

KLARGÖR BEGREPPEN OM KVALITET I VÅRDEN!

Kvalitet betyder enligt ordboken »egenskap, beskaffenhet» och har ursprungligen en neutral innebörd. Inom sjukvården har ordet under de senaste åren använts flitigt: kvalitetssäkring, kvalitetsutveckling, kvalitetspris, «total quality management» m m. Det har oftast en positiv klang och har blivit en samlingsrubrik för en rad aktiviteter inom såväl medicinsk verksamhet som vårdorganisation och politik.

Genom en oprecis användning riskerar dock kvalitetsbegreppet att bli utslätat intill meningslöshet. Vilka intressen samlas under denna rubrik, vad är det konkreta innehållet i »kvalitetsarbete»?

Många perspektiv

För läkarna är det medicinska perspektivet dominerande i diskussionen om kvalitet. I fokus finns olika vårdmetoders möjlighet att bidra till patienternas livslängd och livskvalitet. Sjuksköterskorna, som den andra dominerande professionella gruppen, fokuserar naturligt på omvårdnaden. För patienterna själva innebär sannolikt kvalitet i vården allt från närhet, tillgänglighet, vänlighet och bemötande (servicekvalitet) till de medicinska resultaten. Dessutom värderas olika aspekter av kvalitet olika beroende på sjukdomens allvarlighet över livsförloppet.

Sjukvårdsadministratörerna tycks förknippa kvalitet med de vårdprofessionellas och hela vårdorganisationens förmåga att arbeta resurssnålt och att tillfredsställa patienter och sjukvårdspolitikerna. Vissa kvalitetsmetoder innehåller inslag av administrativ styrning och kontroll. Sjukvårdspolitikerna, slutligen, är ofta inriktade på de frågor som dominerar i mediedebatten, t ex tillgänglighet och service. I ökande utsträckning går dock den hälsopolitiska diskussionen in på vårdens effekter och nytta.

Författare

JOHAN CALLTORP

professor i hälso- och sjukvårdsadministration, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg; medicinsk redaktör, Läkartidningen.

Även om denna karakteristik innehåller generaliseringar är slutsatsen att olika grupper i sjukvården hittills gett kvalitetsbegreppet olika innebörd. Det har blivit ett honnörsord som döljer lika mycket som det förklarar. Som alla begrepp av den typen innehåller det dock en kärna som är viktig att tydliggöra. En närmare precisering kan bidra till utvecklingen.

Här vill jag diskutera kvalitetsbegreppet i vården ur läkarnas synvinkel, och då är de medicinska aspekterna de mest centrala. Det finns ett växande behov av att mäta resultaten av vården och dess delkomponenter. När Läkartidningen 1991 startade en serie om medicinsk revision [1] anknöts idémässigt till Arnold Relmans analys av den »tredje revolutionen» i sjukvårdens moderna historia, en revolution av »mätning och utvärdering». Den följer tidigare omvälvningar under detta sekel – en »vetenskaplig», då sjukvården började arbeta med mer exakta metoder för diagnos och terapi, och en »finansieringsrevolution», då kollektiv finansiering blev en dominerande modell [2].

Diskussionen som nu förs över hela västvärlden kring nödvändigheten av ransonering eller prioritering [3] förbådar en situation där tydliga gränser och preciserade mål krävs för att tillgång till vård på rättvisa och lika villkor för hela befolkningen skall kunna garanteras också i praktiken. Kritisk granskning samt resultat- och effektvärdering av vården är huvudinstrument för att hantera dilemmat med växande krav och begränsade resurser. Den svenska prioriteringsutredningen pekade på behovet av vetenskaplig utveckling inom såväl den tvärvetenskapliga hälso- och sjukvårdsforskningen som den kliniska forskningen [4]. Medicinsk resultatmätning är emellertid komplex och ofta svår att genomföra. Sjukvården arbetar med fenomen, metoder och situationer som sällan är enkelt mätbara.

Klinisk forskning

Klinisk forskning innehåller också en dimension av mätning av resultat och effekter av enskilda metoder. Den interagerar med laboratoriediscipliner och

påverkas också av metodutveckling inom andra vetenskaper än den medicinska [5]. Impulser kommer bl a från sociologi, psykologi och ekonomi. I ökande grad utvecklas nu även kliniska miljöer där basala medicinska vetenskaper samverkar med samhällsvetenskapliga och humanistiska.

Kritiken hävdar att den kliniska forskningen alltför mycket intresserar sig för utveckling av nya diagnostik- och behandlingsmetoder, eftersom detta ger högre vetenskaplig status. Därför eftersätts granskningen av etablerade metoders effekter och nytta.

En annan kritik mot den kliniska forskningen gäller att den alltför snävt fokuserar på resultatmått, som t ex livsförlängning, och alltför lite tar hänsyn till behandlingens effekter på livskvaliteten och andra konsekvenser än de rent medicinska.

Teknologivärdering

Teknologivärdering växte fram under 1970-talet i USA som ett svar på de växande kraven på utvärdering inom medicinen [6]. Teknologi står här för metoder och handlingsmönster, inte enbart för teknik. Det har blivit en kraftfull rörelse med ett eget internationellt vetenskapligt sällskap, International Society of Technology Assessment in Health Care. Arbetsmetoder och angreppssätt är präglade av den modell som utvecklats inom den amerikanska kongressens Office of Technology Assessment (OTA). Den gäller också för Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), som arbetar med dessa frågor i Sverige sedan 1986 i ett välutvecklat internationellt kontaktnät.

Teknologivärdering skulle förenklat kunna beskrivas som en slags »typprovning» inom vården – vilka metoder har en vetenskapligt visad nytta, hur skall de användas? Det är viktigt att slå fast att det rör sig om forskning och syntes av forskningsresultat kring behandling av patientgrupper, inte om att gå in i enskilda läkares eller klinikers verksamhet. Tanken och arbetsprocessen innebär att betrakta hela vården som bestående av olika teknologier, identifiera dem som är i störst behov av utvärdering samt att med adekvata metoder ge-

nomföra utvärderingar kring medicinska, ekonomiska och sociala aspekter. De grundläggande utvärderingarna görs i regel inom den reguljära universitetsforskningen. SBU och motsvarande organ i andra länder gör sedan synteser, vilket självfallet är svårt när det gäller både metodval och tolkning.

En svårighet är att över huvud taget finna tillräckligt många vetenskapligt adekvata studier som ger säkra besked om medicinsk effekt, eftersom stora randomiserade kliniska studier är oerhört dyra att genomföra. Ett internationellt nätverk har nu byggts upp för att värdera och sprida resultat av sådana studier, det s k Cochrane Collaboration [7].

Trots dessa praktiska och metodmässiga problem har SBU under sin tioåriga verksamhet publicerat en lång rad rapporter om metoder som kan ifrågasättas (bl a hypertoni behandling enligt vissa indikationer, preoperativ utredning för vissa grupper, bentåthetsmätning som metod över huvud taget), liksom om metoder som skulle behöva introduceras snabbare i vården.

Ett stort problem gäller implementeringen av teknologivärderingens resultat, i första hand hur stora förändringar av medicinsk praxis skall kunna genomföras snabbare. Många resultat omsätts inte alls i praktiken, för andra tar det mycket lång tid. Diskussionen kring detta har lett till nya angreppssätt där teknologivärderingsresultat kopplas till administrativa och ekonomiska styrsystem i vården, liksom till de möjligheter till övervakning och kunskapsförmedling som datoriseringen innebär. En samlade term för dessa utvecklingslinjer är kunskapsbaserad sjukvård, »evidence based medicine» [8].

Ofta citeras uppgiften att inte mer än 15–30 procent av de kliniska metoder som är i bruk skulle vila på en vetenskaplig grund, dvs att nyttan är visad i randomiserade studier [6]. En undersökning vid en invärtesmedicinsk universitetsklinik i Oxford visar emellertid att det fanns adekvat vetenskapligt underlag för 82 procent av behandlingen för 109 konsekutiva patienter [9]. Författarna ifrågasätter därför den allmänna uppfattningen, formad av teknologivärderingsrörelsen, att mycket få metoder i sjukvården skulle ha vetenskapligt påvisad nytta.

Kvalitetsrörelsen i USA och Europa

Svårigheten att utveckla resultat och effektmått i medicinsk verksamhet

har analyserats av Avedis Donabedian, som på 1960-talet beskrev dimensionerna struktur–process–resultat, vilka blivit dominerande begrepp i kvalitetsmätning av vården [10]. Donabedian påpekade att resultatmått av vården alltid är svåra att åstadkomma. Man kan emellertid enligt hans uppfattning indirekt få en uppfattning om resultatet genom att granska struktur och process, och det finns ett samband mellan god process och struktur och goda resultat. Donabedians tidiga arbete lade grunden för kvalitetssäkringsrörelsen, »quality assurance», inom sjukvården. Av stort intresse är hur Donabedian beskriver strävan efter kvalitet som starkt förbunden med läkarnas professionalitet – det är ett etiskt imperativ att på alla sätt sträva efter att värdera och utveckla den egna verksamheten [11].

Under de senaste decennierna har kvalitetssäkringsrörelsen utvecklats genom såväl teoretiskt som praktiskt arbete. En internationell vetenskaplig organisation finns också inom detta område, International Society of Quality Assurance in Health Care (ISQUA).

I USA har den praktiska utvecklingen av metoder tidigare haft en tyngdpunkt på yttre kontroll, inspektion och granskning för att uppnå en minimistandard i vården. Den dominerande organisationen har varit Joint Commission of Accreditation of Hospitals [12].

I Europa, framför allt i England och Holland, finns traditioner av annat slag. Medicinsk revision, »medical audit», drivs i England traditionellt av de olika Royal Colleges som en intern process inom läkarkåren [13]. Engelsmännen skiljer på extern revision (utifrån kommande men ändå professionellt driven) och intern (genomförd av den egna enheten). Man skiljer också på »medical audit» (den medicinska verksamheten), »nursing audit» (omvårdnadsrevision) samt »clinical audit» (som avser den samlade kliniska verksamheten såväl medicinskt som omvårdnadsmissigt). Också »organisational audit» förekommer, dvs granskning utifrån av organisatoriska rutiner, strukturer och processer inom sjukhus och kliniker.

Svensk utveckling

I Sverige började dessa begrepp introduceras i mitten av 1980-talet via Spris expertgrupp för kvalitetsutveckling i vården, KIVEX [14]. Socialstyrelsen stimulerade utvecklingen genom kravet 1994 att all medicinalpersonal skall säkra kvaliteten i sin verksamhet [15].

Den medicinska professionens arbete koordineras genom Medicinska kvalitetsrådet (MKR), ett gemensamt organ för Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbund. Det konkreta arbetet inom sektioner och specialistföreningar har framför allt tagit sikte på att utveckla kvalitetsindikatorer samt redskap för att värdera och utveckla medicinsk kvalitet. MKRs senaste rapport drar upp riktlinjerna för extern medicinsk revision, en teknik som använts i många praktiska experiment över hela landet. Här framgår att granskningen kräver utvecklade och genomtänkta metoder, samt att den ofta medför intressekonflikter [16].

Gemensamt för de aktiviteter som täcks av begreppet medicinsk revision är att de till skillnad från teknologivärdering handlar om metoder att beskriva och mäta eller värdera kvaliteten i den kliniska verksamheten. De förutsätter information från teknologivärderingen. Denna ger besked om vilka medicinska metoder som har ett vetenskapligt värde och hur dessa skall användas. Medicinsk revision undersöker hur metoderna tillämpas i praktiken och hur brister kan åtgärdas. Den kan också i sin tur ge incitament till klinisk forskning.

Impulser från industrin

Dessa tankegångar kring stegvisa kontinuerliga förbättringar ligger bakom de impulser som sjukvården fått från i första hand industrin. Såväl teknisk produktion som serviceverksamhet betraktas som processer och flöden med uppdelning i delmoment och utveckling av tekniker att åstadkomma maximal precision i varje moment [13]. I Sverige är intresset för vårdkedjor ett exempel på processtänkande. Inom kvalitetsområdet har det tidigare begreppet kvalitetssäkring ersatts av kvalitetsutveckling. Begreppsbytet speglar en uppfattning att kvalitet i vården är ett mångdimensionellt fenomen, inte något statiskt, och att tekniken att förbättra den handlar om utveckling i flera steg (mätning–förändring, mätning–förändring osv).

Impulserna utifrån kan ha stort intresse för vården. Det finns helt säkert mindre rationella moment i organisationen som kan effektiviseras genom processtänkande. Entusiasmen är påtaglig hos många som provat att angripa vårdens problem med sådana metoder. Sannolikt kan också den medicinska kvaliteten höjas med hjälp av detta angreppssätt. Samtidigt måste man inse att man avlägsnar sig från ett medi-

cinskt fokus i kvalitetsutvecklingen och att metoderna har en inriktning på organisation, ekonomi och effektivitet. Metoder för kvalitetsutveckling som är utvecklade inom näringsliv och industri präglas av styrning och kontroll. Det krävs framför allt både tydlighet om syftet och balansgång mellan olika mål när dessa metoder förs in i sjukvården.

Det utvecklingsarbete som Landstingsförbundet tillsammans med Socialstyrelsen och Spri bedriver under rubriken »Utmärkelsen sjukvårdens kvalitet» har att utföra denna balansgång. Det beskrivs som ett instrument att redovisa och värdera kvalitet i enskilda klinikers, mottagningars eller hela sjukhus verksamhet genom att poängsätta dimensioner och delmoment som ledarskap, kundtillfredsställelse och organisationsmedvetande osv [17]. Arbetet bedrivs i samverkan med representanter för den medicinska professionen, och ökande inslag av medicinsk resultatvärdering har förts in i det protokoll man avser att utgå från. Ändå kvarstår intrycket att instrument av denna typ riskerar att mer bli redskap för ledning och styrning av vården än hjälpmedel för att utveckla den medicinska kvaliteten.

Läkarkårens huvudintresse inom det vida »kvalitetsområdet» gäller metoder att beskriva, värdera och utveckla just den medicinska kvaliteten. Kåren har både ett yrkesetiskt ansvar och en formell skyldighet att engagera sig i dessa frågor. Läkarna har emellertid också anledning att engagera sig i frågor kring vårdens organisation, struktur och processer. För att dessa dimensioner i vården skall kunna utvecklas krävs ett medicinskt engagemang. Det växande intresset för frågor kring läkares ledarskap visar en glädjande omsvängning från en tidigare ofta avvaktande attityd till ett aktivt engagemang.

Avgränsa begreppet »kvalitet»!

En god ledning av sjukvården förutsätter bl a utvecklade redskap, metoder och normer för kvalitetsgranskning. Samtidigt finns det intressekonflikter mellan dessa aktiviteter. Laddningen i kvalitetsbegreppet och de olika intressen som kan döljas under denna rubrik gör att en konstruktiv och angelägen utveckling lätt kan stoppas upp om alltför många motiv och avsikter samlas under samma rubrik.

Begreppet kvalitetsutveckling bör inom sjukvården avgränsas till att avse just medicinsk kvalitet och omvårdnads kvalitet. Organisationsutveckling, styrning och ledning av vården är också

Läkartidningens krav på artiklar om medicinsk revision

Läkartidningen kommer även i fortsättningen att använda begreppet *medicinsk revision* med den definition vi gav i nr 37/91 i serien med samma namn:

»Med medicinsk revision menar vi en fortlöpande process som består i definition av adekvata mått på vårdverksamheten, observation och mätning av utfall samt åtgärdande av brister eller avvikelser från den standard man definierat.»

Det finns i läkarkåren stort intresse för artiklar inom detta växande ämnesområde. Här, liksom när det gäller annat material, görs Läkartidningens redaktionella bedömning med hänsyn till vetenskaplig kvalitet, nyhetsvärde och läsekretsens intresse för ämnet.

Framst tre typer av artiklar om medicinsk revision är aktuella för publicering i Läkartidningen; kort uttryckt gäller det redovisning av resultat, metoder och kontroverser:

1. *Resultat av medicinsk revision* är ofta av enbart lokalt intresse, men om det gäller stora material eller områden där väsentliga förbättringar åstadkommit kan en redovisning av resultaten vara av riksintresse och därmed aktuell för Läkartidningen.

För att arbetet skall inspirera andra måste man lyfta fram de väsentliga faktorer som lett till förbättringarna och visa

att revisionsprocessen, inklusive återföringen, varit till nytta för vården och patienterna. Här finns ingen tydlig gräns mellan medicinsk revision och traditionell klinisk forskning om diagnostik och terapi.

2. *Redovisning av metoder* för medicinsk revision är intressant om det gäller nya metoder eller tillämpning av tidigare använda på ett mer fruktbarande sätt. Givetvis kan det också i artiklar som fokuserar metoderna krävas koncentrerad redovisning av resultat, eftersom läsarna annars har svårt att bedöma hur användbara metoderna är i den egna verksamheten. Tvärvetenskaplig metodik blir här, liksom i traditionell medicinsk forskning, alltmer intressant.

3. *Debatt* om den medicinska revisionens förutsättningar, genomförande och konsekvenser är av intresse för läkarkåren. Det gäller olika kontroversiella frågor, inte minst de som finns i gränssytorna mot ekonomi, administration och politik. Det är viktigt att både positiva och negativa erfarenheter, dyrköpta lärdomar av medicinsk revision, redovisas och diskuteras öppet.

Utformningen av artiklar också inom detta fält skall naturligtvis följa Läkartidningens allmänna anvisningar till författare.

viktiga och legitima frågor, men de bör diskuteras och utvecklas under självständiga rubriker, inte under överskriften »kvalitet».

Litteratur

1. Calltorp J, Ahlberg J. Medicinsk revision för kvalitet den tredje revolutionen i sjukvården. Läkartidningen 1991; 88: 2965-6 (serien Medicinsk revision to m nr 51-52/92 finns i särtryck från Läkartidningens redaktion).
2. Relman AS. Assessment and accountability. The third revolution in medical care. N Engl J Med 1988; 319: 1220-2.
3. Maxwell RJ, ed. Rationing health care. Br Med Bull 1995; 51(4).
4. Vårdens svåra val. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen. Stockholm: Socialdepartementet, 1995. (SOU 1995:5).
5. Eriksson H. Forskning i frontlinjen. Konsekvenser för sjukhusfunktion och sjukhusstruktur. Nord Med 1996; 111: 35-9.
6. Office of Technology Assessment of the Congress of the United States. Assessing the efficacy and safety of medical technologies. Washington, DC: US Government Printing Office, 1978.
7. Orleans M. The Cochrane Collaboration. Lessons for public health practice and evaluation? Public Health Rep 1995; 110: 633-4.
8. Carr-Hill R. Welcome to the brave new world of evidence based medicine. Soc Sci Med 1995; 41: 1467-8.
9. Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL. Inpatient general medicine is evidence based. Lancet 1995; 346: 407-9.
10. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Q 1966; 44: 166-266.
11. Donabedian A. Quality assessment and assurance. Unity of purpose, diversity of means. Inquiry 1988; 25: 173-92.
12. Spri. Kvalitetssystem i sjukvården – internationella erfarenheter. Stockholm: Spri, 1992. (Spri rapport 328).
13. Calltorp J, Bergström M. Medicinsk revision: principer, metoder och en konkretisering. Stockholm: Samhällsmedicinska enheten, Stockholms läns landsting, 1992.
14. Spri. Kvalitetssäkring. Att mäta, värdera och utveckla sjukvårdens kvalitet. Stockholm: Spri, 1987. (Spri rapport 230). Spri. Kvalitetssäkring i svensk sjukvård: förslag till nationell strategi. Stockholm: Spri, 1990. (Spri rapport 287).
15. Socialstyrelsen. Föreskrift om kvalitetssäkring i vården. SOSFs 1993:9.
16. Medicinska kvalitetsrådet (MKR). Medicinsk kvalitetsrevision. Remissutgåva. Stockholm: Sveriges läkarförbund, Svenska Läkaresällskapet, 1995.
17. Landstingsförbundet. Kriterier och anvisningar för kvalitetsutmärkelse i Svensk hälso- och sjukvård. Arbetsmaterial. Stockholm: Landstingsförbundet, 1995.