

Medicinsk revision ett sätt att bota hemmablindhet

Rapport från de första granskningarna av psykiatrisk vård

I Sverige har vi sedan 1996 en föreskrift [1] som ålägger varje verksamhetschef att se till att man på kliniken arbetar systematiskt med vårdens kvalitet. Detta kan göras genom att låta kliniken engageras i t ex QUL (Kvalitet, Utveckling, Ledarskap) eller TQM (Total Quality Management), eller genom att använda avvikelserapporter på ett genomtänkt sätt. I andra länder har man valt andra vägar, t ex att kräva att varje klinik skall ha blivit godkänd i en ackrediteringsprocess [2].

I samtliga fall är medicinsk/klinisk revision ett viktigt instrument. I Sverige har den medicinska professionen varit aktiv i arbetet med att utveckla detta instrument [3-5], vilket har speglats bl a i artikelserien 1991-1992 i Läkartidningen om medicinsk revision.

Revisionens syfte

Medicinska kvalitetsrådet (MKR) har 1996 [6] presenterat syftet och betydelsen av medicinsk kvalitetsrevision samt en modell för genomförandet. Ur denna skrift hämtas:

»Med några få undantag har extern granskning i svensk sjukvård inte använts som ett fortlöpande arbetsred-

Författare

LEIF LINDQVIST

överläkare, psykiatriska kliniken, Centrallasarettet Luleå-Boden, Boden

E-post: leif.lindqvist@nll.se

GÖRAN BJÖRLING

chefsöverläkare, Norra Älvsborgs länssjukvård, psykiatriska kliniken, Norra Älvsborgs länsjukhus, Trollhättan

KARL-OTTO SVÄRD

chefsöverläkare, psykiatriska kliniken, Centralsjukhuset, Karlstad

JERKER HANSON

docent, Nordvästra Stockholms produktionsområde

ANNA ÅBERG WISTEDT

Centrala Stockholms psykiatriska klinik, S:t Görans sjukhus, Stockholm.

Sammanfattat

Viktiga punkter inför ett revisionsuppdrag:

- Tydligt uppdrag från en nivå i sjukvårdsstrukturen.
- Startdokumentet.
- Parrevision.
- Tid för reflexion mellan stationerna.
- Fortlöpande dokumentation.
- Revisionsavslutning med preliminär dialog/feed-back.
- Slutrapport inom två till tre veckor.

skap. Av detta följer att inga långsiktiga effekter hittills har kunnat påvisas. Det är MKRs uppfattning att medicinska revisioner kan och bör utvecklas så att sådana effekter kan studeras. MKR har i sitt arbete kunnat konstatera att det föreligger ett behov av att den medicinska professionen initierar uppbyggandet av en organisation för utbildning och genomförande av revisioner [7]. MKRs syfte är inte att konkurrera med andra granskningsaktiviteter som redan förekommer inom läkarkåren. Medicinsk revision får ses som ett komplement. Revisioner skall vara ett stöd för att utveckla det interna kvalitetsuppföljningsarbetet, och har därigenom ytterst samma syfte som övriga revisioner i hälso- och sjukvården: att erbjuda patienterna en god och säker vård.»

Johan Calltorp har i ett antal artiklar i Läkartidningens serie om medicinsk revision utvecklat ovanstående frågeställningar och tydliggjort behovet av nya modeller för kvalitetskontroll och verksamhetsstyrning i »lärande organisationer».

Sex indikatorer testade

Svensk psykiatri har i ett tjugotal år befunnit sig i en mycket intensiv utveckling, där nya behandlingsmetoder och organisatoriska modeller har införts, även om de inte har prövats syste-

matiskt. I början av 1990-talet inleddes ett arbete att säkerställa vårdens kvalitet genom att först införa kvalitetsindikatorer.

Sex indikatorer testades i ett nationellt nätverksprojekt i samarbete mellan Svensk psykiatrisk förening (SPF), Spri, Landstingsförbundet och Socialstyrelsen. Dessa var:

1. Andel uteblivna patienter i öppen vård, »no shows».
2. Andel patienter bedömda enligt GAF-skalan, »Global Assessment of Function».
3. Andel vårdade patienter (Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT, eller Lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV) där det framgår skriftligen att man meddelat vårdformen.
4. Andel patienter i sluten vård som har skriftlig behandlingsplan.
5. Andel patienter som efter suicidförsök bedömts av psykiater inom 24 timmar.
6. Frekvens av kontakt med anhöriga inom 36 timmar efter inläggning.

År 1994 tillsatte SPF:s styrelse expertgrupper för att utarbeta kliniska riktlinjer för utredning och behandling av de stora sjukdomsgrupperna och problemområdena. Under de senaste tre åren har kliniska riktlinjer för sju pro-

• Översikt över olika bedömningsinstrument	<i>Iris Blomberg, Johan Calltorp</i>
• Medicinsk revision och organisationsgranskning	<i>Johan Calltorp, Kerstin Einevik-Bäckstrand</i>
	<i>Eva Westling</i>
• ISO9000 och QUL	
• Frågestund—jämförelse	
• Juridik	<i>Ulla Lönnqvist-Endre</i>
• God revisionssed	<i>Carin Osmark</i>
• Medicinsk revision—frågestund	
• OG-programmet—erfarenheten från en granskare	<i>Urban Sjöblom m fl</i>

Figur 1. Basutbildningen.

blemområden givits ut, nämligen schizofreni och schizofreniliknande tillstånd, ångestsyndrom, förstärknings-sjukdomar, alkoholproblem, äldrepsykiatri, tvångssyndrom och självmords-nära patienter.

Arbetsgrupp

Nästa steg i denna utveckling var att skapa en överskådlig modell med syfte att kartlägga hur användning av kvalitetsindikatorer, kliniska riktlinjer m m påverkar vårdens struktur och innehåll.

År 1996 tillsattes av SPF:s styrelse en arbetsgrupp för utveckling av medicinsk kvalitetsrevision i psykiatri. I gruppen ingår *Göran Björling, Jerker Hanson, Eva Lindström, Leif Lindström, Eva Rosmark-Calltorp, Karl-Otto Svärd*. Gruppen leds av *Anna Åberg Wistedt*.

Arbetsgruppen initierade ett samarbete med MKR för att tillämpa den presenterade modellen inom den psykiatriska verksamheten. Rekrytering av erfarna, intresserade kolleger skedde genom annonsering i Svensk Psykiatri. Tolv blivande revisorer utvaldes av arbetsgruppen i samråd med SPF:s styrelse.

En grundläggande basutbildning under en dag genomfördes av MKR och Spri gemensamt för psykiatrier och infektionsläkare (Figur 1).

Nästa steg i utbildningen var en två dagars »branschspecifik» utbildning med fokus på för specialiteten specifika frågor, arrangerad av SPF:s arbetsgrupp i samarbete med MKR (Figur 2).

Intresseanmälan för kliniker att genomgå en medicinsk kvalitetsrevision skickades ut till samtliga chefsöverläkare. Av de anmälda valdes åtta kliniker ut för de första revisionerna, som genomfördes parvis av »revisorseleverna».

Varje revisorspar hade tillgång till en »mentor» i arbetsgruppen.

Flera privatpraktiserande psykiatrier arbetar i enläkarmottagningar och använder sig av en kombinationsmodell för medicinsk kvalitetsrevision. Den består dels av »kvalprakt», som är avsedd för alla privatläkare oavsett speci-

alitet, dels av en kollegial granskningsgrupp som är specifikt inriktad på det kliniska innehållet.

Så gick man tillväga

Revisorerna kontaktade respektive klinik (chefsöverläkaren) och överenskommelse gjordes beträffande uppdraget och vilka av kliniken enheter som skulle revideras. I överenskommelsen var det tydligt vem som beställde revisionen – oftast kliniken själv. Med hjälp av frågeformulär införskaffades skriftlig information om kliniken, inkluderande verksamhetsberättelse, bemanning, budget osv.

Själva revisionsbesöket genomfördes under två dagar. En preliminär rapport lämnades muntligt av revisorerna till klinikledningen vid avslutning av revisionen. Den slutliga revisionsrapporten översändes några veckor senare, först till chefsöverläkaren för dennes synpunkter.

Man gick dessutom oftast igenom rapporten med en större grupp på kliniken vid ett senare tillfälle. Alla rapporter presenterades kortfattat för SPF:s ar-

betsgrupp, MKR:s representanter och »revisorseleverna». Synpunkter på revisionen inhämtades dessutom av respektive mentor genom en brev- eller telefonintervju med chefsöverläkarna på de reviderade klinikerna.

Arbetsformulär

Det visade sig att det underlättade avsevärt att ha ett i förväg uppgjort strukturerat material att utgå ifrån när det gällde att konkretisera viktiga frågeställningar. Därför har SPF:s arbetsgrupp med hjälp av tidigare material från MKR [8] och Spri [9] (som också innehåller mallar för kontrakt, fullmakt och journalgenomgång) tagit fram ett arbetsformulär på för närvarande 16 sidor med något hundratal frågor under följande rubriker:

- Enhetens uppdrag, vårdbehov i befolkningen.
- Enhetens resurser. Användning och fördelning.
- Nätverksperspektivet. Samarbete med andra vårdgivare.
- Enhetens vårdutbud/ behandlingsinriktning.
- Samarbete med och stöd till anhöriga och närstående.
- Uppföljning och utvärdering av verksamheten. Vårdresultat.

Ur detta formulär väljs frågeställningar som är relevanta inför en viss revision. Formuläret finns tillgängligt på IT-medium i form av ett Word-dokument som går lätt att skicka via e-post eller på diskett. Ofta fyllde chefen på den aktuella kliniken (eller medarbetare) i svaren i dokumentet och skickade det sedan åter till revisorerna för syn-

Figur 2. Den »branschspecifika» utbildningen.

• Inledning	<i>Anna Åberg-Wistedt</i>
• Fördjupad jämförelse och genomgång av modeller	<i>Johan Calltorp</i>
• Vad bör/kan man bedöma	<i>Gunilla Roman</i>
• Kliniska riktlinjer	<i>Leif Lindström</i>
• Kvalitetsindikatorer	<i>Karl-Otto Svärd</i>
• Diagnostiska metoder	<i>Eva Lindström</i>
• Juridik	<i>Ulla Endre</i>
• Utbildningsfrågor	<i>Karl-Otto Svärd</i>
• Journalgranskning	
• Datajournal	<i>Lars Boustedt</i>
• Vårdprogram	<i>Göran Björling</i>
• Utvärdering och verksamhetsbeskrivning	<i>Jerker Hansson</i>
• Kvalprakt och erfarenhet av »peer review»	<i>Eva Rosman-Calltorp</i>
• Klinisk revision i Halmstad – metodgenomgång	<i>Karl-Otto Svärd</i>

Tabell I. Några viktiga aspekter av revisionerna.

Klinik	Primärt upptagningsområde, bruttokostnad/invånare	Frågeställningar beställaren önskar belysa	Av revisorerna påpekade problem-områden	Revisorernas förslag till utvecklingsområden	Upplevd nytta av revisionen enligt beställaren
1	<100 000 invånare 1 129 kr	Vårdmiljö Diagnostik Dokumentation Anhörigstöd Vårdkedjor Vårdprogram	Lokaler Dokumentation Anhörigstöd Allmänpsykiatrisk vård Öppenvårds-organisation	Vårdinnehåll Vårdprogram Dokumentationsrutiner Anhörigstöd Samverkan inom och utom kliniken Samordning av klinikens delar	Positiv upplevelse Såg mycket på kort tid Svar på frågeställning Kanske ny revision efter viss tid för uppföljning
2	>200 000 invånare 988 kr	Helhetssyn Tillgänglighet Kontinuitet Brukarinflytande Stor eller liten mottagning?	Saknar LRV, beroendevård, geropsykiatri, egen jourkedja Samarbete öppen/sluten vård Överbeläggningar i slutenvård – strukturella brister	Göra öppenvården mer slutenvårdsorienterad Dokumentation Samverkan psykiatri och kommun	Analys av produktionen Konfirmering av egna iakttagelser
3	>200 000 invånare 1 008 kr	Personalens beredskap för bedömnings- och skattningsrutiner Dokumentation Diagnostiska rutiner	Samverkan öppen/slutenvård Samverkan med vårdgrannar Dataregister Vården efterfråge- ej behovsstyrd	Klar mognad att införa skattningssskalor m m Dokumentation visar klara brister Brister i diagnostiska rutiner	Konfirmering av egna iakttagelser Bra avstamp Bra med skilda erfarenheter hos revisorerna
4	>200 000 invånare ca 775 kr	Prioriteringar inom öppen och sluten vård? Ligger ribban för inläggningar för högt?	Överbeläggning sluten vård Resursfördelning Lokalerna Dokumentation	Samordning av resurser Rutiner vid fördelning av arbete i öppenvård Vårdprogram Samarbete Samarbete psykiatri/kommun	Konfirmering av egna iakttagelser Avstamp för förändringsarbete Påpekanden utifrån katalyserade konstruktiv diskussion
5	100 000–200 000 invånare ca 900 kr	Hur långt har vi nått i områdes- och vårdkedjeperspektivet respektive patientperspektivet?	Vårdkedjorna långa, delvis parallella Samarbete kommun Patient/anhörigstöd Låsta dörrarna	Vårdkedje-/behovs-analys Samarbete psykiatri/kommun Patient/anhörigstöd Dokumentation	Användbara synpunkter på de ställda frågorna Stimulerande eget kvalitetsarbete Stärker ett öppet diskussionsklimat
6	100 000–200 000 invånare 666 kr	Bedömning av kundkontakt, arbetssätt, ledningsstruktur	Vården efterfrågestyrd Mötesrutiner Konflikter inom personalen Samverkan psykiatri/kommun Samverkan patientorganisationer	Samordning av resurserna Tydligare rutiner i vården Konflikthantering Utveckla samverkan förändringsarbete	Belyste frågeställningarna från delvis nytt håll Pekade på delvis kända problem Katalyserade
7	100 000–200 000 invånare 850 kr	<i>Slutenvård:</i> Miljö, dokumentation och arbetssätt <i>Öppenvård:</i> Arbetsformer, kompetens, tillgänglighet Övergång öppen/sluten vård Kvalitetskontroll	Överbeläggning Efterfrågestyrd vård Resursfördelning Dokumentation	Målstyrning och målformulering Skriftlig avtal med politisk nivå Vårdprogram Samarbetet	Konfirmera egna iakttagelser Såg förvånansvärt mycket på kort tid Katalyserade förändringsarbete
8	<100 000 invånare 650 kr	Vårdmiljö. Rutiner för diagnostik, dokumentation och anhörigstöd Förvaltningsövergripande vårdkedjor och vårdprogram	LRV-vården Dokumentation Patientförening	LRV-vården behöver ses över och differentieras Brister i dokumentation Utveckling av samarbetet med brukarorganisationer	Besvarade frågeställningar Konfirmerade vad man anade/kände till och gav tyngd åt påpekanden Tog temperaturen på kliniken

punkter och, ofta, begäran om ytterligare förklaringar.

Denna del av revisionsprocessen kräver stor ansträngning och måste få ta tid, helst två till tre månader. Sannolikt sker en stor del av det effektiva här i »egenkontrollprocessen». Själva besöket är också viktigt, men förberedelserna med materialet ger en grund att utgå ifrån när det gäller att precisera vad man vill undersöka på plats och personligen diskutera med berörda.

Sammanföringen av revisorernas respektive bedömningar har oftast skett i form av en rapport på några sidor (mallar finns), men det personliga mötet några veckor efter revisionsbesöket, då intrycken hunnit smältas, ger utrymme för en fördjupad diskussion, särskilt om den sker i en större grupp. Hur detta skall gå till är förstås verksamhetschefens beslut. Modellen kan tillämpas inom såväl den offentliga som den privata sektorn.

Ett exempel på hur en revision kan läggas upp visas i Figur 3.

Utbildningen och de framarbetade formulären har hjälpt oss att göra en god genomgång av de aspekter beställaren av revisionen ville ha belysta, trots en relativt begränsad insats. Det gavs svar på fått från klinikledning har stött vår bedömning, liksom svaren vid mentorernas förfrågan. Att så är fallet tror vi sammanhänger med den genomtänkta struktur vårt revisionsarbete har haft.

Undvika intressekonflikter

Viktigt är att det finns en klar beställare av revisionen. Om detta inte är helt tydligt från början (vilket det inte alltid var för oss) kan man lätt dras in i intressekonflikter. Det blir skillnad om en sjukhusdirektör beställer revision med målet att få underlag för omorganisation mot om beställaren är en verksamhetschef som vill se hur han/hon kan utveckla vården. Det är beställaren som förfogar över rapporten och övrig redovisning. Klart är också att det inte får finnas några dolda/underförstådda uppdrag. Dialogen med beställaren är alltså central.

Vårt nuvarande arbetsformulär är väl genomtänkt och sätter igång revisionsprocessen när det skickas ut några månader före besöket. Ofta blir det då tydligt för kliniken vad som skall fokuseras. Ofta får man då en första aning om förbättringspotentialen såväl för revisionsbeställaren som för revisorerna. Ibland kan också själva frågeställningarna förbättras under arbetet med dokumentet. Vi har utnyttjat QULs sätt att beskriva verksamheten, men enligt vårt förmenande blir våra dokument mer lättlästa.

Att man arbetar i par vid revisionen ger stora fördelar – man kan växla mel-

1. Första kontakt, maj 1998; 0,5–1 tim
2. Utskick av startdokument, juni 1998
3. QUL plus verksamhetsberättelse och utvärdering
4. Ifyllt startdokument plus 18 bilagor
5. Utväxling av papper
6. Tre veckor före fick vi specifika frågor
7. Två dagar i mitten oktober – revisionen genomfördes
8. Återföring plus SPUR-inspektion, 18 november

Figur 3. Uppläggning av revisionen – ett exempel.

lan att vara utfrågare och iakttagare, man blir säkrare på vad man sett/upplevt och man kan diskutera/ventilera de mer svårfångade aningar man kan ha. Det är en förutsättning att man har haft god tid att sätta sig in i klinikens material – ofta tio bilagor och ett par kilo papper.

Det är viktigt att man håller sitt tidschema och att man lagt in både gångtider och tid för inbördes genomgång och reflexion, liksom att man antecknar fortlöpande, annars blir det lätt rörigt med all information och alla intryck.

Vid besöken på de enheter beställaren valt ut är det viktigt att tala om vilka vi är och vilket uppdrag vi har. Man tar annars lätt för givet att vi »kommer från Socialstyrelsen». Något som varit glädjande är den stolthet personalen nästan alltid har visat över sina arbetsplatser, och hur öppenhjärtigt och uppenbarligen ofriserat man berättat om verksamheternas både starka och svaga sidor. Det känns som ett stort förtroende.

Journalerna berättar mycket

Det är intressant att se hur mycket en genomgång av journalerna berättar om klinikens faktiska rutiner, rutiner som ibland kan vara ganska långt ifrån klinikledningens intentioner. Ofta hittade vi i journalerna saker som ganska lätt kunde förbättras. Det blev påtagligt hur lätt man blir hemmablind; ibland behövs det någon utifrån som pekar på bristerna. Faktum är att vi hittat både formella och reella missförhållanden som knappast hade fått passera om ansvarig läkare hade tagit del av texterna. Eller finns det lokala vantolkningar av lagstiftningen?

Däremot har vi inte funnit några tecken på uppenbar feldiagnostik eller felbehandling som allvarligt verkar ha åsidosatt patientsäkerheten.

Journalgenomgången säger även en del om läkarnas arbetssituation.

Snabb återkoppling

Den första återföringen till beställaren visade sig oftast rymma det viktiga, som sedan redovisades i slutrapporten. Den snabba återkopplingen blir därför ett viktigt instrument när den slutgiltiga rapporten skall utformas och åtgärder skall förberedas. De personer man träffat är ju också nyfikna på att höra vad man tyckt.

Utformningen av slutrapporten innebär fortsatta kontakter med beställaren omkring fakta – ju utförligare den initiala dokumentationen har varit, desto mindre kompletteringar behövs. Beställaren får alltid rapporten för en sista kontroll innan den skrivs under av revisorerna.

Återföring till kliniken har upplevts som mycket positiv. Efter genomgången kom ofta ytterligare synpunkter, oftast instämmande, från personer som inte själva varit med vid revisionen.

När det gäller kvalitetsindikatorer och SPFs vårdprogram såg vi ofta att klinikledningen ansåg att de användes allmänt, medan vårt intryck snarast blev motsatsen. Här ser man nyttan av extern granskning!

Att man så relativt snabbt kan se så mycket av en kliniks inre struktur tror vi beror på vår strukturerade process, genomgången av stora mängder basdata, att de frågor vi ställt varit lagom intrikata, revisorernas breda kliniska erfarenhet och intuition. »Utanförperspektivet» är säkert också viktigt. En översikt över några viktiga aspekter vid revisionerna finns sammanställda i Tabell I.

Vid ett tillfälle genomfördes en SPUR-inspektion strax efter vår medicinska revision. Det visade sig fungera väl. Den mycket ingående kunskap om enheten man fått innebar att man effektivt och mycket konkret kunde diskutera tjänstgöring/planering för ST-läkarna.

Tidsåtgången för de två revisorerna har varit tre dagar på den enhet som skall revideras, det dubbla för inläsning och skrivande – sammanlagt cirka en manmånad.

MKR svarade för utbildningskostnader, inklusive resor och logi vid utbildningsdagarna, SPF svarade för arbetsgruppens kostnader. De reviderade klinikerna svarade för revisorernas resor och logi vid besöken.

Vad ger revisionen revisorerna?

Vad ger då en revision oss revisorer, förutom mycket skrivarbete? Vi får nya erfarenheter som kan användas hemmavid i det egna kvalitetsarbetet. Varje prövning av något innebär alltid en del självvrannsak, och utvecklingsområ-

den är ofta lättare att först se hos andra än hos sig själv.

Ett allmänt intryck är att medicinsk kvalitetsrevision i psykiatri har mött stort intresse inom professionen. Erfarenheten från de reviderade klinikerna tyder på att revisionen möter ett behov och att den struktur som används är väl förankrad, belyser de för patienten relevanta frågorna utifrån ett behovsperspektiv samt möter de för professionen angelägna kunskapskraven. Detta arbetssätt skapar förutsättningar för en dynamisk utveckling inom fältet medicinsk kvalitet, där en kollegial vägledning på ett positivt sätt kan initiera en utvecklingsprocess.

Efter denna projektid återstår en rad frågeställningar som för närvarande diskuteras med MKR rörande bl a framtida organisationsform, ersättningsfrågor och, inte minst, betydelsen för den fortsatta kvalitetsutvecklingen inom hälso- och sjukvården.

Referenser

1. Kvalitetssystem i hälso och sjukvård – förslag till nationell strategi; SOSFS 1996:24.
2. Bergström I, Hanson J. Konferensrapport. Nytt revisionssystem för psykvården i Frankrike. Läkartidningen 1998; 95: 64-6.
3. Förslag till medicinska kvalitetsindikatorer från Svenska Läkaresällskapet och Sveriges läkarförbunds kvalitetsråd. Svensk Medicin 1993; 93: 1813.
4. Román G. Göra rätt saker eller göra saker rätt? Svår balans i klinisk revision av psykiatrisk vård. Läkartidningen 1999; 96: 610-2.
5. Calltorp J. Kvalitetsutveckling i vården – dags för strategiska val! Öppen redovisning utmanande men ofrånkomlig. Läkartidningen 1999; 96: 2566-8.
6. Medicinsk kvalitetsutveckling – riktlinjer och synpunkter. Svensk Medicin 1995; 47: 27-30.
7. Medicinsk kvalitetsutveckling – riktlinjer och synpunkter. Svensk Medicin 1996; 52: 24-6.
8. Medicinsk kvalitetsrevision 1996. Svenska Läkaresällskapet och Spri. Svensk Medicin 1996; 52: 30-41.
9. Klinisk revision av psykiatrisk vård. Spri-rapport 459/1997.

Summary

Medical revision of psychiatric clinics

Leif Lindqvist, Göran Björling, Karl-Otto Svärd, Jerker Hansson, Anna Åberg Wistedt

Läkartidningen 2000; 97: 3376-80

Results from medical revision of eight psychiatric clinics show that the points of view of »outsiders» can be of help to improve routines and procedures.

Correspondence: Leif Lindqvist, Psykiatriska kliniken, Centrallasarettet Luleå-Boden, SE-961 85 Boden, Sweden.

E-mail: leif.lindqvist@nll.se

Traditionellt förbättringsarbete räcker inte!

Patientfokus kräver modern, lärandestyrd utveckling

Den medicinska utvecklingen under gångna årtionden kan med fog sägas ha varit explosionsartad. Kunskapstillväxten och de teknologiska landvinningarna har möjliggjort att allt fler sjukdomsdrabbade individer – tidigt i livet liksom sent – idag kan erhålla livräddande och livsuppehållande behandling som inte var tänkbar igår. Det handlar om nya och effektivare läkemedel, om minimalinvasiva kirurgiska och andra ingrepp, om möjligheter att ersätta icke-fungerande organ och vävnader genom transplantation eller att förhindra sjukdom genom genterapi m m. Listan kan göras hur lång som helst.

Forskare inom medicinen och intilliggande vetenskaper har, i nära samarbete med kliniskt verksamma läkare, sjuksköterskor och övriga yrkesverksamma inom vården, åstadkommit denna utveckling. Och allt talar för fortsatt ännu snabbare utveckling av medicinsk kunskap och teknologi (se t ex Läkartidningens serie Vision 2000 i nr 36, 38-44, 46, 48 1999!).

Sammantaget har den medicinska utvecklingen, liksom samhällsutvecklingen i övrigt, åstadkommit de stora förändringar vi hittills sett i hälso- och sjukvården. Likafullt vill vi påstå att förändringstakten måste fortsätta att öka. Det går dock inte längre med de traditionella metoderna. Vi måste utveckla helt nya angreppssätt.

Även om vi inom vården i vissa stycken har varit snabba med att anamma nya metoder – ibland kanske alltför snabba – så har vi samtidigt också varit dåliga på att rensa ut förlegade metoder och systematiskt införliva ny kunskap, eller med andra ord: göra vården mer kunskapsbaserad.

Gapet mellan »det vi vet och det vi gör», dvs i vad mån denna nya kunskap fått genomslag i praxis och i ändrade, mer ändamålsenliga rutiner som kommer alla patienter till godo, har ökat under senare år [1, 2]. Detta gap handlar inte bara om medicinskt och teknologiskt innehåll, utan också om omvårdnad och service, liksom om organisationsformer och arbetssätt.

Varje verksamhet måste utveckla bättre strategier och angreppssätt för att minska dessa gap. De som inte klarar detta på ett bra sätt förlorar förtroende

Sammanfattat

- Hälso- och sjukvården har genomgått stora förändringar under senare år. Allt talar för fortsatt ännu starkare förändringstryck mot sektorn.
- Det traditionella sättet att förändra vården måste därför kompletteras med ett modernt, lärandestyrkt förbättrings- och utvecklingsarbete som präglas av tydlig patientfokusering, systemsyn och systemförståelse samt ett ständigt pågående förbättringsarbete i små korta test- och lärcykler.
- De förändringar som faktiskt visar sig leda till förbättringar införs som nya rutiner i verksamheten.
- Ett lärandestyrkt förbättringsarbete förutsätter tydlighet beträffande vad man vill uppnå, målet, samt ett engagerat och kulturskapande ledarskap.

Författare

MAGNA ANDREEN SACHS
docent, chefläkare, HSN-staben,
Stockholms läns landsting

CARINA SVENSSON
projektledare, Hälso- och sjukvårdsavdelningens utvecklingsenhet, Landstingsförbundet, Stockholm

JAN-ERIK SYNNERMAN
projektledare, hälso- och sjukvårdsavdelningens utvecklingsenhet, Landstingsförbundet, Stockholm

JESPER OLSSON
doktorand, institutionen för konstruktions- och produktionsteknik, avdelningen för kvalitetsteknik, Linköpings universitet (tillika projektledare vid Memenet AB, IPF, Uppsala universitet).