Uppföljning av barnsjukvården bra kunskapskälla som kan bli bättre

Kontinuerlig uppföljning av verksamheten vid de barnmedicinska klinikerna har under en tioårsperiod gjort utvecklingstendenser synliga och gett ökade kunskaper om landstingens barnsjukvård. En enkät visar att klinikcheferna använder rapporten bl a för jämförelser mellan klinikerna. Det är oklart om den dessutom lett till ökad effektivitet och till omfördelning av resurser. Uppföljningen av verksamheten bör utvecklas ytterligare och bli mer åtgärdsinriktad för att komma till ännu större praktisk nytta.

Den ökade decentraliseringen av ansvar och befogenheter inom hälso- och sjukvården ställer ökade krav på verksamhetsplanering och uppföljning på kliniknivå. Barnläkarföreningen (BLF) startade 1987 på initiativ av och i samarbete med Spri ett nationellt utvecklingsarbete för verksamhetsuppföljning inom barnmedicinsk vård. Syftet var att utveckla arbetssätt, mätmetoder och verksamhetsmått för att kontinuerligt kunna definiera och följa resursutveckling, prestationer, vårdutnyttjande och kostnader.

Uppföljningarna har gjorts 1988, 1991, 1994 och därefter årligen. Rapporterna har sammanställts av Spri i form av PM [1-4], 1991 års uppföljning publicerades som Spri-rapport [5].

Ett övergripande syfte med verksamhetsuppföljningen är att med stöd av aktuella och tillförlitliga data skapa förutsättningar för jämförande studier och effektivitetsbefrämjande åtgärder. Arbetet leds av en arbetsgrupp med representanter från den barnmedicinska verksamheten och Spri. Spri driver liknande projekt inom ögon- och kvinnosjukvård samt inom internmedicinsk vård.

Enkätsvar ger nyckeltal

Verksamhetsuppföljningen genomförs med hjälp av en »enkät för verksamhetsberättelse» som fylls i på de enskilda barnmedicinska klinikerna. Enkätformuläret har frågor om upptagningsområde, organisation, vårdresurser, vårdutnyttjande (sluten och öppen vård), vårdtyngd, personalkostnader samt i viss mån kvalitet. Svarsfrekvensen var i 1988 års uppföljning 75 procent och har sedan dess ökat till drygt 90 procent i 1997 års uppföljning. Enkätformuläret har under åren förbättrats i två viktiga avseenden, datakvalitet (gemensamma begrepp och definitioner) och innehåll (relevant information).

Uppgifterna från klinikerna ställs samman till ett antal nyckeltal, i form av stapeldiagram, som beskriver olika delar av verksamheten. För att öka jämförbarheten relateras resurser och prestationer i stor utsträckning till 10 000 barn i klinikernas upptagningsområden. En stor del av uppgifterna redovisas även landstingsvis.

Olikheter kan ge skev bild

Det finns en rad svårigheter i processen kring verksamhetsuppföljningen både vid datainsamlingen och när materialet ska presenteras på ett rättvisande sätt.

Svårigheterna kan delas in i tre kategorier: upptagningsområde, organisation/struktur och verksamhetsmått/-registrering. Upptagningsområden existerar egentligen inte längre, men de flesta väljer ändå en vårdgivare i sin närhet. Av det skälet kan befolkningsstatistik användas för att beskriva klinikernas huvudsakliga upptagningsområde. Problem uppstår när det finns mer än en barnmedicinsk klinik i ett landsting (11 av landstingen) eftersom det då är svårt att avgränsa de enskilda klinikernas upptagningsområde. Än svårare är det om en av klinikerna är en regionklinik.

I verksamhetsuppföljningen har vi använt klinikernas primära upptagningsområden då vi redovisat resurser och prestationer per 10 000 barn. Det innebär för regionklinikerna att det inte tagits någon hänsyn till att en stor del av deras resurser används till högspecialiserad vård av barn från hela det egna landstinget och andra landsting. Detta ger en något skev bild av verksamheten vid dessa kliniker och har i arbetsgruppen lett till en diskussion om korrigeringsfaktorer.

Organisationen av den barnmedicinska vården varierar i de olika landstingen och vid de olika klinikerna. Vårdtradition och geografiska förhållanden skiljer landstingen åt. Dessa bakomliggande faktorer kan vara svåra att belysa och ta hänsyn till i verksamhetsuppföljningen. Bland annat varierar graden av samvård, dvs att barn från andra specialiteter vårdas på den barnmedicinska kliniken.

Organisationen skiljer sig också när det gäller omfattningen av sluten vård, dagvård och öppen vård (vid klinik och utanför klinik). Verksamheten vid en barnmedicinsk klinik påverkas t ex av hur utbyggd den öppna vården utanför kliniken är. Även behandlingspraxis varierar sannolikt, vilket påverkar vårdkonsumtionen. Det pågår dessutom en strukturell omdaning inom barnsjukvården i Sverige, med sammanslagningar och nedläggningar av kliniker.

Nya organisationsmodeller

Enligt en enkät från Spri till landets barnmedicinska kliniker (hösten 1997) anser 35 procent av verksamhetscheferna att deras kliniks organisation inte passar in i det vanliga »mönstret». Det finns antagligen inte längre ett »mönster», utan flera olika organisationsmodeller. Dessa organisationsformer bör

Författare

LOTTA HOLM SJÖGREN
fil kand, utredare, Spri

ORVAR FINNSTRÖM
docent, överläkare, barn- och ungdomsmedicinska kliniken, Universitetssjukhuset, Linköping

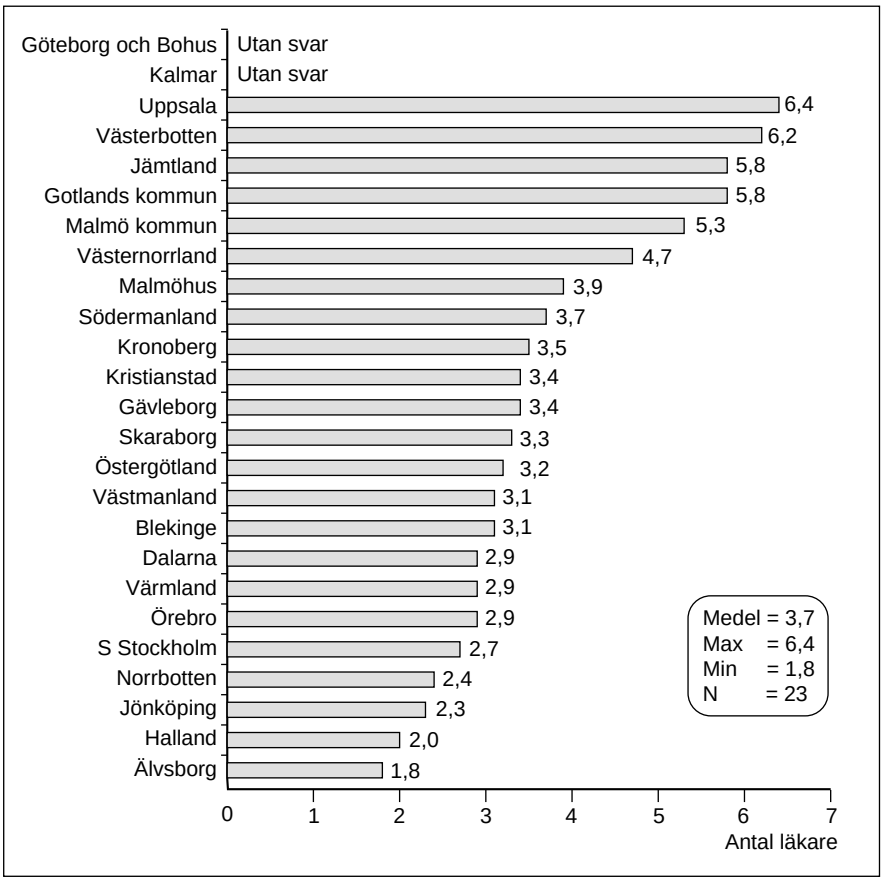
LARS FOHLIN
docent, överläkare, barn- och ungdomskliniken, Falu lasarett.

Författarna ingår i den arbetsgrupp som leder det redovisade projektet. I gruppen ingår också överläkare Karl-Henrik Lundell, Jönköping, överläkare Lars Skogsberg, Boden, och docent Ulf Lindberg, Växjö.

beskrivas i verksamhetsuppföljningen, inte minst för att skapa möjligheter att jämföra sig med andra, som definieras som »bättre» i vissa avseenden, för att bli bättre själv.

Det tredje problemområdet gäller svårigheterna att hitta relevanta och jämförbara verksamhetsmått samt att lokalt ta fram de aktuella uppgifterna. Detta beror dels på olikheterna i organisationen, dels på att definitioner och registreringsrutiner varierar. Exempelvis redovisas inte alltid samvård skild från övrig barnmedicinsk vård. Samvård innebär i många fall minskad resursförbrukning, framförallt när det gäller läkarresurser. I enkäten till de barnmedicinska klinikerna nämner drygt hälften av verksamhetscheferna att det är svårt att få fram vissa uppgifter på kliniknivå på grund av nuvarande registreringsrutiner och att flera olika verksamheter är integrerade. Dessutom har omkring 30 procent svårigheter med att få fram uppgifter på central sjukhus- eller landstingsnivå.

Arbetsgruppen har också haft problem att finna relevanta och användbara mått på kvaliteten i vården. Mortalitet är ett alltför grovt mått inom barnsjukvården, och skillnader i behandlingspraxis är svåra att mäta och utvärdera.



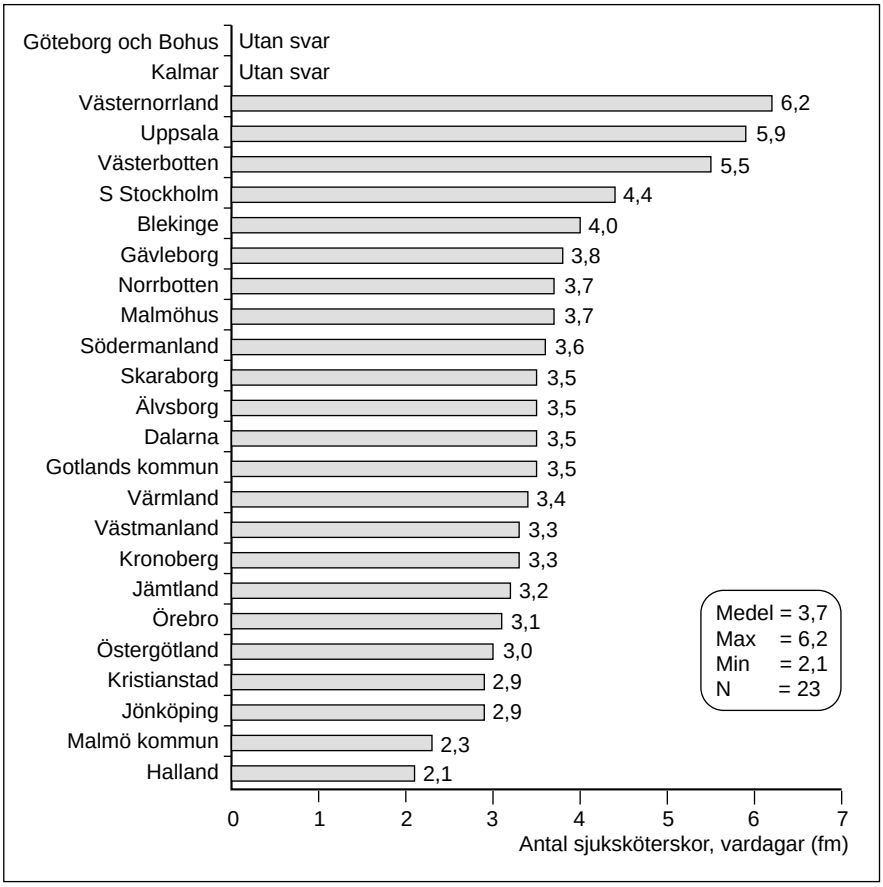
Figur 1. Antal läkare i sluten barnmedicinsk vård, per 10 000 barn (<19 år) i respektive landsting, år 1997.

Allt fler barn i öppen vård

Socialstyrelsen genomförde i början av 1980-talet en studie [6] beträffande vårdresurser och vårdutnyttjande inom barnmedicinsk vård. Jämförelser mellan denna och senare verksamhetsuppföljningar visar att det fortfarande finns stora skillnader beträffande resurser [7]. Antalet läkare i sluten vård per 10 000 barn 1996 varierade t ex mellan två och sju i de olika landstingen (Figur 1). Liknande skillnader finns när det gäller andra personalkategorier (Figur 2).

Antalet disponibla vårdplatser per 10 000 barn varierar, men har sjunkit mellan 1991 och 1997 från i medeltal 9,8 till 6,8. Allt fler barn tas om hand i öppna vårdformer, och allt fler kliniker bygger ut dag- och hemsjukvård. Antalet vårdtillfällen i den slutna vården har successivt minskat. Trots att detta innebär en större vårdtyngd i den slutna vården har medelvårdtiden varit relativt konstant över åren, drygt 4 dygn (3,8 dygn 1997).

Också när det gäller vårdutnyttjande, t ex antalet vårdtillfällen per 10 000 barn, finns det stora skillnader mellan landstingen, från 268 till 925 (Figur 3). Graden av samvård uppvisar också stora variationer, allt från 5 till över 50 procent av den totala vården. Fortfarande vårdas många barn och ungdomar på vuxenklinik, vilket är otillfredsställande. När det gäller neonatalvård överförs



Figur 2. Antal tjänstgörande sjuksköterskor vardagar (fm) i sluten barnmedicinsk vård, per 10 000 barn (<19 år) i respektive landsting, år 1997.

►

ANNONS

i medeltal 13 procent av de nyfödda till barnmedicinsk klinik för sluten vård. Även här ser vi stora variationer, mellan 4 och 22 procent, troligen beroende på skillnader i praxis.

Uppföljning till nytta för många

En väl utvecklad kvalitetssäkring vid datainsamlingen garanterar inte att verkligheten i sjukvården beskrivs på ett rättvisande sätt i en sammanställning där nyckeltal och produktivitetstal tagits fram för enskilda delar av verksamheten. Informationen kan vara plockad ur sitt sammanhang, och risken finns att den tolkas felaktigt för att man inte känner till bakomliggande faktorer. Detta är emellertid inget argument mot att bedriva verksamhetsuppföljning inom hälso- och sjukvård, eftersom informationen trots sina brister kan ha ett stort värde, speciellt för dem som kan analysera resultaten ur den egna verksamhetens perspektiv. Informationen bör också kunna ha ett värde för sjukvårdsadministratörer och politiker. En förenklad beskrivning av verkligheten är bättre än ingen beskrivning alls.

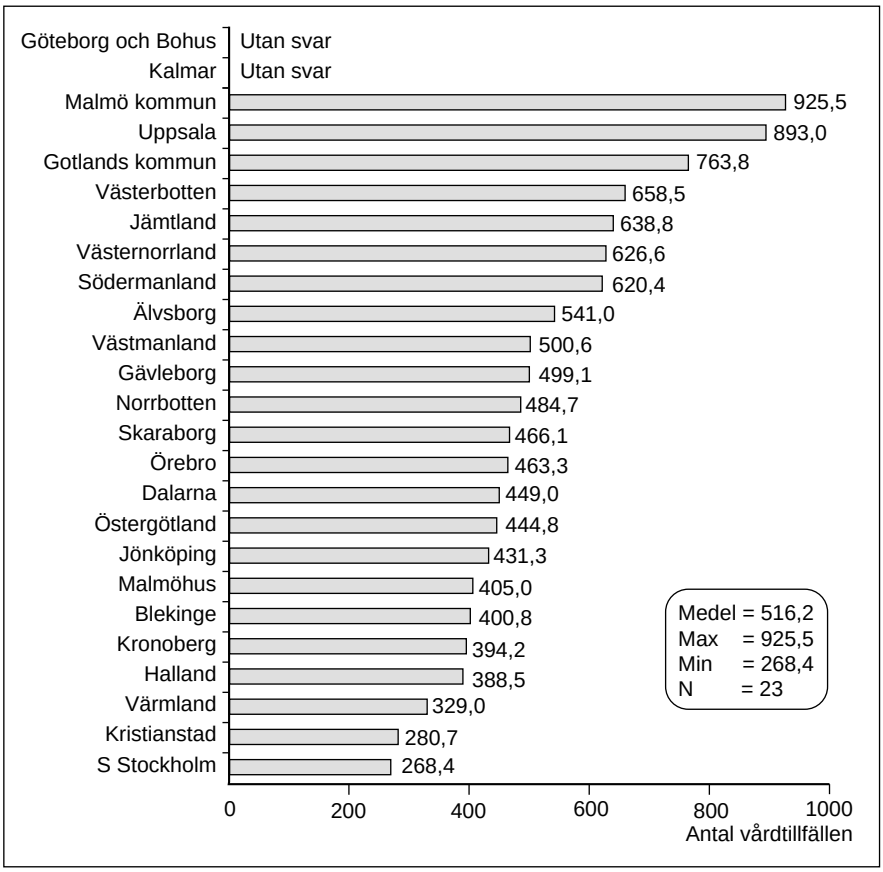
Någon form av verksamhetsuppföljning är en förutsättning för att vi ska få en bild av vad som görs, hur bra det görs och till vilken kostnad. Utan sådan kunskap finns ingen bra grund för verksamhetsutveckling och ett effektivt resursutnyttjande. Effektivisering inom vissa områden kan leda till att resurser frigörs för utveckling av nya verksamheter eller till förstärkning av verksamheter som är underförsörjda.

En diskussion om produktivitet och effektivitet måste också omfatta kvalitet. I verksamhetsuppföljningen bör man t ex kunna utläsa om, och i så fall hur, otillräckliga resurser påverkar kvaliteten. Vi behöver bli bättre på att identifiera kvalitetsindikatorer och att mäta kvalitet.

Bör användas i praktiken

Verksamhetsuppföljningens syfte uppfylls inte om den enbart ger kunskap om hur klinikerna ligger till i förhållande till varandra eller ger insikt om att resurser, prestationer och konsumtion varierar över landet. Viktigt är också att den leder till orsaksanalys och kan användas till att konkret förbättra behandlingspraxis, resursanvändning och resursfördelning.

I enkäten till de barnmedicinska verksamhetscheferna frågade vi efter vad verksamhetsuppföljningen använts till. 75 procent angav att de framförallt använt den »för att jämföra kliniken med andra kliniker», »för att beskriva läget för personalen» samt »vid diskussioner med sjukhusledningen». På frågan om de anser att verksamhetsuppföljningen har bidragit till en effektivare vård vid kliniken, svarade omkring 40 procent »ja», men ingen nämner konkreta, uppmätta effektivitetsförbättringar. Detta visar att verksamhetsuppföljningen måste bli mer åtgärdsinriktad.



Figur 3. Totalt antal vårdtillfällen på barnmedicinsk klinik, per 10 000 barn (<19 år) i respektive landsting, år 1997.

Den främsta målgruppen för uppföljningen är verksamhetscheferna. I enkäten ställdes frågan om vem som tar del av verksamhetsuppföljningen förutom klinikchefen (med fyra givna svarsalternativ). De flesta svarade »andra läkare» och »annan sjukvårdspersonal på kliniken», och drygt 60 procent svarade även »sjukhusdirektören». I knappt 10 procent av fallen angavs att även landstingsdirektören tagit del. Två verksamhetschefer nämnde att uppföljningen hade kommit till användning i en utredning inom landstinget, och endast en svarade att politiker (i viss mån) tagit del av den. I sin nuvarande form är den förmodligen alltför detaljerad för politiker som behöver överskådlig information om alla verksamheter inom landstinget.

Tillförlitligheten viktigast

Hur kan verksamhetsuppföljningen bli mer åtgärdsinriktad, dvs leda till konkret förbättringsarbete? Den viktigaste förutsättningen är dess tillförlitlighet. Det är viktigt att vidareutveckla definitioner och begrepp i enkätformuläret, så att frågorna tolkas på samma sätt av alla kliniker. Årliga uppföljningar leder förhoppningsvis också till förbättrade redovisningsrutiner på kliniknivå.

Det är också viktigt att de uppgifter som lämnas tolkas och sammanställs på ett rättvisande sätt. Arbetsgruppen måste t ex lösa frågan om hur regionklinikernas högspecialiserade vård av patienter, bl a från andra landsting, ska kunna åskådliggöras på ett bättre sätt. Vidare krävs en utveckling av bättre mått och mätmetoder, både på resurs- och prestationssidan och framförallt när det gäller struktur-, process-, och resultatkvalitet [8]. En sådan utveckling skulle möjliggöra djupare analyser, t ex med hjälp av produktivitets-, vårdbehovs- och kvalitetsstudier.

Produktivitetsstudier inom hälso- och sjukvård kritiseras ofta [9] på grund av dels osäkerheten om insamlade datas kvalitet och riktighet, dels avsaknaden av kvalitetsmätningar. De prestationer som vi egentligen skulle vilja mäta är svårmätbara. Uppgifter om antalet intagna patienter, läkarbesök och vårddagar säger inte mycket om innehållet i vårdprocessen. Vi skulle vilja veta hur väl varje barns unika fysiska, psykiska, sociala, kulturella och andliga behov tillfredsställs. Vilket stöd får föräldrar till sjuka barn? Hur många upplever en

får god vård? Vilken kvalitet finns när det gäller personalutbildning? Det finns metoder där kvalitetsaspekter kan omfattas av produktivitetsmätningar. En sådan är »data envelopment analysis» (DEA) [10].

En verksamhetsuppföljning inriktad på åtgärder är något som på kliniknivå borde kunna användas till jämförelser och analyser över tiden.

Genom att synliggöra den egna klinikens prestationer i förhållande till befintliga resurser från år till år kan klinikens utveckling analyseras och förbättringsområden identifieras. Genom att dessutom jämföra den egna klinikens resurser, prestationer, organisation, kvalitet och behandlingspraxis med andra liknande klinikers, kan säkert ytterligare områden för förbättringar identifieras. Finns det andra som med samma resurser producerar mer med högre kvalitet? Kan vi lära av andras förbättringsarbete och omorganisering? Politiker och chefstjänstemän borde i större utsträckning kunna använda verksamhetsuppföljningen inte enbart för att ställa krav på effektivisering utan också för att i vissa fall medge resursförstärkning. För att uppföljningen ska kunna användas på dessa olika sätt krävs förmodligen mer information om själva vårdprocessen samt utveckling av bättre kvalitetsmått.

Referenser

1. Barnmedicinsk vård 1988: jämförande studie grundad på försök med verksamhetsberättelse för barnmedicinska kliniker. Stockholm: Spri, 1990.
2. Verksamhetsuppföljning av barnmedicinsk vård 1994. Stockholm: Spri, 1995.
3. Verksamhetsuppföljning av barnmedicinsk vård 1995. Stockholm: Spri, 1997.
4. Verksamhetsuppföljning av barnmedicinsk vård 1996. Stockholm: Spri, 1997.
5. Verksamhetsberättelse för barnmedicin. Stockholm: Spri, 1993. Spri rapport 367.
6. Finnström O, Kjellman B, Lyckeus C, Nyberg L, Svensson E. En studie av barnsjukvård med tonvikt på sluten barnmedicinsk vård baserad på officiell statistik 1970–81. Stockholm: Socialstyrelsen, 1984. PM 69.
7. Finnström O. Stora skillnader över landet – är dessa motiverade? Vårdresurser och vårdutnyttjande inom barnmedicin. Incitament 1994; 3: 26-30.
8. Eckerlund I, Håkansson S, Svensson H. Mått och steg för bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården: ett uppdrag från HSU 2000. Stockholm: Spri, 1994. Spri rapport 374.
9. Murray R, Lundvall O, Hallerby N, i samarbete med Statistiska centralbyrån (SCB) och Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Kvalitets- och produktivitetsutveckling i sjukvården1960–1992: rapport till ESO, expertgruppen för studier i offentlig ekonomi. Stockholm: Finansdepartementet, 1994. Rapport 1994:22.
10. Grönqvist E, Andersson BL, Ähgren B. Stora eller små sjukhus: har det någon betydelse för produktiviteten? Stockholm: Spri, 1997. Spri rapport 462.

Antikoagulantiasköterska – en ny subspecialitet?

Hög tid för en ny och viktig utbildning

Under hösten 1997 genomfördes vid Vårdhögskolan i Göteborg den första delen av en 10-poängsutbildning för sjuksköterskor/biomedicinska analytiker som arbetar med antikoagulantiabehandling. Utbildningen har fallit mycket väl ut och rekommenderas till andra regioner.

Behandling med antivitamin K (AVK)-medel är effektiv när det gäller att förebygga blodpropp, men risken för blödningskomplikationer är välkänd. För acceptabel säkerhet krävs regelbunden kontroll av behandlingen. På många sjukhus handläggs detta via en »AK-mottagning», som sköts av specialutbildade sjuksköterskor/biomedicinska ana-lytiker (»AK-sköterskor») i samråd med ansvarig läkare.

Idag behandlas ca 0,8 procent av befolkningen med AVK-medel [antikoagulantiaregistret 1997]. Behandling av djup ventrombos har under 1990-talet alltmer polikliniserats och på många sjukhus blivit en del av AK-mottagningarnas verksamhet [1, 2].

Våren 1996 arrangerades ett möte med AK-sköterskorna från de olika sjukhusen i Västra regionen. Det framkom att det fanns ett starkt önskemål och behov av en strukturerad utbildning för AK-sköterskorna.

Vi beslutade då att en kurs skulle anordnas vid Vårdhögskolan i Göteborg under 1997.

5-poängskurs första steg i subspecialistutbildning

Kursen hade deltagare från Visby, Eskilstuna, Sollefteå samt från alla sjukhus i vår region. Undervisningen, som var på 5 poäng och förlagd till fredagar varannan vecka på Vårdhögskolan i Göteborg, avslutades med examensarbeten som presenterades i seminarieform.

Examensarbetena behandlade behovet av dokumentation, patientutbildning och information, poliklinisk trombosbehandling, behandling med kompressionsstrumpa samt ett flertal »checklistor» för rapportering från vårdavdelningar/öppenvård avseende AVK-behandlade patienter.

Landets AK-mottagningar har olika strukturer

De flesta deltagare hade lång erfarenhet av att arbeta på en AK-mottagning, men det fanns även deltagare som gick kursen för att de just skulle starta verksamhet på sitt sjukhus. En enkät bland deltagarna visade att arbetsförhållandena på de 15 olika mottagningarna skilde sig åt när det gällde bemanning, antal patienter/sköterska, doseringsdelegering och läkartillgång. Antalet patienter som handläggs via de olika mottagningarna varierade från Sahlgrenskas 3 600 patienter till den minsta vid Vårdcentralen i Ulricehamn med ca 75 patienter. Mottagningen i Ulricehamn är datoriserad och utgör en del av ett projekt med utremittering av AVK-behandlade patienter till vårdcentralerna inom Borås lasaretts upptagningsområde.

Vid 14/15 centra har AK-sköterskorna delegation att självständigt dosera, men vid fyra av dessa kontrasignerade läkaren innan AK-brevet skickades ut, och på en mottagning doserade läkaren helt själv. Det var vanligt att en eller två läkare hade huvudansvaret för verksamheten. Svaret på frågan huruvida trombosbehandling polikliniserats eller inte skilde sig starkt mellan de olika enheterna. Vissa sjukhus (5/15) hade ännu inte infört poliklinisering av trombos- ▶

Författare

DICK STOCKELBERG
med dr, överläkare, kursledare för antikoagulantiakursen, hematologisektionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

LENNART STIGENDAL
överläkare, Koagulationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska, Göteborg

HENRY ERIKSSON
docent, överläkare, medicinkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra, Göteborg.