

Grunden för sjukvårdens kvalitetsarbete – ordning eller kaos?

Erfarenheter från USA talar för att vi kan behöva en ny syn på hälso- och sjukvård som system för att nå målen i kvalitetsarbetet.

LARS ERIK ADOLFSSON

distriktsläkare, Bankeryds vårdcentral
Lars-Erik.Adolfsson@ltjkg.se

■ Hittills har kvalitets- och förändringsarbete inom västerländsk sjukvård till stora delar förutsatt att sjukvården som system betraktad varit logisk/lineär och möjlig att styra med planering, inklusive algoritmer och flödesorienterade processer för kliniskt handlande.

Den svenska tillsynsmyndigheten förefaller ha denna grundsyn, och de kvalitetssystem som används i Sverige (QUL m fl) förutsätter i stort sett också en sådan systemsyn. Erfarenheterna från kvalitetsarbete av detta slag har varit varierande; önskade resultat har inte alltid infunnit sig, vilket också börjat uppmärksammas i litteraturen [1].

Sjukvården som kaosystem

En rapport från Institute of Medicine i USA 1999 [2] om patientsäkerhet röntte stor massmedial uppmärksamhet och gav upphov till en omfattande offentlig debatt. I år har institutet kommit med en uppföljning [3], inte lika uppmärksamman men inte mindre intressant.

Författarna konstaterar att vården inte är ett enkelt, mekaniskt system och att åtgärder med en sådan utgångspunkt inte kommer att lösa kvalitetsproblemen i amerikansk sjukvård. I stället betecknar man sjukvården som ett »komplext adaptivt system«, vården anses alltså vara mer likt ett kaosystem. I skriftens första addendum görs en närmare presentation av dessa begrepp.

Effekterna kan inte förutses

En sådan systemteoretisk syn ger helt annorlunda förutsättningar för kvalitetsarbete. På samma sätt som i ett äkta kaosystem (det exempel som brukar anges är vädret) kan effekterna av signaler som skickas in i systemet inte förutses. Små impulser kan resultera i stora förändringar och vice versa.

Förändringar i organisation, försäkringssystem och regelverk garanterar på intet sätt kvalitetsförbättringar. Enligt min uppfattning finns svenska exempel som stöder rapportens tes. I flera fall har begränsade insatser givit påtagliga re-

sultat. Landstingets utbildningscentrum för diabetes (LUCD) i Stockholm och entusiaster som Melcher Falkenberg har skapat en internationellt högklassig diabetesvård inom primärvården, kanske främst genom att inspirera, utbilda och utgöra goda exempel. De mer eller mindre officiella nätverk som arbetar med astma/kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) inom svensk primärvård är ytterligare ett liknande exempel.

Samtidigt finns exempel på omfattande systemförändringar som knappast satt några bestående spår, exempelvis senare års husläkarreform och lagstiftningen kring chefsöverläkare och kvalitetssystem.

Sex nyckelmål och tio enkla regler

Författarna till den amerikanska rapporten föreslår att man i stället fokuserar

Faktaruta

Sex nyckelmål...

1. Säkerhet – undvika att skada patienter
2. Ändamålsenliga – baserad på vetenskap (undvika över- och underutnyttjande)
3. Patientcentrerad – respekterande och lyhörd för individens preferenser, behov och värderingar
4. I rätt tid – reducera kostsamma förseningar
5. Effektiv – undvika tidsslöseri
6. Jämlik – samma vårdkvalitet för alla oavsett etnisk bakgrund, kön, bostadsort eller betalningsförmåga

... och tio enkla regler

1. Vård baserad på kontinuerliga, läkande relationer
2. Anpassning till patientens behov och värderingar
3. Patienten utgör kontrollkälla
4. Delad kunskap och fritt informationsflöde
5. Evidensbaserade beslut
6. Evidensbaserad kunskap utgör en systemegenskap
7. Behov av öppenhet
8. Förutse behov
9. Kontinuerlig minskning av slöseri
10. Samarbete mellan kliniskt aktiva

förändringsarbetet på sex nyckelmål och tio enkla regler (se Faktaruta; min översättning). Man menar också att småskaliga experiment faktiskt, i enlighet med

Förändringar i organisation, försäkringssystem och regelverk garanterar på intet sätt kvalitetsförbättringar.

kaosteori, kan ge stora utfall i önskvärd riktning om de baseras på nyckelmålen och reglerna.

Mål och regler kan tyckas vara självklarheter. Dock finns det ett par företeelser som nog inte beaktats tillräckligt i det svenska processororienterade kvalitetsarbetet. Exempel är patientcentrering (hos oss är ofta basen för processbeskrivningar en diagnos eller skada) och betoning av långsiktiga, läkande relationer.

Något för oss också

Även om rapporten baseras på amerikanska förhållanden (med en betydligt mer heterogen vårdorganisation) utgör den en intressant läsning också för oss som arbetar i Sverige. Det är möjligt att också vi ska ompröva vår inställning till förändringsarbete.

Rapporten har också nyligen granskats i en försiktigt positiv ledare i British Medical Journal [4]. I ledaren påpekas behovet av ytterligare analys av komplexa adaptiva system, framförallt anser man att vi behöver mer kunskap om hur mänskligt beteende i sådana organisationer kan påverkas.

Referenser

1. Lawrence CP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. NEJM 1999;341: 1147-50.
2. Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
3. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
4. Kelley M, Tucci J. Bridging the quality chasm. BMJ 2001;323:61-2.