Kvalitet inom sjukvården Vad är det och hur mäts den?

Kvalitet inom vården, vad det är och hur den mäts var temat för en tisdagssammankomst på Läkaresällskapet i början av året. Professionell kvalitet har alltid varit i fokus för läkarkåren.

HANS RUTBERG
centrumchef, hjärtcentrum
ANNSOFIE SOMMER
klinikchef, lungmedicinska kliniken
TOMMY SKAU
chefläkare, samtliga vid Universitetssjukhuset i Linköping

Under 1990-talet har kvalitetsbegreppet utvidgats till att inte enbart omfatta professionell kvalitet, och i detta övergripande kvalitetsarbete har det varit svårt att engagera läkare. Skälet kan vara att kvalitetsarbetet har använts som instrument för rationaliseringar och besparingar. En annan orsak till läkargruppens bristande engagemang i förbättringsarbetet kan vara att såväl grundutbildningen som AT- och ST-utbildningarna fokuserar professionell kunskap. Figur 1 illustrerar detta. Genom att öka personliga färdigheter och kunskaper inom specialiteten och ta del av de värderingar som präglar ett specifikt ämnesområde sker en förbättring av olika behandlingsformer. Detta är mycket positivt, men som följd av denna utveckling sker bl a också en ökande subspecialisering inom sjukvården.

För att få denna alltmer komplexa sjukvård att fungera optimalt behövs utöver professionell kunskap också kännedom om det som kallas förbättringskunskap, som illustreras i den andra rutan i figuren. Till detta område som traditionellt inte lärs ut i läkarutbildningen hör bl a teamarbete, psykologi och lärandestyrt förbättringsarbete. Det är viktigt att också kunna se sjukvården som ett system där flera enheter ska samverka för att uppnå optimalt resultat.

Det är först när såväl professionell kunskap som förbättringskunskap fungerar bra tillsammans som vi kan uppnå en väl fungerande sjukvård. Det är därför viktigt att införa undervisningsmoment innefattande teman om läkaren som teammedlem, gruppdynamik och andra beteendevetenskapliga områden i läkarutbildning på olika nivåer, Figur 1.

Genomtänkta frågor ger bättre uppföljning

Behovet och intresset att följa upp resultat av hälso- och sjukvård ökar såväl i verksamhetsperspektiv som i ett övergripande hälso- och sjukvårdsperspektiv. Socialstyrelsen har noterat att alltmer tid går åt till dokumentation och resultatmätning, och det har ifrågasatts om detta är en önskvärd utveckling. Det är då viktigt att komma ihåg att grunden för en meningsfull resultatuppföljning är väl genomtänkta frågeställningar. Dessa kan delas in i tre grupper, beroende på i vilket perspektiv sjukvården betraktas.

1. Patientens frågor: Vad har jag för chanser? Vilken behandling är bäst för mig? Kommer min hälsa och livskvalitet att förbättras? Har man förstått mitt egentliga problem?

2. Läkarens, sjuksköterskans, övriga vårdpersonalens, klinikens och vårdenhetens frågor: Hur tillgodoser jag/vi patienternas behov? Hur sköter jag mig? Är jag/vi ungefär lika bra som andra eller finns det något jag/vi bör bli bättre på? Varför blev det annorlunda denna gång? Hur kan jag bli bättre i att förstå vad som är viktigt för patienten?

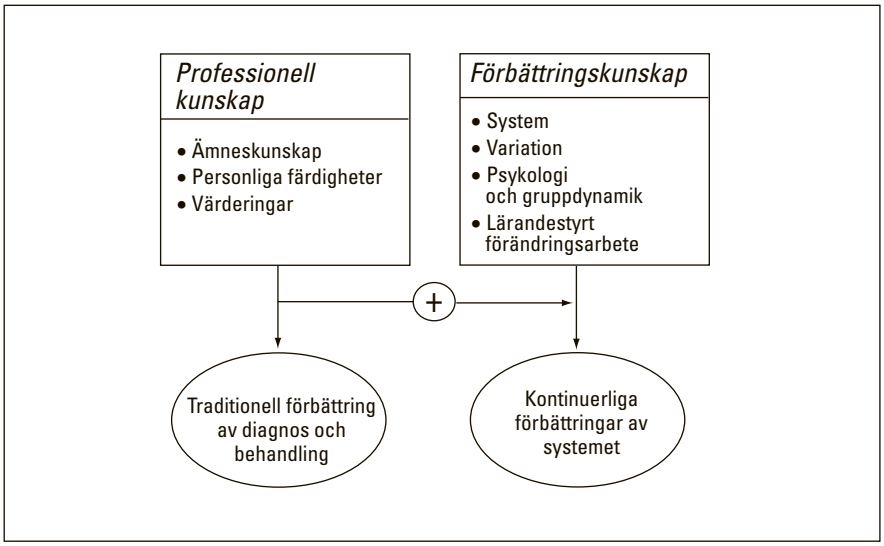
3. Hälso- och sjukvårdspolitikerns frågor: Hur klaras de politiska målen? Nås en god vård på lika villkor efter behov? Får vi det mesta möjliga för pengarna vi ger till sjukvården? Vilka effekter på hälsa och livskvalitet uppnåddes i olika patientgrupper? Kan sjukvården bli bättre? Vilka patienter bör vi behandla? Hur utföll de prioriteringar som gjordes? Hur är relationen mellan insats/kostnad och hälsoeffekt avseende nya och gamla teknologier? Hur uppfyller vårdgivarna sina åtaganden enligt träffade överenskommelser?

Resultat kan mätas på olika nivåer

Genom att se hälso- och sjukvården som ett system kan man också samla fakta som vägledning om var det är strategiskt riktigt att göra förbättringar. I dag registreras en stor mängd data som inte utnyttjas systematiskt för uppföljning. Det leder i sin tur till att vi går miste om möjligheten att skaffa underlag för det nödvändiga prioriteringsarbetet.

Datainsamling och hantering behöver vara en integrerad del av det kliniska arbetet. Men först efter bearbetning med statistiska metoder, utifrån kliniskt relevanta frågeställningar blir data värdefull information. Utvecklingsarbetet kring de nationella kvalitetsregistren är ett sätt att få information som sedan leder till en förbättrad sjukvård.

Tillgången till information leder således inte automatiskt till åtgärder som förbättrar sjukvården, men rätt utnyttjad förbättrar den sjukvårdens möjligheter att minska patienternas sjukdomsbörda. När hela kedjan data–information–åtgärd fungerar och är en del i en grundläg-



Figur 1. *Kunskaper för utveckling enligt Batalden och medarbetare.*

gande strategi, utgör den ett instrument för att uppnå förbättrade behandlingsresultat och genomföra vetenskapliga studier.

Ansvaret för att ta fram denna viktiga information ligger både på utförare och beställare. Det är då väsentligt att skapa ett IT-stöd som förenklar informationshanteringen så att inte ytterligare tid tas från mötet med patienten.

Enklare uppföljning med modeller

Resultatuppföljning kan förenklas genom att man utnyttjar standardiserade modeller. I ökad omfattning behöver patientens livskvalitet beskrivas före och efter åtgärder med hjälp av såväl generella hälso-/livskvalitetsmått (SF36/EuroQol), som sjukdomsspecifika livskvalitetsinstrument. Vi behöver bli bättre på att systematiskt ta reda på patienters förväntningar inför vården för att bättre kunna följa upp om vi infriat dessa. Samtidigt behövs bättre ekonomiska uppföljningssystem för att man skall kunna se samhällsnyttan av insatta åtgärder.

Frågan hur processen fungerar besvaras med kontinuerlig väntetidsregistrering, uppföljning av medicinska resultat och jämförelse med nationella kvalitetsregister, jämförelse med andra kliniker, medicinska revisioner etc.

Exempel från lungmedicinsk klinik

Systematisk resultatuppföljning i hälsovinstperspektiv illustreras av nedanstående exempel från lungmedicinska kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping. Metoderna tillämpas bl a på sjukdomsgruppen KOL – kronisk obstruktiv lungsjukdom. KOL är den femte vanligaste orsaken till för tidig död och den enda folksjukdom där dödligheten ökar. Huvudgruppen är rökare av vilka 15–20 procent drabbas av sjukdomen, vanligen på äldre dagar.

Lungmedicinska kliniken använder hälsoenkäten Short Form 36 (SF-36) som instrument för att mäta patientens självupplevda hälsa. Vid nybesök får patienten använda en pekdator som gör det enkelt att svara på frågorna i enkäten. Resultaten skrivs ut och ingår tillsammans med medicinska data som en del av journalen vid läkarbesöket. På så sätt får läkaren en god uppfattning om patientens självupplevda hälsa och kliniken kan utläsa detta för patientgruppen som helhet. Skillnader till följd av ändrad medicinering eller syrgasbehandling mäts på samma sätt. Genom att inte enbart värdera behandlingsresultat genom blodprov, röntgenundersökningar och kliniskt fysiologiska undersökningar skapas en bild av hur patienten upplever sin situation. Erfarenheten visar att patienten säger olika saker till läkare, sköterskor och kuratorer. Med hjälp av enkätsvaren kan läkarna bli bättre på att fråga hur patienten mår.

Patienten fyller i en symtomdagbok

På motsvarande sätt följer lungmedicinska kliniken hälsosituationen för cancerpatienter som behandlas med cytostatika. Här används sedan 1996 en så kallad symtomdagbok som tagits fram vid kliniken i samarbete med ett läkemedelsbolag. Patienten fyller själv i dagboken i samband med varje cytostatikabehandling. Med dagboken kan man t ex visa att patienten mycket väl kan uppleva minskning av symtom och bättre livskvalitet, även om t ex en röntgenundersökning indikerar det motsatta. Genom att inkludera även mått på hälsa ur patientens och den närståendes perspektiv kompletteras det traditionellt biomedicinska synsättet med en mer holistisk syn på hälsa. Förhoppningen är att denna kunskap ska ge ökad förståelse av insatser och resultat i hälso- och sjukvården och hur dessa samverkar.

Särtryck
Läkartidningen

Lars Erik Böttiger har under många år intresserat sig för läkare vars litterära insatser gjort dem kända i vida kretsar. Ett resultat av detta är de uppskattade författarporträtt han skrivit i Läkartidningen.

I boken "Litterära läkare" presenteras hans artiklar i samlad form, tillsammans med flera nyinskrivna avsnitt. Sammanlagt porträtteras nitton märkliga personligheter, från François Rabelais och Tobias Smollet till Claes Anderson, Paal-Helge Haugen och Eva Ström.

Litterära läkare omfattar 176 sidor, är rikt illustrerad, inbunden med hårda pärmar.
Priset är
160 kronor.



Litterära läkare

Beställer härmed.....ex av boken

.....
namn

.....
adress

.....
postnummer

.....
postadress

Insändes till LÄKARTIDNINGEN
Box 5603
114 86 Stockholm

Faxnummer: 08-20 74 35

www.lakartidningen.se
under särtryck, böcker