

Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val!

Öppen redovisning utmanande men ofrånkomlig

Kvalitetsutveckling har blivit ett speciellt begrepp inom hälso- och sjukvården [1]. En mångfald metoder att mäta och utveckla vårdens kvalitet har växt fram. De baseras på olika filosofier kring hur kvalitet inom vården kan förstås och definieras, hur den kan mätas och vad som är angelägen utveckling.

Det växande intresset för detta område kan delvis förklaras av faktorer utanför själva vården, t ex ett generellt intresse för kvalitet inom olika service- och tjänstesektorer. En annan pådrivande faktor är utveckling av nya tekniker för organisering och styrning av arbetet i komplexa och kunskapsintensiva system. Det gäller t ex applicering av processperspektiv, alltså ett intresse för hur olika specialkunskaper i en produktionsprocess griper in i varandra och ger resultat över tiden. Sådana metoder utvecklades ursprungligen inom tillverkningsindustrin och har nu börjat föras in i olika tjänstesektorer.

Variationer i praxis

Specifika förhållanden inom vården har också lett till att kvalitetsbegreppet fått ökad resonans. De påtagliga variationer i medicinsk praxis som kan iaktas inom och mellan länder bidrar till detta, liksom den generella diskussionen om effekter av olika medicinska behandlingsmetoder. Den ökande fokuseringen på relationen mellan patient och behandlare, patientens medinflytande och valfrihet liksom behov av bättre information om medicinsk behandling är också viktiga bakgrundsfaktorer.

Författare

JOHAN CALLTORP

professor i hälso- och sjukvårdsadministration, Hälsouniversitetet, Linköping; medicinsk redaktör i Läkartidningen.
E-post: Calltorp@swipnet.se

Det är alltså en mångfald intressen och drivkrafter som döljer sig under rubriken kvalitet, och det är angeläget att särskilja dem för att man skall kunna åstadkomma en ändamålsenlig utveckling av kvalitetsmetoder inom vården [2]. Engagemanget för området har växt under de senaste åren, i takt med att »sjukvårdskrisen» manifesterat sig närmast permanent i form av resursproblem, snabbt framrullande organisationsförändringar och debatt om service och tillgänglighet till vården.

Läkartidningen har tidigare i flera omgångar presenterat detta område. En inledande serie artiklar påbörjades 1991 under rubriken »Medicinsk revision» [3], och den följdes 1996 av en positionsbestämning av hur redaktionen ser på den vetenskapliga bedömningen av artiklar inom detta område [4]. Sedan dess har antalet sådana artiklar ökat påtagligt, det gäller såväl regelrätta medicinska artiklar som sådana som diskuterar kvalitetsarbetets praktik. De artiklar som publicerats under de senaste månaderna om teori och modeller för kvalitet inom vården ger anledning att lyfta fram vissa strategiska frågor till diskussion.

Ger impulser att förbättra

Ett tiotal specialitetsföreningar började 1992 utveckla medicinska kvalitetsindikatorer under koordinering av Medicinska kvalitetsrådet (MKR). En första omgång publicerades 1993 [5]. Arbetet har nu spritt sig till i stort sett samtliga kliniska specialiteter, och MKR förbereder nu en ny nationell sammanställning (i katalogform och digitalt).

Denna konkreta medicinska fokusering av kvalitetsarbetet i läkarkåren är betydelsefull på flera sätt. Den har lett till ett fördjupat intresse för och analys av medicinska resultat, mått och mätmetoder i olika specialiteter. Intresset har vuxit för jämförelser mellan olika kliniker på riksnivå och för de stora specialiteterna inom regionerna.

Jämförelser mellan enheter som arbetar med samma uppgifter, och återkoppling av mätresultat till den enskilda kliniken eller läkaren, avtecknar sig som en central metod. Inriktningen anknyter till traditionerna med nationella register över medicinska procedurer och metoder [6], något som förekommit inom t ex ortopedin i mer än tio år.

Den systematiska jämförelsen och återkopplingen till klinikerna ger impulser att ifrågasätta praxis, att förändra och utveckla rutiner och metoder. Pedagogiken bygger på professionell hållning, vetenskapligt tänkande och nyfikenhet, men sannolikt är också tävlingsmomentet i denna metod viktigt. Erfarenheten visar att datakvaliteten i registren ökar om de används konkret och den medicinska meningsfullheten sätts i fokus.

Öppenhet ofrånkomlig

Internmedicin är en av de specialiteter som drivit sitt indikatorarbete långt och i en påtagligt konkret riktning. Mona Britton och medarbetare redovisade i Läkartidningen 3/99 [7] fyra års arbete med kvalitetsindikatorer kring hjärtinfarkt, slaganfall, antikoagulantabehandling och diabetes. Successivt har antalet deltagande kliniker ökat, nu deltar 52 av landets 80 medicinkliniker. I artikeln redovisas olika indikatorers utfall för i sammanställningen anonyma kliniker, för såväl medicinska resultat (t ex mortaliteten i hjärtinfarkt) som metodanvändning (trombolysfrekvensen vid hjärtinfarkt, och andelen prov inom terapeutiskt intervall vid antikoagulantabehandling).

Invärtesmedicinarnas erfarenheter från den interna arbetsprocessen är intressanta. Givetvis är det utmanande att starta jämförelser internt inom professionen på detta sätt, när det finns så uppenbara metodproblem i hur man definierar och mäter, liksom tekniska mätfel och andra problem. Slutsatsen är emellertid att kvaliteten förbättras, såväl rent medicinskt som vad gäller ruti-

ner och processer. Medvetenheten om att man har mätdata som inte är perfekta tycks leda till en öppenhet och prestigefrihet, som gör att de deltagande klinikerna inriktar sig på att analysera data i stället för att försvara sig. Man bygger upp en cirkel av att förbättra såväl tekniken att mäta och jämföra som de medicinska arbetsprocesserna.

Invärtesmedicinerna har också tagit ett viktigt steg i och med att de i februari 1999 redovisat ytterligare ett års kvalitetsjämförelser mellan de olika klinikerna helt öppet, dvs inte längre anonymt. Författarna skriver [7] att de hoppas på »en mogen diskussion inom professionen samt med allmänheten och pressen». Det är betydelsefullt att en stor och central medicinsk specialitet därmed tar ställning för öppenhet, en ny och ofrånkomlig attityd.

Konsumentrörelsen i USA har lagstiftningsvägen tvingat fram offentliggörande av sjukhusens vårdresultat – oftast på en mindre sofistikerad och upplysande nivå än vad invärtesmedicinen hittills redovisat i Sverige. I USA tycks intresset för offentliggörande av vårdresultat, på grund av de starka juridiska och kommersiella drivkrafterna i frågan, främst ha gällt komplikationer och biverkningar. Också detta är viktigt, men utmaningen är att utveckla en dialog med politiker, allmänhet och patientföreningar om sjukvårdens resultat – uttryckta i alla de dimensioner detta har – liksom kring service och tillgänglighet. Den medicinska professionen måste bibehålla förtroendet hos uppdragsgivarna och värna sin professionalitet. Det är svårt att se någon annan väg till detta mål än att driva en aktiv kvalitetsgranskning med bästa möjliga medel inom professionen. Detta inbegriper vetenskaplig diskussion om metoder, felkällor och begränsningar. Efter denna inomprofessionella värdering redovisas aktuella resultat på ett meningsfullt sätt till uppdragsgivarna. Om läkarkåren inte aktivt tar dessa steg kan man förutse lagstiftning, som säkerligen skulle

leda till både sämre kvalitetsjämförelser och förlust av läkarnas autonomi, ett begrepp som är nära knutet till begreppet profession.

Metodstöd behövs

En viktig diskussion kring det metodstöd som behövs i denna process redovisades nyligen i Läkartidningen av Göran Nilsson och Johan Bring [8] från en kombinerad klinisk och biostatistisk utgångspunkt. De visar vikten av korrekt metodval och adekvata grunddata för slutsatser om resultat utifrån dimensionerna »strukturmått», »utfallsmått» och »processmått». De visar hur felaktig och orättvis en offentlig diskussion kring vårdresultat kan bli om man inte är medveten om metodproblemen, och de exemplifierar bl a med den jämförelse av hjärtinfarktvardens som Socialstyrelsen publicerade 1996. Det är mot bakgrund av den häftiga debatten i den frågan särskilt intressant att notera det ovan beskrivna arbete som nu drivs inom invärtesmedicinen. Metodproblemen finns där, vilka Nilsson och Bring diskuterar, men de kan lösas genom analys, publicering och vetenskaplig diskussion.

Nilsson och Bring pläderar för stärkt vetenskapligt metodstöd för olika former av kvalitetsgranskning. Det finns i USA, England och Holland bra exempel på hur man skapar resurscentra, där centrala discipliner som epidemiologi och biostatistik samverkar med kliniska specialiteter men också med vetenskap som ser frågorna från samhällsvetenskaplig synvinkel, t ex hälsoekonomi, medicinsk sociologi och vårdadministration. Institute of Medicine i USA har nyligen gett en programförklaring om hur dessa tvärvetenskapliga frågor bör tacklas [9].

Kraftsamling på nya forskningsmiljöer

Den politiska programförklaring kring vårdens uppbyggnad och utveckling som socialministern och lands-

tingsförbundets ordförande nyligen gett [10] anger som mål att Sverige skall bli »världsledande i utvärdering och effektanalyser av hälso- och sjukvården». En viktig åtgärd är nu att utforma en konkret plan för hur forskningsenheter vid de sex universitetssjukhusen – med regionalt ansvar och lämpligen också nationella profiler och bevakningsområden – kan byggas upp. Adekvat kompetens bör samlas i vetenskapligt sett tillräckligt starka grupper, som i samarbete driver vidare de metoder och inriktningar i kvalitetsarbetet som redan finns, t ex det arbete som bedrivs av Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) under rubriken teknologivärdering och det som bedrivs under rubriken kvalitet [11].

Beslutet är nu fattat att sjukvårdens utvecklingsinstitut Spri skall läggas ned som nationell enhet vid kommande årsskifte. Det ligger ett tungt ansvar på de nuvarande ägarna, dvs staten och Landstingsförbundet, att använda de cirka 60 miljoner kronor som hittills satsats årligen på Spri för att bygga upp en stark, vetenskapligt baserad och framtidsinriktad struktur inom utvärderingsområdet. De enskilda landstingen har förstås en mycket viktig roll i detta.

Centralstyrt metodval motverkar syftet

Kvalitetsindikatorer och de olika specialiteternas arbete runt dessa utgör en kärnpunkt i kvalitetsarbetet. Vilken ram och vilket sammanhang de skall sättas in i är en annan nyckelfråga. Ett stort antal modeller, metoder och system – redskap för utveckling av kvaliteten – finns nu tillgängliga inom hälso- och sjukvården. Gemensamt är att de kombinerar medicinska, organisatoriska och ekonomiska perspektiv med styrnings- och ledningsfrågor.

Denna relativt stora mängd »modeller» kan upplevas som ett problem, vilket i värsta fall stör sjukvårdsverksamheten och hotar att ta alltför mycket tid. Det finns sådana risker, speciellt i

landsting där man centralt fattat beslut om vilken kvalitetsmodell som »obligatoriskt» skall tillämpas. Sådana beslut förekommer oroväckande ofta, och de strider mot andan i och meningen med »kvalitetsrörelsen», nämligen att engagera de professionella att ta ansvar för att granska och utveckla sin kvalitet.

Medicinskt meningsfulla system

Allmänmedicinen har från början legat långt fram i utvecklingen av såväl kvalitetsindikatorer som koppling av dessa till modeller för granskning enligt »peer review»-metoden. I Läkartidningen 8/99 beskriver Kjell Lindström och medarbetare i flera artiklar allmänläkarnas syn på kvalitetsredskap och erfarenheter av medicinsk revision av vårdcentraler. En slutsats är att läkarna vill se kvalitetssystem som är patientorienterade, begripliga och medicinskt meningsfulla [12]. För första gången redovisas också i en översikt de åtta vanligaste kvalitetsmodellerna, karakteriserade med avseende på nytta och användbarhet i primärvården [13].

Experiment i psykiatri

Psykiatri är en annan specialitet där det nu samlats betydande erfarenheter av systematiska experiment med medicinsk revision och andra kvalitetsmetoder. Svensk psykiatrisk förening har nyligen i samarbete med Medicinska kvalitetsrådet avslutat ett experiment med en enhetligt upplagd medicinsk revision, som genomförts av psykiatriska specialister, som arbetat parvis vid åtta kliniker i landet. Experimentet med en breddad sk klinisk revision inom psykiatri, där flera olika yrkesgrupper ingår i granskarteamet, har redovisats av Gunnilla Román [14]. Experimentet är av värde också för andra specialiteter, eftersom psykiatri har en sådan bredd vad gäller verksamhetsformer (från tung sluten vård till små öppenvårdsmottagningar), behandlingsinriktningar och både offentlig och privat verk-

samhet. Tidigare har Christer Sjödin [15] redovisat exempel på hur privata psykoterapeutiskt inriktade enläkarmottagningar utvecklat sin specifika kvalitetsmodell genom att kombinera kollegial granskning med privatläkarevårdens mera organisatoriskt inriktade KVAL-PRAK-modell.

Grunden lagd för selektiv utveckling

Socialstyrelsen kräver i sin föreskrift från 1996 att varje enhet i sjukvården skall ha ett kvalitetssystem och preciserar vem som är ansvarig [16]. Styrelsen anger översiktliga principer och krav för kvalitetsmodellerna— men föreskriver inte vilken modell som skall väljas. Detta har drivit på utvecklingen och ökat trycket på sjukvårdsenheterna att utveckla en modern kvalitetssyn. Viktiga impulser från andra samhällssektorer – framför allt process- och flödessynen inom andra servicesektorer och industrin – har också bidragit till den snabba metodutvecklingen.

Mångfalden och experimenten inom detta område har lagt grunden för en fortsatt och mera selektiv utveckling av kvalitetsmetoder beroende på respektive specialitets karaktär. Sjukhus och enskilda kliniker kan välja metod med hänsyn till storlek, personalens erfarenhet av kvalitetstänkande och vilket fokus för granskningen man önskar – rent medicinskt, omvårdnads- eller organisationsinriktat. Vid valet av kvalitetsmodell måste man ta hänsyn också till resursåtgången, främst i form av personalens tid.

Slutsatser

Den systematiska utvecklingen av vårdens kvalitet står alltså inför ett nytt och spännande steg: att tillgodogöra sig erfarenheter, att utveckla nya resursnärliga och ändamålsenliga modeller. Detta rimmar väl med idén om »den lärande organisationen» [17], vilket är den moderna synen på en kunskapsorganisation i kontinuerlig utveckling.

Referenser

1. Spri. Kvalitetssäkring. Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Stockholm: Spri, 1987. (Spri rapport 230.)
2. Calltorp J. Klargör begreppen om kvalitet i vården! Läkartidningen 1996; 93: 1611-3.
3. Läkartidningen. Serie Medicinsk revision (inledd i nr 37/91, avslutad i nr 51-52/92). Finns i särtryck.
4. Läkartidningens krav på artiklar om medicinsk revision. Läkartidningen 1996; 93: 1613.
5. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer från Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds medicinska kvalitetsråd. Svensk Medicin 1993; 38.
6. Garpenby P, Carlsson P. Utvärdering och förslag till organisation av nationella register för kvalitetskontroll inom hälso- och sjukvården. Linköping: Hälsouniversitetet, 1994. (CMT rapport 1994:2.)
7. Britton M, Karlander S, Andersson B. Fyra års övervakning av intermedicinens kvalitet. Känsliga kvalitetsindikatorer stimulerar till bättre vård. Läkartidningen 1999; 96: 217-20.
8. Nilsson G, Bring J. Kvalitetssäkra kvalitetsarbetet! Läkartidningen 1999; 96: 494-7.
9. Chassin MR, Galvin RW. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on health care quality. JAMA 1998; 280: 1000-5.
10. Engqvist L, Isaksson L. Privatvården måste öka! Dagens Nyheter 27 februari 1999, sidan A4.
11. Calltorp J. Att förändra det medicinska handlandet. Klinisk tradition och kultur möter utvärderingsdata. Läkartidningen 1998; 95: 1698-9.
12. Björgell A, Lindström K. Fungerande kvalitetssystem förutsätter allas engagemang! Läkartidningen 1999; 96: 915-6.
13. Lindström K. Granskningsmodeller granskade och jämförda. Läkartidningen 1999; 96: 922-3.
14. Román G. Göra rätt saker eller göra saker rätt? Läkartidningen 1999; 96: 610-2.
15. Sjödin C. Granskande kolleger garanterar kvaliteten. Läkartidningen 1997; 94: 3503-4.
16. Socialstyrelsen. Föreskrift om kvalitetssystem i hälso- och sjukvården. SOSFs 1996:24.
17. Senge P. Den lärande organisationen. Stockholm: Svenska Dagbladets förlag, 1995.