

TRE BARNKLINIKER INSPEKTERADE VARANDRA

Tre nordsvenska barnkliniker, i Gällivare, Hudiksvall och Örnsköldsvik, har jämfört sig med varandra med avseende på verksamhet, utrustning, personal etc. Klinik A inspekterade B, B inspekterade C och C inspekterade A. Resultaten sporrade klinikerna att göra förbättringar.

Under de senaste 10–15 åren har ett intresse för kvalitetssäkring växt fram inom medicinen. I Sverige har diskussionen kring detta varit aktuell framför allt de senaste fem åren. Igångsättandet har dock gått trögt beroende på ovana och som regel bristande incitament. Man har också haft problem med att hitta de rätta metoderna. Amerikanska kvalitetssäkringsprogram av typ klassisk »quality assurance» med fasta standarder har varit till liten hjälp. De kräver en mycket stor tidsinsats och skapande av standarder för att starta. Det är lättare att använda olika typer av klinisk revision. Bäge kan dock uppfattas som hotande jämfört med modernare metoder som kontinuerlig kvalitetsförbättring. Detta gäller speciellt om de används på fel sätt och med ovan personal, som inte har förmågan att förklara att det inte gäller att leta efter syndabocker. En variant av klinisk revision är den så kallade triangelrevisionen. Från Sverige har positiva erfarenheter

rapporterats med denna metod [1].

Hösten 1993 beslöt en grupp barnläkare att jämföra tre nordsvenska barnkliniker, vilka hade gemensamt att de var den mindre kliniken i länet. Inspektionerna genomfördes av ett läkar- och sjukskötersketeam. Till sin hjälp hade man ett 18 sidor långt standardiserat frågeformulär. Innehållet i detta framgår av Tabellerna I och II. Klinik A besökte klinik B, klinik B besökte klinik C och klinik C besökte klinik A. Inspektionen tog två dagar. Ett år senare genomfördes på liknande sätt en endagsinspektion med ett nytt protokoll, som framför allt noterade förändringar men även innefattade viss journalgenomgång. Vid detta tillfälle använde sköterskorna även ett eget protokoll.

Den första inspektionen har preliminärt presenterats som delrapport vid Nordiska barnläkardagarna i Uppsala våren 1994 [2].

Likartad utrustning och personal

Som i många av dessa studier blir framför allt strukturen mätt, medan process och resultat är betydligt svårare att komma åt [3]. Vi fann betydande likheter när det gällde personalbemanning i allmänhet, allmän uppbyggnad av klinikerna, ytor, utrustning på neonatalsidan vad gäller olika apparater, lokalisering inom sjukhuset med närhet till mottagning, förlossning och BB, lekterapi etc. Likheter fanns vidare när det gäller ST-utbildning, litteratur på eget bibliotek och frekvens av sjuksköterskor med vidareutbildning.

Betydande olikheter fanns vad gäller upptagningsområdets geografiska storlek (Örnsköldsvik har nästan alla patienter inom en timmes avstånd från sjukhuset, Gällivare har mycket stor yta med långa avstånd). Olikheter fanns också beträffande förekomst av andra sjukhus inom upptagningsområdet, närhet till serviceavdelningar inom sjukhuset som laboratorium och röntgen, liksom närhet till barnhabilitering. Transporttider till regionsjukhus varierade starkt mellan klinikerna för de flesta transporter. Antalet öppenvårdsbesök/10 000 barn varierade kraftigt. Barnkliniken i Örnsköldsvik var den

Tabell I. Frågor som togs upp i det standardiserade formulär som användes vid inspektionerna av klinikerna.

Antal avdelningar
Kliniker som vårdar barn på avdelningen
Antal inläggningar
Åldersgräns
Medelvårdtid
Spec för upptagningsområdet
Antal mottagningspatienter
Antal dagvårdspatienter
Antal förlossningar
»Rooming in» på BB
Andel hemgång före 72 timmar
Avdelning: totalyta, rumsbeskrivning och funktionsbeskrivning (inklusive lekterapi etc)
Mottagning: yta, antal rum, funktionsbeskrivning
Dagvårdsavdelning: yta, antal rum, funktionsbeskrivning
Allmän beskrivning av lokalisering av barnklinik, serviceavdelningar etc
Habilitering: ytor, lokalisering
Detaljerad beskrivning av neonatalutrustning avseende typ, antal apparater, ålder och funktionsgrad.

Tabell II. Frågor beträffande personal och funktioner i det standardiserade formulär som användes vid inspektionerna av klinikerna.

Personalbemanning på avdelning och mottagning avseende läkare, sjuksköterskor, barnsköterskor (inklusive olika skift), sekreterare, kurator, dietist etc
Joursystem: primärjour för underläkare och överläkare, eventuell samjour, antal jourkomptimmar/år, antal jourer/mån för överläkare och underläkare
Antal sjuksköterskor med vidareutbildning i pediatrik
Personalbemanning på habiliteringen
Mottagning: tidsbeställning, väntetider
Fortbildningsprogram: läkare och annan personal
Bibliotek
Antal tidsskrifter
Skriftliga rutiner för läkare och övrig personal
Skriftliga instruktioner för patienter etc
Specialmottagningar och resande konsulter
Specialbehandling och funktioner inom neonatologi
Inläggningar/mottagning för diabetes, astma och gastroenterit
Aktiviteter utanför kliniken som BVC, skolor, fialmottagningar etc

Författare

GUDMUND BERGQVIST

chefsöverläkare, docent, barn- och ungdomskliniken, Örnsköldsviks sjukhus

ANDERS DIMBERG

chefläkare, barn- och ungdomskliniken, Gällivare lasarett

HERJE HÖRNELL

chefsöverläkare, barn- och ungdomskliniken, Hudiksvalls sjukhus

ÅKE STENBERG

överläkare, docent, barn- och ungdomskliniken, Gällivare lasarett.

Tabell III. Några fakta angående förlossnings- och nyföddhetsvård 1992.

	Gällivare	Hudiksvall	Örnsköldsvik
Antal invånare under 19 år	15 800	34 900	15 600
Antal nyfödda	900 (258)*	1 800 (600)*	820
Tidiga hemgångar (<72 tim efter partus)	25 procent	?	30 procent
Medelvård på BB efter partus	4,7 dagar	3,9 dagar	4,5 dagar
Kejsarsnitt	11,0 procent	11,8 procent	12,0 procent
Totalt antal inlagda nyfödda och vård dagar	88/576	226/1 982	?
CPAP-behandlade patienter och vård dagar	4/14	11/71	5/130
Respiratorbehandlade nyfödda, antal och dagar	2/<2	1/7	0

? = Uppgift ej möjlig att få fram

* = Födda på annat sjukhus i upptagningsområdet

CPAP = continuous positive airway pressure

Tabell IV. Vissa fakta angående diabetes-, astma- och gastroenteritläggningar, 1994.

	Gällivare		Hudiksvall		Örnsköldsvik	
	Totalt	Per 1 000 barn	Totalt	Per 1 000 barn	Totalt	Per 1 000 barn
<i>Diabetes</i>						
Antal inlagda	15	0,9	24	0,7	9	0,6
varav nyupptäckta	5		6		2	
Antal vård dagar	76	4,8	194	5,6	48	3,1
Medelvärdetid, dagar	5,1		8,1		5,3	
Totalantal diabetiker	26		71		46	
<i>Astma</i>						
Antal inlagda	21	1,3	51	1,5	13	0,8
Antal vård dagar	45	2,8	125	3,6	16	1,0
Medelvärdetid, dagar	2,1		2,5		1,2	
Totalantal astmatiker	307		192		213	
<i>Gastroenteriter</i>						
Antal inlagda	55	3,5	138	4,0	77	4,9
Antal vård dagar	110	7,0	400	11,5	127	8,1
Medelvärdetid, dagar	2,0		2,9		1,6	

enda som hade en separat dagvårdsavdelning. Det förekom en stor skillnad beträffande förekomst och utförlighet av skrivna PM.

Två kliniker hade dåliga dataprogram

Som rena defekter kan nämnas brist på egen transportkuvös med respirator i Gällivare, dåliga isoleringsrum i Hudiksvall samt brist på »lokala dataprogram» i Hudiksvall och framför allt Örnsköldsvik. För att få fram statistik var man vid dessa kliniker beroende av centrala program hos landstingen. De centrala datakällorna har framför allt byggts upp för att användas vid den ekonomiska redovisningen. Detta leder till stora svårigheter att få fram adekvat statistik för sjukvårdsproduktion och speciellt mer detaljerad sådan angående en del sjukdomar. Kontrasten till kliniken i Gällivare som hade egna dataprogram var stor [4]. Även om neonatalutrustningen var adekvat i Örnsköldsvik var den ofta äldre än normal avskrivningstid.

Tabell III visar en del faktaresultat kring förlossnings- och nyföddhetsvård och Tabell IV motsvarande beträffande två vanliga kroniska sjukdomar, astma och diabetes, samt en vanlig orsak till inläggning, gastroenterit.

Vid reinspektionen hade Gällivare fått en transportkuvös och Örnsköldsvik infört diagnosprogrammen från Gällivare. Samtliga kliniker hade fått ytterligare ny utrustning, ett antal nya PM, ökat intresset för intern fortbildning och startat kvalitetssäkringkommittéer.

Journalgenomgången av gastroenteriter visade relativt likartade rutiner. Utskrivningstiden beträffande epikriserna varierar från Gällivares samma dag som utskrivningen till ungefär en vecka i Hudiksvall.

Jämförelsen inspirerade till förbättringar

Denna typ av klinisk revision har visat sig vara lätt att använda, har ej upplevts som hotande utan inspirerat till

förbättringar. Resultaten har lätt kunnat användas vid diskussioner med olika typer av personal liksom vid diskussioner med administrationsenheter angående den nuvarande sjukvårdsproduktionen men även om framtida utveckling. Den är vidare en bra utgångspunkt för startande av även andra kvalitetsförbättrande metoder. Resultaten har bitvis varit annorlunda än de som kom fram vid en rikstäckande undersökning [5]. Förklaringen kan dels vara snabba förändringar beträffande resurser etc, dels att denna typ av studie ger en annan och gissningsvis djupare bild av verkligheten.

Vid diskussioner har vi funnit samtliga inblandade villiga att fortsätta. Alla tre klinikerna använder nu Gällivare-dataprogrammet fortlöpande för att i detalj kunna studera och jämföra behandling av olika sjukdomar i såväl öppen som slutenvård. Vi har arbetat fram en gemensam diagnoskod (Nord Ord) och arbetar på likadana blanketter, PM etc. Vi planerar också att jämföra en del av de kriterier som Shaw [6] framfört som lämpliga kvalitetsindikatorer för pediatrik.

Litteratur

1. Andrén-Sandberg Å, Brismar B, Larsson B. Triangelrevision av tre akutmottagningar resulterade i betydande kvalitetsvinster. Läkartidningen 1992; 89: 1989-90.
2. Bergqvist G, Dimberg A, Hernell H, Stenberg Å. External Triple Revision Audit. Uppsala: Proc Nordic Pediatric Congress, 1994: 57.
3. Donabedian A. The quality of care. JAMA 1988; 260: 1743-8.
4. Stenberg Å. Klinikbundet vårdregisterprogram. Svenska Läkaresällskapets Riksstämman, 1992: 323.
5. Finnström O. Verksamhetsberättelse för barnmedicin. Stockholm: Spri, 1993: 367.
6. Shaw SD. Speciality Medical Audit. London: Kings Fund Centre, 1992: 155-162.