

Remissvar från SFAM

21-08-07

Till

Svenska Läkaresällskapet
Per Johansson
per.johansson@sls.se

Hippokratesrevision

Huvudrapporten

Styrkor

- Fin bakgrundsbeskrivning och historisk genomgång
- Bra med utgångspunkten i två professionella kärnvärden - etik samt vetenskap och beprövad erfarenhet. Den ursprungliga (Sackett) definitionen av EBM passar fint i detta sammanhang.
- De fyra domänerna i den generiska delen är tydligt framställda.
- Hälso- och sjukvårdens (i synnerhet primärvårdens) komplexitet när det gäller multisjuklighet och vården av sköra äldre lyfts fram. Behovet av prioriteringar enligt den etiska plattformen framgår i kontrast mot dagens efterfrågepräglade utbud av tjänster. Fint med frågan "Hur identifierar och hanterar man bortträngningseffekter.
- Det är bra att revisorerna inte styrs av alltför detaljerade anvisningar, utan är fria att utifrån inskickat material noggrant förbereda sig och dra slutsatser utifrån en kollegial dialog med den enhet som granskas.

Förbättringsmöjligheter

- Vetenskap/medicinskt utfall: Här finns frågan "Hur stor andel av medarbetarna är disputerade eller doktorander?". Svaret måste ju variera oerhört mycket beroende hur fördelningen av olika kompetenser ser ut på de granskade enheterna. Den bygger på ett antagande att den blotta förekomsten av disputerade/doktorander borgar för ett bra utvecklingsklimat, vilket är att dra det väl långt. Frågan känns inte riktigt relevant för primärvårdens del där förekomsten är betydligt lägre än inom specialiserad vård.

- Fortbildning: Här finns frågan "Hur många dagar per kollega och år avsätts för fortbildning? Detta är ett mått som Läkarförbundet följer regelbundet, men som också speglar en syn på lärandet som avskilt från sjukvårdsproduktion. I själva verket är merparten av vårt lärande verksamhetsrelaterat och det behöver synliggöras med frågor. Exempelvis "Hur fredas utrymme för reflektion och kollegial dialog på enheten?" Fortbildning i bemärkelsen formellt lärande, dvs som sker på avsatt tid i form av seminarier, kurser etc är lätt mätbar men resultatet avspeglar inte alltid en god fortbildningskultur. "Hur stor andel av ST-läkarna utför specialistexamen?" kan vara en fråga på mesonivå, och här skulle jämförelser regionvis kunna ge mer än jämförelse mellan olika arbetsplatser.

Bilaga 3: Kollegial kvalitetsdialog i primärvården

Styrkor

- Uppföljningsinstrumentet Primärvårdskvalitet har stor spridning i landet
- 5 P-modellen är tydlig
- Powerpoint med fyra rubriker används vid återföring
- Har likheter med SPUR-inspektion men är inte lika formalistisk

Förbättringsmöjligheter

Man skulle kunna tillfoga frågor om huruvida det finns en dialog om hur man inom verksamheten

- uppnår "kloka val" enligt principerna för Choosing wisely,
- prioriterar mellan olika arbetsuppgifter
- ska hantera regionernas system för kunskapsstyrning och implementering av riktlinjer

Svar på frågorna

1. *På vilket sätt ser ni att ramverket för professionell granskning och klinisk revision kan komma till nytta inom er specialitet eller ert område?*

Inom specialiteten allmänmedicin kan klinisk revision komma till stor nytta genom att legitimera ett allmänmedicinskt arbetssätt.

Regionernas system för kunskapsstyrning och de personcentrerade sammanhållna vårdförloppen tar inte tillräcklig hänsyn till förhållandena i primärvården, utan bygger på att sjukdomar, utredningar och behandlingar kan delas in i konstruerade kategorier ("stuprör").

Systemet för kunskapsstyrning tar inte heller tillräcklig hänsyn till det allmänmedicinska arbetssättet, som till stor del utgår från den vård sökande individen och innebär förmåga att på kort tid hantera nya, okända och unika problem.

Systemet för kunskapsstyrning lägger huvuddelen av sina resurser på att skapa nationella och regionala strukturer ("makro-, mesonivå"). I stället borde man ge professionerna den tillit, mandat och de resurser som krävs för att utveckla vården på verksamhetens egna villkor ("mikronivå").

I denna typ av granskning riktas blicken mot den professionella insatsen med hänsyn till just multisjuklighet och etiska överväganden. Det är bra att den också återupprättar den ursprungliga innebörden av evidensbaserad medicin. I och med att granskningen företrädesvis riktar sig till verksamheten och inte till mesonivån befrämjas ansvarskänslan och därmed möjligheterna att åstadkomma förbättringar inom de områden som granskas.

2. *Vad skulle ni behöva för administrativt, ekonomiskt, metodologiskt eller annat stöd för att mer systematiskt börja använda ramverket för professionell granskning och klinisk revision inom er specialitet eller ert område?*

Det skulle sannolikt underlätta att ha en funktion av typen "Practice Manager" på varje enhet som ansvarar för kvaliteten och som kan fungera som motor. Finansiella resurser för utveckling behöver i så fall tillskjutas.

På mesonivå skulle ett stöd i form av "facilitatorer" vara av värde. Allmänmedicinska centrumbildningar kan tillhandahålla sådana resurser. Det skulle också vara värdefullt om det i primärvården fanns fler akademiska tjänster (professorer) som stöd till den kliniska praktiken (I Kanada finns allmänmedicinska professorer i form av "Practice Support").

3. *Vilka parter är det enligt er mening som främst bör efterfråga den professionsbaserade revisionen respektive finansiera den?*

Efterfrågan bör i första hand finnas hos sjukvårdshuvudmännen. I andra hand kan professionerna i vården tänkas efterfråga revision. Sjukvårdshuvudmännen bör finansiera verksamheten med öronmärkta statliga bidrag. Regler för finansiering och krav på vårdenheter bör ingå i ackrediteringsvillkoren för vårdval i primärvården (LOV).

4. *Vilken part ser ni bör vara huvudman för och organisera den professionsbaserade revisionen. Är det SLS? Någon annan? SLS i samverkan med annan part?*

- De professionella föreningarna SLS och Läkarförbundet bör ha ett gemensamt ansvar.
- SLS bör definiera kriterierna och innehållet i revisionen, medan Läkarförbundet, som har förhandlingsmandat gentemot regionerna, bör hantera anställningsform och ersättning till granskare samt lyfta frågan om medicinsk kvalitetsrevision i de fackliga förhandlingarna med SKR.
- Det är nödvändigt att innehållet i revisionen är professionsstyrt och oberoende av huvudmannen.

Avslutande kommentar

Vi bedömer möjligheterna som små att utan incitament få genomslag för frivillig granskning inom primärvården. Om medicinsk kvalitetsrevision ska kunna genomföras i större skala och få betydelse för medicinsk kvalitet och patientsäkerhet bör den vara obligatorisk eller förenad med kraftfulla incitament. I annat fall riskerar instrumentet att endast vara en bekräftelse för redan välfungerande enheter, eftersom intresset hos enheter med problem och sämre kvalitet kan förväntas bli svagt.

Det är endast regionerna (genom ackrediteringskrav i vårdvalet) och staten (genom föreskrifter från Socialstyrelsen) som kan kräva obligatorisk granskning. Frågan är om något av dessa organ är beredda att idag initiera och finansiera en så omfattande och kostsam verksamhet som medicinsk kvalitetsrevision.

Därför är det viktigt att Svenska Läkaresällskapet och Sveriges Läkarförbund med sina regionala representanter lägger kraft på ett policyskapande arbete för framtida införande av medicinsk kvalitetsrevision.

Stockholm 21-08-07

Magnus Isacson
ordförande