

Kvalitet i helsetenesta. Forståing og rammeverk

Notat til Helse- og omsorgsdepartementet

Januar 2006

Føreord

Arbeidet med dette notatet kom i stand ved at Avdeling for spesialisthelseteneste i Helse- og omsorgsdepartementet ba Helse Vest RHF og underteikna om synspunkt på temaet kvalitet i norsk spesialisthelseteneste. Av mandatet for arbeidet går det fram at føremålet primært er å ”gi innspill av konseptuell og prinsipiell karakter og bidra med kunnskap på feltet” og ”komme fram til overordnet ramme for arbeidet med kvalitet og prioritering”.

Refleksjonane og tankane i notatet er eit resultat at fleire års interesse for temaet kvalitet i helsetenesta. Det har ikkje vore leita systematisk etter litteratur eller annan dokumentasjon, men det er ei erkjenning at det finns mykje kunnskap og tenkning om feltet internasjonalt. Notatet er ein freistnad på å lage eit system av kunnskapstilfanget eg set med for betre å kunne forstå kva kvalitet i helsetenesta er og for betre å kunne målrette det praktiske arbeidet med kvalitet i helsetenesta.

Under arbeidet har eg hatt ei RHF-oppnevnd gruppe (utpeika av dei administrerande direktørane) å ”spele ball med”. Desse har vore

- Direktør Finn Henry Hansen, Helse Nord RHF
- Professor Olav Helge Førde, Universitetet i Tromsø (tidlegare styreleiar i Helse Nord RHF)
- Viseadministrerende direktør Gunnar Bovim, St. Olavs Hospital, Trondheim (Helse Midt RHF)
- Viseadministrerende direktør Stener Kvinnsland, Helse Bergen HF (Helse Bergen RHF)
- Kst. fagdirektør Kristin Lossius, Helse Øst RHF
- Kst. fagdirektør Jon Haffner, Helse Sør RHF

Gruppa har vore samla til to heildagssamlingar der og sakshandsamarar frå Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har vore med (ikkje alle har vore med på begge samlingane).

Notatet er eit samla resultat av arbeidet. Notatet har vore på sirkulasjon for kommentarar og synspunkt. Dokumentet er likevel mitt ansvar, og kan ikkje takast som eit omforeint synspunkt som bind deltakarane i gruppa til bestemte synspunkt eller løysingar. Notatet kan heller ikkje oppfattast som eit offisielt synspunkt frå leiinga i Helse Vest RHF (ut over det som er referert frå styrevedtak). Epilogen i dokumentet kom til i slutfasen og har ikkje vore diskutert.

Eg takkar gruppa for spennande og viktige diskusjonar, og HOD sine medarbeidarar (spesialisthelsetenesteavdelingen) for venleg mottaking, mange og gode diskusjonar, og for nyttig realitetsorientering.

Stavanger / Oslo januar 2006.

Odd Søreide

I. Innleiing

Helseforetakslova (Ot.prp. nr. 66 (2000-2001)) har i kap. 2.7 "Prioriterte tiltak innenfor reformen" sett fokus på kvalitet i spesialisthelsetenesta. Dette er følgt opp i ein seinare og meir utfyllande rapport (2001) frå Helse- og sosialdepartementet ("*Sykehusreformen – noen eierperspektiver*"). I denne rapporten (kap. 3) går det fram at eit viktig formål med reforma var å gjere eit godt sykehusvesen enno betre. Arbeid med kvaliteten skal bidra til dette, ma. ved å konvertere kunnskap og kompetanse til kvalitet.

Rapporten peikar på at vi i arbeidet med kvalitet i helsetenesta i større grad må fokusere på "hva vi faktisk oppnår av helsegevinst" i helsetenesta. Det er vanskeleg å sjå at dokumentet er blitt følgt opp eller er brukt i særleg grad.

Det er ei erkjenning at ein ikkje har oppnådd det ein har tenkt seg når det gjeld arbeid med kvalitet både nasjonalt og regionalt. Det er nok mange årsaker til dette, men ei årsak er at ein ikkje har makta å få med seg fagmiljøa i arbeidet slik at dei får ei forståing for og eit eigarskap til overordna nasjonale målsettingar.

Dei regionale helseforetaka har hatt ulike tilnærmingar til og fokus på arbeidet med kvalitet i sine regionar. Det er ikkje mogeleg å sei at den eine tilnærminga er betre enn den andre. Skilnadane går på forståing og bruk av verkemiddel, og ikkje minst korleis arbeidet med kvalitet kan knytast opp til arbeidet med internkontroll.

Sosial- og helsedirektoratet har i 2005 utforma ein ny nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetenesta ("*... og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*"). Det er formulert 6 strategiske mål, og det er planar om å utarbeide handlingsplanar for å følgje opp strategien. Strategien fokuserer og på innhaldet i tenestetilbodet, men synes å vere mindre godt forankra gjennom eigarlinja i foretaksstrukturen.

Tenkinga omkring og arbeidet med kvalitet i helsetenesta tek ofte utgangspunkt i einskilde aktørar sine personlege synspunkt som og kan spegle ulike profesjonstilnærmingar. Ein annan refleksjon er at konsulentmarknaden har vore aktive på dette feltet, ofte utan ein ser ein sikker kunnskapsbase eller emperi for aktiviteten. Eit eksempel på det er TQM-rørsla (TQM=Total Quality Management) på 1990-talet som mange sjukehus satsa stort på, men som ikkje har sett varige spor i helsetenesta i Noreg.

Arbeidet med kvalitet har likevel ein tung internasjonal kunnskapsbase. Mykje av dette er initiert og samla av dei amerikanske institusjonane Agency for Health Care Research and Quality (www.ahrq.gov) og Institute of Medicine (www.iom.edu). Ma. har Institute of Medicine dei siste 5-6 åra utgjeve 13 store rapportar under overskrifta "*The IOM Health Care Quality Initiative*¹" og 2 nye er venta.

Den amerikanske Institute of Healthcare Improvement (IHI)² med den karismatiske leiaren Donald Berwick har og arbeid både nasjonalt og internasjonalt med tenking og initiativ både iht. kvalitet og iht. tryggleik (safety). Han har hatt eit godt samarbeid med Den Norske

¹ <http://www.iom.edu/focuson.asp?id=8089>

² <http://www.ihl.org/ihl>

Lægeforening og har bidratt til legeföreningen si satsing på gjennombruddsmodell-metoden og -tenkninga³.

Notatet vil heller ikkje omtale konkrete nasjonale kvalitetsmodeller eller strategiar, for eksempel satsinga på kvalitet i England⁴ eller den danske kvalitetsmodellen⁵.

³ Gjennombruddsmodellen er eitt instrument eller verkemedel i praktisk arbeid med kvalitet i den praktiske helsetenesta.

⁴ "A First Class Service. Quality in the New HHS" (1997)

⁵ "Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvesenet – Modelbeskrivelse", Sundhedstyrelsen 2004 (www.kvalitetsmodel.dk).

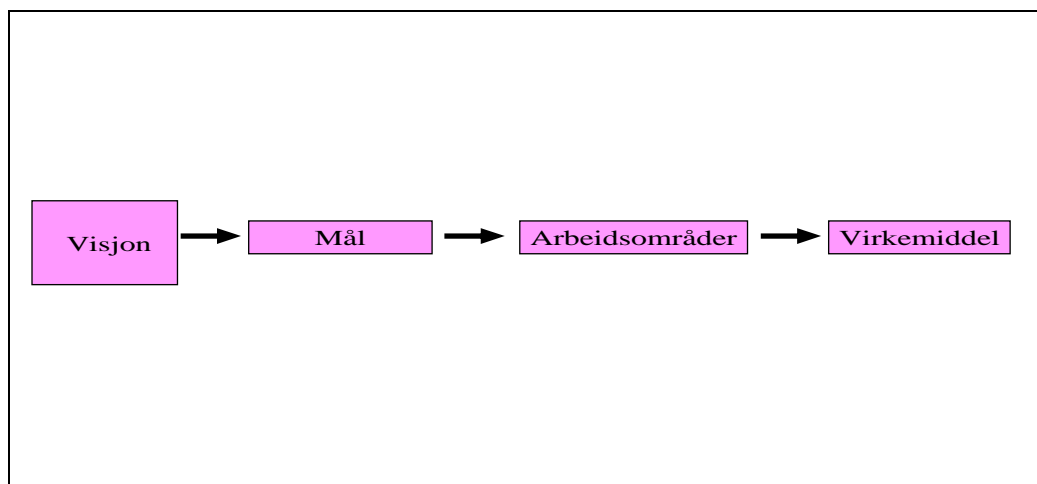
II. Konseptuell ramme for arbeid med kvalitet

Diskusjonar om kvalitet i helsetenesta tek ofte utgangspunkt i kva verkemiddel ein skal bruke i arbeidet. Dette bør endrast. Samfunnet og fagmiljøa må avklare kvifor arbeid med kvalitet er viktig og kva ein vil oppnå. Figuren gjev eit rammeverk for slik klargjering.

Ein bør i større grad enn nå klargjere

- Kva er innhaldet i og formålet med arbeidet med kvalitet (visjonen)
- Kva slags resultat vil ein oppnå (mål)
- Kva slags spesifikke arbeidsområder kan ein identifisere og som kan understøtte målsettingane
- Kva verkemiddel skal ein bruke.

I dette dokumentet vil ein primært omtale dei tre første punkta.



Kva er kvalitet i helsetenesta – kva er visjonen?

Norsk Standard (NS-EN ISO 9000:2000) definerer kvalitet på følgjande måte: ”Kvalitet er i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav”. Kvalitet er derfor ein eigenskap ved ei teneste eller verksemd.

Ein slik definisjon er generell og var primært utvikla for annan verksemd. Spørsmålet er om den let seg formidle inn og blir forstått i helsetenesta i høve til pasientane eller brukarar. Skal helsetenesta verte betre må ein i større grad ha fokus på formålet med kjerneverksemda slik det kjem til uttrykk i ”Sykehusreformen – noen eierperspektiver”.

Office of Technology Assessment, US Congress og Academy of Sciences i USA har utforma ein definisjon av kvalitet i helsetenesta der det heiter (mi oversetting):

”Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer av aktivitet og tiltak i helsetenesta aukar sannsynlegheita for ein ønskt helsegevinst for individet og for grupper av individ, gitt dagens kunnskap”⁶

⁶ “Degree to which the processes of care (specific health interventions) increase the likelihood of desired health outcomes for individuals and populations, given current knowledge”. Liknande definisjon er formulert av

Denne definisjonen kan utformast med litt ulik ordbruk, for eksempel på bokmål

”Kvalitet omhandler i hvilken grad aktiviteter og tiltak i helsetjenesten øker sannsynligheten for at individer og grupper i befolkningen får en ønsket helsegevinst, gitt dagens kunnskap”.

Omgrepet *helsegevinst* dreier seg ikkje berre om å redde liv eller forlenga livstid (som ikkje er eit relevant mål for helseutbytte for dei fleste sjukegruppene). For dei fleste er betra funksjonsevne og livskvalitet, betre meistring og det å unngå utilsikta hendingar etter medisinsk handsaming meir relevant.

Definisjonen av kvalitet viser og at kvalitet ikkje er ein statisk storleik. Kunnskapen endrar seg kontinuerleg; vi har mange eksempel på at det som var god kunnskap og praksis i ein tidsperiode, i ettertid viser seg å vere av dårleg kvalitet fordi ny kunnskap kjem til.

Institute of Medicine peikar på at ”ønskt helsegevinst” (“desired health outcomes”) inneber eit tydeleg pasientfokus (“consumer perspective”). IOM peikar likevel på avveginga mellom individ og grupper i befolkninga; det er ikkje nok at enkeltindivid får eit helsetenestetilbod som dei sjølv meiner er det beste dersom det same tilbodet for grupper ikkje viser seg å gje helsegevinst. På same måte må individet sine ønskjer måtte brynast mot det som er kunnskapsstatus på feltet, det er ikkje sikkert at alt som vert etterspurt eller vert tilbode gjev ein helsegevinst.

Den *strategiske målsettinga* med arbeidet med kvalitet slik det er formulert i Sosial- og helsedirektoratet sin kvalitetsstrategi er at helsetenestene (sitat)

- er virkningsfulle
- er trygge
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt⁷

Institute of Medicine, USA (ein regjeringsfinansiert tenke-tank). Disse definisjonane byggjer i stor grad på den definisjon av kvalitet som grunnleggaren av kvalitetstenkinga i helsevesenet Avedis Donabedian formulerte i 1980; *”Quality is seen as a property of the medical care process and is defined as ”the expected ability [of care] to achieve the highest possible net benefit according to valuations of individuals and society”*

⁷ Disse målsettingane er like dei som er formulert av *Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, USA* der det heiter at tenestene skal vere

- Safe – avoiding injury
- Effective – service based on scientific knowledge
- Patient-centered – respectful and responsive
- Timely – reduce waits and harmful delays
- Efficient – avoiding waste
- Equitable – care that does not vary in quality

Tilsvarande målsettingar (“What we will accomplish”) vert også brukte av Institute of Healthcare Improvement (<http://www.ihl.org/ihl>),

Definisjonen av kvalitet og målsettingane med kvalitetsarbeid slik det er omtala her går rett inn i kjerneverksemda i spesialisthelsetenesta. Slik vil både overordna beslutningsnivå, pasient og helsearbeidar kunne einast om kva arbeidet med kvalitet omhandlar.

Amerikanaren Avedis Donabedian har vore ein føregangsmann for å gje omgrepet kvalitet ei analytisk ramme. Han delar kvalitet inn i tre komponentar (struktur, prosess, resultat) som kan uttrykkast. Dette rammeverket vert ikkje omtala her.

Nasjonale og regionale føringar

Føringar ligg i føretakslova, i dokumentet ”*Sykehusreformen – noen eierperspektiver*” , i St.prp. nr 1 (2004-2005) og i St.prp. nr 1 (2005-2006) og nasjonale strategidokument. Vi veit vidare at eigar arbeider med planar for å styrke arbeidet med kvalitet i spesialisthelsetenesta. Dette vil kome i tillegg til krava som tidlegare er gjeve med omsyn til internkontroll i føretaka.

Sosial- og helsedirektoratet har som omtala utforma ein kvalitetsstrategi for helse- og sosialtenesta. Strategiplanen ser ut til å skulle vidareførast med handlingsplanar på prioriterte områder. Sjølv om det kan seiast mykje godt om denne planen, er det likevel eit faktum at arbeidet og planen er mindre godt forankra i eigarlinja og i fagmiljøa. Dette er ein brist, utan medverknad og forankring vert inn- og gjennomføring unødvendig vanskeleg.

III. Føringer for arbeid med kvalitet

Arbeidet med kvalitet i helsetenesta må utformast slik at ein engasjerar og får med seg dei tilsette på alle nivå i spesialisthelsetenesta. Planen må dermed fremje langsiktig kulturbygging – ei allereie god helseteneste skal bli enno betre.

Kvalitet vert skapt av dei tilsette i helsetenesta. Dei må huse eigarskap til ein slik visjon og plan. Med føretaksorganiseringa av norsk spesialisthelseteneste, må eigar (HOD), og deretter RHFa (styret og den administrative leiinga) ha eit overordna ansvar for at arbeidet med kvaliteten i tenesta får den merksemd det krev og at det vert utarbeid plandokument. Arbeidet med kvalitet må vere realistisk, og ikkje minst, må visjon og planarbeid gje arbeidet ei retning.

Sentrale føringar

Ein plan for arbeid med kvalitet kan bygge på desse føresetningane:

- Planen må ha eit sterkt fokus på pasientane og på kjerneverksemda.
- Planen må gje grunnlag for kontinuerlig forbetring av tenesta og tenestetilbodet og stimulere til dei endringane som er grunnlaget for forbetring.
- Planen må legge grunnlaget for langsiktig kulturbygging.
- Den må vere generell og almenyldig på den måten at alle områder i spesialisthelsetenesta kan arbeide etter same lest.
- Planen må ta omsyn til dynamikken og utviklinga i dei faglege metodane (tilbodet) som vert nytta i helsetenesta og i ny kunnskap, inkludert det å kunne handtere alt det nye som kjem (jf. definisjonen av kvalitet gitt tidlegare).
- Planen må og vere fleksibel i høve til nye lover, forskrifter eller andre myndigheitskrav og lett kunne sette endringar inn i eit allereie velfungerande system.

Det må leggast til grunn at ein slik plan gjennom målsettinga om å luke ut uverksame og skadelege tenester, kan vere eit viktig verktøy for betre ressursstyring.

IV. Dei tematiske områda for arbeid med kvalitet

Arbeidet med kvalitet skal først og fremst bidra til å fremje helse i brei forstand. Målsettingane med kvalitetsarbeid er beskreve i strategiplanen til Sosial- og helsedirektoratet, men arbeidet kan tematisk ”spissast” noko. Arbeidet kan omhandle følgjande 5 områder; kunnskap, pasient- og brukarfokus, pasienttryggleik, resultatmonitorering (data; indikatorar) og internkontroll.

Kunnskap

God og oppdatert kunnskap er naudsynt i ei tid der faren for informasjonsdrukning både for pasient og helsearbeidar er overhengande. Vidare er

- God kunnskap naudsynt for å fremje helse, ma. gjennom kunnskapsbasert praksis i førebygging, diagnostikk, behandling (inkludert pleie- og omsorg), og rehabilitering.
- Kunnskap er naudsynt for god rådgjeving av pasientar, pårørande og befolkninga.
- God kunnskap bidrar til at vi unngår overforbruk av helsetenester, i å få underforbruk (som hindrar pasientane i å få effektive helsetilbod) eller feilbruk (som fører til skader og utilsikta hendingar). Kort sagt – vi må ha ein helsegevinst som følgje av investeringane (”value for money”).
- Kunnskap er naudsynt for rettidig (dvs. ikkje for tidleg) innføring av nye metodar (teknologi) på ein systematisk måte.
- Kunnskap er naudsynt for utfasing av metodar som det ikkje lenger er bruk for fordi dei er mindre effektive enn nyare metodar, eller dei er unødvendig ressurskrevjande eller at dei kan ha utilsikta biverknader.
- Kunnskap er ein føresetnad for god prioritering slik prioriteringsforskrifta er uforma (metodane ein brukar skal vere effektive, dvs. gje ein helsegevinst, og det skal vere eit rimeleg forhold mellom effekt og kostnad).
- God kunnskap er grunnlaget for retningslinjer.
- Kunnskap er naudsynt for å fastsette mål for kvalitet (standardar; sjå seinare).
- Kunnskap er nødvendig for god fordeling av ressursane i helsetenesta.
- God kunnskap er og naudsynt for lindrande behandling og omsorg mot livets slutt

Vi treng og ein breiare kunnskap (metakompetanse) som føresetnad for å forstå samanhengar og system, ikkje minst iht. til dei rammesettande vilkåra.

Pasient- og brukarfokus.

Pasient- og brukarfokus inneber sjølvstakt at vi skal yte god service og levere helsetenestene med empati og forståing. Det er ein del av profesjonaliteten i det å vere helsearbeidar. Det har og vore ei politisk målsetting at ein regelmessig sørgjer for å få uttrykk for kor godt nøgde pasientane er med tenesta (pasienterfaringsundersøkingar) sjølv om vi framleis har mykje utviklingsarbeid framfor oss på dette feltet. Men like viktig er det at

- Helsetenestene er tilgjengelege når pasientane treng dei.
- At ventetidene ikkje skal vere urimelege eller skadelege.
- At helsetenestetilbodet er samordna og gjev kontinuitet i helsetenestetilbodet når det trengs.

- At medverknad og medbestemmelse vert integrert i beslutningsprosessane som skjer i helsetenesta.
- At pasientane møter helsepersonell med god kompetanse og med rett kompetanse.

Slik sett er pasient- og brukarperspektiv ikkje berre knytt til relasjonelle tilhøve som svar på uttrykte behov eller ønskjer, men i like stor grad knytt til organisatoriske problemstillingar, som samhandling i spesialisthelsetenesta og mellom nivåa i helsetenesta, og i planlegging og gjennomføring av aktivitetar.

Institute of Medicine har og peika på at pasient- og brukarfokus må relaterast til dei helsebehova desse har over eit livsløp⁸. Behova er:

- Forbli friske ("Staying healthy"); og går ikkje det
- Verte frisk ("Getting better"); og går ikkje det
- Leve med sjukdom eller lyte ("Living with illness or disability"); og seinare
- Meistre slutten av livet ("Coping with the end-of-life").

Institute of Medicine har og utvikla eit konsept for arbeid med kvalitet som inneheld 2 dimensjonar; dei sentrale komponentane i kvalitetsomgrepet, og pasient- og brukarperspektivet. IOM legg til grunn at denne klassifikasjonsmatrix (sjå figur) er eit verkemiddel for å synleggjere korleis arbeidet med kvalitet kan utformast.

Institute of Medicine 2001

Consumer Perspectives on Health Care Needs	Components of Health Care Quality			
	Safety	Effectiveness	Patient centeredness	Timeliness
Staying healthy				
Getting better				
Living with illness or disability				
Coping with the end of life				

"conceptual framework should address two dimensions"

⁸ "Envisioning the National Health Care Quality Report", Institute of Medicine, National Academy Press, Washington DC 2001 (<http://bob.nap.edu/html/envisioning/notice.htm>)

Pasienttryggleik

All diagnostikk og behandling (inkludert pleie) inneber ein risiko for utilsikta hendingar (skader, komplikasjonar, biverknader). Dette er eit universelt fenomen som ikkje berre skjer i dei operative fagområda, men også ved medikamentell eller annan ikkje-kirurgisk behandling. Vi veit og at nokre pasientar vil døy som følgje av medisinsk behandling og pleie (behandlingsrelaterte dødsfall).

Den internasjonale terminologien for slike fenomen er *utilsikta hendingar* (adverse events). Dette skil seg frå den juridiske terminologien som er *skade*, og den medisinske som er *komplikasjonar og biverknader*. Den mykje brukte internasjonale definisjonen på utilsikta hendingar er

- **Adverse events**
 - caused by medical management
 - untoward, undesirable or detrimental
 - impact on patient
 - cause is a healthcare process (e.g. omission, commission) rather than natural process of disease

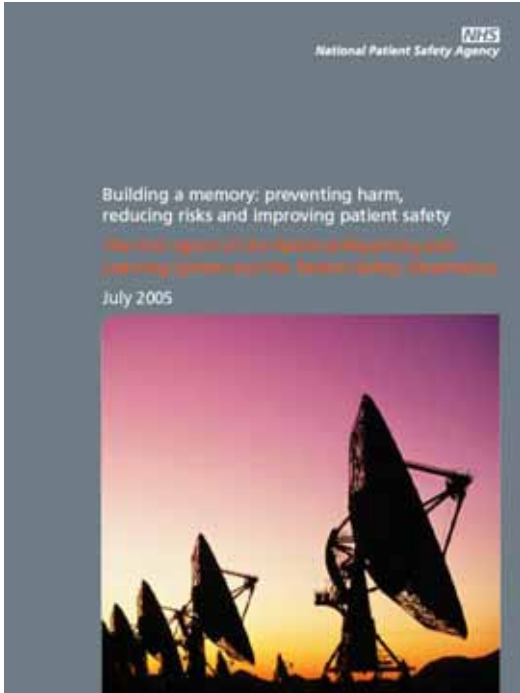
Det ligg føre ei rekke internasjonale undersøkingar som gjev eit nokså eins bilde av omfanget av utilsikta hendingar i helsetenesta. Den internasjonale interessa for slike spørsmål blei først og fremst utløyst av boka "*To Err is Human. Building a Safer Health System*" utgjeven av Institute of Medicine, USA i 2000⁹. I Noreg har Peter Hjort oppsummert dei internasjonale erfaringane (med unntak av rapporten frå Canada). Frå Norden ligg det føre ein rapport frå Danmark (inkludert i Hjort sin rapport). Sjølv om tala varierer noko (og som for ein del vert skulda ulike definisjonar av dei ulike typane utilsikta hendingar), er det ei rimeleg vurdering at frekvensen ligg i underkant av 10%. (denne omtalen er basert på tilhøva i somatikk. Det er ikkje leita systematisk etter tilsvarende tal [om det finns] frå psykiatri)

Størst merksemd har vore knytt til talet på dødsfall, ma. meiner Peter Hjort at det skjer ca. 2000 behandlingsrelaterte dødsfall årleg i norske sjukehus. Seinare undersøkingar basert på andre tilnæringsmåtar og analyser, gjev langt lågare tal. Dette gjeld ma. data frå det engelske National Patient Safety Agency (NPSA)¹⁰ og frå det amerikanske Pennsylvania Safety Authority¹¹ (begge rapportane er publisert i 2005). Figuren under gjev tala frå NPSA.

⁹ Fulltekstutgåva er tilgjengeleg på www.nap.edu/readingroom.

¹⁰ <http://www.npsa.nhs.uk>. Rapporten finns på http://www.npsa.nhs.uk/site/media/documents/1280_PSO_Report.pdf.

¹¹ http://www.psa.state.pa.us/psa/lib/psa/annual_reports/psa_annual_report_for_2004_-_final_elec_version.pdf



**Analyse av 85.342 hendelser
(nov. 2003 - mars 2005)**

**"The figure of 840 deaths was
much lower than previous
estimates of 40.000 a year"**

Det vil sjølvsagt kunne diskuteras om tala som vert brukte er rette, og om det er ei god tilnærming å gje tal som er usikre og som ikkje utan ein viss dramaturgi er eigna til å skape redsle både hos pasientar og i befolkninga.

Realiteten er likevel at mange (relativt sett) opplever utilsikta hendingar knytt til handsaming i helsetenesta, at nokre pasientar vil plagast med etterverknader i kortare eller lengre tid, og at nokre dessverre vil dø. Moderne medisin kan bidra til betre helse, kan berge liv og utsette død, kurere sjukdom og gjev betre livskvalitet og funksjon. Men moderne medisin er også potensielt skadeleg slik det og er påpeika og diskutert (sjå figur).

Det kan vere eit inntrykk at skadar og liknande oftast skjer iht. større behandlingar/operasjonar. Det må likevel peikast på at slike ting også rammar rutineverksemda i spesialisthelsetenesta. Og utilsikta hendingar er ikkje berre eit fenomen etter operativ verksemd eller etter andre invasive prosedyrar.

Internasjonalt er det ein aukande forståing for og innsikt i biverknader (skader) ved legemiddelbruk. Hovedutfordringa her er polyfarmasi, dvs. det at pasientar brukar fleire legemiddel samstundes. Dette aukar risikoen for legemiddelinteraksjonar og biverknader/skader som følgje av det. Her har Sentralsykehuset i Akershus (medisinsk avdeling) tilført ny og viktig kunnskap.

Medisinen



- "Medicine used to be simple, ineffective and safe. Now it is complex, effective and dangerous"

Skader og utilsikta hendingar i helsetenesta vert gjerne framstilt som "tabbar" eller som individuell svikt. Det blir og skapt eit bilete av at slikt kan unngåas berre vi er "flinke nok". Slike oppfatningar er ikkje i tråd med internasjonal vitskapleg kunnskap.

Vi veit at ca. *halvparten av skader i sjukehus kan førebyggast*, for eksempel ved god organisering, gode rutinar, systematikk og ved teamarbeid, og ved bruk av hjelpemiddel som IT. Sjølvstakt gjer helsepersonell feil, men vi må legge arbeidet slik til rette at individuell svikt vert fanga opp før svikten får konsekvensar.

Det er reelle farar knytt til medisinsk handsaming. Men ofte for slike realitetar kan i verste fall føre til at vi lar vere å gje pasientane verksam, men risikabel behandling. For pasientane ville det vere ein uheldig situasjon. Det må takast kalkulererte sjansar dersom potensialet for helsegevinst er reelt og sjukdomen er alvorleg. Dette forstår pasientane. Men vi treng å vere opne om slike spørsmål.

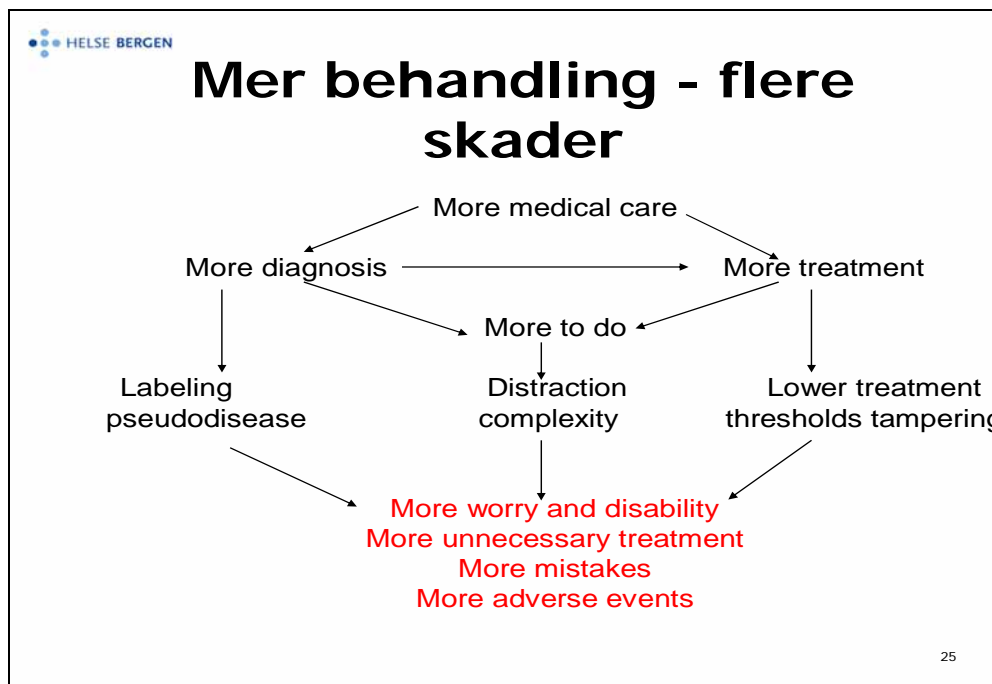
Ei satsing på kvalitet må ha eit tydeleg fokus på pasienttryggleik. Det er og ei påminning at auka behandlingsaktivitet nærmast automatisk vil føre til fleire skade – meir behandling gjev fleire utilsikta hendingar som hovudregel. Figuren nedanfor oppsummerer ein analyse og omtale av dette i JAMA i 1999¹².

For nærare omtale om skader i sjukehus eller det som internasjonalt vert kalla utilsikta hendingar (adverse events) viser eg ma. til AHRQ og IOM sine heimesider. Systematiske tiltak og ssamarbeid for å redusere talet på utilsikta hendingar eller dødsfall finn ein ma. hos The Leapfrog Group¹³, Institute of Health Improvement (The 100K Lives Initiative¹⁴), eller hos Veterans Health Administration National Center for Patient Safety¹⁵.

¹² JAMA 1999;281:446-453

¹³ <http://www.leapfroggroup.org/>.

¹⁴ <http://www.ihl.org/IHI/Programs/Campaign/>.



Monitorere (måle) resultatene (indikatorer)

Grunnlaget for i det heile å kunne sei noko om kvaliteten er at den kan uttrykkast i storleikar som kan målast. Data om slike er og naudsynte som grunnlag for forbetring.

Talfesta storleikar som uttrykk for kvalitet vert ofte omtala som *indikatorar*. Ein indikator kan definerast som operasjonelle målingar, som ein reiskap for å måle eller eit målbart uttrykk som gir indikasjonar, eller tilsvarande.

I dette notatet vil eg føreslå at definisjonen av ein indikator formulert av Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations¹⁶ (USA) vert lagt til grunn:

Indikator - ein statistisk verdi som gir ein indikasjon på korleis prosesser fungerer, eller om bestemte resultat er oppnådd.

Både WHO, OECD og Nordisk Ministerråd i tillegg til fleire ”tenke-tankar” (RAND Corporation, Commonwealth Fund International Working Group on Quality Indicators, Health Foundation [UK] og andre) har engasjert seg i utvikling av indikatorar til bruk i helsetenesta.

Sjølv om det internasjonalt er brei semje om dei krav som må stillast til slike indikatorar (som ikkje vert omtala her)¹⁷, er det likevel usikkert om alle initiativa for utvikling og bruk av

¹⁵ <http://www.patientsafety.gov/>.

¹⁶ <http://www.jcaho.org>.

¹⁷ Audit Commission i England har stilt følgjande krav til indikatorar (sjå kap. VI): Relevance, Clear definitions, Easy to understand and use, Comparable, Verifiable, Cost-effective, Attributable, Responsive, Avoid perverse incentive, Allow innovation, Statistically valid, Timely, Unambiguous

indikatorar har god nok fagleg og vitskapleg forankring, eller opplevast like nyttige på alle nivå i helsetenesta.

Slike indikatorar vert henta inn eller er konstruerte frå fleire kjelder. Indikatorar kan utformast på bakgrunn av

- Data fra pasientadministrative nasjonale register.
- Andre nasjonale registre, for eksempel sjukdomsregistre som Kreftregisteret eller Dødsårsaksregisteret.
- Nasjonale kvalitetsregistre (for eksempel Leddproteseregisteret i Bergen). (RHFa har til dømes fått i oppdrag å opprette eit nytt nasjonalt kvalitetsregister kvar dei 2 siste åra).
- På nokre områder finns det europeiske eller internasjonale registre (for eksempel European Liver Transplant Registry (ELTR; lokalisert i Paris).
- Andre regionale eller lokale kvalitetsdatabaser eller sjukdomsregister.
- Manuelt innsamla data som vert rapporterte samla (jf. nokre av dei nasjonale kvalitetsindikatorane)

Ein indikator kan og brukast for å uttrykke førehandsbestemte krav eller standarder (grunnlaget for utforming av standarder vil verte omtala seinare). Arbeidet med indikatorar er krevjande, og systema som er utvikla for dette er framleis i ein startfase. Det vil krevje mykje av IKT-infrastruktur for å realisere intensjonane ein har på dette området.

Kvalitets- eller ytelsesindikatorar (performance indicators)?

Bruk av indikatorar er eit sentralt verkemiddel i arbeidet med kvalitet i helsetenesta. I Noreg brukar ein ofte omgrepet kvalitetsindikator. Internasjonalt finn ein derimot 2 omgrep; *kvalitetsindikator* og *ytelsesindikator (performance indicator)*¹⁸).

Figuren viser eit utsnitt av data frå National Health Services (NHS) i England (2000) der det framgår at begge omgrepa vert brukte. Er det mogeleg å skilje mellom dei to?

¹⁸ Performance kan oversettast med ytelse



Bruk av ytelsesindikatorar (performance indicators) i offentlig verksemd har ei historie som går minst 20 år tilbake i tid. Det dreier seg om styring av offentlig verksemd der bruken av ytelsesindikatorar inneber ei indirekte styringsform. Tilsvarande tenkning finn ein og innan ”new public management”-tilnærminga eller -rørsla.

England har i stor grad nytta ytelsesindikatorar for styring av helsetenesta, og indikatorane gjev ma. grunnlaget for kategoriseringa av engelske sjukehus i ”stjerne-klassar” (”Star rating”).

Ei full utgreiing av temaet ligg utanfor mandatet for dette arbeidet. Forskjellen mellom kvalitetsindikator og ytelsesindikator er først og fremst knytt til bruken. Bruk av indikatorar i helsetenesta sjølv (dvs. i praksisfeltet) og med den overordna målsettinga som er gjeve her for arbeidet med kvalitet, har gjerne omgrepet kvalitet knytta til seg. Bruk av indikatorar på meir overordna nivå vert omtala som ytelsesindikatorar (performance indicators). Figuren under gjev eit grafisk bilde av skilnaden og formålet med bruk av indikatorar på dei to nivåa.

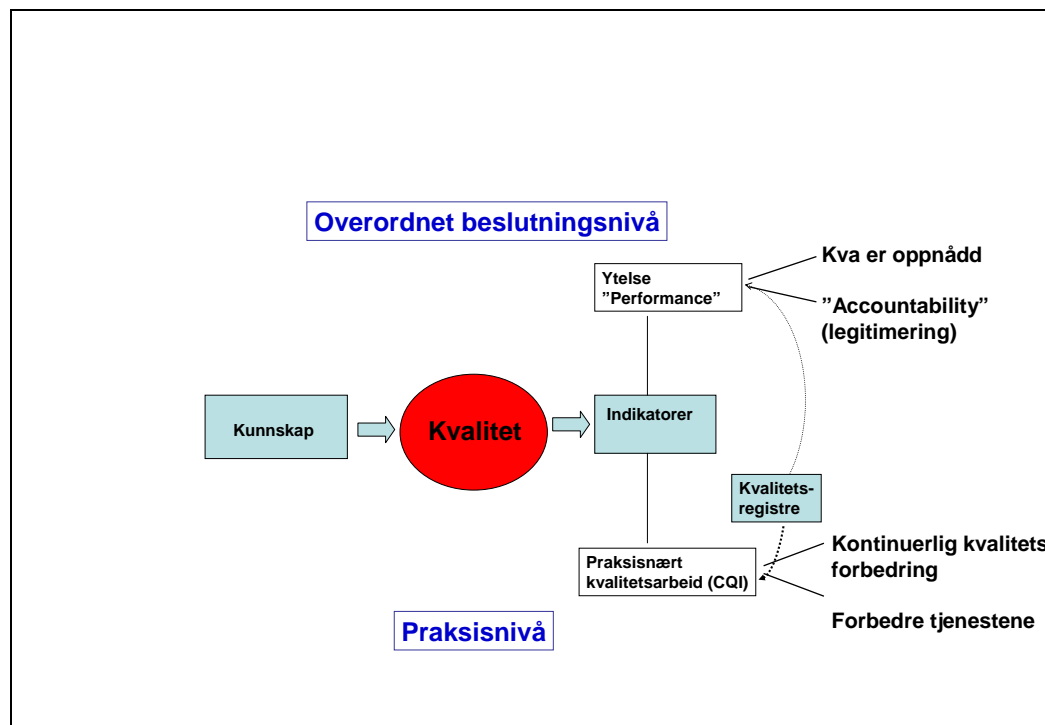
Bruken av ytelsesindikatorar kan tene fleire formål:

- Som legitimering av ytelsane i helsetenesta
- Synleggjering av kva ein har oppnådd
- For styringsformål. Det kan settast standardar og krav som skal innfriast
- Som ”overvåking” av tenesta
- For samanlikning av verksemder (avdelingar, sjukehus, føretak; jf. arbeidet med ”league tables”, ”star rating” og andre rangeringssystem)
- Som grunnlag for forbetring av den kliniske verksemda (det pasientnære arbeidet).

Først og fremst må bruken av indikatorar knytast til spørsmåla om på kva nivå indikatorane skal brukast og til kva slags formål. På *overordna beslutningsnivå* skal

indikatorane først og fremst brukast til å vise fram kva helsetenesta har oppnådd på nasjonalt nivå (for eksempel overleving ved kreftsjukdom, vaksinasjonsrater, spedbarnsdødelighet), og å vise fram at tenesta skjøttar sitt samfunnsoppdrag på ein god måte.

Denne type ytelsesindikatorar vil ikkje nødvendigvis opplevast som spesielt relevant for praksisfeltet i det daglege pasientretta arbeidet.



Bruk av indikatorar i praksisfeltet vil først og fremst gje grunnlag for kontinuerleg forbetring av klinisk verksemd, eller å sørge for at systemet som ein har ansvar for og er ein del av fungerer best mogeleg.

I arbeidet med indikatorar inngår også pasient- eller andre brukarerfaringsundersøkingar. Slik desse i dag er utforma og brukt med aggregering av resultatata til overordna nivå (føretak, sjukehus), må desse sjåast på som ytelsesindikatorar først og fremst til bruk for det overordna beslutningsnivået (legitimeringsfunksjon). Det vil krevje eit betydeleg utviklingsarbeid for å gjere slike undersøkingar meir nyttige i praksisfeltet (avdeling, seksjon, sengepost).

Det ligg føre gode rammeverk frå ma. England for korleis ein kan byggje opp eit system for ytelses-indikatorar slik at indikatorane samla gjev innsikt i viktige deler av helsetenesta (performance areas; sjå figur). Liknande områder er beskriver frå Australia, Canada og Holland.

Performance areas (UK)

- Health improvement
 - Fair access to services
 - Effective delivery of health care
 - Efficiency
 - Patient / carer experience
 - Health outcomes
-
- **NHS High-Level Performance Framework (1999)**

Medisinske kvalitetsregistre

Medisinske kvalitetsregistre kan vere ei kjelde til indikatorar både på overordna nivå og i praksisfeltet. Helse- og omsorgsdepartementet har som mål at det skal etablerast medisinske kvalitetsregistre innan alle viktige medisinske fagområder. Det finns i dag 36 nasjonale registre, av desse inneheld 33 persondata.¹⁹

I sin natur er medisinske kvalitetsregistre eit virkemiddel for utvikling og forbedring av praksis. I Norden er det Sverige som har satsa mest systematisk på kvalitetsregistre der Sveriges Kommuner og Landsting og Socialstyrelsen har samarbeida for å styrke oppretting og bruk av nasjonale kvalitetsregistre i meir enn 15 år. Registra vert utvikla og drive av representantar for dei yrkesgruppene som sjølv skal bruke data. Det går vidare fram at formålet er primært å fremje god praksis²⁰.

”På de områden dar Nationella Kvalitetsregister skapats står altså instrument till forfogande for alle verksamheter som vill ansluta sig for att løpande folja upp sin sin egen effektivitet och den nytta man skapar for patienterna”.

Ei slik tilnærming står noko i kontrast til dei som hevdar at medisinske kvalitetsregistre skal kunne gje opplysningar til leiinga ved det enkelte sjukehus, til RHFa og sentrale helsemyndigheter, som gjer det mogeleg å få oversikt over og kontroll og styring på kvaliteten på medisinsk behandling. Slike synspunkt kan takast som eit uttrykk for at styrings- og kontrollperspektivet er viktigare enn forbetningsperspektivet slik det er formulert så tydeleg i Sverige.

¹⁹ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesten. ”Medisinske kvalitetsregistre i Norge – identifisering og kartlegging av eksisterende registre” (August 2005).

²⁰ ”Nationella Kvalitetsregister inom hälso- och sjukvården 2005”. Sveriges Kommuner och Landsting 2005 (www.skil.se).

Styrings- eller kontrollperspektivet kan dermed kome i konflikt med det interne forbetningsarbeidet. Utan ei nennsam avveging mellom ulike omsyn, og ein noko distansert myndigheitsinteresse, kan potensialet som ligg i dei medisinske kvalitetsregistra forsvinne. Det er neppe realistisk å tru at myndigheits- eller forvaltningsorgan eller eigarposisjonar på eiga hand kan drive eksisterande registre, eller opprette nye.

Figuren over antyder likevel at det nok kan vere mogeleg å hente ut informasjon eller indikatorar frå dei medisinske kvalitetsregistra som og kan brukast på overordna nivå for dei formål som skal skjøttast der. Dette vil krevje gode og tillitsskapande prosessar.

Det er viktig at nasjonale helsemyndigheiter stimulerer til oppretting av nye kvalitetsregistre på viktige områder. På den andre sida er oppretting og drift av nye registre heilt avhengig av faglig interesse, engasjement og rimeleg nasjonal fagleg konsensus.

Standardar

I den danske kvalitetsmodellen er standardar definert som ”*et sæt af foruddefinerede krav*”. Til standardane er det knytt ei rekke konkrete operasjonelle målingar (indikatorar).

Å måle mot ein gjeven standard vert kalla *audit*, og er eit mykje brukt verkemedel i kvalitetsarbeidet²¹. Konkretisering av standardar har vore eit verkemedel i helsereformene i England ma. knytt til National Service Framework²²-konseptet og i den danske kvalitetsmodellen.

Utfordringa er å utforme grunnlaget for standarden. Skal den vere kunnskapsbasert, dvs. basert på systematiske litteraturoversikter eller faglige retningslinjer? Eller skal dei vere konsensusbaserte eller myndigheitsbaserte? Eit viktig skilje vil vere om standarden beskriv/omhandlar resultat etter behandling (der kunnskap er naudsynt), eller om den beskriv aktivitetar eller prosessar (der andre måtar å fastsette standardar på kan brukast).

Den danske kvalitetsmodellen er oppteken av at utviklinga av standarden og ressursbruken (tid og økonomi) knytt til det er rimeleg og realistisk, og at standarden er operasjonell målbar.

Ein meir utførleg omtale av audit og standardsetting finn ein i denne boka.

²¹ Audit-omgrepet vert nytta litt ulikt. Ma. møter ein denne engelske definisjonen: ”*Audit: Systematic review of care against explicit criteria*”. NICE brukar denne definisjonen: ”*Clinical Audits monitor the use of particular interventions, or the care received by patients, against agreed standards. Any departures from "best practices" can then be examined in order to understand and act upon the causes. We will recommend simple methods that health professionals can use to monitor how they follow the guidance offered by NICE*”.

²² National Service Framework kan oversettast med nasjonale rammeprogram, f.eks. innan kreft, mental helse, osv.

Principles for Best Practice in Clinical Audit



*National Institute for
Clinical Excellence*



CHI 
COMMISSION FOR HEALTH IMPROVEMENT

NICE 2002

Ei anna form for auditliknande aktivitet finn ein i dei norske perinatalkomiteane som vart sett i gang på 1980-talet. Aktivitetane her har og element av medisinske fagrevisjonar i seg, eller kan vere eit verkemedel for gjennomgang av utilsikta hendingar. Denne modellen, tufta på fagleg gjennomgang, vurdering, tilbakeføring og læring burde prøvast ut på andre område og.

Internkontroll

Eigar og politisk leiing har lagt stor vekt på at arbeidet i føretaka på alle nivå skal bygge på prinsippa i og forskrifta om internkontroll. Det å etterleve lover, forskrifter og andre myndigheitskrav er ei viktig oppgåve for helsetenesta, og det er gitt klare krav til foretaka om å etablere system for internkontroll og avvikshandtering.

Det å ha system for internkontroll vil av mange bli oppfatta som å vere ein kvalitetsdimensjon i seg sjølv. Men for mange i helsetenesta er det vanskeleg å sjå at internkontroll slik forskrifta er utforma (sjå figur) direkte famnar om kjerneverksemda i spesialisthelsetenesta og er førande eller normerande for det faglege arbeidet i denne

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (2002)

- > § 4. *Innholdet i internkontrollen*
- > Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.
- > Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal:
 - a) beskrive virksomhetens hovedoppgaver og mål, herunder mål for forbedringsarbeidet samt hvordan virksomheten er organisert. Det skal klart fremgå hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt, b) sikre tilgang til aktuelle lover og forskrifter som gjelder for virksomheten, c) sørge for at arbeidstakerne har tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter innenfor det aktuelle fagfeltet samt om virksomhetens internkontroll, d) sørge for at arbeidstakerne medvirker slik at samlet kunnskap og erfaring utnyttes, e) gjøre bruk av erfaringer fra pasienter/tjenestemottakere og pårørende til forbedring av virksomheten, f) skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt eller mangel på oppfyllelse av myndighetskrav, g) utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen, h) foreta systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten.

Internkontrollen legg heilt naudsynnte rammer rundt arbeidet i helsetenesta. Helseforetaka må sjølvstakt ha etablert internkontroll og må styrke arbeidet med dette området, ma. ved system for internrevisjon.

Men arbeidet med kvalitet må utvidast til og å omfatte innhaldet i tenestetilbodet eller i kjerneverksemda. Det bør ikkje vere nokon motsetnad mellom kravet om internkontroll og eit meir pasientretta og fagleg fokus på arbeid med kvalitet, der sluttresultatet skal vere helsegevinst.

Vi meiner og at det er mogeleg å utvide perspektivet for internkontroll ved å arbeide målretta med faglege revisjonar. Fleire land, mellom anna USA, Storbritannia, Australia og New Zealand, har laga protokollar for interne revisjonar.

Helse Øst RHF har og erfaring med faglege revisjonar. Det bør gjerast fleire slike systematiske utviklingsprosjekt der ein og kan få informasjon om kostnad versus nytte. Eit generelt system for fagrevisjonar vil bandlegge betydelege faglege ressursar.

Tilhøvet mellom kvalitet og forsvarlegheit

Omgrepet "forsvarlegheit" vert ofte nytta i diskusjonar om faglegheit og kvalitet i helsetenesta. Omgrepet har først og fremst ei juridisk tyding som set ein fagleg minimumsstandard for verksemda. Denne minimumsstandarda kan og verte prøvd av tilsynsmyndigheit og domstolane i etterkant.

Vi meiner at arbeidet i helsetenesta ikkje skal bygge på ei slik minstenorm. Vi vil ha ei helseteneste med god medisinsk og annan helsefagleg praksis som i gjennomsnitt ligg godt over ein slik minimumsstandard. Forsvarlegheit er dermed ikkje ei norm for god kvalitet i helsetenesta.

Ei anna side ved forsvarligheitsomgrepet er at det for mange utøvarar vert assosiert med tilsyn og represaliar. Det må vurderast om klager gjennom tilsynsapparatet er eit konstruktivt utgangspunkt for kvalitetsarbeid.

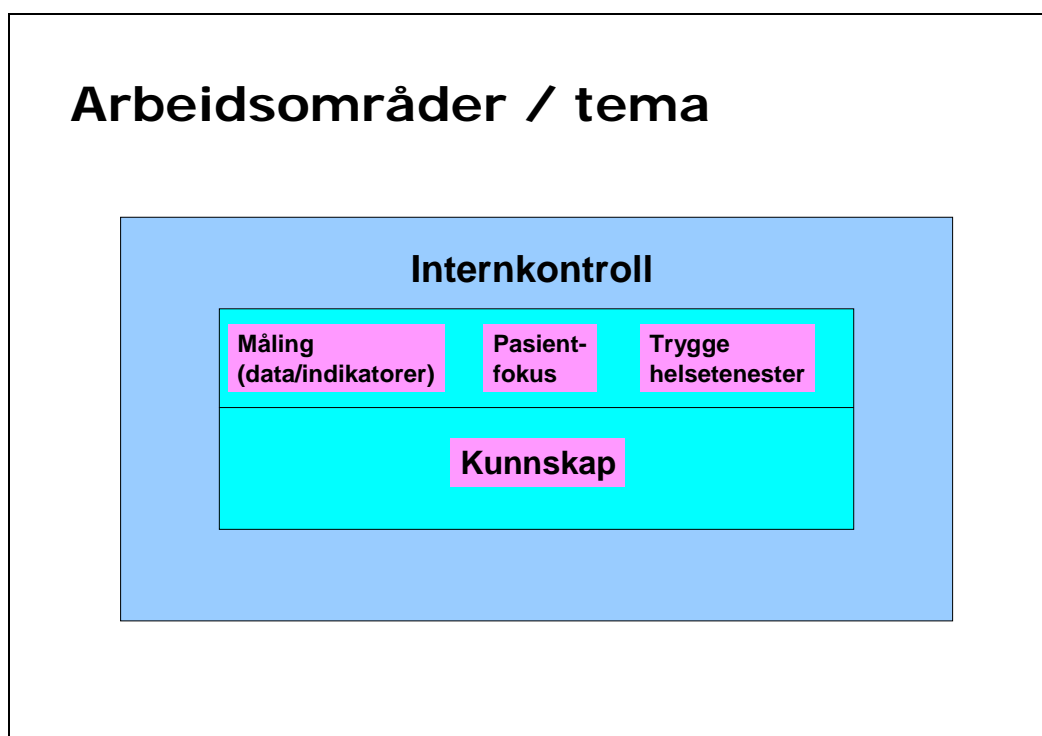
Arbeid med kvaliteten i tenesta derimot vil vere viktig for å oppretthalde ein god fagleg standard, og vil vere naudsynt for den kontinuerlege forbetring som må gå føre seg i helsetenesta.

V. Samanfattande forståing og rammeverk for arbeidet med kvalitet

Med utgangspunkt i det som er omtala over, er det mogeleg å gje eit rammeverk for arbeidet med kvalitet i norsk helseteneste. Her vil ein sjå arbeidet med internkontroll som ein del av kvalitetsarbeidet.

Men internkontroll aleine kan ikkje fange opp alle dimensjonane i kvalitetsbegrepet, like lite som arbeidet med kvalitet i snever forstand kan ta inn over seg internkontrollforskrifta og andre myndigheitkrav.

Figuren gjev eit rammeverk for både forståing og praktisk arbeid. Internkontrollen legg eit rammeverk rundt arbeidet med dei 4 sentrale tema/områda som er omtala i kapittel IV.



Styret i Helse Vest RHF har i desember 2005 vedtatt å legge denne prinsippmodellen til grunn for arbeidet med kvalitet i Helse Vest.²³

Eit sentralt element i forståinga omkring kvalitet i dette notatet, er at dei ulike nivåa som har legitime interesser av denne type arbeid vil ha ulike behov. Det inneber at dimensjonane og fokus på dei ulike elementa kan vere noko ulikt alt etter kva nivå vi opererer på (helsetenesta sjølv, foretaksnivå, eigar/departement). Det betyr og at det som framstår som viktig på eit nivå, ikkje nødvendigvis står fram som like viktig på eit anna. Dette er vel ein av grunnane til

²³ Styresak 117/05 "Strategiplan for arbeid med kvalitet i Helse Vest". (<http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/Styresaker/2005/141205/Sak11705BSTRATEGIFORARBEIDMEDKVALITETHVRHF.doc> og <http://www.helse-vest.no/graphics/Synkron-Library/Documents/Styresaker/2005/141205/PROTOKOLLFRSTYREMTE141205.doc>).

at nasjonale satsingar kan framstå som ei top down-tilnærming som praksisfeltet ofte ikkje kjenner seg att i eller føler er relevant.

Det er ei stor pedagogisk utfordring å få fram dei ulike interessene og behova og skilnadene mellom nivåa.

VI. Verkemiddel

Det ligg utanfor mandatet å gje ei utdjupande beskriving av dei verkemiddel, instrument eller tilnærmingar som kan brukast i arbeidet med kvalitet i helsetenesta, først og fremst i spesialisthelsetenesta. WHO har publisert 3 rapportar som gjev god bakgrunnsinformasjon om kunnskapsgrunnlaget for bruk av ulike verkemiddel i arbeidet med kvalitet.²⁴ Det vil likevel bli knytt nokre refleksjonar til

- Overordna problemstillingar i arbeid med kvalitet
- Faglege retningslinjer
- Bruk av indikatorar (kvalitet og yting)
- Akkreditering og sertifisering

Overordna problemstillingar

Ein grunnleggande refleksjon er at kvalitet slik den er definert her primært vert skapt i praksisfeltet. Det er gjennom god helsefagleg praksis at det gode pasientforløp og samhandling med pasientane skjer og helsegevinst kan realiserast.

Det er likevel naudsynt med tung forankring og engasjement i leiinga, enten det er på RHF eller HF-nivå eller som tydelege føringar i eigar sine bestillingar. Dette er tydeleg i den danske kvalitetsmodellen og i arbeidet med å fremje kvalitet i det engelske helsevesenet (som ma. ved innføring av prinsippet om *Clinical Governance* har sikra ei tung leiarforankring).

Arbeidet med kvalitet dreier seg i realiteten om eit betydeleg og langsiktig organisasjonsutviklingsprosjekt dersom ein ønskjer seg meir enn symboleffektar.

Ein heilskapleg kvalitetsstrategi må og reflektere og omtale kva ansvar dei ulike nivåa i spesialisthelsetenesta har og kva virkemiddel som er naturlege å bruke iht. nivå. Utan ei klargjering og felles forståing av slike spørsmål, kan virkemiddel og tiltak lett verke framandgjerande. Det er ei stor pedagogisk utfordring å formidle og skape forståing for at dei ulike nivåa har ulike behov.

Faglege retningslinjer²⁵

Retningslinjer er av National Institute for Health and Clinical Excellence i England (NICE)²⁶ definert slik (i fri oversetting):

”Kliniske retningslinjer er anbefalinger om hvilken behandling og oppfølging som vurderes som best tilpasset gitte pasienters spesifikke sykdommer og tilstander. Disse retningslinjene er baserte på beste dokumenterte kunnskap og forutsettes å være veiledende for klinisk praksis. At de er veiledende, betyr nettopp det og innebærer at retningslinjer ikke kan erstatte den enkelte klinikers øvrige kunnskaper og ferdigheter.”

²⁴ http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/20030820_1.

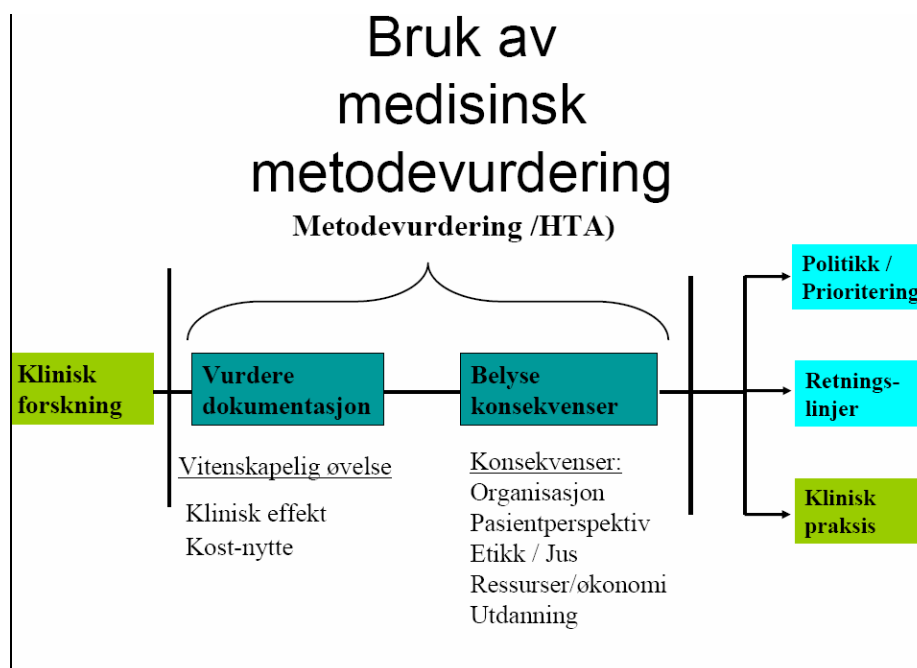
²⁵ Synspunkta i dette kapitlet er påverka og forma av deltaking i det nasjonale arbeidet knytt til prioritering som er leia av Helse Nord RHF (Vorlandutvalet).

²⁶ NICE (www.nice.org) er den internasjonale organisasjonen som med størst tyngde arbeid med retningslinjer og andre spørsmål knytta til kunnskapsgrunnlaget for medisinsk og annan helsefagleg praksis.

I Noreg er det og satsa på faglege retningslinjer. Intuitivt er dette ei rett tilnærming, faglege retningslinjer uforma etter internasjonalt aksepterte retningslinjer er eit verkemiddel for å ma. å hindre variasjonar i praksis. Vi veit og at standardisering av behandling gjev betre helsegevinst. I tråd med behovet for å etablere ein fagleg kultur for kunnskapsbasert praksis, peikar bruken av retningslinjer seg ut som eit forsømt område. Det er derfor gode argument for å satse meir på arbeidet med faglege retningslinjer, enten iht.

- Spesifikke diagnosar (for eksempel kreft i endetarm)
- Spesifikke behandlingar (for eksempel hofteproteseoperasjonar)
- Spesifikke tilstandar (for eksempel smerteproblematikk), eller
- Spesifikke spesialitetar (for eksempel gynekologi)²⁷

Metodikken som bør leggjast til grunn for utforming av retningslinjer er det brei internasjonale semje om. Ut over den prinsippkissa som er vist nedanfor, og som er henta frå tidlegare Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM; nå Nasjonalt Kunnskapscenter for helsetjenesten), vil ikkje praktisk retningslinjearbeid verte omtala nærare.

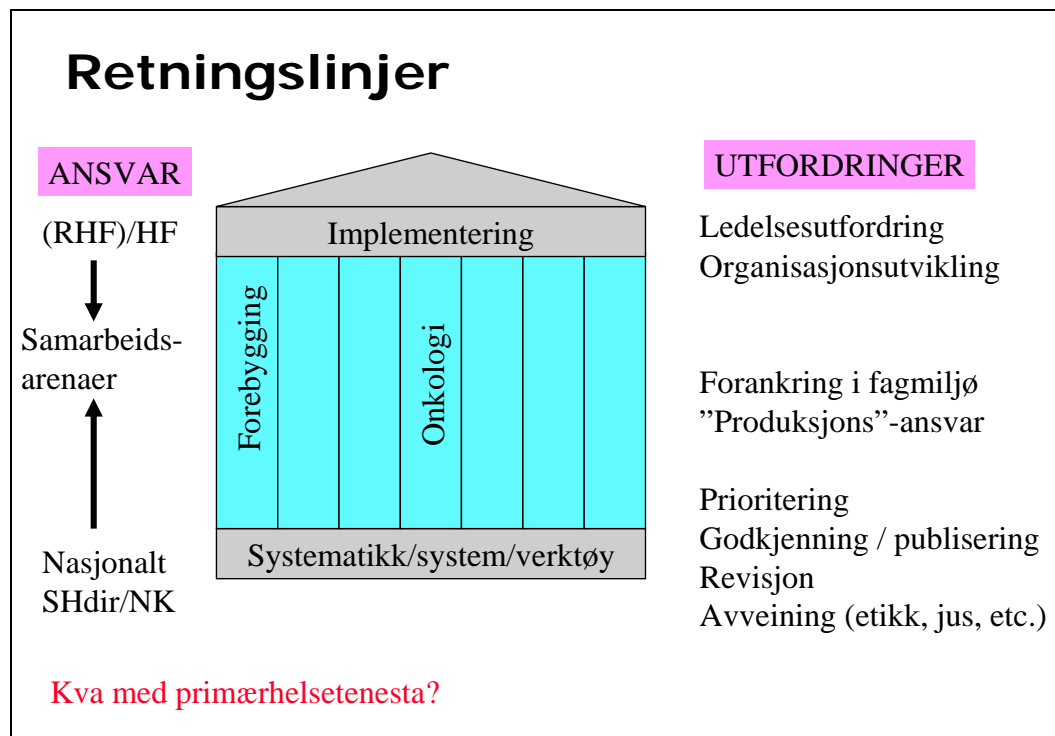


Ein refleksjon er at arbeidet med faglege retningslinjer til tross for stor verbal interesse, ikkje står fram med spesiell stor tyngde eller legitimitet. Feltet vert prega av mange innflytelsesrike aktørar; politiske myndigheiter, faglege myndigheitsorgan (direktorat), tenesteytarar (helseføretaka), universitet og høgskular, fagorganisasjonar, klinikarar og brukarorganisasjonar.

²⁷ For spesifikke spesialitetar eller sjukdomsgrupper kan det utformast nasjonale rammeprogram (eksempel: kreftplan) etter mønster av det engelske National Service Frameworks-konseptet.

Det store antallet med ukoordinerte aktørar er ei betydeleg utfordring for arbeidet med faglege retningslinjer. Dei organisatorisk og funksjonelle bindeledda mellom dei organa som utarbeider retningslinjer og til implementering på føretaksnivå og i klinisk praksis må styrkast.

Neste figur gjev ei skjematisk skisse over ansvar og utfordringar i arbeidet med retningslinjer. Det bør ligge ein systematikk til grunn for utforming av retningslinjer. Dette bør sannsynlegvis vere eit nasjonalt ansvar. Implementering (innføring og omsetting i praksis) er derimot eit klårt HF-ansvar.



Men bindeleddet mellom desse to nivåa må med stor grad av sannsynligheit vere kompetente nasjonale faglege fora og faglege prosessar. Det er naudsynt med fleire nasjonale initiativ med forankring i fagmiljøa sjølve som kan fungere støttande både opp mot føretaka og opp mot sentrale myndigheiter. Desse må vere tilstrekkeleg spisskompetente og dynamiske til å ha legitimitet og gjennomslagskraft i fagmiljøa. Det er ikkje grunn til å tru at eit nasjonalt organ aleine kan drive slike prosessar dersom retningslinjearbeid skal ha noko betyding.

Det finns døme på større internasjonale satsingar på faglege retningslinjer. Her er spesielt Agency for Health Care Research and Quality sentralt med ein eigen nettstad for retningslinjer (National Guideline Clearinghouse²⁸). Her finns i dag (02.01.2006) 1768 publiserte retningslinjer. Dessuten finn ein og linkar til andre kjelder/organisasjonar for retningslinjer som dei arbeider samen med, som for eksempel:

- [Agency for Healthcare Research and Quality](#)
- [AGREE Collaboration](#)

²⁸ <http://www.guideline.gov/>

- [Centre for Evidence-Based Medicine NHS](#)
- [Conference on Guideline Standardization \(COGS\)](#)
- [German National Guideline Clearinghouse](#)
- [Guideline Elements Model \(GEM\)](#)
- [Guidelines International Network \(G-I-N\)](#)
- [International Network of Agencies for Health Technology Assessment \(INAHTA\) Health Technology Assessment \(HTA\) database](#)
- [National electronic Library of Health](#)
- [National Institute for Clinical Excellence \(NICE\)](#)
- [National Library of Medicine Health Services/Technology Assessment Text \(HSTAT\) database](#)
- [National Library of Medicine LocatorPlus](#)
- [National Library of Medicine PubMed/MEDLINE database](#)
- [New Zealand Guidelines Group \(NZGG\)](#)
- [Ontario Guidelines Advisory Committee \(GAC\)](#)
- [Scottish Intercollegiate Guidelines Network \(SIGN\)](#)
- [Task Force on Community Preventive Services](#)

Ei vurdering av desse initiativa er at dei har eit sterkt og tydeleg metodegrunnlag, og at fagprofesjonane er tungt inne i arbeidet (sjå for eksempel SIGN²⁹). Problemet med nokre av desse kjeldene er at dei ikkje er heilt opne³⁰.

Det internasjonale kunnskapstilfanget kan sannsynlegvis utnyttas betre enn i dag. Dette bør vere ei sentral utfordring for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og det tilhøyrande Nasjonale helsebiblioteket.

Indikatorar

Det finns ein relativt omfattande litteratur om indikatorar og krav som kan/må stillast til desse. Det finns og større satsingar på kvalitetsindikatorar internasjonalt.³¹

Kommentarane her vil vere avgrensa til bruken av indikatorar iht. nivå i helsetenesta, og kva krav ein skal stille til indikatorar og datakjelder.

Nivå for bruk og analyse

Bruk av indikatorar vert ofte framstilt som relativt enkelt og uproblematisk. Det vert også lagt til grunn at resultat på eit nivå også er gyldige og nyttige på eit anna nivå. Dei mest kjende internasjonale initiativa dreier seg om bruk av indikatorar på overordna nivå, dvs. policy-nært. Som eksempel kan ein nemne desse prosjekta:

- | | |
|--|----------------|
| • OECD Health Care Quality Indicators: | nasjonalt nivå |
| • Nordisk Ministerråds arbeidsgruppe: | nasjonalt nivå |
| • WHO Indikatorprosjekt: | sykehusnivå |

²⁹ SIGN = Scottish Intercollegiate Guidelines Network; <http://www.sign.ac.uk/>).

³⁰ F.eks. seier G-I-N (Guidelines International Network) på sin nettside "The international GUIDELINE LIBRARY gives G-I-N Members the ability to search for and review guidelines, systematic reviews and evidence reports produced by G-I-N's member organisations. These are available only for G-I-N members". (<http://www.g-i-n.net/index.cfm?fuseaction=membersarea>).

³¹ <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov>

Det bør arbeidast meir med å utvikle indikatorar tilpassa nivå, evt. indikatorar som kan aggregert saman til høgare hierarkisk nivå og som gjev mening og er til nytte på alle nivå. Ei slik tilnærming krev at formålet med bruk av indikatoren/indikatorane er tydelege (jf. kapittel IV).

Analyse og framstilling av data krev kunnskap og kompetanse. Det er ei allmenn oppfatning at analyse og bruk av ytelsesdata (performance indicators) er enklare og ikkje krev omfattande analytisk kompetanse. Dette er likevel ei misoppfatning.

Det ligg føre vitenskapleg dokumenterte vurderingar som ma. viser at sjukehus/”trusts” i England har mista ”stjerner” (som en del av dei regelmessige vurderingane av performance som skjer i England; tap av ”stjerner” har også økonomiske konsekvensar) og der årsaka til dette er eit statistisk artefakt og ikkje reelle skilnader. Slike tilhøve vil undergrave legitimiteten til systemet som er utvikla.

Royal Statistical Society i England har interessert seg for spørsmålet på reint fagleg grunnlag. Rapporten ”*Performance Indicators: Good, bad and ugly*” gjev god innsikt i tema³². I samandraget til rapporten heiter det:

”Performance monitoring done well is broadly productive for those concerned. Done badly, it can be very costly and not merely ineffective but harmful and indeed destructive”.

Krav til indikatorar og datakjelder

Fleire ”tenketankar” og organisasjonar som arbeider med utvikling og bruk av indikatorar har vore opptekne av dei krav som må stillast til indikatorane. Også dokumentet ”*Sykehusreformen – noen eierperspektiver*” har peika på dette viktige feltet.

Audit Commission (England) har formulert krava slik det framgår av neste figur. Det skal her berre peikast på kravet til at innsamling og bruk må vere ”cost-effective”. Med andre ord, omkostnadene ved å samle inn data som grunnlag for indikatorutvikling må stå i rimeleg forhold til nytteverdien ved bruk av indikatoren. Noko spissformulert: skal helsearbeidarane bruke tida til å samle informasjon/data til indikatorar som ikkje føles nyttige i det daglege arbeidet, men som eit fjernt og overordna organ har sagt at ein skal bruke tid, eller skal ein bruke tida til meir pasientretta arbeid? Dette er ei stor pedagogisk og praktisk utfordring.

Det ligg og føre ein omfattande litteratur om tryggleiksindikatorar (safety indicators). Det vert her vist til publikasjonen ”*Guide to Patient Safety Indicators*” frå AHRQ (2003).³³

³² Royal Statistical Society Working Party on Performance Monitoring in the Public Services (2003).

www.rss.org.uk.

³³ www.qualityindicators.ahrq.gov.

Krav til "kvalitets"indikatorer

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ Relevance ➤ Clear definitions ➤ Easy to understand and use ➤ Comparable ➤ Verifiable ➤ Cost-effective ➤ Unambiguous | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attributable ➤ Responsive ➤ Avoid perverse incentive ➤ Allow innovation ➤ Statistically valid ➤ Timely |
|---|---|

Audit Commission, UK

Det finns også oversikter over kliniske databasar som kan gje grunnlag for utforming av indikatorar, eller som hjelp til utforming av medisinske kvalitetsregistre.³⁴

Akkreditering og sertifisering

Internasjonalt har det vore arbeid i lengre tid med system eller mekanismar der ein føretekk vurderingar av eit sjukehus sin samla innsats overfor pasient eller pasientgrupper og dei tilhøva i organisasjonen som har direkte betydning for at innsatsen samla sett vert av god kvalitet. I dette kan også inngå element frå internkontroll. Dei konseptar som er mest utvikla er *akkreditering* og *sertifisering* (for eksempel basert på ISO-9000 serien).

Akkreditering

Akkreditering av ein organisasjon er ei bedømming av dei samla prestasjonane vurdert av eksterne fagfolk etter eksternt fastsette standarder. Pasientperspektivet er viktig, og primært vurderer ein helst struktur- og prosesselement som er viktige for eit godt pasientforløp. Akkreditering føreset at det føregår ein systematisk og kontinuerleg forbetring av prestasjonane og at dette vert dokumentert.

Akkreditering av sjukehus skjer i meir enn 30 land. I Norden er det Danmark som er komen lengst på dette området (København, Syd-Jylland). Konseptet kan variere, men har følgjande generelle trekk:

- Det er frivillig for organisasjonen å søke akkreditering.
- Dei eksterne standardane går på tvers i organisasjonen.
- Kvalitetsvurderinga vert gjort av fagpersonar frå ein akkrediteringsorganisasjon.
- Graden av måloppnåing vert uttrykt i ein enkel verdi.

³⁴ http://www.lshtm.ac.uk/docdat/browse.php#view_list.

- Organisasjonen skal med regelmessige intervall (typisk kvart 2.-3. år) søke om fornya kvalitetsvurdering for å oppretthalde akkreditering.

Verdas eldste og største akkrediteringsorganisasjon finns i USA (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations³⁵), men denne har ein internasjonal avleggar (Joint Commission International) som ma. vert brukt i København. Tilsvarande system er utvikla i Storbritannia, Canada og Australia. I nokre land vert akkreditering dreve i statleg regi.

Sertifisering

Sertifisering av er ein kvalitetsbedømming av ein organisasjon der det vert dokumentert at denne lever opp til eit spesifisert grunnlag for *styring* av kvaliteten (mi understreking). Sertifisering er ein generell modell til bruk for private og offentlege verksemdar, og er utvikla med sikte på å fremje tillitsforholdet mellom kunde og leverandør.

Sertifisering inneber at organisasjonen har beskreve mål, oppgaver, organisasjon og fordeling av ansvar, inkludert beskriving av arbeidsprosessane. Sertifiseringsprosessen skjer ved inspeksjon av særleg utdanna personar frå ein organisasjon som er godkjend til å sertifisere. Sertifisering resulterer i godkjend/ikkje godkjend. Sertifiseringa må vedlikehaldas.

WHO peikar på at ISO-sertifisering først og fremst handlar om dei administrative prosessane i sjukehusa³⁶. I AGENDA & Muusmann-rapporten (sjå kapittel VIII) vert akkreditering og sertifisering omtale sett saman med omgrepa logistikk- og prosesstandardisering.

I Noreg har fleire sjukehuslaboratorier blitt ISO-sertifiserte. ISO-sertifisering kan synast formålstenleg for deler av spesialisthelseteneste der kravet til systematikk i arbeidsprosessar og god dokumentasjon av kva som skjer i produksjonskjeden er stort.

Helse Øst RHF har arbeid med ISO-sertifisering som ei hovedsatsing, andre har sertifisert deler av verksemda (psykiatri).

Ei utfordring både for akkreditering og for sertifisering er at det ikkje er eintydig at slike system har dei effektane dei er tiltenkt (jf. WHO-rapportane)^{30, 33}.

³⁵ <http://www.jcaho.org>.

³⁶ “International Organization for Standardization certification measures hospital performance in terms of compliance with international standards for quality systems, rather than in terms of hospital functions and objectives”. ... “The theoretical advantage is that ISO certification is internationally recognized in many other services and manufacturing areas, but ISO 9000 standards relate more to administrative procedures rather than to hospital performance. Side 8 i ”How can hospital performance be measured and monitored?”. WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN), August 2003.

VII. Kvalitet og prioritering

Slik visjonen om arbeidet med kvalitet er omtala her med hovudvekt på ”ønskt helsegevinst” gitt ”dagens kunnskap”, er grenseflata mot prioritering³⁷ tydeleg. ”Rett” prioritering inneber at pasientane vert gjeve helseteneste av god kvalitet.

Det er korleis dei medisinske metodane (dagens kunnskap) vert brukte som sikrar helsegevinsten. Dermed kan det argumenterast med at

- ”Overforbruk” av medisinske metodar er ressursøydande
- ”Underforbruk” av medisinske metodar frårøvar pasientane (og samfunn) potensialet for ein helsegevinst; og
- ”Feilbruk” av medisinske metodar fører til utilsikta hendingar og skader.

Slik den norske prioriteringsforskrifta er formulert (sjå figur) og kriteriene som er lagt til grunn for å tildele pasientane ”rett til nødvendig helsehjelp” er utforma, vil kunnskap om nytte (effektar) og om kostnad-nytte-forholdet vere avgjerande kriterier.

Prioriteringsforskriften

Pasienten har ”rett til nødvendig helsehjelp” når:

- Pasienten har et visst prognose med hensyn til livslengde eller ikke ubetydelig nedsett livskvalitet dersom helsehjelpen utsettes
- Pasienten kan ha forventet nytte av helsehjelpen
- De forventede kostnadene står i et rimelig forhold til tiltakets effekt.

Kunnskap er naudsynt for å sikre helsenytte, og kunnskap er naudsynt for å foreta gode prioriteringar. Faglege retningslinjer vert brukte for å fremje og sikre god kvalitet, det same verkemiddelet må og brukast for å sikre rett prioritering (slik prioriteringsforskrifta er utforma).

³⁷ Omgrepet ”Prioritering” vert her brukt om prioritering knytta til enkeltpasientar (andre ordens prioritering).

VIII. Epilog

Etter at arbeidet med dette notatet starta kom rapporten frå Agenda & Muusmann om føretaksreforma i Noreg ("*Evaluering av helseforetaksmodellens funksjonalitet*"). Sjølv om det ikkje inngår som ein del av mandatet, er det likevel relevant å peike på dei punkta i Agenda & Muusmann-rapporten som direkte kan knytast opp til ei tydelegare nasjonale satsing på arbeidet med kvalitet.

Dei relevante punkta er følgjande (for utdjujing og nærare argumentasjon vert det vist til rapporten):

- Grunnleggende vurdering at modellen er godt egnet for fremtidig styring og utvikling av spesialisthelsetjenesten
- Behov for justeringer
- RHF-ene bør tillegges ytterligere ansvar og oppgaver
- Myndighetsstyringen er uklart definert
- Gjennom den statlige overtagelse av eierskapet forsvant mye av begrunnelsen for fortsatt tett og utvidet myndighetsstyring
- Gjennom det statlige eierskap kan deler av myndighetsstyringen ivaretas direkte av det regionale nivå
- Ordningen med bestillerdokument anbefales videreført, men må spissere enn i dag ivareta innholdsstyringen
- SHdir's oppgaver i forhold til spesialisthelsetjenesten bør reduseres betraktelig
- RHF-ene kan i høy grad overta ansvaret for IKT, operasjonalisert prioritering, kvalitetsutvikling, kvalitetsindikatorer, avvikssystemer og faglige standarder
- Det bør vurderes å etablere et uavhengig og auditbasert nasjonalt kvalitetsorgan
- Det anbefales gjennom nasjonalt fastlagte krav å innføre akkreditering og sertifisering (logistikk- og prosess-standardisering)
- Valg av system bør være opp til RHF-ene
- Akkreditering og sertifisering kan tilrettelegges på en slik måte at de favner en betydelig del av myndighetskravene
- Det er åpenbart behov for å avklare roller og arbeidsdeling mellom HOD, SHdir og en rekke ulike eksterne organer (Nasjonalt Kunnskapssenter, Nasjonalt Prioriteringsråd og Folkehelseinstituttet)

Nokre refleksjonar

1. Forslaget om å vurdere et nasjonalt uavhengig organ som skal arbeide med kvalitet i vid forstand bør følgjast opp. Dette nye organet bør arbeide med oppgåver som høyrer saman, som for eksempel

- Kvalitet med dei komponentane som er omtala i dette dokumentet (jf. figur s. 23)
- Prioritering
- Data, spesielt knytta til prioritering, utvikling av indikatorar (både kvalitets- og ytelsesindikatorar), inkludert det å utnytte eksisterande registre og datakjelder betre enn i dag.
- Medisinske kvalitetsregistre, ansvar som kompetanseorgan, men ikkje iht. drift eller analyse ut over avtalt omfang knytt til overordna ytelses-indikatorar (sjå kommentar s. 18-19).

Det vert lagt til grunn her at ein på nasjonalt nivå har dei økonomiske ressursane som trengs samla sett. Utfordringa vert å klargjere mandatet for arbeidet med større tydelighet enn i dag, få til ei meir målretta og forankra tilnærming til arbeidet, og å sikre nødvendig kompetanse ut over det som eksisterer i dag.

2. Kva slags føringar og kva slags innretning arbeidet i eit slikt nasjonalt organ skal ha ut over dei tematiske arbeidsområde som er nemde, bør likevel drøftast noko nærare. Slik Agenda & Mussmann-rapporten framstiller dette i rapporten, er det tydeleg å sjå at dei i stor grad har lagt den danske kvalitetsmodellen til grunn for forslaga sine.³⁸

Det er spesielt bruken av verkemedel som akkreditering og sertifisering som bør drøftast nøye. Dei økonomiske konsekvensane ved innføring av slike system er så langt berre delvis kjende (ut over det at eit nasjonalt akkrediteringssystem vil kreve store driftskostnader).

Det er og ein refleksjon at det på styringsnivå vert innført ordningar eller system utan vurderingar om dette verkar, dvs. har den effekten ein ønskjer. Slik sett er vurderingane frå WHO Health Evidence Network om usikker og sprikande dokumentasjon for nytte interessante.

Det er ikkje logisk at ein på overordna nivå ma. krev bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer i praksis, mens det same nivået innfører tiltak eller system med en nytteargumentasjon som andre kompetente organ (som for eksempel WHO i dette tilfellet) ikkje kjem fram til eller konkluderer med. Vi treng ma. betre (dvs. oppsummert) kunnskap om

- Kva er nytteverdien av akkreditering og sertifisering i helsetenesta?
- Kva er nytteverdien av obligatorisk og nasjonalt (regionalt) skaderegister (jf. Hjort-rapporten)?
- Kva er verdien av ytelses- og kvalitetsindikatorar, i kva grad pregar dei val hos pasientar og befolkning?

Det finns kunnskap om slike spørsmål, for eksempel i form av ei systematisk litteraturoversikt om bruken av ytelsesindikatorar (sjå figurar) og eit fellesprosjekt ("scoping") mellom Nuffield Trust (England) og Rand Corporation, USA.

³⁸ "Den Danske Kvalitetsmodell for Sundhedsvesenet", 2004 (www.kvalitetsmodel.dk).

REVIEW

The Public Release of Performance Data What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence

Martin N. Marshall, MSc, MD, FRCP
Paul G. Shekelle, MD, PhD
Sheila Leatherman, MSW
Robert H. Brook, MD, ScD

Context Information about the performance of hospitals, health professionals, and health care organizations has been made public in the United States for more than a decade. The expected gains of public disclosure have not been made clear, and both the benefits and potential risks have received minimal empirical investigation.

Objective To summarize the empirical evidence concerning public disclosure of performance data, relate the results to the potential gains, and identify areas requiring further research.

Data Sources A literature search was conducted on MEDLINE and EMBASE databases for articles published between January 1986 and October 1999 in peer-reviewed journals. Review of citations, public documents, and expert advice was conducted to identify studies not found in the electronic databases.

Study Selection Descriptive, observational, or experimental evaluations of US reporting systems were selected for inclusion.

Data Extraction Included studies were organized based on use of public data by consumers, purchasers, physicians, and hospitals; impact on quality of care outcomes; and costs.

Data Synthesis Seven US reporting systems have been the subject of published empirical evaluations. Descriptive and observational methods predominate. Consumers and purchasers rarely search out the information and do not understand or trust it; it has a small, although increasing, impact on their decision making. Physicians are skeptical about such data and only a small proportion makes use of it. Hospitals appear to be most responsive to the data. In a limited number of studies, the publication of performance data has been associated with an improvement in health outcomes.

Conclusions There are several potential gains from the public disclosure of performance data, but use of the information by provider organizations for quality improvement may be the most productive area for further research.

JAMA. 2000;283:1866-1874. www.jama.com

Author Affiliations: School of Postgraduate Medical and Health Sciences, University of Exeter, Exeter, England (Marshall and Brook); Program, Santa Monica (Dr Shekelle and Brook); Los Angeles (Dr Shekelle); Calif. Center for Health Care Policy and Evaluation, United Health Group, Menlo Park, Calif (Dr Leatherman); Judge Institute of Management, University of Cambridge, Cambridge, England (Dr Leatherman); and University of California, Los Angeles, Center for Health Services, Los Angeles (Dr Brook). Dr Marshall is now with the National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, Manchester, England.

Corresponding Author and Reprints: Martin N. Marshall, MSc, MD, FRCP, Senior Research Fellow, National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester, Fifth Floor, Williamson Building, Oxford Road, Manchester M13 9PL, UK (e-mail: mnm@hullh1.f.gp.nor.manch.ac.uk).

©2000 American Medical Association. All rights reserved.

1866 JAMA, April 12, 2000—Vol 283, No 14

JAMA 2000;283:1866

RAND | Advanced Publication Search | View Abstracts | Microsoft Internet Explorer

File Edit View Favorites Tools Help

Address: <http://www.rand.org/cgi-bin/Abstracts/abstractbydoc.pl?doc=MR-1255>

RAND DOCUMENTS

Document No: MR-1255 **Year:** 2000 **Pages:** 137 **ISBN:** 083302891X

Title: Dying to Know: Public Release of Information About Quality of Health Care.

Author(s): Martin Marshall, Paul G. Shekelle, Sheila T. Leatherman, Robert H. Brook, John Wyn Owen

Cost: \$ 25.00

Keywords: Medical care Great Britain--Quality control; Medical care--Quality control; Consumer education Great Britain; Consumer education; Medical care Great Britain--Evaluation; Medical care--Evaluation

Abstract: Public disclosure of the comparative performance of health care providers is seen as one mechanism for improving quality of care and controlling health care costs. This report, the result of a collaboration between the Nuffield Trust in London and RAND, assesses the U.S. experience with publicly releasing health care performance data and offers guidelines for establishing public disclosure policy in the United Kingdom. Because the United States leads the world in reporting clinical information by hospital and by physician name, this report will be of interest to any country considering public release of performance data. Principal findings: Despite a rapidly expanding report card industry, U.S. physicians are skeptical about report cards, and consumers and purchasers rarely use them. Hospitals may respond to performance data with internal changes, especially in a competitive environment. Publishing comparative mortality data seems to improve outcomes, but the mechanism by which this happens is unclear. Key recommendations: Public disclosure should be viewed as an evolutionary process, becoming more sophisticated and comprehensive over time. Disclosure should be a tool to support all quality initiatives in the U.K. National Health Service. Provider organizations should be a key audience for performance information. Health professionals should be fully involved in the public disclosure process. Both process and outcome measures of quality should be published. Public disclosure should be accompanied by possible explanations for the variations reported.

[Online electronic version](#)

[Add This Item to Order List](#) [View/Change Order List](#) [Place Order](#)

[Return to previous page.](#)

Internet

Det at ein ikkje veit alt om kunnskapsstatus på feltet er likevel ikkje eit argument for å la vere å gjere noko på nasjonalt nivå. Men kunnskapsstatus bør likevel vere med for å gje arbeidet eit godt grunnlag og for at satsinga på kvalitet kan bli mest mogeleg målretta.

- Agenda & Muusmann-rapporten kan tolkast som ei top down-tilnærming til arbeidet med kvalitet der revisjon og kontroll er sentrale element. Dersom ein legg til grunn at arbeidet med kvalitet skal gje ein helsegevinst, at kvaliteten slik sett må skapas ute i tenesta, og at kvalitet må sjåast på som eit resultat eller følgje av den samla innsatsen på ulike nivå i

spesialisthelsetenesta, kan ei slik top down-tilnærming innebære ein risiko for manglande forståing og innsats i tenesta sjølv.

Det er sjølvstendig viktig med forankring på toppnivå i eigarlinja, og ein forpliktelse i toppleiinga på underliggende nivå. Arbeidet med kvalitet slik det er omtale her vil krevje langsiktig og fokusert ledelsesfokus (jf. det engelske begrepet *Clinical Governance*), og eit langsiktig løp for kulturbygging og haldningsendring.

Det viktige her er erkjenninga av at dei ulike nivåa i helsetenesta har ulike behov. Verkemedel og tilnærmingar må tilpassast behova som finns på dei ulike nivåa. Tydelegheit i mål og målgrupper har så langt fått lite merksemd i norsk debatt. Med omtanke og refleksjon er det mogeleg å innfri mange behov.

Avsluttande kommentarar

Det er lett å finne eksempel på dogmatiske tilnærmingar i arbeidet med kvalitet. Det vert derfor nedanfor referert frå ein publikasjon frå WHO Health Evidence Network³⁹ der det avslutningsvis heiter:

Policy options

The main recommendations from this synthesis of the literature are based on a few valid outcome studies and a critical assessment of the descriptive literature.

- 1. Hospitals should decide which approach to adopt after making an assessment of their quality and safety status and listing the different strategies which might be appropriate to their situation.*
- 2. When reviewing types of strategies, hospitals and governments should question the claims of proponents of any one approach because there is no strong evidence of effectiveness of any strategy. They should recognize the value of extensive experience as a form of evidence, but also the commercial nature of the growing "quality industry" in health care.*
- 3. Decision-makers should be aware that the same strategy applied in a different place may well yield different results, even if fully implemented. Attention needs to be paid to financial, cultural and other conditions surrounding implementation.*
- 4. Having chosen one type of quality strategy, one should review it regularly and adapt it to changing situations and the responses of the interested personnel. Efforts should be made to assess whether any lack of results is due to the wrong strategy, poor implementation, or the time required for results to become measurable. Close monitoring using a range of types of information can assist this assessment.*
- 5. It is possible that applying a consistent quality strategy over time is more likely to be effective than changing to another approach. Flexibility without sudden radical change appears to be important. "It ain't what you do, it's the way that you do it."*
- 6. Quality experts with wide experience can be useful, but need to be chosen with care. One or more independent experts should be used to give independent feedback for regular reviews of a strategy.*
- 7. Hospital quality strategies should include improving inter-service quality for different patient groups, such as older people, and address hospital-community coordination of care issues. Patient experiences and outcomes are affected by how hospitals provide access, outreach and linking with non-hospital services in systems of care.*

³⁹ "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?" WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN) November 2003. (<http://www.euro.who.int/document/e82995.pdf>).

8. It is possible that time and money that could be used for patient care are currently wasted on some strategies. Considering the large amount of resources invested in quality strategies, the high costs of unsuccessful strategies, and the interests of the “quality industry”, there is a strong case for more independent and scientific research.

9. Researchers need to pay more attention to describing the strategy actually carried out, assessing the depth of implementation, and considering alternative explanations for the apparent results of a strategy.

10. A combination of types of research could contribute to better strategies. Strong evidence of results is difficult to establish in this field, even with expensive long-term designs, and generalizations to other situations are uncertain. Research employing a variety of methods to assess results from different perspectives, documenting the actual evolving strategy and its context would be most useful. Another approach would be to identify “successful” strategies and retrospectively study how these were implemented and the conditions which accounted for success.

11. Fuller reviews of the evidence for particular strategies identified in this report should be carried out, as there may be evidence which was not discovered in this review due to the wide variety of sources which need to be searched.