

Gæðastjórnun lækna á Íslandi

Aðferðir og stefnumótun

Högni Óskarsson, Páll Torfi Önundarson, Vilhelmína Haraldsdóttir

Óskarsson H, Önundarson PT, Haraldsdóttir V

Quality management by physicians in Iceland

Læknablaðið 1996; 82: 766–70

The Icelandic Medical Association appointed a committee in 1993 with the task of recommending how to introduce the concept of Total Quality Management into the Icelandic healthcare system.

The first task was to conduct a mail survey of the current status of quality assurance. Heads of departments at the five major hospitals in Iceland were contacted as well as the chairmen of all the specialist societies. The response rate was only 37%, but compensated by two ameliorating facts; responses were obtained from most of the major departments, and there was a considerable overlap between hospital departments and specialty societies as well as between subspecialty societies.

The results indicate that quality assurance is an ingrained part of Icelandic hospitals, mostly in the form of standards and retrospective audits, not prospective actions. Methods used are further detailed. Outside hospitals, the Icelandic Society of Family Physicians stands out amongst the specialty societies represented, by having organized and carried out several projects in quality assurance.

It is recommended that more emphasis shall be put on prospective methods, the setting of practice guidelines, outcome studies and research in quality assurance. The lack of quality assurance in specialty practice outside hospitals needs to be addressed with vigour.

Keywords: *Quality Management, Methods, Recommendations.*

Frá nefnd um gæðastjórnunarmál lækna, skipaðri af stjórn Læknafélags Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Högni Óskarsson, Perapeia, Suðurgötu 12, 101, Reykjavík.

Lykilorð: *Gæðastjórnun lækna, aðferðir, stefnumótun.*

Ágrip

Stjórn Læknafélags Íslands skipaði nefnd haustið 1993 til að fjalla um á hvern hátt mætti beita aðferðum altækrar gæðastjórnunar í íslenska heilbrigðiskerfinu. Fyrsta verk nefndarinnar var að kanna stöðu gæðastjórnunar meðal lækna. Voru forstöðulæknar á fimm stærstu sjúkrahúsum landsins beðnir bréflaga um upplýsingar um aðferðir sem beitt væri til gæðastjórnunar. Sömuleiðis var beðið um upplýsingar frá sérgreinafélögum.

Svörun var 37%. Tvennt bætti upp litla svörun, annars vegar bærust svör frá flestum stærri deildum og hins vegar reyndist skörun milli sérgreinafélaga og einstakra deilda og sömuleiðis milli sérgreina og undirsérgreina. Auk þess fengu höfundar vitneskju um þessa starfsemi eftir öðrum leiðum. Má því draga nokkrar ályktanir af niðurstöðum.

Læknar beita gæðastjórnunaraðferðum víða innan sjúkrahúsa. Oftast er um að ræða staðla, gátlista og afturskyggnar athuganir. Eru aðferðir nánar flokkaðar í greininni. Sjaldan er beitt framskyggnum aðgerðum.

Utan sjúkrahúsa sker Félag íslenskra heimilislækna sig úr, en á vegum þess hefur gæðastjórnun verið stunduð verulega á undanförunum árum.

Lagt er til að meiri áhersla verði lögð á framskyggnar gæðastjórnunaraðferðir, samráðsleiðbeiningar, árangurskannanir og rannsóknir á sviði gæðastjórnunar. Sérstaklega þarf að efla gæðastjórnun við rekstur sérfræðistofa utan sjúkrastofnana.

Inngangur

Gæði í heilbrigðisþjónustu má skilgreina á ýmsan hátt, meðal annars eins og Donabedian,

einn frumkvöðla á þessu sviði, gerir. Góð meðferð er „... meðferð, sem býast má við að hámarki heildræna velferð sjúklings, eftir að vegið hefur verið hlutfall milli kostnaðar og ávinnings þess sem næst með öllum þáttum meðferðar“ (1).

Gæðastjórnun í heilbrigðismálum er enn á frumstigi, jafnvel þar sem hún er hvað lengst komin. Liðin eru um 80 ár frá því að Codman hóf að fara kerfisbundið yfir sjúkraskrár og meta árangur aðgerða í aðhaldsskyni (2). Próunin hefur haldið áfram, með gerð lágmarksstaðla, hefðbundinni, afturskyggri endurskoðun (audit), gæðaeftirliti (quality control, QC) og gæðatryggingu (quality assurance, QA). Spenna milli krafna neytenda, veitenda og greiðenda í heilbrigðisþjónustu knýr þróunina áfram.

Enn vantar margt upp á. Helstu annmarkar hinna hefðbundnu aðferða eru: a) Hugtakið gæði er skilgreint of þröngt. b) Markmið aðferðanna bera í sér stöðnun. c) Hefðbundnu aðferðirnar beina sjónum sínum um of að læknum einum en ekki að teymisvinnu. d) Aðferðirnar leggja of mikla áherslu á tæknilega og samskiptalega færni læknisins en líta framhjá öðrum þáttum, svo sem færni til að virkja aðra með sér, sjúklingi og stofnun til hagsbóta (3).

Meðal nýrra aðferða í gæðastjórnun eru altæk gæðastjórnun (total quality management, TQM) og sívirkar gæðaubætur (continuous quality improvement, CQI). Sameiginlegt þessum aðferðum er áhersla á framskyggjar endurbætur vinnuferla í stað leitar að göllum.

Mörg samtök lækna láta gæðastjórnunarmál til sín taka; með þátttöku í þróun kennslu fyrir læknanema, með þjálfun sérfræðinga og símenntun fyrir eldri lækna, auk þess sem þau eru leiðandi í umræðu um siðfræði. Mörg læknafélög vinna einnig að eflingu vísindastarfsemi lækna (4).

Alþjóðafélög lækna og svæðafélög, ásamt alþjóðastofnunum svo sem Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni hafa tekið frumkvæði í gæðastjórnun. Hollendingar hafa þróað þennan málaflökk með myndarlegum hætti (5). Þar starfa landssamtök gæðastjórnunar á sjúkrahúsum (CBO), sem aðstoða heilbrigðisstarfsfólk við þróun gæðastjórnunarverkefna á vinnustað. Samtökin skipuleggja námskeið og þjálfun, miðla upplýsingum um gæðastjórnun og sinna þróun og rannsóknnum. Nokkrir starfsmenn

CBO heimsóttu Ísland haustið 1993 í boði LR og LÍ.

Bandaríska heilbrigðiskerfið á sér hvað lengsta samfellda sögu í þessum efnum. Afturskyggja skoðun með refsandi viðhorfi og megináherslu á sparnað hefur einkennt gæðastjórnun þar síðustu áratugi (6). Margt bendir til að þetta sé að breytast með vaxandi áherslu á gæðavísu (quality indicators) og framskyggja þróun (altæka gæðastjórnun, sívirkar gæðaubætur).

Í Kanada styðja bæði alríkis- og fylkisstjórnir gæðastjórnun (7). Tölvuneti hefur verið komið á (Quality Health Care Network) sem tengir saman heilbrigðisstofnanir, félög starfsmanna og kanadíska gæðastjórnunarfélagið. Kanadíska læknafélagið hefur staðið fyrir útgáfu staðla og samráðsgreinargerða. Á þess vegum hafa einnig verið gefnar út leiðbeiningar (8). Hvernig hanna beri samráðsgreinargerðir (8).

Norska læknafélagið hefur tekið frumkvæði í gæðatryggingu (9, 10) meðal annars með námskeiðum fyrir lækna, gerð staðla, skilmerkja, samráðsgreinargerða og handbóka, auk þess sem félagið styður rannsóknir á þessu sviði.

Reynslan víðast hvar er sú að lækna hafa tregðast við að beita nýrri aðferðum, enda er aðferðafræði altækra gæðastjórnunar um margt ólík þeim aðferðum sem lækna hafa beitt. Í stað afturskyggjar leitar að mistökum er áhersla lögð á að bæta þjónustugæði á staðlaðan og reiknanlegan hátt. Lækna bregðast gjarnan við eins og þeim sé ógnad, vegið sé að starfslegu sjálfstæði þeirra. Þau viðbrögð eru skiljanleg þegar haft er í huga, að aðferðirnar bera í sér framskyggja skoðun skipulags og vinnuferla og svo mat á meðferðarárangri með tölfræðilegri úrvinnslu, en ekki athugun einstakra tilvika sem er oftast undir stjórn læknis (12). Læknum hefur því fundist, stundum með réttu, að aðrir starfshópar, og ekki síst sjúkrahússtjórnendur, væru að fara inn á hefðbundið áhrifsvæði lækna.

Ýmis samtök lækna á Íslandi hafa beitt sér fyrir umræðu og aðgerðum í gæðamálum. Í kjölfar aðalfundar Læknafélags Íslands 1989 var hafin kynning á möguleikum gæðatryggingarkerfa. Voru haldnir kynningarfundir fyrir læknisfræðilega stjórnendur sjúkrahúsa og fulltrúa sérgreinafélaga lækna. Læknafélag Reykjavíkur gekkst fyrir ráðstefnu um gæðastjórnun 1993 í samstarfi við CBO í Hollandi.

Félag íslenskra heimilislækna hefur beitt sér fyrir setningu staðla um starfsaðbúnað og gefið út leiðbeiningar um starfshætti (5).

Aðalfundur LÍ 1993 fól stjórn að skipa nefnd, sem fjalla skyldi um hvernig aðferðum altækrar gæðastjórnunar væri best við komið í íslenska heilbrigðiskerfinu. Fyrsta skrefið var könnun á stöðu þessara mála á Íslandi. Ætlunin er að skapa þekkingargrunn fyrir nánari uppbyggingu. Niðurstöður fylgja hér á eftir.

Aðferðir og efniviður

Könnunin einskorðaðist við gæðastjórnun á vegum lækna á Íslandi. Bréf voru send til allra forstöðulækna stærstu sjúkrahúsa landsins, Ríkisspítala, Borgarspítala, Landakotsspítala, Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og Sjúkrahúss Akraness, auk þess sem bréf voru send formönnum sérgreinafélaga. Alls voru send um 90 bréf. Var beðið um lýsingu þeirra aðferða gæðastjórnunar sem beitt væri á viðkomandi deild/félagi. Sent var eitt eftirrekstrarbréf.

Við úrvinnslu var ekki lagt tölfræðilegt mat á niðurstöður, enda ekki lagt upp með það í huga.

Niðurstöður

Þrjátíu og þrjú skrifleg svör bárust og var enginn munur á aðilum innan eða utan sjúkrahúsa.

Svör bárust frá fjórum lyflækniseildum, þremur handlækniseildum, þremur svæfingadeildum, einni kvennadeild, einni geðdeild, einni barnadeild, fjórum rannsóknardeildum og þremur stjórnunardeildum. Upplýsingar, ýmist skriflegar eða munnlegar, bárust frá öllum stærstu sérgreinafélögunum og nokkrum smærri. Svör voru í formi lýsingar á gæðastjórnunarvinnu. Með sumum svörum fylgdu gögn, sem notuð eru í daglegu starfi, svo sem gátlistar, vinnureglur eða tilvísun í staðla.

Auk ofangreindra svara studdust höfundar við eigin þekkingu fengna úr læknis- og stjórnunarstörfum. Eins fengust upplýsingar með viðtölum við lækna.

Í töflu I kemur fram hvernig flokka má núverandi gæðastarf, eftir þeim upplýsingum sem fengust.

Úr svörum þátttakenda kemur ennfremur í ljós eftirfarandi:

1) Gæðastjórnunarstarf fer fram á íslenskum heilbrigðisstofnunum og í nokkrum félögum

Table I. *Classification of methods used for Quality Management in Iceland.*

A. Formal Requirements regarding:	
	Housing Equipment Staff health protection
B. Training Requirements for:	
a:	Physicians
b:	Other staff
C. Ethical Issues	
	Physician code of ethics Guidelines regarding termination of treatment Relations with the pharmaceutical industry
D. Control of Daily Routine and Consensus Guidelines	
	Organization of tasks, role/task division Check lists Directives Consensus guidelines Infection control Laboratory quality control
E. Continuous Medical Education (CME)	
	Organized teaching programs for physicians and others Medical Board education committees Journal clubs CME requirements Registration of CME
F. Patient Education, Patient Satisfaction Studies	
G. Forms	
H. Outcome monitoring	
	Medical Record Review Outcome studies regarding specific problems and treatments Clinical-Pathological Reviews Morbidity-Mortality Conferences Risk Management External Reviews by health authorities, local or foreign specialty organizations

lækna, oftast í formi afturskyggnrar skoðunar, gæðaeftirlits, formlegra menntunarkrafna og gátlista. Áhersla er fremur á skipulag vinnu en á ferli og árangur, þótt á því séu undantekningar.

2) Ekki virðist um kerfisbundin stofnanaferli að ræða nema í einu tilviki, heldur virðist gæðastarf tengt einstökum deildum. Áherslur og leiðir í gæðastjórnun eru mismunandi milli og innan stofnana.

3) Víða er skortur á stöðlun þar sem við á, samráðsgreinargerðum (consensus guidelines) og árangurskönnunum (outcome studies).

4) Lítið er um framskyggnar aðgerðir í gæðastjórnun þar sem settar eru lágmarkskröfur um þjónustu og árangur (gæðatryggingu), eða að í gangi séu ferli sívirkrar gæðastjórnunar (altæk gæðastjórnun, sívirkar gæðaumbætur).

Tveir aðilar hafa nokkra sérstöðu þegar svör eru skoðuð. Yfirstjórn Ríkisspítala hefur látið gæðastjórnun til sín taka. Þar starfar gæðaráð og er *gæðasókn* Ríkisspítala skipt í þrjá þætti; umbótastarf í anda altækra gæðastjórnunar, gæðaeftirlit sem greinir og leiðréttir möguleg mistök og gæðatryggingarstarf með notkun staðla. Læknaráð Landspítalans tekur virkan þátt í þessu starfi. Hafa Ríkisspítalar nýverið fengið hvatningarverðlaun Gæðastjórnunarfélags Íslands vegna þessa framtaks.

Félag íslenskra heimilislækna hefur einnig unnið að gæðastjórnun með gerð staðla um aðbúnað á vinnustað, með hugbúnað fyrir heilsugæslustöðvar, símenntun og leiðbeiningum um samskipti við lyfjafyrirtæki. Er Félag íslenskra heimilislækna komið lengst hérlandra læknafélaga í gæðastjórnunarmálum.

Auk þess sem fram kom í könnuninni er markviss gæðastjórnun þekkt á öðrum sviðum heilbrigðiskerfisins, til dæmis á vegum landlæknisembættisins, Gæðastjórnunarfélags Íslands og meðal annarra heilbrigðisstétta, en ekki verður fjallað nánar um það hér.

Umræða

Efniviður gaf ekki tilefni til tölfræðilegrar úrvinnslu. Verður þess í stað leitast við að draga upp mynd sem lýsir stöðu gæðastjórnunar meðal lækna á Íslandi.

Pó svo að svörun hafi verið fremur dræm ber að taka tilliti til eftirfarandi þátta: Svör bárust frá flestum stærri sjúkradeildum og stærstu sérgreinafélögunum. Í nokkrum tilvikum var um skörun að ræða milli sérgreinafélags og skyldrar starfsemi á sjúkrahúsi svo sem í svæfingum og rannsóknum, þannig að sum svörin voru fyrir sérgreinina í heild. Einnig eru í hópi sérgreinafélaga mörg lítil undirgreinafélög sem eiga samleið með stærri félögum í gæðastjórnunarmálum.

Af þessu má telja að könnunin gefi þokkalega vísbendingu um stöðu mála hérlandis.

Aðferðum gæðastjórnunar hefur verið beitt í íslensku heilbrigðiskerfi um langt skeið, að

mestu á sjúkrahúsum. Voru læknar í fararbroddi framan af. Um árabíl hafa aðrar heilbrigðisstéttir, til dæmis hjúkrunarfræðingar, sýnt lofsvert frumkvæði á þessu sviði. Gæðastjórnun lækna hefur að mestu einkennst af afturskyggnum aðferðum og fyrirbyggjandi aðgerðum, eins og með gerð staðla og gátlista. Þó eru til undantekningar frá þessu. Er *gæðasókn* Ríkisspítala áhugavert dæmi um framskyggnar aðgerðir (altæka gæðastjórnun). Utan sjúkrahúsa hefur þróunin verið hægari og má segja að Félag íslenskra heimilislækna sé eitt um það að hafa unnið þar að gæðastjórnunarmálum á skipulagðan hátt.

Framskyggn gæðastjórnun þarf að vera hluti af hverju vinnukerfi, frá grasrót til ædstu stjórnenda, án lagaskyldu (13). Jafnframt ber að virða klínískt sjálfstæði lækna um leið og tryggt er, að þeir haldi áfram að vera mótandi afl í stjórnun og þróun. Halda þarf áfram að þróa uppbyggingu framhaldsmenntunar, endurskoda reglugerð um sérfræðiviðurkenningu með tilliti til innihalds og krafna um færni og halda áfram uppbyggingu símenntunar. Efla þarf umræðu um siðfræði, veita leiðbeiningar og setja viðurlög, til dæmis varðandi meðferð sem er stöðugt undir lágmarksstaðli. Hvetja þarf til og aðstoða við að koma á framskyggnri **innri gæðastjórnun** á heilbrigðisstofnunum, ennfremur að koma á framskyggnri **ytri gæðastjórnun**, til dæmis með samanagerð milli stofnana á meðferðarárangri, kostnaði og stuðningi við starfsfólk. Styðja ber sérgreinafélög í að semja samráðsgreinargerðir og þróa áfram gæðastjórnun után sjúkrahúsa. Síðast en ekki síst ber að stuðla að þróun rannsókna á sviði gæðamála.

Löngu er orðið tímabært að læknar og aðrar heilbrigðisstéttir vinni með heilbrigðisyfirvöldum að mótun stefnu um gæðastjórnun á Íslandi. Vega þarf og meta kosti og galla aðferða í viðmiðunarlöndum okkar, meðal annars hversu mikil miðstýring sé æskileg, að hve miklu leyti eigi að treysta á frumkvæði lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna, stofnana þeirra og félaga og hversu brýnt sé að byggja upp ráðgjafarþjónustu um gæðastjórnun fyrir heilbrigðisstarfsfólk.

Gæðastjórnunarnefnd LÍ, sem hefur hvetjandi hlutverk en ekki stjórnandi, hefur tekið upp samvinnu við sérgreinafélög lækna til að móta næstu skref og hafa nokkur sérgreinafélög nú þegar hafið skipulega vinnu að einstök-

um verkefnum á þessu sviði. Ennfremur eru gæða- og fagráð, skipuð af ráðuneyti heilbrigðis- og tryggingamála, að taka til starfa. Munu þau leggja grunn að skipulagðri vinnu á þessu sviði. Stuðningur við þá starfsemi var samþykktur á aðalfundi Læknafélags Íslands 1995.

HEIMILDIR

1. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988; 200: 1743-8.
2. Laffel G, Blumenthal D. The case for using industrial quality management sciences in health care organizations. *JAMA* 1989; 262: 2869-73.
3. The Joint Commission Guide to Quality Assurance. Chicago: The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1988.
4. Worning AM, Mainz J, Klazinga N, Götrik JK, Johansen KS. Policy on quality development for the medical profession. *Ugeskr Læger* 1992; 154: 3523-33.
5. Reerink E. Improving the quality of hospital services in the Netherlands. *Quality Assurance in Health Care* 1990; 2: 13-9.
6. Lohr KN, Schroeder SA. A strategy for quality assurance in Medicare. *N Engl J Med* 1990; 322: 707-12.
7. Chagnon M. Canada. Proceedings of the 10th International Conference on Quality Assurance in Healthcare. Utrecht: CBO, 1993.
8. Guidelines for Canadian Clinical Practice Guidelines. Ottawa: Canadian Medical Association, 1994.
9. Hjortdahl P. Kvalitetssikring - en balansekunst. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1992; 112: 2948-9.
10. Eldjarn K, Romslo I. A nation-wide quality assurance program initiated by the Norwegian Medical Association. Proceedings of the 10th International Conference on Quality Assurance in Healthcare. Utrecht: CBO, 1993.
11. Guðmundsson GH, Sigurfinnson GP, Mixa Ó. Skýrsla gæðatrygginganefndar FÍH. *Læknablaðið/Fréttabréf lækna* 1993; 11 (1): 15-8.
12. Merry MD. Total Quality Management for Physicians: Translating the New Paradigm. *Quality Review Bulletin* 1990: 101-5.
13. Kritchevsky SB, Simmons BP. Continuous Quality Improvement. Concepts and applications for physician care. *JAMA* 1991; 266: 1817-23.