


Dags att gå vidare på vägen mot bättre kvalitet i sjukvården

Gott stöd av lärdomar från USA och England

 Kvalitetsfrågorna i sjukvården spänner över ytterligheter – från att ge varje enskild patient bästa möjliga vård till att undvika systemorsakade katastrofer. Krigsveteransjukvården i USA visar lyckade exempel på det första, medan engelska erfarenheter kan vara modell för hur man undgår att upprepa katastrofala misstag.

LARS WERKÖ
professor, Stockholm

■ God kvalitet i vården innebär att varje patient tas om hand snabbt och med omtanke och respekt. De råd som ges skall vara väl underbyggda, om möjligt baserade på vetenskaplig evidens eller väl genomtänkta resultat av egna eller andras erfarenheter. Patienten skall presenteras de valmöjligheter som finns om inte behandlingsstrategin är helt standardiserad vid det problem som patienten erbjuder. Dessutom skall vården vara organiserad så att patienten inte utsätts för några opåkallade risker, vare sig medicinskt eller i vårdmiljön.

Det är inte mycket idé att diskutera sjukvårdens kvalitet om vi inte har metoder för att mäta den. Frågar man patienter om hur de upplever sjukvården är de oftast nöjda; detta är dock inte något tecken på att den vård de fått verkligen motsvarar vad de skulle få enligt den kunskapsnivå som finns. På senare år har försök gjorts att framställa indikatorer som skulle ange om vården fyller de krav som kan ställas på den. I Sverige har detta skett i regi av läarkårens organisationer. En samlad redovisning för resultaten av dessa försök har skett endast muntligt eller inte alls.

Globalt intresse för kvalitetsförbättring

Över hela världen har på senare tid intresset för att förbättra kvaliteten i sjukvården ökat och till en del institutionaliserats. I USA har en statlig organisation skapats, the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Utöver den har flera organisationer bearbetat denna fråga.

Mest uppmärksamhet har visats de kvalitetsindikatorer som Rand Corporation i Kalifornien använt i undersökningar av den amerikanska sjukvårdens kvalitet. Rand har just publicerat ett re-

sultat av en undersökning av den amerikanska sjukvårdens kvalitet [1] med användning av 439 indikatorer, medan AHRQ väntas publicera en motsvarande undersökning under hösten 2003 utförd med användning av 150 liknande indikatorer.

Bägge dessa ger en översiktlig bild av tillståndet i den amerikanska sjukvården, där den förra konstaterar att den vuxna befolkningen fick endast cirka 55 procent av den vård som den borde ha. Eftersom denna siffra var baserad på utdrag ur sjukjournaler finns det viss risk att den beror lika mycket på dåliga anteckningar i journalerna som på bristande kvalitet i den vård som givits [2]. Dessa kvalitetskriterier baseras på den positiva sidan av vården, medan risken för biverkningar eller olycksfall i arbetet överläts åt andra att bedöma.

I England har en grupp framhållit ofullkomligheterna i försöken att ta fram riktlinjer för kontroll av kvaliteten i vården, i detta fall i fråga om kriterier för »audit« [3].

Fördelar och nackdelar

Som en forskare vid Hastings Center, den amerikanska tankesmedjan för medicinsk etik, framhåller finns det två sidor av denna utveckling [4]. Å ena sidan kan strikta regler åstadkomma att läkarna mister vad som kan vara kvar av deras självständighet för att ersättas av statistiskt validerad kunskap.

Å andra sidan kan regler ge sjukvårdspersonalen impulser att öka kvaliteten på flera sätt: genom att visa större ansvar för arbetet, för medarbetarna och för hur det går för patienterna (outcome research), uppleva stolthet över en väl utförd insats och ge en känsla för lagarbete.

Det bästa är naturligtvis att förena båda sidornas goda egenskaper, utan de dåliga, och att ta ledningen i denna kva-

litetsutveckling är en utmaning för professionerna.

Kvalitetsfrågornas vidd

Kvalitetsfrågor sträcker sig sålunda från att ge bästa möjliga vård till varje patient till att undvika katastrofer som beror på brister i sjukvårdens organisation. Ett stort spektrum av avvikelser kan förekomma i alla former av vård, och åtgärderna mot dem är inte desamma. En allmän känsla för kvalitet hos alla inblandade – inte minst de i sjukvårdsorganisationens topp, vare sig de är politiker, tjänstemän eller läkare – torde emellertid vara förutsättningen för att de olika bristerna i kvalitet skall undgås, dvs undermålig vård respektive allvarliga misstag i omhändertagandet.

I den ena ytterligheten kan kvaliteten mätas och följas genom kvalitetsindikatorer, specifika för varje specialitet eller varje tillstånd [1, 2]. Den andra ytterligheten undgås enklast genom en organisation som reagerar på varje tendens till misstag och utreder, korrigerar och eventuellt registrerar de omständigheter som lett till misstaget. Detta skall göras i ett klimat av samarbete och utan avsikt att försöka finna en skyldig som skall bestraffas. I bägge fallen har sjukvården fortfarande en lång väg att gå. De första stegen på denna väg har tagits i flera fall, och vad som nu utgör utmaningen är att följa efter och utnyttja de möjligheter som finns till vidare framsteg.

Veterans Affairs och kvalitet

När andra världskriget avslutades stod de amerikanska väpnade styrkorna inför ett stort problem, nämligen hur man skulle ta hand om de skador och sjukdomar som förekom – och i fortsättningen skulle förekomma i ännu större utsträckning – hos dem som varit inkallade i militärtjänst, den personal som av hävd kallades krigsveteraner. Den organisation som fanns för veteranernas sjukvård byggdes snabbt ut, eftersom nationen åtagit sig att vårda dessa veteraner och ofta även deras familjer.

Veterans Administration (VA) fick betydande resurser, och särskilda sjukhus, VA Hospitals, byggdes i alla delstater. Flertalet av dessa placerades i närheten av respektive stats läkarutbildning, och tjänstgöring som läkare vid VA

Hospitals blev nästan regelmässigt förbunden med någon form av koppling till den akademiska undervisningen. Ledaren för denna utveckling hade skandinaviskt påbrå, och organisationen av vården på VA Hospitals blev i mycket lik den som förekom i Sverige, med heltidsanställda under- och överläkare; de senare med anknytning till närmaste universitet (eller medical school).

Klinisk forskning inom Veterans Affairs

I den europeiska sjukvårdsdiskussionen har VA Hospitals inte väckt särskilt stort intresse, och det är kanske framför allt genom den organisation för klinisk forskning som byggdes upp inom VA som begreppet blivit bekant. Ed Freis, en av de första forskningsledarna inom VA-systemet, utnyttjade detta till den första kontrollerade studien av behandling av högt blodtryck, och många har senare följt i hans spår och genomfört kvalificerade kliniska studier i det speciella patientmaterial som veteranerna och deras familjer utgör. För närvarande har den kliniska forskningen inom VA flera hundra miljoner dollar till förfogande, nu under en ny chef, Nelda Wray, som har orsakat en del turbulens [5, 6].

Så småningom har VA-organisationen, som så många andra byråkratstyrda organisationer, förlorat i betydelse och anseende. Många klagomål på vårdens kvalitet har kommit fram, i synnerhet sedan hemvändande soldater från Vietnamkriget och kriget mot Irak 1991 ökade trycket på VA. Detta ledde till en omorganisation och en förändring av namnet – från Veterans Administration till Veterans Affairs (VA) – och en upprustning av sjukhusen med den uttalade avsikten att förbättra vårdens kvalitet (reengineering). Den sammanhållna organisationen av VA Hospitals inbjuder till att studera effekterna av den förändring av vården som genomförts under 1990-talet, något som förutsattes redan när den planerades. De första resultaten av en sådan uppföljning föreligger nu. Vissa allmänt accepterade kvalitetsindikatorer jämförs dels inom VA Hospitals mellan 1994 och 2000, dels mellan VA Hospitals 2000 och den vård som ges genom Medicare [7, 8].

För att bedöma vårdens kvalitet använde Jha och medarbetare ett antal indikatorer som tidigare använts i ett program för kvalitetskontroll [7]. Uppgifter om dessa finns registrerade både inom VA och inom Medicare-systemet. De viktigaste indikatorerna omfattar fem åtgärder som förekommer inom förebyggande verksamhet (vaccinationer, screening), fem åtgärder inom ambulansvård (diabetes, hypertoni och depression) och sex rörande ineliggande patienter

(hjärtinfarkt och hjärtsvikt). Utgångsdata insamlades från åren 1994 och 1995 och uppföljningsdata från år 2000, med något olika omfattning under de första åren jämfört med det senare. Man såg till att få ett tillräckligt stort antal patienter i underlaget för att vara representativt för VAs 22 regionala nätverk. I fråga om Medicare användes med vissa modifieringar data som tidigare publicerats [9]. Även om det förelåg vissa skillnader i det sätt på vilket data åstadkommit i de två systemen ansåg Jha och medarbetare att jämförbarheten mellan de olika datauppsättningarna var god. Den åtföljande ledaren, som är skriven av en forskare ansvarig för en tidigare presentation av data från Medicare, anser också att jämförbarheten är acceptabel. Han har emellertid andra invändningar mot en del av de resultat Jha och medarbetare presenterar [8].

Jämförelse inom Veterans Affairs

I jämförelserna inom VA-systemet ingick i basaldata från 1994–1995 48 505 patienter, som ökade år från år till år 2000, då totalt 84 503 patienter omfattades. I data från den tidigare perioden bedömdes kvaliteten vara relativt dålig, med en spännvidd från 27 procent i fråga om pneumokockvaccinering till 64 procent när det gällde bröstcancerscreening av kvinnliga patienter. Procentsatserna är beräknade i förhållande till det antal patienter som borde ha omfattats av åtgärden.

Under senare delen av 1990-talet ökade dessa procentsatser överlag så att de nådde 80–90 procent eller över – med ett remarkabelt undantag, nämligen blodtryckskontroll, som steg från låga 25 procent till endast 46 procent år 2000. Detta ansågs bero på att patienternas följsamhet var dålig när det gällde just blodtryck. De avsnitt som inte nådde 90-procentsgränsen år 2000 var influensa-

vaccinering (78 procent), screening för kolorektalcancer (68 procent), årlig ögonundersökning av diabetiker (67 procent), screening för depression (73 procent) och rökavvänjning (62 procent). Samtliga dessa visade dock en påtaglig ökning under observationsperioden.

Jämförelse med Medicare

I jämförelsen med Medicare utnyttjades endast de indikatorer som var gemensamma för de bägge organisationerna. I den första, under 1990-talets slut, ingick 11 av kvalitetsindikatorerna. Resultatet var signifikant bättre för VA-systemet i fråga om alla 11 indikatorer. Störst skillnad förelåg i fråga om mammografi-screening (skillnad 33 procentenheter), minst i fråga om ögonundersökning vid diabetes (skillnad 4 procentenheter). Vid jämförelse av det senaste årets (2000–2001) indikatorer ingick 13, varvid VA-resultatet var signifikant bättre i 12 – undantag ögonundersökning vid diabetes. Eftersom Medicare har ett allmänt äldre klientel (gäller endast efter 65 års ålder) gjordes även en jämförelse inom VA-systemet mellan två åldersgrupper, under och över 65 år. Resultatet för dessa skilde sig inte åt, varför Jha och medarbetare anser att jämförelsen mellan de två systemen är adekvat.

Anmärkningsvärt bättre kvalitet

I bägge systemen försiggick en successiv förbättring under observationsperioden, vilket till stor del torde bero på det allmänt ökade intresset för kvalitet och kvalitetskontroll under denna tid. Förbättringen var emellertid mer uttalad inom VA-systemet, vilket antas bero på de särskilda åtgärder som vidtagits inom detta. Dessutom anser författarna att redan den speciella filosofin inom VA bidrar till att deras intresse är större för att se till att patienterna får bästa möjliga vård vid första möjliga tillfälle – eller i

förebyggande syfte. Åtagandet för läkare och tjänstemän inom VA innebär nämligen ansvar för varje patient resten av dennes liv, till skillnad från inom Medicare, där patienterna kan flytta från läkare till läkare eller från en Health Management Organization till en annan.

De insatser som gjorts inom VA (re-engineering) innebar bl a bättre användning av moderna informationssystem, kontinuerlig uppdatering av vårdens resultat och integrering av vårdens organisation och ersättningspolicy [11]. Dessa åtgärder är mer utförligt beskrivna i flera tidigare publikationer. I den åtföljande ledaren accepterade Jencks resultaten av denna studie [8], men han anser att jämförelsen mellan de två systemen visserligen är intressant men kan medföra att fokus för intresset förskjuts från var det borde ligga, nämligen från hur man skall förbättra kvaliteten i vården i en viss organisation till en diskussion om olika ersättningssystem. Det viktigaste resultatet är inte att VA tycks vara bättre än Medicare, utan att VA lyckats att under förhållandevis kort tid åstadkomma anmärkningsvärda framsteg i vårdens kvalitet.

Inledningsvis påpekades likheterna mellan skandinavisk sjukvårdsorganisation och VA Hospitals i deras ursprungliga skick. De erfarenheter som VA samlat i fråga om att förbättra vårdens organisation borde kunna utnyttjas även av svensk sjukvård. De resultat som lagts fram borde uppmuntra sjukvårdens ledarskikt att närmare studera de metoder som Veterans Affairs i USA utnyttjat för att öka vårdens kvalitet.

Katastrofalt misstag – engelskt exempel

Medan de svenska läkarorganisationerna redan har viss erfarenhet av att använda kvalitetsindikatorer för att bedöma vården är insatserna för att undvika misstag mindre utvecklade. Diskussioner om jämförelse med verksamheten inom flyget har förekommit, och åtminstone en mera genomgripande studie pågår med flygets filosofi i fråga om registrering av misstag som grund. I England har man kommit längre, till en del beroende på de (alltför) många katastrofer som drabbat National Health Service (NHS). Nu har ytterligare en sådan drabbat London, denna gång visande på bristande kommunikation mellan socialtjänst och sjukvård när det gällt att ta om hand ett barn som utsatts för misshandel av sin familj (som dömts för mord) [12, 13].

Trots att både socialtjänst och pediatrisk klinik haft hand om barnet (Victoria Climbié) och trots att läkarna ställt rätt diagnos om misshandel skrevs Victoria ut till hemmet, där hon avled. Bristande kommunikation mellan över- och underläkare, mellan läkare och sjukskö-

terskor och mellan dessa och socialtjänsten ledde till att Victoria inte fick det skydd hon skulle haft. Utredaren lord Laming anklagar emellertid systemet mera än dem som handlagt fallet [13]. En åtgärd som han föreslår är att läkare måste lära sig skriva så att andra kan förstå vad de menar (!). Med detta menar han såväl skrivstil och förkortningar som att undvika en jargong som få andra förstår. I en kommentar till detta skriver en forskningschef inom folkhälsoforskning [14]: »Dessa problem förekommer i organisationer med dålig eller svag ledning, isolering organisatoriskt eller geografiskt, en sluten inåtvänd kultur med brist på grundläggande system för administration och kontroll, dålig intern och extern kommunikation, brist på öppenhet ledande till att varken personal eller patienter har reella möjligheter att påverka organisationen.«

Redan i beskrivningen finns mycket av vad som behöver göras för att inte samma misstag skall upprepas. Vidare framhålls: »Det finns tre orsaker till dessa missförhållanden: 1. det sätt på vilket organisationsbrister identifieras, 2. hur vi närmar oss att undersöka och förstå vad som orsakar katastroferna och 3. de mekanismer som behövs för att åstadkomma sådana förändringar att inte misstaget upprepas« [14].

Systemet syndabocken

När det gäller den första punkten är det för närvarande rena tillfälligheter som leder till att misstag avslöjas. Traditionen har varit att sopa så mycket under mattan som möjligt, och det är egentligen först när patienter eller anhöriga påpekar missförhållanden som de blir utredda. Även om många fall har nått allmänheten i England under senare år torde det verkliga antalet både allvarliga och mindre allvarliga misstag vara många gånger större. Det fordras en kontinuerlig uppsökande verksamhet rörande även enkla misstag i stället för den traditionella inställningen att ta hand om misstag och dess följder bakom stängda dörrar – eller i den enskildes egen regi. I stället för ad hoc-utredningar när något händer borde det finnas en stående utredningsverksamhet (gärna som en katastrofkommitté) som kontinuerligt följer verksamheten och registrerar och korregerar misstag – utan att behöva definiera en individ som syndabock varje gång. »Om sjukvården hade bättre mekanismer för att identifiera, utreda och lära sig från större misstag i den dagliga verksamheten, skulle den nästan säkert bli bättre på att förebygga att sådana misstag upprepades.«

För att detta skall ske fordras både en förändring av filosofin visavi misstag i

sjukvården och en vilja till öppenhet med erkännande av att ingen kan vara felfri. Målet måste vara att minimera riskerna för att göra misstag i den både komplicerade och tidspressade verksamhet som sjukvården utgör. Det viktigaste vi kan lära från den diskussion som pågår för fullt i England är emellertid att det visserligen ofta är en individ som begår ett misstag, men att den ursprungliga orsaken (>the root cause<) ligger i den organisation som inte har utvecklats i takt med att alltmer komplicerade och riskabla åtgärder ingår i den dagliga verksamheten.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
2. Steinberg EP. Improving the quality of care – can we practice what we preach? *N Engl J Med* 2003;348:2681-3.
3. Hearnshaw H, Harker R, Cheater F, Baker R, Grimshaw G. A study of the methods used to select review criteria for clinical audit. *Health Technol Assess* 2002;(6):1-78.
4. Jennings B. Two faces of health care quality improvement. *Hastings Cent Rep* 2003;33:13.
5. Couzin J. Canceling grants, VA research chief shakes the system. *Science* 2003;300:374-5.
6. Couzin J. VA shaken by plan to cut grants, cultivate the stars. *Science* 2003;301:24-5.
7. Jha AK, Perlin JB, Kizer KW, Dudley RA. Effect of the transformation of the Veterans Affairs health care system on the quality of care. *N Engl J Med* 2003;348:2218-27.
8. Jencks S. The right care. *N Engl J Med* 2003;348:2251-2.
9. Powell AE, Davies HT, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care* 2003;12:122-8.
10. Jencks SE, Huff ED, Cuedon T. Change in the quality of care delivered to Medicare beneficiaries, 1998–1999 to 2000–2001. *JAMA* 2003;289:2218-27.
11. Kizer KW. The »new VA«: a national laboratory for health care quality management. *Am J Med Qual* 1999;14:3-20.
12. Walshe K. Understanding and learning from organizational failure. *Qual Saf Health Care* 2003;12:81-2.
13. Marcowitch H. Learning from tragedies: clinical lessons from the Climbié report. *Qual Saf Health Care* 2003;12:82-3.
14. Donchin Y, Gopher D, Olin M, Badihi Y, Biesky M, Sprung CI, et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Qual Saf Health Care* 2003;12:143-8.



= artikeln är referentgranskad