



Gunnar Helgi Guðmundsson

GÆÐAMAT Í HEILSUGÆSLU

Gæðamat (quality assessment) er nýlegt hugtak innan læknisfræðinnar. Hér er einfaldlega átt við hvernig við metum gæði heilbrigðisþjónustu. Annað hugtak er gæðatrygging (quality assurance), sem er víðtækara því það nær yfir matið sjálft, eftirlit með því að það eigi sér stað og að markmiðum mats hafi verið náð. Hér á eftir verður aðallega fjallað um hugtakið gæðamat.

Lengi var talið að gæðaeftirlit þyrfti ekki að ræða sérstaklega varðandi lækna og heilbrigðiskerfið, þar sem nánast væri gengið út frá þeirri staðreynd sem vísri að starfið væri unnið vel yfir einhverjum lágmarksstaðli. Læknar hafa líklega stuðlað að þessari hugsun með því að láta almenning finna bæði beint og óbeint að starf þeirra væri hafið yfir gagnrýni. Mikil uppbygging og tæknivæðing hefur átt sér stað innan heilbrigðiskerfisins meðal vestrænna þjóða síðustu áratugi. Fjármagn sem veitt er til heilbrigðismála hefur margfaldast og er nú eytt allt að 10% af vergri þjóðarframleiðslu til þessa í mörgum löndum. Því er von að einhverjir spyrji hvernig þessum peningum sé varið og um leið hver séu gæði þjónustunnar?

Í fyrstu var talið að góð húsakynni, aukin tækni og bætt menntun starfsmanna tryggði gæði, en síðar kom í ljós að svo þurfti ekki að vera eins og fjallað verður nánar um hér á eftir. Bandaríkjamenn riðu fyrstir á vaðið með að meta gæði sjúkrahúsa og fleiri heilbrigðisstofnana um 1950 og hafa gert það síðan með einum eða öðrum hætti (1). Margir telja að í byrjun hafi hvatinn vestanhafs verið auknar lögsóknir á hendur læknum og heilbrigðisstofnunum og síðar kröfur almennings um góða þjónustu. Í dag

telja læknasamtök víða erlendis að gæðamat sé mikilvægur þáttur í heilbrigðiskerfinu.

Fyrir um 20 árum var fyrst farið að skilgreina og koma fram með þá hugmyndafræði, sem liggur að baki gæðamati. Hefur þar verið fremstur í flokki bandaríski læknirinn, *Avedis Donabedian*. Hann hefur sett fram þá kenningu að megin kjarni skilgreiningar á gæðum læknisþjónustu sé jafnvægið á milli bættrar heilsu og hugsanlegrar áhættu eða skaða, sem lækningarnar gætu valdið (2). Undir þetta hafa fleiri tekið og sýnt hefur verið fram á að á ákveðnu stigi þá batnar ekki árangur lækninga (outcome), sama hve miklum fjármunum er eytt og þegar fjárútlát eru komin í tiltekið hámark þá geti það í vissum tilvikum skaðað sjúklinga (3). Donabedian hefur einnig lagt áherslu á að við gæðamat gefi menn jafnt gaum að tæknilegri læknisfræði og læknislistinni (art of care).

FLOKKUN GÆÐAMATS

Nauðsynlegt er að fara nokkrum orðum um aðferðafræði við gæðamat (4). Fyrst er talað um ákveðnar leiðir til að tryggja gæði í heilbrigðisþjónustu. Þessar leiðir flokkast í:

1. *Almennar leiðir*. a) Lækningaleyfi. b) Viðurkenning á sjúkrahúsum. c) Sérfræðiviðurkenningar.
2. *Sértækar leiðir*. a) Nefndir, sem fylgjast með læknum í starfi t.d. á heilbrigðisstofnunum. b) Lögsóknir. c) Mat sjúklinga á þjónustu.

Þá eru vissar aðferðir innan þessara leiða til að meta gæði. Þær nefnast: *Umgjörð* (structure), *framkvæmd* (process) og *árangur* (outcome).

Mat á umgjörð: Hér er verið að meta húsakynni, aðstöðu, tæki, skipulag þjónustu og menntun starfsfólks.

Mat á framkvæmd: Mat á því hvernig starfið er unnið.

Mat á árangri: Mat á hvað gerist með sjúklinginn eftir að hann fer frá læknum.

Aðferðirnar eru nokkurs konar tæki við matið. Við val á leiðum er verið að nota tækin til að reyna að stjórna. Aðferðirnar má líta á sem vísindalega nálgun við matið, en leiðirnar eru stjórnunarlegs eðlis. Almenn má segja að *umgjörðaraðferðin* sé notuð innan almennu leiðarinnar. Hins vegar er *framkvæmdar-* og *árangursaðferðum* beitt innan sértæku leiðarinnar.

Við aðferðirnar þrjár hafa verið sett fram skilmerki við matið:

1. *Skýr skilmerki* (explicit criteria). Hér er ákveðið fyrirfram og skráð niður hvaða atriði á að skoða við gæðamatið og hvaða lágmarksstaðal þarf að uppfylla. Svo dæmi sé tekið má nefna að við mat á hæfni læknis er talið að við almenna skoðun á sjúklingi eigi lækurinn að mæla blóðþrýsting. Ef sjúkraskráin er notuð við matið athugar matsmaðurinn hvort blóðþrýstingsmæling sé skráð.

2. *Dulin skilmerki* (implicit criteria). Hér er ekkert skráð fyrirfram af þeim, sem framkvæmir matið. Til að framkvæma matið er valinn einhver sem menn treysta til þess, en hann einn ákveður hvað sé gott og hvað sé slæmt.

BEITING GÆÐAMATS

Um langt skeið hefur verið ágreiningur um mismunandi vægi aðferðanna þriggja, umgjörðar, framkvæmdar og árangurs við mat á heilbrigðisþjónustu. Flestar rannsóknir hafa beinst að framkvæmd og árangri og eru deildar meiningar um hvort teljist merkilegra. Staðreyndin er sú að báðar aðferðirnar þær eru góðar svo langt sem þær ná. Gallinn við rannsóknir á árangri er að þær er oft erfitt að framkvæma, þær eru tímafrekar og oft óvissa varðandi orsakasamhengi. Við gæðamatið hefur því framkvæmd verið mikið notuð og í því skyni hefur verið notast við sjúkraskýrslur, en nýlega er mikill og vaxandi áhugi á því

að fylgjast með heilbrigðisstarfsmönnum í daglegu starfi og meta hæfni þeirra. Þetta er kallað skoðun (audit). Í þessu skyni hafa fagfélög heimilislækna í Bretlandi og víðar haft áhuga á að bjóða meðlimum sínum upp á slíkt gæðamat með því að skipuleggja heimsóknir skoðunarmanna. Slíkt mat hefur verið kallað aðkomumat (external audit). Andstætt svonefndu heimamati (internal audit), þar sem starfsbræður framkvæma matið hver hjá öðrum, til dæmis á heilsugæslustöð og skoðunin getur verið fólgin í að fara yfir sjúkraskrár. Hér getur verið um að ræða sjálfsmat (self audit) eða starfsbræðramat (peer audit).

Gæðamati er einnig hægt að beita við aðra þætti, er snerta hæfni lækna, til að mynda menntun lækna, sérmenntun, símenntun, hæfni til að kenna og loks til að viðurkenna kennslustað. Einnig hafa komið upp hugmyndir hjá heimilislæknafélögum vestanhafs að hafa mismunandi félagsaðild eftir menntun og hæfni. Þá hefur og verið talað um að meta hæfni lækna við að reka læknastofur eða heilsugæslustöðvar.

Margir lækna telja að þeir muni verða í vaxandi samkeppni við starfsbræður sína og einnig annað heilbrigðisstarfsfólk svo sem hjúkrunarfræðinga. Þá finna þeir einnig að það er aukinn þrýstingur á þá að þeir sýni hinu opinbera kerfi, sem borgar brúsann, fram á árangur í starfi.

Segja má að það séu þrjár aðilar, sem vilja fylgjast með gæðum þjónustunnar. Í fyrsta lagi ríkisvaldið, sem borgar megin kostnaðinn við heilbrigðisþjónustuna. Í öðru lagi almenningur, sem nú er meira meðvitaður um að lækniþjónusta er ekki öll af sama gæðaflokki og oft hefur fólk mjög ákveðnar skoðanir á hvernig þjónustan á að vera. Í þriðja lagi lækna sjálfir, sem eru metnaðarfullri en áður og um leið er vaxandi fjöldi lækna þeirrar skoðunar að gæðamat verði að eiga sér stað.

GÆÐAMAT Í HEILSUGÆSLU ERLENDIS

Í Bretlandi hefur verið rætt um gæðæftirlit á vegum heimilislæknafélagsins, þar sem fulltrúar þess heimsæki félagsmenn á stofur þeirra í samvinnu við viðkomandi

lækna eins og áður er minnst á. Breska heimilislæknafélagið hefur gefið út ítarlegar og vandaðar leiðbeiningar um gæðamat og gæðatryggingu. Sagt er í smáatriðum hvernig eigi að standa að gæðamati. Hvaða upplýsingar þurfi, hvað sé metið og hvernig (5,6). Við mat á heimilislækni og þjónustu hans eru metnir fjórir þættir. Starfsmetnaður læknisins, aðgengileiki sjúklinga að þjónustunni, klínísk hæfni læknisins og loks hæfileiki hans til tjáskipta. Til að afla þessara upplýsinga eru fengnar skriflegar upplýsingar frá læknum um starfsemi og þjónustu stofunnar/stöðvarinnar, skoðunarmaður kemur og skoðar stofuna, hann hefur viðtal við samstarfsfólk læknisins, sjúkraskrár eru skoðaðar, farið er yfir myndbandstökur af viðtali læknisins við sjúkling(a) og loks ræðir skoðunarmaður við lækninginn.

Í Kanada krefst heimilislæknafélagið þess af félagsmönnum að þeir sýni fram á símenntun sem svari til 50 klst. á ári hið minnsta. Einnig að þeir taki þátt í skriflegu prófi á fimm ára fresti. Prófið er fólgið í því að félagsmenn fá sent í pósti 200 spurninga próf með margvalsmöguleikum (multiple choice) (7). Þetta er kallað forpróf. Síðan fá menn tölvuútskrift með svörum með samanburði við árangur annarra, sem tóku sama próf. Einnig er vísað í heimildaskrár, þar sem menn geta leitað fanga til að bæta í eyðurnar auk réttra svara að sjálfsgöðu. Eftir sex mánuði fá menn síðan eftirpróf (post-test), þar sem reynt er að hafa spurningar að einhverju leyti í takt við forprófið. Eftir það koma rétt svör eins og áður og vísað í heimildir og frekari lestur. Hér er ekki hugsunin sú að refsa mönnum og ekki spurning um að falla eða ná, heldur að árangur í prófinu geti verið mönnum hvatning til að bæta sig.

Hægt er að beita gæðamati á mjög afmarkaða þætti í starfinu. Höfundur kynntist því að eigin raun fyrir nokkrum árum, hvernig gæðamati var beitt við heimilislæknadeildina við háskólann í Miami, Florida, er hann vann þar í nokkra mánuði við kennslu (8). Ákveðið var að skoða sjúkraskrár heimilislækna, sem unnu á kennsluheilsugæslustöð. Í hverjum mánuði voru valdar og skoðaðar þrjátíu sjúkraskrár af handahófi. Notaður var fjögurra punkta skali þar sem fjórir var hæst. Þær sjúkraskrár, sem fengu einkunnina einn eða tveir voru skoðaðar nánar af yfirlækni og ein

þeirra valin til frekara mats og viðkomandi heimilislæknir sat fyrir svörum á fundi. Aðrir, sem fengu einkunnina einn eða tvo, voru látnir vita af því. Markmiðið með þessari skoðun var eftirfarandi:

Athuga fylgikvilla og óvæntar upþákomur.

Rannsaka vandamál, sem koma upp við meðhöndlun algengra kvilla.

Skoða nánar vandamál þar sem deildar meiningar virðast vera um meðferð.

Reyna að meta vandamál þar sem atriði, sem tengjast umgjörð, til dæmis ófullkomið húsnæði eða aðstaða, hafa áhrif á þjónustuna.

Líta nánar á og skoða betur, þegar vel tekst til um þjónustu.

Meta hvað hægt sé að læra af reynslunni.

GÆÐAMAT Í HEILSUGÆSLU Á ÍSLANDI

Aðgerðir til að tryggja gæði í heilsugæslu á Íslandi hafa fyrst og fremst snúið að umgjörðinni. Eins og flestir vita hófst uppbygging heilsugæslunnar fyrir um 15-20 árum hér á landi og í framhaldi af því fóru íslenskir lækna að sérmennta sig í heimilislækningum. Fljótlega var farið að bæta allt skýrsluhald með vandaliðuðum sjúkraskrár og tölvuvinnslu, sem hófst á Egilsstöðum 1975 og hefur verið fyrirmynd annarra heilsugæslustöðva varðandi þessa þætti. Á Egilsstöðum hófst þróun tölvuforrits, þar sem skráð er meðal annars öll samskipti við skjólstæðinga, tegund samskipta, vandamál (í vandaliðuðu kerfi), sjúkdómsgreiningar og úrlausnir (9). Þetta hefur gerbylt öllu starfi heilsugæslustöðva, leitt til vandaðri vinnubragða og gert allt starf markvissara um leið og gæði þjónustunnar hafa aukist. Síðan hafa komið fram önnur tölvuforrit, sem einnig er farið að nota í auknum mæli. Stefnt er að því að slík tölvuforrit verði í notkun á öllum heilsugæslustöðvum.

Innan Félags íslenskra heimilislækna hefur einnig verið unnið mjög öflugt starf á undanförmum árum. Það hefur að hluta verið unnið í samvinnu við opinbera aðila og gefið út og dreift af heilbrigðisyfirvöldum. Hér má nefna: Handbók um skýrsluhald (10), leiðbeiningar um mæðraeftirlit (10),

leiðbeiningar um ungbarnaeftirlit (10) og staðal fyrir heimilislækningar (11).

Staðall fyrir heimilislækningar var saminn af rekstrarnefnd Félags íslenskra heimilislækna 1986. Markmiðið var að setja félaginu og félagsmönnum lágmarksstaðal um hvað teldust góðar heimilislækningar. Í staðlinum er meðal annars fjallað um: 1. Starfshætti heimilislækna. 2. Starfsfólk á heilsugæslustöð/heimilislækna. 3. Húsnæði fyrir heilsugæslu. 4. Búnað á heilsugæslustöð/heimilislækna.

Í staðlinum er lögð áhersla á að:

Heimilislæknir sinni vandamálum afmarkaðs hóps.

Heimilislæknir veiti þessum hópi alhliða þjónustu.

Heimilislæknir leggi stund á heilsuvernd.

Ákvæði um aðgengileika sjúklinga að þjónustunni séu skýr.

Sjúkraskrár skuli vélritaðar, notaðar vandaliðaðar sjúkraskrár, fjölskyldusjúkraskrár og tölvuvúrvinnslu verði beitt sé þess kostur.

Teymisvinna sé æskileg.

Heimilislæknir stundi viðhaldsmenntun / símenntun.

Hér á Íslandi hafa því miður ekki verið stundaðar miklar rannsóknir á þessu sviði í heilsugæslunni og úr því þyrfti að bæta. Nauðsynlegt er að kanna hver sé árangur af vinnu lækna og þeirri þjónustu, sem sjúklingum er veitt. Gallinn við flestar rannsóknir varðandi gæðaeftirlit er að þær geta lítt metið, hvernig læknirinn reynist sjúklingum sínum, þ.e. læknislistina sjálfa. Erfitt er að meta þann metnað, sem sérhver læknir leggur í að sinna sjúklingum sínum og þann áhuga, sem hann sýnir vandamálum einstakra sjúklinga á erfiðum tímum í lífi þeirra. Hér reynir þó mest á í læknislistinni og ef til vill ættu menn að beina sjónum sínum að þessu sviði, þegar gæði lækniþjónustu eru metin. Rétt er að hafa í huga að markmið okkar er ekki einungis að lækna sjúkdóma heldur að hugga og styrkja sjúklinginn í raunum hans og veikindum. Slíkt verður þó ætíð erfitt að mæla.

HEIMILDIR

1. Lohr KN, Brook RH. Summary. In: Lohr KN, ed. Quality Assurance in Medicine. Experience in the Public Sector. Santa Monica, California: The Rand Corporation, 1984.
2. Donabedian A. The Quality of Medical Care. A concept in Search of a Definition. J Fam Pract 1979; 9: 277-84.
3. Schroeder SA. Medical Technology and Academic Medicine: The Doctor-Producer's Dilemma. J Med Educ 1981; 56: 634-9.
4. Haffner AN, Jonas S, Pollack B. Regulating the Quality of Patient Care. In: Jesus J, Pena JJ, et al, eds. Hospital Quality Assurance, risk management and program evaluation. Rockville, Maryland: Aspen publications, 1983.
5. Royal College of General Practitioners. What Sort of Doctor? Assessing Quality of Care in General Practice. Report from General Practice 23. London: The Royal College of General Practitioners, 1985.
6. Royal College of General Practitioners. Quality in General Practice. Policy Statement 3. London: The Royal College of General Practitioners, 1985.
7. The College of Family Physicians of Canada. Maintenance of Certification. Willowdale, Canada: The College of Family Physicians of Canada, 1987-1988.
8. Protocol for FPS Quality Assurance. Ljósritaðar leiðbeiningar frá Jackson Memorial Hospital. University of Miami, Department of Family Medicine, 1984.
9. Guðmundur Sigurðsson, Guðjón Magnússon, Helgi Sigvaldason, Hrafn Tulinius, Ingimar Einarsson, Ólafur Ólafsson. Egilsstaðarannsóknin. Sjúkraskrár fyrir heilsugæslustöðvar og tölvufærsla upplýsinga. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1980, nr. 1. Reykjavík: Landlæknisembættið, 1980.
10. Handbók fyrir heilsugæslustöðvar. Reykjavík: Landlæknisembættið, 1983.
11. Bjarni Jónasson, Gunnar Baarregaard, Katrín Fjeldsted, Leifur N. Dungal. Starfsemi og starfsaðstaða. Staðall. Reykjavík: Félag íslenskra heimilislækna, 1986.