

Sjukvården kan lära av industrin

I Läkartidningen 51-52/95 frågar Bernt Blomgren retoriskt »Kan sjukvården lära något av industrin?» Javisst! borde svaret lyda! Blomgren träffar mitt i prick när han beskriver vad som skulle kunna bli en stimulerande framtid för utvecklingen av svensk hälso- och sjukvård – om viljan finns. Här i USA har principerna för Continuous Quality Improvement (CQI)/Total Quality Management (TQM) tillämpats även inom sjukvården under tio år. Detta har medfört att en växande mängd kunskap och erfarenhet kring dessa principer har byggts upp i sjukvårdskretsar.

Blomgren berör en del av de problem som är alltför välbekanta för dem som arbetar i svensk sjukvård idag: nedskärningar, oflexibla organisationer samt bristande kunskaper om kvaliteten i verksamheten och om patienternas behov och önskemål. Mot detta ställer han en vision av en dramatiskt förbättrad sjukvård, med ett utvecklat ledarskap, flexibla organisationer, och effektivitetsvinster som kan möjliggöra ett bättre resursutnyttjande.

Väckar frågor

Blomgrens artikel väcker en del frågor baserade på sjukvårdens speciella förhållanden:

– Vad händer med eventuella besparingar som görs genom projekt av den här typen? Kommer de att medföra »nedskärningar» med samma belopp från politiskt håll? Det kanske blir svårt att finna motivation för dessa krävande förändringar om man i slutändan egentligen inte »vinner» någonting. I näringslivet finns ju alltid vinstmotivet (eller hotet mot överlevnaden) som pådrivande faktor – så icke i svensk sjukvård. Medan ökande volym kan vara glädjande för industrin är det mycket mer problematiskt inom sjukvården.

– Är det acceptabelt om sämre sjukhus/vårdgivare slås ut? (Är det acceptabelt om de får fortsätta att vara sämre, kan man ju också fråga sig.)

– Får patienter är lika kunliga och kapabla som Blomgren. En av sjukvårdens fundamentala utmaningar i marknadstermer är kunskapsasymmetrin. Patienter har nästan aldrig lika

god information eller kunskap som »vårdproducenten». Det är inte lätt att välja rätt bland olika vårdalternativ.

– I många fall har man inte tid att som Blomgren fråga runt på olika ställen angående vem som håller den högsta (eller lägsta) kvaliteten. Elektiv kirurgi för höftledsartros ger betydligt mer tid för val av vårdgivare än till exempel akut hjärtinfarkt.

Lämplig läsning för den som snabbt vill sätta sig in i de amerikanska erfarenheterna är referenserna [1-5].

Sverige står, liksom de flesta andra länder, inför ett val: Hur ska man gå till väga för att på bästa sätt utveckla hälso- och sjukvården i dessa tider av ekonomisk åtstramning? Kan CQI/TQM tänkas vara lämpligt i detta sammanhang?

Johan Thor
leg läkare
Master of Public Health,
Vermont, USA

Litteratur

1. Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *N Engl J Med*. 1989; 320: 53-6.
2. Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 1989; 262: 2869-73.
3. Berwick DM. Controlling variation in health care: A consultation from Walter Shewhart. *Medical Care* 1991; 29: 1212-25.
4. Blumenthal D, Bohmer R. Contending views of quality management in health care: Implications for competition and Regulation. 205-221 In: Abbot TA III, ed. *Health Care Policy and Regulation*. Boston: Kluwer Academic Publishers. 1995.
5. Blumenthal D, Scheck A, Eds. *Improving Clinical Practice: Total Quality Management and the Physician*. San Francisco: Jossey Bass Publishers. 1995.

Uppföljning av IVF-barnen nödvändig

Invitrofertilisering (IVF) har varit föremål för intensiv debatt, inte minst i Läkartid-

ningen, med en remisshandling från Statens medicinsk-etiska råd (SMER) som tändande gnista.

All medicinsk verksamhet måste tåla kritisk granskning, och från pediatrikt håll är vi t ex vana att ständigt få delar av nyföddhetsvården ifrågasatt.

När det gäller IVF är frågan om eventuellt ökade risker för barnen ännu inte klarlagd. Det finns idag inga belägg för en ökad missbildningsrisk [1, 2], vilket inte utesluter att så kan vara fallet om större material studeras. Beträffande den psykosociala situationen för barnen börjar en del överlag positiva rapporter dyka upp. Materialen är dock små [3, 4, Mari- anne Cederblad, pers medd]. Att ökade risker för neurologiska skador kan finnas är troligt på grund av den ökade frekvensen förtidsbörd respektive flerbörd. Hur stor är den risken och är den acceptabel? Vi anser att beslut om utvidgad verksamhet bör tas på bättre vetenskapligt underlag.

SMER har tagit ställning för utvidgad IVF-verksamhet (äggdonation), dock utan att höra barnläkarnas uppfattning. Remissinstanserna har haft olika uppfattning. Socialstyrelsen är i princip positiv, men har t ex inte hört sin expertgrupp i barn- och ungdomsmedicin.

Mycket hörvärt

Inför 1995 års Riksstämman tog SMER initiativ till ett symposium om etiska aspekter på IVF. Symposiet var mycket hörvärt, men fick en olustig avslutning genom personangrepp på den enda deltagande barnläkaren Gisela Dahlquist för hennes kritiska synpunkter. Hon anklagades bl a för att inte vara påläst. Vi delar inte den uppfattningen. Gisela Dahlquist står inte isolerad när det gäller kritiken över bristande utvärdering av IVF-verksamheten. Kritiska synpunkter har bl a framförts av Barnläkarför- eningens styrelse och dess neonatalsektion.

Långtidseffekterna

De eventuella långtidseffekterna av IVF är som Dahlquist påpekade bristfälligt dokumenterade. Det är en viktig gemensam uppgift för obstetrik och barnläkare att dokumentera eller vederlägga eventuella risker med IVF.

Vi har underhand fått veta

att Svensk förening för obstetrik och gynekologi tillskrivit Barnläkarföreringen om en gemensam arbetsgrupp för att studera effekterna på barnen av IVF. Ett sådant arbete har starkt stöd av Socialstyrelsens expertgrupp för barn- och ungdomsmedicin.

Orvar Finnström
överläkare, barn- och
ungdomsmedicinska-
kliniken
Universitetssjukhuset,
Linköping
Agne Larsson
professor, överläkare,
barnkliniken,
Huddinge sjukhus
Claes Sundelin
docent, barnhälsovårds-
överläkare,
Akademiska sjukhuset,
Uppsala

Samtliga är medlemmar i Socialstyrelsens expertgrupp i barn- och ungdomsmedicin.

Litteratur

1. Bygdeman M, Skjöldebrand Sparre L. Håll isär de olika metoderna. IVF har blivit säkrare. *Läkartidningen* 1995; 92: 4109-10.
2. Wennerholm UB, Berg C, Hamberger L, Nilsson L, Wikland M. Barn födda efter intracytoplasmatisk spermieinjektion utgör ingen högriskgrupp. *Svenska Läkaresällskapets handlingar Hygiea* 1995; 104 (häfte 2): 291.
3. Colombok S, Cook R, Bish A, Murray C. Families created by the new reproductive technologies: Quality of parenting and social and emotional development of children. *Child Development* 1995; 66: 285-93.
4. Applegarth L, Goldberg NC, Cholist I, McGoff N, Fantini D, Zellers N, Black A, Resenwaks Z. Families created through ovum donation: A preliminary investigation of obstetrical outcome and psychosocial adjustment. *J Assist Reprod Genetics* 1995; 12: 574.

Var rädd om blodgivarna!

I tider med ofta förekommande brist på blod, och då man verkligen borde måna om sina lojala blodgivare har landets blodcentraler enats om att, som en regel, ej tillåta blodgivning om givaren blivit behandlad av tandläkare eller tandhygienist inom tre dagar före tappning. Detta gör man som ett steg i arbetet med att göra