92	0,331	92	98	98	100	X
Rutiner	Ja, förankr. rutiner	61	54		63	57		64	78	25	40	
	Ej väl förankr. rutiner/Ej rutiner	39	46	0,524	37	43	0,795	30	22	75	60	0,010*
IT-stöd	Underlättar i hög/ganska hög grad	36	35		46	33		44	43	33	0	
	Underlättar i viss grad/inte alls	64	65	1,000	54	67	0,526	56	57	67	100	0,073
Utbildning	Tillräcklig utbildning	29	24		45	22		32	22	24	50	
	Repetition/ytterligare utbildning	71	76	0,636	55	78	0,051	68	78	78	50	0,386
Mål	Mål i hög/ganska hög grad	75	97		93	81		85	89	87	60	
	Mål i viss grad/inte alls	25	3	X	7	19	X	15	11	13	40	X

\* Signifikant p-värde < 0,05 beräkning med Pearsons Chi-2-test

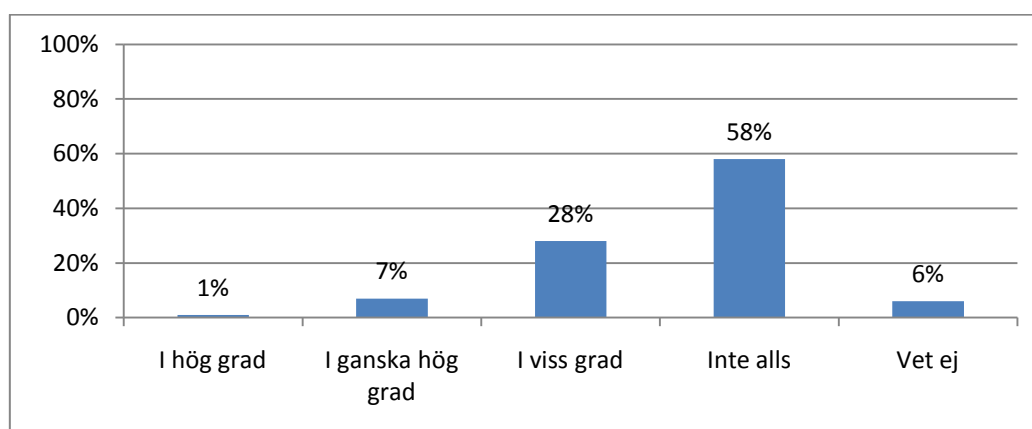
X Beräkning ej möjlig

### 3.3 Human-Resource-perspektivet

I det här avsnittet presenteras resultat som handlade om delaktighet och möjlighet att påverka samt de delar i enkäten som berörde lärande, reflektion och återkoppling.

#### 3.3.1 Delaktighet i beslut som rör registrering av kvalitetsdata

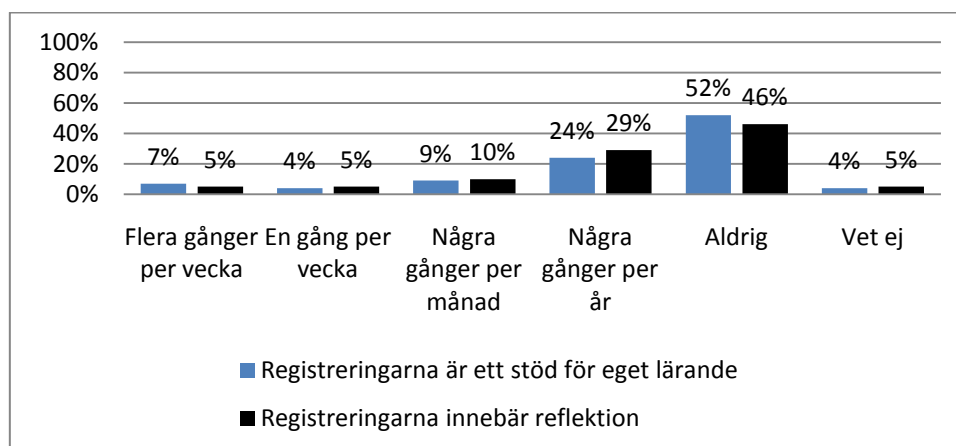
Resultatet visade att 58 %, (95 % CI 48-68 %), av läkarna inte ansåg att de är delaktiga i eller kan påverka de beslut som rör arbetet med att registrera kvalitetsdata (Figur 19). Det inte var någon större skillnad mellan grupperna i frågan om delaktighet och möjlighet att påverka arbetet och de beslut som rör registreringar (Tabell 4).



Figur 19 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de anser att de är delaktiga i eller kan påverka de beslut som rör arbetet med att registrera kvalitetsdata (n=102).

#### 3.3.2 Reflektion och lärande vid registrering av kvalitetsdata

I enkäten fanns två frågor om huruvida registrering av kvalitetsdata innebär ett stöd för eget lärande samt om det ger möjlighet att reflektera över arbetet. Ca hälften av läkarna valde svarsalternativet "Aldrig" på båda frågorna (Figur 20).

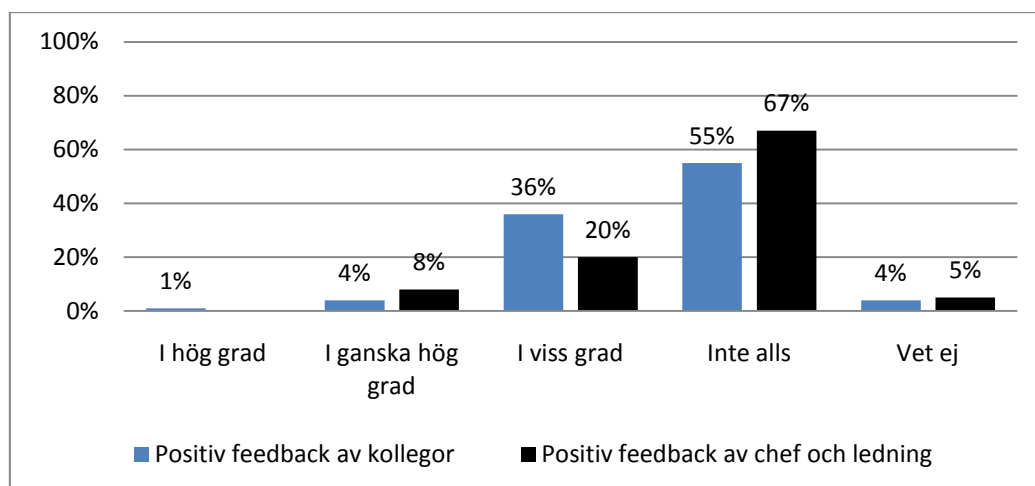


Figur 20 Andel läkare (%) som svarade hur ofta de anser att registreringarna är ett stöd för eget lärande samt innebär reflektion (n=101).



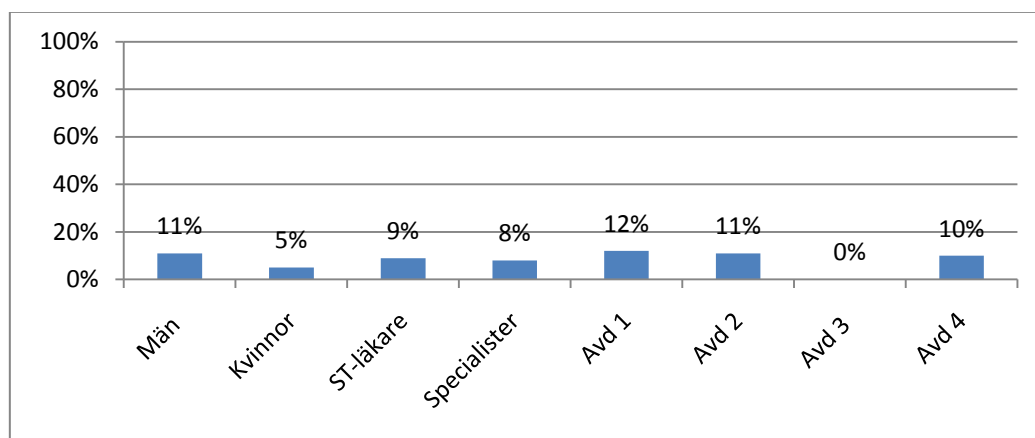
### 3.3.3 Positiv feedback på utförd registrering av kvalitetsdata

Resultatet visade att positiv feedback till läkarna från chef och ledning på utförda registreringar inte förekommer i stor utsträckning. En hög andel, 67 % (95 % CI 58-76 %), av läkarna, ansåg att de inte alls får positiv feedback av chef och ledning på utfört arbete att registrera kvalitetsdata. Läkarna ansåg att positiv feedback kollegor emellan förekommer i något större utsträckning än från chef och ledning (Figur 21).



Figur 21 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att de får positiv feedback av kollegor samt av chef och ledning på utförda registreringar (n=101).

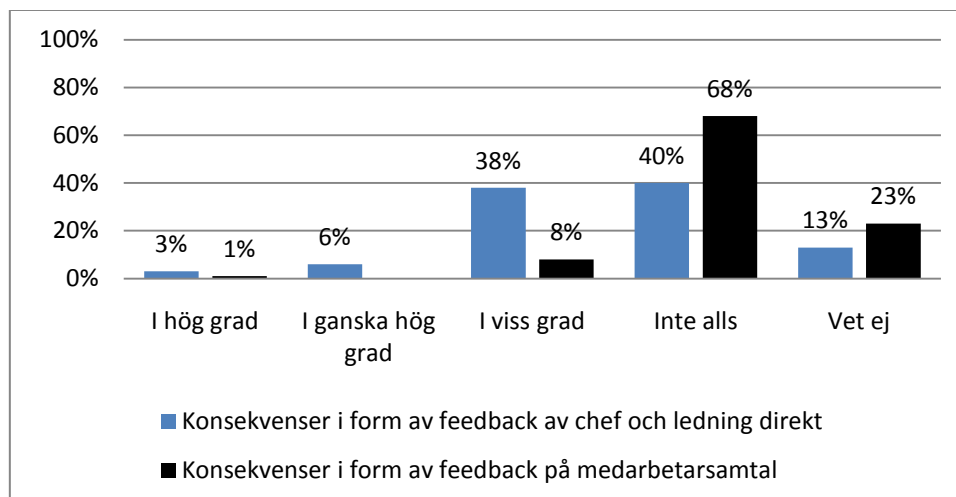
Inga signifikanta skillnader kunde påvisas i resultatet när det gäller positiv feedback från chef och ledning utifrån kön, utbildningsnivå och mellan avdelningarna (Tabell 4). Grupperna visade ett liknande resultat där endast 0-12 % menade att de får positiv feedback av chef och ledning "I hög grad" eller "I ganska hög grad" (Figur 22). Inte heller när det gäller positiv feedback från kollegor kunde signifikanta skillnader påvisas i resultatet utifrån kön, utbildningsnivå och mellan avdelningarna (Tabell 4).



Figur 22 Andel läkare (%) som svarade att de får positiv feedback från chef och ledning på utförda registreringar "i hög grad" eller "i ganska hög grad" (n=101). De som svarade "Vet ej" exkluderades (5 %).

### 3.3.4 Feedback om registrering av kvalitetsdata inte utförs

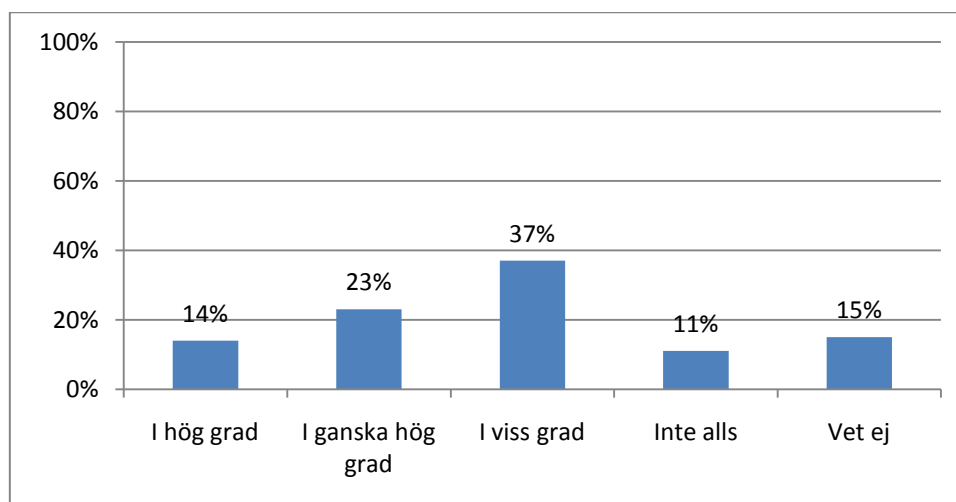
Majoriteten, 68 % (95 % CI 59-77 %), av läkarna svarade att de inte alls får feedback i samband med medarbetarsamtal om registreringar inte utförs/prioriteras. Omkring hälften (47 %) av läkarna ansåg att chef och ledning i någon grad ger feedback direkt medan övriga hälften (53 %) svarade att de inte får feedback direkt eller att de inte vet (Figur 23).



Figur 23 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att de får feedback av chef och ledning direkt samt på medarbetarsamtal om registreringar inte utförs (n=101).

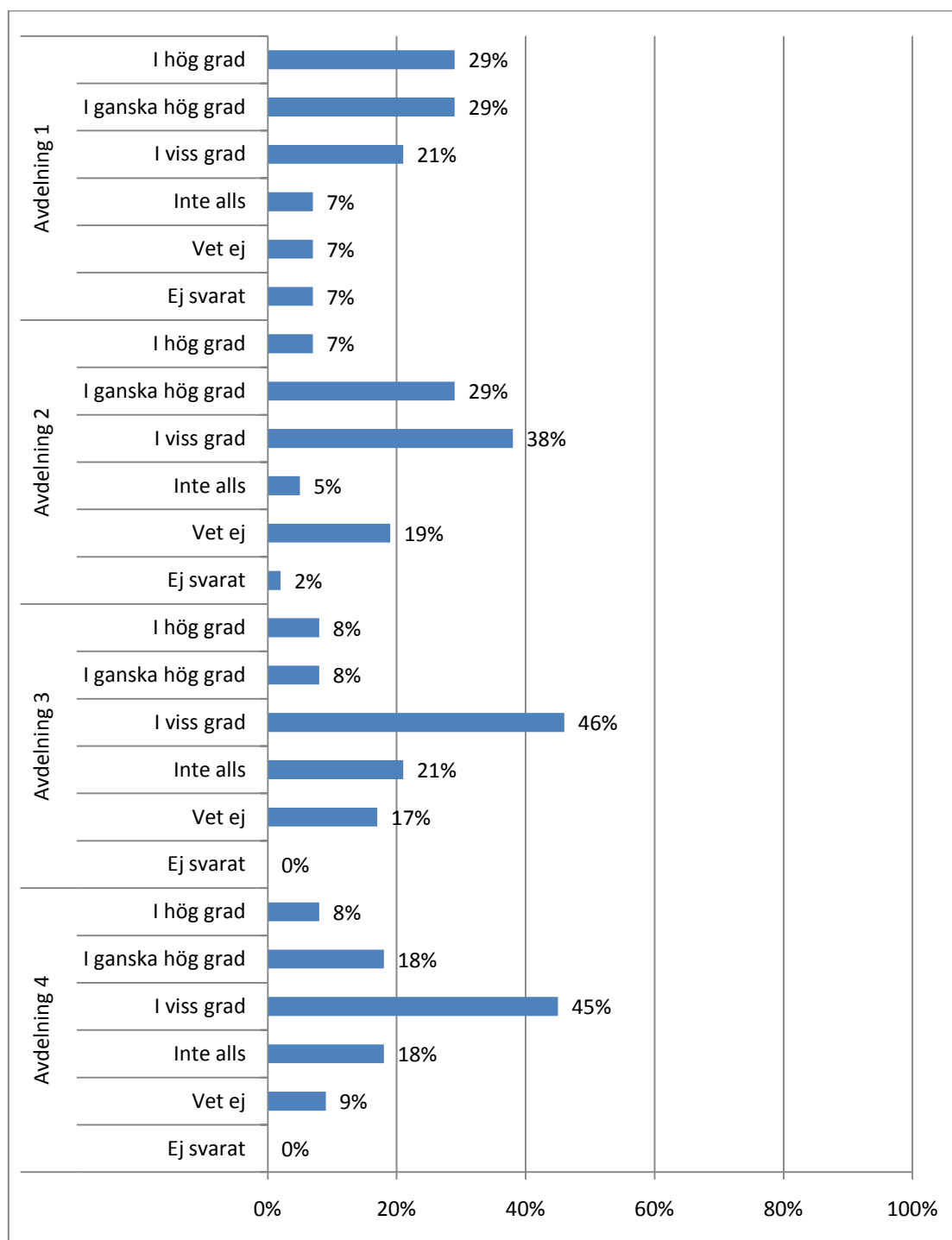
### 3.3.5 Återkoppling på produktions- och kvalitetsdata

Återkoppling på produktion (t.ex. antal vårdtillfällen och utförda åtgärder) samt på införd kvalitetsdata ökar motiveringen till att registrera. Resultatet visade på varierande svar, men 37 % ansåg att läkargruppen får regelbunden återkoppling på produktionsdata "I hög grad" eller "I ganska hög grad". Noteras bör att 15 % svarade "Vet ej" och 11 % "Inte alls", vilket innebär att en fjärdedel av läkarna ansåg att de inte får eller inte kände till om de får återkoppling (Figur 24).



Figur 24 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att de får regelbunden återkoppling på produktions- och kvalitetsdata (n=101).

Resultatet visade en viss variation utifrån kön och utbildningsnivå i vilken utsträckning läkarna uppfattade att de får regelbunden återkoppling i ”I hög grad” eller ”I ganska hög grad” på produktions- och kvalitetsdata. Signifikanta skillnader påvisades mellan avdelningarna (Tabell 4). De var 58 % av läkarna på Avdelning 1 som angav att de får återkoppling ”I hög grad” eller ”I ganska hög grad”. För de övriga avdelningarna var motsvarande resultat; Avdelning 2 36 %, Avdelning 3 16 % och Avdelning 4 26 %. I Figur 25 är läkarna fördelade procentuellt på sin egen avdelning då antalet läkare per avdelning varierar.



Figur 25 Andel läkare (%) per avdelning som svarade i vilken grad de ansåg att de får regelbunden återkoppling på produktions- och kvalitetsdata (n=105).

Tabell 4 HR-prespektivet,  
Andel läkare (%) som svarat på respektive fråga, uppdelat på kön, utbildningsnivå och avdelning.

Fråga	Svarsalternativ	Män	Kvinnor	p- värde	ST- läkare	Specialist	p- värde	Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4	p- värde
		%	%		%	%		%	%	%	%	
<b>Delaktighet</b>	Delaktighet i arbetet med registreringar i hög/ganska hög grad	11	5		0	11		8	10	9	8	
	Delaktighet i arbetet med registreringar i viss grad/inte alls	89	95	X	100	89	X	92	90	91	92	X
<b>Feedback av chef</b>	Feedback av chef i hög/ganska hög grad	11	5		9	8		12	11	0	10	
	Feedback av chef i viss grad/inte alls	89	95	X	91	92	X	88	89	100	90	X
<b>Feedback av kollegor</b>	Feedback av kollegor i hög/ganska hög grad	5	5		9	4		12	3	4	0	
	Feedback av kollegor i viss grad/inte alls	95	95	X	91	96	X	88	97	96	100	X
<b>Återkoppling data</b>	Återkoppling i hög/ganska hög grad	40	49		53	41		67	46	20	30	
	Återkoppling i viss grad/inte alls	60	51	0,512	47	59	0,425	33	54	80	70	0,015*

\* Signifikant p-värde < 0,05 beräkning med Pearsons Chi-2-test

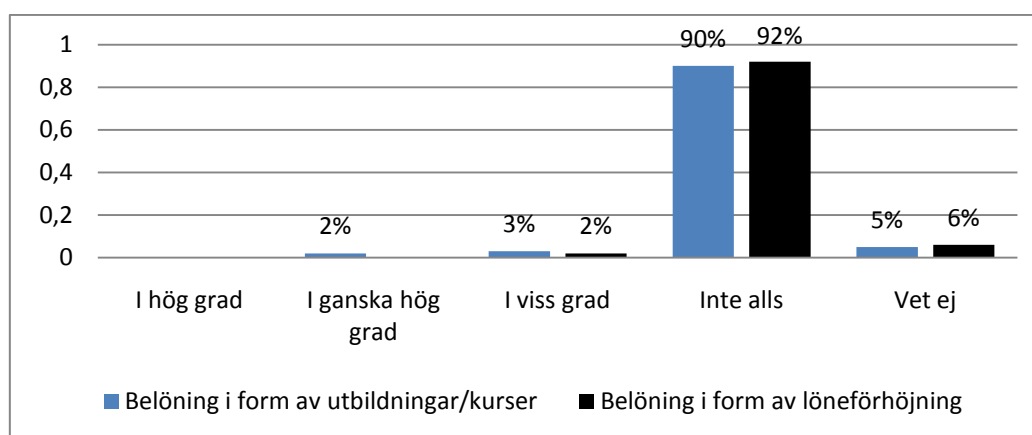
X Beräkning ej möjlig

### 3.4 Det politiska perspektivet

Nedan presenteras resultatet som berörde belöningar, konsekvenser, stöd från olika nivåer i organisationen, fördelning av resurser samt om arbetet med att registrera kvalitetsdata påverkar arbetsmiljön och är upphov till eventuella konflikter inom arbetsgruppen.

#### 3.4.1 Belöningar i samband med registrering av kvalitetsdata

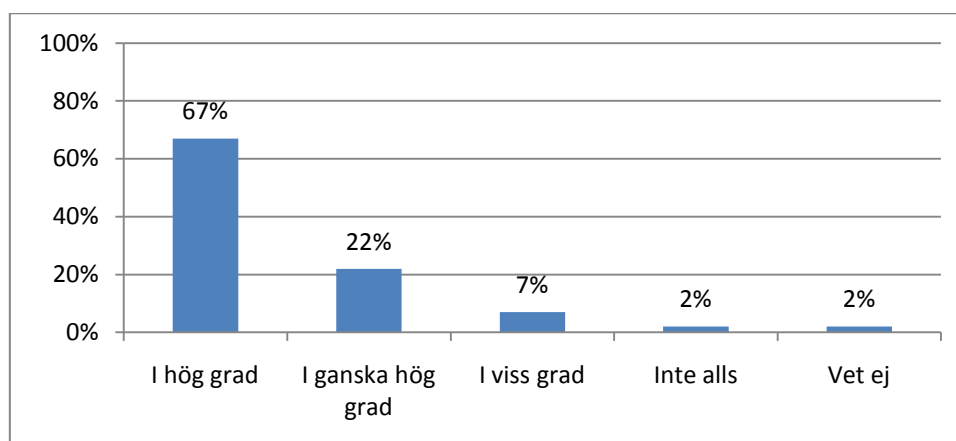
Resultatet visade att läkarna ansåg att varken utbildningar och kurser eller löneförhöjning är vanligt förekommande som belöning kopplat till arbetet att registrera data till kvalitetsregister. Resultaten var liknande; ca 90 % av läkarnas svarade ”*Inte alls*” på båda frågorna (Figur 26).



Figur 26 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att de får regelbunden belöning i form av utbildningar/kurser eller löneförhöjning i arbetet med att registrera kvalitetsdata (n=100).

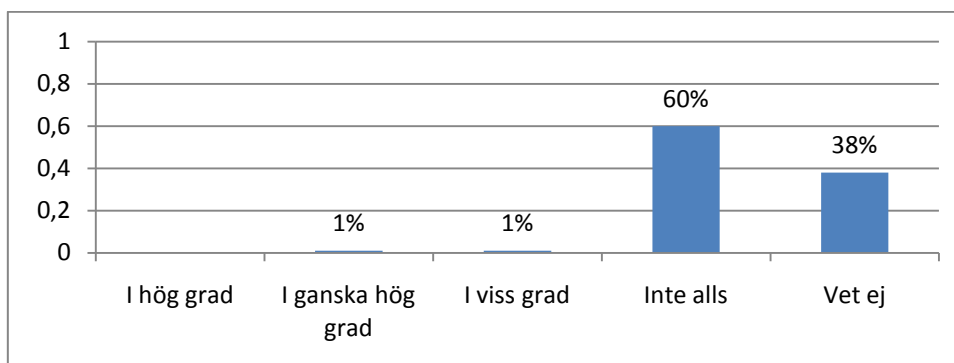
#### 3.4.2 Konsekvenser då registrering av kvalitetsdata inte utförs

På frågan om vilka konsekvenserna blir då registreringar inte utförs svarade hela 67 %, (95 % CI 58-76 %), av läkarna att kollegorna ”*I hög grad*” får registrera i efterhand (Figur 27). Inga större variationer utifrån kön, utbildningsnivå och avdelning noterades.



Figur 27 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att det blir konsekvenser i form av att kollegor får registrera i efterhand om registreringar inte utförs (n=101).

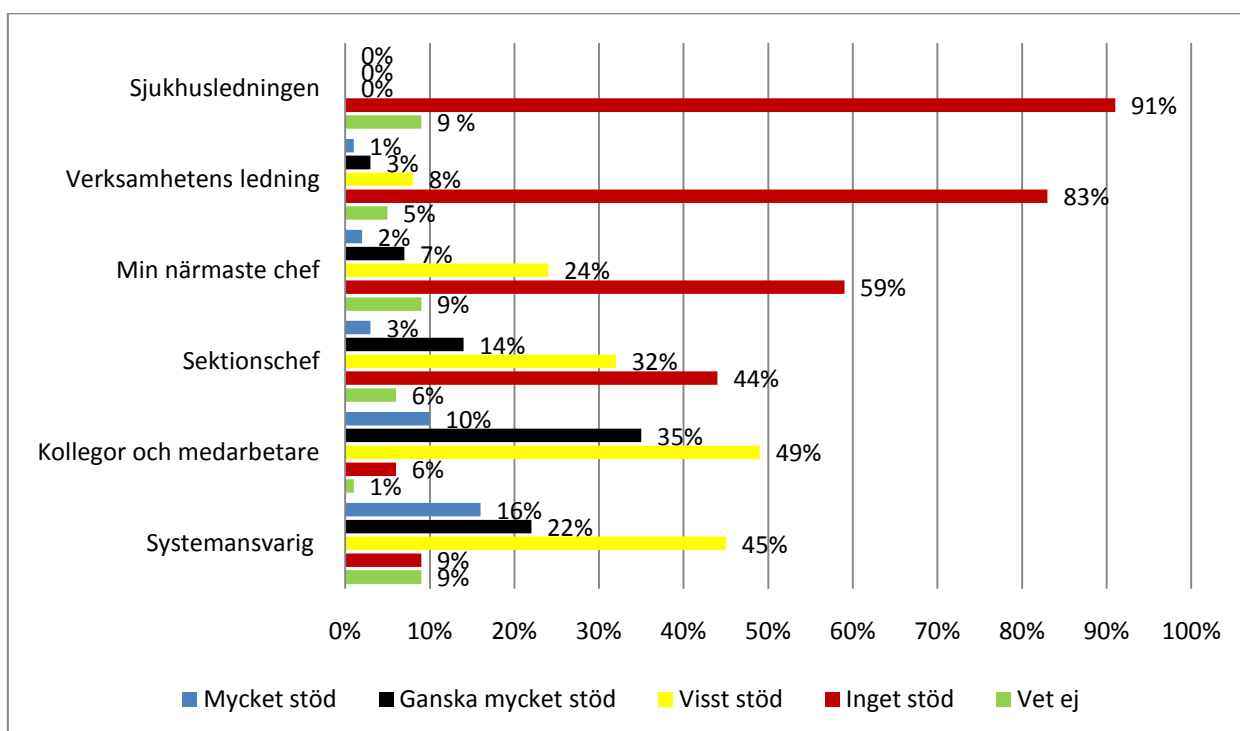
Läkarnas uppfattning var att om inte registreringar utförs korrekt har det ändå ingen negativ inverkan på lönen. Endast 2 % svarade att det påverkade lönen i någon utsträckning. Majoriteten, 60 % (95 % CI 50-70 %), svarade "Inte alls" och 38 % svarade "Vet ej" (Figur 28). Inga större variationer utifrån kön, utbildningsnivå och avdelning noterades.



Figur 28 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att det blir konsekvenser i form av negativ inverkan på lönen om registreringar inte utförs (n=101)

### 3.4.3 Stödfunktioner i organisationen i arbetet med registrering av kvalitetsdata

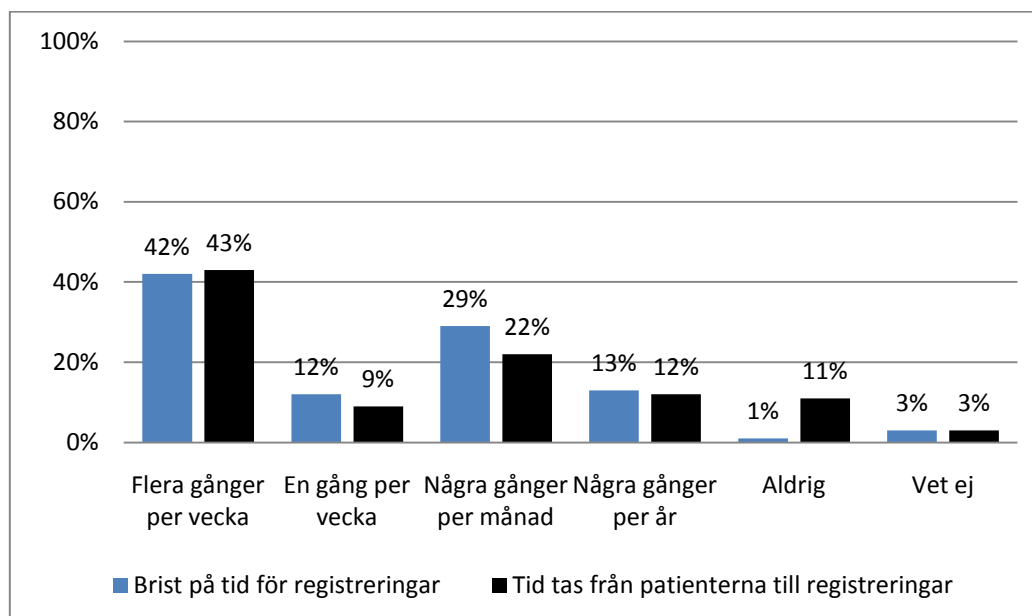
Kollegor, medarbetare och systemansvariga är de personer som uppfattades ge mest stöd, medan när det gäller stöd från sjukhusledningen svarade *ingen* läkare att de erhåller stöd därifrån. Även stödet från verksamhetens ledning och stödet från närmaste chef uppfattades som lågt (Figur 29).



Figur 29 Andel läkare (%) som svarade i vilken utsträckning de ansåg att de får stöd från olika funktioner i organisationen (n=102)

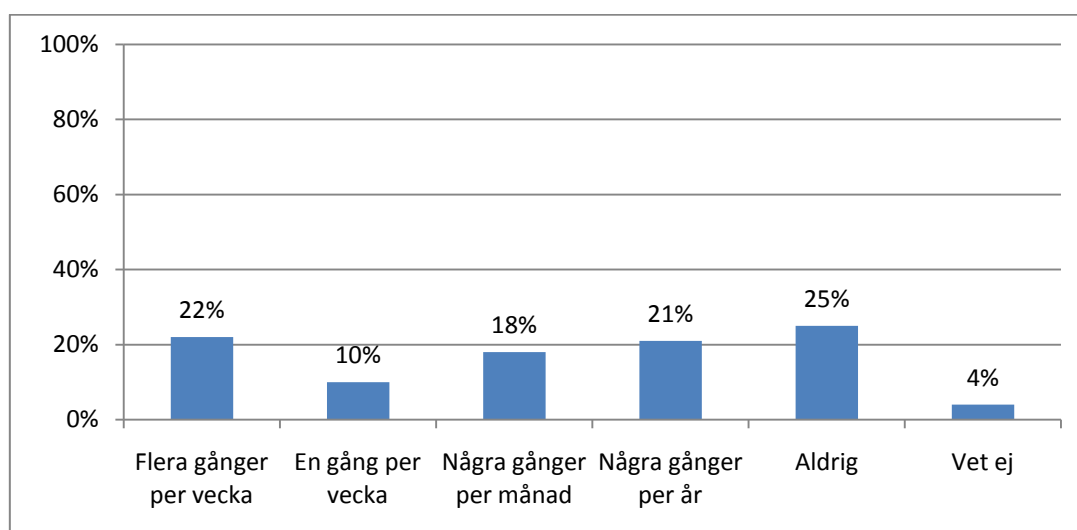
### 3.4.4 Resurser, arbetsmiljö och konflikter i samband med registrering av kvalitetsdata

Knappa resurser ger upphov till att prioriteringar av arbetsuppgifter alltid måste göras. På frågorna om läkarna upplever att de har brist på tid för registrering och om de upplever att tid för registrering tas från det kliniska arbetet med patienterna var resultatet liknande. Över 40 % svarade att de "Flera gånger per vecka" upplever att de har brist på tid för registrering och att tiden tas från det kliniska arbetet med patienterna (Figur 30).



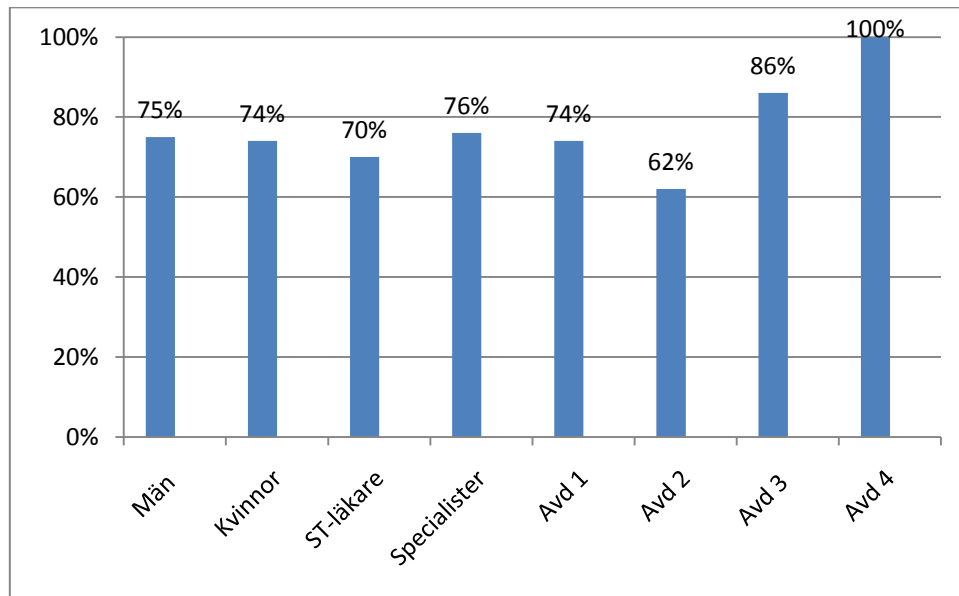
Figur 30 Andel läkare (%) som uppgav hur ofta de upplever att de har brist på tid för registreringar samt att tiden tas från patienterna (n=101).

Majoriteten av läkarna (71 %) ansåg att arbetet med att registrera kvalitetsdata minst några gånger per år innebär ett arbetsmiljöproblem. Det var 22 % som ansåg att registreringarna påverkar arbetsmiljön flera gånger per vecka (Figur 31).



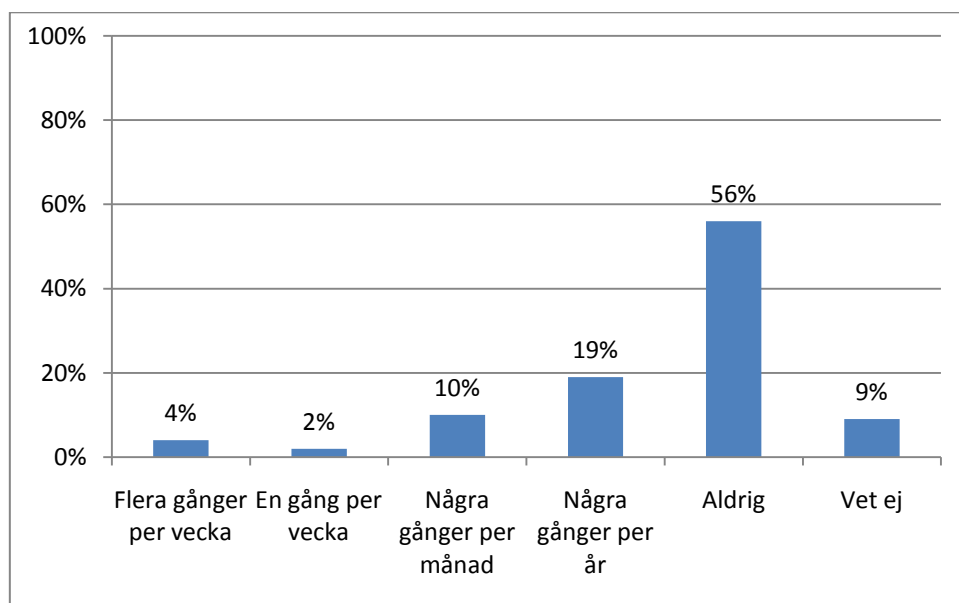
Figur 31 Andel läkare (%) som svarade hur ofta de ansåg att registreringar av kvalitetsdata är ett arbetsmiljöproblem (n=101).

Resultatet visade inga skillnader utifrån kön eller utbildningsnivå om läkarna uppgav att registreringarna upplevs som ett arbetsproblem. Det fanns dock en signifikant skillnad mellan avdelningarna (Tabell 6). Läkarna på Avdelning 3 och Avdelning 4 upplevde registreringarna som ett arbetsmiljöproblem ”Minst några gånger per år” i större utsträckning i jämförelse med de övriga avdelningarna (Figur 32).



Figur 32 Andel läkare (%) som svarade att de ansåg att registreringar av kvalitetsdata är ett arbetsmiljöproblem ”minst några gånger per år” (n=101). De som svarade ”Vet ej” exkluderades (4 %).

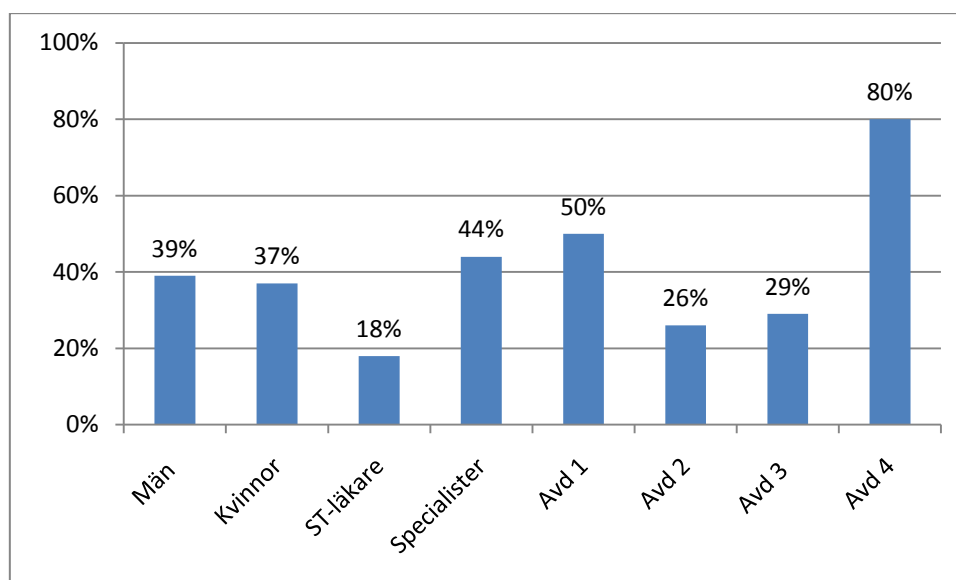
När det gäller frågan om registreringarna är en källa till konflikt mellan läkarna har majoriteten, 56 % (95 % CI 46-66 %), svarat ”Aldrig” (Figur 33).



Figur 33 Andel läkare (%) som uppgav hur ofta de upplever att registreringarna är en källa till konflikt mellan kollegor (n=101).



Inga signifikanta skillnader noterades utifrån kön. Däremot konstaterades skillnader mellan utbildningsnivå samt mellan avdelningarna i resultatet när det gäller frågan om konflikter mellan kollegor (Tabell 6). ST-läkare (18 %) upplevde att registreringarna är en källa till konflikter i mindre utsträckning än vad specialistläkarna gjorde (44 %). På Avdelning 4 upplevde 80 % av läkarna att registreringarna i någon utsträckning är en källa till konflikt, medan motsvarande siffror för de andra avdelningarna var 26-50 % (Figur 34).



Figur 34 Andel läkare (%) som svarade att de ansåg att registreringar av kvalitetsdata är en källa till konflikt mellan kollegor minst några gånger per år (n=101). De som svarade "Vet ej" exkluderades (9 %).

Tabell 5 Det politiska perspektivet.

Andel läkare (%) som svarat på respektive fråga, uppdelat på kön, utbildningsnivå och avdelning.

Fråga	Svarsalternativ	p-värde		ST-läkare		p-värde	Avdelning				p-värde
		Män %	Kvinnor %	Specialist %	Avd 1 %		Avd 2 %	Avd 3 %	Avd 4 %		
Arbetsmiljö	Påverkar arbetsmiljön flera ggr/v, en g/v, några ggr/månad, några ggr/år	75	74	70	76		74	62	86	100	
	Påverkar aldrig arbetsmiljön	25	26	1,000	30	24	0,586	26	38	14	0
Konflikt	Konflikt flera ggr/v, en g/v, några ggr/månad, några ggr/år	39	37	18	44		50	26	29	80	
	Aldrig konflikt	61	63	1,000	82	56	0,043**	50	74	71	20

\* Signifikant p-värde < 0,05 beräkning med Pearsons Chi-2-test

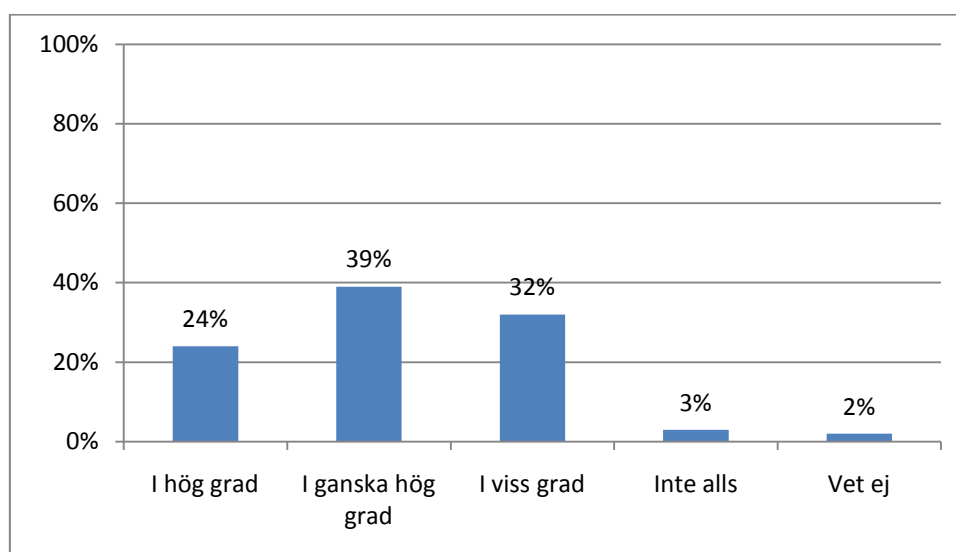
\*\* Signifikant p-värde < 0,05 beräkning med Fischers Exakta test

### 3.5 Det symboliska perspektivet

Här presenteras resultat om hur läkare uppfattade att ledning och organisationen ger stöd i kvalitetsregisterarbetet utifrån ett symboliskt perspektiv t.ex. kulturen på avdelningen och förekomst av förebilder.

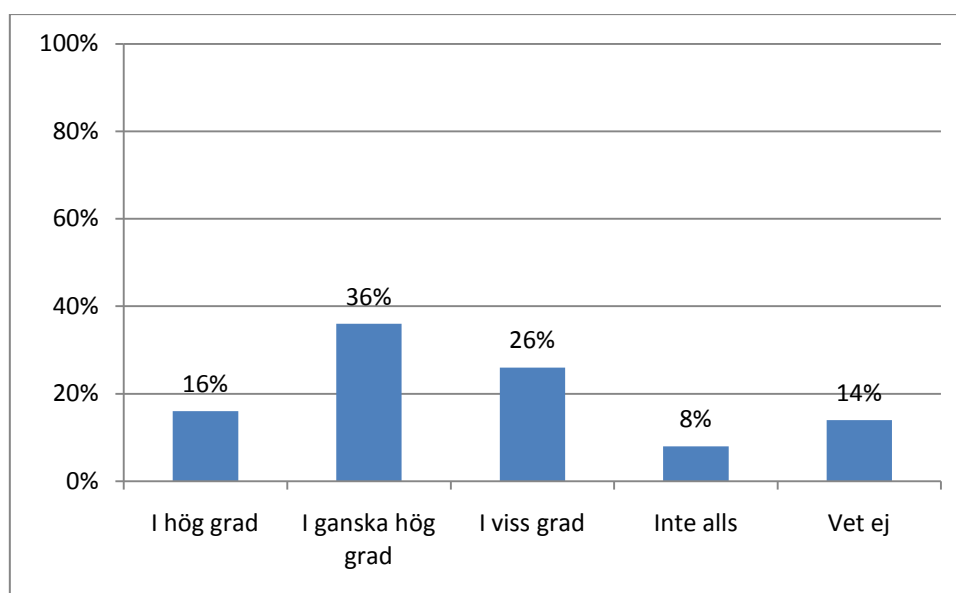
#### 3.5.1 Kultur som rör arbetet med registrering av kvalitetsdata

Majoriteten (63 %) av läkarna ansåg att det ”I hög grad” eller ”I ganska hög grad” finns en kultur på avdelningarna som förmedlar att arbetet med att registrera kvalitetsdata är viktigt (Figur 35).



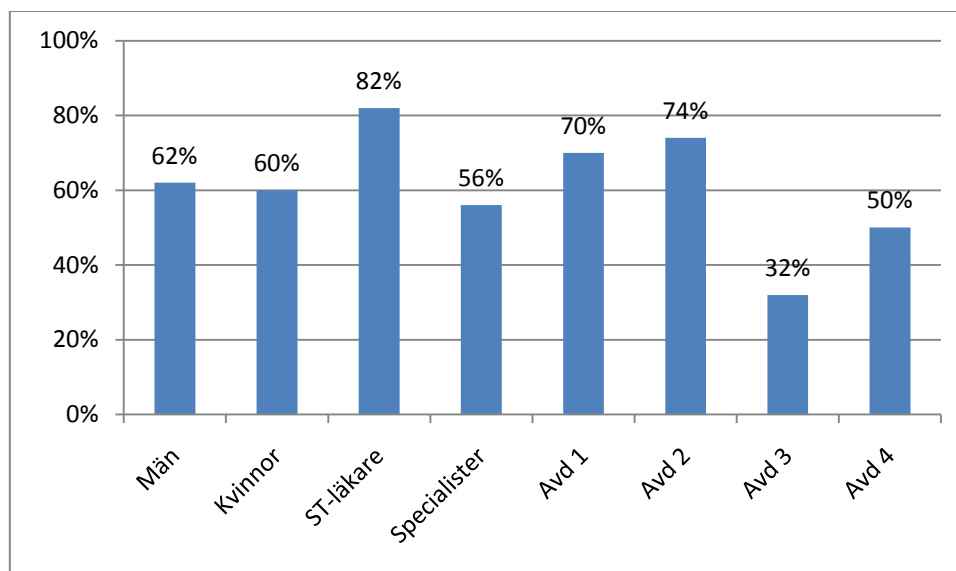
Figur 35 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de uppfattar att kulturen på avdelningen förmedlar att det är viktigt att registrera kvalitetsdata (n=101).

Figur 36 visar att 52 % av läkarna ansåg att chefer och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata ”I hög grad” eller ”I ganska hög grad”.



Figur 36 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de uppfattar att chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata (n=102).

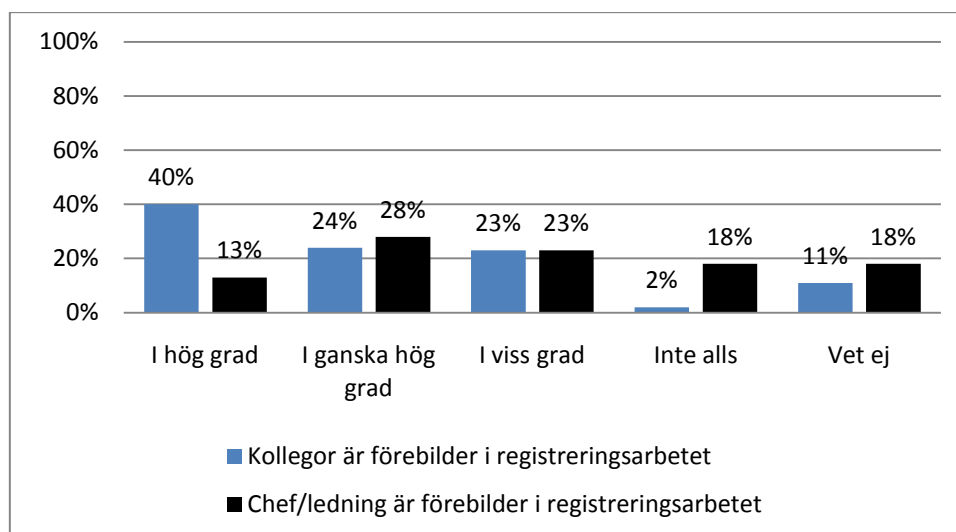
ST-läkare (82 %) ansåg att chefer och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata i högre grad än specialisläkare (56 %) (Figur 37). Skillnaderna var inte signifikanta. Signifikanta skillnader (32-74 %) fanns dock mellan avdelningarna (Tabell 6).



Figur 37 Andel läkare (%) som svarade att de uppfattar att chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata "i hög grad" eller "i ganska hög grad" (n=102). De som svarade "Vet ej" exkluderades (14 %).

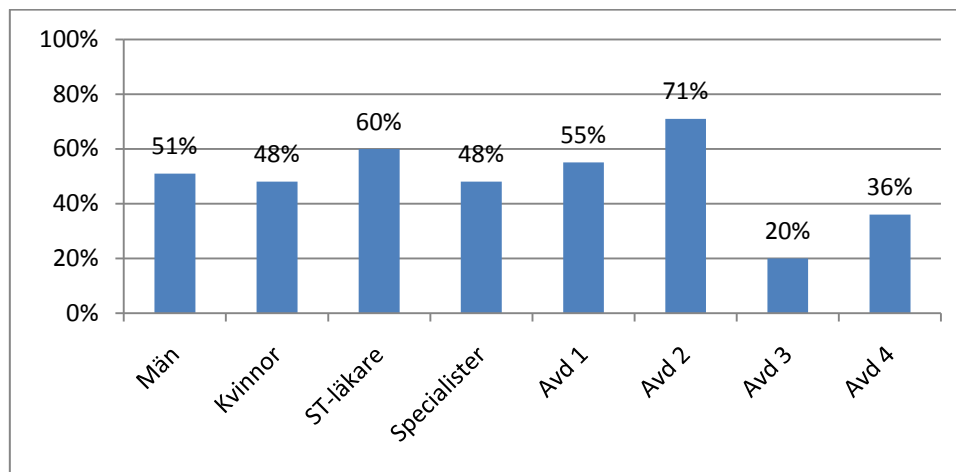
### 3.5.2 Förebilder i arbetet med registrering av kvalitetsdata

Resultatet visade att läkarna i något större utsträckning uppfattade kollegor som förebilder i arbetet med att registrera kvalitetsdata i jämförelse med chefer eller personer i verksamhetens ledning. Av läkarna ansåg 40 % att kollegor var förebilder i hög grad, medan motsvarande resultat för chef/ledning var 13 %. Noteras bör att 18 % av läkarna svarade "Vet ej" (Figur 38).



Figur 38 Andel läkare (%) som svarade i vilken grad de ansåg att kollegor samt chef och ledning är förebilder i arbetet med att registrera kvalitetsdata (n=101).

På avdelningsnivå ansåg 20 % av läkarna på Avdelning 3 att det finns förebilder ”I hög grad” eller ”I ganska hög grad” i arbetet med att registrera kvalitetsdata bland chefer och ledning, jämfört med 36-71 % av läkarna på de övriga avdelningarna (Figur 39). Skillnaderna på avdelningsnivå var signifikanta (Tabell 6).

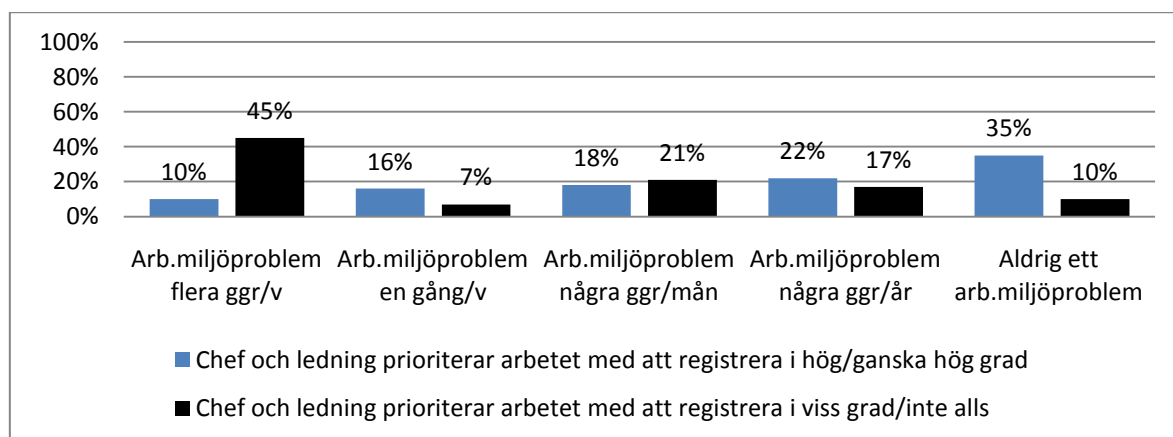


Figur 39 Andel läkare (%) som svarade att de uppfattar att chef och ledning är förebilder i arbetet med att registrera kvalitetsdata i hög grad eller ganska hög grad (n=101).

De som svarade ”Vet ej” exkluderades (18 %).

### 3.5.3 Samband mellan symboliskt och politiskt perspektiv

Avslutningsvis presenteras en kombination av det symboliska och det politiska perspektivet där en jämförelse gjorts utifrån i vilken grad läkarna ansåg att chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata och förekomsten av hur ofta registreringarna upplevdes som ett arbetsmiljöproblem. Resultatet visade att 45 % av de läkare som ansåg att chef och ledning endast prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata ”I viss grad” eller ”Inte alls” upplevde registreringarna som ett arbetsmiljöproblem flera gånger per vecka (Figur 40). Skillnaderna var signifikanta (Tabell 7).



Figur 40 Andel läkare (%) som ansåg att registreringarna är ett arbetsmiljöproblem jämfört med svaren på frågan om chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera (n=102).

De som svarade ”Vet ej” på frågorna exkluderades.

Tabell 6 Det symboliska perspektivet.

Andel läkare (%) som svarat på respektive fråga, uppdelat på kön, utbildningsnivå och avdelning.

Fråga	Svarsalternativ	Män	Kvinnor	p-värde	ST-läkare	Specialist	p-värde	Avd 1	Avd 2	Avd 3	Avd 4	p-värde
		%	%		%	%		%	%	%	%	
<b>Chef/ledning prioriterar</b>	Chefer/Ledning prioriterar registreringar i hög/ganska hög grad	62	60		82	56		70	74	32	50	
	Chefer/Ledning prioriterar registreringar i viss grad/inte alls	38	40	1,000	18	44	0,054	30	26	68	50	<b>0,013*</b>
<b>Chefer är förebilder</b>	Chefer/Ledning är förebilder i registreringsarbetet i hög/ganska hög grad	51	48		60	48		55	71	20	36	
	Chefer/Ledning är förebilder i registreringsarbetet i viss grad/inte alls	49	52	1,000	40	52	0,569	45	29	80	64	<b>0,003*</b>

\* Signifikant p-värde < 0,05 beräkning med Pearsons Chi-2-test

Tabell 7 Samband mellan det symboliska och det politiska perspektivet.

Andel läkare (%) som svarat på respektive fråga, uppdelat på kön, utbildningsnivå och avdelning.

Fråga	Svarsalternativ	Arb.miljöproblem flera ggr/v	Arb.miljöproblem en gång/v	Arb.miljöproblem några ggr/mån	Arb.miljöproblem några ggr/år	Aldrig ett arb. miljöproblem	p-värde
		%	%	%	%	%	
<b>Chef/ledning prioriterar</b>	Chefer/Ledning prioriterar registreringar i hög/ganska hög grad	10	16	18	22	35	
	Chefer/Ledning prioriterar registreringar i viss grad/inte alls	45	7	21	17	10	<b>0,003*</b>

\* Signifikant p-värde < 0,05 beräkning med Pearsons Chi-2-test

## 4 Diskussion

Syftet med denna studie var att undersöka i vilken utsträckning läkare anser att de får stöd av ledningen och organisationen i arbetet med att registrera kvalitetsdata till SIR. De viktigaste resultaten i studien var att 51 % av läkarna registrerade kvalitetsdata så ofta som flera gånger per vecka, att en övervägande majoritet (93 %) av läkarna ansåg att de aldrig har särskild avsatt tid för att registrera, att de känner tidsbrist/att tid tas från patienterna (drygt 40 %), att registreringar utförs när som helst då tid finns och att många läkare (68 %) ansåg sig ha behov av ytterligare utbildning. Resultatet visade också att det fanns skillnader mellan avdelningarna när det gäller vad läkarna ansåg om förankring av rutiner för registrering och återkoppling av kvalitetsdata samt att det råder ett samband mellan i vilken utsträckning läkarna anser att chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata och i vilken utsträckning läkarna anser att registreringarna är ett arbetsmiljöproblem.

### 4.1 Metodologiska överväganden

De studier som finns inom området har, enligt vad författaren känner till, varit kvalitativa. Syftet med den här studien var att beskriva problemet på gruppnivå och därför gjordes en kvantitativ studie för att möjliggöra generalisering till större grupper. I SIR finns ingen koppling till specifika läkare och urvalet gjordes utifrån de förutsättningarna. Fyra intensivvårdsavdelningar valdes ut för att se om resultatet skiljer sig inom olika organisationer. När det gäller urvalet av studiepopulationen bör noteras att alla läkare på avdelningarna som registrerar kvalitetsdata kanske inte identifierades korrekt eftersom 12,5 % av läkarna angav att de inte registrerar kvalitetsdata. Läkarna valdes ut av olika personer (chefer samt sekreterare med insyn i schemaläggning) på de olika avdelningarna och det kan ha påverkat urvalet.

För att minska bortfallet skickades tre påminnelser ut. Svarefrekvensen på 52,2 % kan uppfattas som relativt låg, jämfört med 61 % i 2008 års enkät angående läkares arbete med sjukskrivning till samtliga yrkesverksamma läkare i Sverige (Karolinska Institutet, 2013). Svarefrekvensen varierade också mellan avdelningarna (38,7-80,6 %). På Avdelning 3 var svarefrekvensen 80,6 % vilket eventuellt kan förklaras av att cheferna på den avdelningen i högre grad uppmuntrade läkarna att svara på enkäten. Det kan också bero på att den chef som förmedlade kontakterna gjorde en mera noggrann bedömning angående vilka läkare som enkäten skulle skickas till så att det verkligen var berörda läkare som fick enkäten. Det övergripande resultatet där hela gruppens resultat presenteras bör läsas med

viss försiktighet då det kan vara påverkat av att Avdelning 3 har högre svarsfrekvens än de övriga. Noteras bör dock att läkarna på Avdelning 3 utgör 23 % av alla svaranden som svarat på hela enkäten. I det fallet är istället Avdelning 2 i majoritet med 40 % av de som svarat på hela enkäten. Dessa skillnader mellan avdelningarna har föranlett att stora delar av resultatet även har presenteras utifrån respektive avdelning. Hänsyn bör även tas till att de fyra avdelningarna är olika stora och beroende på det var inte antalet läkare jämt fördelat mellan avdelningarna, vilket innebär att resultatet kan bli påverkat. Endast kön och avdelning var kända bakgrundsfaktorer. Eftersom enkäten var anonym kunde inte någon ytterligare bortfallsanalys utföras, vilket kan uppfattas som en svaghet. Internbortfallet (bortfall av svar på en specifik fråga) var 1-5 % och förekom på 13 av 21 frågor. Ett mönster har kunnat ses i att de första delarna i enkäten hade lägre internbortfall jämfört med de sista delarna, vilket möjligtvis hade samband med att antalet frågor var stort..

Det råder stora skillnader i storlek och inriktningar på de olika intensivvårdsavdelningarna som finns i Sverige. Om resultaten kan generaliseras på hela gruppen läkare som registrerar kvalitetsdata till SIR i Sverige är svårt att avgöra, troligen skulle en ytterligare studie behöva göras för att få uppfattningen om hur det ser ut totalt och i övriga delar av landet. Med hjälp av ett slumpvist urval av ett visst antal läkare från alla intensivvårdsavdelningar i Sverige samt ett noggrannare urval så att enkäten endast skickas till de läkare som förväntas registrera kvalitetsdata till SIR skulle studien kunna upprepas.

Uppskattningsvis är de läkare som svarat på enkäten ca 30 % av det totala antalet intensivvårdsläkare i Stockholm och därmed kan resultatet uppfattas som representativt för läkarna i Stockholmsregionen och det torde kunna vara generaliserbart till liknande avdelningar i Sverige. Att dra paralleller till hur registreringar utförs till andra kvalitetsregister är troligtvis inte möjligt, då antalet parametrar och förfarandet kan skilja sig avsevärt åt. Eftersom en liknande studie på detta område inte har gjorts tidigare vad författaren känner till så fanns det inte någon redan validerad enkät att tillgå. Enkäten gjordes utifrån den teoretiska referensramen där frågor som rör de olika perspektiven konstruerades samt genom att använda en enkät där läkare svarat angående arbetet med sjukskrivningar som förlaga. Genom att pilottesta enkäten två gånger med mindre revideringar efter varje gång då ett fåtal frågor ändrades och genom att enkäten granskades av personer med vana att kontrollera liknande dokument har risken för fel-tolkningar och svårigheter att förstå frågorna minskats samt att enkätens validitet ökade. Om enkäten ska användas igen i en kommande studie kan reliabiliteten kontrolleras genom att en test-retest utförs då ett fåtal läkare får svara på enkäten vid två tillfällen. En annan sak att beakta är att vissa frågor i enkäten kan uppfattas som känsliga med risk för att den som svarar kanske inte vågar svara helt sanningsenligt. Visserligen har läkarna informerats om att de garanteras full

anonymitet, men det finns ändå en liten risk för att svaren som erhålls är de socialt önskvärda. I den här studien har författaren anknytning till en av avdelningarna och det är naturligtvis viktigt att ha i åtanke. Genom att försöka förhålla sig så objektiv som möjligt, men samtidigt utnyttja sina specifika förkunskaper inom kontexten kan dock förkunskaperna användas till något gott.

## 4.2 Resultatdiskussion

### 4.2.1 Det strukturella perspektivet

Resultatet visar att registreringar till kvalitetsdata är en vanligt förekommande arbetsuppgift för läkarna. Vad författaren känner till har tidigare studier inte gjorts som studerat registreringsfrekvens, tidpunkt för registrering, särskild avsatt tid och förekomst av instruktioner och riktlinjer. Enligt Haan et al. (2004) bör registreringar utföras i realtid då är det bästa för kvaliteten på data och att det minskar utrymmet för tolkningar. Målsättningen för avdelningarna skulle kunna vara att öka realtidsinmatningen och att arbeta för att det blir en naturlig del i arbetet och dokumentationen av patientens vård, men det kräver att organisationerna har möjlighet att avsätta tid för arbetet.

Resultatet visade även att det skiljer sig mellan avdelningarna om läkarna ansåg att verksamheterna har väl förankrade rutiner (Figur 7) samt att de ansåg att de har behov av ytterligare utbildning (Figur 14). Resultatet stöds av Haan et al. (2004) och Boerrigter et al. (2000) vilka menar att implementering av tydliga rutiner och regelbundna återkommande repetitionsutbildningar ökar förutsättningarna för läkarna att arbeta korrekt med att registrera kvalitetsdata. Bolman & Deal (2012) skriver att regler, policys och standardförfaranden begränsar handlingsfriheten men samtidigt skapar förutsägbarhet och enlighet. Regler bidrar till att situationer av samma typ hanteras enhetligt och utförandet av olika arbetsuppgifter specificeras. Resultatet kan försiktigt tolkas som att med god utbildning och förankrade rutiner blir inte arbetet med att registrera så personberoende utan arbetsbördan delas av flera samt att arbetet med att registrera kan utföras på ett korrekt sätt. Att de läkare som registrerar mer sällan i högre grad anser sig behöva utbildning kan ses som naturligt, eftersom de inte dagligen arbetar i IT-stödet för registreringar. Troligen kan det finnas andra funktioner i systemet, t.ex. ordination av läkemedel, som kan behöva repeteras. En anpassad och riktad repetitionsutbildning samt en informationskampanj om SIR's hemsida kan vara ett sätt att öka kunskaperna om hur registreringarna ska utföras.



#### 4.2.2 Human-Resource-perspektivet

Resultatet pekade på att många läkare (58 %) inte alls ansåg sig delaktiga i beslut som rör arbetet med att registrera (Figur 19), ungefär hälften av läkarna ansåg att registreringarna sällan är ett stöd för eget lärande eller innebär reflektion (Figur 20) samt att 67 % av läkarna menade att positiv feedback från chef och ledning på utförda registreringar inte förekommer alls (Figur 21). Resultatet är i inte i linje med de intentioner som finns hos Riksrevisionen (2013) vilka menar att den lokala förankringen är förutsättning för att registreringarna ska ske, att registren bör användas lokalt i vården, att snabb återkoppling och att ett engagerat ledarskap behövs. Rosengren et al. (2012) skriver att strategier behövs för att det ska vara möjligt med ett kontinuerligt lärande och utveckling av kvaliteten på vården. Bolman & Deal (2012) menar att lärande i organisationer i hög grad måste ske i arbetet och att medarbetare bör ha ett stort medinflytande på beslut som rör arbetsinnehåll och arbetsmiljö. Arbetet måste innehålla självständighet och påverkbarhet för att ett engagemang ska skapas, vilket i sig kan öka produktivitet och arbetsmoral (a.a.).

Resultatet kan tolkas som att för att registreringarna ska kunna bidra till reflektion och eget lärande krävs att tid avsätts för reflektion då det idag saknas. Resultatet pekar också på att läkarna inte uppfattar sig delaktiga i beslut som rör registrering av kvalitetsdata. De avdelningar som saknar ett forum där diskussioner angående arbetet med att registrera kvalitetsdata är återkommande och där läkarna inte regelbundet får återkoppling på införd data kan behöva göra utrymme för det. Återkoppling på kvalitetsdata utifrån avdelningsnivå och i jämförelse med andra avdelningar kan varje enskild läkare erhålla på SIR's hemsida och var informationen finns om hur registreringar ska utföras kan också vara en del i informationskampanjen för SIR's hemsida, men naturligtvis är det en fördel om informationen finns tillgänglig på avdelningen på ett strukturerat och återkommande sätt.

#### 4.2.3 Det politiska perspektivet

En majoritet av läkarna svarade att arbetet med registreringar inte har någon som helst inverkan på lönen (92 %) och att belöningar i form av kurser/utbildning inte ges efter ett gott arbete (90 %) (Figur 26). Idag används inte belöningar, enligt den här studien. Inga tidigare studier där belöningar kopplat till arbetet med att registrera kvalitetsdata har studerats har hittats. Naturligtvis kan registreringarna ses som en naturlig del av arbetet som ej belönas utöver det vanliga. Enligt Bolman & Deal (2012) har den person som kan erbjuda belöningar stor makt och makt är en nödvändig förutsättning för att nå mål. En tanke skulle kunna vara att för att öka känslan av att registreringar är viktiga kan belöningar kopplas till utfört arbete. Likaväl som andra arbetsuppgifter kan kopplas till belöningar och kompetensstegar kan arbetet med att registrera kvalitetsdata vara

föremål för det, eftersom det är obligatoriska och viktiga arbetsuppgifter som kan bidra till att förbättra vårdresultat och öka vårdkvaliteten samt att det enligt sjukhusledningen är ett mål som ska uppnås och ett mått på kvaliteten av vården. Resultatet visar också att läkarna ansåg att stödet minskar ju längre bort från den enskilde läkaren de stödjande funktionerna är (Figur 29). Det är på ett sätt helt naturligt att det förhåller sig så, men för att höja läkarnas motivation till att registrera bör även chefers intresse för resultaten i registren öka och nyttan med registret för den egna verksamheten måste bli synlig vilket stöds av rapporten från Riksrevisionen (2013). Sjukhusledningen använder mått på kvalitetsdata i olika sammanhang vilket kräver att registreringar utförs med god kvalitet. Resultatet visade också att 42 % av läkarna upplever att de har brist på tid för att registrera flera gånger per vecka och 43 % ansåg att registreringarna tar tid från det kliniska arbetet med patienterna flera gånger per vecka. Resultatet stöds av Järhult & Bejerot (2009) vilka anser att registreringarna tar tid från patienterna. Genom att vända koncentrationen och sätta fokus på vad användningen av registret lokalt kan bidra till, när det gäller förbättringsarbete och forskning, kan läkarna själva se att registreringarna faktiskt kommer (framtida) patienter till nytta, vilket troligtvis ökar motivationen att registrera.

#### 4.2.4 Det symboliska perspektivet

Resultatet visade att de läkare som uppgav att de har en chef och ledning som prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata i mindre utsträckning upplever registreringarna som ett arbetsmiljöproblem (Figur 40). Resultatet visade också att läkarna ansåg kollegor vara förebilder i arbetet med att registrera kvalitetsdata i högre utsträckning än chefer (Figur 38). Firth-Cozens & Mowbray (2001) menar att chef och ledning är viktiga förebilder och genom att driva frågor om förändring och utveckling samt att föregå med gott exempel har det effekt på vårdens kvalitet. Enligt Bolman & Deal (2012) är myter, symboler och visioner viktiga och avgörande delar för dagens organisationer. Förebilder vägleder arbetet och de chefer som förstår och uppmuntrar användande av symboler bidrar till skapandet av en effektiv organisation. Resultatet visar att det är viktigt för chefer och ledning att tänka på vilken kultur, vilka värderingar och vilka prioriteringar de förmedlar och handlar efter när det gäller arbetet med att registrera kvalitetsdata eftersom det har stor påverkan på medarbetarnas arbetsmiljö. Även SIR's visioner behöver kommuniceras ut både till de läkare som registrerar och till chefer så att förståelsen för SIR's betydelse för intensivvården ökar. Det kan troligtvis även öka SIR's symboliska värde.

#### 4.2.5 Skillnader utifrån kön, utbildningsnivå och arbetsplats

Resultatet visade inga signifikanta skillnader på någon fråga utifrån kön. På de flesta frågorna hade istället läkarna svarat mycket jämt fördelat när resultatet

jämfördes utifrån ett genusperspektiv. Inga tidigare studier där jämförelser mellan kön kopplat till arbetet med att registrera kvalitetsdata har hittats. Resultatet i studien pekar på att det inte är några skillnader i läkarnas åsikter inom det här området utifrån kön utan att det är andra faktorer som spelar in.

Det fanns skillnader i resultatet utifrån utbildningsnivå. Det var 78 % av specialistläkarna som angav att de upplever sig ha behov av repetitionsutbildning i arbetet med att registrera kvalitetsdata jämfört med 55 % av ST-läkarna (Figur 14). Det kan finnas flera orsaker till att uppfattningarna skiljer sig utifrån utbildningsnivå. ST-läkarna erhåller utbildning i IT-systemet under sina placeringar på intensivvårdsavdelningarna, men för de läkare som haft sin specialistkompetens sedan införandet av IT-systemet är det troligtvis flera år sedan de fick utbildning, vilket kan vara anledningen till att specialistläkarna i högre grad anser att de är i behov av repetition/ytterligare utbildning. En annan anledning skulle kunna vara att ST-läkarna oftast är yngre och har en större vana av olika digitala system och applikationer och därför inte har samma behov av utbildning. Det kan också handla om att specialistläkare med stor kompetens och erfarenhet inom intensivvård förstår komplexiteten i att registrera och därför också anser sig ha ett utbildningsbehov. Resultatet visade också på skillnader utifrån utbildningsnivå på frågan om registreringarna är orsak till konflikter mellan kollegor. Specialistläkarna har svarat att de hamnar i konflikt med kollegor angående registreringar i större utsträckningar än ST-läkare (Figur 34). Möjligen skulle det kunna vara ett tecken på att specialistläkarna t.ex. i samband med jourtjänstgöring i större utsträckning förväntas att utföra registreringar vid inläggning av patienter och då kommer i konflikt med kollegor när det inte har utförts. ST-läkarna är under utbildning och förväntningarna på att de ska utföra registreringar enligt rutin kanske inte är lika stora.

På avdelningsnivå finns det flera signifikanta skillnader i resultatet. På frågorna om registreringsfrekvens (Figur 2), förekomst av förankrade rutiner (Figur 7), återkoppling av kvalitetsdata till läkargruppen (Figur 25), om registreringarna påverkar arbetsmiljön (Figur 32), om registreringar är orsak till konflikt mellan kollegor (Figur 34), om chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata (Figur 37) samt om chefer och ledning är förebilder i arbetet med att registrera kvalitetsdata (Figur 39) finns det stora skillnader mellan avdelningarna. Resultatet visade också att många av de läkare som upplevde att registrering av kvalitetsdata var ett arbetsmiljöproblem inte heller upplevde sig ha stöd från chef och ledning. Hur det sambandet ser ut går inte att utläsa av resultaten i denna studie. Arbetet med att registrera kvalitetsdata är en stor fråga för chef, ledning och organisationen som är viktig att prioritera för att verksamheten ska få god kvalitet på data till SIR.

## 5 Slutsats

Studiens resultat visade att de läkare som arbetar med att registrera kvalitetsdata till SIR ansåg att det inom flera områden inte fanns optimalt stöd från chefer, ledning och inom organisationen. Det fanns även vissa områden där resultatet visade att läkarna ansåg att de får tillräckligt med stöd. De viktigaste resultaten i studien var att en övervägande majoritet av läkarna ansåg att de aldrig har särskild avsatt tid för att registrera, att de känner stor tidsbrist, att registreringar utförs när som helst då tid finns och att de ansåg sig ha behov av ytterligare utbildning. Det framkom också att det fanns skillnader mellan avdelningarna när det gäller vad läkarna ansåg om förankring av rutiner för registrering och återkoppling av kvalitetsdata samt att det råder ett samband mellan i vilken utsträckning chef och ledning prioriterar arbetet med att registrera kvalitetsdata och huruvida läkarna anser att registreringarna är ett arbetsmiljöproblem. Genom att studera området utifrån de fyra perspektiven blev det tydligt att alla delarna inom en organisation är viktiga och att det påverkar hur läkarna uppfattar arbetet med att registrera kvalitetsdata samt inom vilka områden det finns brister och var åtgärder kan sättas in.

## 6 Implikationer för fortsatt forskning

Då det enligt författarens vetskap inte har gjorts en liknande studie inom området tidigare gjordes en kvantitativ studie på fyra avdelningar för att få en övergripande uppfattning om i vilken utsträckning läkare anser att de får stöd i arbetet med att registrera kvalitetsdata. För att få en heltäckande bild om hur det ser ut i Sverige generellt skulle samma studie kunna göras genom att ett urval av de läkare som registrerar kvalitetsdata på alla intensivvårdsavdelningar i Sverige får svara på samma enkät. En annan intressant vinkling för att nå djupare förståelse för området kan vara en kvalitativ studie där läkare mera öppet får svara på vilket stöd de skulle vilja ha i arbetet med att registrera kvalitetsdata och vilka förbättringar inom organisationen de själva önskar.

## 7 Implikationer för praxis

Författarens förhoppning är att denna studie kan bidra till att chefer, ledning och organisationer använder resultatet för att, inom de områden där resultatet visat lågt stöd, fundera på vilka åtgärder som kan sättas in för att stärka upp stödet till de läkare som arbetar med att registrera kvalitetsdata till SIR. Åtgärderna skulle då komma patienterna till nytta eftersom kvaliteten på införd data troligtvis skulle öka och vinsten kan bli stor för framtidens patienter, vilket naturligtvis är det långsiktiga målet för allt kvalitetsregisterarbete.

## Referenser

- Boerrigter, M. A. G., Luirink, M. R., Langenberg, C. J. M., & Ramsay, G. (2000). Interobserver agreement in APACHE II scoring. *European Journal of Anaesthesiology*, 17 Suppl 19, 162-162.
- Bolman, L.G. & Deal, T.E. (2012). *Nya perspektiv på organisation och ledarskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Bryman, A., & Nilsson, B. (2011). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.
- Eliasson, A. (2013). *Kvantitativ metod från början*. (3., uppdaterade uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Firth-Cozens, J. and Mowbray, D. (2001) Leadership and the quality of care. *BMJ Quality & Safety* (10), 3-7 Hämtad 2013-10-31 från [http://qualitysafety.bmj.com/content/10/suppl\\_2/ii3.full.html](http://qualitysafety.bmj.com/content/10/suppl_2/ii3.full.html)
- Haan, C. K., Adams, M., & Cook, R. (2004). Improving the quality of data in your database: Lessons from a cardiovascular center. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(12), 681.
- Hansen, L.H., & Adam, K. (2004). *Från forskningsprojekt till kvalitetsverktyg: – En professions- och organisationsstudie av de nationella medicinska kvalitetsregistren*. (Arbetslivsrapport nr 2004:22) Stockholm: Arbetslivsinstitutet.
- Järhult, B. & Bejerot, S. (2009). Evidensbasera kvalitetsregistren!. *Läkartidningen* (106)30–31, 1912-1913 Hämtad 2013-10-20 från <http://larkiv.lakartidningen.se/2009/temp/pda36826.pdf>
- Karolinska Institutet. (2013). *Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004*. (Rapport 2013) Hämtad 2014-05-21 från [http://ki.se/sites/default/files/huvudrapport\\_reviderad\\_16okt.pdf](http://ki.se/sites/default/files/huvudrapport_reviderad_16okt.pdf)
- Larsson, S., Lawyer, P., Garellick, G., Lindahl, B., & Lundström, M. (2012). Use of 13 disease registries in 5 countries demonstrates the potential to use outcome data to improve health care's value. *Health Affairs (Project Hope)*, 31(1), 220. doi:10.1377/hlthaff.2011.0762
- Nationella kvalitetsregister. (2013). *Om kvalitetsregister*. Hämtad 2013-10-18 från [http://www.kvalitetsregister.se/om\\_kvalitetsregister](http://www.kvalitetsregister.se/om_kvalitetsregister)
- QRC Stockholm. (2012). *Handbok för kvalitetsregister med SLL som huvudman*. Stockholm: Kvalitetsregistercentrum.

- Regeringskansliet. (2010). *Översyn av de nationella kvalitetsregistren. Guldgruvan i hälso- och sjukvården*. Hämtad 2013-10-24 från <http://www.government.se/content/1/c6/14/90/77/3637a603.pdf>
- Riksrevisionen. (2013). *Statens satsningar på nationella kvalitetsregister – Leder de i rätt riktning?*. Stockholm: Riksrevisionen.
- Rosengren, K., Höglund, P. J., & Hedberg, B. (2012). Quality registry, a tool for patient advantages – from a preventive caring perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(2), 196-205. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01378.x
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2009). *Handbok för start och utveckling av kvalitetsregister*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Storsatsning på kvalitetsregister*. Hämtad 2013-10-23 från [http://www.skl.se/press/nyheter\\_2/nyheter-2011/storsatsning-pa-kvalitetsregister](http://www.skl.se/press/nyheter_2/nyheter-2011/storsatsning-pa-kvalitetsregister)
- Socialstyrelsen. (2011). *SOSFS 2011:9 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*. Hämtad 2013-10-21 från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs/2011-9/sidor/2011-9grundforfattning.aspx>
- Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting. (2013). *Öppna Jämförelser 2013, Hälso- och sjukvård Jämförelser mellan landsting*. Västerås: Ordförandet AB.
- Svenska intensivvårdsregistret. (2013). *Svenska intensivvårdsregistret*. Hämtad 2013-10-18 från <http://www.icuregswe.org/sv/>
- Trost, J. (2012). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.
- Wedin, M. (2011). Register både guldgruva och träsk. *Läkartidningen* (108)8, 375 Hämtad 2013-10-20 från <http://larkiv.lakartidningen.se/2011/temp/pda39273.pdf>
- Vårdanalys. (2013). *Satsningen på Nationella Kvalitetsregister*. Rapport 2013:6 Stockholm: Myndigheten för vårdanalys.