

Ekspertgruppe 2:

Kvalitet og ledelse i sykehus

Oppsummering av tidligere møter

Ekspertgruppa diskuterte i det første møtet *Pasientens helsetjeneste og Drivkrefter og trender med konsekvenser for sykehussektoren*, og identifiserte syv utviklingstrender hvorav særlig fire må forventes å påvirke tenkingen rundt kvalitet og ledelse:

1. Pasientopplevd kvalitet påvirker valg av behandling og behandlingssted
 - Gruppa antok at økt bruk av kvalitetsindikatorer for både medisinskfaglig og pasientopplevd kvalitet vil utfordre geografisk baserte og standardiserte løsninger, og svekke profesjons-/spesialitetsbasert organisering til fordel for forløpsbasert organisering.
2. Økende differensiering mellom sykehus
 - Gruppa mente at oppgavedelingen mellom sykehusene vil bli utviklet videre, blant annet basert på hvilken oppgavedeling som gir best kvalitet.
3. Økt internasjonalisering påvirker funksjonene til de største sykehusene
 - Gruppa mente at ytterligere spesialisering av tilbudene til pasienter med sjeldne sykdommer kan gi økt kvalitet, og påvirke arbeidsdelingen ikke bare nasjonalt, men også i en nordisk eller kanskje europeisk sammenheng.
4. Endringskapasitet og innovasjonsevne
 - Gruppa mente at sykehus som lykkes med å utvikle stor endringskapasitet og innovasjonsevne vil ha best evne til å håndtere blant annet kravene om økt kvalitet.

I det andre møtet diskuterte gruppa *Prinsipper for sykehusstruktur og modeller for sykehus*. Gruppa mente at blant annet kravene til kvalitet medfører behov for økt samhandling med primærhelsetjenesten, desentralisering av spesialisthelsetjenestetilbud til pasienter med kroniske og vanlige sykdommer og integrasjon mellom somatikk, psykisk helsevern og rus- og avhengighetsmedisin. Samling av akutt kirurgi på færre og større sykehus ble samtidig vurdert som nødvendig.

Bakgrunn for diskusjonene i dette møtet

Mulige *Nasjonale kvalitetskrav for spesialiserte behandlingstjenester*, løsninger for *Kvalitetssertifisering av norske sykehus* samt krav til *Ledelse i sykehus* ble presentert i form av notater og korte foredrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Nasjonale kvalitetskrav for spesialiserte behandlingstjenester

Departementet la vekt på at ambisjonen om likeverdige tilbud med forutsigbar kvalitet kan medføre behov for en sterkere nasjonal kvalitetssikring av funksjoner i sykehus. Det ble presentert tre mulige løsninger:

1. Helsedirektoratet utformer kvalitetskrav, mens styringen skjer i regionene som i dag
2. Innføring av et helhetlig nasjonalt system basert på den danske modellen

3. Videreutvikling av dagens system for godkjenning av nasjonale tjenester etter søknad fra de regionale helseforetakene til også å omfatte godkjenning av regionale tjenester

Kvalitetssertifisering av norske sykehus

Departementet tok her utgangspunkt i at Regjeringen ønsker å stille krav om kvalitetssertifisering av norske sykehus. Det ble presentert tre mulig modeller:

1. Styrking av dagens internkontroll uten at det innføres sertifisering
2. Innføring av sertifisering med:
 1. Statens helsetilsyn som sertifiseringsinstans
 2. En nasjonal enhet bygget på de regionale helseforetakenes nåværende internrevisjoner som sertifiseringsinstans
3. Innføring av sertifisering med eksterne kommersielle firmaer som sertifiseringsinstans

Ledelse i sykehus

Departementet la vekt på at både implementering av kvalitetskrav, eventuell kvalitetssertifisering samt all annen utvikling av sykehusene krever god ledelse. Det ble presentert et notat fra Nasjonal ledelsesutvikling som beskrev en generisk modell for lederutvikling.

Ekspertgruppas vurderinger og anbefalinger

Grappa fant det krevende å diskutere og komme frem til klare anbefalinger rundt disse temaene. Det var større spenn i medlemmenes meninger enn i de to første møtene, og flere av gruppas medlemmer beskrev en opplevelse av avstand mellom den reelle kvaliteten i pasienttilbudene og kvalitetssikringssystemene som ble diskutert i møtet. Dette kan sees som uttrykk for at det generelt er en betydelig utfordring å utvikle gode og relevante koplinger mellom medisinskfaglig og annen helsefaglig virksomhet og systematisk kvalitetsarbeid. Flere av gruppas medlemmer uttrykte bekymring for at sterkere nasjonal styring av kvalitetsarbeidet kan gi økt byråkratisering uten reell kvalitetsforbedring i tjenestene, mens andre så slik styring som nødvendig for å sikre forutsigbar kvalitet og likeverdige tilbud.

Nasjonale kvalitetskrav for spesialiserte behandlingstjenester

På dette området var det enighet om at gruppa stiller seg bak intensjonen om å redusere nåværende forskjeller i kvalitet.

Flere av medlemmer la imidlertid vekt på at økt bruk av målinger og kvalitetsindikatorer fremskaffet og presentert på en gjennomskinnelig måte for både pasienter og fagmiljøer, sannsynligvis er et minst like effektivt virkemiddel som nasjonal styring av innholdet i og funksjonsfordelingen av tjenestene. Det var derfor enighet om at det er ønskelig å utvikle et gjennomgående system med nasjonale kvalitetsindikatorer, og gruppa deler departementets oppfatning om at dette er krevende og derfor bør beskrives som et utviklingsarbeid i Nasjonal helse- og sykehusplan. Det var videre enighet om at et slikt prosjekt må koordineres med det utviklingsarbeidet som allerede er igangsatt i blant annet Norsk pasientregister og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, og om at målet må være å fremskaffe samtidige data som kan legges til grunn for fortløpende evaluering og styring på alle organisatoriske nivåer i sykehusene.

Det ble videre påpekt at tilnærmingen i diskusjonsnotatet fokuserer på et opplevd behov for sterkere nasjonal styring av de mest spesialiserte funksjonene, også internt i den enkelte region. Grappa mente imidlertid at kvalitetsutfordringene kan være minst like store i vanlige pasientforløp som det på grunn av store volumer ikke er aktuelt å sentralisere. Et system som avgrenses til å stille ytterligere kvalitetskrav til de mest spesialiserte behandlingstjenestene svarer muligens ikke på de største behovene.

Det var enighet i grappa om at den danske modellen frarådes, hovedsakelig fordi den bygger på de medisinske spesialitetene og ikke pasientforløpene, og fordi den vurderes å være unødvendig byråkratiserende.

Det var delte meninger i om hvorvidt modell 1 eller 3 var å foretrekke. Skillelinjene gikk mellom dem som mener at det foreligger et behov for mer nasjonal styring og dem som mener at det er tilstrekkelig å forbedre styringen i regionene. De førstnevnte foretrekker modell 3 og de sistnevnte modell 1. Det viktigste argumentet for modell 3 er at denne kan gi bedre nasjonal styring og dermed jevnere kvalitet og mer likeverdige tilbud. Det viktigste motargumentet er at geografiske forskjeller i Norge nødvendigvis gjør lokalt tilpassede løsninger og at regionene derfor bør bevare frihet til selv å beslutte hvordan kvalitetskrav stilt av Helsedirektoratet best ivaretas gjennom lokal funksjonsfordeling.

Kvalitetssertifisering av norske sykehus

På dette området var det enighet om at grappa stiller seg bak innføring av et nasjonalt system som gjør det enklere for ledere å forholde seg til internkontrollforskriften og ”holde orden i eget hus”.

Flertallet i grappa var skeptisk til innføring av sertifisering. Modell 3 basert på kommersielle aktører som utstedere av sertifikat frarådes. De viktigste argumentene er at sertifisering er ressurskrevende, at det ikke foreligger forskningsbasert evidens som viser at tiltak gir økt kvalitet i pasientbehandlingen, at bruk av kommersielle aktører sannsynligvis vil virke kostnadsdrivende og at bruk av slike aktører ikke passer inn i kulturen i sykehusene. Disse synspunktene gjelder sertifisering av selve kjernevirksomheten i pasientbehandlingen. Grappa er likevel åpen for at sertifisering, også med bruk av kommersielle aktører, kan være hensiktsmessig i deler av virksomheten, som for eksempel laboratoriedrift og billeddiagnostikk.

Erfaringer med Nokuts arbeid i universitets- og høyskolesektoren ble brukt som utgangspunkt for diskusjonen. Det var med bakgrunn i disse enighet om at det er behov for et system som stiller krav om at ledere ”leverer” kvalitet, men det ble lagt stor vekt på at det er krevende å implementere sertifiseringsordninger på en måte som kommer i reelt inngrep med kvaliteten i pasientbehandlingen. Grappa var skeptisk til å blande tilsyns- og sertifiseringsfunksjonen, og fraråder derfor modell 2.1. (Statens helsetilsyn som sertifiseringsinstans). Det ble vist til positive erfaringer med de regionale helseforetakenes internkontroll, og med bakgrunn i dette syntes et flertall å samle seg bak modell 2.2. hvis sertifisering skal innføres. Det ble vist til positive erfaringer med fagfellevurderingene som benyttes av de medisinske spesialitetskomiteene ved godkjenning av sykehusavdelinger for spesialistutdanning av leger, og det ble diskutert om det kan være mulig å videreutvikle modell 2.2 slik at denne tilnærmingen inkorporeres.

Ledelse i sykehus

Grappa tok her utgangspunkt i notatet fra Nasjonal ledelsesutvikling, og stilte seg generelt bak de beskrevne prinsippene for god ledelse og lederutvikling. Et flertall vurderte imidlertid innholdet som lite konkret og for lite i kontakt med de hverdagslige lederutfordringene i sykehus.

Gjennomgående versus stedlig ledelse ble diskutert og det var enighet om at begge løsninger har fordeler og ulemper. Grappa mener at sykehus er dynamiske organisasjoner der endringsbehovene varierer over tid, og asynkront sykehus imellom. Det vil derfor variere med tid og sted hvilken modell som er best.

Grappa diskuterte også lederes kontrollspenn og antall ledernivåer i sykehusene. Det ble her pekt på at få nivåer gir store kontrollspenn, og omvendt at redusert kontrollspenn forutsetter flere nivåer. Igjen er det fordeler og ulemper med begge løsninger, og etter grappas mening sannsynligvis varierende med tid og sted hva som er mest hensiktsmessig. Grappa mener derfor at Nasjonal helse- og sykehusplan ikke bør bli for konkret i disse spørsmålene.

Grappa var enig i at det bør satses strategisk og systematisk på lederutvikling på alle nivåer i sykehusene. Det var også enighet om at utfordringene er størst på det nærmeste ledernivået og om at det derfor særlig er ledere på grunnplanet i organisasjonen som har behov for bedre kompetanse og lederstøtte.

Oppsummering

Grappa fant det generelt krevende å diskutere og komme frem til klare anbefalinger rundt de aktuelle temaene. Flere av grappas medlemmer uttrykte bekymring for at sterkere nasjonal styring av kvalitetsarbeidet kan gi økt byråkratisering uten reell kvalitetsforbedring i pasientbehandlingen, mens andre mente at sterkere nasjonal styring er nødvendig for å utvikle jevn og forutsigbar kvalitet samt likeverdige tilbud.

Når det gjelder eventuell innføring av nasjonale kvalitetskrav for spesialiserte behandlingstjenester, så fraråder grappa den danske modellen. Det var ellers delte meninger om hvorvidt modell 1 eller 3 var å foretrekke. Et flertall mente at det er behov for mer nasjonal styring, og foretrakk modell 3, mens et mindretall mente at det er tilstrekkelig å forbedre styringen i regionene, og anbefalte modell 1.

Grappa var skeptisk til innføring av sertifisering og frarådet modeller der dette gjøres av eksterne kommersielle aktører (modell 3) eller Statens helsetilsyn (modell 2.1.). Hvis sertifisering skal innføres, anbefaler et flertall modell 2.2. der man bygger på dagens internrevisjoner i de regionale helseforetakene som sertifiseringsinstans. Det ble diskutert om denne modellen kan videreutvikles til å inneholde fagfelleevaluering og/eller fagrevisjoner.

Grappa var enig i at det bør satses strategisk og systematisk på lederutvikling. Det var enighet om at utfordringene er størst på det nærmeste ledernivået og om at det derfor særlig er ledere på grunnplanet i organisasjonen som har behov for bedre kompetanse og lederstøtte. Grappa mener at løsninger på kontroversielle spørsmål som for eksempel gjennomgående versus stedlig ledelse og kontrollspenn versus antall ledernivåer, vil måtte variere med tid og sted, og fraråder derfor at Nasjonal helse- og sykehusplan blir konkret i slike spørsmål.