

Fem diagnoser beskrivs – datoriseringen ett hinder

Kvalitetsutveckling är en professionell angelägenhet. Svensk förening för otorinolaryngologi, huvud- och halskirurgi arbetar efter två linjer för att kvalitets-säkra och kvalitetsutveckla öron-, näs- och halssjukvården – dels genom ett nationellt kvalitetsregister, dels genom återkommande verksamhetsbeskrivningar.

Kvalitetsregistret är unikt konstruerat jämfört med tidigare nationella kvalitetsregister genom att det brett speglar sjukvården inom en disciplin. Något oväntat har dock datoriseringen av journalerna blivit ett hinder i kvalitetsarbetet.

Från och med den 1 januari 1997 är bestämmelser om kvalitetssäkring och kvalitetsutveckling inskrivna i Hälso- och sjukvårdslagen [1]. Redan 1993 utfärdade emellertid Socialstyrelsen föreskrifter för sådan verksamhet, där det påpekas att kvalitetssäkringsarbetet främjas av jämförelseunderlag från andra verksamheter [2]. Idealet vore att för jämförelser med andra verksamheter ha gemensamma kvalitetsindikatorer och gemensamma system för redovisning. Underlaget för sådana kvalitetsindikatorer borde i huvudsak utarbetas av de professionella sammanslutningarna i hälso- och sjukvården.

Deltagandet i nationella register får

Författare

INGEMAR ENGSTRAND

överläkare, öron-, näs- och halsmottagningen, Lindesbergs lasarett

STEN HELLSTRÖM

professor, öron-, näs- och halskliniken, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

STEFAN ENGQUIST

docent, Södra Stockholms öron-, näs- och halsklinik, Huddinge sjukhus.

stöd även i Socialstyrelsens nya föreskrifter om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården [3].

Svensk förening för otorinolaryngologi, huvud- och halskirurgi startade 1993 sitt arbete med att definiera indikatorer och system lämpade för att illustrera och beskriva kvaliteten i svensk öron-, näs- och hals-(ÖNH)-sjukvård. En kommitté för kvalitet, etik och prioritering i vården bildades med uppdrag att leda kvalitetsarbetet.

Kommittén inhämtade idéer från de förslag till kvalitetsindikatorer för elva specialiteter som beskrevs 1993 av Medicinska kvalitetsrådet (MKR), ett organ gemensamt för Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund [4].

Arbetet kom att bedrivas enligt två linjer – att försöka skapa dels ett nationellt kvalitetsregister med en bred analys av svensk ÖNH-sjukvård, dels ett återkommande system för verksamhetsbeskrivningar.

Nationellt kvalitetsregister

Det nationella kvalitetsregistret för ÖNH-sjukvården blev – efter ansökan till Socialstyrelsens HS-grupp MARS – en realitet 1996 och fick därmed också ekonomiskt bidrag för driften, från de så kallade Dagmar-medlen.

Hur stödet till de olika kvalitetsregistren ska utformas bestäms i en gemensam nationell beslutsgrupp med representanter från Svenska Läkaresällskapet, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen [5]. För kanslifunktionen svarar Socialstyrelsen.

Innan ÖNH-registret kunde fastställas av specialitetsföreningen hade utformningen av det föregåtts av ett omfattande förberedelsearbete. Strategin var att genom kvalitetsindikatorer för flera diagnoser brett försöka spegla specialitetens innehåll. Denna inriktning ställer speciella krav på enighet och uppslutning kring ett begränsat antal parametrar för varje diagnos som kan anses väsentliga för kvalitetsutveckling och utan att vara alltför arbetskrävande.

De diagnoser som slutligen valdes blev myringoplastik, tonsillektomi, septumplastik, malignitet och rörbehandlad sekretorisk otit.

Att i ett nationellt kvalitetsregister

arbeta med fem olika diagnoser har inte prövats tidigare. Tidigare etablerade nationella kvalitetsregister ägnas huvudsakligen en diagnos vardera och fokuserar därmed på djupet och inte på bredden. Det har emellertid framförts som viktigt att ha ett dynamiskt synsätt på registren, vilket innebär att man inte ska låsa sig för en modell som ska gälla för samtliga register under all framtid [6].

Det är också betydelsefullt att få en bred genomlysning av ÖNH-specialiteten, som ju är mångfasetterad och rymmer både sluten- och öppenvård, barn och gamla, och innehåller diagnoser som kräver såväl kirurgiska som medicinska åtgärder. Den kirurgiska verksamheten omfattar åtgärder som representerar både stora och små volymer.

Efter en försöksperiod under åren 1995–1996 startade registret i reguljär drift under 1997, och mer än femtio av landets ÖNH-kliniker/mottagningar har nu anslutit sig.

De registrerade parametrarna, som givetvis växlar med diagnos, avser att i tillämpliga delar spegla frekvens, indikationer, vårdkedjor, vårdformer, anestesimetoder, vård- och sjukskrivningstider, komplikationer, resultat och patienttillfredsställelse. För diagnoserna tonsillektomi och septumplastik ingår en patientenkät.

Det har tidigare framförts i Läkartidningen att medicinsk resultatmätning är komplex och ofta svår att genomföra [7]. Vissa av våra parametrar, såsom komplikationer och patienttillfredsställelse, synes något så när lätta att jämföra. Vad gäller andra, exempelvis frekvens och vårdformer, är det inte självklart vad som är bra eller dåligt. Resultaten måste i de fallen i stället användas som underlag vid diskussioner i ÖNH-föreningen.

Datoriseringen ett hinder!

På klinikerna sker registrering med pappersblanketter. Uppgifterna förs därefter över till speciellt designade elektroniska blanketter i Microsoft Excel-miljö och sänds, efter avidentifiering av individuppgifter, till ett kansli som upprättats i Umeå. Deltagande kliniker får därefter regelbundet tillbaka en bearbetning av den egna klinikens

Likt en Hamlet ställs kirurgen inför valet mellan laserkniv eller skalpell – tonsillotomi eller tonsillektomi? I kvalitetsregistret jämförs resultaten.

material som kan jämföras med motsvarande bearbetning för landet i sin helhet. Den första resultatbearbetningen startar under 1998.

Något oväntat har emellertid den alltmer utbredda datoriseringen av journaler medfört att flera stora kliniker har svårt att delta i vårt kvalitetsarbete. Dit hör Karolinska sjukhuset, Huddinge sjukhus och Universitetssjukhuset i Lund. Det blir för tungt att parallellt med den datoriserade journalen arbeta med pappersblanketter, och exempelvis Melior-journalen går för närvarande inte att använda så att kvalitetsuppgifterna kan registreras i datorn direkt vid journalföringen.

Verksamhetsberättelser: Medelvårdtiden 2,6 dagar

Den andra delen av specialitetens kvalitetsarbete innebär att landets kliniker/mottagningar inbjuds att fylla i en enkät för beskrivning av enhetens struktur och process. En sammanställning av svaren returneras till de deltagande klinikerna, som således öppet kan jämföra sig med landets övriga ÖNH-sjukvård. Denna del av kvalitetsarbetet genomfördes första gången 1995 med deltagande av 66 kliniker/mottagningar.

Vi i kommittén menar oss ha fått belegg för att sammanställningen varit av betydelse under de senaste två årens

förändringsarbete då sjukvården ålagts besparingar och sammanslagningar. Enkäten har även efterfrågats av administratörer. Vi har då alltid hänvisat till den lokala kliniken/mottagningen som vi anser förfogar över resultatet.

En ny enkät har gjorts under 1997 avseende verksamhetsåret 1996 och förhållandena vid 1996 års utgång. 57 svar har inkommit representerande 87 kliniker/mottagningar. Vi har fått kännedom om ytterligare 7 mindre mottagningar för vilka andra kliniker ansvarar; dessa verksamheter har ej inkluderats i sammanställningen.

Från den offentliga vården saknas endast en klinik, där en läkare tjänstgör. Kostnaderna för sekreterarhjälp, porto och tryckning av enkätsvar uppgår till 250 kronor per deltagande enhet.

I årets undersökning har vi, förutom besöksstatistik, vårddagar m m, även tagit med uppgifter om utförda operationer. Från materialet kan t ex utläsas att de deltagande klinikerna/mottagningarna klarat av 745 490 besök, varav 298 043 (dvs 40 procent) varit nybesök. Av nybesöken kom 179 734 på remiss. 54 327 patienter har tillsammans förbrukat 142 423 vårddagar, med en medelvårdtid på 2,6 dagar.

Alla kliniker har ännu inte instrument för att registrera operationer i öppen vård varför den delen av vår sammanställning är ofullständig. På slutenvårdssidan torde sammanställningen

däremot vara i det närmaste komplett för de registrerade diagnoserna.

Inte resurser för vårdregister

Vi planerar att genomföra en ny enkät 1999. I årets sammanställning saknas privatmottagningarna. Dessa arbetar i och för sig med ett eget omfattande kvalitetsutvecklingsprojekt, men det vore en styrka att få med även dem i denna sammanställning. Vi undersöker möjligheterna att i så fall lösa kansli- och finansieringsfrågorna på ett annorlunda sätt. Diskussioner har förts kring frågan om verksamhetsberättelserna kan utvecklas till ett vårdregister av det slag som beskrivits för ögonsjukvården inom ramen för MARS [8]. För närvarande anser vi oss emellertid inte ha resurser för ett sådant projekt.

Slutord: Arbeta på rätt nivå

Det finns i dag ett stort utbud och många variationsmöjligheter i kvalitetsarbetet. Aktörerna är flera. Här finns Socialstyrelsen med sina MARS-projekt, Landstingsförbundet med QUL och Spri med sin Organisationsgranskning. Sammanställningar med ekonomisk inriktning görs av Landstingsförbundet, Socialstyrelsen och grupper av huvudmän tillsammans med Norsk Helseplan.

Många administrativa nivåer känner sig manade att starta kvalitetsutvecklingsprojekt, och datorerna ger stora möjligheter. Det är därför lätt att i entusiastisk yra glömma bort den manande passus i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd som lyder: »Varje verksamhet behöver anpassa sitt kvalitetssystem till de egna förutsättningarna och kvalitetssystemet bör inte vara mer omfattande än vad som är nödvändigt för att uppfylla verksamhetens kvalitetsmål.»

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen § 31. Kvalitets-säkring.
2. Socialstyrelsen. SOSFS 1993: 9. Kvalitets-säkring i hälso- och sjukvård inklusive tandvård.
3. Socialstyrelsen SOSFS 1996: 24. Kvalitetssystem i hälso- och sjukvården.
4. Svensk Medicin Nr 38. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer. Stockholm: Svenska Läkaresällskapet och Spri, 1993.
5. Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 96/97. Stockholm: Landstingsförbundet och Socialstyrelsen, 1997.
6. Garpenby P, Carlsson P. Nationella kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården – en uppföljande studie. Stockholm: Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi, 1996. Rapport 1996: 7.
7. Calltorp J. Klagör begreppen om kvalitet i vården! Läkartidningen 1996; 93: 1611-3.
8. Faktabasen MARS – Medical Access & Result System. Ögonvårdsregistrering. MARS-nyheter nr 12, 1994.