

Begreppet kvalitetssäkring missförstått

Kvalitetssäkring innebär att felaktigheter och avvikelser i verksamheten följs upp systematiskt och återförs till utförarna, för att dessa utifrån detta skall kunna förbättra sitt arbete. Min fråga till HSAN gällde således om nämnden bedriver dylikt internt kvalitetssäkringsarbete, vilket dock HSANs replik till mig inte gav något svar på.

ÅKE SJÖHOLM

docent, överläkare, universitetslektor, klinikforskningsledare, Karolinska institutet, internmedicinska kliniken, Södersjukhuset, Stockholm
ake.sjoholm@sos.sll.se

I en replik på min debattartikel i Läkartidningen 24/2003 (sidorna 2159-60) svarar HSANs Annika Marcus (sidorna 2160-1) mycket förtjänstfullt på nr 2-5 av de fem frågor jag riktat till HSAN med anledning av länsrättens friande dom i mitt ärende HSAN 3014/01:B5.

Det centrala i inlägget var emellertid fråga 1 – om/hur HSANs verksamhet kvalitetssäkras – och här synes man dessvärre ha missförstått betydelsen av ordet kvalitetssäkring. Detta hoppas jag varken är medvetet eller signifikativt.

HSANs svar på denna fråga består i stället av en lång rad fina ord rörande nämndens sammansättning, vilka lagrum som reglerar dess verksamhet (vilket kan inhämtas på annat håll), den rätt överflödiga upplysningen om att nämndens beslut går att överklaga (märkligt vore det väl annars, enligt svensk rättsordning ...) samt det förhållandet att regeringen tydligt avkräver HSAN en årsredovisning.

Inget av detta har dock det ringaste med kvalitetssäkring att göra, utan läsaren får i stället intrycket av att man önskar göra gällande att hög kvalitet skulle föreligga i HSANs utövning baserat på att myndigheten har ett stort antal individer av hög ålder – varav en del tydligen utsedda av LO och andra »samhällsintressen« – jämte 25 miljoner kronor årligen av skattemedel till sitt förfogande. Huruvida alla dessa honnörsord verkligen resulterar i reell medicinsk kompetens undandrar sig min bedömning, och jag överlåter till läsekretsen att värdera den saken.

Hur minska andelen felbeslut?

Kvalitetssäkring (som alltså inte är samma sak som kvalitet – i synnerhet inte

egenuppskattad sådan) innebär ju i stället bl a att felaktigheter och avvikelser i verksamhetens utövning, systematiskt genom uppföljning, återförs till utförarna som därigenom får möjlighet att förbättra sitt arbete. Det är detta fråga 1 gäller, inget annat.

Eftersom en icke oansenlig del av HSANs beslut korrigeras av länsrätten, och därmed definitionsmässigt inte överensstämmer med vetenskap eller beprövad erfarenhet, önskar jag ett utförligt svar på frågan om HSAN verkligen har någon kvalitetssäkring eller inte i avsikt att nedbringa andelen felaktiga beslut i nämnden.

Stort merarbete

Alla de tusentals hårt arbetande kolleger som årligen drabbas av anmälningar till HSAN (och ibland också av nämndens

till synes godtyckliga beslut) tvingas ju lägga ner åtskilliga oavlönade timmar på genomläsning av brev och gamla journalhandlingar samt formulerande av svaromål till nämnden – inte sällan i flera omgångar.

I mitt fall avkrävdes jag ett svar *omedelbart* (understruket med röd färgpena).

Dessutom har jag förstått att många yngre, oerfarna kolleger tydligen anser att det är så väsentligt att undvika potentiella anmälningssituationer att man beställer många akuta, dyrbara och tidskrävande undersökningar »för säkerhets skull« och anser sig tvingade till alltför omfattande journalföring. Dyliga pseudoaktiviteter tar naturligtvis tid från patientarbetet, vilket ofrånkomligen resulterar i långa köer och ökade kostnader.

Förändrad vårdstruktur

En annan bärande punkt i mitt inlägg rörde de dramatiska och mycket omfattande strukturella förändringar som den internmedicinska slutenvården genomgått på senare år. Genom en av statmakterna uttalad policy förväntas numera den stora majoriteten utredningar av icke akut livshotande tillstånd ske på lägsta möjliga omhändertagandenivå (dvs vårdcentral).

Dessa radikala omstruktureringar av medicinklinikernas verksamhet, som alltså i sin helhet ligger utanför professionens kontroll, har framtvingat extremt korta medelvårdtider för icke akut livshotande tillstånd.

Denna situation vid 2000-talets citysjukhus kan verka främmande för närmare 80-åriga föredragande kolleger i HSAN med referensramar från 1960- och 1970-talens sjukvård, karakteriserad av mycket långa vårdtider och mycket god tillgång på vårdplatser och personal.

Jag menar naturligtvis inte att hög ålder i sig med automatik skulle innebära att man inte greppat betydelsen av strukturomvandlingen. Å andra sidan kan man – med tanke på neddragningarnas omfattning och snabbhet – inte a priori utesluta att så är fallet för vissa som inte varit yrkesverksamma på många år.

Det är ett intryck som onekligen förstärks vid genomläsning av de ansvarsärenden som refereras i Läkartidningen. Då detta i så fall givetvis skulle öka antalet felaktiga beslut i HSAN (= försämrad kvalitet), anser

” Denna situation vid 2000-talets citysjukhus kan verka främmande för närmare 80-åriga föredragande kolleger i HSAN med referensramar från 1960- och 1970-talens sjukvård, karakteriserad av mycket långa vårdtider och mycket god tillgång på vårdplatser och personal.

jag att frågan är relevant i denna diskussion.

Fyra specifika frågor

Mot bakgrund av ovanstående, har jag ytterligare fyra specifika frågor till HSAN:

1. Exakt hur kvalitetssäkras HSANs verksamhet konkret?
2. Som ett led i kvalitetssäkringen – har ni någon kontroll över huruvida enskilda handläggare/läkare/föredragande avviker åt någotdera hållet från genomsnittet vad gäller av länsrätten ändrade beslut? Om ja, vad får detta för konsekvenser? Om nej, varför inte?
3. Finns det någon övre åldersgräns för de läkare/föredragande nämnden anlitar (75, 85, 100 år)? Avgår de självmant, eller efter »uppmaning«?
4. Flera tunga instanser önskar se att HSANs arbete reformeras och verklighetsanpassas. Har ni några planer på att tillgodose att föredragande/kansliläkare är yrkesverksamma, för att undvika den potentiella problematik som diskuteras ovan och som kan få stora konsekvenser för den som drabbas? •

Slutreplik:

Inget att tillföra

II Jag beklagar att Åke Sjöholm inte anser sig ha fått tillfredsställande svar på sina frågor främst angående kvalitetssäkringen. Jag har inget ytterligare att tillföra som kan tillfredsställa honom.

Annika Marcus
generaldirektör, HSAN

Ny organisation föreslås:

Professionella bör sköta hälso- och sjukvården

Trots att både landstingspolitiker och tjänstemän i förvaltningen och de som arbetar inom sjukvården är djupt engagerade i sina respektive verksamheter föreligger ständiga och återkommande problem inom sjukvården. Författaren presenterar ingående ett förslag till en professionsstyrd organisation under statlig översyn.

BJÖRN-ERIK THALÉN
överläkare, fil dr, Stockholm
bjorn-erik.thalen@spo.sll.se

II Den organisation som föreslås har inget övergripande egenvärde utan administrerar, servar och integrerar de olika delarna av vården. Den har en lednings- och samarbetsfunktion, huvudsakligen baserad på problemorientering, fakta, vetenskap och beprövad erfarenhet.

Hur en sådan organisation skulle kunna utformas rent konkret beskrivs i det följande.

Sjukvårdsområdet

Ett sjukvårdsområde bör vara så stort att det omfattar ett, ibland flera, sjukhus, ett antal öppenvårdsenheter och andra privat behandlingsverksamma, t ex läkare, psykoterapeuter och sjukgymnaster. Det bör också omfatta försäkringskassa och möjligheter till samarbete med arbetsrehabilitering, företagshälsovård, den del av socialtjänsten som sysslar med vård och behandling samt konsultativt samarbete med arbetslivstjänster inom ramen för hälso- och sjukvårdens behov.

Bakgrunden till dessa konsultationer är att analysera problem på arbetsplatser som kan vara orsak till frekvent egen eller av läkare ordinerad sjukskrivning. En lämplig storlek på ett sjukvårdsområde torde ligga omkring 350 000–450 000 invånare.

Ledning och samordning

Ledning och samordning av verksamheterna sker via en övergripande nationell ledning samt, inom respektive sjukvårdsområde, via tre ledningsnivåer och två utvecklingsgrupper (för forskning respektive organisationsutveckling).

Nationellt sjukvårdsråd

På riksdagsnivå föreslås ett nationellt sjukvårdsråd som består av 20–25 ämbetsmän anställda av staten. Detta

sjukvårdsråd har, i samarbete med eller som del av Socialdepartementet, det övergripande ansvaret för landets hälso- och sjukvård. Varje ämbetsman är i sin tur ordförande för högsta ledningsorganet inom respektive sjukvårdsområde (se nedan).

Samtliga sjukvårdsråd bör ha hög utbildning (disputerade) och lång yrkesmässig erfarenhet av sjukvård och forskning.

Sjukvårdsområdesstyrelsen

Varje sjukvårdsområde leds av sjukvårdsområdesstyrelsen. Denna är sammansatt av erfarna läkarrepresentanter för de stora klinikerna, den öppna vården och utvecklingsgrupperna (nedan). Den skall också omfatta representanter från försäkringskassa, socialförvaltningen och patientföreningar. Chefläkaren (från sjukvårdsområdets ledningsgrupp, se nedan) sitter med som föredragande, men är ej röstberättigad.

Styrelsen bör av praktiska skäl inte vara alltför stor och är den som ytterst har det Integrerade Totalansvaret för sitt sjukvårdsområde (i ekonomi, hälso- och

” Förslaget bör kunna skapa nya förutsättningar för ledning, integrerat samarbete samt utvecklingstänkande utifrån ett kunskapsbaserat och problemorienterat perspektiv.