

Strategi for kvalitet og prioritering

Notat – høringsdialogmøte 6. juni 2006

Formålet med dette notatet er å peke på hvilke hovedmålsettinger for arbeid med kvalitet og prioritering som skal lanseres i Nasjonal helseplan. Notatet må sees i sammenheng med vedlagte høringsnotat som ble sendt på høring 22.mai.

Overordnet målsetting og definisjoner:

Det er et overordnet mål for helsetjenesten at befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet. Med kvalitet menes at helsetjenesten innenfor sine ressursrammer skal gi helsehjelp som øker sannsynligheten for at både enkeltindivider, pasientgrupper og befolkningen som helhet får en helsegevinst, gitt dagens kunnskap. Med helsegevinst menes både å forbli friske (forebygging), bli friske, mestre/leve med sykdom og mestre slutten av livet. Økende levealder og endringer i det medisinske tilbudet har medført at stadig flere lider av livslange sykdommer. Deres helsebehov vil i større grad dreie seg om å mestre dagliglivet med en sykdom fremfor å bli kurert for sine plager. Med prioritering menes å gi noe forrang. For å sikre befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet kreves riktig prioritering både av pasienter og tjenester.

Kvalitet og prioritering handler altså om hvordan helsetjenesten som en helhet kan fungere for å gi den enkelte best mulig helsehjelp, samtidig som helsehjelpen skal være rettferdig fordelt på tvers av sykdomsgrupper, sosial status, kjønn, etnisitet og geografi. Kvalitetsutvikling og prioritering må forankres og utvikles på alle nivå i tjenestene. Det må være en integrert del av tjenesteutøvelse og av ledelse. Det er derfor nødvendig å understøtte en kultur for gjennomgående kvalitetsutvikling og prioritering.

Politisk førende målsettinger:

I tillegg til målsetningen om likeverdig tilgang til helsetjenester av god kvalitet (St.prp), finnes flere politiske føringer som kan knyttes til arbeidet med kvalitet og prioritering:

1. Sikre helsetjenesten tilstrekkelig med ressurser og kompetanse til å kunne yte tjenester basert på moderne, faglig oppdaterte metoder og teknologi (Soria Moria).
2. Etablere systemer for å fremme pasientsikkerhet/unngå feil og utilsiktede hendelser (WHO, Europarådet.)
3. Brukerne av helsetjenesten skal oppleve at tilbudet utformes på en måte som er tilpasset den enkeltes behov (Soria Moria)
4. Det må som ledd i fornyelsen av den offentlig sektor "arbeides med kvalitetsmål som både tar hensyn til faglig kvalitet, folks tilfredshet, helsefremmende

arbeidsmiljø, kostnadskontroll og kontinuerlig kompetansebygging” (Soria Moria)

Rammeverk:

De politiske målsettingene vektlegger at befolkningen skal ha likeverdig tilgang til en helsetjeneste som er faglig oppdatert, brukerorientert, sikker og åpen om kvalitet (måling). Det betyr at god kvalitet skapes ved helhetlig innsats på mange områder. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten ”...og bedre skal det bli!” legger følgende kriterier til grunn for tjenester av god kvalitet:

Tjenestene skal være:

- Virkningsfull (føre til helsegevinst)
- Trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse seks kjennetegnene ved god kvalitet viser at kvalitet skapes ved helhetlig innsats på mange områder. Prioritering og balansering innenfor og mellom områdene er avgjørende for god kvalitet. God kvalitet fordrer en skjønnsmessig vurdering basert på faglig kunnskap og kjennskap til pasienten og lokale forhold. Det kan derfor vanskelig å definere eksakte standarder for god kvalitet, men målene om likeverdig tilgang på helsetjenester av god kvalitet tilsier at variasjon over et visst nivå ikke kan forsvares ut fra lokale hensyn og behov. Andre land bygger på tilsvarende karaktertrekk ved tjenestene i sitt kvalitetsarbeid. Advisory Commission on Consumer Protection and Quality in the Health Care Industry, USA legger de samme seks kriteriene til grunn. Det amerikanske rammeverket for måling av kvalitet knytter sammen pasientenes behov for helsetjenester (forbli friske, bli friske, mestre sykdom og mestre livets slutt) og de seks målsettingene for helsehjelpen. Elementer fra dette rammeverket inngår i OECDs rammeverk i kvalitetsindikatorprosjektet og i en rekke andre land (Canada, England, Nederland m.fl.).

Hva vet vi om status i forhold de seks kriteriene for kvalitet?

Likeverdig tilgjengelighet, rettferdig fordeling og effektiv ressursutnyttelse har vært sentrale målsetninger for norsk helsetjeneste gjennom en årrekke. Derfor er det også disse to dimensjonene som det i dag finnes mest kunnskap om. Om de fire øvrige, og fremfor alt de to første, finnes langt mindre dokumentasjon.

Den kunnskap som finnes i dag, er av ulik karakter. Noe kunnskap stammer fra sentrale registre, som gir grunnlag for regelmessige oversikter/rapporter, eks. Norsk pasientregister, sykdomsregistre, KOSTRA, IPLOS. I tillegg kommer sentralt og lokalt initierte evalueringer av ulike tiltak/reformer og helsetjenesteforskning generert ved de miljøer som gradvis er retablert fra 1970-årene. Totalt sett er den kunnskap som finnes for fragmentert. Den forteller imidlertid om til dels store forskjeller/variasjoner. Det er fortsatt store geografiske forskjeller i tilgjengelighet både i primær- og

spesialisthelsetjenesten, og det er store variasjoner i fortolkning og praksis i forhold til prioriteringsforskriften i spesialisthelsetjenesten. Det er grunn til å anta at det er variasjoner langs de dimensjoner der det mangler systematisk dokumentasjon. Det er behov for mer kunnskap om de ulike dimensjonene og hvordan sikre balansert avveining mellom dem for å fremme god kvalitet og prioritering.

Fokusområder basert på status og utfordringsbilde i høringsnotat:

Det er behov for en bedre systematikk på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå for å sikre en likeverdig utvikling av kvalitet og prioriteringer på tvers av geografi og sykdomsgrupper i hhv. spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dette fordrer blant styrket fokus på følgende områder:

- Det er behov for økt kunnskap om kvalitet og fordeling av tjenester både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene
- Det er behov for å understøtte helsetjenestens arbeid med kvalitetsforbedring
- Det er behov for å etablere et system som vurderer effekt og ressursbruk ved innføring av nye metoder og nye legemidler.
- Det er behov for å etablere et helhetlig opplegg for pasientsikkerhet.
- Det er behov for å tydeliggjøre de ulike aktørers ansvar innenfor kvalitet og prioritering, både ansvarsfordeling mellom aktørene på nasjonalt nivå og mellom nivåene.

Målsetninger for helsetjenestens arbeid med kvalitet og prioritering

Gitt de overordende målsetningene for helsetjenesten, rammeverket for helsetjenester av god kvalitet og de beskrevne utfordringer, kreves en samlet innsats på flere områder for å forbedre helsetjenestens kvalitet og prioriteringer. Vi foreslår følgende mål for den kommende fireårsperiode:

1. At kvalitetsutvikling og prioritering skal bli en integrert del av tjenesteutøvelse og ledelse med solid forankring kulturelt og organisatorisk på alle nivåer i helsetjenesten.
2. For å sikre befolkningen likeverdige helsetjenester av god kvalitet kreves at praksis i både spesialist- og kommunehelsetjenesten mht. prioritering og kvalitet er mest mulig enhetlig innen gitt retten til og behovet for lokale tilpasninger. Mer spesifikt kreves:
 - Mer enhetlige og koordinerte prioriteringer i primær- og spesialisthelsetjenesten, herunder mer enhetlig fortolkning og praksis i forhold til prioriteringsforskriften i spesialisthelsetjenesten.
 - En faglig praksis som er i samsvar med oppdatert kunnskap for god og kostnadseffektiv praksis.
 - Likeverdig fordeling av tjenestetilbudet på tvers av faggrupper innenfor og mellom helsetjenestens ulike deler.
3. Få på plass systematisk rapportering på sentrale nøkkeldata som viser utvikling på prioritering og kvalitetsområdet jfr pkt 2.

4. At nye, kostbare metoder underlegges en prosess for faglig og overordnet vurdering.
5. Større åpenhet om feil og utilsiktede hendelser som skjer i behandlingsprosessen, slik at en på de ulike nivå i helsetjenesten kan ta tak i årsakene til hendelsene, avdekke risikoområder og forebygge.

STRATEGIER:

Grepene som legges her bygger på flere virkemidler

1. Utvikling av indikatorer/nøkkeldata for å følge med på utvikling og forskjeller i kvalitet og prioritering.

Alle nivå i helsetjenesten har et behov for å følge med på egen praksis både i forhold til prioritering og kvaliteten på de helsetjenestene som gis. Hovedmålsettingene med å rapportere på nøkkeldata om prioritering og kvalitet er flere. Et mål er å "følge med" i utviklingen som ledd i profesjonsdrevet kvalitetsforbedring. På lokalt, regionalt og nasjonalt nivå vil det videre danne et beslutningsgrunnlag for styring ved at det avdekkes hvor det utvikler seg uønsket variasjon og gap, med behov for ekstra fokus. Utvikling av bedre data og rapporteringssystemer foreslås også i den nasjonale kvalitetsstrategien "Og bedre skal det bli..." og av Nasjonal strategigruppe for prioriteringer. De presiserer behov for gjennomgående rapporteringsrutiner som både gir lokal, regional og nasjonal styringsinformasjon. Utfordringen ligger i å utvikle gode nøkkeldata som er relevante for de ulike nivå. På lokalt nivå vil det være behov for flere nøkkeldata enn på regionalt og nasjonalt nivå. I dag er der innenfor spesialisthelsetjenesten flere enkeltforetak som har utviklet system for registrering og måling av ulike sider ved et pasientforløp for bruk i eget kvalitets- og prioriteringsarbeid.

En kan ikke undervurdere vanskelighetsgraden i forhold til å utvikle hensiktsmessige nøkkeldata på alle nivå, og det forutsetter at alle aktører i helsetjenesten ser nytten av det i forhold til eget kvalitetsforbedringsarbeid slik at det settes av tid og ressurser innenfor allerede stramme budsjettammer. En må sikre prosesser som skaper forpliktende samarbeid mellom de ulike nivåene i helsetjenesten slik at dobbeltarbeid unngås.

Presisering av mål slik det er gjort under pkt 2 over – samt ytterligere presiseringer av hva dette innebærer vil kunne gi muligheter for utvikling av konkrete indikatorer til bruk i et følge-med-perspektiv. Utviklingen av nøkkeldata/indikatorer må hovedsakelig ta utgangspunkt i allerede eksisterende datakilder. Det foreslåtte lovforslaget om at et personidentifiserbart NPR også har kvalitetsutvikling som formål er et viktig grunnlag for å kunne legge til rette for gode rapporteringssystemer. Medisinske kvalitetsregistre kan gi gode indikatorer både på prosess og resultat av behandlingsforløp.

Særskilt om medisinske kvalitetsregistre som "følge-med"-virkemiddel:

I dag eksisterer ca. 60 kvalitetsregistre innenfor ulike somatiske fagområder. En gjennomgang av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten viser at registrene er

betydelig forskjellige på en rekke områder, som hjemmelsgrunnlag, datakvalitet, bruk og omfang. Sentrale fellestrekk ved registrene er at de er etablert og driftet av et medisinsk fagmiljø og at et sentralt motiv har vært kvalitetssikring og kvalitetsforbedring av prosedyre og behandling i klinisk pasientrettet virksomhet. Sosial- og helsedirektoratet har gjennom sitt kvalitetsregisterprosjekt i 2005 og 2006 lagt frem forslag til fremtidig prioritering av kvalitetsregistre, organisering, tekniske fellesløsninger, samt forslag til hjemmelsgrunnlag og forskrift for samtykkebaserte kvalitetsregistre. Forslagene har vært til høring. Erfaring og høringsrunder taler for å legge følgende premisser til grunn i det videre arbeidet med kvalitetsregistre: Hovedformålet er kvalitetsforbedring. Hver enkelt avdeling som leverer data skal også ha rettigheter til data og kunne analysere egne data og sammenlikne seg med de andre avdelingene. Fagmiljøene bør i samarbeid med RHF'ene avgjøre hvilke indikatorer som eventuelt bør benyttes nasjonalt på sykdomsspesifikke områder.

2. Utvikling og oppfølging av standarder

For å få til likere praksis må vi arbeide mer med standarder knyttet til:

I standarder for prioritering i hht prioriteringsforskriften

II standarder – kliniske retningslinjer

III standarder i fht pasientforløp

Det finnes internasjonalt en rekke faglige retningslinjer som kan tilpasses norske forhold. Det kan i Norge være særlig aktuelt å innføre standarder for pasientforløp innen områder som vi vet er i liten grad prioritert, rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, samt områder med store pasientgrupper og høye kostnader.

Det er sentralt at fagmiljøene er sterkt involvert i utarbeidelse av retningslinjer. For retningslinjer som er sektorovergripende, omhandler dyre metoder etc. vil det være behov for nasjonalt, koordinerte prosesser som blant annet sikrer at faglige, etiske, juridiske, økonomiske og politiske hensyn ivaretas.

I en tid med styrkede pasientrettigheter, bevisste pasienter med god innsikt i egen sykdom og behandlingsmuligheter og en stadig økende kløft mellom de utrednings- og behandlingsmessige mulighetene og de ressursmessige rammene helsetjenesten har, er det behov for reelle samarbeidsarenaer mellom tjenesteutøvere og brukerrepresentanter. Bruker- og pårørendes organisasjoner vil være viktige medspillere i utviklingen av retningslinjer og standarder.

3. Vurdere bruk av akkreditering som virkemiddel for å sikre oppfølging av standarder og dermed mest mulig ensartet praksis.

I Norge har vi så langt primært brukt pedagogiske virkemidler (retningslinjer) og satt standarder ved utvalgte kvalitetsindikatorer. Styring på kvalitetsindikatorer kan oppleves som fragmentarisk og de fleste land som jobber systematisk med kvalitetsindikatorer bruker ulike former for akkrediteringssystemer for å få en mer

helhetlig tilnærming til kvalitetsarbeid og oppfølging av dette. Eksempel vil være den danske kvalitetsmodellen som integrerer bruk av standarder, kvalitetsregistre, retningslinjer og indikatorer. En vet lite om forholdet mellom kost og nytte/effekt av akkreditering.

4. Etablere et system for vurdering av medisinsk teknologi og for overordede prioriteringer

Et system for vurderinger av medisinsk teknologi må forankres i allerede etablerte norske miljøer som arbeider med helseøkonomiske kost-nytte-vurderinger og teknologivurderinger mer generelt. I 1997 ble Senter for medisinske metodevurderinger etablert. Senteret ble i 2004 innlemmet i det nyetablerte Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Det er i tillegg bygget opp kompetanse innenfor helseøkonomisk forskning ved universitetene i Oslo og Bergen.

Et system for vurderinger av medisinsk teknologi må ikke bare bygge på etablerte norske miljøer. Det må også legges til rette for at miljøer i Norge bygger på kunnskap etablert internasjonalt (for eksempel av NICE).

Nasjonale prioriteringer kan ikke forankres i faglige vurderinger alene. Brukerperspektiv, etiske og andre overordnede hensyn må ivaretas på en helhetlig måte, som blant annet sikrer at prioriteringer på tvers av fagområder koordineres og at prioriteringsbeslutningene er åpne og oppleves som legitime av befolkningen.

5. Helhetlig opplegg for pasientsikkerhet

Internasjonale studier tyder på at utilsiktede hendelser skjer i opp mot 10 % av alle pasientopphold i somatiske sykehus. Slike estimater overført til norske forhold tyder på at utilsiktede hendelser kan være medvirkende til flere hundre, kanskje opp til noen tusen dødsfall i norske sykehus pr. år, og om lag 10.000 tilfeller av en eller annen form for alvorlig og varig skade. Rundt halvparten av hendelsene kan forebygges i følge helsepersonellet selv.

Undersøkelser og diverse historier fra norske medier tyder på at frykt for sanksjoner hemmer mange i å fortelle om feil som skjer. Det er behov for større åpenhet i helsetjenesten om feil som skjer, slik at en får oversikt over feilene som skjer, analysere årsakene og sikre at flere kan lære av og forebygge liknende feil. Helse- og omsorgsdepartementet har mottatt en rapport fra en arbeidsgruppe som skulle komme med anbefalinger knyttet til fremtidig meldesystem for utilsiktede hendelser i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidsgruppens hovedanbefaling er at det i denne omgang ikke etableres et nytt altomfattende nasjonalt meldesystem for utilsiktede hendelser og feil i spesialisthelsetjenesten. Begrunnelsen for dette er at de regionale helseforetakene er i ferd med å etablere egne systemer for registrering av utilsiktede hendelser. I tillegg har vi flere lovpålagte meldeplikter til nasjonale myndigheter om utilsiktede hendelser. Det er arbeidsgruppens oppfatning at etablering av et nasjonalt meldesystem som kommer i

tillegg til alle eksisterende meldesystem ikke vil bli godt mottatt i helsetjenesten og ikke vil fungere etter hensikten. Arbeidsgruppen anbefaler i stedet at det etableres et nasjonalt senter for pasientsikkerhet med formål å støtte opp om helsetjenestens arbeid med å registrere, analysere, lære av og forebygge feil og utilsiktede hendelser. Senteret skal drive pedagogisk innsats og ikke drive kontroll, tilsyn eller iverksette tiltak som ligger til ansvarlige myndigheter. Gruppen anbefaler at en nasjonal uavhengig enhet skal ta utgangspunkt i foreliggende informasjon og bruke dette til å avdekke risikoområder og årsakene til disse, og utforme læringstiltak som understøtter helsetjenestens bestrebelser på å lære av feil, slik at praksis blir endret. En forutsetning for senteret er at det er et reelt og tett samarbeid med helsetjenesten. Kvalitetsutvalgene nevnes som en potensiell arena.

6. Styrke lederskapet i helsetjenesten.

Forutsetningen for å nå målet om god kvalitet og riktige prioriteringer er godt lederskap på alle nivåer i helsetjenesten. Gjennom godt lederskap kan det etableres en gjennomgående kultur for kontinuerlig kvalitetsforbedring og riktig prioritering i samsvar med nasjonale mål og reguleringer. Sykehusreformen har lagt til rette for bedre ledelse gjennom en mer tydelig ledelsesstruktur i spesialisthelsetjenesten. Det må imidlertid arbeides videre for å understøtte denne strukturendringen. Det er blant annet behov for å styrke det ledelsesmessige fokus på å monitorere egen virksomhet, slik at det kan skapes et godt beslutningsgrunnlag for kvalitetssikring, innholdsstyring, prioritering og effektivisering. Det er også behov for å styrke kompetansen om kvalitetsutvikling og prioritering både hos helsetjenestens ledere og tjenesteutøvere.