

Nytt revisionssystem för psykvården i Frankrike

Ett nyinfört ackrediterings-system för psykiatrisk vård i Frankrike redovisades 24–25 januari 1997 på en konferens i Paris, »L'Accréditation aujourd'hui: une expérience concrète». Man presenterade revisioner utförda av inbjudna kanadensare och diskuterade dessa med omkring 300 delegater från den psykiatriska professionen i hela Frankrike.

Den 24 april 1996 antogs en förordning att alla enheter som bedriver vård i Frankrike skall vara »ackrediterade» inom fem år. En ackreditering definieras så här: »En procedur utanför en organisation, initierad på dennas önskan, utförd av oberoende experter för att göra en bedömning av kvaliteten i organisationen eller någon av dess delar/aktiviteter med hjälp av indikatorer, kriterier, riktlinjer för processer, 'god vård' och resultat.»

Lagstadgad ackreditering men frivillig utformning

Det finns alltså en lag om att ackreditering skall ske, men hur denna görs är fritt för sjukvårdsetablissemangen att själva avgöra. För att arbeta i detta fält skapades ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), som till sig skall knyta ett råd med professionell kompetens för att göra bedömningar för ackreditering.

Professor Vivianne Kovess, fransyska men utbildad till psykiater i Montreal, är president för en organisation, APAQESM (Association pour la Promotion de l'Assurance Qualité en San-

Författare

INGEGERD BERGSTRÖM

överläkare, psykiatriska kliniken, NÄL, Trollhättan

JERKER HANSON

docent, sakkunnig överläkare, Södra Stockholms sjukvårdsområde, Stockholm.

té Mentale), för tvärfackliga professionella inom kvalitetsarbetet i psykiatrin [1].

Tillsammans med ett privat sjukvårdsbolag, A S DÉCISION, erbjuder man nu sina tjänster till psykiatriska organisationer. Ett exempel på en sådan aktivitet är den konferens vi bevistade och ett utbyte med kanadensare.

Akrediteringen frivillig i Kanada

Den metod för ackreditering som är i bruk i Kanada sedan flera år [2] bygger på frivillighet. När en institution anmält sitt intresse utför den först under 12–18 månader en »autoevaluering» enligt en särskild manual som skriftligen skall belysa alla delar av verksamheten. Sedan följer ett besök under tre dagar av en grupp bestående av en sjukvårdsdirektör, en läkare och en sjuksköterska. Man avger en rapport, rekommenderar förbättringar och föreslår ackreditering för viss tid – högst fyra år. Under denna tid bör man arbeta vidare enligt rekommendationerna.

Ett sådant kanadensiskt team gjorde nyligen en »visite d'accréditation» vid tre franska psykiatriska sjukhus enligt sin modell (Faktaruta 1).

Ledningen för en verksamhet är mycket viktig – den ger förutsättningarna för vården. Utan dess aktiva deltagande i kvalitetsarbetet blir det ingenting.

Helst bör ackrediteringen vara frivillig på alla plan i organisationen, eftersom den bygger på en självevaluering, följd av en »visit», genomförd av ett team bestående av personer med stor professionell erfarenhet, hög integritet och själva ännu verksamma. Processen fordrar öppenhet och vilja att förbättra, men ger också mycket, bland annat oftast en ökad stolthet över insatserna. Alla delar av systemet bör granskas samtidigt.

Givetvis finns det en risk att man självtröskande visar upp saker bättre än de är – i så fall får man inte incitament att ta de steg framåt man borde ta.

När uppdraget påbörjas skall villkoren vara klara. Det får inte finnas några sidointentioner, t ex att ge motiv för re-

dan beslutade omorganisationer eller att bedöma individer.

Helheten är viktig

Direktörerna poängterade att ett sjukhus skall ledas genom idéer, inte genom regler och att ekonomin är allas angelägenhet, inte bara ekonomernas. Man studerade hur man använde sina resurser, om det fanns en decentraliserad beslutsordning och om brukare var involverade i planering och utvärdering.

Man påpekade att det är först när tjänsten används av konsumenten som dess kvalitet avgörs – inte tidigare. Delaktighet och decentralisering innebär dock inte att beslut tas genom folkomröstning – det är inte fråga om någon formell demokrati i sjukvården (Faktaruta 2).

De viktigaste processerna skall vara nedskrivna, men på ett sådant sätt att de läses. Indikatorer och nyckeltal behövs för analys, diskussioner, prioriteringar och för att mäta framsteg. Kvalitetsarbetet måste integreras i det dagliga arbetet och bli en del av vardagsrutinerna, inte skötas som en parallell process.

Traumatisk anspänning vändes till något positivt

De franska psykiaternas upplevelde ackrediteringsprocessen först som ett trauma med en stor anspänning i organisationen – sedan blev det positivt med kraftigt engagerad och mobiliserad personal.

När man såg pappren före besöken upplevde man att det fanns en stor kulturskillnad mellan Kanada och Frankrike, men under besöket förstod man mer. Tidigare »tyst» kunskap blev synliggjord, och en kompetent analys av verksamhetens funktion kom till stånd.

Kanadensarna ville vid »visiten» hellre ta fram positiva än negativa saker, inte konfrontera med ideal utan anvisa möjligheter. Kreativa personer och processer försökte man lyfta fram.

Merarbete men bättre samverkan

I ett permanent klimat av förändringar är det viktigt att på ett enkelt sätt skri-

FAKTARUTA 1

Exempel på frågor som det kanadensiska teamet ville ha svar på:

- Är organisationen lämplig ur patientens synvinkel? Hur är tillgängligheten?
- Kostnader? Effektivitet? Nyttä? Säkerhet? Finns indikatorer?
- Finns det multidisciplinära team?
- Finns det ett system för kvalitetsuppföljning? Nedskrivet? Känt? Använt? Är systemet anpassat till lokala kulturella förhållanden?
- Hur fungerar samarbetet mellan enheter och vårdgrannar?
- Vilka diagnossystem används?
- Hur gör man det man vill göra? Är det nedskrivet? Är alla införstådda?

FAKTARUTA 2

Den kanadensiske direktören fokuserade på:

»Raison d'être» (existensberättigande) för verksamheten och alla dess enskilda enheter ur ett patientperspektiv

Den etiska kodexen

Dokumentation av:

- ledningslinjer i den kliniska verksamheten
- tillvägagångssätt och tekniker (procedures et techniques)
- riktlinjer i den dagliga verksamheten (normes des pratiques)
- organisation av avdelningarna
- koordinering av olika verksamheter, t ex av öppen och sluten vård.

va ner rutiner och händelser i vardagen för delaktighet och uppföljning. Detta medförde merarbete på avdelningarna, särskilt för sjuksköterskorna, och det fanns initialt en hel del motstånd. Man frågade: Kan man prata om kvalitet när man måste minska på personalen? Hur används resultatet? Blir det mer byråkrati, stela regelsystem och en Kafka-värld av protokoll? Förlorar man mänsklighet och kreativitet?

Erfarenheterna från kanadensarnas besök pekade snarare i motsatt riktning med bättre kommunikation och mer konsensus, ökad yrkesmedvetenhet, mer dynamik i relationer och organisationer samt bättre samverkan mellan yrkesgrupper tack vare det multidisciplinära angreppssättet.

Paramedicinarna deltog

Tre psykologer gav tre mycket olika rapporter på konferensen. En grupp från Paris var ytterligt kritisk till hela idén med kvalitetsutvärdering och hade skrivit två mycket arga brev som lästes upp. Man hade gärna sett att det hade ingått

en psykolog i gruppen från Kanada så att man blivit utvärderad av sin egen profession.

Kuratorerna hade svårt att beskriva sitt arbete enligt manualen. Men de fick en bättre samverkan i kuratorsgruppen genom den process som startade.

En personaladministratör beskrev ett förtydligande av roll och uppdrag samt ökad erkänsla. Besöket hade också väckt frågor hos henne: Hur skall man optimera de mänskliga resurserna och undvika utbränning? Vilka behov av arbetsbyten och fortbildning finns? Hur hittar man en balans mellan petrifiering och instabilitet?

Apotekarna redovisade en noggrann genomgång – sett ur ett tydligt patientperspektiv.

Sekreterarna hade man glömt, som så ofta.

Kulturella skillnader diskuterades

– En återkommande farhåga var att meningen med ackrediteringen är att spara pengar: man får en orsak till att dra ner ersättningsarna till verksamheter som inte är på topp. Då blir de endera bättre eller ännu sämre så att man kan lägga ner dem.

– Många ansåg att man inte lyfte fram patientens ställning och vårdens resultat tillräckligt – det var för mycket om professionen och personalen.

– Kanadensarna hade varit mycket taktfulla och stödjande, kanske alltför snälla sade någon.

– Man diskuterade mycket om kulturella skillnader. »Hur skulle kanadensarna kunna förstå vårt sätt att vara och arbeta? De talar visserligen ett språk som är släkt med vårt men...». Man menade att i Kanada skriver man ner mycket, man talar om misstag och rättelser, man är gärna explicit och pragmatisk, man vill kvantifiera, avmystifiera, följa upp och utvärdera.

I Frankrike däremot talar man mer än skriver, och man finner gärna fel och skuld. Man uttalar sig gärna implicit med underförstådda värderingar och utvärderar inte på samma sätt.

– Några var rädda att psykiatrin skulle förlora sin »själ» och sin kreativitet med alla dessa normer, men någon annan undrade då om patienterna verkligen fick någon glädje av doktors kreativitet.

– Somliga oroade sig för att ett stolt skepp skulle förvandlas till en galär.

Autoevalueringsystem i Sverige

I Sverige har vi, kan man säga, genom SÖFS 1996:24 [3] ett ackrediteringsystem grundat på autoevaluering från årsskiftet. Här har det införts på en gång – i Frankrike tar man fem år på sig.

Tillsynen utövas i Sverige av Socialstyrelsen – i Frankrike av en speciellt skapad och bemyndigad organisation (ANAES).

I båda länderna är det professionella inslaget stort vid ackrediteringen – nödvändigt tycker vi, men inflytande utifrån är också viktigt. I båda länderna talar man om brukarinflytande, men det är oklart hur detta verkligen kan få kraft.

Risken för byråkratisering med det franska systemet är påtaglig. I Sverige vet vi inte exakt hur tillsynen kommer att ske. Sannolikt varierar ambitionerna mellan olika kliniker innan man vet mer vilka krav som kommer att gälla i verkligheten.

I Frankrike får klinikerna stöd i sin utveckling genom påpekanden vid genomgångarna. I Sverige är man hänvisad till egna initiativ att se över sin verksamhet med hjälp av t ex Svenska Läkaresällskapets specialistföreningar eller Spri. I Frankrike står ANAES för en del av ansvaret – i Sverige är verksamhetschefen ensam.

Patienten i centrum

Den kanadensiska manualen liknar Landstingsförbundets QUL (Qualitet, Utveckling, Ledarskap) [4] genom att lyfta fram betydelsen av mål, metoder, resultat och utvärdering. Hur man tänker sig att förbättra verksamheten är en grundfråga i båda fallen.

Spris program för organisationsgranskning, OG [5], undersöker liksom det kanadensiska olika strukturer i en verksamhet till skillnad mot QUL som vi uppfattat särskilt vill belysa processer, vilket stimulerar en viktig dynamik i utvecklingen. All tre metoderna sätter patienten/brukaren i centrum. QUL fokuserar kanske allra mest på »kundtillfredsställelsen».

En risk med ackreditering eller certifiering kan vara att man slår sig till ro när man fått sitt diplom. I det kanadensisk-franska systemet vill man motverka detta genom att fokusera på processen (hur?), att tidsbegränsa certifikatet samt att ställa krav på vad som skall ha uppnåtts under tiden.

Inga förslag om offentlighet

En annan nackdel med ackreditering är att nya aktörer kan hämmas, särskilt om ackrediteringsgivaren får någon form av monopolställning eller om man använder sig av begränsande mallar vid bedömningarna.

En fördel är att patienter och beställare får hjälp att bedöma kvaliteten inför val av vårdgivare [6, 7]. Varken i det franska eller det svenska systemet finns några förslag till att offentliggöra bedömningarna. I Paris poängterade



Centralstyrning tradition i både Sverige och Frankrike

Båda länderna har ovanligt grundmurade traditioner av centralstyrning med ringa inflytande från »brukare» och »marknader»: i Frankrike alltsedan Richelieu, Colbert och Napoleon, i Sverige sedan Birger Jarl, Gustav Vasa och Axel Oxenstierna. I Sverige finns dock ett större lokalt politiskt inflytande än i Frankrike. Båda länderna har en huvudsakligen områdesbaserad psykiatri.

Det slog oss att sjukvårdsdirektörerna i panelerna hade mer att säga om betydelsen av samverkan, ledning, målinriktning och helhet i en verksamhet än psykiatrerna. Hur är det i Sverige? Vad kan och vill psykiatrer respektive administratörer och berörda politiker?

Referenser

1. Kovess V. Évaluation de la qualité en psychiatrie. Paris: Economica, 1996.
2. Kvalitetssystem i sjukvården. Internationella erfarenheter. Stockholm: Spri, 1992. Spri rapport 328.
3. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. SOSFS 1996:24.
4. QUL – Kvalitet, Utveckling, Ledarskap. Stockholm: Landstingsförbundet, 1996.
5. Spris program för organisationsgranskning vid sjukhus. Introduktion och handledning. Stockholm: Spri, 1996. Spri rapport 433.
6. Dahlgren G. Framtidens sjukvårdsmarknader – vinnare och förlorare. Stockholm: Natur och Kultur, 1994.
7. Arvidsson G, Jönsson B. Politik och marknad i framtidens sjukvård. Stockholm: SNS förlag, 1997.

Mammografi från 40 år kostnadseffektivt?

Frågan om alla kvinnor mellan 40 och 49 år bör screenas med mammografi för att avslöja bröstcancer har under 1997 varit föremål för en het debatt i USA. Det började i januari med en konsensuskonferens arrangerad av National Cancer Institute (NCI), där panelen kom fram till att mammografi som rutin för kvinnor mellan 40 och 50 år inte kunde rekommenderas på basis av tillgängliga vetenskapliga data. Kvinnorna borde själva välja, med ledning av bästa möjliga relevanta information. Redan vid konferensen kom det kraftiga protester mot rekommendationen, bl a åberopades preliminära resultat från uppföljningar av screening i Sverige.

Cancersällskap föreslår screening varje år

I USA är screeningen en storindustri, och både amerikanska läkarförbundet och radiologförbundet håller på 40-årsgränsen. Det gör också sedan länge American Cancer Society, som i mars slog fast att alla kvinnor 40–49 år bör undersökas med mammografi varje år, sedan meta-analyser ansetts visa att screeningen i denna ålder leder till en signifikant minskad dödlighet.

Politisk påtryckning för lägre åldersgräns

Protester från mammografiföreträdare och deras politiska supportrar tvingade NCI till omprövning. Efter en hearing i kongressen röstade 98 mot 0 i senaten för mammografi från 40 år. Det gällde visserligen en resolution, inte ett direkt beslut, men var ändå en tydlig markering.

I slutet av mars beslöt därför NCIs rådgivande panel att rekommendera screening varje eller vartannat år för kvinnor med »genomsnittlig risk» för bröstcancer. Kvinnor med hög risk skulle kontrolleras noggrannare. Företrädare för panelen uppskattade att årlig screening av gruppen mellan 40 och 50 år kan minska dödligheten i bröstcancer med 17 procent (JAMA 1997; 277: 1027-8, 1181).

Det krävs mer än vetenskap

Lärdomarna av denna vetenskapliga kontrovers analyseras av Suzanne W Fletcher i New England Journal of Medicine (1997; 336: 1181-3): Konsensusdokument löser sällan frågor där det finns stora motsättningar. Rekommendationer om hälsopolitik kräver mer än vetenskapliga bevis om nytta och bi-

verkningar. Också kostnadseffektivitet, legala, etiska och ekonomiska konsekvenser måste vägas in. När medicinska experter har divergerande åsikter om en intervention innebär det nästan alltid att den effekt man kan uppnå är liten, antyder Fletcher.

Motsägelsefulla studier om kostnadseffektivitet

En kritisk attityd till mammografi före 50 år präglar också ett temanummer av Annals of Internal Medicine (1997; 127: 955-72, 1029-36).

I motsats till två tidigare studier konkluderar forskarna bakom en ny analys att screening för kvinnor 40–49 år var 18:e månad inte är så kostnadseffektiv som för äldre; kostnaden per vunnet levnadsår beräknas till 105 000 dollar respektive 21 400 dollar. (I Sverige har motsvarande kostnad för kvinnor över 50 år beräknats till 30 000–60 000 kr.)

Överskattad risk och nytta

Forskarna pekar dock på opinionens betydelse: yngre kvinnor oroar sig mer för bröstcancer, de överskattar risken att dö av sjukdomen, och de överskattar nyttan med mammografiscreening. Kan politiker stå emot sådana förväntningar?

En ledarskribent, David M Eddy, kommenterar att om inte kostnaderna för mammografi sänks dramatiskt kommer screening av yngre kvinnor alltid att vara dyr i förhållande till nyttan – men »mammografi-screening tycks leva sitt eget liv, oberoende av alla överväganden om bevis, effektivitet och kostnadseffektivitet». Till och med dess starkaste supportrar måste vara besvikna över hur liten nyttan är och hur sent den syns (ett dödsfall förebyggs bland 1 000 kvinnor under tio års tid) och över den stora sannolikheten för ett falskt positivt resultat (omkring 25 procent över tio år), skriver Eddy.

Kontroversen kring mammografi har vidare implikationer. Ytterst handlar den inte om huruvida man räknat rätt i alla detaljer om kostnader etc, utan om man skall ta hänsyn till kostnadseffektivitet över huvud taget – och inte bara enögt se på ett enda verksamhetsfält.

Eddy ställer en samvetsfråga: Bör vi, när vi ser på en teknik som mammografi, utgå från att den är bra tills motsatsen bevisats – eller motstå frestelsen att propagera för den tills den visats vara effektiv?

Yngve Karlsson, Läkartidningen