

Styresak

Går til: Styremedlemmer
Selskap: Helse Vest RHF
Dato: 06.12.2005
Sakbehandlar: Odd Søreide
Saka gjeld: **Strategi for arbeid med kvalitet i Helse Vest**

Styresak 117/05 B

Styremøte 14.12. 2005

PRINSIPPSKISSE – GRUNNLAG FOR ARBEID MED KVALITET I HELSE VEST RHF

Oppsummering

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”).

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. Vidare er formålet med arbeidet med kvalitet å gjere eit godt sjukehusvesen enda betre.

Helse Vest RHF har i ”Overordna foretaksplan for Helse Vest” (2002) trekt fram behandlingkvaliteten som eit strategisk satsingsområde. Dette vart ma. konkretisert ved at ein tidleg innførte målingar av pasienttilfredsheit/brukarerfaring, og initierte eit foretaksovergrepande arbeid med måling av kvalitet basert på kvalitetsindiaktorar. I tillegg har HF-a teke sjølvstendige initiativ, for eksempel ved Stavanger Universitetssjukehus innan området pasientsikkerheit.

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

”Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer i helsetenesta med pasienten fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap”¹

¹ “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 Institute of Medicine, USA (ein regjeringsfinansierte tenke-tank). Desse 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”

Omgrepet helsegevinst dreier seg ikkje berre om forlenga livstid. Like viktig er betra funksjonsevne og livskvalitet, betre meistring og redusering av utilsikta hendingar etter medisinsk handsaming.

Målsettinga med arbeidet med kvalitet slik det er formulert i Sosial- og helsedirektoratet sin kvalitetsstrategi (2005) er at helsetenestene

- 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 fordelt

Eigar og politisk leing har lagt stor vekt på at arbeidet i føretaka på alle nivå skal bygge på prinsippa om internkontroll (som er lovfesta). Internkontroll vil sjølvsagt kunne vere ein kvalitetsdimensjon i seg sjølv og legg heilt naudsynte rammer rundt arbeidet i helsetenesta. Men arbeidet med kvalitet må utvidast til også å omfatte innhaldet i tenestetilbodet eller i kjerneverksemda. Vi ser ikkje at det er nokon motsetnad mellom kravet om internkontroll og eit meir pasientretta og fagleg fokus på arbeid med kvalitet.

På grunnlag at det som er omtala vil vi føreslå at Helse Vest RHF startar ein prosess med utforming av ein kvalitetsstrategi for føretaket. Strategiplan må bygge på desse føresetningane

- Planen må ha eit sterkt fokus på pasientane og på kjerneverksemda.
- Planen må gje grunnlag for kontinuerlig forbetring og stimulere til dei endringsprosessane som må til for å få til forbetring.
- Planen må legge grunnlaget for langsiktig kulturbygging.
- Den må vere generell og almengyldig 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.
- Planen må også vere fleksibel i høve til nye lover, forskrifter eller andre myndigheitskrav og lett kunne sette endringar inn i eit allereie velfungerande system.
- Planen skal ikkje kunne oppfattast som eller vere eit rasjoneringsinstrument. Det må likevel leggest til grunn at det også i framtida vil vere eit misforhold mellom det tilbodet pasientar og helsearbeidarane meiner skal gjevast, og dei ressursane samfunnet stiller til disposisjon.

Dersom ein legg til grunn at arbeidet med kvalitet først og fremst skal bidra til å fremme helse i brei forstand, og at målsettingane med kvalitetsarbeid er som omtala, må vårt arbeid med kvalitetsstrategi for Helse Vest tematisk omhandle følgjande 5 områder:

1. Kunnskap. Kunnskap er grunnlag for all fagleg verksemd og for eit godt, helsefremmande tilbod til pasientane, for prioritering, og for organisering av tenestetilbodet.
2. Pasient- og brukarfokus. Dette inneber ikkje berre pasienterfaringsundersøkingar, men også eit fokus på tilgjengeligheit og god pasientflyt som ivaretek pasientanes behov.

3. Pasienttryggleik. Moderne medisin fremjar helse, men er og potensielt skadeleg. Utsikta hendingar kan førebyggast i ca. halvparten av tilfelle.
4. Monitorere (måle) resultata. Vi må vise fram resultata av arbeidet vårt, enten på overordna aggregert nivå, eller for sjukdomsgrupper/behandlinger.
5. Internkontroll og metodar for vurdering av samla kvalitet. Internkontrollen må styrkast, og andre verkemiddel må vurderast, for eksempel bruk av faglege revisjonar, internrevisjon, sertifisering (ISO- eller andre), eller akkreditering.

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

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 reformen var å gjere eit godt sykehusvesen ennå 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.

Helse Vest RHF har i ”Overordna foretaksplan for Helse Vest” (2002) også trekt fram behandlingkvaliteten som eit strategisk satsingsområde. Denne målsettinga har ein lagt til grunn i ulike samanhengar, for eksempel i høve til spørsmål om funksjonsfordeling mellom foretaka, organisering av tenestetilbodet, og i høve til avtalar med private leverandørar.

Helse Vest var tidleg ute med å gjennomføre pasienterfaringsundersøkingar - første undersøking blei gjennomført i 2002. Utviklingsarbeidet blei gjort i eit samarbeid mellom RHF, HF, private institusjonar og Heltef, seinare Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetenesta. Dette arbeidet la grunnlaget for dei nasjonale pasienterfaringsundersøkingane og systematikken rundt gjennomføringa av desse.

Helse Vest tok også tidleg initiativ til å utarbeide kvalitetsindikatorar i samarbeid med helseføretaka og private institusjonar i regionen. Dei første rapporteringane starta opp i 2002. På grunnlag av dette arbeidet medverke Helse Vest i oppstarten av det nasjonale arbeidet med kvalitetsindikatorar.

HFa i regionen har og arbeid med kvalitet. For eksempel har Stavanger Universitetssjukehus starta arbeid med pasienttryggleik i samarbeid med universitetsmiljø og andre interesserte.

Det er likevel 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 alle i fagmiljøa i arbeidet slik at dei får eit eigarskap til dei overordna målsettingane.

Dei andre 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 det viktige 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 5 områder. Strategien fokuserer mykje på innhaldet i tenestetilbodet, men synes å vere mindre godt forankra gjennom eigarlinja i foretaksstrukturen.

Kommentarar

Kva er kvalitet i helsetenesta?

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 spørsmålet er om den lett let seg formidle inn og blir forstått i helsetenesta og i høve til pasientane eller brukarar. Skal helsetenesta verte betre må ein kanskje 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 (fritt oversett):

*"Kvalitet omhandlar i kva grad det som skjer i helsetenesta med pasienten fører til ein helsegevinst for individet og for folkehelsa, gitt dagens kunnskap"*²

Omgrepet helsegevinst dreier seg ikkje berre om forlenga livstid (som ikkje er eit relevant mål for helseutbytte for dei fleste sjukdomsgruppene). Like viktig er betra funksjonsevne og livskvalitet, betre meistring og redusering av utilsikta hendingar etter medisinsk handsaming.

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

- er virkningsfulle
- er trygge
- involverer brukerne og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet

² "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 Institute of Medicine, USA (ein regjeringsfinansierte tenke-tank). Desse 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"

- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt³

Vi meiner at definisjonen av kvalitet og målsettingane med kvalitetsarbeid slik det er omtala her går rett inn i kjerneverksemda i spesialisthelsetenesta. Slik vil både pasient og helsearbeidar kunne einast om kva arbeidet med kvalitet omhandlar.

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

Tilhøve mellom internkontroll og kvalitet

Eigar og politisk leing har lagt stor vekt på at arbeidet i føretaka på alle nivå skal bygge på prinsippa om internkontroll (som er lovfesta). Det å etterleve lover, forskrifter og andre myndigheitskrav er ei viktig oppgåve for Helse Vest RHF og det er gitt klare krav til føretaka om å etablere system for internkontroll og avvikshandtering.

Det å ha system for internkontroll vil sjølvstund kunne vere ein kvalitetsdimensjon i seg sjølv. Men for mange i helsetenesta er det vanskeleg å sjå at internkontroll grip direkte inn i kjerneverksemda i spesialisthelsetenesta.

Vi meiner at internkontrollen legg heilt naudsynnte rammer rundt arbeidet i helsetenesta og vil i mange høve vere normerande for verksemda. Men arbeidet med kvalitet må utvidast til også å omfatte innhaldet i tenestetilbodet eller i kjerneverksemda. Vi ser ikkje at det er nokon motsetnad mellom kravet om internkontroll og eit meir pasientretta og fagleg fokus på arbeid med kvalitet.

Tilhøvet mellom kvalitet og forsvarligheit

Omgrepet ”forsvarligheit” vert ofte nytta i diskusjonar om faglegheit og kvalitet i helsetenesta. Omgrepet har først og fremst ei juridisk tyding som set ein slags fagleg minimumsstandard for verksemda. Denne minimumsstandard kan og vert 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 Helse Vest med god medisinsk og annan helsefagleg praksis som i gjennomsnitt ligg godt over ein slik minimumsstandard.

³ Dette byggjer antakeleg på formuleringar frå *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

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

Nasjonale og regionale føringar

Ut over dei føringane som ligg i føretakslova, veit vi at eigar arbeider med planar for å styrke arbeidet med kvalitet i spesialisthelsetenesta. Dette vil kome i tillegg til dei klåre krav 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 fagmiljøa og formelt i eigarlinja. Vi meiner at dette ikkje er optimalt, utan medverknad og forankring vert inn- og gjennomføring unødvendig vanskeleg.

Dei andre regionale helseføretaka har, eller er i ferd med å utforme planar for arbeid med kvalitet i sin region. Planane er noko ulike, spesielt i høve til fokus og bruk av verkemiddel. Det er likevel mykje å lære frå dei andre RHF-a. Likevel meiner vi at vår tenking og rammeverk skil seg noko frå dei andre ved at vi så klårt har eit tydeleg fokus på kjerneverksemda.

Føringar for arbeid med kvalitet i Helse V est RHF

På grunnlag at det som er omtala vil vi føreslå at Helse Vest RHF startar ein prosess med utforming av ein kvalitetsstrategi for føretaket. I tillegg til å diskutere innhald og verkemiddel, må planen utformast slik at ein engasjerar og får med seg dei tilsette på alle nivå i spesialisthelsetenesta. Planen må fremje langsiktig kulturbygging i helsetenesta – ei allereie god helseteneste skal bli enda betre.

Kvalitet vert skapt av dei ca. 20.000 tilsette i Helse Vest RHF, og dei må føle eigarskap til ein slik strategiplan. Styret og den administrative leiinga har eit overordna ansvar for at det vert utarbeid plan, at den er realistisk, og ikkje minst, at den gir arbeidet ei retning.

Sentrale føringar: Ein strategiplan for arbeid med kvalitet i Helse Vest RHF må bygge på desse føresetningane

1. Planen må ha eit sterkt fokus på pasientane og på kjerneverksemda.
2. Planen må gje grunnlag for kontinuerlig forbetring og stimulere til dei endringsprosessane som må til for å få til forbetring.
3. Planen må legge grunnlaget for langsiktig kulturbygging.
4. Den må vere generell og almenyldig på den måten at alle områder i spesialisthelsetenesta kan arbeide etter same lest.
5. 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.
6. Planen må også vere fleksibel i høve til nye lover, forskrifter eller andre myndighetskrav og lett kunne sette endringar inn i eit allereie velfungerande system.
7. Planen skal ikkje kunne oppfattast som eller vere eit rasjoneringsinstrument. Det må likevel leggast til grunn at det også i framtida vil vere eit misforhold mellom det

tilbodet pasientar og helsearbeidarane meiner skal gjevast, og dei ressursane samfunnet stiller til disposisjon.

Dei tematiske områda for planen: Dersom ein legg til grunn at arbeidet med kvalitet først og fremst skal bidra til å fremme helse i brei forstand, og at målsettingane med kvalitetsarbeid er det som er beskrevet i de føregående i strategiplanen til Sosial- og helsedirektoratet, må vårt arbeid med kvalitetsstrategi for Helse Vest tematisk omhandle følgjande 5 områder:

1. **Kunnskap.** God og oppdatert kunnskap er naudsynt i ei tid der faren for informasjonsdrukning både for pasient og helsearbeidar er overhengande. Vidare er
 - a. God kunnskap naudsynt for å fremje helse, ma. gjennom kunnskapsbasert praksis i førebygging, diagnostikk, behandling (inkludert pleie- og omsorg), og rehabilitering.
 - b. Kunnskap er naudsynt for god rådgjeving av pasientar, pårørande og befolkninga.
 - c. God kunnskap bidrar til at vi unngår overforbruk av helsetenester (overforbruk på den måten at vi overforbrukar dei helsefaglege tilboda), underforbruk (som frårøver pasientane effektive helsetilbod) eller feilbruk (som fører til skader og utilsikta hendingar). Kort sagt – vi må gjere meir nytte enn skade.
 - d. Kunnskap er naudsynt for retttidig innføring av nye metodar (teknologi) og ny kunnskap på ein systematisk måte.
 - e. Kunnskap er naudsynt for utfasing av metodar som det ikkje lenger er bruk for fordi dei er mindre effektive enn nyare metodar, eller på annan måte viser seg ikkje å ha ein tilsikta verknad.
 - f. Kunnskap er ein føresetnad for rett 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).
 - g. God kunnskap er grunnlaget for retningslinjer.
 - h. Kunnskap er naudsynt for å fastsette mål for kvalitet (standardar; sjå seinare).
 - i. Kunnskap er og nødvendig for god fordeling av ressursar i helsetenesta.
 - j. God kunnskap er og naudsynt for lindrande behandling og omsorg mot livets slutt (jf. NOU 1997:20).

2. **Pasient- og brukarfokus.** Pasient- og brukarfokus inneber sjølvsagt at vi skal yte god service og levere helsetenestene med empati og forståing. Det er og viktig at ein regelmessig sørgjer for å få uttrykk for kor godt nøgde pasientane er med tenesta (pasienterfaringsundersøkelser) sjølv om vi framleis har mykje utviklingsarbeid framfor oss på dette feltet. Men like viktig er det at
 - a. Helsetenestene er tilgjengelege når pasientane treng dei.
 - b. At ventetidene ikkje skal vere urimelege eller skadelege.
 - c. At helsetenestetilbodet er samordna og gjev kontinuitet i helsetenestetilbodet når det trengs og er tilpassa behov.
 - d. At medverknad og medbestemmelse vert integrert i beslutningsprosessane som skjer i helsetenesta.
 - e. At pasientane møter helsepersonell med god kompetanse og med rett kompetanse.

Slik sett er pasient- og brukerperspektiv ikkje berre knytt til relasjonelle tilhøve og å svare på uttrykte behov eller ønskjer, men i like stor grad til organisatoriske

problemstillingar, samhandling i spesialisthelsetenesta og mellom nivåa i helsetenesta, og i planlegging og gjennomføring av aktivitetar.

3. **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).

Det ligg føre ei rekke internasjonale undersøkingar som gjev eit nokså eintydig bilde av situasjonen. Det vil sjølvstakt kunne diskuteras om tala som vert brukte er rette. Realiteten er likevel den 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 døy. 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.

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 og systematikk, og ved bruk av hjelpemiddel som IT. Sjølvstakt kan helsepersonell gjere feil, men vi må legge arbeidet slik til rette at individuell svikt vert fanga opp.

Det er reelle farar knytt til medisinsk handsaming. Men otte 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.

Ei satsing på kvalitet må ha eit tydeleg fokus på pasienttryggleik.

4. **Monitorere (måle) resultatata.** Grunnlaget for i det heile å kunne sei noko om kvaliteten er at den kan uttrykkast i målberre storleikar (kvantitative eller kvalitative). Slike data er og naudsynte som grunnlag for forbetring.

Omgrepet *kvalitetsindikator*⁴ vert ofte nytta i Noreg for slike storleikar (i engelskspråklege land vil ein finne omgrep som *performance indicators*⁵ også). Ein indikator er

- a. Ein reiskap for å måle eller eit målbart uttrykk som gir indikasjonar
- b. Ein statistisk verdi som gir ein indikasjon på korleis prosesser fungerer, eller om bestemte resultat er oppnådd
- c. Er eit brukbart mål for kvaliteten på ei yting i en gitt situasjon

Slike indikatorar vert henta inn eller er konstruerte frå fleire kjelder. Både WHO, OECD og Nordisk Ministerråd i tillegg til fleire ”tenke-tankar” (RAND Corporation,

⁴ Det ligg føre god vitskapleg kunnskap om utvikling av indikatorar og kva krav ein skal stille til desse. Sentrale krav er at dei skal vere relevante, pålitelige, målbare, aksepterte og vere mulig å registrere.

⁵ Performance kan oversettast med ytelse

Commonwealth Fund International Working Group on Quality Indicators og andre) har engasjert seg i dette arbeidet. Sjølv om det internasjonalt er brei semje om dei krav som må stillast til slike indikatorar (som ikkje vert omtala her)⁶, er det likevel usikkert om alle dess initiativa har god nok fagleg og vitskapleg forankring, eller oppleves like nyttige på alle nivå i helsetenesta.

Indikatorar kan utformast på bakgrunn av

- d. Data fra pasientadministrative nasjonale register.
- e. Andre nasjonale registre, for eksempel sjukdomsregistre som Kreftregisteret eller Dødsårsaksregisteret.
- f. 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.
- g. På nokre områder finns det europeiske eller internasjonale registre (for eksempel European Liver Transplant Registry (ELTR; lokalisert i Paris).
- h. Andre regionale eller lokale kvalitetsdatabaser eller sjukdomsregister.

Arbeidet med indikatorar er krevande, og systema som er utvikla for dette er framleis i ein startfase. Arbeidet knytta opp til nasjonale kvalitetsregistre er spesielt viktig. Det finns i dag (august 2005) 50 eksisterande registre. Av desse er 36 nasjonale.⁷

Det vil spesielt kreve mykje av IKT infrastruktur for å realisere intensjonane ein har på dette området. Det formelle grunnlaget for nasjonale og regionale kvalitets- eller behandlingsdatabaser er og uavklart. Sosial og helsedirektoratet har på oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet starta eit arbeid som skal avklare slike spørsmål.

Bruken av kvalitets (og ytelsesindikatorar) kan tene fleire formål

- i. Som legitimering av ytelsane i helsetenesta, vise fram at helsetenesta skjøttar sitt samfunnsoppdrag.
- j. For styringsformål, det vert sett standardar og krav.
- k. Som overvåkning av tenesta, og
- l. Som grunnlag for forbetring av den kliniske verksemda.

Det er ett viktig skille mellom overordna formål (pkt. i-k) og det pasientnære arbeidet (pkt. l) som gi grunnlag for forbetring.

Ut over indikator- eller resultatarbeidet finns det ulike teknikkar for forbedringsarbeid (audit, gjennombrudds-teknikkar, etc) som kan nyttast⁸.

5. Internkontroll og metodar for vurdering av samla innsats (samla kvalitet for organisasjonen)

⁶ Audit Commission i England har stilt følgjande krav til indikatorar: Relevance, Clear definitions, Easy to understand and use, Comparable, Verifiable, Cost-effective, Attributable, Responsive, Avoid perverse incentive, Allow innovation, Statistically valid, Timely, Unambiguous

⁷ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. "Medisinske kvalitetsregistre i Norge - identifisering og kartlegging av eksisterande registre". August 2005.

⁸ Sjø f.eks. WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Novembert 2003. "What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?"

Helse Vest RHF og helseforetaka har etablert internkontroll og har styrka arbeidet med dette området, ma. ved system for internrevisjon. Dette arbeidet må videreførast og forsterkast i tråd med myndighetskrav.

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.

Internasjonalt har det vore arbeid i lengre tid med system eller mekanismar der ein føretekk samla 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 konseptane 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 standardene går på tverrs i organisasjonen.
- Kvalitetsvurderinga vert gjort av fagpersonar frå ein akkrediteringsorganisasjon.
- Graden av måloppnåing vert uttrykt i ein enkel verdi.
- 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 Organizations), 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. 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 beskrevet 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 sjukehusa.⁹

I Noreg har fleire sjukehuslaboratorier blitt ISO-sertifiserte. Helse Øst RHF har vedteke at alle føretaka skal ISO-sertifiserast, og andre har sertifisert deler av verksemda (psykiatri).

Ei utfordring både for akkreditering og for sertifisering er at det ikkje er eintydig at slike system verkar.

Opplegg og vidare prosess

Styrevedtaket legg ramar for strategiarbeidet, ma. ord for formål, målsetting og tematisering. Vidare arbeid skal skje i prosjektgrupper knytt til dei tematiske områda som er omtala i dette dokumentet. Arbeidet her skal først og fremst analysere, utdjupe og beskrive verkemedel. Arbeidet må bygge på god vitenskapleg dokumentasjon

Parallelt med arbeidet med tema må det skje eit betydeleg forankringsarbeid i foretaksgruppa. Dette skal føre fram til ei felles forståing av kvalitet og arbeidet med kvalitet i brukarorganisasjonane (brukerutvala), på alle nivå i organisasjonane, hos alle grupper tilsette og hos tillitsvalde.

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Vest RHF rår til at det vert utarbeidd ein heilskapleg strategiplan for kvalitetsarbeid i Helse Vest RHF og ser planen som ei vidareføring av arbeidet med kvalitet i Helse Vest RHF.
2. Styret vil spesielt peike på at formålet med planen er å sikre at pasientens møte med helsetenesta fører til betre helse, funksjon og meistring og at spesialisthelsetenesta heile tida må drive forbetningsarbeid.
3. Planen må ta utgangspunkt i og bygge på dei prinsippa som er omtala og diskutert i denne saka.
4. Styret vil understreke at internkontroll er ei prioritert oppgåve for Helse Vest RHF og må sjåast som ein integrert del av arbeidet med kvalitet.
5. Pasientane / brukarane må takast med i arbeidet.
6. Styret ber om at arbeidet med kvalitetsstrategien vert forankra i bestillinga til føretaka for 2006 og framover.
7. Styret ber om bli orientert om arbeidet under vegs.

⁹ “ 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.