

Kvalitetsrevisioner på vårdcentraler stimulerar kvalitetsarbetet

Har gett uppslag till förbättringar som delvis hunnit genomföras

Sedan 1994 har ett 70-tal vårdcentraler kvalitetsgranskats med en metod anpassad till primärvården. Läkarnas och sköterskornas dagliga arbete bedöms och jämförs med andra vårdcentraler. En första utvärdering av revisioner i Östergötland och Stockholm visar att metoden stimulerar kvalitetsarbetet på vårdcentralerna och också har gett uppslag till förbättringar som delvis genomförts.

Det förs en debatt i Medicinska kvalitetsrådet (MKR), Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Distriktsläkarföreningen (DLF) och mellan kollegor om vilka metoder som är lämpligast i arbetet med kvalitetsutveckling i primärvården.

MKR har beskrivit [1] sin syn på medicinsk kvalitetsutveckling som en process i flera steg där det första steget är den interna uppföljningen. Det andra steget är jämförelser med andra enheter, det tredje extern uppföljning/revision och det fjärde ett eventuellt formellt godkännande (ackreditering m m).

SFAM framhåller i sitt kvalitetsprogram [2] vikten av att kvalitetsutveckling stimulerar en process på den egna enheten, där alla medarbetare måste engageras och lära sig upptäcka vikten och nytan av att systematiskt analysera och förbättra sin egen verksamhet. Alla former av kontrollåtgärder hotar att störa denna process. Det är därför viktigt att jämförelser med andra och extern uppföljning/revision inte upplevs som kontroll

Författare

KJELL LINDSTRÖM

distriktsläkare, utvecklingsenheten, Habo

GUNILLA WARGERT

hälsoplanerare, Stockholms sydvästra sjukvårdsområde, Huddinge

KLAS LINDSTRÖM

avtalschef, landstinget i Östergötland, Linköping.

utan utförs på ett sådant sätt att kvalitetsarbetet på vårdcentralen stimuleras.

Revision i tre steg

Sedan 1995 har två team med en läkare och en sjuksköterska var från utvecklingsenheterna i Habo och Tibro i Skaraborg genomfört medicinska kvalitetsrevisioner vid vårdcentraler i Östergötland och i sydvästra sjukvårdsområdet i Stockholm (SVSO) [3]. Initiativet till revisionerna togs från central administrativ nivå som också bekostat kvalitetsrevisionerna och det merarbete de orsakat vårdcentralerna.

Syftet med kvalitetsrevisioner enligt denna metod är att stimulera kvalitetsarbetet framför allt inom läkargruppen vid den besökta vårdcentralen genom att initiera kvalitetsmätningar, jämföra med andra vårdcentraler och visa på goda exempel. Metoden utarbetades 1993 speciellt för primärvården och baseras delvis på Donabedians modell för kvalitetsvärdering där huvudsakligen struktur och process granskas.

Metoden förutsätter frivilligt deltagande och bygger på att kollega granskar kollega och att den besökta vårdcentralen äger alla resultat. Revisionen genomförs i tre steg: förberedelser, vårdcentralbesöket och resultatredovisning.

Före revisionen genomförs framför allt läkarna och i viss mån sköterskorna på vårdcentralen själva en rad mätningar som tar ca 40 timmar under en period på tre månader och vars resultat skickas till »revisorerna». Mycket av förberedelserna är hämtade från den sk verktyglådan [4, 5]. Se Faktaruta 1.

Därefter besöks vårdcentralen en hel dag då en läkare och en sköterska intervjuar kolleger och gör iakttagelser enligt strukturerade formulär. I regel intervjuas två läkare och två eller tre sjuksköterskor. Intervju med varje läkare tar ca 2,5 timmar och handlar om lokaler/utrustning, tidboken (hur man disponerar arbetstiden), datajournalens uppläggning och funktion, samverkan internt och externt, kvalitetsarbete och ca 20 patientfall. Syftet med att ta upp patientfallen är att spegla rutiner för att lösa medicinska problem och inte att testa den intervjuade läkarens kunskaper. För patientfall 4 (Faktaruta 2) finns t ex nästan

FAKTARUTA 1

De viktigaste förberedelserna

Förberedelser för läkare

- Patientenkät under 1 vecka
- Mätning av telefontillgänglighet
- Mätning av kontinuitet
- Mätning av kvalitetsindikatorer för 3–6 diagnosgrupper
- Sammanställning av all fortbildning de senaste 12 månaderna
- Sammanställning av diagnoser de senaste 12 månaderna
- Sammanställning av remisser de senaste 12 månaderna

Förberedelser för sjuksköterskor

- Sammanställning av all fortbildning de senaste 12 månaderna
- Registrering av alla sköterskebesök under 1 vecka
- Registrering av alla telefonsamtal under 1 vecka
- Frågor angående lokaler, utrustning, prevention, kvalitetsarbete m m
- Barnvårdscentral
- Antal nyinskrivna senaste året
- Registrering av amning
- Registrering av rökning
- Registrering av föräldragrupper
- Personalresurs

alltid klara och enhetliga rutiner. Patientfall 2 och 5 löses däremot ofta olika av olika läkare, vilket kan tyda på brister i intern och/eller extern samverkan.

Insamlade data i form av mätningar, iakttagelser, intervjuer och granskningar sammanställs och bildar mönster där läkarens och sjuksköterskans bedömningar ofta stärker varandra. Resultaten sammanställs i en grafisk bild där 13 olika områden bedöms (Figur 1).

Vid resultatsammanställningen bedöms varje område ur tre aspekter: »Bra för patienten?», »Bra för personalen?» och »Funktionellt/rationellt?». De tre aspekternas tyngd i slutbedömningen varierar för olika områden. I Tabell I och II ges exempel på vad som är underlag för bedömningen av parametrarna tillgänglighet och service/bemötande.

Efter en tid återvänder revisorerna för att redovisa sin syn på vårdcentralen

för all personal. Vid resultatredovisningen jämförs vårdcentralen med andra liknande vårdcentraler. Vårdcentralens starka och svaga sidor lyfts fram och de faktorer som ligger till grund för bedömningen redovisas utförligt. Revisorer betonar att bedömningen baseras på den trots allt begränsade information man fått och att bedömningen inte ska betraktas som någon form av facit. Även resultatredovisningen inriktas mest på läkarna och läkararbetet.

Första revisionerna utvärderas

Beställarna i Stockholms sydvästra sjukvårdsområde och i Östergötlands landsting genomförde en utvärdering av de första 31 kvalitetsrevisionerna (16 i SVSO och 15 i Östergötland) i samarbete med utvecklingsenheten i Habo våren 1997. Det gjordes med hjälp av en postenkät som sändes till de läkare och sjuksköterskor som varit med i revisionerna. Enkäterna skickades från beställarkontoret i landstingen till vårdcentralcheferna mellan två månader och två år efter genomförd revision och svaren sändes in anonymt direkt eller via vårdcentralchefen till beställarkontoret.

Enkäten bestod förutom av vissa basdata (personalkategori, tidpunkt för revisionen och av vem den genomförts) av sammanlagt 13 frågor om förberedelserna inför revisionen, hur man uppfattat besöket och resultatredovisningen samt hur man bedömt revisionen som helhet. Frågorna besvarades på en visuell analog skala.

Sammanlagt 56 läkare och 54 sköterskor från 25 av de 31 tillfrågade vårdcentralerna svarade. Bortfallsanalys har inte gjorts på grund av den metodik som användes vid insamlandet.

Uppslag till förbättringar

Resultatredovisningen baseras på de 110 svar som kommit in. Uppdelning på

FAKTARUTA 2

Patientfall som diskuteras

- 9-årig pojke med sex veckors diaré och avmagring.
- 82-årig man som behandlats för hypertoni med Inderal 40 mg \times 2 sedan många år. Mått bra tidigare men sista tiden andfädd vid relativt obetydlig ansträngning och även svullna ben på kvällarna.
- 62-årig kvinna med en hudförändring misstänkt som basalcellscancer på ryggen.
- 70-årig kvinna som fallit och har misstänkt radiusfraktur.
- 74-årig kvinna med hypertoni. Oroligt hjärta sedan 1-2 veckor och sämre prestationsförmåga. Nyttillkommet förmaksflimmer på EKG.

	Stora möjligheter att förbättra	Ungefär genomsnittligt	Optimal kvalitet
1. Lokaler			X
2. Utrustning		X	
3. Personalresurs	X		
4. Fortbildning			X
5. Tillgänglighet			X
6. Kontinuitet			X
7. Service/Bemötande			X
8. Dokumentation	X		
9. Rutiner/Arbetsätt			X
10. Medicinsk kvalitet/Säkerhet			X
11. Samverkan			X
12. Prevention		X	
13. Kvalitetsarbete	X		

Figur 1. Exempel på protokoll från en kvalitetsrevision som visar vårdcentralens starka och svaga sidor.

Tabell I. Faktorer av betydelse vid bedömningen av vårdcentralens tillgänglighet.

Bra för patienten	Bra för personalen	Funktionellt/Rationellt
P-platser	Lab	Balans akuta/planerade besök
Hiss	Bemanning	Telefontider
Handikappvänlig entré		Bokningssystem
Telefonframkomlighet		Öppen mottagning läkare
Träffa rätt person		Öppen mottagning BVC, dsk
Telefonsvare BVC		Besök/invånare
Telefontid eftermiddag dsk		Täckningsgrad
Mottagningstider		
Tillgång		
Sena tider		
Akuta eftermiddagstider		
Lunchstängt		
Kvällstid		

Tabell II. Faktorer av betydelse vid bedömningen av service och bemötande.

Bra för patienten	Bra för personalen	Funktionellt/Rationellt
Kallelser	Arbetsmiljö	»Patienten i centrum»
Bemötande (Patientenkät)	Trivsel	»Läkare /distriktsköterska i centrum»
Sekretess		
Informationsmaterial		
Väntetider		
Hjälpsamhet		

ANNONS

ANNONS

SVSO och Östergötland har kunnat göras liksom jämförelser mellan läkare och sköterskor.

Läkarna upplevde förberedelserna som mer tidskrävande än sjuksköterskorna, men både läkare och sköterskor upplevde dem som lärorika och meningsfulla.

Besöket på vårdcentralen upplevdes övervägande positivt av både läkare och sköterskor och inte som kontroll, trots att revisionerna initierats och bekostats av beställarenheterna.

En stor del av läkarna och sjuksköterskorna tyckte att den bild av vårdcentralernas svaga och starka sidor som presenterades vid resultatredovisningen stämde bra med verkligheten.

Revisionen som helhet uppfattades som värdefull av både läkare och sköterskor, och många fick uppslag till förbättringar. Framför allt läkarna uppgav att de hade genomfört en del förbättringar redan vid utvärderingen.

Den skillnad som ses mellan läkargruppen och sköterskegruppen beror troligen på att revisionen varit mer inriktad på läkargruppen. En annan förklaring är att vissa delar av sköterskornas arbetsområde är mycket välstrukturerade och välskötta varför revisionen knappast gav uppslag till förbättringar.

SVårtolkad skillnad

Den skillnad som kunde ses mellan Östergötland och SVSO är mer svårtolkad. Revisionerna föll i bättre jord i Östergötland och gav fler uppslag till förbättringar. Under den tid de aktuella revisionerna utfördes hade man en stabil och genomtänkt primärvårdsorganisation i Östergötland med en förhållandevis bra arbetsmiljö vid vårdcentralerna. Inom primärvården i SVSO genomfördes en del besparingar som skapade oro, vilket kan vara en orsak till att jordmånen för kvalitetsarbete var sämre.

Sammanfattat tyder utvärderingen på att metoden stimulerar kvalitetsarbetet vid vårdcentralerna i båda områdena. Läkarna har påverkats mest. Revisionerna upplevs inte som någon kontroll och de ger uppslag till förbättringar som också till viss del genomförts.

Referenser

1. Medicinska kvalitetsrådet. Medicinsk kvalitetsutveckling, riktlinjer och synpunkter. Svensk Medicin 1995; 47.
2. Björgell A. SFAM:s kvalitetsprogram. AllmänMedicin 1996; 17: 5.
3. Lennholm B. Ny modell för klinisk revision i primärvård. Vårdcentraler granskas genom kvalitetsronder. Läkartidningen 1996; 93:1093-9.
4. Lindström K, Persson L. Lådan som blev ett verktyg. Smidigt hjälpmedel för kvalitetsutveckling. Läkartidningen 1994; 91: 4182-3.
5. Lindström K, Persson L. Verktygslåda på vårdcentral stimulerar utveckling av vårdkvalitet. Läkartidningen 1997; 94: 3041-2.

Granskningsmodeller granskade och jämförda

Det finns en mångfald av metoder och modeller för kvalitetsutveckling i sjukvården, men ofta saknas kunskap om de olika modellernas starka och svaga sidor. Även de bästa metoder kan slå fel om de används på fel sätt eller vid fel tillfälle. Här presenteras och utvärderas åtta modeller.

I maj 1998 anordnades på initiativ av SFAM.Q (allmänläkarnas kvalitetsråd) ett tvådagars arbetsseminarium med syfte att varudeklarerat åtta olika modeller som i dag används för att granska kvalitet inom allmänmedicin. Generellt kan sägas att ingen av modellerna är utvärderad i tillfredsställande omfattning. Genom att försöka beskriva när de olika modellerna passar in, tillvägagångssätt, vilken nytta man har av olika modeller, kostnader i tid och pengar, olika modellens inriktning etc, vill vi underlätta för våra kolleger på vårdcentralerna att välja rätt modell vid rätt tillfälle.

Vid seminariet deltog resurspersoner från bland annat Medicinska kvalitetsrådet, Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Spri och SFAM. För varje modell deltog en metodansvarig som presenterade modellen och en distriktsläkare som berättade om erfarenheter när man blivit granskade med modellen i fråga.

Under första dagen presenterades modellerna och diskuterades var för sig. Under andra dagen gjordes vissa jämförelser till exempel vad gäller modellernas resursåtgång, när de passar in i tiden och i vilken grad de kan engagera alla medarbetare. En diskussion fördes även om hur man kan kombinera de olika modellerna för att ytterligare stimulera kvalitetsarbetet. SFAM.Q planerar att publicera en utförlig dokumentation från seminariet i form av ett supplement till tidningen Allmänmedicin.

Deltagande modeller

1. Spris program för organisationsgranskning: Spris (Hälsa- och sjukvårdens utvecklingsinstitut) modell har utvecklats för svenska förhållanden

med utgångspunkt i »King's fund organisational audit» i England. Syftet med organisationsgranskning är att bidra till utvecklingen genom att ge verksamheten en oberoende och professionell bedömning samt feedback från utomstående. Granskningen genomförs av ett tvärprofessionellt team utbildat av Spri. Granskningen föregås av en självskattning där personalen på vårdcentralen fyller i ett stort antal formulär där man tar ställning till ett antal grundläggande värderingar, som bland annat lyfter fram att verksamheten ska utgå från patientens önskemål och behov samt från aktuell kunskap inom området. Granskningsresultatet presenteras i en slutrapport som blir en offentlig handling.

Slutsats: Organisationsgranskning är en metod som kan engagera många medarbetare men som är arbetskrävande och som huvudsakligen handlar om organisation och relativt lite om verksamhetens innehåll.

2. QUL (kvalitet, utveckling, ledarskap): QUL-instrumentet har utvecklats av Landstingsförbundet i samråd med Institutet för kvalitetsutveckling (SIQ) och företrädare för svensk hälso- och sjukvård och är baserad på teorierna kring »offensiv kvalitetsutveckling», även kallat »total quality management» (TQM). Syftet är att skapa en gemensam bild av hur organisationen arbetar samt identifiera styrkor och förbättringsområden i organisationen. QUL-instrumentet är uppbyggt av 13 så kallade grundläggande värderingar och 7 huvudkriterier. QUL-instrumentet används både vid självutvärdering och vid extern utvärdering.

Slutsats: QUL är arbetskrävande och har en komplex terminologi som gör det svårforcerat, och har därigenom svårt att engagera alla medarbetare. QUL kan passa bra för de vårdcentraler

Författare

KJELL LINDSTRÖM
distriktsläkare, ordförande i allmänläkarnas kvalitetsråd (SFAM.Q),
Habo.