

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.

Främst 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.