

Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20-2010

Kartlegging



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet å vurdere og anbefale elementer som kunne inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. **Hovedanbefalinger:**

- Målet med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte, i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået.
- For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører, som grunnprinsippet for utvikling og implementering.
- Pasientene må få tilgjengelig og forståelig informasjon om kvalitet, de må i større grad enn i dag gis mulighet til å etterspørre kvalitet og sikkerhet og bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Kvalitet på tjenestene må måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring.
- Utvikling av nasjonale kvalitets-

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-369-2 ISSN 1890-1298

nr 20–2010

 kunnskapssenteret

(fortsettelsen fra forsiden)

indikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten synes som et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem. • Manglende IKT tilgjengelighet, koordinering og manglende IKT funksjonalitet i forhold til å innhente data er en hovedhindring for å dokumentere kvalitet. • For at sammenlikning av måltall for kvalitet (benchmarking) skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Dette arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt, men kan også gjennomføres som regionale eller nasjonale satsninger. • Ansvarlige ledere på nasjonalt og kommunalt nivå, og lederne av de enkelte tjenestene, må etterspørre og kunne dokumentere kvalitet i større grad enn i dag. • En årlig kvalitetsrapport fra deltjenester og kommuner, kan være et virkemiddel for å få større lederfokus på kvalitet, samt få kunnskap om kvaliteten. • Kompetanse står sentralt i å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten. Både fagkompetanse og kvalitetsforbedringskompetanse trengs.

Tittel	Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Anne Karin Lindahl, <i>avdelingsdirektør</i> Toril Bakke, <i>seniorrådgiver</i>
ISBN	978-82-8121-369-2
ISSN	1890-1298
Rapport	nr 20 - 2010
Prosjektnr	609
Antall sider	81 (+ vedlegg)
Oppdragsgiver	Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet
Nøkkelord	kvalitet, kvalitetssystem, kvalitetsmåling, brukerorientering
Sitering	Lindahl AK, Bakke T. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Rapport nr 20-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2010

Hovedanbefalinger

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fikk i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet via Helsedirektoratet å vurdere og anbefale elementer som kunne inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Følgende er hovedanbefalinger fra rapporten:

- Målet med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte, i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået.
- For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører, som grunnprinsippet for utvikling og implementering.
- Pasientene må få tilgjengelig og forståelig informasjon om kvalitet, de må i større grad enn i dag gis mulighet til å etterspørre kvalitet og sikkerhet og bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Kvalitet på tjenestene må måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring.
- Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten synes som et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem
- Manglende IKT tilgjengelighet, koordinering og manglende IKT funksjonalitet i forhold til å innhente data er en hovedhindring for å dokumentere kvalitet.
- For at sammenlikning av måltall for kvalitet (benchmarking) skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Dette arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt, men kan også gjennomføres som regionale eller nasjonale satsninger.
- Ansvarlige ledere på nasjonalt og kommunalt nivå, og lederne av de enkelte tjenestene, må etterspørre og kunne dokumentere kvalitet i større grad enn i dag.
- En årlig kvalitetsrapport fra deltjenester og kommuner, kan være et virkemiddel for å få større lederfokus på kvalitet, samt få kunnskap om kvaliteten.
- Kompetanse står sentralt i å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten. Både fagkompetanse og kvalitetsforbedringskompetanse trengs. Forbedringskompetanse bør i større grad enn i dag legges inn i grunn-, videre- og etterutdanninger for helsepersonell.

- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Prosjekter som inngangsettes, inklusive et nasjonalt kvalitetssystem, må systematisk evalueres.
- For å gi kraft og retning i arbeidet, foreslås det å etablere en egen enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet. Enheten må koordinere de mange og til dels fragmenterte ordningene som finnes i dag, og etablere teknisk støtte og prosesstøtte til det lokale forbedringsarbeidet. Arbeidet bør i stor grad bygge på initiativer som allerede er igangsatt, og hovedfokuset bør være læring og kvalitetsforbedring.
- Lovfesting av kvalitetsforbedringsarbeid for de kommunale helse- og omsorgstjenester kan være et godt hjelpemiddel for å få til en økt og koordinert satsning på kvalitet

Sammendrag

Bakgrunn

Commonwealth Fund-undersøkelsen fra 2008 viste at vi i Norge har begrenset kunnskap om kvaliteten og kvalitetsarbeidet som foregår i allmennpraksis sammenlignet med andre land. På dette grunnlag laget Kunnskapssenteret i 2009 en rapport med anbefalinger om hvordan en kunne arbeide videre med kvalitet og kvalitetsutvikling i allmennpraksis, med basis i norske og internasjonale erfaringer. Samtidig pågikk arbeidet med Samhandlingsreformen, hvor hovedtanken jo er å se alle tjenestene i sammenheng, og sørge for at de blir koordinerte og kvalitativt gode sammen. Helse- og omsorgsdepartementet ønsket derfor en videre utredning om hvilke elementer et kvalitetssystem for hele primærhelsetjenesten burde ha. Oppdraget om dette gikk til Helsedirektoratet, som ba Kunnskapssenteret utrede det. Denne rapporten beskriver dette arbeidet.

Beskrivelse av oppdraget

Oppdraget var delt i to deler:

1. Beskrive og vurdere styrke og svakheter ved ulike alternativer, og forslag til hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem.
2. Beskrive hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles og dernest implementeres i tjenestene, med særlig fokus på:
 - a. Fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
 - b. Fysioterapitjenesten
 - c. Forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste
 - d. Omsorgstjenestene, inkludert legevirkosomhet i institusjon

I oppdraget står det at St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, den nasjonale kvalitetsstrategien for helse og sosialtjenesten, samt kvalitetsavtalen mellom HOD og KS skal legges til grunn. Alle relevante aktører skal involveres i prosjektet på en god måte, og prosjektet skal sikres god forankring både i ledelse og praksisfelt. Kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv.

Metoder i arbeidet

Organisering av prosjektet

Prosjektet har bestått av:

- En styringsgruppe – ledergruppen i Kunnskapssenteret.
- En intern prosjektgruppe.
- "Undergrupper" på de fire delområdene. Disse gruppenes arbeid er beskrevet i egne notater, som også er vedlegg til rapporten.
- En ekstern prosjektgruppe med høy kompetanse på kvalitetsarbeid.
- En referansegruppe bestående av sentrale aktører i kommunehelsetjenesten, som har møttes på 2 dialogkonferanser, en i juni og en i september 2010.

Betydningen av samarbeid med sentrale aktører har vært vektlagt både i planleggingen og gjennomføringen av prosjektet.

Metode

Vi har innhentet norske og internasjonale erfaringer og forskningsdokumentasjon, dels ved systematiske søk, dels ved snøballmetoden, der vi gjennom kontakter og dokumenter har blitt vist videre til sentrale kontaktpersoner som har informasjon, og til andre dokumenter som ikke kan finnes gjennom litteratursøk i vanlige databaser (såkalt grå litteratur, rapporter og lignende). Vi har benyttet tidligere og pågående arbeider i Kunnskapssenteret som systematiske oversikter og policy briefs, samt materiale som er publisert under emnebiblioteket Kvalitetsforbedring på Helsebiblioteket. Vi har identifisert elementer som kan inngå i et kvalitetssystem, og sett på alternativer for implementering og videreutvikling. Dette har vi diskutert med ekstern prosjektgruppe og med interessentene som beskrevet over, i forhold til norsk kontekst. Brukerorganisasjonene har vært viktige premissleverandører inn i prosjektet, både som deltakere i referansegruppen og i forhold til å gi innspill på dokumentet underveis.

Resultat - hovedanbefalinger

- Målsetningen med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte, i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået.
- For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører som grunnprinsippet for utvikling og implementering.
- Pasientene må få tilgjengelig og forståelig informasjon om kvalitet, må i større grad enn i dag gis mulighet til å etterspørre kvalitet og sikkerhet, og bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Kvalitet på tjenestene må måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring.

- Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten er et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem. Disse bør utvikles i tråd med prinsippene skissert i rapporten Rammeverk for kvalitetsindikatorer (8).
- Manglende IKT tilgjengelighet, koordinering og funksjonalitet i forhold til å innhente, bearbeide og analysere data er en hovedhindring for å dokumentere kvalitet.
- For at sammenlikning av måltall for kvalitet (benchmarking) skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Dette arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt, men kan også gjennomføres som regionale eller nasjonale satsninger.
- Ansvarlige ledere på nasjonalt og kommunalt nivå, og ledere av de enkelte tjenestene, må etterspørre og kunne dokumentere kvalitet i større grad enn i dag. En drahjelp for å få til dette, kan være å kreve årlige kvalitetsrapporter fra deltjenestene og kommunene. Dette kan legge grunnlag for en årlig nasjonal rapport. I tillegg kan det være behov for å fokusere mer på pasientsikkerhet, og etablere en meldeordning for uheldige hendelser også i primærhelsetjenesten på linje med spesialisthelsetjenesten. Fokus for en slik meldeordning må være forståelse og læring.
- Kompetanse er viktig for å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten. Både fagkompetanse og kvalitetsforbedringskompetanse trengs. Kunnskapsbasert praksis og forbedringskompetanse bør i større grad enn i dag legges inn i grunn-, videre- og etterutdanning for helsepersonell.
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Prosjekter som inngangsettes, inkludert et nasjonalt kvalitetssystem, må systematisk evalueres.
- For å gi kraft og retning i arbeidet, foreslås det å etablere en egen enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet. Enheten må koordinere de mange og til dels fragmenterte ordningene som finnes i dag, og etablere teknisk støtte og prosesstøtte til det lokale forbedringsarbeidet. Arbeidet bør i stor grad bygge på initiativer som allerede er igangsatt, og hovedfokuset bør være læring og kvalitetsforbedring.

Lovfesting av kvalitetsforbedringsarbeid for de kommunale helse- og omsorgstjenester kan være et godt hjelpemiddel for å få til en økt og koordinert satsning på kvalitet.

Brukerfokus har vært en føring i arbeidet som en verdi i seg selv, og i tillegg vektlegges det at pasienter og brukere er viktige som pådrivere for å dokumentere og utvikle tjenestenes kvalitet.

Diskusjon

Et nasjonalt kvalitetssystem må bygges med fokus på møtet mellom pasient eller bruker og den eller de som ivaretar dennes behov i primærhelsetjenesten. De elementene som er foreslått har i hovedsak fått tilslutning fra de sentrale aktørene

som har vært involvert i prosjektet. Det understrekes at et nasjonalt kvalitetssystem må støtte opp under og bidra til læring og mer kompetanse lokalt. Prioriteringen av de forskjellige elementene varierer naturlig nok, men elementene: felles IKT system med automatisk datafangst, synliggjøring av kvalitet på alle nivåer og ledelsesfokus på kvalitet ble høyt prioritert hos alle de involverte.

Konklusjon

Det er mange erfaringer å høste fra kvalitetsarbeid nasjonalt og internasjonalt. Ved etableringen av et nasjonalt kvalitetssystem bør vi bygge på dette, blant annet for å ivareta initiativ og entusiasme som utøverne av tjenestene har. En viktig drivkraft for norske helsearbeidere er å gi tjenester av god kvalitet, men det er behov for flere verktøy og mer overordnet og helhetlig støtte for å få dette til. En nasjonal satsning på et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten som skaffer både myndigheter, ledere, brukere og utøvere data om kvaliteten av de tjenestene som leveres er helt nødvendig. Dette kan vi bruke til lokalt, regionalt og nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid dersom forholdene legges til rette.

Selv om effektene av enkeltelementene vi har foreslått i noen grad er evaluert, kjenner vi per i dag ikke til effekten av innføring av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Vi anbefaler derfor å legge opp til evaluering enkeltelementer og av det helhetlige kvalitetssystem, dersom eller når dette blir innført.

Key messages

The Norwegian Knowledge Center for the Health Services was commissioned by The Department of Health and the Directorate of Health, to survey and recommend elements to be included in a national quality system for the primary health services. These are the main recommendations from the present report:

- The goals for a national quality system for the primary health care should be documentation and visibility of quality, learning and quality improvement in a coordinated way, in all four levels of services; the health care worker /patient level, the health organizational level, the municipality level and the national level.
- In order to efficiently contribute to quality improvement, a partnership model for development and implementation should be adopted, with involvement of patients and users, and all stakeholders in the process.
- Patients and users need available and understandable information about quality of the services, and should to a larger extent than today be given the opportunity to query information on quality and safety, and contribute in the development of quality of the services.
- The quality of the services should be measured and visualized in a way that is useful for patients and health workers own quality improvement work.
- The development of quality indicators for all services in primary health care is an essential element of a national quality system. These should be developed according to the principles outlined in the report: Conceptual Framework for a National Healthcare Quality Indicator System in Norway - Recommendations (8).
- The lack of IKT programmes, equipment, coordination and functions in relation to possible retrieval, processing, and analysing data is a major obstacle for documentation of the quality of the services.
- In order to compare measures for quality through benchmarking, structured and goal oriented processes need to be in place in each of the services. This can be done in relation to local challenges, or by regional or national processes.
- Leaders on the national and municipality levels, and the leaders of the individual services, should to a larger extent than today query about quality of the services and make sure documentation of quality is in place. Annual quality reports from the individual services and the municipalities. In addition there is

a need for more focus on patient safety, and a system for registering unwanted incidents may be established, as it is in the specialized health care services. The focus for such a registry should be on understanding the mechanisms and learning.

- To have the right competence in place is important to ensure and develop quality in the primary health care services. Both professional knowledge and quality improvement knowledge is important to ensure and develop quality of the services. Knowledge and skills in both evidence based practice and quality improvement is should to a larger extent than today be included in the basic education of health care workers, as well as in their postgraduate further education.
- More research is needed about quality improvement in the primary care sector. Improvement projects should be followed by evaluation, as should the implementation of a national quality system in the primary care services.
- To give push, pull and direction in the quality documentation, visualization and improvement work, we propose establishing a unit with particular responsibility to develop and implement at national quality system for the primary health services. Such a unit needs to coordinate and further develop the work already in place today, and establish technical and process support for the locally based quality improvement work. The main focus of the work should be learning and quality improvement, and user involvement is understood.
- Anchoring the work in the health laws would be a tremendous help in getting increased focus and resources for an increased and coordinated effort towards better quality.

Executive summary

Preface

The Commonwealth Fund survey from 2008 showed that our knowledge about the quality of the work performed by Norwegian general practitioners is scarce compared with other countries. The Norwegian Knowledge Center for the Health Services made, as a follow up of these findings, a survey and recommendations on how to go further with quality and quality improvement in general practice in Norway, based on Norwegian and international experiences. At the same time, the Coordination Reform was being drafted, with the basic idea that we need to see the health system as a continuum of well coordinated services. On this basis, the Department of Health decided to evaluate the various elements that can be included in a national quality system for the primary health care services seen as a whole. The assignment was given to the Directorate of Health, which asked The Knowledge Centre to do the survey.

Description of the assignment

The assignment contained two parts:

1. Describe and assess the strengths and weaknesses of various alternative elements and propose which should be included in a national quality system.
2. Describe how the national quality system can be developed and then implemented in the services, with particular focus on:
 - a. General practitioners
 - b. Physiotherapists
 - c. Preventive health care services
 - d. Nursing homes and home care services

The assignment specifies that the Report nr. 47 (2008-2009) The Coordination Reform, The National Strategy for Quality Improvement in Health and Social services (2005-2015) and the Quality Agreement between HOD og KS, are the

premises for a national quality system. All relevant stakeholders should be involved in the project in a good manner. Anchoring in both management and in the services is of great importance, and the main focus of such a quality system should be the patients and users.

Methods of the survey

Organization of the project

- A steering group - the management team in the Knowledge Centre.
- An internal project group
- "Subgroups" on the four sub-areas - see paragraph a, b, c and d under Background.
- An external project group with people of high competence when it comes to quality work.
- A reference group of stakeholders, who met during two dialogue conferences, one in June and one in September 2010.

All relevant stakeholders have been involved in both planning and implementation of the project.

Methods for mapping the available documentation

We have searched for Norwegian and international experiences and research, partly through systematic search strategies, partly by the snowballing method, where we through contacts and documents have been pointed to key people with useful information, or to other documents not available through research databases (so-called "grey" literature). We have looked to previous and ongoing work at the Norwegian Knowledge Centre, like systematic reviews, policy briefs and other reports, as well as articles published online in the Norwegian Health Library. We have identified elements that can be a part of a national quality system for the primary health care services, and looked at alternatives for further development and implementation. We have discussed these elements and possibilities with our external project group and with the stakeholders described above, in particular regarding the Norwegian context. The patient organizations have been important premise suppliers, both as part of the stakeholder group, and also by commenting on the document throughout the ongoing work.

Main findings

- The goals for a national quality system for the primary health care should be documentation and visibility of quality, learning and quality improvement in a

coordinated way, in all four levels of services; the health care worker /patient level, the health organizational level, the municipality level and the national level.

- In order to efficiently contribute to quality improvement, a partnership model for development and implementation should be adopted, with involvement of patients and users, and all stakeholders in the process.
- Patients and users need available and understandable information about quality of the services, and should to a larger extent than today be given the opportunity to query information on quality and safety, and contribute in the development of quality of the services.
- The quality of the services should be measured and visualized in a way that is useful for patients and health workers own quality improvement work.
- The development of quality indicators for all services in primary health care is an essential element of a national quality system. These should be developed according to the principles outlined in the report: Conceptual Framework for a National Healthcare Quality Indicator System in Norway - Recommendations (8).
- The lack of IKT programmes, equipment, coordination and functions in relation to possible retrieval, processing, and analysing data is a major obstacle for documentation of the quality of the services.
- In order to compare measures for quality through benchmarking, structured and goal oriented processes need to be in place in each of the services. This can be done in relation to local challenges, or by regional or national processes.
- Leaders on the national and municipality levels, and the leaders of the individual services, should to a larger extent than today query about quality of the services and make sure documentation of quality is in place. Annual quality reports from the individual services and the municipalities. In addition there is a need for more focus on patient safety, and a system for registering unwanted incidents may be established, as it is in the specialized health care services. The focus for such a registry should be on understanding the mechanisms and learning.
- To have the right competence in place is important to ensure and develop quality in the primary health care services. Both professional knowledge and quality improvement knowledge is important to ensure and develop quality of the services. Knowledge and skills in both evidence based practice and quality improvement is should to a larger extent than today be included in the basic education of health care workers, as well as in their postgraduate further education.
- More research is needed about quality improvement in the primary care sector. Improvement projects should be followed by evaluation, as should the implementation of a national quality system in the primary care services.
- To give pus, pull and direction in the quality documentation, visualization and improvement work, we propose establishing a unit with particular responsibility to develop and implement at national quality system for the primary health

services. Such a unit needs to coordinate and further develop the work already in place today, and establish technical and process support for the locally based quality improvement work. The main focus of the work should be learning and quality improvement, and user involvement is understood.

Anchoring the work in the health laws would be a tremendous help in getting increased focus and resources for an increased and coordinated effort towards better quality. The focus on users and patients has been a basis for the work as a value in its own good, but also by pointing out the forceful drive for change it is when patients query and demand quality of their services.

Discussion

A national quality system for the primary care services needs to build on the meet between the patient and the doctor, caregiver or group of health personnel caring for the patients.

The proposed elements of a national quality system have gained acceptance from the major stakeholders involved in the project. They emphasize that the system must support and contribute to local leaning and knowledge. The priority for implementation of the various elements varies between the stakeholders, but the elements: improved IKT structures, visualization of measures for quality form all levels and the focus on quality by the leaders of the health care system has a high priority amongst all.

Conclusion

There are many experiences nationally and internationally from which we can learn, regarding quality work. Building on these experiences in establishing a national quality system for the primary health services is wise, to preserve the imitative and enthusiasm health care workers have today. We have seen through this work that an important motivating factor for health care workers is to be able to give services of high quality, but there is a need for better tools, and more superior and coordinated support for this to happen. A national initiative for a quality system in the primary health care services that provides the government, the leaders, the users, and the health care workers information and data on the quality of the services seems essential. Such a system will be used for local, regional and national quality improvement work if facilitated.

The quality improvement effect of each proposed element is to some degree documented, but we do not know the effect of implementing a national quality system for the primary health services. We therefore recommend evaluation of the effects of the individual elements and the whole system, if or when it is implemented.

Innhold

Hovedanbefalinger	2
Sammendrag	4
Key Messages	8
Executive Summary	10
FORORD	16
OPPDRAGET – BAKGRUNN OG PROBLEMSTILLING	19
Bakgrunn	19
Oppdraget	19
Hva betyr det at et nasjonalt kvalitetssystem skal ha et brukerperspektiv?	21
Forståelse av oppdraget – hva kan et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten være?	22
Dagens nasjonale kvalitetskrav	27
Metoder og arbeidsform	28
Begrensninger.	28
ELEMENTER SOM KAN INNGÅ I ET NASJONALT KVALITETSSYSTEM.	29
Kompetanse	29
Ledelse og ledelsesforankring: Kvalitet må etterspørres!	33
Statistikk, målinger og indikatorer som beskriver kvalitet på tjenestene	35
Stimuleringstiltak/insentiver	40
Benchmarking, fagfellevurderinger og læringsnettverk som metoder i kvalitetsforbedringsarbeidet	42
Avvikshåndtering i kommunehelsetjenesten – det nasjonale perspektivet	43
Metoder og verktøy - kompetanseressurser i forhold til forbedringsarbeid	44
Faglige retningslinjer	45
Akkreditering/sertifisering	45
Kort oppsummering av sentrale aktørers tilbakemelding på forslag til elementer v/dialogkonferansen 29. September.	46
IMPLEMENTERING AV ELEMENTENE - EN SENTRAL DEL AV KVALITETSSYSTEMET	47
Tre ulike strategier i forhold til hvordan et nasjonalt kvalitetssystem kan utvikles og implementeres	47

Manglende nasjonal koordinering - hvordan fremme et helhetlig nasjonalt kvalitetssystem?	47
IKT/infrastruktur	50
Betydningen av bred prosess, involvering og forankring	51
Kunnskapsgrunnlag om implementering av nye tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestene	52
Lovfesting av arbeid med kvalitet og kvalitetsforbedring	53
Utfordringer	54

VIDEREUTVIKLING OG IMPLEMENTERING I DELTJENESTENE I HENHOLD TIL OPPDRAGET. 65

Videreutvikling og implementering i fysioterapitjenesten – sammendrag av delrapport I	65
Videreutvikling og implementering av nasjonalt kvalitetssystem for pleie - og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i institusjon - sammendrag av delrapport II*	66
Videreutvikling og implementering av nasjonalt kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester – sammendrag av delrapport III.	68
Videreutvikling og implementering av et nasjonalt kvalitetssystem for allmennlegetjenesten - sammendrag av delrapport IV	71

AVSLUTTENDE BEMERKNINGER 73

REFERANSER 74

VEDLEGG:

Vedlegg 1: Oppdragsbrevet

Vedlegg 2: Hva finnes av tilnærminger og ordninger pr. i dag som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten?

Vedlegg 3: Organisering av prosjektet og metoder i arbeidet

Vedlegg 4: Intervjuguider og oppsummering fra to dialogkonferanser

Vedlegg 5: Pasientsikkerhet

Vedlegg 6: Brukererfaringsundersøkelser i kommunehelsetjenesten

Vedlegg 7: Internasjonale erfaringer med nasjonale kvalitetssystem og kvalitetsarbeid i primærhelsetjenesten

Delrapportene:

Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten - *fysioterapeutttjenesten* (delrapport 1)

Utvikling av kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten - *pleie- og omsorgstjenesten* (delrapport 2)

Utvikling av kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten - *forebyggende helsetjenester* (delrapport 3)

Utvikling av kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten - *fastlegevirkosomhet og øvrige allmennlegetjenester* (delrapport 4)

Forord

Hvordan bør vi tenke dersom vi skal etablere et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten? Hvilke elementer er det kunnskapsgrunnlag til å anbefale, hvilke verdier bør tas hensyn til og hvilke formål skal det oppfylle?

Denne rapporten er et svar på et oppdrag Kunnskapssenteret fikk fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) via Helsedirektoratet (vedlegg 1 - Oppdraget). Kunnskapssenteret har arbeidet med problemstillingen ved hjelp av en intern prosjektgruppe, som har bestått av:

- Prosjektleder: Avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl, Kunnskapssenteret
- Koordinator: Seniorrådgiver Toril Bakke, Kunnskapssenteret
- Intern prosjektgruppe:

Lise Lund Håheim, seniorforsker

Liv Merete Reinar, seksjonsleder

Hege Wang, seniorrådgiver

Signe Flottorp, seniorforsker

Ånen Ringard, seniorrådgiver

Eva Denison, forsker

Anders Vege, seksjonsleder

Vi har også hatt stor glede av hjelp og kompetanse fra en ekstern prosjektgruppe, som har bestått av:

Janecke Thesen, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin - Uni Helse, Universitetet i Bergen

Jan C. Frich, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

Vibeke Bostrøm, Undervisningstjenesten for Vestfold, Sandefjord kommune

Toril Laberg, Norsk Ergoterapeutforbund.

Jorun Hunderi, Helseavdelingen, Fylkesmannen i Oslo og Akershus.

Mona Johansen, Landsforeningene for hjerte- og lungesyke.

Britt Kveseth, Forvaltning og utvikling, Asker kommune.

Nina K. Vøllestad, Avdeling for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo.

I tillegg har vi hatt en referansegruppe bestående av aktører fra sentrale fagmiljø:

KS

Rådet for psykisk helse

Institutt for helse og samfunn, UiO

Den norske legeforening

Norsk sykepleierforbund

Helsedirektoratet

UNIO

Fylkesmannen Oslo Akershus

Det helsevitenskapelige fakultet, UiT

Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin

Undervisningshjemmetjenester i Akershus

Senter for omsorgsforskning, Østlandet

Uni helse / Universitetet i Bergen

Undervisningstjenesten for Vestfold

Seksjon helse og oppvekst, Sandefjord kommune

Norsk Ergoterapeutforbund

Mental Helse

Den norske kreftforening

Nasjonalforeningen for folkehelsen

Akershus universitetssykehus HF, Helsetjenesteforskning (HØKH)

Den norske Jordmorforening

Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester

FFO

Norges Astma og allergiforbund

Legevakten, Oslo

Norsk forening for allmennmedisin

Allmennlegeforeningen

Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU

Statens Helsetilsyn

Institutt for helse og samfunn, avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED),

UiO

Diabetesforbundet

HovedUSH for region sør, Songdalen

Pasient og brukerombud, Nord Trøndelag

RHF Helse Midt-Norge – Fagavdelingen

Allmennmedisinsk forskningsenhet, UiB

Undervisnings-sykehjemmet i Oslo

Rådet for psykisk helse

Norsk psykologforening

Voksne for barn

Pasient og brukerombud fra Troms

Norsk Fysioterapeutforbund

KITH

Nasjonalt Folkehelseinstitutt
Forvaltningsenheten, Bærum Kommune
Legevakten, Sandefjord kommune
Avd for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i
Oslo
Nesodden kommune
Folkehelseinstituttet/Helseregisterprosjektet

Innholdet i rapporten er helt og holdent Kunnskapssenterets ansvar.

John-Arne Røttingen
Direktør

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Oppdraget – bakgrunn og problemstilling

Bakgrunn

Kunnskapssenteret ble i 2009 bedt om å komme med anbefalinger i forhold til hvordan resultatene av Commonwealth fund undersøkelsen av allmennleger fra samme år kunne følges opp gjennom ordninger for kvalitetsutvikling i allmennmedisinen(1). Anbefalingene ble presentert i et notat med utfyllende teoretisk grunnlag og informasjon fra nasjonale og internasjonale erfaringer på området, der det ble vektlagt at det lokale forbedringsarbeidet burde få støtte gjennom en nasjonal overbygning (2). Kunnskapssenteret påpekte i sin tilbakemelding til departementet at allmennlegenes virksomhet er en del av det totale helse- og omsorgstilbudet i kommunene. I forhold til kvalitetsutvikling ville det derfor på sikt være nødvendig å se på alle de ulike deltjenestene samlet og i et helhetsperspektiv.

Med bakgrunn i disse tilbakemeldingene fant HOD det ønskelig å gå videre i arbeidet med å vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oppdraget ble gitt til Helsedirektoratet, som ba Kunnskapssenteret utrede det.

Oppdraget

- Kunnskapssenteret skal gjennomføre et prosjekt som skal munne ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten.
- Kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv.
- Prosjektet skal legge innholdet i St. meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen til grunn, og bygge på den nasjonale kvalitetsstrategien for helse og sosialtjenesten, samt kvalitetsavtalen mellom HOD og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS).
- Arbeidet skal organiseres slik at alle relevante aktører involveres i prosjektet på en god måte.
- Prosjektet må sikres god forankring både i ledelse og praksisfelt.

Oppdraget var delt i to deler:

Først skal en beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer, og en skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten.

Deretter skal en beskrive hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles og dernest implementeres i tjenestene, med særlig fokus på:

- e. Fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
- f. Fysioterapitjenesten
- g. Forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- h. Omsorgstjenestene, inkludert legevirkosomhet i institusjon

Ifølge oppdraget skal kvalitetssystemets hovedmål være:

- Kvalitetsforbedring av og i primærhelsetjenestens ulike deler.
- Virksomhetsstyring av de ulike deler.
- Brukervalg (informasjon til pasientene om kvalitet).
- Behovet for offentlig innsyn og tillit til kvaliteten på helsetjenesten.

Hva betyr det at et nasjonalt kvalitetssystem skal ha et brukerperspektiv?

Det nasjonale kvalitetssystemet for primærhelsetjenesten skal ha et brukerperspektiv. Vi forstår oppdraget slik at det er bruker i form av pasient/klient det siktes til. Brukerperspektivet i et nasjonalt kvalitetssystem er ytterligere utdypet i oppdragsteksten, hvor det står at kvalitetssystemet skal gi muligheter for at informasjon om kvaliteten kan ligge til grunn for brukervalg. Vi forstår dette som at brukeren må få mer informasjon, at kvaliteten på informasjonen må bli bedre og at den gis på en måte som gjør den tilgjengelig for brukeren (3-5). Brukermedvirkning i utvikling av tjenestene står også sentralt i et brukerperspektiv (4). I dette arbeidet vil det være naturlig å trekke inn både brukerorganisasjoner og enkeltbrukere med erfaring når det gjelder informasjon/mangel på informasjon (4). I tillegg er det viktig å ha fokus på informasjon til brukere som av ulike grunner har problemer med å søke og finne informasjon på egenhånd (6-8). Vi forutsetter at brukerne blir invitert inn som aktive deltagere i arbeidet med å utvikle de forskjellige elementene i kvalitetssystemet (4;5;9;10).

Brukermedvirkning er av stor ideologisk betydning, og både et mål og et middel i helsetjenesten. I dokumentene som skal legges til grunn for utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem, vektlegges betydningen av brukerperspektiv/brukermedvirkning i helsetjenesten (11;12). Hvilket innhold som legges til grunn når det gjelder begrepet "brukerperspektiv" utdypes i St meld nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen (13):

Brukerperspektivet er å ta utgangspunkt i respekten for det enkelte mennesket. Perspektivet innebærer at det er den enkelte tjenestemottakers behov for hjelp som settes i sentrum.

Det krever at tjenestene ... er tilpasset tjenestemottakers individuelle behov, ønsker, levesett og evner.

Det krever også at den enkelte gis et realistisk bilde av hjelpen som gis, blir hørt og får medvirke i gjennomføringen.

Tjenesteytere må legge til grunn at pasienter har rett til å bli møtt med respekt for sine ulike synspunkt og ønsker.

Helsetjenestens verdigrunnlag må forutsette at pasienten har ønske om, og kompetanse til, å gjøre sine egne valg.

(Punkt 5.3).

I kvalitetsavtalen mellom HOD og KS understrekes det at sterkere brukerinnflytelse skal gjennomsyre morgendagens omsorgstjenester (11). I Nasjonal kvalitetsstrategi fokuseres det på at tjenester av god kvalitet blant annet involverer brukerne og gir dem innflytelse (12). Brukerkunnskapen er viktig å innhente – i tillegg til forskning og erfaring når det gjelder å utvikle en kunnskapsbasert helsetjeneste (14).

Informasjon om kvalitet rettet spesifikt mot brukerne bør også ha et annet siktemål enn å gi bakgrunn for brukervalg; den må også gis på en slik måte at brukeren kan etterlyse og kreve kvalitet på tjenestene. Brukeren trenger å trygges på at helsetjenesten sørger for:

- Den riktige og beste tilgjengelige behandlingen i forholdt til tilstanden/behovene.
- At behandlingen gis på en trygg måte.
- At behandling er tilgjengelig.
- At pasientene blir møtt på en høflig og respektfull måte.
- At behandlingen er omsorgsfull og ivaretagende.
- At en får det samme tilbudet uavhengig av hvor en bor i landet og hvem en er.

Et nasjonalt kvalitetssystem må derfor sørge for at brukeren har lett tilgang til informasjon på disse områdene. Slik kan et kvalitetssystem også innfri samfunnets behov for transparens, og dermed styrke befolkningens tillit til helsetjenesten. Brukerperspektiv på et nasjonalt kvalitetssystem bør også innebære at brukeren får tilgjengelig informasjon om tjenestene og kvaliteten på tjenestene, samt eventuelle egne behandlingsresultater, og verktøy som gjør han eller hun bedre i stand til å ivareta egen helse og følge opp egen behandling (3;4).

Forståelse av oppdraget – hva kan et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten være?

Den kommunale helse og omsorgstjenesten

Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven har kommunene 5 deloppgaver (15):

1. Fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte
2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte
3. Medisinsk habilitering og rehabilitering
4. Pleie og omsorg.
5. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner

For å løse de oppgaver som er nevnt foran, skal kommunen sørge for følgende deltjenester:

1. allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
2. legevaktordning
3. fysioterapitjeneste
4. sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
5. jordmortjeneste
6. sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
7. medisinsk nødmeldetjeneste

8. transport av behandlingspersonell.

Hver enkelt av disse tjenestene, uavhengig av hvordan kommunen har valgt å organisere dem, er pålagt krav til systematisk styring og det å drive med kontinuerlig forbedringsarbeid i henhold til Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten(16). Forskriften stiller krav om å hente inn pasienters og pårørendes erfaringer på en systematisk måte slik at det kan brukes i forbedringsarbeidet (16).

Pasient.

I denne rapporten har vi valgt å bruke både bruker og pasientbegrepet, alt etter hvilket tema som beskrives. Bruker har vi valgt fordi det inngår i de sentrale begrepene brukerperspektiv/brukerfokus og brukermedvikning, pasient fordi dette er en funksjon som utløser rettigheter i forhold til helsetjenesten i henhold til pasientrettighetsloven.

I denne loven defineres pasient på følgende måte:

En person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle (17).

Dette betyr at personer som i utgangspunktet er friske, men som henvender seg til skolehelsetjenesten, helsestasjon/jordmor osv. også er pasienter og dermed omfattes av de rettighetene som pasientrettighetsloven gir.

Kvalitet

Det finnes en omfattende litteratur om kvalitet i helse- og omsorgstjenestene (2;12;18;19). Blant annet finnes det en lang rekke ulike definisjoner av begrepene "kvalitet" og "tjenestekvalitet" (12;18). Av disse er det særlig definisjonene til Donabedian som har oppnådd internasjonal anerkjennelse: Kvalitet kan defineres som "the ability to achieve desirable objectives using legitimate means", mens "tjenestekvalitet" blir definert som "that kind of care which is expected to maximize an inclusive measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts" (18;20).

Med utgangspunkt i mandatet har vi i det følgende valgt kvalitetsbegrepet fra den nasjonale strategien fra 2005 (12): God kvalitet innebærer at tjenestene:

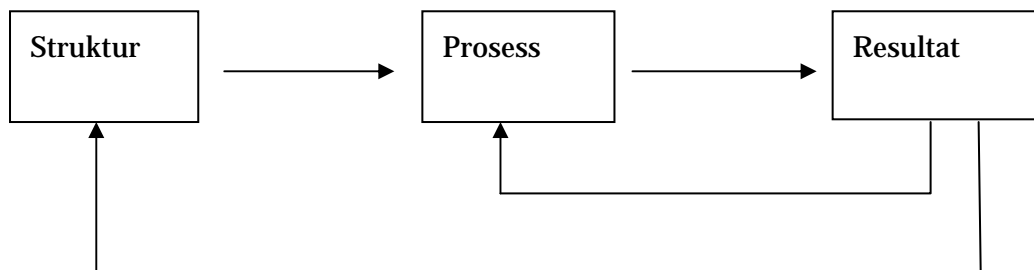
- Er virkningsfulle – beslutninger om behandling, forebygging, pleie, omsorg og sosiale tjenester baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak.
- Er trygge og sikre – feil og uheldige hendelser er redusert til et minimum.
- Involverer brukere og gir dem innflytelse – brukernes og pasientens erfaringer og synspunkter skal påvirke tjenestene.
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte – slik at både brukeren og samfunnet får mest mulig gevinst.

- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt – det vil si at tjenestetilbudet er tilgjengelige og fordelt slik at alle har samme mulighet for å oppnå et godt resultat.

Hva er et kvalitetssystem?

Et kvalitetssystem kan sies å omfatte organisasjonsstruktur, prosedyrer, prosesser og ressurser som er nødvendig for at ledelsen skal styre virksomheten slik at kvalitet blir oppnådd, vedlikeholdt og benyttet til læring og forbedring (21).

I arbeidet med å vurdere elementer til et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten har vi tatt utgangspunkt i Donabedians enkle modell. Den viser at det er sammenheng mellom struktur, prosess og resultat, og poengterer betydningen av feedbacksløyfer med informasjon og måling for kvalitetsforbedring (20):



Figur 1: Donabedian 1980.

Kvaliteten på tjenestene kan inndeles i kvalitet i forhold til struktur, prosess og resultat. Donabedian definerer *struktur* som "the attributes of the setting in which care occurs and the resources needed for health care". I dette ligger blant annet materielle ressurser - for eksempel bygninger, kapital, medisinsk teknisk utstyr, legemidler, og intellektuelle ressurser – for eksempel helsepersonell og deres profesjonelle kompetanse (18). I forhold til den norske helsetjenesten ville man kunne utvide struktur til også å omfatte lover, forskrifter med mer som regulerer helsetjenesten innhold

Prosess beskriver hvordan strukturen og resursene brukes i forhold til både det å gi og motta helsehjelp. Dette kan i neste omgang bli delt inn i *pasientrelaterte prosesser* som for eksempel henvisningsrutiner, behandling, samhandling osv, alt som skjer sammen med og omkring pasientene, og organisatoriske prosesser – for eksempel forsyning av legemidler, administrasjon av ventelister, betaling av helsearbeidere, finansiering av helseinstitusjoner osv (18).

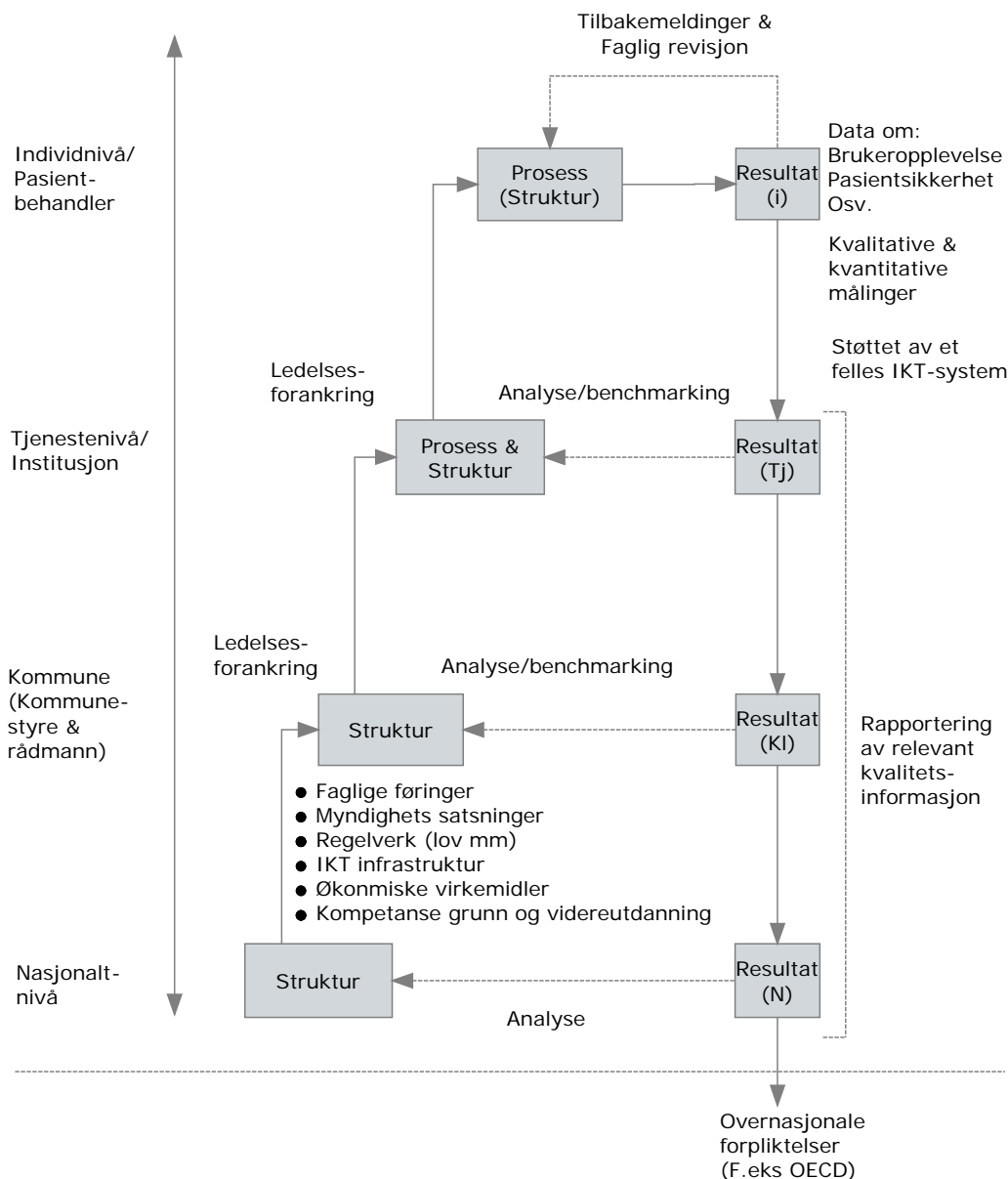
Resultat (eller "outcomes") beskriver resultatet av helsehjelpen for den enkelte pasient eller populasjoners helsetilstand. Dette kan være endelige utfall - harde endepunkter som dødelighet, sykelighet eller uførhet. Det kan også være intermediære endepunkter som blodtrykk, vekt, personlig velbehag, funksjonsevne,

mestringsevne, økt kunnskap eller lignende. Om tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, samordnet og utnytter ressursene på en god måte er resultat som det er ønskelig å måle i et nasjonalt kvalitetssystem (12;13;18).

Feedback beskriver mekanismer for å tilbakeføre informasjon om tjenestens resultater til nasjonale og lokale myndigheter, administrasjon, tjenesteapparatet og innbyggere/pasienter. Sentralt i Donabedians argumentasjon er en antagelse om at gode strukturer øker sannsynligheten for gode prosesser som i neste omgang øker sannsynligheten for gode resultater (18;20). Kvalitetsforbedring handler om å gå gjennom denne sløyfen igjen og igjen – en stadig pågående prosess.

Av oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet fremgår det at man ønsker et forslag til et *nasjonalt* kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten. Målsetningen i henhold til den innledningsvise definisjonen må da være at systemet inneholder elementer (struktur, prosedyrer, prosesser, ressurser) som til sammen skal sørge for at det kan iverksettes nasjonal kvalitetsledelse av primærhelsetjenesten. Vi tenker at et slikt nasjonalt kvalitetssystem må bygge på et gjennomgående kvalitetssystem; at det må bygge på nivåene helt fra individnivået og videre til nasjonalt nivå.

Vi har laget en modell for å tydeliggjøre hvordan vi kan tenke oss et nasjonalt kvalitetssystem, etter mønster av Donabedians modell, kan se ut for hele kommunehelsetjenesten, figur 2. Denne figuren viser hvordan et nasjonalt kvalitetssystem kan se ut, med de fire nivåene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som til sammen utgjør det helhetlige kvalitetssystem. I modellen skilles det mellom *individnivået*, for eksempel møtet mellom den enkelte pasient og dennes behandler, eller mikrosystemet rundt behandlingen av den enkelte pasient (22). Deretter følger det *overordnede tjenestenivået*. Dette kan for eksempel være et sykehjem, et legekontor, helsestasjonen mv. Det tredje nivået i modellen er det *kommunale nivået*. I denne modellen gjøres det ikke noe skille mellom det politiske og det administrative nivået i kommunen. For å inkludere den offentlige tannhelsetjenesten og viktige deler av det forebyggende helsearbeidet vil fylkeskommunen også kunne plasseres på dette nivået. Det fjerde nivået i modellen er det nasjonale. Her vil man finne både Kommunal- og regionaldepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet med underliggende etater.



Figur 2: Ringard 2010

På grunn av at det nasjonale kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv er individnivået – der hvor den enkelte pasient møter den enkelte behandler, plassert øverst. Det er i dette møtet pasienten opplever kvalitet, eller ikke, i sitt møte med helsetjenesten.

Modellen viser videre at på hvert nivå i systemet bør det samles inn data som synliggjør kvaliteten på tjenestene, og dataene må brukes til kontinuerlig forbedringsarbeid. Noen sentrale data kan aggregeres videre i systemet. Dette vil sikre at ledere på hvert nivå – i den enkelte virksomhet, kommunestyre og rådmann i den enkelte kommune og helseministeren, vil ha den nødvendige kvalitets- og styringsinformasjonen. Monitorering og analyse av data må også, så langt det er mulig, skje på det enkelte nivået, og informasjon i forhold til kvalitet må på en enkel måte kunne informere på en enkel måte pasienter/pårørende, medarbeidere og ledere.

Dynamisk systemtenkning

Et nasjonalt kvalitetssystem må bygge på en tenkning og bestå av elementer som styrker kommunene i deres arbeid med å følge opp de til en hver tid eksisterende myndighetskrav, nasjonale satsingsområder og egne prioriteringer. Elementene bør formes og gis et innhold slik at de er dynamiske og kan dreies mot aktuelle oppgaver og ansvar i kommunene til enhver tid. Når kommunen for eksempel skal tilpasse egen innsats innenfor områder regulert av ny folkehelselov eller helse- og omsorgslov, så må elementene i kvalitetssystemet bygge opp under dette. På samme måte vil ny Nasjonal helseplan og den pågående Samhandlingsreformen påvirke innholdet og utformingen av elementene i kvalitetssystemet, slik at det blir innrettet mot de krav kommunene skal oppfylle og det utviklingsarbeid kommunen må gjennomføre. Det må være en klar sammenheng mellom det nasjonale kvalitetssystemet og det kommunale kvalitetssystemet, og gjennomgående er at det skal understøtte kvalitetsledelse på alle nivåer, inklusive det lokale kvalitetsarbeidet.

Sammenhengen mellom et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten og kvalitetsarbeidet i helsetjenesten generelt

Mange pasienter beveger seg mellom nivåene i helsetjenesten, og er derfor avhengig av at de forskjellige delene av behandlingen *til sammen* er kvalitativt gode. Samhandlingsperspektivet må derfor ha et spesielt fokus når en skal utvikle og implementere elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten.

Selv om de regionale helseforetakene har ansvaret for kvaliteten på tjenestene i sitt område, er det pt intet eksisterende nasjonalt kvalitetssystem for spesialisthelsetjenesten. Mange av de elementene som er skissert for primærhelsetjenesten, og som må ta med seg samhandlingsperspektivet, kunne med fordel også vært videreutviklet for spesialisthelsetjenesten. Det å vurdere en slik videreutvikling - et felles kvalitetssystem for hele helsetjenesten, er oppdragets mandat.

Dagens nasjonale kvalitetskrav

Vi kartla ordninger og tilnæringsmåter som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten pr i dag. Vi fant følgende kategorier: Overordnede helsepolitiske føringer, utdannings-/kompetansekrav i forhold til helsepersonell, statistikk og målinger, ulike finansieringsordninger og lovverk med forskrifter og veiledere. I tillegg finnes det samarbeidsavtaler på nasjonalt nivå – for eksempel den som er inngått mellom HOD og KS og som handler om kvalitetsutvikling, forskning og planlegging (11). Ordningene er mer utfyllende beskrevet i vedlegg 2. I tillegg til arbeidet med kvalitet på nasjonalt nivå finnes det mange fagmiljø og sentrale aktører – blant annet fylkesmennene, KS, fagorganisasjoner, forskningsinstitusjoner og brukerorganisasjoner, som på ulike måter er aktive pådrivere når det gjelder

kvalitet i kommunehelsetjenesten. En kartlegging av det totale arbeidet med kvalitet i helsetjenesten er utenfor dette prosjektets mandat.

Metoder og arbeidsform

Vi har lagt stor vekt på å involvere sentrale aktører, ledere og praksisfeltet, så grundig det har vært mulig gjennom hele prosessen. Gjennom ekstern prosjektgruppe, referansegruppe, undergrupper på de fire delområdene, to konferanser og enkeltmøter, har vi fått mange svært gode og verdifulle innspill og vurderinger underveis. Metoder og arbeidsform beskrives i vedlegg 3, og oppsummeringen fra dialogkonferansene er tatt med i vedlegg 4. I noen grad gjengis innspillene fra sentrale aktører i selve teksten (se blant annet side 50), og ellers har de hatt innflytelse på de totalvurderingene som er gjort i forhold til det enkelte element som foreslås, og innretningen på systemet som helhet.

Begrensninger.

Vi har valgt å skissere elementer og ordninger på et overordnet nivå, og i så stor grad det har vært mulig tidsmessig, underbygge vurderingene med forskning og erfaringer fra Norge og andre land. Vi må understreke behovet for videre utredning og utvikling av de elementene som er inkludert i rapporten.

Et kvalitetssystem vil måtte bestå av et komplekst sett av elementer og virkemidler, og det er i liten grad gjort forskning omkring effektene av å sette sammen forskjellige elementer i et *helhetlig kvalitetssystem* (23;24). Utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem vil derfor måtte innebære tjenesteinnovasjon, dvs. utfordre ledere og medarbeidere på de fire nivåene og sentrale aktører i forhold til nye måter å gjøre ting på som en ikke har sikker kunnskap om. Vi vil derfor understreke betydningen av å evaluere effekten av et nasjonalt kvalitetssystem grundig for å generere mer kunnskap om hva som øker kvaliteten på tjenestene.

Pasientsikkerhet er et sentralt tema når det gjelder kvalitet i kommunehelsetjenesten. Vi har valgt og ikke nevne dette spesifikt under hvert enkelt element, men har tatt med et eget vedlegg som går nærmere inn på pasientsikkerhetsbegrepet og spesielle utfordringer i primærhelsetjenesten (vedlegg 5).

Bortsett fra forslaget om å etablere en egen understøttende enhet for det nasjonale kvalitetssystemet, er ikke forhold rundt ansvars- og oppgavefordeling berørt, utover å benytte eksisterende strukturer der det ligger til rette for det. Å foreslå hvordan et nasjonalt kvalitetssystem skal operasjonaliseres er en stor og viktig oppgave, som vi har vurdert å ligge utenfor oppdragets mandat.

Elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem.

Kompetanse

Formelle krav til kompetanse hos helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre kvalitet i helsetjenesten.

Det er nødvendig at helsepersonell har kompetanse på flere og ulike områder for å sikre kvalitet, og ikke minst kunne bidra *til kontinuerlig kvalitetsforbedring* i helsetjenesten:

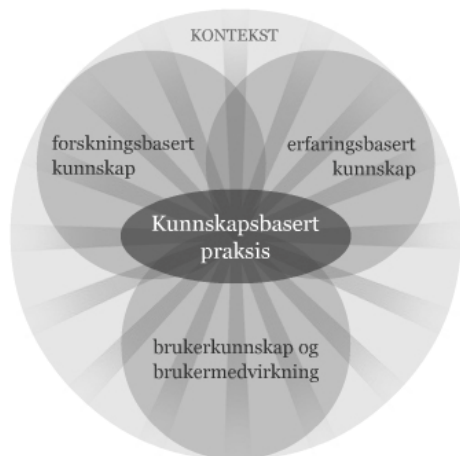
1. Selve faget som skal utøves – profesjonell kunnskap/praksiskunnskap (holdninger, kunnskap og ferdigheter).
2. Kunnskapsbasert helsetjeneste.
3. Systematisk forbedringskompetanse

En stor utfordring i helsetjenesten er at ny og relevant kunnskap ikke blir tatt i bruk. Betydningen av at helsepersonell deltar i kontinuerlig faglig oppdatering understrekes i flere sammenhenger, og det er mange måter å gjøre dette på med varierende effekt (12;25-28). Mangel på personell og særlig mangel på personell med den nødvendige kompetansen, en helsetjeneste i stadig og rask utvikling, manglende data i forhold til hvordan kvaliteten på tjenestene er, og økende forventninger fra befolkningen til hva helsetjenesten skal kunne greie å behandle tilsier at "livslang læring" i form av deltakelse i organiserte og kontinuerlige utdanningsprogram, eller individuelle systematiske læringsaktiviteter, er helt nødvendig (25;27;29;30). Selv om det skjer mange enkeltaktiviteter i form av etter- og videreutdanning, er det ingen enighet, om hvordan slik livslang læring for helsepersonell kan organiseres for å bli så effektiv som mulig (27). I forbindelse med utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem ville det være en stor hjelp og kanskje en forutsetning at det samtidig utvikles en nasjonal kunnskapsstrategi i forhold til helsetjenesten som helhet.

Kunnskapsbasert helsetjeneste

I forhold til et nasjonalt kvalitetssystem er det viktig å sikre at helsetjenesten arbeider i henhold til beste tilgjengelige kunnskap (14;27;31;32). Dette gjelder både i helseforvaltningen, universitets- og høyskolesektor, i organisering av tjenestene og i klinisk praksis. Et viktig prinsipp i en kunnskapsbasert helsetjeneste er at beslutninger baseres på pålitelig forskningsbasert kunnskap. God praksis bør

imidlertid også hvile på andre kunnskapskilder, slikt som erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Figur 3 (14). Undervisning og kompetansebygging i metoder for kunnskapsbasert praksis bør inkluderes og vektlegges i all yrkesutdanning i helsetjenesten. I tillegg bør det tilstrebes å inkludere denne måten å jobbe på i hverdagen i den enkelte tjeneste, og i ledelsen av helsetjenesten.



Figur 3: Kunnskapsbasert praksis (14)..

Systematisk forbedringskompetanse

Kunnskap om hvordan man kan forbedre tjenestene på en systematisk måte, er et eget fagområde. Ledere og utøvere i helsetjenesten trenger kunnskaper om og ferdigheter på dette området for å være i stand til å arbeide med kvalitet og forbedringer av tjenestene på en god og effektiv måte (22;30).

Sentrale aktører har ved ulike anledninger uttrykt bekymring i forhold til erfaring som viser at behovet for forbedringskompetanse er stort hos både ledere og medarbeidere i kommunehelsetjenesten. Mangel på kunnskap og ferdigheter kan være en av flere forklaringer på dette (33). Forbedringskunnskap er et supplement til profesjonskunnskap og kan bidra til større forståelse når det gjelder systemer, samhandling og prosesser. Denne typen kunnskap gjør det enklere å innarbeide kunnskapsbasert praksis, forstå variasjon og forbedre pasientforløp. Samtidig som forbedringskunnskap handler om noe annet enn profesjonskunnskap, må kunnskapen kombineres slik at områdene kan forsterke hverandre.

Batalden har uttrykt at alle som arbeider i helsetjenesten har to jobber; den faglige jobben, og den som hele tiden skal bidra til å gjøres systemene som faget praktiseres i bedre, illustrert som i fig 4:

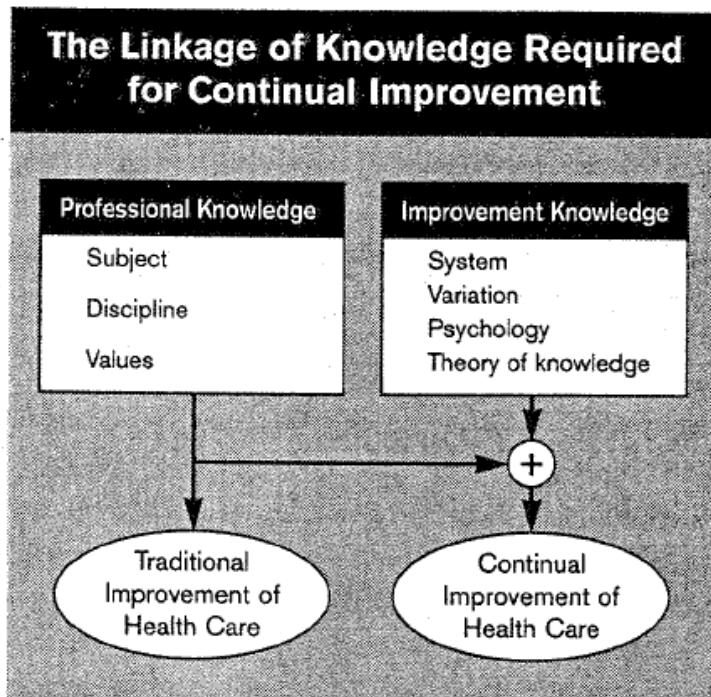


Figure 1. *The components of professional knowledge and improvement knowledge, showing the linkage required to permit continual improvement.*

Figur 4: Batalden og Stoltz 1993 (30).

Grunn etter- og videreutdanning

På nasjonalt nivå finnes det ordninger som regulerer grunn-/etter- og videreutdanning av helsepersonell og som gir autorisasjon. Dette skjer både gjennom rammeplaner og andre godkjenningsordninger, blant annet for leger og tannleger (34). Kommunehelsetjenesteloven fastslår kommunenes plikt til å sørge for undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, og at de får den etter- og videreutdanning som er nødvendig. Helsepersonell plikter å ta del i den videre- og etterutdanningen som er nødvendig for å holde sine kvalifikasjoner ved like (15). Det er iverksatt flere tiltak når det gjelder kompetanseheving, bl.a. "Flink med folk i første rekke", et prosjekt som retter seg mot ledere og er et samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet (35). Det anbefales å ta utgangspunkt i erfaringer fra vellykkede prosjekter og ordninger i utviklingen av dette elementet.

Sentrale aktører fra brukerorganisasjonene fremholder helsepersonellens egnethet – personlig kompetanse, som et vesentlig utgangspunkt for å få kvalitet i behandlingen. Fagorganisasjonene trekker frem manglende språkkunnskap som en spesiell utfordring, særlig i kommuner som har rekrutteringsproblemer og som derfor ikke så lett kan stille krav for å få inn fagkompetanse. Begge disse utfordringene må det rettes søkelys mot i forhold til et nasjonalt kvalitetssystem.

Vi mener det bør legges inn krav om kompetanse i forbedringskunnskap og kunnskapsbasert praksis i all utdanning - inkludert spesialistutdanning, av helsepersonell. Dette har vært fremholdt av andre tidligere (2;12). I spesialistutdanningen i allmenmedisin ligger det for eksempel et foreløpig

beskjedent krav om kvalitetsforbedringskompetanse og aktivitet i forhold til kvalitetsarbeid i egen praksis. Det samme gjelder i forhold til resertifiseringskravene (36). (Se Delrapport IV). Dersom vi får et generelt resertifiseringskrav også for andre helsepersonellgrupper, bør et krav om kompetanse i kvalitetsforbedring være et sentralt tema.

Brukerkompetanse

Brukerperspektiv innebærer en myndiggjøring av pasienter/brukere. Både informasjon og medvirkning er sentralt i dette arbeidet (12;17). Men det å ha et brukerperspektiv handler også om noe mer, det handler om å trekke brukerne aktivt inn i forbedringsarbeidet på tjenestenivå (8;22). Dette har brukerorganisasjonene i prosjektet understreket betydningen av:

- Brukerne må kunne påvirke utforming av tjenestene - både på systemnivå og individuelt gjennom innsamling av erfaringskunnskap fra brukerne. Som en kvalitetsindikator kan man da etterspørre om dette er satt i system.
- Brukererfaringene må benyttes til kvalitetsforbedring i den enkelte tjeneste. Dette må også dokumenteres. Igjen kan indikator være at man dokumenterer prosessen.
- Erfaringsbasert kunnskap og innhenting av denne gjelder både personell og brukere, og man må ha et system for dette for at vi skal kunne kalle tjenestene er lærende organisasjon.
- Brukerne må kunne gi tilbakemelding om og til tjenestene nøytralt (anonymt) om ønskelig.
- Med utgangspunkt i at de aller fleste klagen på helsetjenestene handler om hvordan man som bruker blir møtt - bør klagen jevnlig og brukes til forbedring.
- Brukerne må vite at deres kommune dekker behovene for helsetjenester i befolkningen, for eksempel i forhold til en type kommunediagnose eller kommuneprofil (37).
- Kommunene må sørge for at FN's barnekonvensjon er implementert ifht at barn og unge høres og kan påvirke sine omgivelser i tråd med alder og modenhet slik konvensjonen fastslår. Kommunene må dokumentere at de har dette i system og at det benyttes ulike metoder tilpasset barn og unge.

Vi vet noe om hva en har fått ut av å trekke brukerne aktivt inn i forbedringsarbeidet: Nytt eller forbedret informasjonsmateriale til pasienter, lettere tilgang til helsetjenesten gjennom forbedrede muligheter for timebestilling, utvidede åpningstider, forbedret transportsystem, forbedret tilgang for funksjonshemmede, opprettelse av nye tjenester - for eksempel ombudsordning for å ivareta rettigheter, og hjelp til å søke jobber, og utvidelse av det tradisjonelle tilbudet med komplementær medisin (3;7;22).

Brukeren er viktig som etterspørter av kvalitet. En sterkere brukerrolle vil gjøre dette tydeligere, og kravet om å vise fram tjenestens kvalitet vil øke fra brukerens side. Brukerundersøkelser i kommunehelsetjenesten blir behandlet i vedlegg 5. Brukerne trenger informasjon som er tilgjengelig og forståelig, gitt på en slik måte at de for eksempel kan sammenligne tjenester. Det er dokumentert flere utfordringer knyttet til en slik sammenligning, for eksempel hvordan en på en forståelig måte kan

synliggjøre betydningen av at pasientsammensetningen (38;39). En annen utfordring er manglende *leseferdighet*. Mye informasjonsmaterieell er utarbeidet i skriftlig form, og manglende evne til å motta, bearbeide og forstå grunnleggende helseinformasjon vil kunne ha negative følger i forhold til helseadferd og opplevelse av kontroll over egen situasjon (8;40). Informasjonen må ledsages av verktøy som overkommer eventuelle lese-handicap - lydfiler, program som omgjør skrift til tale, bokstavforstørrelse mv, samt evt. enkle nettkurs om kvalitet og kvalitetsmåling i helsetjenesten. Brukerorganisasjonene står sentralt når det gjelder arbeidet med å øke brukernes kompetanse i forhold til å vurdere kvalitet i helsetjenesten. I tillegg bør brukerorganisasjonene selv videreutvikle kompetanse på dette området, slik at de kan være aktive pådrivere for kvalitetsarbeid også i primærhelsetjenesten.

Brukerperspektiv i et kvalitetssystem må inkludere myndiggjøring av brukeren, for eksempel i forhold til brukervalg og brukermedvirkning. Å myndiggjøre brukeren innebærer også innsats i forhold til å gjøre brukeren bedre i stand til å ta vare på sin egen helse og mestre sykdom (40;41). Kvalitetssystemet må også inkludere kvalitet og kvalitetsutvikling i det forebyggende helsearbeidet. Dette kan innebære forskjellige opplæringsaktiviteter, informasjonsnettsider, systemer der brukere med kroniske sykdommer kan følge indikatorer på egen sykdomsutvikling mv. Mye av det primærforebyggende arbeidet foregår utenfor helsetjenesten. Også dette arbeidet bør inkluderes i et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten.

Brukerperspektiv kan også innebære involvering av representanter for lokalmiljøet i utformingen og oppfølgingen av helsetjenestene, slik de har god erfaring med i britisk helsevesen (42;43). Ved å involvere lokalmiljøet, og rette sin kvalitetsinformasjon mot befolkningen og deres behov, oppfylles også ønsket om innsyn i, og forhåpentlig tillit til, tjenestene.

Ledelse og ledelsesforankring: Kvalitet må etterspørres!

Ledelse og ledelsesforankring trekkes fram av mange som et sentralt element i forhold til et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten. Uansett hvor flott kvalitetssystemet som utvikles er hjelper det ikke hvis ikke ledere på hvert nivå bruker det aktivt, vektlegger betydningen overfor medarbeidere, og etterspør bruk av det daglig (22). Kvalitetsarbeidet må integreres i den daglige drift og være en del av ledelses- og styringsdialogen. Sentrale aktører er tydelige i sin anbefaling om å bygge på eksisterende strukturer og ansvarsforhold. Kvalitetsforbedring må skje i en linjestruktur; den ansvarlige for den enkelte tjeneste må fokusere på kvalitetsforbedring i det daglige arbeidet, dvs. etterspørre det på møter, ha fokus på det i opplæring av nyansatte, bringe resultat fra målinger tilbake til personellgruppen osv. Hvem som har ansvar for kvaliteten på tjenesten må være tydelig, og den ansvarlige må alltid ha noen å rapportere til. Forankring i ledelsen er av stor betydning når det gjelder muligheten til å lykkes med systematisk forbedringsarbeid (44-46).

Som nevnt under Kompetanse er sentrale aktører opptatt av at kommunehelsetjenesten trenger ledere som har endringskompetanse (44). Som en del av dette, må lederen sørge for at medarbeiderne har eierskap til kvalitetsarbeidet. Dette synspunktet underbygges av forskning og erfaringskunnskap (47-49). Ledere må selv etterspørre og fokusere på kvalitet, og har størst sjanse til å få til gode prosesser om en understøtter initiativ fra medarbeiderne i forhold til å forbedre tjenestene (22;48;49).

Betydningen av ledelsesfokus gjelder også toppledelsen i kommunen og på nasjonalt nivå (50). At styret for virksomhetene, kommunestyret i dette tilfellet, er opptatt av og etterspør kvalitet, er helt sentralt (50). Det er ikke like stor grad av oppfølging nasjonalt av helsetjenestene kommunene leverer som på de helseforetakene leverer. De regionale helseforetakene rapporterer jevnlig til Helseministeren ved Helse- og omsorgsdepartementet på økonomiske data, aktivitetstall og på indikatorer for kvalitet, i tillegg til at det leveres en årlig rapport på i hvilken grad påleggene i Oppdragsdokumentet er oppfylt. Kommunene sender en del data via Kommune-stat rapporteringen, KOSTRA, inn til sentrale myndigheter, og det blir utarbeidet noe nasjonal statistikk og analyser ved Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet. Det kan synes som oppfølgingen fra departementssiden på helsetjenesten i kommunene som helhet er uklar. Et nasjonalt kvalitetssystem skal legge til rette for kvalitetsledelse på nasjonalt nivå, og hvordan dette skal følges opp må avklares.

Det har vært hevdet at oppfølgingen med hensyn til kvalitet på tjenesten av fastleger og fysioterapeuter med driftsavtale med kommunen er utfordrende. De kommunale avtalene følges stort sett opp rent administrativt, men ikke faglig (51). Det kan være mange årsaker til dette – vi har identifisert minst to; manglende kompetanse til å følge opp innholdet i tjenestene, og det at det ikke har noen økonomiske konsekvenser for kommunen hva fastlegen eller fysioterapeuten gjør i sin praksis, siden det er Helseøkonomiforvaltningen som refunderer takstene for det faktiske arbeidet. I tillegg er IKT systemene til hinder for slik oppfølging. Vi anbefaler at de mulighetene som ligger i avtaleverket i større grad utnyttes til å fokusere på kvalitet (51). Arbeidet må ta utgangspunkt i en konsensusmodell - for eksempel til å beslutte hvilke områder kommunen skal publisere kvalitetsindikatorer på, og på hvilke områder en trenger satsning i den enkelte kommune eller praksis.

Det er naturlig å trekke prioritering og forebyggende virksomhet hos fastleger og fysioterapeuter også inn i en slik styringsdialog. Utvalgte tall for benchmarking og indikatorer kan være noen elementer i en slik oppfølging fra kommunen. Manglende ressurser i kommunene i forhold til dette arbeidet har vært trukket frem som argument mot å gjøre det. For å bøte på dette, kan det etableres en ordning der kommuner som ikke har tilstrekkelig kompetanse tilbys støtte og faglige ressurser til slik oppfølging. En kan også tenke seg kommunesamarbeid i forhold til å bygge opp slik oppfølgingskompetanse. Det kan synes som om for eksempel

kommuneoverlegefunksjonen, som alle kommuner har, kunne være en sentral ressurs som vil kunne inneha tilstrekkelig kompetanse til mye av denne oppfølgingen. Også de øvrige kommunale legetjenestene - helsestasjon, skolehelse, sykehjem, smittevern mv, kunne følges opp på samme vis.

Det har også vært trukket fram at det i enda større grad er en utfordring å følge med på kvaliteten til fysioterapeuter og leger som er helt privat finansiert. Her er det kun tilsynsmyndigheten som i dag har noen rolle. En kunne tenke seg ordninger i forhold til å dokumentere at en har gode kvalitetssystemer og driver aktivt kvalitetsarbeid, samt rapportere på utvalgte kvalitetsindikatorer, for å kunne opprettholde lisens til å praktisere.

Rapportering og kvalitetsrapporter

Et virkemiddel for å få ledelsesfokus på kvalitetsforbedringsarbeidet kan være å innføre årlige kommunale rapporter når det gjelder aktivitet og kvalitet på tjenestene, og på utviklingen siden forrige gjennomgang. Et krav til en type "kvalitets-selvangivelse" kan gjelde for alle tjenester, på alle nivåer. En slik årlig rapportering gjennomføres i NHS i England (4;42;52). Hvis disse rapportene blir offentlige, vil det bidra til å oppfylle mandatets ønske om at systemet skal bidra til det offentliges innsyn i, men også tillit til, kvaliteten på tjenesten.

Kvalitetsrapportene blir mer nyttige om de inneholder en fast struktur slik at de kan bruke til sammenligning mellom kommuner. For eksempel bør det stilles krav om systematisk arbeid når det gjelder samhandling, både innad i den enkelte kommune og mellom tjenestenivåene.

Rapportene bør bidra til å trekke fram områder der det har pågått forbedring, og identifisere hvilke suksessfaktorer som har gjort at forbedringene ble vellykket. Gode lokale eksempler på forbedringsarbeid i tråd med nasjonale føringer bør systematisk løftes frem. Dersom en har en mottaker som kan aggregere informasjonen i rapportene, kan det utarbeides en årlig nasjonal kvalitetsrapport for kommunehelsetjenesten.

Statistikk, målinger og indikatorer som beskriver kvalitet på tjenestene

For å kunne vite noe om kvaliteten på tjenestene og hva eller hvor det bør forbedres, trenges bedre dokumentasjon. Det som finnes og brukes i dag er i hovedsak måltall på strukturell kvalitet, for eksempel antall plasser i enerom, antall årsverk mv (53).

Det bør utarbeides og etableres nasjonale kvalitetsindikatorer både på struktur, prosess og resultat kvalitet innen alle deler av de kommunale helsetjenestene, samt når det gjelder samhandling (fig. 2) (19;38;39;54-57). En eller flere av disse

indikatorerne må berøre pasientenes opplevelser med hensyn til kvalitet på tjenestene - nasjonale og lokale brukererfaringsundersøkelser. Se vedlegg 6. For å følge med på om det arbeides systematisk på områder som fremkommer i nasjonale føringer, anbefales det at føringene følges av noen sentrale indikatorer. De nasjonale kvalitetsindikatorerne bør ikke være for mange for hver enkelt tjeneste, og bør til en viss grad også koordineres med indikatorer som brukes i andre land, slik at vi kan sammenligne oss med andre nordiske og Europeiske land

Rapporten Rammeverk for kvalitetsindikatorer må legges til grunn for arbeidet med å utvikle indikatorer (19). Det kan være hensiktsmessig at et nasjonalt kompetansemiljø som utvikler kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten også leder arbeidet med å utvikle indikatorer for kommunehelsetjenesten. Dersom kommuner eller sammenslutninger av kommuner eller andre ønsker å utarbeide egne indikatorer, bør de kunne få metodestøtte fra dette miljøet.

Data ekstraksjon og feedback

Innhenting av data må tilstrebe i størst mulig grad å ta utgangspunkt i og benytte det som allerede samles inn sentralt av data, samt å ha automatisk datafangst i så stor grad som mulig. Slik modellen over et kvalitetssystem viser (fig 2), kan innhenting av data skje på hvert enkelt av nivåene og aggregeres videre i systemet. Det finnes i dag tekniske muligheter for automatisk datafangst også uten strukturerte journaler (38;58).

For allmennlegetjenestene kom en langt på vei med slik dataekstraksjon i prosjektet Sentrale data fra allmennlegetjenesten (SEDA) (59). En hovedanbefaling etter dette prosjektet var at data som innsamles analyseres ved hjelp av folk med faglig ekspertise på det området som en innhenter informasjon om. Det ble også fremholdt som særlig viktig at de tjenestene det innhentes informasjon og data om til sentralt bruk, selv får nyttig informasjon tilbake. For å få god datakvalitet, bør de som registrerer data for bruk til kvalitetsmåling ha god forståelse for hva dataene skal brukes til og oppleve dette som viktig for egen virksomhet. Dersom dette ikke er åpenlyst, er det et lederansvar å sørge for prosesser for å bidra til slik forståelse. Prosessene for å velge ut data og indikatorer for kvalitetsmåling på de forskjellige nivåer må være godt forankret og valgt med stor grad av medvirkning. God datakvalitet er en forutsetning for å kunne stole på kvalitetsmålingene, og dermed også en forutsetning for å kunne prioritere forbedringsarbeidet riktig.

Det har vært etterlyst etablering av nasjonale kvalitetsregistre som også dekker allmennhelsetjenesten. Dersom, eller når, disse blir etablert, vil de være gode kilder til data for utarbeidelse av kvalitetsindikatorer (39). En start på et slikt register er Diabetesregisteret for voksne (60). Her sendes data inn sentralt, analyseres og sendes tilbake til utøveren. En slik sentral analysekapasitet er viktig fordi verdien blir mindre for utøveren hvis dataene blir tilbakeført med betydelig tidsforsinkelse. Ideelt ville det vært om en kunne ekstrahere dataene direkte fra eget

pasientjournalssystem i "real-time", slik at det var mulig for eksempel å bruke disse direkte i konsultasjonen (61).

Behov for data også på aktivitet

Dersom en skal kunne ha meningsfulle data om kvalitet, må en ha gode data med hensyn til aktivitet og forbruk av helsetjenester. Slike data har en ikke samlet for kommunehelsetjenesten i dag, og heller ikke den enkelte kommune har oversikt over hele helsetjenesten med hensyn til aktivitet. Dette har vært poengtert også for eksempel i det nasjonale Kvalitetsregisterprosjektet, der ett av flere forslag til å etablere slike data var å utvide norsk pasientregister (NPR) til også å omfatte kommunehelsetjenesten (62). Dersom en fikk et personidentifiserbart system som kunne følge pasientene også på tvers av tjenestenivåene, ville muligheten til å få gode data om kvaliteten av behandlingen bli mye større (62). Slike data på aktivitet bør kunne holdes opp mot kunnskap om og analyser av behovet i befolkningen, slik at brukere og ledere kan være sikre på og ha tillit til at helsetjenesten dekker de behov for helsetjenester befolkningen har (37).

Forholdene bør legges til rette slik at kommuner, institusjoner, virksomheter og privatpraksiser kan få data med analyser og mulighet til sammenligninger vedrørende egen virksomhet, og en mulighet til selv å beslutte hva de vil ha av data. Det bør utarbeides et minimumssett med nasjonale kvalitetsindikatorer for den enkelte kommune, som bør være tilgjengelig for brukerne og befolkningen. Forholdene bør også legges til rette slik at kommunene/virksomheter kan få hjelp til å utarbeide egne indikatorer for de områdene som de ser er av stor betydning. Noen kommuner vil kunne bidra mye i dette arbeidet selv, mens andre, ofte mindre kommuner, vil trenge bistand med hensyn til kompetanse og kapasitet.

Sentrale aktører advarer mot å bruke mer tid til rapportering og mindre tid til pasient/klientrettet arbeid. Det må være en målsetning for arbeidet at så mye data som mulig hentes ut av allerede eksisterende registre og rapportering, og at en i så stor grad som mulig får til automatisk datafangst (63). Eksisterende registre kan for eksempel være Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLOS), KOSTRA, Helseøkonomiforvaltningens database over takstbruk og Reseptregisteret.

Innhenting av data er tett knyttet sammen med behovet for et helhetlig og sammenhengende IKT system. Behovet for et slikt system i kommunehelsetjenesten er stort. Dette er tidligere påpekt av prosjektet Gode helseregistre, bedre helse, og av mange av aktørene en rekke ganger (61;62). Behovet for et godt fungerende IKT system der det er mulig å hente ut data for hele pasientforløp er løftet frem av sentrale aktører som ett av de viktigste tiltakene, men det er også det mest ressurskrevende og kompliserte å komme i gang med.

System for synliggjøring av kvaliteten på tjenestene.

Nasjonale kvalitetsindikatorer og andre analyser, statistikker og tall, bør publiseres på en nasjonal nettside. Det må arbeides med hvor langt "ned" i systemet disse indikatorene skal publiseres og offentliggjøres. Vi foreslår kommunenivået som et naturlig stoppunkt – og at indikatorer som offentliggjøres "lenger ned" i systemet, er noe de enkelte tjenester selv ønsker å publisere, slik en har i Storbritannia (64).

For å synliggjøre resultatet av monitoreringen av kvalitet i helsetjenesten anbefaler vi at det utvikles et system som ligner på det britiske Clinical Dashboards Programme – se figur 4. Dette er en type balansert målstyringstavle, som gir både befolkningen, pasienter, fastleger, avtalefysioterapeuter og andre kommunale helse, pleie- og omsorgstjenester objektive data og feedback om kvaliteten på tjenestene som leveres til brukerne (64).



Figur 4.
(64)

Et slikt system må ha muligheter til å fremstille analyserte data om aktivitet og kvalitet på alle nivåer en ønsker; nasjonalt, kommunalt og på de enkelte tjenesten for seg. Dette vil oppfylle mandatets krav i forhold til behovet for offentlig innsyn i kvaliteten på helsetjenestene, være utgangspunkt for brukervalg, kunne være grunnlag for virksomhetsstyring av de ulike deler og være grunnlag for arbeid med kvalitetsforbedring av og i primærhelsetjenestene. Som det går fram av figuren er det i dette systemet lagt inn normerende vurderinger av hva som er god kvalitet, signalisert med røde og grønne soner. I Norge vil dette sannsynligvis legges til

Helsedirektoratets oppgave, om en ønsker en slik normering på noen av måltallene/indikatorerne på nasjonalt nivå. Der måltavlen i hovedsak skal brukes til egen kvalitetsforbedring kan en slik normering gjøres etter lokale målsetninger

Det er identifisert betydelige IKT messige utfordringer med slik datainnhenting og analyse, slik at dette vil måtte ha en relativt langsiktig målsetning med hensyn til et fullt utviklet system. Dette er uten tvil den største utfordringen, og det vil kreve mye ressurser. På den annen side er det nødvendig med en samordning på IKT siden også ut fra andre perspektiver, som for eksempel samhandling. Ut fra de engelske erfaringer og også norsk forskning på området, vil det være mulig å få til automatisk datafangst selv uten helt optimal struktur på pasientjournalen (63).

Kvalitetsinformasjon som bakgrunn for brukervalg

Informasjon om kvalitet tilrettelagt for brukerne bør legges på aktuelle nettsider brukere alt er kjent med, som for eksempel fritt sykehusvalg.no, fastlegen.no, helfo.no mv. Det bør også vurderes om det bør etableres en egen nettside, der befolkning og brukere lett kan finne kvalitetsinformasjon aktuell for dem. Kommunene bør gi brukerne informasjon om kvalitet på tjenestene på en måte som gjør informasjonen lett tilgjengelig for brukerne (3;40).

Brukererfaringundersøkelser, informasjon om tilgjengelighet, søknadsprosesser for hjemmetjenester osv kan for eksempel samles på en egen nettside, eller publiseres i lokalavisen. Det bør etableres egne prosesser der brukerorganisasjonene er med, der innholdet i slik informasjon kan avklares. En kan for eksempel tenke at brukerne vil være interessert i avviksmeldinger, internkontrollsystemer osv. Enkel tilgang til å melde avvik og til å klage, kunne også være tilgjengelig på samme side (65).

Mange potensielle brukere av kommunale helsetjenester er sannsynligvis ikke aktive internettbrukere. Det bør derfor i tillegg være tilbud om en informasjonstelefon der informasjon av samme typen er tilgjengelig. Dette kan for eksempel kobles opp mot en tjeneste som pasientveiledere, servicetorginformasjon el. På bakgrunn av store utfordringer i forhold til manglende leseferdighet for mange, kan det også være aktuelt å legge ut viktig informasjon som lydfiler, koble det til programmer som tar skrift til tale, eller andre hjelpemidler (66).

Det er kjent at brukerne i varierende grad gjør seg nytte av helseinformasjon. Et nasjonalt kvalitetssystem som skal være brukerorientert, bør følge med på forskningen omkring "health literacy" og bruke dette inn i arbeidet med å gjøre kvalitetsinformasjon tilgjengelig for alle brukere (40;41).

Stimuleringstiltak/insentiver

Stimuleringstiltak (insentiver) er et mulig virkemiddel for å oppnå bedre kvalitet i primærhelsetjenesten. De kan være av direkte økonomisk art, men kan også ha andre former, som for eksempel belønning i form av oppmerksomhet, kvalitetspris, spennende og utviklende arbeidsoppgaver mv.

Økonomiske stimuleringstiltak er ofte virkningsfulle, men kan ha paradokse effekter, avhengig av hvordan de er designet (67-70). I helsetjenesten kan økonomiske insentiver for å fremme kvalitet f.eks. innebære å gi støtte til eller belønne:

- Videre- og etterutdanning.
- Særskilt kompetanse, f. eks. i kvalitetsforbedringsarbeid og kunnskapsbasert praksis.
- Deltakelse i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og læringsnettverk.
- Utvikling av elektroniske verktøy.
- Tverrfaglig samarbeid.
- Oppnåelse av god kvalitet i arbeidet (basert på struktur-, prosess- og resultatindikatorer).

Økonomiske stimuleringstiltak kan bl.a. gis som økt lønn for fastlønnet helsepersonell, økte takster eller spesielle tilskudd for helsepersonell som arbeider som selvstendig næringsdrivende, eller premiering av helsepersonell, praksiser, institusjoner eller kommuner som har utmerket seg på en spesiell måte.

I dagens system er det tilleggskost for leger som er spesialister i allmennmedisin, og for leger som har PhD-grad. Takstsystemene for leger og fysioterapeuter er resultat av forhandlinger mellom partene. Takstene kan i prinsippet brukes for å forsøke å fremme ønsket praksis.

Vi har ingen økonomiske insentiver for å støtte kompetanseutvikling i kvalitetsforbedringsarbeid eller kunnskapsbasert praksis. Det er satset store ressurser på IKT-løsninger i helsetjenesten, men til tross for dette mangler fortsatt gode EPJ-løsninger som kan:

- Ivareta prioriterte faglige krav mht. journalføring.
- Støtte kommunikasjon og samhandling mellom aktørene i primærhelsetjenesten og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.
- Sikre muligheter for automatisk uttrekk av rutinedata som kan brukes som kvalitetsindikatorer i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og i monitorering og styring.

Ytelsesbasert betaling (pay for performance) er viktig i amerikansk helsetjeneste og i primærhelsetjenesten i Storbritannia, og i økende grad i helsetjenesten ellers i Europa. The Quality and Outcomes Framework (QOF) ble introdusert i Storbritannia i 2003 som en kontrakt mellom allmennlegene og National Health Service. QOF brukes til å bestemme 25 % av allmennlegenes betaling hvert år, og

bidro til at legene fikk en betydelig lønnsøkning (70;71). Dette systemet representerer en grunnleggende forandring i standarden for å evaluere legene, vekk fra satsning på utdanning og sertifisering, til krav om dokumentasjon etter en rekke indikatorer. QOF er det største naturlige eksperimentet mht. ytelsesbasert betaling i primærhelsetjenesten, og de første evalueringer er nylig kommet (72).

En innvending mot økonomiske stimulerings tiltak for å påvirke profesjonell praksis, slik det for eksempel nå er innført med QOF, er at når samfunnet bruker insentiver for å fremme endringer i klinisk praksis, sendes et signal om at legene - eller annet helsepersonell, bør tenke på egne interesser i forbindelse med kliniske beslutninger. Det kan lede til bedre klinisk praksis på kort sikt, men slike økonomiske incentiver for enkeltprosedyrer fremmer mest effektivitet og kvalitet hvis det er enkle og repetitive handlinger som ikke krever særlig vurdering (67). Hvis helsepersonellens adferd er primært motivert av egeninteresse må vi monitorere atferden og justere insentivene nøyaktig. Å satse på egeninteresse vil kunne hemme den pasientsentrerte etikk som er sentral i god medisinsk praksis, og underminere profesjonsetikken (67;68;73;74). Ethiske standarder er viktige for å sikre ønsket profesjonell atferd. Indre motivasjon gir bedre jobbtilfredshet og derav bedre ytelse og kvalitet på arbeidet som gjøres (67).

Et nasjonalt kvalitetssystem bør ha mulighet til også å bruke økonomiske stimulerings tiltak. På bakgrunn i erfaringer fra andre land, og fra innspill, har vi kommet til å foreslå følgende hovedtiltak:

- En målrettet og kraftfull offentlig satsning for å sikre gode og samordnede EPJ-løsninger i primærhelsetjenesten. Dette er nødvendig for at vi skal kunne hente ut data for å drive kvalitetsforbedringsarbeid og monitorere praksis i primærhelsetjenesten.
- Partnerskapsmodellen som vi foreslår, innebærer at økonomiske virkemidler løpende kan vurderes og foreslås endret. Dette gjelder både type virkemidler og økonomisk størrelse.

Vi foreslår også at følgende tiltak blir vurdert:

- Helsepersonell, og særlig ledere, som har gjennomgått en definert utdanning innen kvalitetsforbedringsarbeid og kunnskapsbasert praksis, får høyere lønn, eventuelt tilleggskost.
 - Et eksempel: Innen spesialiseringen til allmennmedisiner inngår det krav om gjensidig praksisbesøk, som en av flere metoder mht. kvalitetsforbedringsarbeid. Spesialister i allmennmedisin får høyere refusjon enn de uten spesialistgodkjenning. Det bør legges større vekt på kvalitetsforbedringsaspektet i spesialistutdannelsen i allmennmedisin.
- Spesialisering/sertifisering innen kvalitetsforbedringsarbeid og kunnskapsbasert praksis for alle yrkesgrupper. Innenfor rammen av et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten må det i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og profesjonsforeningene utarbeide kurs og utdanninger som kvalifiserer mht. kompetanse på feltet som grunnlag for økt lønn.

- Det settes av midler som kan utløses dersom en for eksempel setter i gang eller deltar i læringsnettverk med utgangspunkt i nasjonale satsninger. Dette kan gjelde hele kommuner, eller deltjenester innen kommunene (f. eks. sykehjem, hjemmetjeneste, lege – og fysioterapipraksiser). Dette kan for eksempel kobles opp mot ressurscenter for forbedringskompetanse.
- Premiering. Beløpet behøver ikke være stort – signal- og symbolverdien er det viktigste, av virksomheter som utmerker seg mht. arbeid for å sikre god kvalitet i sine tjenester (som for eksempel en kvalitetspris).

Eventuelle insentivprogram må overvåkes for å vurdere hvilken effekt det har, og ikke minst om det oppstår uønskede sideeffekter når det gjelder kvaliteten som helhet (73). Sentrale aktører var opptatt av at det vil være vanskelig å måle effekten av økonomiske stimulerings tiltak hvis ikke indikatorer og nasjonale mål er på plass. På grunnlag av evalueringer og erfaringer med QOF, mener vi at det ikke bør innføres insentiver i forhold ytelsesbasert betaling for enkeltprosedyrer tilsvarende QOF, i norsk primærhelsetjeneste.

Benchmarking, fagfelleevalueringer og læringsnettverk som metoder i kvalitetsforbedringsarbeidet

Et nasjonalt kvalitetssystem skal være en overordnet struktur som skal understøtte det lokale kvalitetsforbedringsarbeidet. Tre hovedmetoder blir trukket frem av sentrale aktører som spesielt viktig å inkludere i et nasjonalt kvalitetssystem:

Sammenligninger (benchmarking): Den enkelte tjeneste får data på kvalitet om egen virksomhet, samtidig som en blir gjort kjent med data fra tilsvarende virksomheter som en ønsker å sammenligne seg med. Det å bruke variasjonen som incitament for forbedring av de virksomhetene som kommer dårligst ut, er et sentralt element i kvalitetsforbedringsarbeid. Presentasjon av data uten annen aktivitet gjør likevel liten forskjell – kvalitetsforbedringsarbeidet gjør seg ikke selv. Et nasjonalt kvalitetssystem bør derfor i tillegg legge opp til aktiviteter, møter, konferanser, læringsnettverk eller andre verktøy der virksomhetene kan reflektere over egen virksomhet og over områder de ser behov for å forbedre ut fra benchmarkingstallene.

Fagfelleevalueringer og faglige revisjoner: Systematisk bruk av fagfelleevalueringer (også kalt fagrevisjoner, clinical audits) er en anerkjent metode for kvalitetsforbedring, og har blant annet vært brukt med gode erfaringer i Skottland (75). Når fagfelleevalueringer gjøres som revisjon, utarbeides det et revisjonsgrunnlag i fellesskap, basert på kunnskapsbasert praksis, faglige retningslinjer mv. Det er en eller to fagfeller som gjør selve gjennomgangen, og det lages en revisjonsrapport, med anmerkninger og avvik. Avvikene skal i prinsippet lukkes før revisjonen kan avsluttes. Erfaringene tilsier at en får mer ut av revisjonen, dersom en etter gjennomgangene og lukningene av avvikene, har en runde der en

deler erfaringer. Fagfellevurderinger kan også gjøres mer uformelt, men en faglig diskusjon omkring vurderingen er essensielt for å få til endring (27).

Læringsnettverk: Arbeid med kvalitetsforbedring på definerte områder gjøres samtidig av flere institusjoner/faggrupper/kommuner, og en har samlinger med undervisning og erfaringsdeling i forhold til det konkrete forbedringsprosjektet. Det egner seg spesielt godt der en har tverrfaglige oppgaver. Det best beskrevne prosjekt er antagelig læringsnettverkene som ble etablert i NHS (76).

Felles for disse metodene er at de er uavhengig av området eller temaet for forbedringsarbeidet, og de kan brukes lokalt eller regionalt. Dersom de skal inngå som elementer i et nasjonalt kvalitetssystem, kan det være som del av nasjonalt koordinerte prosjekter der enten temaet for prosjektet er det samme nasjonalt, eller der bruk av metoden er det som er felles.

Avvikshåndtering i kommunehelsetjenesten – det nasjonale perspektivet

Alle tjenester har i henhold til loven plikt til å bruke tilbakemeldinger fra brukerne til å forbedre tjenestene (16). Tjenesten skal sørge for at virksomheten drives forsvarlig, hvilket vil si at en må ha tilstrekkelig oversikt over virksomheten til å vite om en har områder der det er fare for svikt (risiko- og sårbarhetsanalyse). I hvilken grad avvik eller utilsiktede hendelser blir registrert og ikke minst benyttet til læring, varierer fra virksomhet til virksomhet. Kommunehelsetjenesten i Norge er ikke omfattet av meldeplikten for avvik, slik spesialisthelsetjenesten er ("§ 3.3-meldeordningen"), så vi kjenner ikke til hvilke utilsiktede hendelser som forekommer, eller hvor hyppig det er. Norsk pasientskadeerstatning oppgir at 14 % av deres saker kommer fra primærhelsetjenesten i 2008 (vedlegg 5). I Danmark er primærhelsetjenesten siden 2009 omfattet av meldeplikten, og det er samlet noen erfaringer med hvilke utilsiktede hendelser som der blir meldt (77).

Det er store variasjoner i forhold til hvordan utilsiktede hendelser blir håndtert i kommunehelsetjenestene. Det er kjent at dersom en har en enkle meldesystemer og god meldekultur preget av "no shame, no blame, no name" får en inn mange meldinger om utilsiktede hendelser som kan brukes til læring og forbedring. Hvis det er forbundet med skam, represalier eller andre negative opplevelser å melde avvik, tilsier det at færre avvik blir meldt.

Vi tenker at fokus på pasientsikkerhet og kvalitet i tjenestene vil øke befolkningens behov for innsyn og å vite noe sikkert om dette for primærhelsetjenesten der de bor. Helsetjenesten selv vil også ha nytte av å få systematikk på meldingene, slik at vi kan avdekke systematiske feil og lære av hverandre med hensyn til håndtering og nødvendige endringsprosesser. Nasjonale myndigheter har hatt mulighet til å

avdekke avvik ved tilsyn, men kan ikke ha kapasitet til å avdekke avvik eller utilsiktede hendelser kontinuerlig i hele bredden av primærhelsetjenester.

Innenfor rammene av et nasjonalt kvalitetssystem kan det etableres et felles elektronisk avviksmeldesystem, slik at utilsiktede hendelser kan aggregeres fra lokalt nivå og analyseres på nasjonalt nivå. Avvikshåndtering i et nasjonalt kvalitetssystem må handle om læring. Det lokale nivået er de som i størst grad må kjenne til avvikene og gjøre noe med dem lokalt, og det bør innføres meldeplikt også for primærhelsetjenesten, etter dansk mønster. Dersom utilsiktede hendelser registreres anonymt, får en lettere fokus på forbedring enn på skylds- og angiverspørsmål (78). Brukerne bør også kunne melde inn avvik. En slik nasjonal registrering vil ha to siktemål; det ene er å bidra til åpenhet og dokumentasjon, det andre er å bruke den nasjonalt aggregerte og analyserte informasjonen til å utarbeide satsningsområder i nasjonale føringer. Det vil også være hensiktsmessig å se all melding om utilsiktede hendelser i hele helsetjenesten under ett, slik at også utfordringer i forhold til for eksempel samhandling blir synliggjort.

Metoder og verktøy - kompetanseressurser i forhold til forbedringsarbeid

Et nasjonalt kvalitetssystem bør inneholde kompetanseressurser som de ansvarlige kan trekke på i arbeidet med kvalitetsforbedring av egne tjenester. Vi kan tenke oss en rekke muligheter når det gjelder slike ressurser:

- Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring tilgjengelig på nett. Dette finnes allerede i kvalitetsforbedring.no, men kan videreutvikles. Metoder, for eksempel i forhold til å få frem brukerens stemme videreutvikles (79).
- Egne kurs, for eksempel i metoder for målinger, med kunnskapsbasert, interaktiv undervisningsmetode
- Tilbud om prosessstøtte til utvikling av læringsnettverk i forhold til konkrete nasjonale eller regionale satsninger (76).
- Tilbud om prosessstøtte til benchmarkingsprosesser og/eller clinical audits
- Drifting av regionale nettverk for refleksjon over analyser for de ansvarlige – kan tenke seg nettverk for rådmenn, pleie- og omsorgssjefer (eller tilsvarende), kommuneoverleger og andre med overordnet ansvar for kvalitet på tjenester
- Database med eksempler fra gjennomførte kvalitetsforbedringsprosjekter i Norge (og evt fra andre land).
- Utdanning av ressurspersoner/veiledere som kan lede forbedringsteam i egen virksomhet.

Det er sannsynlig, også dette basert på erfaringer spesielt fra England, at det vil være hensiktsmessig å ha regionale og desentraliserte ressursentra å spille på i dette arbeidet. Om det er hensiktsmessig å bygge opp egne, eller om disse for eksempel skal ligge til noen av de eksisterende omsorgssentraene, fylkesmennene eller for

eksempel de allmennt medisinske forskningsenhetene, kan være gjenstand for diskusjon.

Faglige retningslinjer

Det utarbeides overordnede helsepolitiske føringer fra myndighetene i form av Nasjonal Helseplan, Nasjonale kvalitetsstrategier, nasjonale faglige retningslinjer osv. Dette er viktig arbeid av stor betydning for helsetjenesten som helhet. Innholdet legger føringer som må synliggjøres og følges opp i et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten. Et viktig spørsmål når det gjelder overordnede helsepolitiske føringer er; hvordan implementeres de i helsetjenesten, og hvordan gjennomføres de i praksis? Et eksempel som viser at veien fra en føring til praksis er lang og tung, er individuell plan. Den er forankret i 6 lover, en forskrift og en veileder. 10 år etter at dette ble en rettighet for pasienter, er den kun tatt i bruk i ca. 1/3 av norske kommuner (80). Sentrale aktører har vært opptatt av at det ikke mangler nasjonale faglige retningslinjer, veiledere osv., utfordringen er at disse ikke blir implementert og tatt i bruk! Det har også blitt hevdet at nasjonale retningslinjer kan komme i konflikt med hverandre for pasienter med mer enn en sykdom – det mangler en overordnet koordinering. Retningslinjer må ikke bare utvikles, men også implementeres, og det må sikres at de følges opp, gjerne i form av indikatorer som måles. For ledere får det i dag ingen konsekvenser om deres virksomheter ikke følger nasjonale retningslinjer.

Nye nasjonale faglige retningslinjer bør følges av et implementeringsprosjekt, med base i kunnskap om effektiv implementering. Likeledes bør nasjonale retningslinjer følges av et sett indikatorer for å følge med på at retningslinjen blir implementert, slik det for eksempel nå gjøres i Sverige (54). Det bør samtidig sørges for at de IKT systemer en har, støtter opp under bruk av faglige retningslinjer, og at det samtidig med implementering integreres påminninger, sjekklister, enkelt uttrekk av data mv som hjelpemidler.

Akkreditering/sertifisering

Akkreditering og/eller sertifisering av virksomheter, deler av virksomheter eller av personell kan være elementer i et kvalitetssystem. Slike ordninger har særlig vært brukt i spesialisthelsetjenesten, og det er relativt få erfaringer fra dette i primærhelsetjenesten i Norge. Noen sykehjem i Norge har arbeidet mot ISO sertifisering, og det er noen dokumenterte erfaringer fra Danmark. Akkreditering kan for eksempel brukes til å standardisere pasientforløp, mens sertifisering oftest går på systemer. Den danske kvalitetsmodellen har arbeidet med akkreditering av hele helsetjenesten. I Norge har sertifisering i helsetjenesten mest vært i laboratorievirksomheter, sterilsentraler mv, og erfaring på dette i forhold til annen type virksomhet er beskjeden. Det er ventet å hente mer kunnskap fra pågående

prosesser, for eksempel fra arbeidet i Helse-SørØst med sertifisering av akuttmottak.

I forhold til personell har Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell en type sertifiseringsordning i drift i dag. I forhold til grunnleggende kompetanse for å praktisere i landet er denne ordningen sentral. På dialogkonferansen ble det løftet fram at både egnethet og språkkompetanse burde være med i vurderingen i større grad enn i dag. Allmennmedisinsk forening forslår at det skal være krav om spesialitetsgodkjenning i allmennmedisin for å kunne drive fastlegepraksis, og dette kan en se på som en type sertifiseringsordning. Kravet om kompetanse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt resertifiseringskravet allmennlegene har i sine spesialitetsregler, er det eneste av slitt slag i Norge. Sertifisering, for eksempel i henhold til ISO-standarder, er en av flere måter å dokumentere at en har "orden i eget hus" på (81;82). Flere sykehusavdelinger, og særlig laboratorievirksomheter, mener de har hatt nytte av å gå gjennom prosessen med å bli sertifisert. Kunnskapssenteret har ikke kunnet identifisere forskning som viser om dette har effekt på helseutfall eller pasientsikkerhet i sykehus (83). Kunnskapsgrunlaget for å anbefale akkreditering eller sertifisering av virksomheter eller systemer som element av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten synes svakt, men det kan være en av flere mekanismer å sørge for tilstrekkelig kompetanse på.

Kort oppsummering av sentrale aktørers tilbakemelding på forslag til elementer v/dialogkonferansen 29. September.

IKT, kompetanse – inkludert brukerkompetanse, og ledelse, var de elementene som ble fremholdt som viktigst å komme raskt i gang med ved utvikling og implementering av et nasjonalt kvalitetssystem system. Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid ble også fremhevet som viktig å få på plass fort.

Flere var inne på betydningen av å ha en type kvalitetsutvalg på helsefeltet i hver enkelt kommune. Noen av de sentrale aktørene hadde positive erfaringer med dette i egne kommuner. Det ble også diskutert om det kan være nyttig å lovfeste kvalitetsutvalg i kommunehelsetjenesteloven, slik det er gjort i spesialisthelsetjenesteloven. Andre aktører hadde mer tro på "produktet", for eksempel en kommunal selvangivelse når det gjelder kvalitet, enn det å opprette flere utvalg.

Implementering av elementene - en sentral del av kvalitetssystemet

Tre ulike strategier i forhold til hvordan et nasjonalt kvalitetssystem kan utvikles og implementeres

Kunnskapssenteret har identifisert tre ulike strategier i forhold til hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles. Strategiene er gjensidig overlappende:

1. Det legges mest vekt på krav som stilles fra myndighetenes side. Alle virksomhetene i den kommunale helsetjenesten *skal* oppfylle disse kravene når det gjelder kvalitet.
2. Det legges noen rammer/føringer – ”skal”krav, fra myndighetene side som må oppfylles. I tillegg kan den enkelte kommune selv bestemme innholdet i sine lokale kvalitetssystem. Man kan tenke seg en ”meny” som tilpasses lokalt alt etter hvilke utfordringer kommunene har når det gjelder helse/forebygging, og hvilke prioriteringer kommunene ønsker å gjøre.
3. Arbeidet med å utvikle rammer/føringer og implementering av et NK skjer i et kontinuerlig partnerskap mellom myndighetene og sentrale aktører når det gjelder kvalitet i kommunehelsetjenesten - partnerskaps-/konsensusmodellen.

I utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem vil det være mulig å benytte alle strategiene – avhengig av formålet, men erfaringer tilsier at en får betydelig drahjelp og mindre motstand i arbeidet dersom en i hovedsak velger modell 3.

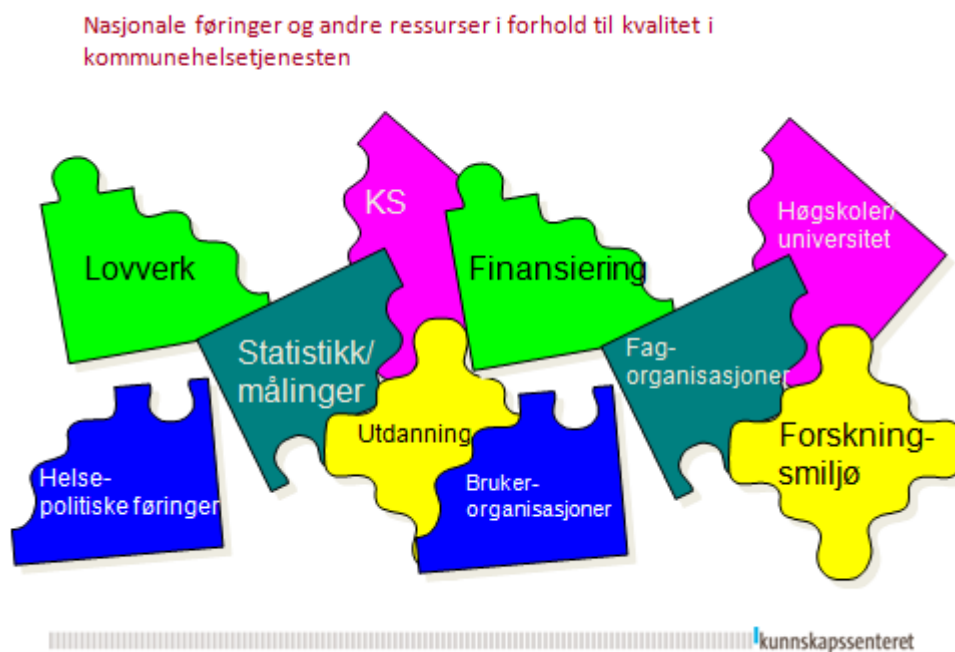
Manglende nasjonal koordinering - hvordan fremme et helhetlig nasjonalt kvalitetssystem?

En hovedutfordring er at de ulike ordningene og tilnæringsmåtene som skal sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten fremstår ukoordinerte og ikke blir sett i sammenheng. Det er vanskelig å få oversikt over alt det viktige arbeidet som skjer på området kvalitet - det finnes ingen samlet oversikt som for eksempel en

helseminister, en rådmann eller en virksomhetsleder kan forholde seg til. Dersom noen skal svare på hvordan kvaliteten på behandling eller pleie- og omsorg er på et overordnet nivå i Norge, må en søke mange kilder – for eksempel Helsedirektoratet, Statistisk sentralbyrå (SSB), KS og Statens institutt for folkehelse, og på mange områder finnes ingen informasjon. For det andre er indikatorene kommunene skal registrere aktivitet i forhold til - slik vi tidligere har nevnt, stort sett konsentrert om *strukturkvalitet* (53). Det mangler indikatorer på prosess- og resultat kvalitet slik at det er vanskelig å si hva man får ut av de innsatsfaktorene primærhelsetjenesten rår over (53;84;85).

På tross av at flere aktører har mange aktiviteter når det gjelder kvalitet, vet vi samlet sett lite om kvaliteten som helhet i kommunehelsetjenesten i Norge. Vi vet heller ikke noe samlet om arbeidet som gjøres, om prosjekter som gjennomføres har hatt effekt eller ikke. Ikke minst er det store utfordringer knyttet til å hente ut informasjon om kvalitet i tjenesten for den enkelte bruker.

De ulike ordningene og tilnæringsmåtene kan fremstilles som biter i et puslespill som pr i dag ligger mer eller mindre hver for seg:



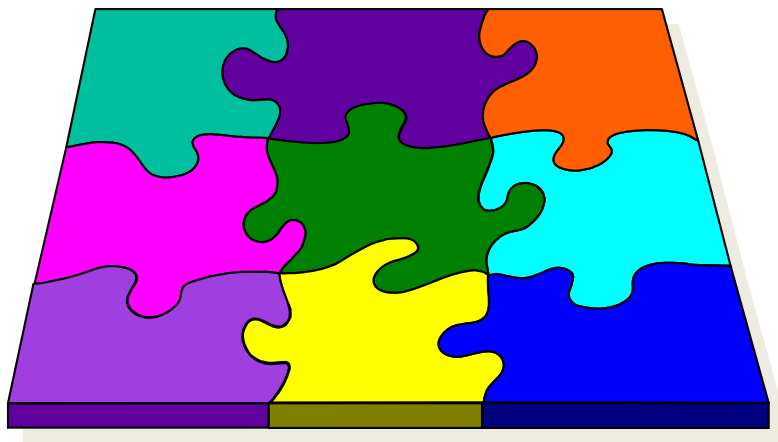
Figur 5. Fragmenterte tiltak i dag

På bakgrunn av den dokumentert fragmenterte tilnærmingen til kvalitetsarbeidet i kommunehelsetjenesten, den manglende kunnskapen om kvaliteten og de store utfordringene kommunehelsetjenesten står overfor i tiden fremover (13), er det viktig å gjøre noen grep som i større grad ser de ulike ordningene og tilnæringsmåtene i et helhetsperspektiv.

Vi foreslår derfor at det etableres et organ eller enhet som har som ansvarsområde å "holde i", dvs. utvikle og drifte, det nasjonale kvalitetssystemet for

kommunehelsetjenesten i tett samarbeid med sentrale aktører på området. Vi vil i den videre beskrivelsen kalle dette Enhet for kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten, forkortet til Enheten (navn og andre forhold må det arbeides videre med). Denne Enheten kan være alenestående, eller den kan legges inn til eller inn under andre etablerte organisasjoner som arbeider med kvalitet i helsetjenestene. Enheten må nødvendigvis ha et utstrakt samarbeid med andre som arbeider med kvalitet innen de kommunale helsetjenestene. Forslaget innebærer ikke at alle oppgavene løses innen denne enheten. Det er mange og sterke aktører som har mye å tilby inn i et slikt samarbeid, dette inkluderer Kommunenes sentralforbund, Senter for allmennmedisinsk kvalitet, profesjonsorganisasjonene, forskningsmiljø innenfor omsorgsforskning osv.

En slik enhet kan som del av sitt arbeide både identifisere områder der det er behov for økt satsning på kvalitet, og løfte gode eksempler på kvalitetsarbeid i kommunene frem på nasjonalt nivå. Fokuset på arbeidet må være læring og kvalitetsforbedring. Kontrasten til dette er kontroll og sanksjoner i forhold til lovkrav – en oppgave som Helsetilsynet har, og fortsatt skal ha. Hovedansvaret for arbeid med kvalitetsforbedring av tjenestene må ligge i tjenestene selv, en nasjonal overordnet enhet må ha hovedfokus på læring og støtte i arbeidet, samt på koordinering av initiativer og arbeid på nasjonalt nivå.



Figur 6. Et nasjonalt kvalitetssystem kan gi helhet i kvalitetspuslespillet.

Enheten vil kunne sørge for at en får en totaloversikt over kvaliteten på de kommunale helsetjenestene samlet, og at en får utviklet et fagmiljø som kan analysere dette i forhold til andre land, se på variasjoner innen Norge og stimulere til kvalitetsforbedringsinitiativer der dette trenges. En totaloversikt vil gi mulighet til å synliggjøre hvor en mangler informasjon. Vi tenker oss at en slik enhet må ha et fagmiljø som kan bidra til å utvikle videre måter å innhente informasjon om kvalitet på der dette mangler på et nasjonalt nivå.

Sentrale aktører hadde følgende tilbakemeldinger på forslaget om en nasjonal enhet i dialogkonferansen 29. september:

Fordel - en nasjonal enhet er nødvendig for å starte opp systemet og holde i det:

1. Få kvalitetsindikatorer på plass
2. Samle data
3. Analyserer data
4. Koordinere samarbeidet om utvikling og implementering.

Som en av aktørene sa det: Vi trenger en enhet som samler kvalitetsarbeidet i helsetjenesten i ett rike! Samtidig ble det understreket at veiledningsansvaret må legges mer lokalt. En ulempe som ble fremmet med en slik nasjonal enhet var: Det er mange enheter som allerede driver med kvalitetsarbeid på nasjonalt nivå – trengs enda en? Byråkratiet kan øke og ukklarhetene kan bli enda større enn i dag om hvilke instanser som gjør hva. Fylkesmannen har en type koordinerende funksjon i dag som kan fortsette, men det ble understreket at utvikling av indikatorer må gjøres i et nasjonalt i partnerskap. Hvordan løser fylkesmennene sine rådgivnings-/veiledningsoppgaver pr i dag? Mange med ansvar for kvalitet opplever at de ikke fått tilstrekkelig hjelp og støtte i dette arbeidet.

IKT/infrastruktur

For å nå målene som ligger til grunn for et nasjonalt kvalitetssystem, er IKT av stor betydning. Dette understrekes av alle som arbeider i, som samhandler med, eller har interesser i dette feltet. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 – 2013, har kommunesatsing som et av flere innsatsområder: I løpet av strategiperioden skal alle kommunene ha kommet i gang med elektronisk samhandling internt, med fastlegene, med spesialisthelsetjenesten og med offentlige etater. Samhandlingsarkitekturen skal ligge til grunn. Pr januar 2008 hadde alle helseforetak, ni av ti fastleger og ca en av fem kommuner knyttet seg til Norsk Helsnett – «motorveien» for transport av opplysninger og elektronisk kommunikasjon (86).

Deltakerne på begge dialogkonferansene var opptatt av IKT og fremholdt betydningen av at et felles overbyggende IKT system må på plass for å sikre samhandlingen i helsetjenesten som helhet (86). De har også vært opptatt av at kravspesifikasjonene må utarbeides på statlig nivå for å sikre at systemet kan "snakke" med alle på tvers. Når et IKTsystem er på plass, enten på lokalt/regionalt eller nasjonalt nivå, må noen ha ansvar for å oppdatere det slik at alle kan stole på at retningslinjer, veiledere osv som ligger der er korrekte. Sentrale aktører er også opptatt av at de andre elementene kan jobbes med parallelt som det jobbes med å få IKT på plass. I nasjonal strategi for elektronisk samhandling hevdes det at selv om det er mangelfull utbredelse av løsningene på flere områder, så er fundamentet for elektronisk samhandling i tilstrekkelig grad på plass, slik at de enkelte aktørene kan

ta dette i bruk. Tilbakemeldingene tydet på at denne virkelighetsforståelsen ikke deles av alle.

Betydningen av å ha systemer som legger til rette for å innhente informasjon til kvalitetsindikatorer, benchmarking, audit og feedback mv, har vært understreket tidligere i rapporten og av alle sentrale aktører. Her ligger mye utviklingsarbeid i de eksisterende systemene. Uten målinger er det vanskelig å drive godt kvalitetsforbedringsarbeid, eller i alle fall vanskelig å dokumentere at arbeidet har effekt. Det bør derfor satses mye på å få dette til.

Betydningen av bred prosess, involvering og forankring

Betydningen av forankring og aktiv involvering av ledere og medarbeidere når det gjelder å gjennomføre vellykket forbedringsarbeid er kjent (49). Utviklingen, implementeringen og ”driften” av et nasjonalt kvalitetssystem kan ses på som forbedringsarbeid og betydning av forankring kan derfor ikke understrekes sterkt nok. Helsepersonell er opptatt av å yte kvalitativt gode tjenester til sine brukere, men har ulik forståelse av hva som er kvalitet og hvordan systematisk kvalitetsforbedring kan gjennomføres. Dette var bakgrunnen for en litteraturgjennomgang i England i 2007. Forskere gikk gjennom studier med det formålet å finne ut noe om helsepersonells synspunkter når det gjelder systematisk kvalitetsforbedring. Funn fra litteraturgjennomgangen (87):

- Helsepersonell opplever at de yter kvalitativt gode helsetjenester allerede, og trenger lokale data som sier noe annet for å endre denne overbevisningen.
- Samtidig er de ofte klar over hvilke områder som kunne vært forbedret.
- Helsepersonell er motvillige til å delta i nasjonale kvalitetskampanjer. Årsaken er en tro på at disse vil være ineffektive og bortkastet tid og ressurser.
- Helsepersonell og deres ledere ser ut til å ha begrenset kunnskap om hvordan systematisk kvalitetsforbedring kan gjennomføres. I tillegg viser mange relativt liten interesse for å lære seg dette.
- Kvalitetsforbedring utløser ofte uenighet mellom administrative ledere og leger om hvem som har ansvaret. Kvalitetsforbedringsinitiativ som kommer fra ledelsen kan derfor stoppe opp pga. manglende deltakelse.
- Nasjonale faglige retningslinjer blir ikke tatt i bruk fordi de blir sett på som hindringer i forhold til egne faglige vurderinger og lokal praksis.
- Kunnskapsbasert praksis er et kontroversielt tema som har sine tilhengere og motstandere. Mange klinikere ser på det - i beste fall, som et av mange verktøy for å yte kvalitativt gode helsetjenester, i verste fall at det hindrer individualisert og helhetlig pasientbehandling.
- Motstand mot målinger av kvalitet i helsetjenesten. Motstanden bygger blant annet på frykt for at målingene skal føre til nedbemanning og kostnadskutt.
- Motstand mot publisering av målinger, blant annet pga. frykt for at tallene bare viser et lite bilde av helheten.

- Mangel på tid å ressurser er et av de mest brukte argumentene mot systematisk kvalitetsforbedring. I tillegg kommer: Manglende kunnskap, manglende veiledning når det gjelder prosjektdesign og analyse, manglende helhetlig planlegging.

Manglende engasjement hos helsepersonell i forhold til systematisk forbedringsarbeid har mange og sammensatte årsaker. I gjennomgangen av studiene fant de blant annet ut at konteksten er viktig i forhold til når spesifikke initiativ i forhold til kvalitetsforbedring blir presentert. Hvis organisasjonen står overfor omorganiseringer, er utsatt for kritikk fra omverdenen, har et høyt konfliktnivå eller andre store begivenheter skjer på samme tid, kan dette ta fokuset bort fra systematisk kvalitetsarbeid. Det å øke engasjementet i forbedringsarbeid er en langvarig prosess og det må jobbes på mange områder på samme tid (87).

Kunnskapsgrunnlag om implementering av nye tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestene

De siste 20 år har det vært økende forskning om effekten av ulike tiltak for å skape endring i helsevesenet (88). Disse studiene er blant annet gjennomgått og samlet av en egen Cochrane gruppe som heter EPOC - Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Denne internasjonale organisasjonen har som mål å bistå fagpersoner til å foreta velinformerte beslutninger i helsetjenesten gjennom lett adgang til systematiske kunnskapsoppsummeringer om effekten av ulike tiltak (89).

En gjennomgang av kunnskap om effekten av ulike tiltak for å få helsearbeidere til å endre atferd fra 2005, viste følgende resultat (23):

Læringsmaterieil: 4,3 prosent absolutt endring. Ingen effekt på pasientutfall.

Praksisbesøk: Gir i snitt 4,8 % endring for forskrivningspraksis.

Opinionsledere: Gir i snitt 10 prosent praksisendring.

Revisjon/tilbakemelding: Små til moderate effekter, stor variasjon, -16 – 70 % (23;27).

Tiltak med pasienter som mellomledd: Gir i snitt 21 % endring.

Påminnelser: Gir i snitt 14,1 % endring.

Konferanser og workshops: Fra 0 til moderat effekt avhengig av interaktivitet

Det å kombinere flere tiltak med forskjellig type "angrepsvinkel" har i mange studier vist seg å ha bedre effekt enn kun å bruke en tilnærming (5;87;90-92). Spesielt viktig å merke seg er det at vi som arbeider i helsetjenesten lar oss inspirere til endring av brukerne og deres behov og ønsker; tiltak som igangsettes sammen med pasienter har størst effekt når det gjelder endring (23).

Det er viktig å søke etter forskningskunnskap med veldokumenterte effekter når en skal velge metode for å implementere endringer. EPOC er som nevnt et viktig sted å lete. Sykehuset Innlandet har laget sin egen håndbok om effektiv implementering (93). Et engelsk nettsted viser også til mye forskning på dette området (94). Også når det gjelder implementering bør kunnskapsbasert praksis være prinsippet, der forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap forenes i forhold til den kontekst en er i (95).

Det er sparsomt med forskningsbasert kunnskapsgrunnlag om effekten av innføring av helhetlige kvalitetssystemer i primærhelsetjenesten, men en har noe kunnskap om slik innføring fra andre land og for innføring av delelementer av kvalitetssystemer. I forhold til evidens for implementering, finnes det noe dokumentasjon i forhold til generelle metoder (23;24), men det er også vist at det å engasjere, involvere og lytte til medarbeidere og brukere gir størst sjanse for suksess når en vil endre noe eller innføre noe nytt. Innføringen av et nasjonalt kvalitetssystem bør ha som målsetning å frembringe mer kunnskap på dette området.

De årlige analysene av kvaliteten som foreslås bør kunne være utgangspunkt for å sette i gang forbedringsprosjekter, der krav til studiedesign og dokumentasjon av effekt er strenge, slik at god, ny kunnskap kan genereres. Her kan det kanaliseres midler både gjennom incentivordninger, men også gjennom bevilgninger fra Norges forskningsråd og andre som finansierer helsetjenesteforskning.

Lovfesting av arbeid med kvalitet og kvalitetsforbedring

Formålet med Forskrift om internkontroll i sosial og helsetjenesten er å sikre at det gjennomføres kontinuerlig forbedringsarbeid i alle virksomheter som yter helsetjenester. Det overordnede målet for den første nasjonale kvalitetsstrategien (1995 – 2000) var at alle virksomheter i den norske helsetjenesten skulle ha etablert helhetlige internkontroll- og kvalitetssystem innen år 2000 (96). En rapport fra Helsetilsynet fra 2002 konkluderer med at selv om mange virksomheter hadde kommet godt i gang, var det langt igjen før målet var nådd. I tillegg viste det seg at både kommuner og sykehus som hadde etablert internkontroll hadde vanskeligheter med å få det til å fungere slik at uønskede hendelser ble brukt systematisk til forbedringsarbeid (97). Pr i dag finnes det ingen nasjonal oversikt over hvor arbeidet med kvalitetssystem og internkontroll står i den enkelte virksomhet i kommunehelsetjenesten.

Arbeid med kvalitet og kvalitetsforbedring er i dag ikke nevnt i kommunehelsetjenesteloven, her er det kun et krav om at tjenestene skal være forsvarlige og omsorgsfulle (15).

På bakgrunn av erfaringer fra arbeidet med internkontroll og kvalitetssystemer fra Norge og andre land, mener vi det er viktig at kravet til kvalitet og kvalitetsforbedring spesifikt tas inn i kommunehelsetjenesteloven, slik det for eksempel har blitt gjort i Sverige og Danmark (18). Dette vil styrke kravet om ikke bare å arbeide ut fra at tjenestene skal holde et forsvarlighetsnivå, men at en skal systematisk arbeide med kvalitet og kvalitetsforbedring. En lovfesting vil gi grunnlag for at arbeidet må prioriteres i kommunene, og også gi grunnlag for at tilsynsmyndigheten kan påpeke avvik i forhold til loven, noe som vil kunne gi ønskede og nødvendige korrigeringer.

Utfordringer

Et nasjonalt kvalitetssystem skal implementeres i komplekse organisasjoner. En organisasjon kan beskrives som et sosialt system som er konstruert for å realisere bestemte mål, og de karakteriseres av en rekke forhold (22;48;98):

- Oppgaver og mål
- Struktur og styringsform
- Arbeidsprosesser
- Menneskene som arbeider i organisasjonen
- Kultur og verdigrunnlag
- Relasjoner til omgivelsene

Organisasjoner eksisterer alltid i sammenheng med andre system og det er identifisert en rekke utfordringer som også må tas hensyn til i forbindelse med et nasjonalt kvalitetssystem i kommunehelsetjenesten: Målene kan være upresise, eller det kan foreligge interessekonflikter, ulike profesjoner har ulike tilnæringsmåter, verdier og holdninger, det er vanskelig å evaluere resultat, parallelle og noen ganger konfliktfylte ledersystem - politiske, administrative og faglige, blandede finansierings- og betalingsystem, og de har en offentlig funksjon som er gjenstand for stor offentlig og politisk oppmerksomhet (48).

Hver enkelt kommune, hver enkelt virksomhet i kommunen samt hvert enkelt møte mellom pasient og behandler kan være preget av en eller flere av de utfordringene som er nevnt (22).

Styrke og svakhet ved de ulike elementene

I oppdraget er det bedt om en vurdering av styrke og svakhet ved de forskjellige elementene. Den forskningsbaserte kunnskapen vil klart ha en bias – der det ikke oppleves som noen fordel, kan en heller ikke dokumentere gevinster eller positive utfall, og studier blir derved oftest ikke publisert. Vi benyttet dialogkonferansen med referansegruppen til å drøfte styrke og svakhet ved enkeltelementer slik de så det, og det ble en nyansert og mangfoldig vurdering. Som svar på Helsedirektoratets anmodning om bred forankring av elementene, velger vi å gjengi oppsummeringen fra 2. dialogkonferanse.

Team 1 Elementene som helhet. Av de foreslåtte elementene – hvilke er det viktigst å få utviklet og implementert? Andre elementer som bør inn? Noen elementer som bør ut?	Kommentarer:
Stor enighet blant sentrale aktører: For å få full effekt av de andre elementene er det aller viktigste nå å få på plass et velfungerende IKT system både på tvers av de ulike tjenesteområdene og ikke minst på tvers av nivåene i helsetjenesten.	Kravspesifikasjonene må utarbeides på statlig nivå for å sikre at systemet kan snakke med alle på tvers. Når et IKTsystem er på plass, enten på lokalt/regionalt eller nasjonalt nivå, MÅ noen ha ansvar for å oppdatere det slik at alle kan stole på at retningslinjer, veiledere osv som ligger der er korrekte. De andre elementene kan jobbes med parallelt som det jobbes med å få IKT på plass.

<p>Kompetanse- en stor utfordring i kommunen, mange små stillinger og mange ufaglærte. Et nasjonalt kvalitetssystem (NK) måta hensyn til dette faktum.</p>	<p>Kompetanse på systematisk forbedringsarbeid mangler i kommunene, dette gjelder både medarbeidere og ledere. En stor utfordring.</p> <p>Kommunen må ha oversikt over: Hvem er målgruppen av pasienter? Hvilken type personell har man utfordringer ift og hvilke utfordringer har man?</p> <p>I tillegg til fag-, forbedrings- og kunnskapsbasert kompetanse må personlig kompetanse også være i fokus - holdninger og etikk, få til det gode møtet med hver enkelt bruker.</p> <p>For å sikre den nødvendige kompetanse må hver enkelt institusjon utarbeide en kompetanseplan for den enkelte medarbeider som speiler de utfordringene virksomheten står overfor når det gjelder kvalitet.</p>
<p>Brukerperspektivet</p>	<p>Må lage et informasjonssted (nettside) som sikrer lett tilgjengelighet og lett tilgang til informasjon: Hvor kan man henvende seg i kommunen når det gjelder helsetjenester, hvem kan man ringe og når. NB: Det må planlegges godt hvordan brukere som ikke er på nett får tilgang til informasjon.</p> <p>Brukerorganisasjonene må trekkes inn i arbeidet med å finne ut hva som gjør det enklere å være bruker. Godt ex.: Skottland – 24 timers døgnåpent Call-center.</p>
<p>Ledelse</p>	<p>Uansett hvor fantastisk fint kvalitetssystem som utvikles hjelper det ikke hvis ikke ledere på hvert nivå bruker det aktivt, vektlegger betydningen overfor medarbeidere, og etterspør bruk av det daglig.</p> <p>Kommunehelsetjenesten trenger ledere med endringskompetanse!</p>

	<p>Hvordan er endringskompetanse/systematisk forbedringsarbeid vektlagt i helsefagutdanningene?</p> <p>I tillegg til forankring i ledelsen, må medarbeiderne ha eierskap til kvalitetsarbeidet.</p>
Faglige retningslinjer	<p>Det mangler ikke faglige retningslinjer, veiledere osv., det som mangler er at de ikke blir implementert og tatt i bruk!</p> <p>Det får ingen konsekvenser om man ikke følger nasjonale retningslinjer. De må ikke bare utvikles, men også implementeres, og det må sikres at de følges opp, gjerne i form av indikatorer som måles.</p>
Økonomiske stimulerings tiltak osv.	Et system med øk stimulerings tiltak vil ikke være effektivt og meningsfullt hvis ikke indikatorer og nasjonale mål er på plass.
Avviksregistrering	Kan det være avvik at man ikke følger retningslinjene? Hvordan registrere pasientenes opplevelser av avvik/dårlig kvalitet i dag? Det registreres ikke! Dette må endres.
Oppsummering:	<p>IKT, kompetanse – inkludert brukerperspektivet, og ledelse, var elementer som ble vektlagt i alle gruppene som viktigst å få et system på. Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid ble også fremhevet som viktig å få på plass fort.</p> <p>Flere var inne på betydningen av å ha en type <i>kvalitetsutvalg</i> på helsefeltet i hver enkelt kommune. Noen av de sentrale aktørene hadde positive erfaringer med dette i egne kommuner. Det ble også diskutert om det kan være nyttig å lovfeste kvalitetsutvalg i kommunehelsetjenesteloven, slik det er gjort i spesialisthelsetjenesteloven. Noen av de sentrale aktørene hadde mer tro på "produktet", for eksempel en kommunal selvangivelse når det gjelder kvalitet, enn</p>

<p>3. Ledelse og ledelsesforankring</p>	<p>klagemuligheter osv. i dag.</p> <p>Styrke: Hvis brukerorganisasjonene er aktivt med og planlegger og utvikler NK.</p> <p>Styrke: At lederne forbedrer kvaliteten, ikke delegerer bort ansvaret til noen andre, for eksempel i stab. Forankringen blir for svak. Ledere må være involvert og involvere.</p> <p>Svakhet: At ledere i for liten grad motiverer medarbeidere i forhold til kvalitet.</p> <p>Svakhet: Hvem skal lede det totale arbeidet med kvalitet i kommunehelsetjenesten? Hvem følger opp de selvstendig næringsdrivende som ikke har avtale med kommunen? Kommunen må ta et ansvar for å tydeliggjøre dette.</p> <p>Styrke: Tydelige ledere som leder kvalitetsarbeidet sammen med medarbeidere og brukere.</p> <p>Styrke: Hvis alle tjenestestedene stiller krav til at lederne deltar i forbedringsarbeidet; <i>på tvers</i> av tjenestene. Forpliktelse til å delta!</p> <p>Top down (lederforankring) og bottom up – deltakelse og involvering av brukere og medarbeidere er like viktig og begge deler må være på plass. Dette gjelder også utvikling av et NK.</p>
<p>4. Faglige retningslinjer</p>	<p>Styrke: De styrker den faglige forsvarligheten og kan være bakgrunn for definering av kvalitetsindikatorer.</p> <p>Svakhet: De er ikke styrende nok i virksomhetene. Det viktigste innholdet i en retningslinje bør lovfestes i en forskrift.</p>

<p>5. Statistikk, målinger og indikatorer</p>	<p>Svakhet: Lite fokus på tverrfaglighet og ofte medisinsk fokus.</p> <p>Svakhet: De er ikke "samhandlingsorienterte" nok.</p> <p>Indikatorer: Svakhet: Resultatindikatorer er vanskelige å utarbeide – avhenger blant annet av case mix.</p> <p>Styrke: Prosess og resultatindikatorer er helt sentralt for å kunne måle kvalitet og kunne sammenlikne, antagelig mest hensiktsmessig med flest indikatorer på prosess, fra forskjellige dimensjoner. Men trenger også data på strukturkvalitet, bl.a. aktivitet.</p> <p>Styrke: Automatisk datafangst. NB: Viktig med rask tilbakemelding til de som melder inn data. Målingene blir uaktuelle og motivasjonen til å måle synker.</p>
<p>6. Synliggjøring av kvalitet</p>	<p>Styrke: Tilgang til informasjon er viktig for brukere og ledere, kan også brukes til motivasjon til intern kvalitetsforbedring og sammenligninger.</p> <p>Svakhet: Hvis det er tvil om man kan stole på at tallene er korrekte.</p> <p>Styrke: Hvis dataene er aktuelle og informasjonen god.</p>
<p>7. Økonomiske insentiver</p>	<p>Styrke: Dersom det brukes på tjenestenivå som stimuleringsmiddel for å oppnå kvalitet. For eksempel en tjeneste som forplikter seg til å heve seg opp på et høyere kvalitetsnivå - får økonomisk tilskudd for å oppnå dette. Det forutsetter at man har definert ulike kvalitetsnivåer. Eller det kan brukes for å honorere på tjenestenivå hvis</p>

<p>8. Benchmarking/læringsnettverk osv.:</p>	<p>man oppnår nasjonale etterprøvbare mål for kvalitet innen spesifikke områder.</p> <p>Svakhet: Om det benyttes på individnivå. Det blir feil å fokusere på den enkelte tjenesteyter og det vil lett forvrengte innsats i retning av hva som honoreres. Muligens kan samme svakhet også gjelde på tjenestenivå.</p> <p>Svakhet: Usikkerhet om det reelt sett virker for å bedre kvaliteten, og at det kan føre til at enkelte går etter pengene og ikke etter kvalitet for pasientene.</p> <p>Svakhet: Hvis tallene ikke har legitimitet: "Tallene i KOSTRA stemmer ikke i vår kommune".</p> <p>Styrke: Benchmarking er bra hvis det blir brukt i læringsøyemed.</p> <p>Styrke: Man kan måle seg med seg selv og dermed stadig forbedre seg.</p> <p>Svakhet: Hvis nettverk ikke blir noe mer enn erfaringsutveksling.</p> <p>Styrke: KS har brukt lærings- og effektiviseringsnettverk i lang tid. Må bruke erfaringer herfra. Er det evaluert?</p> <p>Svakhet: Case-mix-perspektivet, må være klar over dette og ta hensyn til det. Ex. Noen fastleger har mange pasienter med mer kompliserte lidelser enn andre.</p> <p>Styrke: Avviksregistrering er en svært viktig del av kvalitetsarbeidet, og brukerne må derfor også kunne melde avvik.</p>
<p>9. Avviksregistrering</p>	<p>Styrke: Hvis det er trygghet for at det ikke blir brukt mot en, for eksempel reist tilsynssak, hvis man selv melder et</p>

<p>10: Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid</p>	<p>avvik/uheldig hendelse.</p> <p>Svakhet: Mange meldte avvik – dårlig kvalitet på tjenesten? NEI! Det viser seg at tjenester som er flinke til å rapportere avvik sannsynligvis også er bevisste på betydningen av å lukke dem.</p> <p>Svakhet hvis avviksregistrering er på nasjonalt nivå: Kan virke mot sin hensikt og fører ikke til læring.</p> <p>Styrke: Støtte og faglige ressurser er viktig i kvalitetsarbeidet. Mange føler seg alene.</p> <p>Svakhet: Det finnes mange nettverk/ kompetansesentre/nettsteder i dag som jobber med kvalitet, men disse er ikke samordnet.</p>
<p>Tema 3: Nasjonal enhet og partnerskapsmodell</p>	
<p>Fordeler og ulemper ved en nasjonal enhet (NE):</p>	<p>Fordeler med en NE: En NE er nødvendig for å starte opp systemet og holde i det:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Få kvalitetsindikatorer på plass 2. Samle data 3. Analyserer data 4. Koordinere samarbeidet om utvikling og implementering. <p>Ulemper: Det er mange enheter som allerede driver med kvalitetsarbeid på nasjonalt nivå – trengs enda en enhet? Byråkrati kan øke og uklarhetene kan bli enda større enn i dag om hvilke instanser som gjør hva.</p> <p>Fordel: Vi trenger en enhet som samler kvalitetsarbeidet i helsetjenesten i ett rike! Veiledningsansvar må legges mer lokalt.</p>

	<p>Fylkesmannen kan ha den koordinerende funksjonen, men utvikling av indikatorer må gjøres i et nasjonalt i partnerskap. Hvordan løser fylkesmennene sine rådgivnings-/veiledningsoppgaver pr i dag? Mange med ansvar for kvalitet får ikke den hjelp og støtte de har behov for.</p> <p>Hvem har ansvar for hva i dag når det gjelder kvalitet i kommunehelsetjenesten? Sann sett fint med en koordinerende enhet. Men: Det kan gi mer byråkrati</p> <p>Svakhet: Hvis en slik enhet ikke koordinerer arbeidet med lokale kvalitetskrav kommuner stilles overfor. Viktig at kvalitetssystemet bygges opp nedenfra, og at koordinering skjer regionsvis, fortrinnsvis i regioner sammenfallende med HF. Allerede mange fungerende samhandlingsavtaler på dette nivå når det gjelder kvalitet. Viktig å kartlegge hva som finnes i dag.</p> <p>Muligens kan en nasjonal enhet (helst en som allerede eksisterer) utvikle systemet, mens man legger ansvaret for oppfølging av ulike deler av kvalitetssystemet til eksisterende regionsentra som har ansvar for kvalitetsregistre for helseforetak i dag. På regionnivå finnes regionsamarbeid av rådmenn, og det er helt nødvendig at kvalitetssystem for kommunene er forankret på rådmanns og politisk nivå.</p>
<p>Partnerskapsmodell:</p>	<p>Ulempe: Kan bli "liksomdemokrati".</p> <p>Styrke: Hvis tydelige kvalitetsmål ligger til grunn.</p> <p>Fordel: Forankringsprosesser på alle nivå og alle sentrale aktører er viktig.</p>

	<p>Fordeler: Åpne diskusjoner som tar høyde for flere parters opplevelse av virkeligheten kan løse fastlåste posisjoner.</p> <p>Ulemper: Kan en slik modell bli for "flat" og hindre at beslutninger blir tatt?</p> <p>Vi må bygge på det vi allerede har pr i dag av strukturer og system, alle sentrale aktører må med, ikke minst brukerorganisasjonene. Høgskoler og universitet er også sentrale.</p> <p>Det viktige er en overordnet beslutning om at kvalitetsdata som skal samles inn og hvordan dette skal skje slik at man kommer i gang.</p> <p>Styrke: Partnerskap, allmennmedisin – involvere brukerne, kontorpersonalet og andre yrkesgrupper i forbedringsarbeidet.</p>
--	--

Generelle kommentarer:

Utviklingen av et NK og samhandlingsreformen må skje i tett sammenheng med hverandre.

Det forebyggende helsearbeidet må få fokus i et NK.

Det kom ikke frem forslag om element som skal ut, men det må ryddes i hva som er element og hva som er tiltak.

For å lykkes med et NK må kommunene ha støtte, gjerne i form av læringsnettverk.

Kravene i et NK må samordnes med alle de andre kravene kommunene står overfor.

Det vil også være viktig å få på plass en tydeligere definisjon av hva et kvalitetssystem er og hvilke formål det skal ha.

Undervisningssykehjem og hjemmetjenestene blir nå omdøpt til utviklingscenter – kan være en god spredningspartner for nasjonale løft/tiltak/gode eksempler.

Strategidokumentet er på høring!

Det er mulig at vi må være tydeligere på å definere hva er ett kvalitetssystem, og hva som er målene med systemet.

Hva som er elementer og hva som er virkemidler må sorteres i rapporten.

Videreutvikling og implementering i deltjenestene i henhold til oppdraget.

De fire deltjenestene spesifisert i oppdraget, har utarbeidet hver sin delrapport fra arbeidet med å svare opp hvordan et kvalitetssystem kan videreutvikles og implementeres for de enkelte tjenestene. Det fremgår at tjenestene har kommet svært ulikt i sitt arbeid med å utarbeide indikatorer og å drive kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid. Undergruppene har dokumentert hvordan tilsvarende tjenester i andre land arbeider med kvalitet, og har gjort opp en kort status for arbeidet i Norge. Vi presenterer her et kort sammendrag fra delrapportene I - IV.

Videreutvikling og implementering i fysioterapitjenesten – sammendrag av delrapport I

Status presens i Norge

Fysioterapitjenestene innen kommunehelsetjenesten leveres av fastlønnede fysioterapeuter (ca 35 %), private fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene (ca 55 %) og private fysioterapeuter uten avtale (ca 10 %). Fastlønnede fysioterapeuter og avtalefysioterapeuter rapporterer til KOSTRA, som har noen få indikatorer for fysioterapitjenesten: Antall årsverk i fysioterapi per 10,000 innbyggere og fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem.

Et eksempel på lokalt kvalitetsarbeid finnes i Stavanger kommune, som har dokumentert en Plan for fysio- og ergoterapitilbudet for å sikre at de innbyggerne som trenger det mest, skal få tjenester av god kvalitet og i et omfang som gjør at de får dekket sine grunnleggende behov for fysioterapi- og ergoterapitjenester. Sentrale elementer i strategien er Samhandlingsreformen, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten, brukermedvirkning, individuell plan og tiltak for bedre kvalitet. Blant tiltakene for å bedre kvalitet kan nevnes: Styrke samhandling med øvrige helse- og sosialtjenester, sørge for samhandling med brukerorganisasjoner, styrke brukermedvirkning, systematisk bruk av avviksrapporing til å forbedre arbeidsprosesser, opprette kvalitetsutvalg og gjennomføre intern revisjon, og ta i bruk felles kvalitetssystem.

FYSIOPRIM er et stort forskningsprogram om muskelskjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten ledet fra Universitet i Oslo, avdeling for sykepleievitenskap og helsefag. Prosjekter i programmet vil blant annet systematisk registrere kliniske data i fysioterapipraksis, og etablere et kjernesett av standardiserte spørreskjema og fysiske tester for å måle funksjon. Hensikten er å gi muligheter for å dokumentere og sammenligne data på ulike nivå for klinikere og myndigheter. Prosjektet støttes av Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter med 32 millioner kroner i fem år. Dette fondet gir i 2010 stipender for kvalitetssikring av fysioterapeuters virksomhet ved systematisk kartlegging, vurdering og forbedring av ulike dimensjoner av kvalitet i fagutøvelsen.

Profesjonens kvalitetsarbeid internasjonalt

Ifølge The World Confederation of Physical Therapists (WCPT) omfatter kvalitetssikring skriftlig plan for fortløpende forbedring av kvalitet på tjenester, forpliktelse til å gjennomføre revisjon av praksis, og fokus på brukertilfredshet. European Region av WCPT har publisert fire verktøy for revisjon: Patient record audit, continuing professional development audit, peer review, patient feedback audit. Fysioterapiforbundene i Australia og Canada har akkrediteringssystemer for praksiser som innefatter kvalitetselementer, for eksempel tilbakemelding fra brukere og regelmessig revisjon av praksis og tjenester. The Chartered Society of Physiotherapy i Storbritannia har fokus på måling for å forbedre kvalitet innen fysioterapi knyttet til National Health Services sitt fokus på forbedring av kvalitet innen helsetjenesten. Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund i Sverige er involvert i flere prosjektgrupper sammen med Sveriges Kommuner och Landsting som jobber med å ta frem kvalitetsindikatorer.

Kunnskapsgrunnlag for effekter av kvalitetssystemer innen fysioterapi

Vi mangler systematisk oppsummert kunnskap om effekter av kvalitetssystemer innen fysioterapitjenester i primærhelsetjeneste. Det finnes en systematisk oversikt av effekter av ulike strategier for å øke implementering av kliniske retningslinjer innen fysioterapi. Den viser at ulike tiltak baserte på undervisningsmøter muligens forbedrer noen områder innen fysioterapipraksis. Brukernes helse ble ikke forbedret og kostnader for fysioterapitjenestene ble ikke redusert.

Videreutvikling og implementering av nasjonalt kvalitetssystem for pleie - og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i institusjon - sammendrag av delrapport II*

Data er samlet med systematiske litteratursøk (12. juli 2010), kontakt med fagmiljøer, eksperter og kommuner, samt en pilotundersøkelse. For utfyllende informasjon, se delrapport II.

Hovedkonklusjon: Vi foreslår at Resident Assessment Instrument (RAI) brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten (PLO) slik at både struktur-, prosess- og resultatmål dekkes. Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling.

Kvalitetsutvikling

Wagners (2001) systematiske oversikt påpeker at det er få robuste studier som vurderer effekten av kvalitetssystem, og at det er inkonsistens når det gjaldt effekten på pasientutfall. Rantzs (2001) randomiserte kontrollerte studie (87 sykehjem) viser at kun tilbakemelding, med sammenligning med andre, ikke endrer pasientutfall. Sykehjemmene som mottok tilbakemelding med tilrettelagt individuell veiledning viste reduksjon i fall, atferdsproblemer, aktivitetsnivå og liggesår. Dette støttes av en pilot undersøkelse blant sykehjemsledere (2010) som påpeker at når kvalitetsindikatorer (KI) avslører svikt brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid, mens objektive kvalitetsindikatorer og brukermedvirkning blir etterlyst. Ved hjelp av aksjonsforskning konkluderer Jensen (2009) (norsk avhandling) med at kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger, systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av dokumentasjonen og å styrke dokumentasjonsformen.

Kvalitetssystemer

Minimum Data Set (MDS) er brukt for å utvikle KI for sykehjem i USA. De inkluderer prosess og resultatmål, samt prevalens og insidens, og kvalitetsindikatorerne kan risikojusteres og brukes på individnivå og til sammenligning på tvers (Zimmerman 2003). Områdene uhell, adferd og stemningsleie, klinisk praksis, kognitive tilstander, kontinens og tømming, infeksjoner, ernæring og matinntak, fysisk funksjon, bruk av legemidler mot psykiske lidelser, livskvalitet og hudpleie dekkes. Det er gjort kliniske vurderinger, empirisk analyser, valideringsstudier og pilot tester som fant dem nøyaktige, reliable og brukbare verktøy for kvalitetskartlegging (Zimmerman 2003, Berg 2002). MDS danner basis for verktøyet kalt Resident Assessment Instrument (RAI) (Stakes Report 27/2008), (<http://www.interrai.org>). RAI- verktøyet er videreutviklet slik at det i tillegg til sykehjem dekker hjemmebehandling, palliativ behandling, psykisk helse og funksjonshemmede m.m. og kan kartlegge både på pasient- og systemnivå (Stakes Report 27/2008).

Det er laget en oversikt over sykepleiesensitive indikatorer innen sykehjem i forhold til validitet og reliabilitet mellom land med forholdsvis lik organisering av helsetjenester (Nakrem 2009). Alle indikatorene viste god åpenbar (face) validitet, men ingen møtte alle kriteriene for validitet. For legevirkosomhet i sykehjem i Norge er det forslått et hierarkisk klassifiseringsystem for legemidler som består av seks hovedkategorier (legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet) med 12 underkategorier (Ruths 2007). Systemet kan benyttes i sykehus, allmennpraksis, sykehjem og apotek. Screening Tool of Older Persons' potentially inappropriate Prescriptions (STOPP) er et verktøy for å

vurdere medisinerer (Gallagher 2008) og Rognstad (2009) har utviklet Norwegian General Practice (NORGE) for samme formål.

For ergoterapi er det utarbeidet en veileder som angir hvordan tilrettelegge for "gode" aktiviteter på sykehjem. Den gir et rammeverk for person-orienterte kvalitetsindikatorer og utfallsmål som kan brukes for å fremme, veilede og være pådriver for personlige og sosiale aktiviteter. Det gis anbefalinger for standarder, indikatorer og "benchmarks". Activity provision – benchmarking good practice in care homes (College of occupational therapists) NAPA 2007.

Vi gjennomførte (juli 2010) en pilotspørreundersøkelse blant ledere av sykehjem i Oslo. Svarene må tolkes med stor forsiktighet pga lav svarprosent. Lederne peker på lav kompetanse som en nøkkelutfordring i egen virksomhet. Dette gjelder for eksempel innsikt i forhold til nødvendigheten av kvalitetssystem og IKT-kompetanse. Det rapporteres i dag på økonomi, sykefravær og noen kvalitetsindikatorer. Når indikatorer avslører svikt, brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid. Rapporteringen går til Oslo kommune og det rapporteres nasjonalt til KOSTRA og IPLOS. Objektive kvalitetsindikatorer og brukermedvirkning blir etterlyst. Verktøy man savner er knyttet til nasjonale faglige standarder, tiltak som kan heve kompetanse og metodestøtte i eget kvalitetsforbedringsarbeid.

*Referansene viser til undergruppe II sin referanseliste i deres rapport.

Videreutvikling og implementering av nasjonalt kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester – sammendrag av delrapport III.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (13) slår fast at forebyggende helsearbeid skal styrkes og at kommunene har en viktig rolle i dette arbeidet. Kommunene skal sørge for et helhetlig tilbud med oversikt over helsetilstanden, forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging innenfor best effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at sykdomsutvikling hindres eller utsettes er et mål. Det er viktig at kvalitetsperspektivet og krav til dokumentasjon ivaretas også når det gjelder forebyggende helsetjenester. Delrapporten tar utgangspunkt i de forebyggende helsetjenestene som er omfattet av dagens kommunehelsetjenestelov; skolehelsetjeneste, helsestasjon og svangerskapsomsorg. Samtidig vil vi også si noe om andre kommunale aktører som kan utvikles til å tilby systematisk primær- og sekundærforebygging hos voksne i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen: Fastlegene og kommunale frisklivssentraler som en del av kommunale lærings- og mestringssentra.

Situasjonsbeskrivelse

Dagens forebyggende helsetjenester som er omtalt i kommunehelsetjenesteloven

omfatter skolehelsetjeneste, helsestasjon og svangerskapsomsorg. Systematisk primær og sekundærforebygging hos voksne er ikke tydelig definert som oppgave for den kommunale helsetjenesten. Det pågår et utviklingsarbeid med frisklivssentraler, som det er viktig å evaluere. Fastlegene har ingen egen takst for primærforebygging av sykdommer knyttet til levevaner. Legenes rolle og oppgaver i forebyggende arbeid er områder som må avklares og utvikles i dialog mellom aktørene for å innfri intensjonene i Samhandlingsreformen. I nåværende kommunehelsetjenestelov nevnes ikke legene som en av aktørene i kommunens helsetjeneste som skal "fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte" (§1-3), men dette kan være endret i ny helse- og omsorgslov som snart kommer på høring.

Helsedirektoratet har nylig publisert en utviklingsstrategi for helsestasjon og skolehelsetjenesten og en utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tiltakene som foreslås er for en stor del mulige elementer i et kvalitetssystem, og vi har derfor tatt utgangspunkt i disse rapportene. Helsedirektoratet har også publisert en tilrådningsrapport om "Utvikling av lavterskeltilbud – oppfølging av Grønn reseptordningen" som er relevant for frisklivssentraler og fastleger.

Internasjonale erfaringer/kunnskapsgrunnlag

Forebyggende helsetjenester er organisert på forskjellige måter, og det er derfor ikke lett å sammenlikne tjenestenes innhold og kvalitetssystemer mellom ulike land. Et systematisk litteratursøk ga ingen relevante treff. Med forbehold om at vi har hatt knappe tidsfrister, kan vi derfor ikke peke på noen land som har et omfattende kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester.

Når det gjelder kvalitetsindikatorer, har vi imidlertid funnet noe relevant fra våre naboland. I Danmark er det er nylig innført kommunale sundhedsindikatorer, hvorav 4 omfatter forebygging og helsefremmende tiltak og 4 barnehelse. Socialstyrelsen i Sverige publiserer i oktober nasjonale retningslinjer for sykdomsforebyggende metoder i helsetjenesten innen alkohol, fysisk aktivitet, matvaner og tobakk, som også vil inneholde kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen publiserer også "Öppna jämförelser – folkehälsa" med 21 indikatorer på regionalt og kommunalt nivå.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har publisert flere rapporter om effekt av forebyggende tiltak i helsetjenesten. Disse vil kunne legges til grunn dersom det skal utvikles indikatorer i Norge.

Konklusjon og anbefalinger

Vi har ikke funnet noe omfattende kvalitetssystem som tilsvarer disse forebyggende helsetjenestene i andre land. I Norge finnes det lite relevante data tilgjengelig, dette gjelder både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det er behov for å styrke dokumentasjonsgrunnlag fra tjenestene; både for å dokumentere hva som blir gjort

og for å vurdere hvilke tiltak som har effekt. Gruppen foreslår at det etableres et forskningsmiljø med helsefremmende fokus.

Gruppen har drøftet en rekke ulike elementer og implementering av disse. Vi mener de viktigste tiltakene er:

- *Konkretisering av forebyggende helsetjenester i lover og forskrifter.*
For forebyggende helsetjenester er det en særlig utfordring at oppgavene ikke konkretisert i dagens kommunehelsetjenestelov eller i forskrifter. Å tydeliggjøre hvem som har ansvar for ulike intervensjoner og innholdet i de ulike tjenestene vil gjøre utviklingen av et kvalitetssystem enklere.
- *IKT systemer.*
IKT systemer som kommuniserer er en forutsetning, både for å kunne samle data til kvalitetsarbeid og statistikk, men også for å kunne samhandle med andre aktører og brukere. Nasjonalt helseregisterprosjekt slår fast at for å gjennomføre analyser av pasientforløp, samt for helseovervåking, forskning og kvalitetsforbedring trengs det personentydige data fra primærhelsetjenesten. Disse bør omfatte data fra allmennlegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Behovet for slike data må også forstås i lys av Samhandlingsreformen, hvor det å kunne følge pasientforløp er viktig.
- *Kvalitetsindikatorer.*
Gruppen ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som kan gjøres tilgjengelige for brukere og for tjenesten selv på ulike nivåer. Det er ønskelig med kvalitetsindikatorer som kan si noe om forebyggende arbeid hos alle aktørene, også fastlegene og frisklivssentralene. Det må jobbes videre for å velge ut indikatorer, men ut fra et brukerperspektiv kan indikatorer som sier noe om tilgjengelighet og tverrfagligheten i tilbudet være ønskelig. Kompetanse og videreutdanning er andre tema som også bør synliggjøres med kvalitetsindikatorer.

Dette begrunner vi med at disse elementene gir rammer for arbeidet lokalt og sentralt, viktig informasjon til brukerne og styringsinformasjon på aggregert nivå. Det er viktig å bygge opp et helhetlig kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester. Dersom denne rapporten skal konkretiseres og følges opp, må de ulike aktørene involveres på en god måte og det må være tid for grundige prosesser i organisasjonene. Gruppen ønsker mer ressurser til regional/lokal fagstøtte til kvalitetsarbeid innen forebyggende helsetjenester, og enheten som foreslås i hovedrapporten bør derfor ha kapasitet på fylkes/regionalt nivå.

Videreutvikling og implementering av et nasjonalt kvalitetssystem for allmennlegetjenesten - sammendrag av delrapport IV

Status og utfordringer

Fastlegeordningen har som formål å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Nesten alle innbyggere er tilknyttet ordningen. Ordningen er i hovedsak er vellykket, brukerundersøkelser viser at folk er fornøyde med fastlegeordningen og de fleste fastlegene trives i jobben. Det er likevel flere utfordringer og rom for forbedringer, og vi trenger mer kunnskap om kvaliteten av legetjenestene både for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for å kunne følge med.

Sett i forhold til oppgaver og ansvar, og i lys av Samhandlingsreformen, er det behov for å styrke allmennlegetjenesten både i volum og kvalitet. Siden 1990 har antall legeårverk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent. Det er nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å få flere spesialister i allmennmedisin.

Internasjonale og nasjonale erfaringer

Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Flere ulike tilnærminger har vært brukt internasjonalt for å fremme kvalitet, blant annet:

- Akkreditering av allmennleger/praksis
- Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer og monitorering av praksis
- Pay for performance - betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten
- Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis
- Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid, bl.a. bruk av læringsnettverk og derved utviklet kapasitet og kunnskap om forbedringsarbeid
- Partnerskap mellom helsemyndigheter og fagmiljøene

Nasjonalt er det særlig det allmennmedisinske fagmiljø i Legeforening som har vært pådriver i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetssystem

Det er viktig å bygge videre på gode nasjonale prosjekter og erfaringer. Det er også viktig å lære av internasjonale erfaringer samt oppsummert forskning om effekten av tiltak for kvalitetsforbedring.

En forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. Til tross for at

elektroniske pasientjournaler har vært i utstrakt bruk i norsk allmenntidisin i en årrekke, er det fortsatt behov for en stor og målrettet satsning for å få på plass funksjonelle EPJ-løsninger, både i forhold til trygg og sikker pasientbehandling, og for å kunne høste data for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for monitorering av kvalitet i praksis.

Implementeringen av de ulike elementene bør skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid.

Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling.

Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.

Legeforeningen har etablert Senter for allmenntidisinsk kvalitetsutvikling (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Avsluttende bemerkninger

Oppdraget vi fikk formidlet fra Helsedirektoratet medio april 2010, har vært spennende og utfordrende å arbeide med. Vi har valgt en løsning som er svært overordnet og lite detaljert, gitt tidsrammen. Ved hjelp av referansegruppen og ekstern prosjektgruppe, har anbefalingene med hensyn til elementer og til implementering fått en klar prioritering og retning. Når vi har diskutert oppdraget vårt med både ledere og tjenesteutøvere i kommunehelsetjenestene (se vedlegg 3), uttrykkes det å etablere et nasjonalt kvalitetssystem som en god ide, særlig om det kan bidra til mer kompetanse, fokus og ressurser til kvalitetsarbeid lokalt. Vi har fått mange tilbakemeldinger på at det haster å komme i gang med arbeidet med å få det på plass. Selv om anbefalingene om å sørge for et integrert og godt IKT system og automatisk datafangst for kvalitetsmåling er svært tydelige, er det også slik at mange tenker at dette er en fremtidsdrøm – og at det er viktig å starte gradvis og her og nå, med det vi har, og så bygge videre på det, i den retningen denne rapporten skisserer.

Referanser

1. Holmboe O, Bjertnæs Ø, Bukholm B, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen J. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger. Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24-2009). Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/7669.cms> (2.10.2010)
2. Lindahl AK, Bjertnæs ØA, Flottorp SA, Nyen B, Nylenna M, Reinart LM, et al. Norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 03 - 2010). Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/8643.cms> (2.10.2010)
3. Health promotion glossary. Geneva: World Health Organization; 1998. (WHO/HPR/HEP/98.1). Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/> (2.10.2010)
4. Bradford District NHS Care Trust. Quality account. respect, openness, improvement, excellence, together. NHS; 2009. (Pin Number: 00185 version 1). Tilgjengelig fra: <http://www.nhs.uk/aboutNHSChoices/professionals/healthandcareprofessionals/quality-accounts/Documents/bradford-district-care-trus-quality-account.pdf> (2.10.2010)
5. Clement S, Ibrahim S, Crichton N, Wolf M, Rowlands G. Complex interventions to improve the health of people with limited literacy: A systematic review. Patient Educ Couns 2009;75(3):340-51.
6. Taking care of myself: A guide for when I leave the hospital. Rockville, MD.: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010. (Publication Number 10-0059-C). Tilgjengelig fra: <http://www.ahrq.gov/qual/goinghomeguide.pdf> (2.10.2010)
7. Bakke T. Effekten av brukermedvirkning i forbedringsarbeid. Helsebiblioteket; 25.11.2009. [Lest 2.10.2010]. Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning/Oppsummert+forskning/34468.cms>
8. Coulter A, Ellins J. Patient-focused interventions. A review of the evidence. London: The Health Foundation and Picker Institute Europe; 2006. Tilgjengelig fra: <http://www.health.org.uk/publications/patient-focused-interventions/> (2.10.2010)
9. Strømme Nilsen E, Myrhaug HT, Johansen M, Oliver S, Oxman AD. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. Cochrane Database Syst Rev 2006;(3):CD004563. DOI: 10.1002/14651858.CD004563.pub2.

10. Swann C, Carmona C, Ryan M, Raynor M, Baris E, Dunsdon S, et al. Health systems and health-related behaviour change: a review of primary and secondary evidence. NHS National Institute for Health and Clinical Excellence, WHO Europe; 2010.
Tilgjengelig fra: <http://www.nice.org.uk/guidance/phg/index.jsp?domedia=1&mid=0E631C94-19B9-E0B5-D4E79DBEA905AEC6> (2.10.2010)
11. Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. Kvalitetsutvikling, forskning og planlegging. [Lest 18.9.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/Omsorg/Kvalitetsutvikling-forskning-og-planlegg.html?id=426618>
12. ...og bedre skal det bli...Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial og helsedirektoratet; 2010. (Veileder IS-1162).
Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/> (2.10.2010)
13. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
14. Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Nettkurs i kunnskapsbasert praksis. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra:
<http://kunnskapsbasertpraksis.no/index.php?action=static&id=6>
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om helsetjenesten i kommunene. LOV 1982-11-19 nr 66.
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19821119-066.html> (2.10.2010)
16. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. FOR 2002-12-20 nr 1731.
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20021220-1731.html> (2.10.2010)
17. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om pasientrettigheter. LOV-1999-07-02-63. Tilgjengelig fra: http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasientrettighetslov*&& (2.10.2010)
18. Quigly LH, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the quality of health care in the European Union. A case for action. Copenhagen: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2008. (Observatory Studies Series No 12).
Tilgjengelig fra: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/assuring-the-quality-of-health-care-in-the-european-union2.-a-case-for-action> (2.10.2010)
19. Rygh LH, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 - 2010).
Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/9833.cms> (2.10.2010)
20. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. Anne Arbor, MI: Health Administration Press; 1980.

21. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport til Helsedepartementet. Oslo: Statens Helsetilsyn; 2002. (Rapport fra Helsetilsynet 5/2002).
Tilgjengelig fra: http://www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/rapporter2002/nasjonal_strategi_kvalitetsutvikling_helsetjenesten_rapport_052002.pdf (2.10.2010)
22. Batalden PB, Godfrey MM, Nelson E. Quality by design. A clinical microsystems approach. San Francisco: Jossey-Bass; 2007.
23. Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving patient care: The implementation of change in clinical practice. Oxford: Elsevier; 2005.
24. The Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Our reviews. [Oppdatert 22.12.2009; Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://epoc.cochrane.org/our-reviews>
25. Horsley T, Grimshaw J, Campbell C. How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010. (Policy Brief 14).
Tilgjengelig fra: http://www.fems.net/English/Documents/F10-086%20EN%20CPD%20Adapt%20physicians%20skills%20to%20needs%20Grimshaw%20report_.pdf (2.10.2010)
26. Nasjonal Helseplan (2007 - 2010). Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2006-2007) kapittel 6. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2010.
Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/sykehus-i-norge.html?id=115230> (2.10.2010)
27. Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of The European Observatory on Health Systems and Policies; 2010. (Policy summary 3).
28. Ham C. Improving the performance of the English NHS. BMJ 2010;340:c1776 doi: 10.1136/bmj.c1776.
29. Berwick DM, Finkelstein JA. Preparing medical students for the continual improvement of health and health care: Abraham Flexner and the new "public interest". Acad Med 2010;85(9 Suppl):S56-S65.
30. Batalden P, Stoltz P. A framework for the continual improvement of health care. Building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm J Qual Improv 1993;19(10):424-47.
31. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brian MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2009;(2):CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.
32. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brian MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2006;(2):CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2.
33. Ham C. Learning from the best: what the NHS needs to do to implement high quality care for all. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement; University of Birmingham; 2009.

34. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. FOR-2000-12-21-1384.
Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20001221-1384.html> (2.10.2010)
35. KS. Flink med folk i første rekke. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/Portaler/Flink-med-folk-i-forste-rekke/>
36. Den norske legeforening. Allmennmedisin. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/56767.0>
37. Tønseth H. Kommunale helseforskjeller - de finnes, men kan de måles? Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2003. (Notat 2003/67).
Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/03/notat_200367/notat_200367.pdf (2.10.2010)
38. Rygh LH, Saunes IS. Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 06 - 2008).
Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/490.cms> (2.10.2010)
39. Rygh LH, Helgeland J, Håheim L, Saunes IS, Joner G. Kvalitetsindikatorer basert på data fra medisinske kvalitetsregistre. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 04 - 2008).
Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/487.cms> (2.10.2010)
40. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med 2008;67(12):2072-8.
41. Øvretveit J. Informed choice? Health service quality and outcome information for patients. Health Policy 1996;37(2):75-90.
42. Foot C, Ross S. Accounting for quality to the local community. Findings from focus group research. London: The King's Fund; 2010.
Tilgjengelig fra: http://www.kingsfund.org.uk/publications/quality_accounts.html (2.10.2010)
43. National Health Service. Local Involvement Networks (LINKs); [Oppdatert 27.11.2009; Lest 5.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/links/Pages/links-make-it-happen.aspx>
44. Henochowicz S, Hetherington D. Leadership coaching in health care. Leadersh Org Dev J 2006;27:183-9.
45. Brazier DK. Influence of contextual factors on health-care leadership. Leadersh Org Dev J 2005;26:128-40.
46. Duckers MLA, Stegeman I, Spreeuwenberg P, Wagner C, Sanders K, Groenewegen PP. Consensus on the leadership of hospital CEOs and its impact on the participation of physicians in improvement projects. Health Policy 2009;91(3):306-13.
47. Øvretveit J. Leading improvement effectively. Review of research. London: The Health Foundation; 2009.
Tilgjengelig fra: http://www.health.org.uk/publications/research_reports/leading_improvement.html (2.10.2010)

48. Øgar P, Hovland T. Mellom kaos og kontroll. Ledelse og kvalitetsutvikling i kommunehelsetjenesten. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2004.
49. Maher G, Evans A. Sustainability. Warwick: NHS Institute for Innovation and Improvement; 2007.
50. Machell S, Gough P, Nalor D, Nath V, Steward K, Williams S. Putting quality first in the boardroom. Improving the business of caring. London: The King's Fund; 2010.
Tilgjengelig fra:
http://www.kingsfund.org.uk/publications/putting_quality.html (2.10.2010)
51. Legeforeningens avtalesamling. Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske Legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene. [Lest 21.9.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/331>
52. NIHR Service Delivery and Organisation programme, NHS. National Institute for Health Research Services Delivery and Organisation Programme: annual review 2009/10. Southampton: University of Southampton; 2010.
Tilgjengelig fra: <http://www.sdo.nihr.ac.uk/publicationsannualreports.html> (2.10.2010)
53. Kvalitetsindikatorer i KOSTRA. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2008.
Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/kostra/kvalitet_pub15032007.html (2.10.2010)
54. Nationella indikatorer for god vård. Socialstyrelsen. [Oppdatert 11.5.2009; Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.socialstyrelsen.se/indikatorer/godvard>
55. Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. København: Nordisk Ministerråd; 2010. (TemaNord 2010:572).
Tilgjengelig fra: <http://www.norden.org/da/publikationer/publikationer/2010-572> (2.10.2010)
56. Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Tenasbroek AH, Custer T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. Int J Qual Health Care 2003;15(5):377-98.
57. Raleigh V, Foot C. Getting the measure of quality. Opportunities and challenges. London: The King's Fund; 2010.
Tilgjengelig fra:
http://www.kingsfund.org.uk/publications/quality_measures.html (2.10.2010)
58. Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg. Rave 3 - elektronisk uttrekksprogram fra EPJ. Den norske legeforening. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.legeforeningen.no/id/152062.0>
59. Brøyn N, Lunde ES, Kvalstad I. SEDA - Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten? Oslo: Statistisk Sentralbyrå; 2010. (Rapport 2007/15).
Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp_200715/ (2.10.2010)
60. NOKLUS. Norsk diabetesregister for voksne. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra:
<http://www.noklus.no/Hvartilbyrvi/NorskDiabetesregisterforvoksne/tabid/85/Default.aspx>

61. Bakke K. Fornøyd med datasystemene. Dagens Medisin tema allmennlegen; 21.12.2009. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/2009/12/21/fornoyd-med-datasystemene-/index.xml>
62. Dahl C, Stoltenberg C, red. Gode helseregistre - bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt. Oslo: Sekretariatet for Nasjonalt helseregisterprosjekt, Folkehelseinstituttet; 2009.
Tilgjengelig fra: http://nhrp.no/Gode%20helseregistre%20-%20bedre%20helse_Hovedrapport_2009.pdf (2.10.2010)
63. Edsberg O, Nytrø Ø, Røst BT. Novelty detection in patient histories: Experiments with measures based on text compression. Lect Notes Comput Sci 2007;4723:367-78.
64. NHS. Clinical dashboards. Overview and summary of next steps. 11 August 2008. [Lest 21.9.2010].
Tilgjengelig fra: http://www.primis.nhs.uk/conference_2008/presentations/20_Secondary_Care_Clinical_dashboard_Overview.pdf
65. East Sussex Health Overview and Scrutiny Committee (HOSC). [Lest 5.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.eastsussexhealth.org/>
66. MedlinePlus. A service of the U.S. National Library of Medicine. National Institutes of Health. [Lest 21.9.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/>
67. Kuvaas B, red. Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser. Evidensbasert HRM. Bergen: Fagbokforlaget; 2008.
68. Kuvaas B. A test of hypotheses derived from self-determination theory among public sector employees. Employee Relat 2008;31(1):39-56.
69. Van Herck P, Smedt DD, Annemans L, Remmen R, Rosenthal MB, Sermeus W. Systematic review: Effects, design choices, and context of pay-for-performance in health care. BMC Health Serv Res 2010;10:247 doi:10.1186/1472-6963-10-247.
70. Gillam S, ed. The quality and outcomes framework: QOF - Transforming general practice. Oxford: Radcliff Publishing; 2010.
71. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. NEJM 2010;368-78.
72. Petersen AL, Woodard DL, Urech T, Daw C, Sookanen S. Does pay-for-performance improve the quality of health care? Ann Intern Med 2006;145(4):265-72.
73. Arrow K. Social responsibility and economic efficiency. Public Policy 1973;16:303-17.
74. Schein E. Organizational culture and leadership. 3rd ed. San Francisco: Jossey Bass; 2004.
75. NHS Quality improvement Scotland. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: http://www.nhshealthquality.org/nhsqis/CCC_FirstPage.jsp

76. Oldham J. Sic Evenit Ratio Ut Componitur. The small book about large system change. Chichester: Kingsham Press; 2004.
77. Patientsikkerhed i primærsektoren. Eksempler på utilsigtede hændelser. Hvidovre: Dansk Selskab for Patientsikkerhed; 2010.
Tilgjengelig fra: http://patientsikkerhed.dk/indsatsomraader/primaersektoren/eksempler_paa_utilsigtede_haendelser/ (2.10.2010)
78. Hjort PF. Uheldige hendelser i helsetjenesten - forebygging og håndtering. Tidsskr Nor Legeforen 2010;120:3184-9.
79. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Kvalitetsforbedring - brukermedvirkning. Helsebibliotekets kvalitetsforberingsportal. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Brukermedvirkning>
80. Bakke T. Jeg har en plan. Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 om individuell plan. Oslo: Helsedirektoratet; 2009. (Rapport IS-1672).
Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/jeg_har_en_plan_381194 (2.10.2010)
81. Arntzen E, Grindås H. En forutsigbar helsetjeneste. Kvalitet og orden i eget hus. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
82. Hvordan holde orden i eget hus – Internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2004. (Veileder 12/2004).
Tilgjengelig fra: http://www.ogbedreskaldetbli.no/237/IS-1183_1061a.pdf (2.10.2010)
83. Vist GE, Nøstberg AM, Brubakk K, Munkeby BH. Effekt av sertifisering og akkreditering av sykehus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 30 - 2009).
Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/8167.cms> (2.10.2010)
84. Gabrielsen B, Lillegård M, Otnes B, Sundby B, Abrahamsen D, Strand P. Individbasert statistikk for pleie- og omsorgstjenesten i kommunene (IPLOS). Foreløbige resultater fra arbeidet med IPLOS-data for 2008. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2009. (2008/42).
Tilgjengelig fra: http://www.ssb.no/emner/03/02/notat_200842/notat_200842.pdf (2.10.2010)
85. Statistisk Sentralbyrå. Tabell F Pleie og omsorg nivå 2. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www3.ssb.no/statistikkbanken1/Dialog/varval.asp?ma=95254922811832&ti=F.+Pleie+og+omsorg+-+niv%E5+2&path=../Database/Kostra%202001/Komm/&lang=3&xu=&yp=>
86. Samspill 2.0. Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008 - 2013. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
Tilgjengelig fra: http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/diverse/samspill_2_0_nasjonal_strategi_for_elektronisk_samhandling_i_helse_og_omsorgssektoren_2008_2013_744694 (2.10.2010)
87. Davies H, Powell A, Rushmer R. Healthcare professionals` views on clinician engagement in quality improvement. A literature review. London: The Health Foundation; 2007.
Tilgjengelig fra: <http://www.health.org.uk/publications/engaging-clinicians-report/> (2.10.2010)

88. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. Browse Cochrane Database of Systematic Reviews. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
89. Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://epoc.cochrane.org/>
90. Shaw B, Cheater F, Baker R, Gillies C, Hearnshaw H, Flottorp SA et al. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;(3):CD005470.
91. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM, Harvey E, Oxman AD, Thomson MA. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *BMJ* 1998;317(7156):465-8.
92. Fretheim A, Oxman AD, Håvelsrud K, Treweek S, Kristoffersen DT, Bjørndal A. Rational Prescribing in Primary Care (RaPP): A cluster randomized trial of a tailored intervention. *PLoS Med* 2006;3(6):e216.
93. Sykehuset Innlandet. Håndbok i implementering. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra:
<http://sites.google.com/site/fagressursportalen/Implementering>
94. National Implementation Research Network (NIRN). What is NIRN? [Lest 6.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.fpg.unc.edu/~nirn/>
95. Bjørndal A, Flottorp SA, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2007.
96. Statens helsetilsyn. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport fra helsetilsynet 5/2002.
97. Bakke T. Kvalitetsutvikling i helse- og sosialtjenesten i Norge i et 10-årig perspektiv. Helsebibliotekets kvalitetsforbedringsportal; 25.1.2010. [Lest 2.10.2010].
Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Hva+er+kvalitetsforbedring/Historikk>
98. Institute of Medicine (U.S.) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm. A new health system for the 21st century. Washington D.C: National Academy Press; 2005.

Vedlegg 1. Oppdragsbrevet

Oppdragsbrev fra Helsedirektoratet av 15. april 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004 St. Olavs plass
0130 OSLO

Deres ref.:
Saksbehandler: FAH/gtg
Vår ref.: 10/238
Dato: 15.04.2010

Helsedirektoratet - Tillegg til tildelingsbrev 2010 - Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten - nytt oppdrag

Det vises til Helsedirektoratets tildelingsbrev datert 1.3.2010.

Det vises til tidligere dialog mellom Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, samt dialog mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kunnskapssenteret, om oppdrag vedrørende utvikling av et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Helsedirektoratet har mottatt oppdrag datert 25.3.2010 fra Helse- og omsorgsdepartementet om ansvar for gjennomføring av slikt prosjekt (kopi vedlagt). Vi vil med dette brevet gi kunnskapssenteret i oppdrag å stå for konkret gjennomføring av prosjektet.

Vi har lagt HODs oppdragsbeskrivelse til grunn for det oppdrag som nå gis Kunnskapssenteret, men har presisert innretningen på noen steder der det har vært relevant.

Oppdragsbeskrivelse

Helsedirektoratet ber Kunnskapssenteret om å gjennomføre et prosjekt som munner ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Kvalitetssystemet skal ha som mål både å dokumentere og styrke kvaliteten i norsk primærhelsetjeneste, herunder gjennom styrking av det lokale, kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv og ikke et tilbyderperspektiv.

Det skal først utvikles et perspektiv for helheten, før det arbeides med detaljering av system for allmennelegetjeneste og andre delfunksjoner innen kommunens helse- og omsorgstjeneste.

Kunnskapssenteret bes i samarbeid med andre relevante aktører å vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil omfatte de kommunale helse- og omsorgstjenestene slik de er speilet i dagens kommunehelsetjenestelov, dog slik at det også tas hensyn til en utvikling av de kommunale

Helsedirektoratet • Divisjon administrasjon

Avd. plan- og økonomi

Gerd Tove Grubstad, tlf.: 24 16 33 30

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org. nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

helsetjeneste- og omsorgsoppgavene i tråd med St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen.

Del 1 av prosjektet skal beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer, og det skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Del 2 av prosjektet skal beskrive hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles og dernest implementeres i tjenestene. Det vil i denne delen av prosjektet være aktuelt å dele opp dette i fire deler:

- a. Fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
- b. Fysioterapitjenesten
- c. Forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- d. Omsorgstjenestene, inkludert legevirksomhet i institusjon

Prosjektet skal bygge på den nasjonale kvalitetsstrategien for helse- og sosialtjenesten og på Kvalitetsavtalen mellom HOD og Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS). Følgende formål må søkes ivaretatt i arbeidet:

- Kvalitetsforbedring av og i primærhelsetjenestens ulike deler, jamfør over
- Virksomhetsstyring av de ulike deler
- Brukervalg (informasjon til pasientene om kvalitet)
- Behovet for offentlig innsyn i og tillit til kvaliteten på helsetjenesten

Prosjektet skal legge innholdet i St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, til grunn.

Organisering av arbeidet

Kunnskapssenteret har gjennomføringsansvar for prosjektet, og rapporterer til Helsedirektoratet innen satte og avtalte frister. Det forutsettes tett dialog om arbeidet underveis i prosjektperioden, dog slik at den faktiske prosjektstyringen ivaretas av Kunnskapssenteret. Kontaktperson i Helsedirektoratet er fung. avdelingsdirektør Fredrik A.S.R. Hanssen i avdeling allmennhelsetjenester.

Arbeidet må organiseres slik at alle relevante aktører involveres i prosjektet på en god måte. Dette innebærer blant annet at KS, representanter for utvalgte enkeltkommuner, representanter for brukerne og for de ulike arbeidstakerorganisasjonene og fra forsknings- og fagmiljøer må delta. Prosjektet må sikres god forankring både i ledelse og i praksisfeltet. KS har i dialog med HOD sagt seg behjelpelig med forslag til enkeltkommuner som kan delta i arbeidet.

Helsedirektoratet ivaretar leveranseansvaret overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet gir ved behov Kunnskapssenteret nødvendige avklaringer knyttet til oppdragsforståelse, gjennomføring og leveranseinnhold.

Prosjektet slutføres med siste leveranse til Helsedirektoratet innen 10. oktober 2010. Det kan bli aktuelt å benytte delkonklusjoner fra tidlige deler av prosjektet i det videre arbeidet med oppfølgingen av Samhandlingsreformen og i utarbeidelsen av Nasjonal

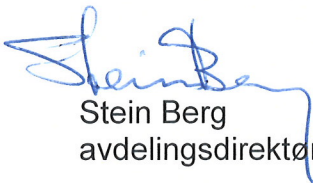
Helse- og omsorgsplan 2011-15. Midlertidige leveranser for å ivareta slike behov vil bli avtalt særskilt.

Finansiering

Oppdraget skal finansieres innenfor Kunnskapssenterets budsjett på kap. 0725.01 Det følger ikke annen finansiering med oppdraget.

Vennlig hilsen

Margrete Halvorsen e.f.
fung. divisjonsdirektør



Stein Berg
avdelingsdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg:

Vedlegg til tillegg til TB2010.PDF

KOPI

OPPDRAG TIL HELSEDIREKTORATET OM KVALITETSSYSTEM I PRIMÆRHELSETJENESTEN

BAKGRUNN:

Helse- og omsorgsdepartementet ga Kunnskapssenteret, i brev datert 4.12.2009, i oppdrag å vurdere hovedfunnene i Commonwealth Fund-rapporten 2009, sett i lys av internasjonal utvikling på området og St. meld. nr. 47 (2008-2009) om Samhandlingsreformen. Kunnskapssenteret ble bedt om å komme med anbefalinger om og forslag til prosess for hvordan rapporten kan følges opp gjennom ordninger for kvalitetsutvikling i allmennmedisinen.

På bakgrunn av oppdraget har Kunnskapssenteret utarbeidet et bakgrunnsdokument med utfyllende teoretisk grunnlag og informasjon fra nasjonale og internasjonale erfaringer på området. Med rapporten som bakteppe har Kunnskapssenteret, i brev av 15.1.10, foreslått mandat og skissert forslag til en prosess for et prosjekt som skal munne ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for allmennlegetjenesten.

Kunnskapssenteret påpeker i sin tilbakemelding at allmennlegenes virksomhet er en del av det totale kommunale primærhelsetjeneste- og omsorgstilbudet. I forhold til kvalitetsutvikling vil det derfor på sikt være nødvendig å se på alle elementene av kommunehelsetjenesten samlet og i et helhetsperspektiv. Kunnskapssenteret påpeker videre at mener at det er behov for et løft for arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten. Kunnskapssenteret skriver:

"Det offentlige har hatt altfor lite fokus på å understøtte og stille krav om kvalitet. Fastlege-reformen har vært evaluert som overordnet vellykket, men reformen og fastlegeordningen har i liten grad vært tilrettelagt i forhold til hvordan innholdet og kvaliteten på allmennlegetjenesten kan videreutvikles. Kunnskapssenterets vurdering er at staten bør ta ansvar for å styrke arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten. Det er behov for å etablere felles nasjonale ordninger og strukturer for kvalitetsutvikling i allmennmedisin – altså i praksis et samlet nasjonalt kvalitetssystem for allmennlegetjenesten som kan støtte det lokale og praksisforankrede arbeidet med kvalitet."

Helse- og omsorgsdepartementet vurderer, med bakgrunn i rapporten og vurderingene til Kunnskapssenteret, at det er ønskelig å gå videre med arbeidet med å vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i allmennmedisin. Departementet er imidlertid kommet frem til at det vil være uheldig først å se på et kvalitetssystem for allmennlegetjenesten, og deretter ta for seg helheten, dvs. se på alle elementene av kommunehelsetjenesten samlet og i et helhetsperspektiv, slik Kunnskapssenteret påpeker. Det motsatte synes å være mer hensiktsmessig, dvs. først utvikle et perspektiv for helheten, for deretter å etablere et system for allmennmedisinen som tar utgangspunkt i dette. Et sentralt argument for dette er at sentrale mål med samhandlingsreformen, jmfør St. meld. nr 47 (2008-2009), er et mer helhetlig tilbud til pasientene og å integrere fastlegene og deres virksomhet tettere i den øvrige primærhelse- og omsorgstjenesten. Ut fra dette bør et kvalitetssystem ha et brukerperspektiv og ikke et tilbyderperspektiv.

OPPDRA

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet om å gjennomføre et prosjekt som skal kunne ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Mandat for prosjektet

Helsedirektoratet bes i samarbeid med andre relevante aktører å vurdere ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et helhetlig nasjonalt system for kvalitetsutvikling i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Dette vil omfatte primærhelsetjenesten definert som fastlegevirksomhet og øvrig legevirkosomhet i kommunen, herunder legetjenesten i sykehjem og andre allmenmedisinske offentlige oppgaver, fysioterapitjenesten, helsestasjons- og skolehelsetjenesten, jordmortjenesten og institusjonsbaserte (sykehjem) og hjemmebaserte omsorgstjenester (hjemmesykepleien).

Del 1 av prosjektet skal beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer, og det skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for kommunale helse- og omsorgstjenester. Kvalitetssystemet skal ha som mål både å dokumentere og styrke kvaliteten i norsk primærhelsetjeneste og å styrke det lokale arbeidet med å forbedre egen kvalitet.

Del 2 av prosjektet skal beskrive hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles og dernest implementeres i tjenestene. Det vil i denne delen av prosjektet være aktuelt å dele opp dette i fire deler:

- a. Fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
- b. Fysioterapitjenesten
- c. Forebyggende helsetjenester
- d. Omsorgstjenestene, inkludert legevirkosomhet i institusjon

Prosjektet skal bygge på den nasjonale kvalitetsstrategien for helse- og sosialtjenesten og på Kvalitetsavtalen mellom HOD og KS. Følgende formål må søkes ivaretatt i arbeidet:

- Kvalitetsforbedring av og i primærhelsetjenestens ulike deler, jamfør over
- Virksomhetsstyring av de ulike deler
- Brukervalg (informasjon til pasientene om kvalitet)
- Behovet for offentlig innsyn i og tillit til kvaliteten på helsetjenesten

Prosjektet skal legge innholdet i St. meld. nr. 47 (2008-2009), Samhandlingsreformen, til grunn.

Organisering av arbeidet

Helsedirektoratet har ansvar for prosjektet og organiserer dette på den måten det finner hensiktsmessig, men må sikre at alle relevante aktører involveres i prosjektet på en god måte. Dette innebærer blant annet at Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS), kommuner, representanter for brukerne og for de ulike arbeidstakerorganisasjonene og fra forsknings- og fagmiljøer må delta.

Prosjektet må sikres god forankring både i ledelse og i praksisfeltet

Prosjektet slutføres innen 15. oktober 2010. Dersom det i arbeidet med oppfølging av Samhandlingsreformen og utarbeidelse av Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-15 blir aktuelt å be om innspill fra prosjektet før sluttrapporten foreligger, avtales dette særskilt.

Vedlegg 2-7

Innhold:

Vedlegg 2:

Hva finnes av tilnærminger og ordninger pr. i dag som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten? s. 2-14

Vedlegg 3:

Organisering av prosjektet og metoder i arbeidet, s. 15-19

Vedlegg 4:

Intervjuguider og oppsummering fra to dialogkonferanser, s. 20-44

Vedlegg 5:

Pasientsikkerhet, s.45-48

Vedlegg 6:

Brukererfaringsundersøkelser i kommunehelsetjenesten, s. 49-56

Vedlegg 7:

Internasjonale erfaringer med nasjonale kvalitetssystem og kvalitetsarbeid i primærhelsetjenesten, s. 57-63

Vedlegg 2. Hva finnes av tilnærminger og ordninger pr. i dag som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten?

Innledning

Det finnes mange nasjonale ordninger som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten pr i dag. Disse ordningene har vi valgt å dele opp i 5 områder:

1. Overordnede helsepolitiske føringer.
2. Utdanning av helsepersonell.
3. Statistikk og målinger
4. Finansieringsordninger
5. Lovverk

I tillegg jobber mange ulike fagmiljø systematisk med kvalitet på sine områder: KS, fagforeninger, brukerorganisasjoner og forskningsmiljø. Legeforenings store satsing på kvalitet, blant annet i regi av i Senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling (SAK), er et eksempel på dette.

I denne delen av rapporten gjennomgås kort de 5 områdene i forhold til noen sentrale rammer som de legger for kvalitet og kvalitetsforbedring i kommunehelsetjenesten. Hensikten med gjennomgangen er å se områdene i sammenheng som grunnlag for forslag til elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten.

1. Overordnede helsepolitiske føringer

Helse og omsorgsdepartementet

Helse- og omsorgsdepartementet har det overordnede ansvaret for at befolkningen får gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester. Som ett ledd i ivaretagelsen av dette ansvaret utarbeides overordnede helsepolitiske føringer. Dette gjøres blant annet i form av nasjonale helseplaner, stortingsmeldinger og offentlige utredninger.

Nasjonal helseplan

En god helsetjeneste forutsetter at det fortløpende er søkelys på forbedrings- og utviklingstiltak. Nasjonal helseplan (2007-2010) trekker opp strategiske hovedlinjer for dette arbeidet og angir viktige tiltak som skal gjennomføres i perioden.

Med Nasjonal helseplan ønsker regjeringen å gi et samlet bilde av hvordan de ulike deler av helsetjenesten henger sammen og er avhengig av hverandre for at pasienten skal få et godt tilbud. Målet er å styrke og samordne innsatsen for likere og mer rettferdig fordeling av god helse. Helseplanen drøfter de utfordringer helsetjenesten vil møte i lys av samfunnsutviklingen: Det blir flere eldre, de sosiale helseforskjellene øker, sykdomsbildet i befolkningen forandrer seg, stadig nye kostbare medikamenter og behandlingsmetoder utvikles, og vi har høye forventninger til hva helsevesenet kan gjøre for oss.

For å møte utfordringene lanserte regjeringen gjennom Nasjonal helseplan seks bærebjelker, eller verdier, som skal være førende for det helsepolitiske arbeidet i planperioden. Nasjonal helseplan trekker opp strategiske hovedlinjer for utviklingsarbeidet på disse områdene og angir viktige tiltak som skal gjennomføres i planperioden. Bærebjelkene er:

- Helhet og samhandling
- Demokrati og legitimitet
- Nærhet og trygghet
- Sterkere brukerrolle
- Faglighet og kvalitet
- Arbeid og helse.

(1)

Nasjonal Helseplan er under revisjon.

Proposisjoner og meldinger

Proposisjoner og meldinger er dokumenter som regjeringen legger fram for Stortinget. Utkast til proposisjoner og meldinger lages av departementene. Dokumentene behandles deretter av Kongen i statsråd før de sendes til Stortinget. Proposisjoner til Stortinget (Prop.) brukes når regjeringen foreslår at Stortinget treffer vedtak. Det kan gjelde forslag knyttet til nye eller endrede lover, forslag til statsbudsjett eller endringer i dette samt andre vedtak.

Meldinger til Stortinget (Meld.St.) brukes når regjeringen vil presentere saker for Stortinget uten at de er knyttet til forslag til vedtak. Meldinger til Stortinget har ofte karakter av å være en rapport til Stortinget om et arbeid som er gjort på et spesielt felt, eller drøfting av framtidig politikk. Meldingene, og behandlingene i Stortinget danner ofte grunnlaget for en senere proposisjon. Stortingsmeldingen om samhandlingsreformen skal ligge til grunn for et nasjonalt kvalitetssystem.

Norges offentlige utredninger

Regjeringen eller et departement nedsetter utvalg og arbeidsgrupper som utreder forskjellige forhold i samfunnet. En utredning kan enten komme som NOU (Norges offentlige utredninger) eller som en rapport. I 2004 og 2005 kom to sentrale NOU-er som satte fokus på den manglende samhandlingen i helsetjenesten:

NOU 2004:18 Helhet og plan i sosial- og helsetjenestene, og NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt. Disse NOU-ene er sentrale som bakgrunn for innholdet i Samhandlingsreformen.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet har som overordnet mål å:

- Bedre kvaliteten i helsetjenesten
- Redusere forskjellene i helse og levekår
- Fremme faktorer som gir god helse i befolkningen
- Bedre grunnlaget for sosial inkludering for alle

Kvaliteten i arbeidet direktoratet gjør, blir synliggjort i møtet mellom bruker og utøver. Der vil arbeidet til syvende og sist bli prøvd og målt. Arbeidet som Helsedirektoratet gjør overfor befolkningen, tjenestene og samarbeidspartnere er basert på denne tankegangen.

Som ledd i dette arbeidet utarbeides det blant annet både nasjonale kvalitetsstrategier og mange ulike typer publikasjoner som er ment å støtte arbeidet med kvalitet i helsetjenesten: Veiledere, rapporter, handlingsplaner, evalueringer, faktahefter, undervisningsmateriell, anbefalinger, rundskriv og nasjonale faglige retningslinjer (2). Alle disse dokument typene er viktige når det gjelder kvalitet, men i sammenheng med et nasjonalt kvalitetssystem er de to som peker seg ut:

Rundskriv

Rundskriv er orienteringer fra departementet til berørte parter om tolkninger av lover og forskrifter. Disse rundskrivene utarbeides på mange ulike områder. Som eksempel kan vises til det siste som er lagt ut: Helsepersonells taushetsplikt. Vern av pasientens integritet i helsepersonells samtaler med pasienten.

Nasjonale faglige retningslinjer

Helsedirektoratets faglige retningslinjer gir uttrykk for hva som anses som god praksis på det som er tema for retningslinjen på utgivelsestidspunktet. Faglige retningslinjer gir anbefalinger og råd som bygger på oppdatert kunnskap. Retningslinjene er ment som et hjelpemiddel ved de avveininger tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlighet og god kvalitet i tjenesten. Helsedirektoratet har ansvaret for å oppdatere retningslinjene.

Fylkesmannen

Fylkesmannen er sentral når det gjelder arbeidet med kvalitet i kommunene. Deres oppgaver er omfattende og mangesidige og omfatter i tillegg til helse alt fra barnevernssaker til naturforvaltning. Administrativt er Fylkesmannen underlagt Fornyings- og administrasjonsdepartementet, mens de enkelte fagdepartementene gir styringssignaler på sine fagfelt, for eksempel helse. Helsetilsynet i fylket er tilsynsmyndighet for helsetjeneste og helsepersonell i det enkelte fylket. Helsetilsynet i fylket ble dannet 1. januar 2003 ved at tidligere Fylkeslegen ble innlemmet i fylkesmannsambetet. Tilsynet opptrer som selvstendig tilsynsmyndighet kalt Helsetilsynet i fylket, underlagt Statens helsetilsyn (3).

Fylkesmannen kan bidra med råd, veiledning og undervisning slik at helsetjenesten i fylket har internkontrollsystemer som sikrer at virksomheter drives i samsvar med lover og forskrifter. Prinsipper som ligger til grunn for arbeidet med kvalitetsutviklingen i helsetjenesten er (4):

- Brukerorientering
- Klar ledelse
- Deltakelse fra alle ansatte
- Beslutninger basert på fakta

- Fokus på prosesser
- Kontinuerlig forbedring

2. Utdanning av helsepersonell

Etter lov av 1. april 2005 nr. 15 om universiteter og høyskoler § 3-2 kan departementet fastsette nasjonal rammeplan for enkelte utdanninger (5). Rammeplanen angir mål og formål for utdanningene, viser utdanningenes omfang og innhold og gir retningslinjer for organisering, arbeidsmåter og vurderingsordninger. Rammeplanen er forpliktende for institusjonene, de tilsatte, studentene og representantene for praksisopplæringen og skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at utdanningene framstår som enhetlige og gjenkjennelige, uavhengig av institusjon. Rammeplanene for helsefagutdanningene forenkler også helsemyndighetenes arbeid med å autorisere helsepersonell.

Med utgangspunkt i rammeplanene utarbeider institusjonene fagplaner som viser hvordan de organiserer og tilrettelegger studieprogrammene innenfor de grenser rammeplanen fastsetter. Utdanningene skal også oppfylle krav som stilles i aktuelle lover for yrkesutøvelse, spesielle direktiver fra EU og internasjonale konvensjoner.

Rammeplan for sykepleierutdanningen

Et eksempel på en rammeplan for helse- og sosialfag, er sykepleierutdanningen. Denne rammeplanen beskriver både en innholdsdel som er felles for alle utdanninger innen helse- og sosial, og en spesiell del. Helse- og sosialfagutdanningene har som overordnet mål å utdanne reflekterte yrkesutøvere som setter mennesket i sentrum, og som kan planlegge, organisere og gjennomføre tiltak i samarbeid med brukere og andre tjenesteytere. Formålet med felles innholdsdel er å utdanne helse- og sosialarbeidere som skal kunne samarbeide tverrfaglig innen helse- og sosialsektoren, i tråd med intensjonene i relevante lover.

Gjennom studiet skal studentene utvikle et helhetlig syn på mennesket, vise respekt for menneskets integritet og rettigheter og ivareta brukernes autonomi og rett til medbestemmelse. Rammeplanen ivaretar på denne måten brukerperspektivet (6). Det er også laget egne nasjonale rammeplaner for noen videreutdanninger, bl.a. aldring og eldreomsorg, anestesisykepleie og kreftsykepleie.

3. Statistikk og målinger

Hva måles i kommunehelsetjenesten i dag?

Helsedirektoratet er sentrale når det gjelder monitorering av- og følge-med når det gjelder kommunehelsetjenesten. I henhold til deres samfunnsoppdrag skal de blant annet følge med på forhold som påvirker folkehelse og levekår, og utviklingen i

6 Vedlegg 2. Hva finnes av tilnærminger og ordninger pr. i dag som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten?

helse- og omsorgstjenestene. På bakgrunn av dokumentasjon, blant annet statistikk, skal direktoratet gi råd og rettledning om strategier og tiltak overfor sentrale styresmakter, regionale og lokale styresmakter, helseforetak, frivillige organisasjoner, privat sektor og befolkningen (7).

Når det gjelder statistikk samles data inn gjennom kilder som (7):

- Styrings- og informasjonshjulet - et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå (SSB). Dette er et oppfølgingssystem for statlig styring og informasjonsutveksling med helse- og sosialtjenesten i kommunene. Formålet er først og fremst å gi kommunene et styringsverktøy de kan bruke i sitt planleggings- og budsjettarbeid.
- Helseregistre. Det er pr. i dag opprettet 15 helseregistre med hjemmel i helseregisterloven. I dette antallet er blant annet kreftregistret, norsk pasientregister og register for pleie- og omsorgssektoren (IPLoS) inkludert.
- Statistikkalender 2010 - gir en oversikt over når ulike typer data publiseres, for eksempel ventelistedata og data fra allmennlegetjenesten.
- Kommnehelseprofiler - presenterer data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data samt data om tjenester i norske kommuner. På et eget nettsted utviklet som et samarbeidsprosjekt mellom Folkehelseinstituttet, Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet ligger et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med data på kommunenivå.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer innen pleie og omsorg. Formålet er å gi publikum og brukerne, helsepersonell ledere og politikere informasjon om kvaliteten på tjenestetilbudet innen helse- og omsorgstjenesten.
- Kommune-Stat-Rapportering (KOSTRA). Overordnet mål er å bringe frem relevant, pålitelig og sammenlignbar styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Samtidig skal KOSTRA bidra til forenkling av innrapporteringen fra kommunesektoren til staten. Indikatorene som brukes i KOSTRA sier noe om kvalitet på kommunale og fylkeskommunale tjenester. I KOSTRA deles indikatorene inn i struktur, prosess, produkt og resultat kvalitet.

Sentrale kilder når det gjelder statistikk er for eksempel SSB og Nasjonalt Folkehelseinstitutt som blant annet har utgitt Folkehelse rapport 2010 (8).

Rapporten ser på folkehelse gjennom tidene, helse i ulike befolkningsgrupper og i ulike faser i livet. En stor del av rapporten tar for seg en rekke viktige folkesykdommer og andre faktorer som virker inn på folkehelsen. I tillegg driftes Norgeshelsa – en statistikkbank, som gir mulighet til å lage egne tabeller, diagrammer og kart med eget utvalg av kjønn, aldersgruppe, geografi og årstall, av Folkehelseinstituttet. SSB lager statistikk om vesentlige sider ved det norske samfunnet. Dette inkluderer blant annet helse.

7 Vedlegg 2. Hva finnes av tilnæringer og ordninger pr. i dag som har som formål å sikre kvalitet i kommunehelsetjenesten?

4. Finansiering

Finansieringsordninger er en viktig ramme for og påvirker kvalitet og prioriteringsbeslutninger i kommunene. Finansieringssystemet påvirker aktiviteten og ressursbruken i kommunene og dermed også kvaliteten på tjenestene. Øremerkede midler er en finansieringsform som har som direkte formål å føre til økt kvalitet på et utvalgt område

5. Lovverk

Når det gjelder sentrale lover i forhold til et nasjonalt kvalitetssystem for kommunehelsetjenesten er følgende de mest sentrale; pasientrettighets-, kommunehelsetjeneste-, tilsyns- og helsepersonelloven. Hver enkelt av disse lovene har flere forskrifter som utdyper selve lovteksten, og mange av forskriftene er hjemlet i flere av disse lovene. En ytterligere utdyping av lovteksten gjøres i veiledere. Dette gjelder blant annet Veileder til forskrift om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten. Avtaleverket – blant annet i forhold til fastleger og fysioterapeuter, er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven.

Fordi omfanget av forskrifter er meget stort, har vi gjort et utvalg av de mest sentrale i denne gjennomgangen.

Lov om pasientrettigheter

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. Loven utløser noen rettigheter som er viktige i forhold til et nasjonalt kvalitetssystem, det er blant annet: Rett til nødvendig helsehjelp, individuell plan, informasjon og medvirkning (9).

Forskrift om pasientjournal

Forskriften regulerer pasientenes rett til innsyn i egen journal, samt helsepersonells dokumentasjonsplikt, herunder om innhold i pasientjournaler, føring, retting, sletting, oppbevaring, overføring, tilgang til og tilintetgjøring av journaler. Ved henvendelse skal pasienten få en kopi av journalen, eventuelt mot betaling. Pasienten har rett til å få forklart faguttrykk og andre forhold av betydning for å forstå innholdet i journalen. I helt spesielle tilfeller kan helsepersonellet nekte pasienten innsyn i hele eller deler av journalen. Pasienten kan klage på denne avgjørelsen til Helsetilsynet i fylket. Retten til innsyn i egen journal må ses i sammenheng med retten til informasjon og medvirkning (10).

Lov om kommunehelsetjeneste

Med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven er det utarbeidet forskrifter i forhold til mange områder, for eksempel; sykepleietjenesten, fastlegeordningen, habilitering og rehabilitering, helsefremmende og forebyggende arbeid, akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, internkontroll, kvalitet, legemiddelhåndtering, smittevern og pasientjournal. Formålet med disse forskriftene er - på ulike måter, å medvirke til å sikre kvaliteten på tjenestene som ytes i kommunehelsetjenesten. Hver av forskriftene er viktige på sine områder, men i sammenheng med et nasjonalt kvalitetssystem er forskrift om kvalitet spesielt viktig, blant annet fordi den har et så tydelig brukerperspektiv. Aktuelt i forhold til et nasjonalt kvalitetssystem er det også at kommunehelsetjenesteloven fastslår kommunenes plikt til å sørge for undervisning og praktisk opplæring av helsepersonell, og at de får den videre- og etterutdanning som er nødvendig. (§ 6-1). Loven fastslår også at helsepersonell plikter å ta del i den videre- og etterutdanningen som er nødvendig for å holde sine kvalifikasjoner vedlike. (§ 6-2) (11).

Forskrift om kvalitet

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommune- og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Dette er i tråd med føringer når det gjelder brukerperspektiv i de overordnede dokumentene som ligger til grunn for arbeidet med et nasjonalt kvalitetssystem. Kommunen skal etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at ar grunnleggende behov blir oppfylt. Forskriften gir en inngående oversikt over skriftlige prosedyrer som skal utarbeides for å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenestene får tilfredsstillende grunnleggende behov (12).

Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten

Tilsynsloven regulerer Statens helsetilsyns og Helsetilsynet i fylket sine oppgaver (13). Førstnevnte instans har det overordnede faglige tilsyn med helsetjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter. Loven regulerer også den plikten "enhver som yter helsetjenester" har til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll. Hvis virksomhet innen helsetjenesten drives på en måte som kan ha skadelige følger for pasienter eller andre eller på annen måte er uheldig eller uforsvarlig, kan Statens helsetilsyn gi pålegg om å rette på forholdene. Bestemmelsene i tilsynsloven utdypes i Forskrift om internkontroll.

Forskrift om internkontroll

Formålet med forskrift om internkontroll er å bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester og at sosial- og helselovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. I denne forskriften betyr internkontroll - systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens

aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen (14).

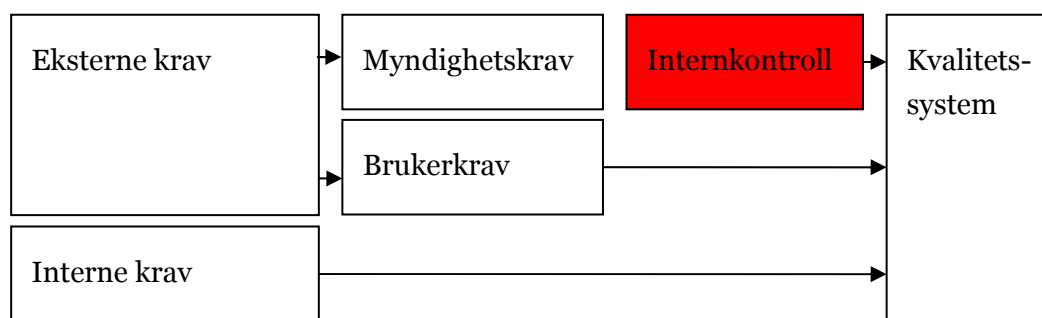
Internkontroll innebærer at den/de ansvarlige for virksomheten skal (14):

- 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.

Punkt e i forskriften har brukerperspektiv og pålegger virksomhetene å innhente og bruke erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten på en systematisk måte.

Internkontroll skal bidra til faglig forsvarlige sosial- og helsetjenester, og er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav. Dette er særlig viktig på områder der svikt kan få alvorlige følger. En godt fungerende internkontroll utgjør kjernen i et kvalitetssystem som utover lovgivers krav og forventninger, kan omhandle hvordan virksomheten skal tilfredsstillere andre selvpålagte krav til kvalitet. Dette kan for eksempel være krav til service, ventetider, behandling og saksbehandlingsrutiner som går lenger enn det som kreves i lover og forskrifter. Ved fastsetting av slike krav er det vanlig å ta hensyn til forventninger fra brukere, leverandører eller samarbeidspartnere.

Sammenhengen mellom internkontroll og kvalitetssystem kan illustreres slik:



Helsetilsynet 2002 (15).

Interne krav fremkommer i organisasjonenes virksomhetsplaner, visjoner, verdier, mål osv., og kan manifesteres i form av kompetanseplaner for alle ansatte, stillingsbeskrivelser, årsrapporter, beskrivelse av rutiner og prosedyrer, program for mottak av nyansatte osv. I kommunehelsetjenesten vil hver enkelt virksomhet – enten det er et legekontor, et sykehjem eller en helsestasjons, ha egne kvalitetssystem og det er dette som utgjør det lokale nivået som skal samhandle med et nasjonalt kvalitetssystem (15).

En utfordring når det gjelder arbeid med systematisk kvalitetsforbedring, er at forbedringsarbeidet skjer innad i den enkelte virksomhet og alt for sjelden på tvers av nivåer, virksomheter/organisasjoner (15). Samhandlingsreformen løfter frem og poengterer at pasientene – særlig de med de største behovene for hjelp, har behov for tjenester fra flere ulike virksomheter på samme tid.

Lov om helsepersonell

Lov om helsepersonell er viktig i forhold til kvalitet fordi den i § 4 hjemler den plikten autorisert helsepersonell har til å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig (16). § 4 hjemler plikt til faglig forsvarlighet på individnivå. Dette er den mest sentrale bestemmelsen i helseretten, ikke bare for de vurderinger som gjøres av Statens helsetilsyn i tilsynssaker, men også som grunnlag for helsepersonellens faglige vurderinger i det daglige arbeidet. Bestemmelsen er å betrakte som et krav til den faglige virksomhet som helsepersonell utøver. Innenfor juridisk teori er denne type bestemmelser ofte benevnt som rettslige standarder. Dette er bindende rettsregler som endrer seg over tid og finner sitt innhold i den ”virkelige” verden utenfor rettslokalet og forvaltningen. For å fylle regelen med konkret innhold, må den fortolkes i lys av det som er ansett som god praksis på det aktuelle virksomhetsområdet.

Det hører med innenfor kravet til faglig forsvarlighet at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. Dersom pasientens behov tilsier det, skal yrkesutøvelsen skje ved samarbeid og samhandling med annet kvalifisert personell (§ 4) (16).

På samme måte som helsepersonell har plikt til å utføre sitt arbeid i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet, skal virksomheter som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonellet faktisk blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter (§ 16) (16). Det er plikt til faglig forsvarlighet på systemnivå.

Flere av forskriftene hjemlet i denne loven – bl.a. akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, pasientjournal og fastlegeordningen, er også hjemlet i kommunehelsetjenesteloven. I tillegg hjemles; legemiddelassistert rehabilitering, spesialistgodkjenning, turnustjeneste, innsamling og behandling av helseopplysninger i kreft-, fødsels-, vaksinasjons- og tuberkuloseregisteret, i helsepersonelloven.

Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell

Denne forskriften gjelder for spesialistgodkjenning av leger, tannleger og optikere, og beskriver blant annet vilkår for spesialistgodkjenning, godkjenning av utdanningsinstitusjoner og hvordan fastsettelse av spesialiteter skal foregå (17).

Forskrift om fastlegeordning i kommunene

Formålet med fastlegeordningen er å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten. Fastlegen skal ha ansvaret for allmennlegetilbudet til personer på sin liste innen de rammer som gjelder for ordningen i lov, forskrift og sentral avtale. Under utøvelse av det allmennmedisinske arbeidet skal fastlegen prioritere personer på sin liste, så fremt høyere eller lik prioritet av andre oppgaver ikke er pålagt legen i eller i medhold av lov (18).

Forskriften danner utgangspunktet for avtaleverket med allmennlegene i kommuner og bydeler. For næringsdrivende erstatter den individuelle fastlegeavtalen tidligere avtale om driftstilskudd. For ansatte leger i kommunehelsetjenesten blir fastlegeavtalen tatt inn som en del av arbeidsavtalen. Individuell fastlegeavtale skal inngås innenfor rammen av lov, denne forskrift og sentrale avtaler. Bestemmelsen gjelder uavhengig av hvilken organisatorisk driftsform fastlegene velger.

Når det gjelder kvalitet er rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene viktig (19). Den fastslår at kommunen skal ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere. Allmennlegeutvalget representerer allmennlegene overfor kommunen og har blant annet fullmakt til å velge representanter for legene til et samarbeidsutvalg. Dette utvalget kan blant annet gi råd i saker som gjelder kvalitetsarbeid/kvalitetsindikatorer mht. ventetid, telefontilgjengelighet, sykebesøk til egne pasienter m.v., og forslag til rapporteringsrutiner.

Kommunene prioriterer tilgangen til pleie- og omsorgstjenester innen stramme budsjettammer og med mangel på plasser, fagpersoner og kompetanse. Tilgangen varierer sterkt mellom kommunene. Fastlegene synes å være særlig utsatt for tilgjengelighetskrav. Det bør være stor nok kapasitet og lav terskel for første kontakt med primærhelsetjenesten.

Referanser vedlegg 1.

1. Helse og omsorgsdepartementet. Nasjonal Helseplan (2007 – 2010).
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/Pressesenter/pressemeldinger/2006/Nasjonal-helseplan.html?id=271786> Lest 13. oktober 2010.
2. Helsedirektoratet 2010. Overordna mål.
http://www.helsedirektoratet.no/omdirektoratet/roller/overordna_mal_60636
Lest 13. oktober 2010.
3. Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Hva gjør fylkesmannen.
<http://www.fylkesmannen.no/enkel.aspx?m=32856> Lest 13. oktober 2010.
4. Fylkesmannen i Oslo og Akershus. Kvalitetsutvikling.
<http://www.fylkesmannen.no/fagom.aspx?m=4875> Lest 13. oktober 2010.
5. Kunnskapsdepartementet. Lov om universitet og høyskoler.
<http://www.lovdatab.no/all/nl-20050401-015.html> Lest 13. oktober 2010.
6. Utdannings- og forskningsdepartementet. Rammeplan for sykepleierutdanning. Fastsatt 1. juli 2004.
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/ufd/pla/2003/0002/ddd/pdfv/215887-rammeplan_sykepleierpl_23.juni_04_ny..pdf Lest 13. oktober 2010.
7. Helsedirektoratet. Vårt ansvar for statistisk dokumentasjon.
<http://www.helsedirektoratet.no/statistikk>. Lest 13. oktober 2010.
8. Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2010/2.
<http://www.fhi.no/dokumenter/6dec3fba1b.pdf> Lest 13. oktober 2010.
9. Helse- og omsorgsdepartementet. Lov om pasientrettigheter. LOV-1999-07-02-63.
<http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-063.html> Lest 13. oktober 2010.
10. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om pasientjournal. FOR-2000-12-21-1385.
<http://www.lovdatab.no/for/sf/ho/ho-20001221-1385.html> Lest 13. oktober 2010.
11. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om helsetjenesten i kommunene. LOV-1982-11-19-66.
http://www.lovdatab.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19821119-066.html&emne=kommunehelsetjenestelov*&& Lest 13. oktober 2010.
12. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. FOR-2003-06-27-792.

- http://www.lovddata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20030627-0792.html&emne=kvalitet*&& Lest 13. oktober 2010.
13. Helse og omsorgsdepartementet. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. LOV-1984-03-30-15.
<http://www.lovddata.no/all/hl-19840330-015.html> Lest 13. oktober 2010.
 14. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll. FOR-2002-12-20-1731.
<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/ho-20021220-1731.html> Lest 13. oktober 2010.
 15. Statens Helsetilsyn (2002). Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapport til helsedepartementet. 5/2002.
 16. Helse og omsorgsdepartementet mv. Lov om helsepersonell. LOV-1999-07-02-64.
http://www.lovddata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=helsepersonell*&& Lest 13. Oktober 2010.
 17. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. FOR-2000-12-21-1384.
<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/ho-20001221-1384.html> Lest 13. Oktober 2010.
 18. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2000-04-14-328.
<http://www.lovddata.no/for/sf/ho/ho-20000414-0328.html> Lest 13. oktober 2010.
 19. ASA 4310: Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene.
<http://www.kf-infoserie.no/lovtjeck.aspx?PVNids8U4ZLo9gZqYO9rfeI3YOlzRvae7Jcuj%2F5rNADHhg5tH1wOz6NNnGpEe9zJmVgOM%2BpdRnKj%2Ba4i%2BbPR9g%3D%3D>
Lest 13. Oktober 2010.

Vedlegg 3. Organisering av prosjektet og metoder i arbeidet

Styringsgruppe:

Ledergruppen i Kunnskapscenteret, ledet av direktør John-Arne Røttingen, har vært styringsgruppe for prosjektet.

Prosjektgruppe:

Intern prosjektgruppe:

Ledet av avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl. Koordinator: Toril Bakke.

Medlemmer: Eva Denison, Signe Flottorp, Lise Lund Håheim, Liv-Merete Reinar, Ånen Ringard, Hege Wang, Anders Vege

Intern prosjektgruppe har hatt møter en gang pr uke prosjektet igjennom. Saker som har vært drøftet har vært prosjektplaner, innspill til fremdrift, diskutere sentrale tema i rapporten, planlegge dialogkonferansene og involvere sentrale aktører på hvert av de fire delområdene. Koordinator har holdt tak i møtene, skrevet referat og vært mottaker av bidragene fra medlemmene i intern prosjektgruppe. Koordinator har også sammen med leder av prosjektgruppen ført rapporten i pennen.

Ekstern prosjektgruppe:

Ekstern prosjektgruppe har bestått av 8 personer som er invitert på personlig basis, og som har sagt seg villig til å bidra med å følge prosjektet spesielt tett og komme med vurderinger og innspill underveis i arbeidet. Disse har vært:

Vibeke Bostrøm, Jan Frich, Jorun Hunderi, Mona Johansen, Britt Kveseth, Toril Laberg, Janecke Thesen, Nina Vøllestad . Disse ble invitert på bakgrunn av særlig kompetanse når det gjelder kvalitetsarbeid generelt og kvalitet i kommunehelsetjenesten generelt. Denne gruppen har i hovedsak uttalt seg om skriftlig tilsendt materiale, i tillegg til at det har vært avholdt to personlige møter i forbindelse med dialogkonferansene.

Undergrupper:

Det har vært opprettet 4 "undergrupper", i den forstand at lederne på de fire delområdene har trukket inn og diskutert et nasjonalt kvalitetssystem med personer med kompetanse når det gjelder kvalitet på følgende områder:

- a) fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
- b) Fysioterapitjenesten
- c) Forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste
- d) Omsorgstjenestene, inkludert legevirksomhet i institusjon

Disse grupperenes arbeid er beskrevet i egne delrapporter (I-IV).

Referansegruppe:

Sentrale aktører - se Forordet til rapporten, på feltet kvalitet i kommunehelsetjenesten har vært invitert inn i prosjektet i form av to konferanser -

en i juni og en i september. I tillegg har de fått utkastet til rapport sendt ut til høring. Representanter fra de ulike fagmiljøene fremkommer i forordet til rapporten.

Kontakt med oppdragsgiver

Det ble avholdt et avklaringsmøte kort tid etter prosjektoppstart, for å klarlegge forståelsen av oppdraget, med kontaktperson i Helsedirektoratet. Representanter fra Helsedirektoratet har også deltatt på de to referansegruppemøtene som har vært avholdt. Et nytt avklaringsmøte for å sikre at alle deler av oppdraget ble besvart, ble avholdt kort tid før rapporten fra arbeidet ble sendt over til oppdragsgiver.

Metode for å kartlegge kunnskapsgrunnlaget

Det forskningsbaserte kunnskapsgrunnlaget:

Vi har innhentet forskning på flere måter:

- Benyttet tidligere og pågående arbeider i Kunnskapssenteret – for eksempel utarbeidede systematiske oversikter og policy briefs, samt materiale som er publisert under emnebiblioteket Kvalitetsforbedring på Helsebiblioteket
- Snowballing: Snakket med sentrale aktører, fått tips om gode nettsider og forskningsrapporter som omhandler området, søkt i disse og fulgt lenker videre til forskning og systematiske oppsummeringer som dekker feltet
- Hånd søkt litteratur og aktuelle nettsted
- Kartlagt områder (for eksempel oversikt over styrende lover og dokumenter og nåværende ordninger) ved å systematisk søke informasjon gjennom nettet og personlige kontakter/intervjuer
- Systematisk søkt etter systematiske oversikter, rapporter og primærartikler der vi har manglet forskningslitteratur. Undergruppene har brukt dette som metode for å kartlegge det forskningsmessige kunnskapsgrunnlaget, og det er beskrevet under undergruppens rapporter. For området ledelse ble det også søkt systematisk (se søkestrategi til sist i dette vedlegget) i forskningslitteratur.

Det erfaringsbaserte kunnskapsgrunnlaget - ekspertene

Vi har snakket med mange, både i dialogkonferanser, og ved en rekke presentasjoner (tabell 1), samt i bilaterale samtaler, om temaet, og har diskutert det forskningsbaserte grunnlaget for de forskjellige elementene. Synspunkter og erfaringer som har kommet frem på denne måten har vært med inn i totalvurderingen av hvert elements fordeler og ulemper og har veiet tungt inn mot endelig anbefaling av metode for utvikling av systemet, for hvilke elementer som bør med og for metode og sentrale hindringer for å implementere systemet.

Bruerkunnskap og brukervedvirkning

Brukerorganisasjonene har vært viktige premissleverandører inn i prosjektet. De har både vært representert i referansegruppen og gitt innspill på dokumentet underveis. Vi har innhentet kunnskap om brukervedvirkning fra tidligere arbeider i

Kunnskapssenteret, samt ved å gå grundig inn i erfaringer fra ande land. Siden det i oppdraget var presisert at systemet skulle ha et brukerfokus, har vi ikke søkt etter forskningslitteratur mht evidens for effekter av dette, men gått ut fra at dette er en verdi som skal ligge til grunn. I forhold til å kartlegge for eksempel hva slags type informasjon brukerne kan nyttiggjøre seg i forhold til å gjøre informerte brukervalg, må dette utredes nærmere, da rammen for dette prosjektet ikke ga anledning til å gå næyere inn i dette.

Betydningen av samarbeid med sentrale aktører

I tillegg til at det understrekes i mandatet at sentrale aktører skal trekkes inn i vurderingen av ulike tilnærminger og ordninger som vil kunne inngå i et nasjonalt kvalitetssystem, er tett samarbeid med andre aktører viktig i forhold til Kunnskapssenterets strategiske mål. Vi ønsker å være en åpen og effektiv organisasjon i kontinuerlig utvikling i tråd med målgruppenes behov. Mange ulike fagmiljø jobber systematisk med kvalitet i kommunehelsetjenesten, og det eksisterer allerede strukturer og system som har kvalitet i fokus. For å sikre forankringen til systemet må derfor alle sentrale aktører trekkes inn i arbeidet. Vi fikk raskt etablert ekstern prosjektgruppe som har vært til stor hjelp i arbeidet.

Det har vært avholdt to dialogkonferanser i periode, der vi inviterte bredt til å delta som referansegruppe for prosjektet (se forord for oversikt over inviterte). Den første ble avholdt i juni og den andre i september. I forkant av den første konferansen gikk vi bredt ut i egen organisasjon for å få tips til sentrale aktører når det gjaldt kvalitet i kommunehelsetjenesten. På bakgrunn av disse tipsene kontaktet vi aktuelle fagmiljø som igjen henviste videre (snowball sampling). Da vi var nådd til et punkt hvor mange av de samme fagmiljøene dukket opp uansett hvem vi spurte, sendte vi ut invitasjon til å delta i en referansegruppe. På konferansene har deltagerne diskutert tema fra en intervjuguide som var laget ferdig på forhånd. Det har blitt laget en oppsummering fra konferansene, og både intervjuguiden og oppsummeringene er lagt ved i vedlegg 8.

Søkestrategi for området ledelse

Vi søkte etter systematiske oversikter om effekter av helseledelse, inklusive sykepleieleidelse, på kvalitet i primærhelsetjenesten, i databasene Ovid MEDLINE, EMBASE, Psych INFO. I tillegg søkte vi i Cochrane Library, CED database, CINAHL, Isi web of Science, og Emerald Management. Søkestrategien kan fås ved henvendelse forfatterne. Vi fant i alt 217 systematiske oversikter, hvorav over 50 var relevante for temaet. Å lage en systematisk oversikt over dette ble for omfattende i forhold til prosjektets tidsramme, og vi valgte derfor kun å referere til noen av de som var mest aktuelle i forhold til publiseringsdato og relevans for primærhelsetjenesten i rapporten

Tabell 1: "Forankringslogg". Formaliserte møter og foredrag. I tillegg til dette kommer uttallige samtaler underveis med relevante aktører.

Dato	Type møte
25/5	Møte med kommuneoverlegen, Oslo Kommune
26/5	Fagrådet til Kunnskapssenteret

1/6	Oslo kommune, Fagmøte i Samfunnsmedisinsk forum. Bydelseoverleger og kommuneoverlege
3/6	Helsedirektoratet. Samtale om kvalitetskrav - tilskuddsordninger for undervisningssykehjem og undervisningshjemmesykepleie
4/6	Møte med representant for prosjektet SEDA, om erfaringer
9/6	Samtaler med forsker UiO og og Rokkansenteret om datainnhenting, legevirkosomhet samt helsetjenesteforskning, NFRs forskningsseminar
5/6	Helsedirektoratet, møte med oppdragsgiver om brukerperspektiv
15/6	Lederne for sykehjemsetaten Oslo, info om prosjektet + spørreskjema
18/6	Møte Dnlf i forbindelser med SAK
21/6	1. dialogkonferanse (ca 60 deltagere)
23/6	Møte med Helsedirektoratet - oppdragsgiver: Avklaring oppdrag/føringer + statusrapport/dialogkonferanse
18/8	Statens Helsetilsyn - avdeling for planlagt tilsyn. Møte angående veilederen for tilsyn med fastlegers arbeid i forhold til pasienter med demens.
19/8	Samarbeidsutvalget, Samfunnsmedisinere og folkehelsekoordinatorer, Finnmark og Nordland
25/8	Møte med fagavdelingene i Legeforeningen
26/8	Informasjon om prosjektet og tilbakemeldinger fra KS på rapporten så langt (8 deltagere fra forskjellige deler av KS)
16/9	Kunnskapssenterets årskonferanse (over 100 deltagere, fokus Primærhelsetjenesen)
20/9	Rådet for kvalitet og prioritering
20/9	Legeforeningen: om undersøkelse om LSU og SU
27/9	NSHs konferanse om helsetjenester til eldre (ca 120 deltagere)
29/9	Dialogkonferanse om elementene (ca 40 deltagere)
4/10	Primærhelsetjenesteavdelingen, Helsedirektoratet

Vedlegg 4. Intervjuguider og oppsummering fra to dialogkonferanser.

Dialogkonferanse 21.06.10 kl 10 - 15**Nasjonalt kvalitetssystem primærhelsetjenesten****Navn:****Gruppenr:****Kl. 10.30 –
11.10****Tema 1**

- **Hva er utfordringene i forhold til å lykkes med å utvikle et nasjonalt kvalitetssystem?**
- **Hvilke råd vil dere gi for å løse utfordringene?**

Kl 10.30 – 10.40

Parvise samtaler

Kl 10.40 – 10.55

Hvert par forteller gruppen hvilke utfordringer de har identifisert og hvilke råd de vil gi (4 min pr par). En sekretær noterer ned sentrale moment på et ark som leveres inn.

Kl 10.55 – 11.10

Gruppa diskuterer og velger hvilke hovedutfordringer og råd de vil legge fram i plenum. Sekretæren merker av hvilke utfordringer og råd som prioriteres.

Kl. 11.10 – 11.30

Plenum: Hver gruppe legger fram resultatet av diskusjonen (3 min pr gruppe).

**Kl. 11.40 –
12.10****Gruppediskusjon 2. Tema: Hvordan kan et nasjonalt kvalitetssystem sikre at brukerperspektivet blir ivaretatt?**

Kl. 11.40 – 11.50

Parvise diskusjoner med ny partner (snu deg motsatt vei fra sist)

Kl 11.50 – 12.10.

Gruppediskusjon, inkludert konklusjon: Hvilke to momenter vil dere løfte fram i plenum? Sekretæren noterer ned alle momenter som kommer frem og merker av de prioriterte momentene.

Kl. 12.10 – 12.30

Oppsummering i plenum. Hver gruppe legger fram de prioriterte momentene.

Kl. 13.15 – 13.30

Innledning til de to neste gruppeoppgavene.

<p>Kl 13.30 – 14.00</p>	<p>Gruppediskusjon 3. Hvilke elementer tenker dere er viktig at et nasjonalt kvalitetssystem inneholder for å oppfylle målene?</p>
<p>Kl 13.30 – 13.40</p>	<p>Parvise samtaler</p>
<p>Kl 13.40 – 14.00</p>	<p>Gruppediskusjon, inkludert konklusjon: Hvilke to momenter vil dere løfte fram i plenum? Sekretæren noterer ned alle momenter i diskusjonen og merker av de prioriterte momentene.</p>
<p>Kl. 14.00 – 14.15</p>	<p>Oppsummering i plenum: Hver gruppe bidrar med to momenter</p>
<p>Kl. 14.15 – 14.45</p>	<p>Gruppediskusjon 4.</p> <p>Oppstart på diskusjonen: Hva skal til for at et nasjonalt kvalitetssystem ivaretar de ulike deltjenestenes behov og særpreg?</p> <p>Ingen oppsummering/drøfting i plenum, men sekretæren noterer innspill/synspunkter som kommer og de løftes inn i undergruppene.</p>
<p>Kl. 14.45 – 15.00</p>	<p>Veien videre v/avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl</p>

Tilbakemeldinger og anbefalinger fra dialogkonferansen nasjonalt kvalitetssystem 21/6-10

Dialogkonferansen inviterte deltakerne til å drøfte fire sentrale spørsmål i forhold til å identifisere elementer i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oppsummeringen har derfor tatt utgangspunkt i disse spørsmålene. Resultatet av innholdsanalysen er satt opp i tabellform under overskriftene "utfordringer" og "råd" da det viste seg at dette var en meningsfylt måte å gjøre det på, ikke bare i forhold til tema 1, hvor gruppene ble bedt om å identifisere utfordringer og råd, men også i forhold til de andre temaene.

Gjennomgangen av de skriftlige innspillene fra sekretærene og lytterne i gruppene har vist at mange tema kom opp mange ganger og i ulik form på tvers av spørsmålene. Utsagnene har derfor blitt slått sammen og plassert enten som en utfordring eller et råd.

I de innspillene vi til nå har fått er det mange kloke tanker – ikke bare i forhold til et nasjonalt kvalitetssystem (NK), men også i forhold til kvalitetsforbedring generelt. Noen av disse innspillene – fordi de går igjen mange steder, er tatt med i det generelle punktet som kommer etter tabellen.

Tema 1: Utfordringer i forhold til å lykkes med et nasjonalt kvalitetssystem	Hvilke råd vil dere gi?
<p>Den kommunale styringsretten er en utfordring for et nasjonalt kvalitetssystem (NK):</p> <ul style="list-style-type: none">• Kommunene er ulikt organisert når det gjelder primærhelsetjenesten.• Det er store kommunale forskjeller både når det gjelder organisering, størrelse og demografi.• Uklart hvem som har den overordnede faglige styringen av helsetjenesten i kommunen.• Mange ufaglærte og stort forbruk av vikarer.• Kommunehelsetjenesten er fragmentert, og det er en "silo" tenkning som ikke fremmer helhet og samhandling. Noen	<p>Et NK må være felles for alle kommuner, samtidig som det må være tilpasset den enkelte kommune! Systemet må i tillegg:</p> <ul style="list-style-type: none">• Støtte opp om det lokale forbedringsarbeidet.• Være enkelt og funksjonelt, lett og lære seg, og kunne implementeres som en naturlig del av det daglige arbeidet.• Opplevs som nyttig av både brukere og fagpersonell.• Si noe om hva kvalitet er, for eksempel i form av utvalgte kvalitetsindikatorer som kommunene måler seg på.• Kvaliteten må både måles kvalitativt og kvantitativt.• Integre og ivareta det gode kvalitetsarbeidet deltjenestene har gjort og gjør.• Være godt forankret i den kommunale linjeledelsen for å sikre legitimitet. KS har en viktig rolle her!

<p>eksempler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Egne journalsystem i de ulike deltjenestene - fare for svikt fordi ingen har det helhetlige ansvaret. • Fysioterapitjenesten og fastlegene lever sitt eget liv. • Mange kommuner har ikke overbyggende elektronisk system som kommuniserer med deltjenestene. <p>Krav til kvalitet er ikke beskrevet i avtaleverket med fastlegene.</p> <p>Lokale kvalitetssystem i henhold til internkontrollforskriften helse og sosial er ikke på plass i mange av deltjenestene.</p> <p>Systemer for revisjon og videreutvikling mangler eller følges ikke.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kunne aggregere lokale data. • Være åpent og transparent • Ta hensyn til alle typer kunnskap - forskningsbasert, erfaringsbasert og brukerbasert. • Et felles overbyggende IKT system må på plass, dvs at alle kommunale etater har en overbygging der det elektroniske systemet samsnakker med ev. sidesystemer. Felles: Beredskap, HMS, avvik, administrative prosedyrer nivå • Vektlegge gode elektroniske verktøy som stimulerer til utvikling av kulturer som "lærer av feil". • Krav til kvalitet må beskrives i avtalene som kommunen lager med ulike helsepersonellgrupper – fastleger og fysioterapeuter. • Et NK må også sette fart i og revitalisere det lokale kvalitetsarbeidet. • Kunnskap om hvordan man kan jobbe systematisk med kontinuerlig forbedringsarbeid må forsterkes i utdanningssystemet for helsepersonell og helseledere.
<p>Vi vet for lite om kvaliteten i primærhelsetjenesten (PHT).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et NK må si noe om hvilke mål som skal nås – hva er kvalitet i PHT, og det må måles om de faktisk nås – både kvalitative og kvantitative målinger. Har pasienten det bedre, lever lenger osv? • Før NK implementeres må det kartlegges hvordan tjenestene faktisk fungerer på

	<p>utvalgte og viktige kvalitetsvariabler i dag. Mål må formuleres og det må måles med regelmessige mellomrom om målene blir nådd. Bare på den måten kan vi finne ut om et NK fører til forbedringer.</p>
<p>En forventningskrise fra befolkningen sin side i forhold til PHT. Ex: Er det rimelig at jeg må vente så lenge?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • *Et NK kan si noe om hva som er realistisk å forvente på sentrale kvalitetsvariabler, for eksempel når det gjelder ventetid, tilgjengelighet, brukermedvirkning osv.
<p>”Alle” snakker om behovet for kvalitetsindikatorer, hva ønsker vi, hva er det viktig å måle?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerorganisasjonene må ha mulighet til å være med å velge ut/påvirke valget av kvalitetsindikatorer for å sikre at de som oppleves som viktigst blir tatt med.
<p>Det kan oppstå svikt uansett hvor gode systemene er. Hvem skal ha ansvar for å følge opp et NK – på sentralt og lokalt nivå?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Spørsmålet må stilles i rapporten, og evt. løsninger/alternativer må skisseres. • Sentrale anbefalinger/føringer på lokal organisering og oppfølging av arbeidet. Ev. anbefalinger på hva slags kompetanse personer som skal arbeide med å følge opp systemene skal inneha. • Fremme kulturer som ”lærer av feil”. Drøfter meldekulturer, åpenhet i organisasjon ift avvik etc.
<p>Oppgave 2: Hvordan kan et nasjonalt kvalitetssystem sikre at brukerperspektivet blir ivaretatt?</p>	
<p>Erfaring fra praksis viser at det er grunn til å tro at det er et forbedringspotensiale når det gjelder det å ha et brukerperspektiv på tjenestene.</p>	
<p>Brukerperspektiv i utviklingen av et NK på <i>nasjonalt nivå</i>:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerorganisasjonene må være med i utviklingen av et NK for å sikre at brukerperspektivet gjennomføres konsekvent. • Brukerne må delta i utvelgelsen av kvalitetsindikatorer. Ved valg av

	<p>kvalitetsindikatorer bør man ta utgangspunkt der problemene er størst framfor hva tjenesteutøverne synes er mest spennende eller hvilke pasientgrupper som roper høyest.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brukerkunnskapen i Kunnskapssenterets modell for kunnskapsbasert praksis må få økt oppmerksomhet. • Brukerperspektiv er en viktig premiss for gode tjenester, og det er derfor viktig å fremme en kultur som sier at brukerkompetansen er nødvendig ved siden av solid fagkompetanse. Et NK må beskrive hvordan dette kan gjøres.
<p><i>Systemnivå:</i></p> <p>Det å ta brukermedvirkning på alvor handler om endring av kulturelle mønstre. Dette er krevende prosess.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brukerundersøkelser fra ulike deltjenester må ses i sammenheng på tvers av tjenestene. Nasjonal koordinering? • Det å ha et brukerperspektiv krever blant annet fleksible tjenestene som har et sterkt fokus på samhandling. • Det trengs tydelig og langvarig fokus og sterk lederforankring for å få til varige endringer i kulturelle mønstre som tar brukermedvirkning på alvor. • Kommunalt brukerutvalg bør settes sammen på tvers av tjenestene og gjerne ha med politikere. De skal ha reell innflytelse på hva som bør endres og hvordan. • Brukerorganisasjoner møter ledelsen av kommunens deltjenester noen ganger i året; hvordan står det til i vår kommune på sentrale områder?
<p><i>Tjenestenivå:</i></p> <p>Få av tjenestene har et enkelt system som gir pasienter lett tilgang til å gi tilbakemeldinger på de tjenestene de mottar.</p> <p>Tilbakemeldinger fra brukerne blir sjelden brukt til systematisk</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tjenestene må kunne dokumentere hvordan de ivaretar brukerperspektivet både på individ- og tjenestenivå. • Brukerne må inn i forbedringsteam. • Tjenesteutøverne må skolere seg i metoder for å innhente brukerkunnskap - også fra dem som ikke har så lett for å artikulere den.

<p>forbedringsarbeid.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et NK må kreve at den enkelte tjeneste lager et system for systematiske og regelmessige tilbakemeldinger til og fra pasientene. • Brukerundersøkelser og tilfredshetsmålinger må føre til praksisendringer for å ha verdi. • Et NK må kreve dokumentasjon på hvordan tjenestene bruker tilbakemeldinger fra brukerne til systematisk forbedringsarbeid.
<p><i>Individnivå:</i></p> <p>Pasientene møter et helsevesen med struktur, rutiner og prosedyrer hvor det ikke alltid er rom for brukerperspektivet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pasientens aktive deltakelse i egen behandling må sikres – informasjon, preferanser, perspektiver. Pasienten skal delta i beslutningsprosessen. Det må nedfelles at brukermedvirkning er en del av behandlingen. • Kvalitetssystemet bør måles på om brukerperspektivet er tydelig i det enkelte pasientmøtet (jf. Hagen behandlingsenhet og brukerstyrt praksis). • Ta høyde for at brukergruppene er ulike, og særlig ift evne til å fremme egne behov. Eksempelvis "personer med demens", eller "utviklingsforstyrrelser", "rus/psykiatri" etc. Vurdere andre verktøy/metoder for å innhente brukermedvirkning.
<p>Oppgave 3: Hvilke elementer tenker dere er viktig at et nasjonalt kvalitetssystem inneholder for å oppfylle målene?</p>	
<p>Hva "er" et NK i motsetning til et lokalt kvalitetssystem?</p> <p>Hva er målene med et NK, og hva skal måles i tjenestene?</p> <p>Hva menes med elementer?</p> <p>Hvilke kvalitetsdefinisjon ligger</p>	<p>Kunnskapssenteret må beskrive sentrale elementer som kan inngå i et NK, og det må skapes konsensus blant sentrale aktører, ikke minst brukerorganisasjonene. Forslag til element:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Systemet bør kunne si brukerne noe om hva som kan forventes av tjenestene – type "serviceerklæring".

til grunn?

Hvem skal ha ansvar for å følge opp? Opprette nye funksjoner eller benytte eksisterende – helsetilsyn/fylkeslege, til oppfølging?

- Systemet bør ta utgangspunkt i helheten, men avgrenses til oppgaver/kvaliteter som det er enighet om at er viktige.
- Systemet må muliggjøre benchmarking (RAVE), for eksempel sikre at fastlegene kan sammenligne egen kvalitet med andres.
- Elementene i NK må skaffe politikere gode beslutningsgrunnlag
- Systemet må ha noen som utøver en pådriverfunksjon - er motor i arbeidet.
- Det må inneholde evalueringsverktøy
- Styringsdata må inn i kvalitetssystemet.
- Systematisering og gjenbruk av data som allerede eksisterer
- Kvalitetsindikatorer – noen få felles, og noen spesifikke – maks 10, som revideres over tid.
- Forslag til prosessindikator; krav om at det er et visst antall tverrfaglige team (avhengig av innbyggertall) med brukere som jobber med forbedringsarbeid.
- Valg av indikatorer må også ha et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Ex på indikator: Hvor mange har fått hjemmebesøk av jordmor etter 48 timer.
- Felles system for hvordan behandle avvik og klager.

Andre elementer som ble nevnt:

- Retningslinjer
- Metoder
- Pasientforløp
- Guidelines
- Incentiv for bedre kvalitet
- Felles kompetansekriterier – akkreditering/sertifisering

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Fagprosedyrer ○ Administrative prosedyrer som har fokus på samhandling og brukerperspektiv ○ Beredskap og krisehåndtering ○ HMS ○ Tjeneste/funksjonsbeskrivelser
<p>Grenseflateproblematikk – hvordan samarbeider vi med andre? Svikten er særlig stor i overgangen mellom tjenestene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Et NK må ha mål på samhandling mellom tjenestene, og sterkt fokus på dette. • Helsepersonell må ha kompetanse på samhandling. • Noen må ha ansvar for samhandling på tvers. • Fastlegene må ha fokus på det de produserer <u>sammen med</u> de andre deltjenestene, og ha takster som omfatter dette.
<p>Mange ulike system for innhenting av data eksisterer i PHT i dag (Gericca/IPLOS osv.) Hva finnes av slike system, hvordan henger de sammen, hvordan kommer data tilbake til tjenestestedene, blir de brukt til systematisk forbedringsarbeid osv?</p> <p>Pasientforløp i PHT kan være mer problematisk å beskrive enn mer strømlinjeformede behandlingsforløp i 2. linjetjenesten.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Svarene på disse spørsmålene må finnes. Et NK må sette eksisterende system i sammenheng før det utvikles noe nytt. Viktig kartleggingsjobb. • Kartlegge barrierer som er til hinder for samarbeid om pasienten eller flyt i pasientforløpet.
<p>Oppgave 4: Hva skal til for at et nasjonalt kvalitetssystem ivaretar de ulike deltjenestenes behov og særpreg?</p>	

<p>NK – den største faren er at det ender opp med kun å ivareta deltjenestenes behov, ikke brukerperspektivet, fordi det er så mye annet som styrer det daglige arbeidet og prioriteringer. Oppdelingen i de fire undergruppene er motsetningsfullt i forhold til brukerperspektivet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Søyte/silotenkningen må IKKE prege et NK. For brukerne spiller det ingen rolle hvem som gjør hva. • NK må ha fokus på flyten MELLOM tjenestene. • SAK (legeforeningen) og andre faggruppers og fagorganisasjoners arbeid når det gjelder kvalitet må kartlegges og evt. inn i et NK. • Selv om det skal ivareta brukerperspektivet, er det nødvendig at et NK er forankret i og har legitimitet i deltjenestene, men oppdelingen i de fire områdene må endres slik at blant annet rehabilitering får fokus. Se punktet: Noen generelle synspunkter. • Hver deltjeneste, uansett oppdeling, må bli oppfordret til å definere hva som er kvalitet i deres tjeneste. Mye er gjort - "arvesølv". Hva tenker brukerorganisasjonene om dette? • Kan NK beskrives ut fra pasientforløp i stedet for ut fra deltjenestene? • Viktig å utvikle en enkel overbyggende modell for NK som er felles og vil kunne appliseres, detaljeres og videreutvikles i deltjenestene
---	---

Noen generelle synspunkter er samlet som tekst i det følgende punktet:

- Et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten skal bidra til kvalitetsforbedring. Det vil si at tjenesten må bli mer virkningsfulle og øke helseutfallet for brukerne av tjenestene.
- Viktig å ikke bare tenke syk-frisk, når målene for et NK settes opp og indikatorene velges ut, men også ha fokus på bedre livskvalitet gjennom sykdoms- og livsmestring. Syk-frisk-tenkning gjør helsepersonell til ekspertene. Sykdoms- og livsmestringsperspektivet setter fokus på brukernes erfaringskompetanse og subjektive mål.
- Vektlegge behov for forskning og evaluering både når det gjelder kvalitetsforbedring og kvalitetssystemet, og som grunnlag for å utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten.

- Forbedringskunnskap må inn i alle helseprofesjonsutdanningene, i grunnvidere og etterutdanningene. Videre må alle helsearbeidere dokumentere at de driver konkret kvalitetsutviklingsarbeid i lys av slik kunnskap, og etter anerkjente modeller.
- Kommentar til gruppediskusjon 4 (om de fire deltjenestene): Og der glapp brukerperspektivet ...!
Ulike synspunkter på oppdelingen i fire deltjenester:
 1. Viktig med oppdelingen for å ta høyde for forskjeller i finansiering og organisering og nasjonalt/internasjonalt kvalitetsarbeid i regi av de ulike faggruppene.
 2. Firedelingene er uheldig hvis man ønsker å styrke samhandling mellom tjenestene og sikre brukerperspektivet. Oppdelingen ser ikke primærhelsetjenesten i et brukerperspektiv men i et tjeneste-/profesjonsperspektiv. Og hvor blir det av den tverrfaglige rehabiliteringen som skal styrkes i kommunene?
 3. Forslag til alternativ oppdeling – disse områdene er lovpålagt i kommunehelsetjenesten i dag:
 - Helsefremmende og forebyggende arbeid
 - Kurativ virksomhet
 - Rehabilitering/habilitering
 - PLO
- Når det gjelder kvalitetsbegrepet i et NK må følgende klargjøres:
 - Hva er kvalitet - for myndigheter, tjenesteytere og brukere? Nasjonale standarder.
 - Hva er tenkningen bak et nasjonalt kvalitetssystem, og hvilket formål skal det egentlig fylle?
 - Hvilke kvalitetsindikatorer sier noe sant og vesentlig om kvaliteten på systemet og tjenestene?
 - Det må utvikles gode prioriteringskriterier for primærhelsetjenesten.
- Tjenesten
 - Det må ligge stimuleringsvirkemidler i kvalitetssystemet – ikke bare forordninger
 - Systemet må kunne avdekke om det er tilstrekkelig ressurser i tjenesten
 - Oppdraget må tørre å si noe om prioriteringer
 - Vurdere om representanter fra lærings- og mestringssentra skal trekkes inn i arbeidet?

- Primærhelsetjenesten er vanskeligere å måle enn spesialisthelsetjenesten. I en rapport fra Danmark etterlyste brukere fire elementer i forhold til kvalitet:
 - a) informasjon
 - b) kontinuitet
 - c) reell brukermedvirkning
 - d) pasientsikkerhet

Dialogkonferanse 29.09.10 kl 10 - 15	
Nasjonalt kvalitetssystem primærhelsetjenesten	
Navn:	Gruppenr:
Kl. 11.15 – 12.15	<p>Tema 1 Elementene.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Av de foreslåtte elementene – hvilke er det viktigst å få utviklet og implementert? • Er det andre elementer enn dem som er beskrevet som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem? Begrunn hvorfor. • Er det noen elementer dere mener ikke hører hjemme i et nasjonalt kvalitetssystem? Begrunn hvorfor. <p>Parvise samtaler om spørsmålene i tema 1 i 10 min.</p> <p>Hvert par forteller gruppen hvilke svar de har på de tre stilte spørsmålene. 5 min pr par. Begrunn svarene kort.</p> <p>Kl 11.15 – 11.25</p> <p>Kl 11.25 – 11.40</p> <p>Grappa diskuterer forslagene og prøver å bli enige om hvilke det er viktigst å få utviklet og implementert, hvilke andre elementer som bør inn, og hvilke som evt. ikke hører hjemme i et nasjonalt kvalitetssystem. 15 min. Gruppeleder noterer ned svarene, renskriver og leverer notatet til koordinator Toril Bakke.</p> <p>KL 11.40 – 11.55</p> <p>Plenum 20 min: Hver gruppe legger fram resultatet av diskusjonen. 4 min pr gruppe.</p> <p>LUNSJ</p>
Kl. 13.00 – 14.00	<p>Gruppediskusjon 2. Tema: De enkelte elementene.</p> <p>Hver av gruppene har fått tildelt ett eller to elementer. Diskuter styrke og svakheter ved elementene i forhold til å inngå i et nasjonalt kvalitetssystem.</p> <p>Kl. 13.00 – 13.10</p> <p>Parvise diskusjoner i 10 min – styrke og svakhet, i forhold til de tildelte elementene.</p> <p>Kl 13.10 – 13.25.</p> <p>Hvert par forteller gruppen hvilke styrke og svakheter de mener elementet har i forhold til å inngå i et nasjonalt kvalitetssystem. 5 min på hvert par.</p> <p>Gruppediskusjon, inkludert konklusjon, 15 min: Hvilke styrke og</p>

Kl. 13.25 – 13.40	svakheter ved elementet/ene dere har diskutert vil dere løfte fram i plenum? Gruppeleder noterer ned alle momenter som kommer frem og løfter konklusjonen inn i plenum.
Kl. 13.40 – 14.00	Plenum: Oppsummering fra gruppene – styrke og svakheter de mener elementet har i forhold til å inngå i et nasjonalt kvalitetssystem. 4 min. på hver gruppe.
Kl. 14.00 – 14.45	Gruppediskusjon 3. Tema: Nasjonal enhet og partnerskapsmodell.
Kl. 14.00 – 14.15	Gruppediskusjon 15 min : Diskuter fordeler og ulemper ved å opprette en nasjonal enhet som kan ”holde i” – dvs. koordinere utviklingen og implementeringen av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Gruppeleder noterer ned fordeler og ulemper som kommer frem, renskriver og lever notatet til koordinator Toril Bakke.
Kl 14.15 – 14.30	Gruppediskusjon 15 min : Vi har foreslått en partnerskapsmodell for utvikling, implementering og videreutvikling av et nasjonalt kvalitetssystem. Hva bør legges vekt på i et slikt partnerskap? Gruppeleder noterer ned de momentene som kommer frem, renskriver og leverer notatet til koordinator Toril Bakke.
Kl. 14.30 – 14.45	Fremlegg i plenum, til sammen 15 min . Hver av gruppene har ca. 3 min. Veien videre v/avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl. Takk for bidragene og vel hjem!

Oppsummering fra dialogkonferansen 29/9

Team 1 Elementene som helhet. Av de foreslåtte elementene – hvilke er det viktigst å få utviklet og implementert? Andre elementer som bør inn? Noen elementer som bør ut?	Kommentarer:
<p>Stor enighet blant sentrale aktører: For å få full effekt av de andre elementene er det aller viktigste nå å få på plass et velfungerende IKT system både på tvers av de ulike tjenestoområdene og ikke minst på tvers av nivåene i helsetjenesten.</p>	<p>Kravspesifikasjonene må utarbeides på statlig nivå for å sikre at systemet kan snakke med alle på tvers.</p> <p>Når et IKTsystem er på plass, enten på lokalt/regionalt eller nasjonalt nivå, MÅ noen ha ansvar for å oppdatere det slik at alle kan stole på at retningslinjer, veiledere osv som ligger der er korrekte.</p> <p>De andre elementene kan jobbes med parallelt som det jobbes med å få IKT på plass.</p>
<p>Kompetanse- en stor utfordring i kommunen, mange små stillinger og mange ufaglærte. Et nasjonalt kvalitetssystem (NK) må ta hensyn til dette faktum.</p>	<p>Kompetanse på systematisk forbedringsarbeid mangler i kommunene, dette gjelder både medarbeidere og ledere. En stor utfordring.</p> <p>Kommunen må ha oversikt over: Hvem er målgruppen av pasienter? Hvilken type personell har man utfordringer ift og hvilke utfordringer har man?</p> <p>I tillegg til fag-, forbedrings- og kunnskapsbasert kompetanse må personlig kompetanse også være i fokus - holdninger og etikk, få til det gode møtet med hver enkelt bruker.</p> <p>For å sikre den nødvendige kompetanse må hver enkelt institusjon utarbeide en kompetanseplan for den enkelte medarbeider som speiler de utfordringene</p>

	<p>virksomheten står overfor når det gjelder kvalitet.</p>
Brukerperspektivet	<p>Må lage et informasjonssted (nettside) som sikrer lett tilgjengelighet og lett tilgang til informasjon: Hvor kan man henvende seg i kommunen når det gjelder helsetjenester, hvem kan man ringe og når. NB: Det må planlegges godt hvordan brukere som ikke er på nett får tilgang til informasjon.</p> <p>Brukerorganisasjonene må trekkes inn i arbeidet med å finne ut hva som gjør det enklere å være bruker. Godt ex.: Skottland – 24 timers døgnåpent Call-center.</p>
Ledelse	<p>Uansett hvor fantastisk fint kvalitetssystem som utvikles hjelper det ikke hvis ikke ledere på hvert nivå bruker det aktivt, vektlegger betydningen overfor medarbeidere, og etterspør bruk av det daglig.</p> <p>Kommunehelsetjenesten trenger ledere med endringskompetanse!</p> <p>Hvordan er endringskompetanse/systematisk forbedringsarbeid vektlagt i helsefagutdanningene?</p> <p>I tillegg til forankring i ledelsen, må medarbeiderne ha eierskap til kvalitetsarbeidet.</p>
Faglige retningslinjer	<p>Det mangler ikke faglige retningslinjer, veiledere osv., det som mangler er at de ikke blir implementert og tatt i bruk!</p> <p>Det får ingen konsekvenser om man ikke følger nasjonale retningslinjer. De må ikke bare utvikles, men også implementeres, og det må sikres at de følges opp, gjerne i form av indikatorer som måles.</p>
Økonomiske stimulerings tiltak osv.	<p>Et system med øk stimulerings tiltak vil ikke være effektivt og meningsfullt hvis ikke</p>

	indikatorer og nasjonale mål er på plass.
Avviksregistrering	Kan det være avvik at man ikke følger retningslinjene? Hvordan registrere pasientenes opplevelser av avvik/dårlig kvalitet i dag? Det registreres ikke! Dette må endres.
Oppsummering:	<p>IKT, kompetanse – inkludert brukerperspektivet, og ledelse, var elementer som ble vektlagt i alle gruppene som viktigst å få et system på. Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid ble også fremhevet som viktig å få på plass fort.</p> <p>Flere var inne på betydningen av å ha en type <i>kvalitetsutvalg</i> på helsefeltet i hver enkelt kommune. Noen av de sentrale aktørene hadde positive erfaringer med dette i egne kommuner. Det ble også diskutert om det kan være nyttig å lovfeste kvalitetsutvalg i kommunehelsetjenesteloven, slik det er gjort i spesialisthelsetjenesteloven. Noen av de sentrale aktørene hadde mer tro på ”produktet”, for eksempel en kommunal selvangivelse når det gjelder kvalitet, enn flere utvalg.</p>
<p>Tema 2: De enkelte elementene, styrke og svakhet.</p> <p>1. Kompetanse:</p>	<p>Styrke: Elementet angår alle uavhengig av om man har lite eller mye kompetanse. Om kompetansebegrepet er vidt og inkluderer erfaringskompetanse og personlig kompetanse vil det også gjelde ufaglærte og brukere</p> <p>Styrke: Elementet utgjør en viktig utfordring i tjenestene i dag - stor variasjon når det gjelder kompetanse innad og på tvers av tjenester og mellom by og land.</p> <p>Svakhet: Når vi blir opptatt av kompetanse, blir vi lett opptatt av oss selv som tjenesteytere og ikke av pasientene og hva de</p>

<p>2. Brukerperspektiv</p>	<p>trenger av oss. Hvilken kompetanse etterspør brukerne? Styrke: Hvis resultat av brukerundersøkelser rapporteres tilbake til avdelingen og brukes til forbedringsarbeid.</p> <p>Svakhet: Hvis brukerne ikke opplever at det blir gjort endringer etter at de har gitt tilbake sine erfaringer</p> <p>Styrke: Hvis vi kan spørre – hva er det viktigste vi kan gjøre for deg nå?</p> <p>Styrke: Gjøre det enkelt for brukerne og gi tilbakemelding både om positive og negative opplevelser.</p> <p>Svakhet: Hvis ikke sårbare grupper også får mulighet til informasjon, medvirkning og annen type påvirkning.</p> <p>Svakhet: Det at mange organisasjoner lager sine egne brukererfaringsundersøkelser som ikke er validert og derfor umuliggjør sammenlikning.</p> <p>Svakhet: Vanskelig/tungvint å finne informasjon om kvalitet, søknadsrutiner, klagemuligheter osv. i dag.</p>
<p>3. Ledelse og ledelsesforankring</p>	<p>Styrke: Hvis brukerorganisasjonene er aktivt med og planlegger og utvikler NK.</p> <p>Styrke: At lederne forbedrer kvaliteten, ikke delegerer bort ansvaret til noen andre, for eksempel i stab. Forankringen blir for svak. Ledere må være involvert og involvere.</p> <p>Svakhet: At ledere i for liten grad motiverer medarbeidere i forhold til kvalitet.</p> <p>Svakhet: Hvem skal lede det totale arbeidet</p>

<p>4. Faglige retningslinjer</p>	<p>med kvalitet i kommunehelsetjenesten? Hvem følger opp de selvstendig næringsdrivende som ikke har avtale med kommunen? Kommunen må ta et ansvar for å tydeliggjøre dette.</p> <p>Styrke: Tydelige ledere som leder kvalitetsarbeidet sammen med medarbeidere og brukere.</p> <p>Styrke: Hvis alle tjenestestedene stiller krav til at lederne deltar i forbedringsarbeidet; <i>på tvers</i> av tjenestene. Forpliktelse til å delta!</p> <p>Top down (lederforankring) og bottom up – deltakelse og involvering av brukere og medarbeidere er like viktig og begge deler må være på plass. Dette gjelder også utvikling av et NK.</p> <p>Styrke: De styrker den faglige forsvarligheten og kan være bakgrunn for definering av kvalitetsindikatorer.</p> <p>Svakhet: De er ikke styrende nok i virksomhetene. Det viktigste innholdet i en retningslinje bør lovfestes i en forskrift.</p> <p>Svakhet: Lite fokus på tverrfaglighet og ofte medisinsk fokus.</p>
<p>5. Statistikk, målinger og indikatorer</p>	<p>Svakhet: De er ikke "samhandlingsorienterte" nok.</p> <p>Indikatorer: Svakhet: Resultatindikatorer er vanskelige å utarbeide – avhenger blant annet av case mix.</p> <p>Styrke: Prosess og resultatindikatorer er helt sentralt for å kunne måle kvalitet og kunne sammenlikne, antagelig mest hensiktsmessig med flest indikatorer på</p>

<p>6. Synliggjøring av kvalitet</p>	<p>prosess, fra forskjellige dimensjoner. Men trenger også data på strukturkvalitet, bl.a. aktivitet.</p> <p>Styrke: Automatisk datafangst. NB: Viktig med rask tilbakemelding til de som melder inn data. Målingene blir uaktuelle og motivasjonen til å måle synker.</p> <p>Styrke: Tilgang til informasjon er viktig for brukere og ledere, kan også brukes til motivasjon til intern kvalitetsforbedring og sammenligninger.</p>
<p>7. Økonomiske insentiver</p>	<p>Svakhet: Hvis det er tvil om man kan stole på at tallene er korrekte.</p> <p>Styrke: Hvis dataene er aktuelle og informasjonen god.</p> <p>Styrke: Dersom det brukes på tjenestenivå som stimuleringsmiddel for å oppnå kvalitet. For eksempel en tjeneste som forplikter seg til å heve seg opp på et høyere kvalitetsnivå - får økonomisk tilskudd for å oppnå dette. Det forutsetter at man har definert ulike kvalitetsnivåer. Eller det kan brukes for å honorere på tjenestenivå hvis man oppnår nasjonale etterprøvbare mål for kvalitet innen spesifikke områder.</p> <p>Svakhet: Om det benyttes på individnivå. Det blir feil å fokusere på den enkelte tjenesteyter og det vil lett forvrengte innsats i retning av hva som honoreres. Muligens kan samme svakhet også gjelde på tjenestenivå.</p>
<p>8. Benchmarking/læringsnettverk osv.:</p>	<p>Svakhet: Usikkerhet om det reelt sett virker for å bedre kvaliteten, og at det kan føre til at enkelte går etter pengene og ikke etter kvalitet for pasientene.</p>

	<p>Svakhet: Hvis tallene ikke har legitimitet: "Tallene i KOSTRA stemmer ikke i vår kommune".</p> <p>Styrke: Benchmarking er bra hvis det blir brukt i læringsøyemed.</p> <p>Styrke: Man kan måle seg med seg selv og dermed stadig forbedre seg.</p> <p>Svakhet: Hvis nettverk ikke blir noe mer enn erfaringsutveksling.</p> <p>Styrke: KS har brukt lærings- og effektiviseringsnettverk i lang tid. Må bruke erfaringer herfra. Er det evaluert?</p>
<p>9. Avviksregistrering</p>	<p>Svakhet: Case-mix-perspektivet, må være klar over dette og ta hensyn til det. Ex. Noen fastleger har pasienter med mer kompliserte lidelser enn andre.</p> <p>Styrke: Avviksregistrering er en svært viktig del av kvalitetsarbeidet, og brukerne må derfor også kunne melde avvik.</p> <p>Styrke: Hvis det er trygghet for at det ikke blir brukt mot en, for eksempel reist tilsynssak, hvis man selv melder et avvik/uheldig hendelse.</p> <p>Svakhet: Mange meldte avvik – dårlig kvalitet på tjenesten? NEI! Det viser seg at tjenester som er flinke til å rapportere avvik sannsynligvis også er bevisste på betydningen av å lukke dem.</p>
<p>10: Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid</p>	<p>Svakhet hvis avviksregistrering er på nasjonalt nivå: Kan virke mot sin hensikt og fører ikke til læring.</p> <p>Styrke: Støtte og faglige ressurser er viktig i kvalitetsarbeidet. Mange føler seg alene.</p>

	<p>Svakhet: Det finnes mange nettverk/ kompetansesentre/nettsteder i dag som jobber med kvalitet, men disse er ikke samordnet.</p>
<p>Tema 3: Nasjonal enhet og partnerskapsmodell</p>	
<p>Fordeler og ulemper ved en nasjonal enhet (NE):</p>	<p>Fordeler med en NE: En NE er nødvendig for å starte opp systemet og holde i det:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Få kvalitetsindikatorer på plass 2. Samle data 3. Analyserer data 4. Koordinere samarbeidet om utvikling og implementering. <p>Ulemper: Det er mange enheter som allerede driver med kvalitetsarbeid på nasjonalt nivå – trengs enda en enhet? Byråkrati kan øke og uklarhetene kan bli enda større enn i dag om hvilke instanser som gjør hva.</p> <p>Fordel: Vi trenger en enhet som samler kvalitetsarbeidet i helsetjenesten i ett rike! Veiledningsansvar må legges mer lokalt.</p> <p>Fylkesmannen kan ha den koordinerende funksjonen, men utvikling av indikatorer må gjøres i et nasjonalt i partnerskap. Hvordan løser fylkesmennene sine rådgivnings-/veiledningsoppgaver pr i dag? Mange med ansvar for kvalitet får ikke den hjelp og støtte de har behov for.</p> <p>Hvem har ansvar for hva i dag når det gjelder kvalitet i kommunehelsetjenesten? Sånn sett fint med en koordinerende enhet. Men: Det kan gi mer byråkrati</p> <p>Svakhet: Hvis en slik enhet ikke koordinerer arbeidet med lokale kvalitetskrav kommuner</p>

	<p>stilles overfor. Viktig at kvalitetssystemet bygges opp nedenfra, og at koordinering skjer regionsvis, fortrinnsvis i regioner sammenfallende med HF. Allerede mange fungerende samhandlingsavtaler på dette nivå når det gjelder kvalitet. Viktig å kartlegge hva som finnes i dag.</p> <p>Muligens kan en nasjonal enhet (helst en som allerede eksisterer) utvikle systemet, mens man legger ansvaret for oppfølging av ulike deler av kvalitetssystemet til eksisterende regionsentra som har ansvar for kvalitetsregistre for helseforetak i dag. På regionnivå finnes regionsamarbeid av rådmenn, og det er helt nødvendig at kvalitetssystem for kommunene er forankret på rådmanns og politisk nivå.</p>
<p>Partnerskapsmodell:</p>	<p>Ulempe: Kan bli "liksomdemokrati".</p> <p>Styrke: Hvis tydelige kvalitetsmål ligger til grunn.</p> <p>Fordel: Forankringsprosesser på alle nivå og alle sentrale aktører er viktig.</p> <p>Fordeler: Åpne diskusjoner som tar høyde for flere parters opplevelse av virkeligheten kan løse fastlåste posisjoner.</p> <p>Ulemper: Kan en slik modell bli for "flat" og hindre at beslutninger blir tatt?</p> <p>Vi må bygge på det vi allerede har pr i dag av strukturer og system, alle sentrale aktører må med, ikke minst brukerorganisasjonene. Høgskoler og universitet er også sentrale.</p> <p>Det viktige er en overordnet beslutning om at kvalitetsdata som skal samles inn og hvordan dette skal skje slik at man kommer i</p>

	gang. Styrke: Partnerskap, allmennmedisin – involvere brukerne, kontorpersonalet og andre yrkesgrupper i forbedringsarbeidet.
--	--

Generelle kommentarer:

Utviklingen av et NK og samhandlingsreformen må skje i tett sammenheng med hverandre.

Det forebyggende helsearbeidet må få fokus i et NK.

Det kom ikke frem forslag om element som skal ut, men det må ryddes i hva som er element og hva som er tiltak.

For å lykkes med et NK må kommunene ha støtte, gjerne i form av læringsnettverk.

Kravene i et NK må samordnes med alle de andre kravene kommunene står overfor.

Det vil også være viktig å få på plass en tydeligere definisjon av hva et kvalitetssystem er og hvilke formål det skal ha.

Undervisningssykehjem og hjemmetjenestene blir nå omdøpt til utviklingscenter – kan være en god spredningspartner for nasjonale løft/tiltak/gode eksempler. Strategidokumentet er på høring!

Det er mulig at vi må være tydeligere på å definere hva et kvalitetssystem er, og hva som er målene med systemet.

Vedlegg 5. Pasientsikkerhet

Forfatter: Ingrid Sperre Saunes, seniorrådgiver

Vedlegg til rapport nr 20-2010, *Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetsystem for primærhelsetjenesten*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

I de senere årene har pasientsikkerhet fått økende oppmerksomhet, både på den internasjonale arenaen og i de regionale helseforetakenes strategier. Pasientsikkerhet retter søkelyset på risikable trekk ved behandling, pleie eller system som kan skade pasienter i møte med helsetjenesten. Både nasjonalt og internasjonalt har definisjonen av pasientsikkerhet blitt diskutert og i Norge defineres Pasientsikkerhet på denne måten): *Vern mot skader som følger av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser*. Denne definisjonen er i tråd med definisjonen til verdens helseorganisasjon og andre nordiske land (1). En rekke land som USA, Danmark, Nederland, England og Skottland har gjennomført nasjonale kampanjer for å redusere pasientskader og uønskede hendelser i helsetjenesten, da særlig spesialisthelsetjenesten(2). I 2011 kommer det en nasjonal kampanje for pasienter sikkerhet i Norge, hvor primærhelsetjenesten blir invitert til å delta.

Vi har i dag ikke gode mål på pasientsikkerhet i Norge. "Hvor mange blir skadet" og "hvor skadet blir de" er spørsmålene vi ikke kan gi gode svar på. Innenfor spesialisthelsetjenesten er det de senere årene utviklet en rekke redskap eller måleinstrument som kan bidra til å gi oss informasjon(3). Det har vært lite fokus på skader knyttet til primærhelsetjenesten, selv om det er her de fleste pasienter møter helsetjenesten. Samtidig er det en tendens at primærhelsetjenesten overtar omsorgsansvaret for pasienter med stadig mer komplekse behov. I 2008 var fjorten prosent av sakene som ble meldt til Norsk pasientskadeerstatning fra primærhelsetjenesten(<http://npe.no>). En oppsummering av litteraturen fra Verdens helseorganisasjon, viser til variasjon i estimat av forekomst av pasientskader i primærhelsetjenesten fra fire promille til 24% (4).

Det er utviklet en metode for strukturert journalgjennomgang på sykehus for å registrere skader. Det er basert på identifisering av triggere/spesielle ord i pasientjournaler med påfølgende vurdering om pasienter har fått skade. Tilsvarende metode for primærhelsetjenesten er nå utviklet og tatt i bruk i England, Primary Care Trigger Tool(PCTT)
http://www.institute.nhs.uk/safer_care/safer_care/trigger_tool_portal.html.

I Norge har enkelte allmennlegekontor utviklet og tatt i bruk egne avvikssystem med registrering av det som betegnes som obs-hendelser (hendelser som må følges opp og observeres). Der registreres eksempelvis feil på utstyr, prøver, uhell, girofeil, personlige feil fra lege/medarbeidere, eller klager fra pasienter uansett årsak. "Trinn Vis Kvalitet" er et internkontrollsystem/kvalitetssystem for legekantor og legevakter som er utviklet i Norge(5, 6). Det inneholder blant annet system for å melde avvik, en risikokalkulator, og et system for regelmessig kvalitetsgjennomgang. Det er ikke et felles system som kan gi en samlet oversikt over avvik i norsk primærhelsetjeneste, og heller ikke et system for informasjon om pasientskader.
<http://trinnvis.no/> Vi har ikke noe eget meldesystem for egenrapportering av feil eller skader for pasienter i Norge.

Norske spørreskjemaundersøkelser om har spurt om pasienter som har vært på sykehus mener seg feilbehandlet. I 2006 var det 10 % som svarte i noen eller svært stor grad (7). Tilsvarende undersøkelser kan gjennomføres for pasienter i primærhelsetjenesten.

I Nederland er det gjennomført spørreskjemaundersøkelser for allmennleger, hvor legene blir bedt om å vurdere hva de mente var usikker praksis og hva de vurderte som risikofaktorer for primærhelsetjenesten. Manglende utfylling og oppdatering av pasientjournaler, samt mangelfull registrering av elektroniske advarsler og oppmerksomhet om legens ansvarsområde ble regnet som kritiske tema. Dårlig relasjon mellom lege og pasient, manglende faglig oppdatering hos leger og multifarmasi var de risikofaktorene som skåret høyest (8).

Primærhelsetjenesten har en lang tradisjon for tverrfaglig samarbeid og er ofte relativt små organisasjoner med flat struktur, noe som ofte kjennetegner organisasjoner som med høy grad av pasientsikkerhetskultur. Måling av pasientsikkerhetskultur brukes ofte som en indikator for pasientsikkerhet. De fleste målingene av pasientsikkerhetskultur har imidlertid vært knyttet til pasientsikkerhetskultur i somatiske sykehus. De siste par årene er det utviklet egne skjema også for primærhelsetjenesten, både for institusjoner i primærhelsetjenesten (AHRQ og NHS), og også for leger med egen praksis(NHS).

Utvikling av Trigger Tool for fastleger og gjennomføring av pasientsikkerhetskulturmålinger i sykehjem bør prioriteres når det gjelder utvikling av metoder for måling av pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten. Pasienters erfaringer med helsetjenesten kan være en viktig kilde til informasjon, og utvikling av et eget meldesystem eller spørreskjemaundersøkelse er en måte å få tak i pasienters erfaringer. Det er ikke klart hva som er de største utfordringene for pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten. I den nederlandske undersøkelsen ble multifarmasi vurdert å være en av de største risikofaktorene, mens Helsetilsynet i Norge vurderer uforsvarlig legemiddelhåndtering som å ha lite omfang. Behovet for kunnskap om pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten er stort i Norge, det gjelder både omfang, skadegrad og hvilke hendelser som er forbundet med høyest risiko. Vi vet ikke om det er adgang til helsetjenester, svikt ved diagnostisering, kommunikasjon mellom lege/pasient, lege/spesialisthelsetjeneste eller andre områder som utgjør den største risikoen for pasienter.

I arbeidet med praktisk kvalitetsforbedring er det viktig at man tar utgangspunkt i eksisterende kunnskap og brukernes erfaring med tjenestene. Lovverket som regulerer pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten er kommunehelsetjenesten og helsepersonelloven sine krav til forsvarlig drift/virksomhet. I tillegg kommer internkontrollforskriften som gjelder alle helsetjenester. Utfordringene når det gjelder kvalitetsforbedring i pasientsikkerhet i primærhelsetjenesten er store, det er

behov for støtte både til å monitorere, initiere og drive praktisk kvalitetsforbedring. "Trinn Vis Kvalitet" er et eksempel på et kvalitetsforbedringssystem.

Kommunehelsetjenesteloven har ingen bestemmelse om melde plikt, men har krav til forsvarlig drift hjemlet i kommunehelsetjenesteloven § 6-3.

Internkontrollforskriften (FOR 2002-12-20 nr 1731: Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten) gjelder for alle private og off helsetjeneste, herunder primærhelsetjeneste. Kravet om å skaffe oversikt over områder i virksomheten hvor det er fare for svikt vil også omfatte pasientsikkerhet. Helsepersonelloven gjelder for alt helsepersonell. Viktigst er kravet til forsvarlig virksomhet, mange av bestemmelsene om helsepersonellens plikter har et sikkerhetsaspekt.

1. Saunes IS, Svendsen PO, Mølsted K, Thesen J: Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet . Notat 2010. Kunnskapssenteret. OSLO. Norge
2. Krogstad U , Arntzen E , Baalsrud A , Gilbert M , Nilsen S , Ormstad S , Rygh L
Pasientsikkerhet i sykehus – kunnskap eller kampanje? Rapport fra Kunnskapssenteret nr 01 – 2007. Oslo. Norge
3. Krogstad U og Saunes IS: Pasientsikkerhetsarbeid i norske sykehus. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 28 – 2009. Oslo, Norge
4. Makeham, Dovey et al: Methods and Measures used in Primary Care Patient Safety Research. WHO World Alliance for Patient Safety 2010.
5. Malterud K: Internkontroll på et allmennlegekontor Tidsskr Nor Lægeforen nr. 17, 2007; 127: 2236–8
6. Bratland SZ, Hunskår S: Medisinsk-faglige vurderinger i tilsynssaker mot allmennleger. Tidsskr Nor Lægeforen nr. 2, 2006; 126: 166–9
7. Oltedal S, Garratt A, Helgeland J.: Pasienters erfaringer med døgnenheter ved somatiske sykehus - Resultater fra en nasjonal undersøkelse i 2006. PasOpp-rapport nr 01 – 2007
8. Gaal S, Verstappen W, Wensing M: Patient safety in primary care: a survey of general practitioners in the Netherlands. BMC Health Services Research 2010, 10:21

Vedlegg 6.

Brukererfaringsundersøkelser i kommunehelsetjenesten

Forfatter: Øyvind Andresen Bjertnæs, seksjonsleder

Vedlegg til rapport nr 20-2010, *Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten*, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Generelt om brukererfaringer

Brukernes erfaringer og tilfredshet er en viktig del av kvaliteten på helsetjenesten (Donabedian 1988, Kelley et al. 2006). Både kvalitetsindikatorprosjektene i OECD og Nordisk ministerråd har brukererfaringer som et helt sentralt fokusområde, og også EU understreker dette i sitt konseptuelle kvalitetsrammeverk. I Norge framheves viktigheten av systematisk kartlegging og bruk av brukernes erfaringer som grunnlag for kvalitetsforbedring, styring og sykehusvalg både i Nasjonal helseplan og Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten.

Brukererfaringer kartlegges systematisk gjennom lokale eller nasjonale undersøkelser i Norge. Nasjonale brukerundersøkelser i spesialisthelsetjenesten gjennomføres av Kunnskapssenteret. Disse undersøkelsene foretas blant brukere av spesialisthelsetjenesten og danner blant annet grunnlaget for kvalitetsindikatorer i det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet www.frittsykehusvalg.no. På kommunenivå er det etablert metoder for brukerundersøkelser på kommunalt nivå på www.bedrekommune.no, herunder når det gjelder helsetjenester. I tillegg finnes det selvfølgelig en rekke lokale undersøkelser. Kunnskapssenteret har også utviklet metoder for måling av brukererfaringer for noen kommunale helsetjenester, noe som beskrives nærmere nedenfor. Først ser vi på hvilke helsetjenesteoppgaver og deltjenester som finnes i kommunene.

Kommunale helsetjenesteoppgaver og deltjenester

Kommunale helsetjenester består av en rekke ulike oppgaver og deltjenester. Kommunene har oppgaver innenfor forebygging, utredning og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg og akutt hjelp. Ifølge Kommunehelsetjenesteloven skal kommunene sørge for disse deltjenestene:

- Allmennlegetjeneste, herunder en fastlegeordning
- Legevaktordning
- Fysioterapitjeneste
- Sykepleie, herunder helsesøstertjeneste og hjemmesykepleie
- Jordmortjeneste
- Sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie
- Medisinsk nødmeldetjeneste
- Transport av behandlingspersonell

Som nevnt ovenfor er det etablert maler for brukerundersøkelser for flere av disse tjenestene, i tillegg til de mange ulike lokale undersøkelsene som gjennomføres. Før vi går nærmere inn på brukerundersøkelser innenfor de enkelte deltjenester beskriver vi nedenfor Kunnskapssenterets standard metoder for utvikling og validering av spørreskjemaer. Det finnes flere standarder eller retningslinjer, men beskrivelsen understreker viktigheten av å benytte vitenskapelige metoder i utvikling og validering av instrumenter for å måle brukererfaringer og andre brukerrapporterte mål.

Kunnskapssenterets standard utviklings- og valideringsmetodikk

Kunnskapssenterets nasjonale brukererfaringsundersøkelser har følgende formål: i) samfunnsmessig legitimering og kontroll; ii) virksomhetsstyring; iii) faglig kvalitetsforbedring; iv) støtte til forbrukervalg. For at undersøkelsene skal kunne tjene disse formålene må de ha god kvalitet, og Kunnskapssenteret benytter derfor anerkjente forskningsmetoder for å utvikle og validere spørreskjemaer og innsamlingsmetoder for brukerundersøkelser.

Kunnskapssenterets spørreskjemaer blir validert ved hjelp av psykometriske metoder og tester. Brukernes tilfredshet med helsetjenestene og vurderinger av mer konkrete områder er latente, uobserverbare variable. De erfaringer og hendelser som påvirker brukernes vurdering av helsetjenester er observerbare, men de kognitive vurderingene av disse erfaringene er uobserverbare. Måling av slike latente variable eller begreper er en sentral del av måleteori/psykometri (Nunnally & Bernstein 1994; Carmines et al. 1979). I måleteori er de observerbare responsene antatt å være indikasjoner på en eller flere latente begreper (Carmines et al. 1979). For å finne ut hvor godt de empiriske indikatorene representerer et begrep må to grunnleggende egenskaper ved de empiriske målingene evalueres; reliabilitet handler om i hvilken grad en test eller et instrument gir samme resultat ved gjentatte forsøk, mens validitet betyr om testen måler det den har til hensikt å måle (Carmines et al. 1979).

Validitetsbegrepet inkluderer innholdsvaliditet, begrepsvaliditet og kriterievaliditet. Innholdsvaliditet involverer en vurdering av om instrumentet omfatter alle relevante tema, mens begrepsvaliditet handler om måleinstrumentet er korrelert med andre mål som teori/empiri har identifisert som assosierte variable. På brukererfaringsområdet er både vurderinger og tester av innholdsvaliditet og begrepsvaliditet relevant, mens kriterievaliditet normalt er utelukket fordi det ikke finnes en gullstandard å sammenligne med.

Kunnskapssenteret benytter standard vitenskapelige metoder for spørreskjema utvikling og spørreskjema validering (Garratt A et al. 2006a; Garratt A

et al., 2006b; Garratt AM et al., 2007; Garratt AM et al.; 2005; Oltedal S et al. 2007; Pettersen KI et al. 2004; Bjertnaes OA et al. 2007). Standard aktiviteter er litteraturgjennomgang, kvalitative intervjuer med brukere, og samarbeid med referansegrupper bestående av helsepersonell. Formålet med disse aktivitetene er å sikre innholdsvaliditeten i spørreskjemaet. Innholdsvaliditeten er således basert på vurderinger fra alle disse aktivitetene. Videre er statistisk testing av begrepsvaliditet og reliabilitet sentralt, både i pilotmaterialer og materialet fra nasjonale undersøkelser. Faktorene blir identifisert ved hjelp av faktoranalyse, og så justert basert på resultater av tester for intern konsistens reliabilitet og test-retest reliabilitet. I testingen av begrepsvaliditet gjøres multiple korrelasjonstester av instrumentskårene mot variable som vi forventer skal være assosiert med brukervurderinger. Generelt er alder og egenvurdert helse viktige prediktorer for brukertilfredshet- og erfaringer (Crow et al.), men andre spesifikke variable er også aktuelle avhengige av hvilken populasjon det gjelder.

En samlet vurdering av de kvalitative aktivitetene for å sikre innholdsvaliditeten og statistiske tester av begrepsvaliditeten er grunnlaget for å avgjøre om skjemaet er valid i angjeldende populasjon. Slike utviklings- og valideringsprosesser blir normalt skrevet sammen og publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter (se referanseliste).

I tillegg til god kvalitet på spørreskjemaene er det viktig med god kvalitet på andre survey-elementer i brukerundersøkelser, som utvalgskonstruksjon, datainnsamlingsmetoder, analyseteknikker m.m.

Brukerundersøkelser for kommunale helsetjenester - Kunnskapscenteret

Kunnskapscenteret arbeider med metoder for å måle brukerfaringer for legevaktjenesten og på fastlegeområdet.

På legevaktområdet er det gjennomført en del brukerundersøkelser lokalt, men det har ikke eksistert noe standardisert, kvalitetssikret spørreskjema (Danielsen et al. 2008). I en systematisk litteraturgjennomgang ble det identifisert fire utenlandske, validerte spørreskjema om brukererfaringer med legevaktjenesten (Garratt et al. 2007; McKinley et al. 1997; Moll van Charante et al. 2006; Salisbury et al. 2005; Van Uden et al. 2005). Konklusjonen fra litteraturgjennomgangen var at alle skjemaene hadde svakheter, og at ingen av dem kunne brukes direkte i Norge. Med dette som utgangspunkt startet Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin et samarbeid om å utvikle og teste standardiserte metoder for å måle brukernes erfaringer med legevaktjenesten i Norge. En viktig del av utviklingsprosjektet var å gjennomføre to pilotundersøkelser

av spørreskjema og datainnsamlingsmetoder ved et utvalg legevakter. I 2010 er det planlagt en undersøkelse blant de syv Vaktårn-legevaktene, som blir første større test av spørreskjemaet og datainnsamlingsmetodene som Kunnskapssenteret og Kompetansesenteret har utviklet. Det planlegges slike målinger hvert andre eller tredje år framover.

Til tross for at brukerundersøkelser har vært forskriftsfestet i flere år er det få fastleger som gjennomfører systematisk målinger av pasienters erfaringer. Commonwealth Fund undersøkelsen i 2009 oppga kun 5 % av norske fastleger at de har rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen. Kunnskapssenteret har nylig startet arbeidet med brukererfaring med allmennleger. Det er foretatt en kartlegging av instrumenter for måling av pasienterfaringer med allmennleger. Kartleggingen viste at det er et godt grunnlag for å videreutvikle en metode for å måle pasienters erfaringer med allmennleger i Norge. Allmennt medisinsk forskningsenhet på Unifob Helse/Universitetet i Bergen har bestilt et prosjekt som skal utvikle og teste metoder for å måle pasienterfaringer med norske fastleger fra Kunnskapssenteret. Forskningsenheten og Kunnskapssenteret er nå i gang med dette prosjektet.

Brukerundersøkelser for kommunale helsetjenester – **www.bedrekommune.no**

Det er etablert metoder for brukerundersøkelser på kommunalt nivå på www.bedrekommune.no, herunder for helsetjenester som helsestasjon, hjemmetjenester for demente og brukere av kommunale psykiske helsetjenester. Det er laget veiledning for de ulike tjenestene som også inneholder veiledning om hvordan brukerundersøkelsene kan gjennomføres. I veiledningene beskrives blant annet målgruppe, utvalgskonstruksjon, datainnsamlingsmetoder og innhold i brukerundersøkelsen.

På nettsiden er det lagt til rette for å ta ut tall for brukererfaringer på ulike tjenester, for eksempel for et utvalg kommuner. Rapporter kan eksporteres til Excel, og det er også mulig å anskaffe en SPSS analysepakke for videre analyser.

Systemet inneholder andre kommunale tjenester enn helsetjenester, og både brukererfaringer og andre kvalitetsindikatorer inngår.

Andre lokale brukerundersøkelser

Det finnes en rekke lokale brukerundersøkelser på de fleste områder. På fastlegeområdet viste for eksempel Commonwealth Fund undersøkelsen 2009 at en del fastleger gjennomfører lokale undersøkelser, og NFAs referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid har arbeidet med implementering av brukerundersøkelser på fastlegekontoret.

Det vil i utgangspunktet ikke være de samme vitenskapelige krav til lokale undersøkelser som nasjonale. I lokale undersøkelser kan det være behov for egne spørsmål og det kan være aktuelt med kvalitative undersøkelser. Dette må vurderes lokalt ut fra hva som er formålet med undersøkelsen.

Oppsummering og viktige avklaringer

Det finnes mye erfaring og kompetanse på gjennomføring av brukerundersøkelser for kommunale helsetjenester i Norge. For de kommunale helsetjenestene fastleger og legevakter arbeider Kunnskapssenteret med metoder og undersøkelser, i samarbeid med henholdsvis Allmenntilleggsforskningssenteret på Unifob Helse/Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. For andre kommunale tjenester arbeider KS med brukerundersøkelser, som er ett av elementene som inngår i www.bedrekommune.no. Det gjennomføres også en rekke lokale undersøkelser.

Grensesnittet mellom KS (www.bedrekommune.no) og Kunnskapssenteret bør avklares nærmere. Dette for å unngå dobbeltarbeid framover og for å vurdere om standarder for brukerundersøkelser bør være tilsvarende på kommunalt som statlig nivå. Erfaringsutveksling vil også være nyttig.

Kunnskapssenteret leder en referansegruppe for nasjonale brukerundersøkelser i helsetjenesten, med fokus på spesialisthelsetjenesten. Denne gruppen bør vurderes utvidet til å inkludere kommunehelsetjenesten og dermed ha med representanter fra kommunene.

Referanser vedlegg 6.

Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988; 260: 1743-8.

Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicators Project: Conceptual Framework Paper. OECD Health Working Papers 23-2006. Paris: OECD, 2006.

Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, 1994.

Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Newbury Park, CA: Sage, 1979.

Garratt A, Danielsen K, Bjertnaes OA, Ruud T. PIPEQ-a method for measurement of user satisfaction in mental health services. Tidsskr Nor Laegeforen 2006a; 126: 1478-1480.

Garratt A, Bjorngaard JH, Dahle KA, Bjertnaes OA, Saunes IS, Ruud T. The Psychiatric Out Patient Experiences Questionnaire (POPEQ): data quality, reliability and validity in patients attending 90 Norwegian clinics. Nord J Psychiatry 2006b; 60: 89-96.

Garratt AM, Bjertnaes OA, Barlinn J. Parent experiences of paediatric care (PEPC) questionnaire: reliability and validity following a national survey. Acta Paediatr 2007; 96: 246-252.

Garratt AM, Bjaertnes OA, Krogstad U, Gulbrandsen P. The OutPatient Experiences Questionnaire (OPEQ): data quality, reliability, and validity in patients attending 52 Norwegian hospitals. Qual Saf Health Care 2005; 14: 433-437.

Oltedal S, Garratt A, Bjertnaes O, Bjornsdottir M, Freil M, Sachs M. The NORPEQ patient experiences questionnaire: Data quality, internal consistency and validity following a Norwegian inpatient survey. Scand J Public Health 2007; 35: 540-547.

Pettersen KI, Veenstra M, Guldvog B, Kolstad A. The Patient Experiences Questionnaire: development, validity and reliability. Int J Qual Health Care 2004; 16: 453-463

Bjertnaes OA, Garratt A, Nessa J. The GPs' Experiences Questionnaire (GPEQ): Reliability and validity following a national survey to assess GPs' views of district psychiatric services. Fam Pract 2007; 24: 336-342.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, Thomas H. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess. 2002;6(32):1-244.

Danielsen K, Førland O, Garratt A. Utvikling av metode for å måle pasienters og pårørendes erfaringer med legevakt. PasOpp-rapport nr. 7 – 2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008.

Garratt A, Danielsen K, Hunskaar S. Patient satisfaction questionnaires for primary care out-of-hours services: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2007; Sep;57(542):741-7.

McKinley RK, Manku-Scott T, Hastings AM et al. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. *BMJ*1997;314:193-198.

Moll van Charante E, Giesen P, Mokkink H et al. Patient satisfaction with large-scale out-of-hours primary health care in the Netherlands: development of a postal questionnaire. *Fam Pract* 2006; 23: 437-443.

Salisbury C, Burgess A, Lattimer V et al. Developing a standard short questionnaire for the assessment of patient satisfaction with out-of-hours primary care. *Fam Pract* 2005; 22: 560-569.

Van Uden CJ, Ament AJ, Homba SO et al. Patient satisfaction with out-of-hours primary care in the Netherlands. *BMC Health Serv Res* 2005; 5: 6.

Vedlegg 7. Internasjonale erfaringer med nasjonale kvalitetssystem og kvalitetsarbeid i primærhelsetjenesten

I de senere årene er det spesielt tre omfattende prosjekt som har fått stor oppmerksomhet internasjonalt. Det er Institute of Health Care Improvements 100k Lives Campaign i USA, National Primary Care Development Team Large system change i England, og Jönköping fylke i Sverige. Felles for prosjektene er blant annet at de tenker stort, både i forhold til antall pasienter som har fått et bedret tjenestetilbud, og antall helsepersonell som har lært seg prinsippene i systematisk forbedringskunnskap og tatt disse i bruk. Alle prosjektene bygger på elementene som forskning har vist må til for å lykkes med forbedringsarbeid - ledelsesforankring, at pasienter/brukere gis innflytelse, måling av resultat for å finne ut om endringer virkelig er ønskede forbedringer osv. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005 – 2015) er inspirert og påvirket av de nevnte prosjektene.

Å måle kvalitet

Å måle kvalitet i primærhelsetjenesten byr på en rekke utfordringer. Internasjonalt har de fleste samarbeidsprosjekter (OECD, Nordisk ministerråd) vedrørende måling handlet om å måle effekter og prosesser i helsetjenesten generelt, og i den grad man har nærmet seg ett tjenestenivå har sykehustjenesten oftest vært tema. En av utfordringene har vært problemet med å definere hva primærhelsetjenesten er. WHO har tilnærmet seg dette gjennom Alma Ata-erklæringen fra 1978 og Health for All by the Year 2000 strategien. Begrepet primærhelsetjenesten har forskjellig betydning i ulike land. Rollen til de ulike aktørene i denne tjenesten er forskjellig fra land til land. I noen land har primærhelsetjenesten en "portner"-funksjon i forhold til spesialisthelsetjenesten, i andre land er ikke denne rollen tydelig. Finansieringen av primærhelsetjenesten varierer også i stor grad fra land til land.

Institute of Medicine (USA) har definert primærhelsetjenesten på følgende måte: "integreerte, tilgjengelige helsetjenester fra klinikere som er ansvarlige for å tilnærme seg et bredt omfang av helsetjenestebehov, og som utvikler et varig partnerskap med pasientene og praktiserer i en familie/lokalsamfunns-kontekst".

Internasjonalt er det vanlig å skille mellom rammeverk for å måle kvalitet på individrettet primærhelsetjeneste og populasjonsrettet primærhelsetjeneste. For individrettede tjenester er de to viktigste tema tilgang til tjenester og om tjenestene er virkningsfulle. Virkningsfulle tjenester deles ofte inn i klinisk effekt og interpersonelle relasjoner mellom behandler og pasient (brukererfaringsundersøkelser). Pasientsikkerhet inkluderes av og til som en tredje dimensjon på grunn av sin høye politiske profil.

Innen populasjonsrettede tjenester er rettferdig fordeling og kost-effektivitet viktige parametre. Innen EU-området finnes ulike kvalitetsforbedringssystemer i primærhelsetjenesten. EU deles ofte i første, andre og tredje generasjons-områder. Første generasjon omfatter Danmark, Nederland, Sverige og Storbritannia. Disse landene har velutviklede kvalitetssystemer for primærhelsetjenesten. Disse systemene er integrert i et felles kvalitetsforbedringssystem for hele helsetjenesten.

Annengenerasjonsland omfatter Østerrike, Belgia, Frankrike, Tyskland og Italia. Disse landene har gjort betydelig fremskritt siden 1990. Den siste gruppen består i hovedsak av tidligere østblokk-land. Disse landene har begrensede kvalitetsforbedringssystemer, ofte begrenset av allmennpraktikerens lave status i helsetjenestesystemet.

Internasjonalt finnes ulike rammeverkstilnæringer for å utvikle kvalitetsindikatorer innen primærhelsetjenesten. Prinsipielt benyttes de samme kriteriene som for helsetjenesten for øvrig. Endepunktsmål er ofte betraktet som gullstandard, men prosess-indikatorer anses ofte som mer brukbare for å måle ytelsen innen primærhelsetjenesten. Harde endepunkt som dødelighet kan relatere til primærhelsetjenesten, men endepunktet inntreffer ofte lang tid etter at tjenesten er gitt til pasientene. De kan også ofte være følsomme for sosiodemografiske faktorer utenfor primærhelsetjenestens påvirkning og påvirkes ofte også av tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten. Man kan benytte case-mix-justeringer, men ofte har man ikke tilstrekkelig data til å gjøre dette effektivt innen primærhelsetjenesten. Prosessindikatorer basert på et solid vitenskapelig kunnskapsgrunnlag koblet opp mot effekt-endepunkter (såkalte intermediære endepunkter) er vanligvis ansett som de mest brukbare indikatorene innen primærhelsetjenesten.

Sverige:

Allerede i 1982 ble Helso-og sjukvårdslagen vedtatt i Sverige. I henhold til loven skal kvaliteten på helsetjenestene være garantert og systematisk og kontinuerlig forbedret, en forpliktelse som er knyttet til utøverne og de som tilbyr helsetjenester. Den første nasjonale kvalitetsstrategi kom i 1990. Sosialstyrelsen har gitt direktiver for kvalitetssikring, revidert senest i 2005, som inneholder et krav om at all helsetjeneste i Sverige må inkludere et system for kontinuerlig, målrettet kvalitetsforbedringsprogram. De nye forskrifter legger vekt på monitorering, systemkvalitet og teknisk kvalitet, men også på brukererfaringer.

Socialstyrelsen utgir statusrapporter og evaluerer effektene av helsereformer. På kvalitetsfeltet har de en rekke ansvarsområder:

- Samarbeid med Svenska kommunforbundet og regioner med å utarbeide kvalitetsindikatorer innen helse og sosialomsorg. Helsepersonell er forpliktet til å rapportere data til disse indikatorene til Sosialstyrelsen.
- Utarbeider standarder for å støtte arbeidet for å heve kvaliteten og øke pasientsikkerhet og effektivitet.
- Gir ut pålegg og råd (sterke retningslinjer) for helsetjenester, forebygging og kontroll av smittsomme sykdommer, miljørettet helsevern og sosiale tjenester
- Lager nasjonale retningslinjer for omsorg og behandling. Disse bidrar til prioritering av ressurser.
- Veiledning ved rapportering om alvorlige pasienthendelser i hht svensk lov.

- Utfører revisjoner (inspeksjoner) på eget initiativ, med fokus på kvalitet, pasientsikkerhet og egenvurdering /internkontroll i virksomheten. Kan melde avvik til Medicinsk ansvarsnemnd.

Medicinsk ansvarsnemnd mottar klager på helsepersonell, og nemnden kan gi sanksjoner (advarel, trekke tilbake lisens).

Pasientsikkerhetsarbeidet i Sverige har sterke aner tilbake til 1937, da den første Lex Maria-lovgivningen ble innført (plikt til å rapportere uønskede hendelser). Nye pasientsikkerhetslover er under arbeid. SBU – Statens beredning for medisinsk utvärdering, vurderer medisinske metoder fra et medisinske, økonomiske, etiske og sosiale effekter. Det finnes også et annet senter, CMT – center for utvärdering av medicinsk teknologi, ved Linköping universitet, som gjør noe av det samme. Prioriteringscentrum – nasjonalt senter for prioritering i helsetjenesten, er også knyttet til Linköping Universitet.

Fylkesadministrasjonen er ansvarlig for oppfølging av sine egne tilbydere, mens Socialstyrelsen har et overordnet nasjonalt ansvar. Sveriges Kommune og Landsting er en organisasjon som støtter kvalitetsforbedringstiltak, og den har identifisert metoder og verktøy og overført ideer for kvalitetsarbeid fra utlandet.

Öppna jämförelser rapporteres av Sveriges kommuner og landsting på flere områder, men helsetjenesteområdene og pleie og omsorg for eldre er to av disse, og det er gjort siden 2005. Det er utarbeidet en rekke indikatorer på felter som i Norge hører til kommunehelsetjenesten Dataen blir publisert og sammenliknet på landstingsnivå.

Nasjonale kvalitetsregistre – pt over 60 stykker, tar i økende grad med pasientopplevelser og livskvalitet. Resultater inkluderes i rapportene over Öppna jämförelser.

Svenska Läkaresällskapet har siden 1990 gjort medisinske og kliniske audits, med hovedsiktemål å støtte læring. Kvalitetsforbedring inn i undervisningen av helsepersonell har vært jobbet med fra SKL, de profesjonelle organisasjoner og universitetene, og nye forordninger krever at kvalitet inkluderes i både grunnutdanninger og i spesialistutdannelse for leger. Sverige har en sterk helsetjenesteforskningstradisjon, der for eksempel Karolinska Institutets Medical Management Centre er internasjonalt anerkjent.

Danmark:

Utarbeidet en egen nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i helsetjenesten, basert på bottom-up prosesser. Fra 2000 og fremover ble det startet opp fire nasjonale kvalitetsforbedringsprosjekter; kvalitetsindikatorprosjektet, forskningsprosjektet "The good medical department" (Christensen et al 2002), nasjonale brukertilfredshetsstudier, og nasjonale retningslinjer, hovedsakelig for

sykehusbehandling. Prosjektene var del av et samarbeid som var etablert mellom Helseministeriet, Sundhedsstyrelsen, organisasjonen som nå har blitt til Danske regioner, ansattorganisasjoner og medisinsk faglig sammenslutninger (disse er adskilt i Danmark).

Fra 2003 ny strategi, der en fokuserte på kliniske pasientforløp og på standarder og indikatorer. Fra 2003 startet også programmet Danish Health Care Quality Assessment programme, og et Institut for kvalitet og akkreditering i Sundhetskassen ble etablert. De neste årene har det blitt utviklet standarder og indikatorer på 36 temaer, som en så tenker at det skal akkrediteres i forhold til. Det danske kvalitetsprogrammet bygger på prinsippet om kontinuerlig kvalitetsforbedring, og bygger på deler av mange lands kvalitetsarbeid, men også på arbeidet til det amerikanske Institute for Healthcare Improvement.

Pasientsikkerhetsarbeidet har fått særlig fokus i Danmark, gjennom etableringen av Dansk Selskab for Patientsikkerhed, en organisasjon der enkeltpersoner og organisasjoner kan bli medlem, men som inkluderer Danske regioner, Kommunenes landsforening, fagforeningene, pasientorganisasjoner, bransjeforeninger mv. Det har vært gjennomført en pasientsikkerhetskampanje i spesialisthelsetjenesten. Sundhedslovens ordlyd om meldeordninger for utilsiktede hendelser omhandlet tidligere kun spesialisthelsetjenesten, men ble i 2009 utvidet til også å gjelde primærhelsetjenesten. Det er opprettet en felles database for slike meldinger, Dansk Patient Sikkerheds-database, der meldingene kan sendes elektronisk. Dansk Selskab for Almen Medicin lager sammen med de medisinske fakulteter, veiledere spesielt for allmennmedisinsk praksis.

Nordisk samarbeid

I regi av Nordisk Ministerråd har det i perioden 2007 – 2010 vært gjennomført et samarbeid hvor tema har vært "Nordisk kvalitetsmåling i sundhetskassen". Formålet var å kartlegge, videreutvikle og styrke fellesnordisk kvalitetsmåling og monitorering i forhold til noen sykdomstilstander, munn- og tannpleie, pasientsikkerhet og pasientopplevd kvalitet. Målet var å gjøre informasjon om kvaliteten på tjenestene i de nordiske land lett tilgjengelig for pasienter, innbyggerne, politikere, helsepersonell og helsemyndighetene på tvers av landegrensene. Prosjektet har resultert i at det er identifisert relevante og valide kvalitetsindikatorer på områder som kreft, hjerte/kar, kroniske sykdommer, graviditet og fødsel, barn og unge, forebyggende arbeid, samt munn- og tannhelse, pasientsikkerhet og pasienterfaringer. Rapporten konkluderer blant annet med at det er et stort potensial for monitorering og analyse måling av helsetjenestens ytelse, og at det er mulig å identifisere relevante kvalitetsindikatorer på tvers av landene (Nordisk kvalitetsmåling i sundhetskassen).

Storbritannia

Det har foregått store reformer i britisk helsevesen, og stadige endringer har vært foretatt i strukturen, særlig gjelder dette NHS England. Det innføres etter ny regjeringdannelse nye endringer, slik at en må regne med at også kvalitetsarbeidet vil bli fulgt opp annerledes. Følgende beskrivelse er hentet fra Assuring the Quality of health care in the European Union (Legido-Quigley et al 2008) og fra tilgjengelige internettsider.

Commission for healthcare audit and inspection - The Healthcare commission, monitorerer kvalitet med en vurderingsprosess som har som mål å redusere mengden av reguleringer, samtidig som publikum skal få et mer nøyaktig bilde av "performance". Årlige ratinger – måler mot nasjonale standarder, som Commission setter, syv kjerneområder, klinisk effektivitet og kostnadseffektivitet, ledelse, pasientfokus, tilgjengelig & ansvarlig helsetjeneste, pleiemiljø, fasiliteter og folkehelse.

National Patient Safety Agency: Meldinger om avvik og nesteavvik, arbeider for å integrere pasientsikkerhet i for eksempel sykehusdesign, hygiene, matvaresikkerhet, ansvar for de forskningsetiske komiteer, og for National Clinical Assessment service (helsepersonell-vurderinger/klager osv).

NICE: National Institute for Health and Clinical excellence: Lager kunnskapsbaserte retningslinjer og Health Technology Assessments.

NHS Choices er en webside for pasienter. Her er informasjon om hva helsetjenesten kan tilby, råd og veiledning samt nyhetssaker. Her er også informasjon om websiden selv; hvor mange som har besøkt den, hvilke oppslag som har hatt flest treff osv. Siden inneholder også råd for "live well", generell helseinformasjon, spørsmål og svar, nyttige lenker og telefonnummere, inkludert lenke til Quality Care Commission, med oppdatert informasjon om kvalitet og ratinger (kvalitetsvurderinger) av for eksempel sykehus. Den inneholder også en type "sjekk deg selv ved akutt sykdom"-informasjon, som en pasientstyrt triage i akuttsituasjonen.

Det finnes i tillegg en tjeneste som heter NHS direct, med 24 timer i døgnet-service; både online og pr telefon. Her er det også informasjon om kvalitetssikring av tjenestene de tilbyr.

NHS Choice: <http://www.nhs.uk/Pages/HomePage.aspx> 06.09.2010

NHS direct, 24 timers service online og pr tlf: <http://www.nhsdirect.nhs.uk/> 07.10.10

Quality Care Commission: <http://www.cqc.org.uk/> 06.09.2010

Detaljert om kvalitetssystemer og kvalitetssikring i de europeiske landene kan blant annet leses på

Legido-Quigly H, McKee M, Nolte E, Glinos IA. Assuring the Quality of Health Care in the European Union. Observatory series no 12, 2008

<http://www.euro.who.int/en/home/projects/observatory/publications/studies/assuring-the-quality-of-health-care-in-the-european-union2.-a-case-for-action> 08.10.10

Tittel	Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fysioterapitjenesten
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Eva Denison, <i>forsker</i>
ISBN	978-82-8121-371-5
Prosjektnr	609
Rapporttype	Notat
Antall sider	27
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Nøkkelord	Fysioterapi, kvalitetssystem, primærhelsetjenesten
Sitering	Denison E. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fysioterapitjenesten. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Anne W Ervik, Eline Rygh, Karin Steen og Nina Vøllestad for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2009

Hovedfunn

Kunnskapssenteret har fått oppdrag om å bidra i utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Som det framgår i oppdragsbrevet, er det et helhetlig, overordnet prosjekt, med flere delprosjekter. Denne rapporten beskriver metode, arbeidsform og resultater for delprosjektet som gjelder utvikling og implementering av kvalitetssystemer for *fysioterapitjenesten*.

Med reservasjon for at det ikke er foretatt en fullstendig kunnskapsoppsummering og at referansegruppen har hatt svært kort tid på å gi innspill på foreslåtte elementer trekker vi følgende slutninger:

- Det ser ut til at det finnes noen tiltak med dokumentert effekt i forhold til de foreslåtte elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten.
- Det finnes gode beskrivelser relevante for kvalitetsarbeid innen internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund i form av standarder, verktøy for faglig revisjon, akkrediteringssystemer, spesialistordninger og faglige retningslinjer.
- Det finnes allerede et organisert kvalitetsarbeid innen Norsk fysioterapeutforbund (NFF), fremfor alt når det gjelder kompetanseutvikling og faglig ajourføring.
- Utfordringer i forhold til utvikling og implementering av foreslåtte elementer i fysioterapitjenestene er:
 - fysioterapeuter har forskjellig organisatorisk forankring i kommunehelsetjenesten
 - ledelsesansvar for kvalitetsarbeid er ikke tydeliggjort og kvalitetsarbeid er ikke forankret i avtale mellom KS og NFF
 - dagens statistikker fanger muligens noe av kvalitet i struktur, men ikke prosess eller resultat i fysioterapitjenestene

Forord

Kunnskapssenteret har fått oppdrag om å bidra i utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Som det framgår i oppdragsbrevet, er det et helhetlig, overordnet prosjekt, med flere delprosjekter. Denne rapporten beskriver metode, arbeidsform og resultater for delprosjektet som gjelder utvikling og implementering av kvalitetssystemer for *fysioterapitjenesten*.

Prosjektgruppen har bestått av:

Prosjektleder: Eva Denison, forsker, Kunnskapssenteret

Intern medarbeider: Gro Jamtvedt, avdelingsdirektør, Kunnskapssenteret

Ekstern referansegruppe:

Anne W Ervik, sjeffysioterapeut, Nesodden kommune

Eline Rygh, seniorrådgiver, Norsk Fysioterapeutforbund

Karin Steen, seniorrådgiver, Helsedirektoratet

Nina Vøllestad, professor, Universitetet i Oslo

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten takker for innsats og engasjement til tross for korte frister.

Problemstilling

Som en del av Kunnskapssenterets oppdrag om å bidra til utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten er det utarbeidet en delrapport med fokus på fysioterapitjenester. Oppdraget sier at kvalitetssystemet skal både dokumentere og styrke kvaliteten på primærhelsetjenesten, herunder styrke det lokale kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv.

Kvalitetsutviklingen skal omfatte tjenestene slik de er speilet i dagens kommunehelsetjenestelov, dog slik at det også tar hensyn til en utvikling av de kommunale helsetjeneste- og omsorgsoppgavene i tråd med Samhandlingsreformen (1).

Basert på nasjonale erfaringer og anbefalinger, systematisk litteratursøk og internasjonale erfaringer, vil vi foreslå elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester.

Innledning

Fysioterapitjenesten innen kommunehelsetjenesten

Fysioterapitjenesten innen kommunehelsetjenesten leveres av fastlønnede fysioterapeuter (ca 35 %), private fysioterapeuter som har driftsavtale med kommunene (ca 55 %) og private fysioterapeuter uten avtale (ca 10 %). Fastlønnede fysioterapeuter har sitt arbeidssted ved en kommunal institusjon (37 %) eller i egne lokaler (27 %). Resterende arbeider ved helsestasjon eller i skoler og barnehager. Omtrent 10 % av private fysioterapeuter og 2 % av fastlønnede fysioterapeuter har videreutdanning i manuellterapi eller psykomotorisk behandling. Fastlønnede fysioterapeuter har hovedtyngden av sine pasienter blant yngre og eldre, mens de private i hovedsak har pasienter i yrkesaktiv alder. De fastlønnede fysioterapeutene kommuniserer mest med annet personell i kommunehelsetjenesten, mens de private kommuniserer mer med fastlegene. (2).

Avtale om drift av privat praksis for fysioterapeuter

Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon (KS) og Norsk fysioterapeutforbund (NFF) avtaler om drift av privat fysioterapivirksomhet som del av den kommunale helsetjenesten (3, 4). Rammeavtalen sier at fysioterapeuten skal drive fysioterapivirksomhet i henhold til lov om kommunehelsetjenesten og annen relevant lovgivning etter den plan for helsetjenesten som gjelder i kommunen og etter den driftsavtale som inngås (3).

Fysioterapeuten skal avgi grunnlagsdata for føring av pasientstatistikk, og skal på begrunnet forespørsel dokumentere omfanget av og innholdet i praksisen (3).

Private fysioterapeuter uten avtale

Private fysioterapeuter uten avtale er vanligst i større kommuner. Den største andelen finnes i Oslo, med ca 14 % (2). I denne gruppa finnes yngre fysioterapeuter tidlig i yrkesløpet (2). Disse fysioterapeutene må melde fra til kommunen at de driver helsevirksomhet. Den viktigste loven å forholde seg til er helsepersonelloven (5).

Måling av kvalitet i fysioterapitjenester

KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) innhenter informasjon fra kommunene om kommunale tjenester og bruk av resurser på ulike tjenesteområder. *KOSTRA*s kvalitetsindikatorer for fysioterapi beskriver strukturkvalitet, f. eks. antall årsverk i fysioterapi per 10,000 innbyggere og fysioterapitimer per uke per beboer i sykehjem (6). Det forekommer ikke målinger som kan si noe om kvalitet i prosesser og resultat i fysioterapitjenestene.

Prosjekter som kan bidra til bedre måling av resultat innen fysioterapi

FYSIOPRIM er et stort forskningsprogram om muskelskjelettlidelser og fysioterapi i primærhelsetjenesten ledet fra Universitet i Oslo, avdeling for sykepleievitenskap og helsefag (7). Prosjekter i programmet vil blant annet systematisk registrere kliniske data i fysioterapipraksis, og etablere et kjernesett av standardiserte spørreskjemaer og fysiske tester for å måle funksjon. Hensikten er å gi muligheter for å dokumentere og sammenligne data på ulike nivå for klinikere og myndigheter. Prosjektet støttes av *Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter* med 32 millioner kroner i fem år.

Støtte til kvalitetssikring av fysioterapeuters virksomhet

Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter gir i 2010 stipender for kvalitetssikring av fysioterapeuters virksomhet ved systematisk kartlegging, vurdering og forbedring av ulike dimensjoner av kvalitet i fagutøvelsen (8).

Lokalt kvalitetsarbeid

Et eksempel på lokalt kvalitetsarbeid finnes i Stavanger kommune, som har dokumentert en *Plan for fysio- og ergoterapitilbudet* for å sikre at de innbyggerne som trenger det mest, skal få tjenester av god kvalitet og i et omfang som gjør at de får dekket sine grunnleggende behov for fysioterapi- og ergoterapitjenester. Sentrale elementer i strategien er Samhandlingsreformen, Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring av sosial- og helsetjenesten, brukermedvirkning, individuell plan og tiltak for bedre kvalitet. Blant tiltakene for å bedre kvalitet kan nevnes: styrke samhandling med øvrige helse- og sosialtjenester, sørge for samhandling med brukerorganisasjoner, styrke brukermedvirkning, systematisk bruk av avviksrapportering til å forbedre arbeidsprosesser, opprette kvalitetsutvalg og gjennomføre intern revisjon, og ta i bruk felles kvalitetssystem (9).

Metode

Innsamling av data

Vi hentet inn data fra elektroniske databaser, fra hjemmesider til internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund for å beskrive kunnskapsgrunnlag og internasjonale og nasjonale erfaringer. Medlemmene i referansegruppen har gitt innspill på beskrivelsen av kunnskapsgrunnlag og erfaringer, og på utvikling og implementering av de overordnede foreslåtte elementene som er presentert i hovedrapporten.

Litteratursøk

Vi søkte systematisk etter litteratur i følgende databaser:

Cochrane Library of Systematic Reviews

Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)

Health Technology Assessments Database (HTA)

NHS evidence

MEDLINE

Vi brukte søketermene; *physical therapy/physiotherapy, quality systems, quality indicators, performance indicators* og *primary health care*.

Inklusjonskriterier for søk i elektroniske databaser

Studiedesign: Systematiske oversikter

- Populasjon:** Fysioterapitjenester i primærhelsetjeneste
- Tiltak:** Bruk av kvalitetssystemer (som definert av forfatter)
- Utfall:** Effekter relaterte til strukturell-, prosessuell- og resultat kvalitet; validering av systemer eller indikatorer; brukererfaringer; tjenesteteyererfaringer.
- Språk:** Engelsk eller skandinaviske språk

Hjemmesider til internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund

Vi gikk gjennom hjemmesidene til følgende internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund:

The World Confederation of Physical Therapists (WCPT)

European Region of The World Confederation of Physical Therapists (ER-WCPT)

The American Physical Therapy Association (APTA)

The Australian Physiotherapy Association (APA)

The Canadian Physiotherapy Association (CPA)

The Chartered Society of Physiotherapy (CSP; Storbritannia)

Danske fysioterapeuter (DF)

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR)

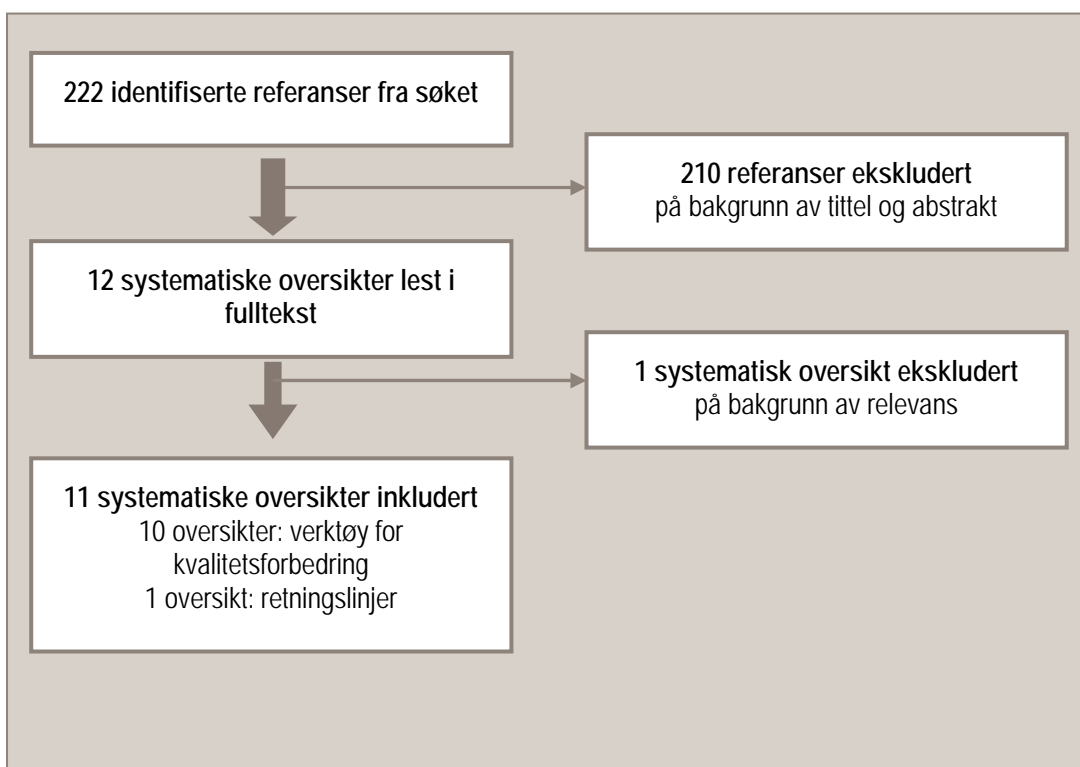
Norsk Fysioterapeutforbund (NFF)

Vi fokuserte på dokumentasjon om kvalitet i praksis (f eks profesjonelle standarder, kvalitetssystemer, kvalitetsstrategier, verktøy for kvalitetsforbedring) og inkluderte både mer overordnede føringer og mer detaljerte anbefalinger eller verktøy som gjaldt kvalitet i struktur, prosess eller resultat.

Resultat

Litteratur funnet i elektroniske databaser

Litteratursøket i elektroniske databaser resulterte i 222 unike referanser (Figur 1). Av disse ble 210 ekskludert på bakgrunn av tittel og abstrakt. Etter gjennomlesning av 12 systematiske oversikter i fulltekst ble en oversikt ekskludert på bakgrunn av relevans (omhandlet henvisning av pasienter fra primærhelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste, ikke aktuelt for fysioterapeuter).



Figur 1. Flytskjema som viser utvelging av publikasjoner.

Ti av de systematiske oversiktene ble funnet ved manuelt søk i EPOC-delen av *Cochrane Library of Systematic Reviews*. En systematisk oversikt ble funnet ved søk i *NHS Evidence, grey literature*.

Systematiske oversikter over effekter av tiltak for kvalitetsforbedring i helsetjenesten

Ingen av de ti inkluderte systematiske oversiktene evaluerte tiltak innen fysioterapi-tjeneste spesifikt, men da oversiktene gjelder "professional practice" og studier som involverer fysioterapitjenester er inkludert i noen av dem, har vi valgt å ta med disse oversiktene.

Følgende systematiske oversikter er inkludert:

- Baker (10). Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes.
- Farmer (11). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes.
- Forsetlund (12). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes.
- Jamtvedt (13). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes.
- Kinnersley (14). Interventions before consultations for helping patients address their information needs.
- Légaré (15). Interventions for improving the adoption of shared decision making by healthcare professionals.
- Lewin (16). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations.
- McGowan (17). Electronic retrieval of health information by health care providers to improve practice and patient care.
- Reeves (18). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes.
- Zwarenstein (19). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions effects on professional practice and health care outcomes.

Effekter av bruk av verktøy for kvalitetsforbedring

Resultatene i de inkluderte oversiktene viser at en del tiltak kan forbedre praksis (10, 11, 12, 13, 16, 19), men at det som oftest er små effekter. Noen tiltak kan også ha effekt på pasientutfall (12, 19).

Systematiske oversikter over effekter av strategier for å fremme implementering av retningslinjer innen fysioterapitjenester

En systematisk oversikt ble inkludert:

van der Wees (20). Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review.

Effekter av strategier for å fremme implementering av retningslinjer innen fysioterapitjenester

Resultatene i denne systematiske oversikten viste at strategier med flere elementer, baserte på undervisningsmøter med hensikt å øke implementering av retningslinjer kan forbedre profesjonell praksis. Pasientenes helse ble ikke forbedret, ikke heller ble kostnader redusert.

Dokumentasjon om kvalitetsarbeid i internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund funnet på hjemmesider til organisasjonene

The World Confederation of Physical Therapists (WCPT; 21)

Declaration of principle. Quality services (22)

Dette dokumentet sier at kvalitet på tjenester innebærer optimale tjenester til en rimelig kostnad som balanserer hensyn til pasienter, organisasjoner og profesjoner. Optimale tjenester beskrives som rettferdige, effektive, virkningsfulle, formålstjenlige, akseptable, tilgjengelige, og sikre.

For å oppnå optimale tjenester kreves ifølge dokumentet:

- Forskning
- Utvikling av verktøy for å fremme kunnskapsbasert praksis
- Implementering av evidens og effektiv styring for endring
- Evaluering av struktur, prosess og resultat i praksis
- Monitorering av effektivitet, virkning og sikkerhet
- Måling av brukertilfredshet

Position statement. Standards of physical therapy practice. (23)

Dette dokumentet beskriver standarder på fysioterapipraksiser for å yte tjenester av høy kvalitet til samfunnet og omfatter administrasjon og ledelse av praksis, kommunikasjon, ansvar i forhold till allmennheten, kulturell kompetanse, dokumentasjon, utdanning, etisk atferd, informert samtykke, juridiske forhold, arbeid med pasienter, personlig/profesjonell utvikling, kvalitetssikring (quality assurance), forskning og støttepersonale.

Kvalitetssikring (quality assurance) omfatter ifølge dokumentet:

- Skriftlig plan for fortløpende forbedring av kvalitet på tjenester.
- Fysioterapeuten skal demonstrere forpliktelse til kvalitetssikring ved å gjennomføre revisjon av praksis.
- Forbedringsplan som fortløpende dokumenterer revisjon og evaluering av praksisen, gir mulighet å dokumenter forbedring av kvalitet på tjenestene, er i samsvar med krav til eksterne instanser, og inkluderer spesifisering av avtaler med bestiller.

- Aktiviteter for å sikre kvalitet fokuserer på brukertilfredshet gjennom å ha et system for å monitorere brukertilfredshet, invitere brukere til å kommentere tjenestene som ytes, ha en prosedyre for klager og et system for å gi respons på klager.

European Region of the World Confederation of Physical Therapists (ER-WCPT; 24)

***European core standards of physiotherapy practice* (25)**

Dette dokumentet beskriver generelle standarder for fysioterapitjenester på *individnivået*. Kriterier for hvert og et av områdene i listen nedenfor er beskrevet i dokumentet.

Beskrivelsen omfatter følgende områder:

- Partnerskap med pasienten og respekt for individet
- Informert samtykke
- Taushetsplikt
- Vurdering av pasientens problem
- Valg av utfallsmål
- Analyse av pasientens problem
- Behandlingsplan
- Evaluering av behandlingsplan
- Henvisning til annen helsetjeneste/utskrivning
- Kommunikasjon med pasienter og omsorgspersoner
- Kommunikasjon med helsepersonell
- Dokumentasjon i pasientjournal
- Sikkerhet for pasienter og fysioterapeuter
- Fysioterapeuter som jobber alene
- Sikkerhet ved utrustning
- Fortløpende profesjonell utvikling/livslang læring

***Audit tool for use with European core standards of physiotherapy practice.* (26)**

Dette dokumentet er koblet til *European core standards of physiotherapy practice* og beskriver fire verktøy for revisjon av fysioterapipraksis.

De fire verktøyene gir konkret veiledning for revisjon innen følgende områder av *core standards*:

- Dokumentasjon i pasientjournaler
- Fortløpende profesjonell utvikling/livslang læring
- Fagfelleevaluering
- Tilbakemelding fra pasienter

Det vektlegges å gjenta revisjonen årlig – kvalitetsforbedring kan kun dokumenteres gjennom regelmessig og systematisk måling.

European physiotherapy service standards. (27)

Dette dokumentet inneholder en beskrivelse av den del av fysioterapitjenesten som *organisasjonen* er ansvarlig for når det gjelder å opprettholde sikkerhet og kvalitet for pasienter, og et miljø som medvirker til sikkerhet og fortløpende utvikling for personalet.

Elementer som ifølge dokumentet er særlig relevante for kvalitet:

- Strategi for kvalitetsforbedring
- Håndtering av risikoer
- Klinisk revisjon (audit)
- Kunnskapsbasert praksis
- Håndtering av klager fra pasienter
- Fortløpende profesjonell utvikling/livslang læring
- Involvering av pasienter
- Pasientinformasjon
- Tilgang til fysioterapitjenester
- Dokumentasjon

The American Physical Therapy Association (APTA; 28)

Criteria for standards of practice for physical therapy (29)

Dette dokumentet inneholder en beskrivelse av kriterier for standard på fysioterapi-praksis som i prinsippet er de samme som forekommer i dokumentene til WCPT og ER-WCPT.

Når det gjelder kvalitetsforbedring beskriver dette dokumentet en forbedringsplan som skal brukes til å fortløpende dokumentere forbedring av kvalitet på tjenestene, som skal være i samsvar med krav til eksterne instanser, og som skal inkludere spesifikasjon av avtaler med bestiller.

The Australian Physiotherapy Association (APA; 30)

APA standards for physiotherapy practices. 2009 (31)

Dette dokumentet inneholder liksom APTA dokumentet en beskrivelse av kriterier for standard på fysioterapipraksis som i prinsippet er de samme som forekommer i dokumentene til WCPT og ER-WCPT.

Forbundet har et formelt partnerskapsavtale med *Quality in Practice Ltd (QIP)* om akkreditering av fysioterapipraksiser og har et uttalt ønske om å fremme akkreditering som en måte å kommunisere at fysioterapeuter er svært engasjert i kvalitet i primærhelsetjenesten (32).

The Canadian Physiotherapy Association (CPA; 33)

Det kanadiske fysioterapeutforbundet har publisert en rekke såkalte *Position statements* på sin hjemmeside hvor standarder og kriterier for ulike områder er beskrevet (34). Noen områder som dekkes av *Position statements*, og som er relevante i et kvalitetsperspektiv er kompetanse, kunnskapsbasert praksis, samarbeid mellom profesjoner og pasientsikkerhet.

I likhet med APA har det kanadiske forbundet et akkrediteringsprogram (35). Kvalitetsforbedring er en av fire moduler i programmet.

The Chartered Society of Physiotherapy (CSP; Storbritannia; 36)

***High quality care for all. A briefing for CSP members on the NHS Next Stage Review* (37)**

Dette dokumentet beskriver konsekvenser for fysioterapeuter av innholdet i rapporten *High quality care for all – NHS next stage review* som ble gitt ut av National Health Services (NHS) i Storbritannia i 2008 (38). Rapporten beskriver de fire temaer som NHS fokuserer på: tilgjengelighet, verdighet og pasienten som en person, integrering av behandling (care) og partnerskap, samt valg og personlig kontroll.

Det britiske fysioterapeutforbundet sin hjemmeside gir informasjon om kvalitetsarbeidet til NHS. Det er lenker til relevante dokumenter og andre hjemmesider. Måling av kvalitet og måling av kvalitetsforbedring er blitt beskrevet som drivkrefter for kvalitet i helsetjenesten.

Danske fysioterapeuter (DF; 39)

***Etiske retningslinjer for fysioterapeuter* (40)**

Dette dokumentet inneholder en del av de standarder som er rapporterte i dokumentene til WCPT og ER-WCPT. Noen områder som er relevante for kvalitet er:

- Respekt for pasientens rettigheter og verdighet
- Lover og bestemmelser
- Troverdige fysioterapi
- Fysioterapi på en faglig forsvarlig måte
- Samarbeid med og respekt for andre profesjonsgrupper
- Planlegging og utvikling av ytelser rettet mot samfunnets helsebehov

Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (LSR; 41)

***Etiske retningslinjer for fysioterapeuter* (42)**

Dette dokumentet inneholder en del av de standarder som er rapporterte i dokumentene til WCPT og ER-WCPT. Noen områder som er relevante for kvalitet er:

- Respekt for alle menneskers like verdi
- Ansvar for å utføre tiltak på en profesjonell og effektiv måte
- Respekt for andre yrkesgruppers spesielle kompetanse

Kvalitet i praksis (43)

På forbundets sin hjemmeside finnes en Profesjonsside der *Kvalitet i praksis* er en del. Kvalitet i praksis beskrives i henhold til:

- Evidensbasert praksis
- Målemetoder
- Kliniske retningslinjer
- Etikk
- Lover og regler
- Prioriteringer
- Klassifikasjon av tiltak
- Dokumentasjon

Norsk Fysioterapeutforbund (NFF; 44)

Etiske retningslinjer for fysioterapeuter (45)

Dette dokumentet inneholder en del av de standarder som er rapporterte i dokumentene til WCPT og ER-WCPT. Noen områder som er relevante for kvalitet er:

- Faglig forsvarlighet
- Forholdet til pasienten
- Fagutvikling og forskning

Veileder for fysioterapitjenesten. (46)

Dette dokumentet er et hjelpemiddel for ledere i fysioterapitjenestene på ulike nivåer innen offentlige og private virksomheter. Kvalitetssikring av fysioterapitjenester skjer gjennom dokumenterte prosedyrer som sikrer at fysioterapitiltak som iverksettes oppfyller definerte standarder eller kvalitetsmål. Kilder som det vises til er Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (LOV 1984-03-30 nr.15) og Sosial- og helsedirektoratet: "Nasjonal kvalitetsstrategi".

Utvikling og implementering av foreslåtte elementer i fysioterapitjenestene i innen primærhelsetjenesten i Norge

I hovedrapporten er det foreslått elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Disse elementene dekker områdene:

- Kompetanse
- Brukerperspektiv
- Ledelse og ledelsesforankring
- Faglige retningslinjer
- Statistikk, måling og indikatorer
- Synliggjøring av kvalitet
- Økonomiske stimuleringstiltak/insentiver
- Benchmarking, fagfellevurderinger og læringsnettverk
- Avviksregistrering

- Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid
- Akkreditering/sertifisering

Det er også foreslått at en nasjonal enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet, herunder å etablere teknisk støtte og prosessstøtte til det lokale kvalitetsforbedringsarbeidet.

Videre er det foreslått at en partnerskapsmodell med involvering av sentrale aktører som i så stor grad som mulig skal oppnå konsensus om elementer, indikatorer og satsninger, bør være grunnprinsippet for utvikling og implementering av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten.

Referansegruppen har gitt innspill til disse elementene med utgangspunkt i utvikling og implementering i fysioterapitjenestene i primærhelsetjenesten i Norge. Innspillene vises uredigerte i punktform slik at alle innspill blir dokumentert.

Generelle kommentarer

- Det er viktig å huske på hva som er de nasjonale føringene for kvalitetssystem slik at fysioterapitjenesten blir en integrert del av systemet.
- Generelt er det viktig at et nasjonalt kvalitetssystem skal ivareta både kvalitet i enkelttjenestene og føre til kvalitet i det helhetlige tilbudet brukerne møter. Med det utgangspunktet er det ønskelig at Samhandlingsreformen får en tydelig plass i kvalitetssystemet.
- Elementer som ivaretar pasientforløpet fører også for kvalitet i primærhelsetjenesten. Et eksempel er prioritering av tiltak - når skal fysioterapi være førstevalg? Det er dokumentert at for personer med artrose i knærne, bør øvelser og trening prioriteres, likevel blir stadig flere operert.

Kompetanse

- Kompetanse er grunnleggende i kvalitetsarbeid, og NFF har flere tiltak som styrker profesjonskompetansen.
- NFF er største tilbyder av fysioterapispesifikke kurs. Kursene dekker et bredt område av fysioterapifaget. Det legges vekt på kunnskapsbasert praksis i kursene og det er et eget kurs i å finne, vurdere og ta i bruk forskningskunnskap.
- NFF har en egen forbundsintern spesialistordning som kvalitetssikrer og godkjenner spesialistkompetanse. Det stilles krav om dokumentert ajourføring for å fornye godkjenningen hvert 7 år. For kvalitetssikring av tjenesten er det viktig at profesjonenes spesialistordninger blir offentlige.
- NFF har utviklet et system for faglig ajourføring med informasjon om betydningen av å holde seg faglig oppdatert og hvordan det kan gjøres både med uformelle læringsaktiviteter på arbeidsplassen og i form av formell etter- og videreutdanning. I tillegg er det en nettbasert løsning der fysioterapeuter kan re-

gistrere egne læringsaktiviteter. Målet er å synliggjøre fysioterapeuters strukturerte og målrettede arbeid med å holde seg faglig oppdatert.

- NFFs norm for faglig ajourføring er 200 fagpoeng i NFFs registreringsverktøy eller 200 timer dokumentert faglig ajourføring fra minst tre ulike læringsaktiviteter. Normen er en minimumsanbefaling om hvor mye fysioterapeuter skal gjøre for å være faglig oppdatert.
- Fysioterapiutdanningene gir et basisnivå av fagkompetanse. Utenlandske fysioterapeuter som flytter til Norge kan ha svært unorske metoder og tilnæringsmåter, og må "skoleres" inn i norsk hverdag.
- Oversikt over kompetansen hos fysioterapeutene i kommunen kan synliggjøres. Behøver ikke ligge hos det nasjonale kvalitetsregisteret, men f. eks hos den lokale lederen.

Brukerperspektiv

- Jevnlige brukerundersøkelser gjøres i de fleste kommuner, og gir et mål på kvaliteten av tjenestene. Dette bør også gjøres hos de privatpraktiserende fysioterapeutene, f. eks kan en bruke et validert spørreskjema på et utvalg pasienter. Medarbeiderundersøkelser kan sammenlignes med nasjonale tall. Det bør en også kunne gjøre med brukerundersøkelser.

Ledelse og ledelsesforankring

- Det er sentralt at kvalitetsarbeid forankres i ledelsen. For fysioterapeuter er det en utfordring at fysioterapeuter har forskjellig organisatorisk forankring i kommunehelsetjenesten, fysioterapeuter kan være ansatte i kommunen eller være selvstendig næringsdrivende med driftsavtale med kommunen. Det er viktig at hele tjenesten organiseres som en enhet som inkluderer både ansatte og selvstendig næringsdrivende, med samme leder. I Samhandlingsreformen er det lagt vekt på forebyggende og helsefremmende arbeid, og det er viktig. I dagens takstsystem er det ikke mulig for selvstendig næringsdrivende med driftsavtale å arbeide primærforebyggende. For å sende regning til HELFO må pasienten ha en sykdom, skade eller lyte. For å ha kvalitet i tjenestetilbudet er helheten derfor viktig, fordi det er en arbeidsfordeling mellom fysioterapeuter organisert på ulike måter.
- ASA 4313 er avtale mellom Kommunenes Sentralforbund og NFF om drift av privat praksis for fysioterapeuter som i hovedsak ivaretar administrative forhold, og det er en utfordring hvordan kvalitetsarbeid kan forankres i avtalene.
- Kommunehelsetjenesten har kommunalt ansatte fysioterapeuter, og selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter med og uten avtale.
- De kommunalt ansatte har selvstendige stillinger, men arbeider i et miljø hvor kvalitet er satt på kartet, bl.a. ved jevnlig brukerundersøkelser og medarbeiderundersøkelser. En supplering av KOSTRA vil være å tydeliggjøre hvor mye brukes på barn i førskolealder, i skolealder og på voksne.

- De privatpraktiserende med avtale retter seg etter ASA 4313, som er avtalen som regulerer virksomheten. Bl.a. pålegges de å rapportere på virksomheten (type faglig aktivitet og omfang) til leder for fysioterapitjenesten. Kvalitet kan tydeliggjøres mer i avtalen med kommunen.
- Privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale har ingen meldeplikt til lederen av fysioterapitjenesten. Finansieringssystemet av fysioterapi er i ferd med å omlegges, noe som etter hvert vil gi en dårligere inntekt. Det er sannsynlig at disse vil spe på inntekten på annen måte – f. eks ved bruk av alternative behandlingsmetoder og salg. Kan gi en del etiske problemstillinger.
- Det kommunale ansvaret må tydeliggjøres, spesielt overfor privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale.
- Kvalitetsmål hører hjemme i årsrapporter. Ved åpenbar dårlig kvalitet hos en fysioterapeut tas dette opp med vedkommende, det kan meldes til Etisk utvalg i NFF dersom fysioterapeuten er medlem, eller saken kan sendes Helsetilsynet. Lokalt har kommunen ingen sanksjonsmulighet ved dårlig kvalitet, men et ansvar for å motivere for og legge til rette for kvalitetsarbeid. Leder for fysioterapitjenesten har ofte selv ingen kompetanse på kvalitetsarbeid. Dette bør sikres i kommunens lederopplæring.

Faglige retningslinjer

- Faglige retningslinjer er et viktig hjelpemiddel i kunnskapsbasert praksis og er med på å kvalitetssikre profesjonsutøvernes beslutninger.
- Det er en utfordring å lage retningslinjer av god kvalitet som er nyttige i et tverrfaglig samarbeid. Fysioterapeuter deltar i arbeid med nasjonale retningslinjer, men de fysioterapispesifikke delene blir ikke alltid tatt med, eller publiseres ikke er konkrete nok. For at retningslinjer skal bli synlige og tas i bruk i praksis, må de oppleves som nyttige og være et reelt hjelpemiddel.
- NFF har egne yrkesetiske retningslinjer.
- Standarder kan legges ut på det nasjonale kvalitetssystemet, som en lokalt kan måle seg opp mot. IPLOS (som ikke kan brukes på barn) gir et bilde av funksjonsnivået hos brukeren. Det kan tydeliggjøres som et samhandlingsverktøy.

Statistikk, måling og indikatorer

- Fysioterapitjenesten er ikke tilstrekkelig tydelig i dagens statistikker. Antall årsverk er eneste måling i KOSTRA, og mange feil avdekkes. Selvstendig næringsdrivende fysioterapeuter uten driftsavtale er ikke i statistikkene og ivaretar et behov som ikke dekkes av den offentlige helsetjenesten, et behov som dermed blir skjult i statistikkene.
- Det er en utfordring å lage indikatorer for målingene som synliggjør fysioterapeuters arbeid for å kunne måle kvaliteten i fysioterapitjenesten. Forskningsprosjektet FYSIOPRIM er en start på dette arbeidet med å lage indikatorer som er brukbare i fysioterapitjenesten.

- For å sikre kvalitet i profesjonsutøvelsen, er det viktig at statistikk og målinger fører til et system der profesjonsutøverne kan få støtte til å gjøre kvalitetssikrede prioriteringer.

Synliggjøring av kvalitet

Ingen innspill fra referansegruppen.

Økonomiske stimulerings tiltak/insentiver

- NFF mener at økonomiske insentiver kan være ett nyttig stimulerings tiltak blant flere. God kompetanse er sentralt for kvaliteten av tjenesten, og økt kompetanse må føre til økt lønn. Det betyr blant annet høyere lønn for spesialister.
- NFF støtter forslaget om at takstsystemet for selvstendig næringsdrivende med driftsavtale, kan brukes til å stimulere til ønsket praksis. En slik stimulering kommer best frem ved takster som belønner kompetanse. NFF ønsker et takstsystem med tidstakster der takstene er høyere for de med høyere kompetanse/spesialister. Dagens takstsystem basert på tiltak, fremmer ikke nødvendigvis kunnskapsbasert praksis.

Benchmarking, fagfelle vurderinger og læringsnettverk

- NFF har et eget system for kollegaveiledning og arrangerer gruppesamlinger over hele landet. Målet for kollegaveiledningen er faglig og etisk refleksjon over egen praksis. For å bli godkjent spesialist i NFFs spesialistordning er det krav om veiledet praksis.

Avviksregistrering

- NFFs etiske utvalg arbeider for å spre etikk blant fysioterapeuter. I det arbeidet diskuteres avvik og hvordan avvik skal håndteres.

Støtte og faglige ressurser til kvalitetsarbeid

Ingen innspill fra referansegruppen.

Akkreditering/sertifisering

- På arbeidsplassnivå har flere rehabiliteringsinstitusjoner med fysioterapiavdelinger gjennomgått internasjonal sertifisering.
- NFF har utviklet et registreringsystem på individnivå der fysioterapeuter kan registrere egen faglig ajourføring, og vurdert hvordan dette kan brukes til å fremme avdelinger/ institutter der alle ansatte har oppfylt NFFs norm for faglig ajourføring.
- NFF ser noen juridiske skranker ved at det stilles krav ut over Helsepersonellovens krav om faglig forsvarlighet. Hvis fornyet autorisasjon med krav om faglig

ajourføring blir en del av et nasjonalt kvalitetssikringsarbeid, vil NFFs system for faglig ajourføring være et skritt i på veien.

Nasjonal enhet

- IKT er en utfordring med alle de forskjellige programvarene som fins blant utøverne i dag. Det fins sikkert mange miljøer som driver med kvalitet. Et nasjonalt kvalitetssystem skal vel ikke nødvendigvis erstatte alle disse, men heller være en sentral som koordinerer og er en veiviser for de som henvender seg utenfra. Kanskje bør det være ansvarlig for de nasjonale statistikkene for helse. Det bør kanskje være for overordnet til å være en ressurs for profesjonsutdanningene, drive kurs og veiledning, men heller være et forum som er oppdatert på hva som skjer internasjonalt og som videreutvikler kvalitet her i Norge.

Partnerskapsmodell

Ingen innspill fra referansegruppen.

Diskusjon

Kunnskapsgrunnlaget for tiltak for kvalitetsforbedring

Det ser ut til at det finnes noen tiltak med dokumentert effekt i forhold til de foreslåtte elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten (10, 11, 12, 13, 16, 19). De fleste går på elementet *kompetanse*, nemlig tiltak for å få bukt med hindringer for forandring (10), trykte undervisningsmaterialer (11), og fortløpende undervisningsmøter (12). Revisjon og tilbakemelding (13) synes å gå på elementet *benchmarking, fagfellevurderinger og læringsnettverk*. Det ser også ut til å finnes støtte for tiltak som fremmer fokus på pasienter i kliniske konsultasjoner (16), som kan sies å være en del i *brukermedvirkning*. Tiltak som fremmer samarbeid mellom profesjoner (19) går på selve *samhandlingstanken* som ikke er et foreslått element men ligger til grunn for hele prosjektet. Når det gjelder elementet *faglige retningslinjer* er det vist at strategier for å fremme implementering av retningslinjer innen fysioterapitjenester kan forbedre praksis men ikke pasientenes helse (20).

Fordi det ikke har vært mulig å gjennomføre en systematisk kunnskapsoppsummering innen rammene for dette prosjektet vil vi gjøre oppmerksom på at kunnskapsgrunnlaget er usikkert.

Dokumentasjon om kvalitet i internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund

Gjennomgangen av dokumentasjon om kvalitet i internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund viser at det finnes et godt grunnlag for videre kvalitetsarbeid innen fysioterapitjenesten. Naturlig nok finnes den mest komplette dokumentasjonen i det internasjonale forbundet. Særlig den europeiske regionen av WCPT, ER-WCPT (24), har laget standarder for fysioterapitjenester både på individnivå (25) og organisasjonsnivå (27). ER-WCPT har også et verktøy for revisjon av fysioterapipraksis på individnivået som omfatter dokumentasjon i pasientjournaler, fortløpende profesjonell utvikling/livslang læring, fagfellevurdering, og tilbakemelding fra pasienter (26). ER-WCPT sine standarder på organisasjonsnivå (27) har mange elementer som er særlig relevante for kvalitet og som overensstemmer med flere av de foreslåtte elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Fremfor alt

dekkes elementene *kompetanse, synliggjøring av kvalitet, benchmarking, fagfelle-vurderinger og læringsnettverk, faglige retningslinjer, og brukermedvirkning.*

De nasjonale forbundene i Australia og Canada tilbyr *akkreditering* for praksiser (32, 35), hvor kvalitet er et fremtredende kriterium.

De nasjonale fysioterapeutforbundene i Danmark (39), Sverige (41) og Norge (44) har alle faglig forsvarlighet i sine standarder, og alle tre forbundene arbeider systematisk med kliniske retningslinjer. Alle tre forbundene har spesialistordninger slik at fysioterapeuter kan bli spesialister innen spesifiserte områder. *Kompetanse og faglige retningslinjer* er fremtredende elementer.

Dokumentasjonen av fysioterapiforbundenes egne arbeid med kvalitetsspørsmål viser at mange av de foreslåtte elementene i et nasjonalt kvalitetssystem allerede er på agendaen til profesjonen. Noen elementer som det er mindre dokumentasjon om er *ledelse og ledelsesforankring, statistikk, måling og indikatorer, økonomiske stimuleringsiltak/insentiver, og avviksregistrering.*

Utvikling og implementering av foreslåtte elementer i fysioterapitjenestene i innen primærhelsetjenesten i Norge

De generelle kommentarene om de foreslåtte elementene går på integrering av fysioterapitjenestene i systemet og kvalitet i det helhetlige tilbudet brukerne møter.

Når det gjelder de enkelte elementene så er det NFF som har kommet med de fleste innspillene. NFF representerer mange fysioterapeuter som har sin virksomhet innen kommunehelsetjenesten og er en sentral aktør i det at forbundet avtaler med KS om drift av privat praksis for fysioterapeuter.

Noen punkter fra NFF synes viktige å løfte frem fra resultatene, de samme punktene er også kommenterte av sjeffysioterapeuten i Nesodden Kommune:

- Det finnes et vel utarbeidet system for kompetanseutvikling innen NFF. Muligheter for fysioterapeuter å registrere egne læringsaktiviteter gjør det lett å synliggjøre kompetanse innen fysioterapitjenesten. Oversikt over kompetanse hos fysioterapeutene i kommunen bør ligge hos den lokale lederen.
- Det er sentralt at kvalitetsarbeid forankres i ledelsen. Samtidig er det en utfordring at fysioterapeuter har forskjellig organisatorisk forankring i kommunehelsetjenesten. Avtale ASA 4313 mellom KS og NFF ivaretar administrative forhold og en ytterligere utfordring er hvordan kvalitetsarbeid kan forankres i avtalene. Det er viktig at hele tjenesten organiseres som en enhet som inkluderer både ansatte og selvstendig næringsdrivende, med samme leder.
- Det er en utfordring å lage retningslinjer av god kvalitet som er nyttige i et tverrfaglig samarbeid.

- Fysioterapitjenesten er i prinsippet usynlig i dagens statistikker. KOSTRA fanger bare antall årsverk og gir muligens ett mål på strukturkvalitet. Det er ingen indikatorer som fanger kvalitet i prosess og resultat. I tillegg er ikke arbeidet til privatpraktiserende fysioterapeuter uten avtale synlig i statistikkene i det hele tatt. For å sikre kvalitet i profesjonsutøvelsen er det viktig at statistikk og målinger gir støtte til å gjøre kvalitetssikrede prioriteringer.
- På arbeidsplassnivå har flere rehabiliteringsinstitusjoner med fysioterapiavdelinger gjennomgått internasjonal sertifisering. NFF har et system for faglig ajourføring som kan videreutvikles hvis et slikt element skulle bli en del av et nasjonalt kvalitetssystem.

Konklusjon

Denne delrapporten beskriver hvordan foreslåtte overordnede elementer i et nasjonalt kvalitetssystem (Del 1 av oppdraget fra Helsedirektoratet) kan utvikles og implementeres i fysioterapitjenestene (Del 2 av oppdraget). Beskrivelsen er grunnet i oppsummert forskning samt internasjonale og nasjonale erfaringer.

Med reservasjon for at det ikke er foretatt en fullstendig kunnskapsoppsummering og at referansegruppen har hatt svært kort tid på å gi innspill på foreslåtte elementer trekker vi følgende slutninger:

- Det ser ut til at det finnes noen tiltak med dokumentert effekt i forhold til foreslåtte elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, herunder *kompetanse, benchmarking, fagfellevurderinger og læringsnettverk, brukermedvirkning* og *faglige retningslinjer*, samt for *samhandlingstanken* i seg selv.
- Det finnes gode beskrivelser relevante for kvalitetsarbeid innen internasjonale og nasjonale fysioterapeutforbund i form av standarder, verktøy for faglig revisjon, akkrediteringssystemer, spesialistordninger og faglige retningslinjer. Fremfor alt dekker disse beskrivelsene elementene *kompetanse, synliggjøring av kvalitet, benchmarking, fagfellevurderinger og læringsnettverk, faglige retningslinjer, og brukermedvirkning*.
- Det finnes allerede et organisert kvalitetsarbeid innen NFF, fremfor alt når det gjelder kompetanseutvikling og faglig ajourføring.
- Utfordringer i forhold til utvikling og implementering av foreslåtte elementer i fysioterapitjenestene er:
 - fysioterapeuter har forskjellig organisatorisk forankring i kommunehelsetjenesten
 - ledelsesansvar for kvalitetsarbeid er ikke tydeliggjort og kvalitetsarbeid er ikke forankret i avtale mellom KS og NFF
 - dagens statistikker fanger muligens noe av kvalitet i struktur, men ikke prosess eller resultat i fysioterapitjenestene

Referanser

Websider er lastet ned 300910 eller 011010

1. Sosial- og helsedepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. St. meld. nr 47 (2008-2009).
2. Spørreundersøkelse om fysioterapi i kommunehelsetjenesten. Rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet. AGENDA , 2009.
3. ASA 4313. Avtale mellom KS og Norsk fysioterapeutforbund om drift av privat praksis for fysioterapeuter. Norsk fysioterapeutforbund. Oslo. 2009.
4. ASA 4303. Avtale mellom KS/Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Norsk fysioterapeutforbund om driftstilskudd og takster for fysioterapeuter med avtale om drift av privat praksis med kommunene. Oslo. 2008.
5. <http://www.fysio.no/PRIVAT-PRAKSIS/Om-privat-praksis/Forholdet-mellom-fysioterapeuten-og-kommunen>
6. <http://www.ssb.no/kostra/index.html>
7. <http://www.med.uio.no/ish/forskning/fysioprim/>
8. <http://www.fysio.no/FONDET/Om-Fondet>
9. <http://www.stavanger.kommune.no/PageFiles/7739/Plan%20for%20fysio-%20og%20ergoterapitilbudet%20i%20Stavanger%20kommune.pdf>
10. Baker R, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, Robertson N. Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 3. Art. No.: CD005470. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub2.
11. Farmer AP, Légaré F, Turcot L, Grimshaw J, Harvey E, McGowan JL, Wolf F. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD004398. DOI:10.1002/14651858.CD004398.pub2.
12. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J, Oxman AD. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 2. Art. No.: CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030.pub2.
13. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane*

- Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2. Art. No.: CD000259. DOI: 10.1002/14651858.CD000259.pub2.
14. Kinnersley P, Edwards AGK, Hood K, Cadbury N, Ryan R, Prout H, Owen D, MacBeth F, Butow P, Butler C. Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. Art. No.: CD004565. DOI: 10.1002/14651858.CD004565.pub2.
 15. Légaré F, Ratté S, Stacey D, Kryworuchko J, Gravel K, Graham ID, Turcotte S. Interventions for improving the adoption of shared decision making by health-care professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 5. Art. No.: CD006732. DOI: 10.1002/14651858.CD006732.pub2.
 16. Lewin S, Skea Z, Entwistle VA, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 4. Art. No.: CD003267. DOI: 10.1002/14651858.CD003267.
 17. McGowan J, Grad R, Pluye P, Hannes K, Deane K, Labrecque M, Welch V, Tugwell P. Electronic retrieval of health information by healthcare providers to improve practice and patient care. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD004749. DOI: 10.1002/14651858.CD004749.pub2.
 18. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD002213. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub2.
 19. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3. Art. No.: CD000072. DOI: 10.1002/14651858.CD000072.pub2.
 20. van der Wees PJ, Jamtvedt G, Rebeck T, de Bie RA, Dekker J, Hendriks EJM. Multifaceted strategies may increase implementation of physiotherapy clinical guidelines: a systematic review. *Aust J Physiother.* 2008;54:233-241.
 21. <http://www.wcpt.org/>
 22. <http://www.wcpt.org/node/29567>
 23. <http://www.wcpt.org/node/29447>
 24. <http://www.physio-europe.org/>
 25. <http://www.physio-europe.org/index.php?action=81>
 26. <http://www.physio-europe.org/index.php?action=82>
 27. <http://www.physio-europe.org/index.php?action=83>
 28. <http://www.apta.org//AM/Template.cfm?Section=Home>
 29. http://www.apta.org/AM/Template.cfm?Section=Policies_and_Bylaws1&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=68019
 30. <http://www.physiotherapy.asn.au/>
 31. <http://www.physiotherapy.asn.au/index.php/quality-practice/physiotherapy-practice-accreditation#Standards>

32. <http://www.physiotherapy.asn.au/index.php/quality-practice/physiotherapy-practice-accreditation>
33. <http://www.physiotherapy.ca/public/public.asp>
34. <http://www.physiotherapy.ca/public.asp?WCE=C=47|K=222537|RefreshT=22255|RefreshS=LeftNav|RefreshD=2225591>
35. <http://www.physiotherapy.ca/public.asp?WCE=C=11|K=223230|RefreshS=Container|RefreshT=223230|A=Body>
36. <http://www.csp.org.uk/>
37. http://www.csp.org.uk/director/members/libraryandpublications/csppublications.cfm?item_id=98629C2EFADBB015139FB9E4C36F1F7D
38. http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085825
39. <http://fysio.dk/>
40. <http://fysio.dk/fafo/Etik/Etiske-retningslinjer/>
41. <http://www.sjukgymnastforbundet.se/Sidor/Hem.aspx>
42. <http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/kvalitetsutv/Sidor/Etik.aspx>
43. http://www.sjukgymnastforbundet.se/profession/kvalitetsutv/Sidor/Kvalitet_i_praktik.aspx
44. <http://www.fysio.no/>
45. <http://www.fysio.no/FAG/NFFs-yrkesetiske-retningslinjer>
46. <http://www.fysio.no/FAG/Veileder-for-fysioterapitjenesten>

Tittel	Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester.
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Liv Merete Reinart, <i>seksjonsleder</i> Lillebeth Larun, <i>seniorrådgiver</i> Anders Vege, <i>seksjonssleder</i>
ISBN	978-82-8121-372-2
Prosjektnummer	609
Rapporttype	Notat
Antall sider	31
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Nøkkelord	Pleie- og omsorgstjenester, kvalitetssystemer, primærhelsetjenesten
Sitering	Reinart LM, Larun L, Vege A. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenester. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2010

Hovedfunn

Dette notatet skisserer metode og arbeidsform for delprosjektet som skulle vurdere kvalitetssystemer *for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i institusjon*. Data er samlet inn med systematiske litteratursøk (12. juli 2010), kontakt med fagmiljøer, eksperter og kommuner, samt en pilotundersøkelse.

Hovedkonklusjon: *Resident Assessment Instrument* (RAI) kan brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten slik at både struktur og prosessmål dekkes. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot Individbasert Pleie- og omsorgs Statistikk (IPLOS). Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling. Publisering/tilbakemelding av kvalitetsindikatorer i seg selv betyr verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukernes valg eller tjenesteytternes praksis.

Kvalitetsutvikling

Det var få robuste studier som vurderer effekten av kvalitetssystem, og det var inkonsistens når det gjaldt effekten på pasientutfall. En randomiserte kontrollerte studie (87 sykehjem) viste at kun tilbakemelding, ikke endrer pasientutfall. Sykehjemmene som mottok tilbakemelding med tilrettelagt individuell veiledning viste derimot reduksjon i fall, atferdsproblemer, aktivitetsnivå og liggesår. Dette støttes av en pilot undersøkelse blant sykehjemsledere (2010) som påpeker at når KI avslører svikt, brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid, mens objektive kvalitetsindikatorer og brukermedvirkning blir etterlyst. En norsk studie (aksjonsforskning) viser at kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger, systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av dokumentasjonen samt styrke dokumentasjonsformen.

Kvalitetssystemer

Minimum Data Set (MDS) brukes for å utvikle kvalitetsindikatorer (KI) i sykehjem i USA. De inkluderer prosess og utfallsmål, samt prevalens og innsidens: Kvalitetsindikatorerne kan risikjusteres og brukes på individnivå og til sammenligning på tvers. Områdene uhell, adferd og stemningsleie, klinisk praksis, kognitive tilstander, kontinens og tømning, infeksjoner, ernæring og matinntak, fysisk funksjon, bruk av legemidler mot psykiske lidelser, livskvalitet og hudpleie dekkes. Det er gjort kliniske vurderinger, empirisk analyser, valideringsstudier og pilottester som fant disse kvalitetsindikatorerne nøyaktige, reliable og gode verktøy i kvalitetskartlegging. MDS danner basis for verktøyet kalt *Resident Assessment Instrument* (RAI) (<http://www.interrai.org>). RAI-verktøyet er videreutviklet slik at det i tillegg til sykehjem dekker hjemmebehandling, palliativ behandling, psykisk helse og funksjonshemmede m.m. og kan kartlegge både på pasient- og systemnivå.

Det er laget en oversikt av *sykepleiesensitive indikatorer* innen sykehjem i forhold til validitet og reliabilitet mellom land med forholdsvis lik organisering av helsetjenester. Alle indikatorene viste god åpenbar (face) validitet, men ingen møtte alle kriteriene for validitet. For *legevirkosomhet* i sykehjem i Norge er det forslått et hierarkisk klassifiseringssystem for legemidler som består av seks hovedkategorier (legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet)

med 12 underkategorier. Systemet kan benyttes i sykehus, allmennpraksis, sykehjem og apotek. ”Screening Tool of Older Persons`potentially inappropriate Prescriptions” (STOPP) er et verktøy for å vurdere medisiner. I Norge er Norwegian General Practice (NORGE) utviklet for samme formål.

Brukermedvirkning

De fleste kommuner i Norge gjennomfører brukerundersøkelser og har systemer for tilbakemelding på opplevd kvalitet både fra brukere og pårørende. For det videre arbeid med kvalitetssystemer er det viktig at disse data inkluderes og er tilgjengelig i samme IKT-system som brukes for kvalitetsindikatorer. Det kan være mulig å trekke ut/beslutte felles indikatorer fra kommunens brukerundersøkelse. En studie fra USA fant at det å ha data fra kvalitetsindikatorer tilgjengelig på internett i seg selv ikke førte til verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukerne på noen meningsfull måte.

Innhold

HOVEDFUNN	2
INNHold	4
FORORD	5
PROBLEMSTILLING	6
INNLEDNING	7
METODE	9
RESULTAT	11
DISKUSJON	18
KONKLUSJON	21
REFERANSER	22
VEDLEGG 1 SØK	24
VEDLEGG 2 PILOTSPØRRESKJEMA	29

Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag å bidra i utviklingen av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Oppdragsbrevet fra helsedirektoratet påpeker at det er et helhetlig, overordnet prosjekt, med flere delprosjekter. Leveransefrist er satt til 10. oktober. Dette notatet skisserer metode og arbeidsform for delprosjektet som vurderte kvalitetssystemer *for pleie-og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i institusjon.*

Prosjektgruppen har bestått av:

- Prosjektleder: Liv Merete Reinar, forskningsleder, seksjon for primærhelsetjenesten, Kunnskapssenteret
- Lillebeth Larun, seniorrådgiver, seksjon for primærhelsetjenesten
- Anders Vege, forskningsleder, seksjon for kvalitetsutvikling

Ekstern referansegruppe:

- Prosjektleder Berit Skjerve, undervisningshjemmetjenesten i Akershus
- Forsker/ Høgskolelektor Sigrid Nakrem, Høgskolen i Sør-Trøndelag, avdeling for sykepleieutdanning
- Førsteamanuensis/ dr. med, Sabine Ruths, Universitet i Bergen
- Spesialrådgiver Sissel Merete Mundal, Bærum kommune
- Spesialrådgiver Lise Høiland, Bærum kommune

Takk også til Liv Wergeland Sørby (Diakonhjemmet), Brynjar Fure og Brynjar Landmark (Kunnskapssenteret) for nyttige innspill.

Problemstilling

Som en del av Kunnskapssenterets oppdrag om å bidra til utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten er det utarbeidet en delrapport med fokus på pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem.

Mål

Basert på internasjonale erfaringer, nasjonale erfaringer samt systematiske litteratursøk skal vi foreslå elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem.

Delmål:

- foreslå kvalitetsindikatorer som kan være aktuelle for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem
- foreslå tiltak som kan dokumentere og styrke kvaliteten i pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem
- foreslå tiltak som kan styrke det lokale, kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeid inne pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem
- foreslå tiltak som ivaretar brukerperspektivet for pleie- og omsorgstjenestene inkludert legevirkosomhet i sykehjem

Innledning

Norge har høyeste andel ressurser brukt på pleie- og omsorg og har høyeste antall pleiepersonell pr. innbygger i henhold til OECD (1). Informasjonen som samles inn sentralt er stort sett knyttet til ressursbruk og antall brukere og søkere. KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) innhenter informasjon fra kommunene om kommunale tjenester og bruk av ressurser på de ulike tjenesteområder. KOSTRAS kvalitetsindikatorer beskriver antall årsverk brukt i sykehjem (f.eks. legetimer pr uke pr beboer i sykehjem), type rom og systemer for brukerundersøkelse. (http://statbank.ssb.no/statistikkbanken/Default_FR.asp?PXSid=0&nvl=true&PLanguage=0&tilside=selecttable/MenuSelS.asp&SubjectCode=17 lastet ned 120710).

IPLOS står for Individbasert Pleie og Omsorgs Statistikk og er en standardisert registrering av bistandsbehov til personer som søker om eller mottar pleie- og omsorgstjenester, og hvilke tjenester kommunen gir. Sosial og helsedepartementet besluttet i mai 2001 å innføre IPLOS i alle landets kommuner som et nasjonalt helseregister for å danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Registreringen ble obligatorisk fra 2006. Registeret er hjemlet i Helseregisterloven og med egen forskrift. Hver kommune innleverer data til et sentralt helseregister som eies av helsedirektoratet, og administreres av Statistisk Sentralbyrå (<http://www.ssb.no/emner/03/02/iplos/> lest 15 sept 2010). På grunn av sensitiv informasjon er IPLOS pseudonymt, som innebærer at fødselsnummer byttes ut med en annen identitet, et pseudonym, slik at fødselsnummeret til dem som er registrert ikke gjøres kjent for personer som administrerer og bruker det sentrale IPLOS-registeret (SSB). IPLOS rapporteres årlig, og inneholder brukers behov for bistand på 17 ulike områder, samt 21 ulike tjenestetyper – fra hjemmehjelp til sykehjem, matombringning til trygghetsalarm. Ved permanent forandring av hjelpebehovene og nytt vedtak om hjelp, eller ved sykehusopphold skal IPLOS oppdateres, men disse dataene rapporteres kun årlig. Målet er at denne dokumentasjonen skal bidra til god ressursutnyttelse samt likeverdige og virkningsfulle tjenester i kommunene. Vi mangler systematisk informasjon om hva slags behandling brukerne har fått, hvilken kvalitet disse tjenestene har og hvilke behandlingsresultater man oppnår (1).

Kvalitetsindikatorer er målbare variabler som gir informasjon om kvaliteten innen et område som vanligvis ikke lar seg måle direkte. Her definerer vi pleie- og omsorgstjenestene som tjenester som gis på sykehjem, omsorgsboliger og liknende, hjemmetjenester og i hjemmesykepleie. I tillegg inkluderer det alt helsepersonell som jobber med brukerne, inkludert fysioterapi, ergoterapi og legetjenester i institusjon (2). Av helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten er rundt 25 % ufaglærte, 50 % hjelpepleiere og 25 % har treårig høyskoleutdanning eller mer (KOSTRA/SBB). Dette må tas hensyn til når det utarbeides opplærings og oppfølgingsplaner. Vi ser i dette notatet på internasjonale og nasjonale erfaringer om hvilke systemer og kvalitetsindikatorer som brukes og hvilken effekt de har i henhold til del 1 i oppdraget fra HDir. Vi er bedt om å beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer. Vi skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Dialogkonferanse, diskusjonsforum, referansegruppe og pilotspørreundersøkelse bidro til å belyse en annen del av oppdraget om hvordan utvikle og implementere kvalitetssystemer i omsorgstjenesten, inkludert legevirkosomhet i institusjon.

Metode

Innsamling av data

Oppdragsbrevet fra HDir påpeker at det skal være representasjon fra KS, utvalgte enkelt kommuner, brukere, arbeidstaker organisasjoner samt forsknings- og fagmiljø. Dette er ivaretatt i det overordede prosjektet. Delprosjektet har opprettet en tverrfaglig ekstern referansegruppe. Disse har løpende kommentert og bidratt på prosjektplan, innhenting av aktuell litteratur og i rapporten.

Systematisk litteraturgjennomgang

Vi gjorde systematiske søk i MEDLINE, EMBASE, Amed, PsycINFO, CINAHL, Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE) og Health Technology Assessments (HTA). Søket ble avgrenset til systematiske oversikter. For å finne andre relevante publikasjoner som rapporter om erfaringer og bruk av kvalitetsindikatorer avgrenset vi samme søk med søkeord som *case report* og *evaluation report*. For å finne relevante primærstudier søkte vi i EPOC-delen av Cochrane CENTRAL. Søketermene var identiske med de som ble brukt i søket etter systematiske oversikter. Etter innspill fra arbeidsgruppen ble søket etter systematiske oversikter utvidet i enkelte databaser. Søkestrategiene finnes i vedlegg 1. Søket ble utført 12.07.2010.

Vi gjorde et enkelt søk i NHS Evidence og gjennomgikk treffene som ble sortert under kategoriene Systematic Reviews, Grey literature, Evidence summaries, Policy and Service Development, Primary Research, Health Technology Assessments, Commissioning Guides and Guidelines. Vi gjorde også en enkel gjennomgang av utvalgte hjemmesider hvor søkeord ble tilpasset de ulike sidene. Vi kontaktet også eksperter underveis.

Inklusjonskriterier

Studiedesign:	Systematiske oversikter og rapporter*
Språk:	Engelsk eller skandinavisk språk
Populasjon:	Pleie – og omsorgstjenesten inkludert sykepleie, fysioterapi, ergoterapi og legetjenesten i institusjon
Tiltak:	Effekt og bruk av kvalitetssystemer som for eksempel kvalitetsindikatorer (struktur- prosess- og resultatindikatorer), pasientforløp, kvalitetsmåling, IT-verktøy, faglig audit, incentiver, akkreditering, utdanning og kompetanseutvikling
Utfall:	Kvalitetsforbedring definert som for eksempel ”Quality of care”, pasienterfaringer, helserelaterte utfall Validering av ulike systemer eller indikatorer Brukervalg (informasjon til pasienter om kvalitet) Tjenesteytererfaringer

I størst mulig grad vil vi inkludere rapporter med robuste evalueringer.

*For kvalitetssystemer og brukermedvirkning inkluderte vi også noen primærstudier.

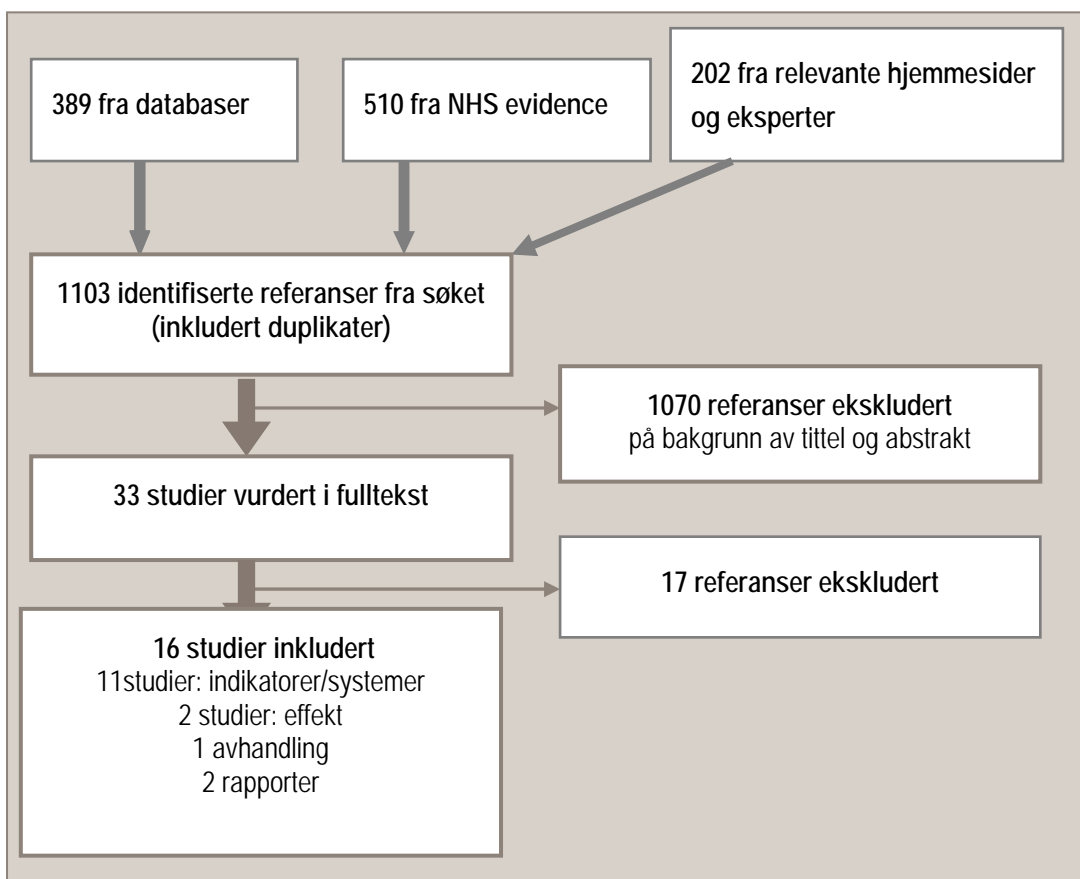
Pilotundersøkelse blant sykehjemsledere

39 sykehjemsledere som følger et lederutviklingsprogram på BI fikk utlevert et spørreskjema i juni 2010. Se skjema i vedlegg 2. Spørreskjema er utviklet av Anne Karin Lindahl og Anders Vege. Dataene ble bearbeidet ved å gjøre en narrativ oppsummering av svarene.

Resultat

Søk etter systematiske oversikter ga 123 unike referanser. Søk etter kontrollerte primærstudier i EPOC-delen av Cochrane CENTRAL ga 27 unike referanser. Søk i MEDLINE, EMBASE, Amed, PsyINFO og CINAHL avgrenset med søkeord som *case report* og *evaluation report* ga 229 unike søketreff. Søket i NHS Evidence genererte totalt 510 søketreff. Det ble 189 treff på relevante hjemmesider og eksperter sendte 11. 33 artikler/rapporter ble innhentet i fulltekst, hvorav 16 er inkludert.

Figur 1 Oversikt over litteratursøk



Kvalitetsutvikling

Ved hjelp av aksjonsforskning konkluderer forfatteren i en norsk avhandling at kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger, systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av dokumentasjonen og å styrke dokumentasjonsformen (3).

Noen av konklusjonene er som følger:

- Kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg om å oppøve varhet for pasientens behov og kyndighet i vurderinger.
- Kvalitetsutviklingsarbeid dreier seg også om systematisk planlegging av pleien, kritisk vurdering av arbeidsformene og å styrke dokumentasjonen.
- Systematisk kvalitetsutviklingsarbeid kan fremmes gjennom organisering av lærende praksisfelleskap.
- Lærende praksisfelleskap omfatter ulike former av tilrettelagte arbeidsfelleskap i sykehjem og hjemmebaserte tjenester der deltakerne utvikler praksisnær kunnskap og kompetanse gjennom felles mål og handlingsplaner, og er knyttet til hverandre på en slik måte at de er gjensidig avhengig av hverandre.
- Ett sterkere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og helsetjenestene bør prioriteres i fremtiden for å ivareta kravene til kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.
- Kvalitetsutviklingsprosesser kan initieres fra tjenesteutøvere og fra virksomhetens ledelse.
- Kvalitetsutviklingsarbeidet fordrer prosessuell støtte.

Effekt ved bruk av kvalitetsindikatorer

Wagner konkluderer på bakgrunn av en systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen at det er få robuste studier som vurderer effekten av kvalitetssystem, og det var inkonsistens når det gjaldt effekten på pasientutfall (4). Det var indikasjoner fra de fire kontrollerte studiene at spesifikk trening og retningslinjer påvirker pasientutfall. Dette er i tråd med en randomisert kontrollert studie som ser hvilke aktiviteter i et kvalitetssystem kan gi endring i pleie og pasient relaterte utfall. Rantz viser at tilbakemelding til sykehjem (n=87) på hvordan KI er sammenlignet med andre ikke gir endring av pasientutfall (5). Det kan derimot synes som om de sykehjemmene som tok imot veiledning fra sykepleier med spesialitet i geriatri kunne vise til reduksjon i fall, atferdsproblemer, aktivitetsnivå og liggesår. Carter undersøkte ved hjelp av registerdata i USA sammenhengen mellom skåringer på kvalitetsindikatorer på sykehjem og sykehusinnleggelser blant sykehjemsbeboere. Forfatterne fant at beboere på sykehjem med mer trykksår, med mer bruk av fysiske restriksjoner og med høyere innsidens av undervekt eller overvekt hadde økt risiko for sykehusinnleggelser (6).

Kvalitetssystemer

University of Wisconsin Centre for Health Systems Research and Analysis Quality i USA har utviklet et standardisert vurderingsverktøy, på basis av Minimum Data Set (MDS). Disse MDS kvalitetsindikatorne (KI) er videreutviklet og inkluderer både prosess og strukturmål, samt prevalens og innsidens. Kvalitetsindikatorne for sykehjem er gjennomgått av klinikere, det er gjort empiriske analyser, valideringsstudier og pilot tester for å se om de er nøyaktige, reliable og brukbare verktøy for å kartlegge kvalitet (7). Tjuefire variabler (se tabell 1), som dekker områdene uhell, adferd og stemningsleie, klinisk praksis, kognitive tilstander, kontinens og tømning, infeksjoner, ernæring og matinntak, fysisk funksjon, bruk av legemidler mot psykiske lidelser, livskvalitet og hudpleie er inkludert. Kvalitetsindikatorne kan risiko justeres og brukes både på individnivå og til sammenligning mellom institusjoner, kommuner og regioner. Pasientforløp kan følges uavhengig av omsorgsnivå og på ulike arenaer som hjemmeboende, sykehjem og sykehus (8). MDS kreves gjennomført hver 3 måned på sykehjem i USA for å få resertifisering og finansiering.

Tabell 1 Kvalitetsindikatorer basert på MDS vurderingsverktøy

Domene	Kvalitetsindikator	Prosess/utfall	Risiko justering
Uhell	Innsidens nye brudd	Utfall	Nei
	Prevalens fall	Utfall	Nei
Atferds og stemningsmønstre	Prevalens av adferd som oppleves negativt for andre.	Utfall	Ja
	Prevalens depressive symptomer	Utfall	Nei
	Prevalens av depressive symptomer uten behandling med antidepressiva	Begge	Nei
Clinical management	Bruk av ni eller flere medikamenter	Prosess Nei	
Kognitiv funksjon	Innsidens av cognitive problemer (cognitive impairment)	Utfall N	ei
Kontinens og tømning (Elimination and continence)	Prevalens av urin- og avføringsinkontinens	Utfall	Ja
	Prevalens av urin- og avføringsinkontinens iblant uten toalettregime (toilet plan)	Begge	Nei
	Prevalens av inneliggende kateter	Prosess	Nei
	Prevalens av	Utfall	Nei

	endetarmsobstipasjon		
Infeksjons kontroll	Prevalens av urinveisinfeksjon	Utfall	Nei
Ernæring og spising (eating)	Prevalens av vekttap	Utfall	Nei
	Prevalens av sondeernæring	Prosess	Nei
	Prevalens av dehydrering	Utfall	Nei
Fysisk funksjon	Prevalens av sengebundne pasienter	Utfall	Nei
	Innsidens av nedgang i ADL (decline in late loss of ADLs)	Utfall	Nei
	Innsidens av redusert bevegelses rekkevidde	Utfall	Nei
Legemidler mot psykiske lidelser	Prevalens av midler mot psykose uten diagnostisert psykose eller relaterte tilstander.	Prosess	Ja
	Prevalens av midler mot angst/sovemidler	Prosess	Nei
	Prevalens av sovemidler mer enn to ganger pr uke	Prosess	Nei
Livskvalitet	Prevalens av mekaniske tvangsmidler	Prosess	Nei
	Prevalens av liten eller ingen aktivitet	Enten eller	Nei
Hudpleie	Prevalens av stadium 1 til 4 liggesår	Utfall Ja	

Arling har sammenlignet KI basert på MDS fra University of Wisconsin Centre for Health Systems Research and Analysis Quality Indicators (CHRSA QIs 24 items) og Centre of Medicare and Medicaid Services Quality measures (CMS QMs, 14 items) og påpeker områder hvor disse bør videreutvikles (9). Nakrem har laget en oversikt av sykepleiesensitive indikatorer innen sykehjem i forhold til validitet og reliabilitet mellom land med forholdsvis lik organisering av helsetjenester (10). Hun fant at de fleste land har et nasjonalt system for vurdering ved inntak til sykehjem, men bare USA har utviklet et indikatorsystem basert på pasient vurderinger. Alle indikatorene viste god åpenbar (face) validitet, men ingen møtte alle kriteriene for validitet. De 23 KI fra USA er reliabilitetstestet (Nakrem 2009), mens KI brukt fra Australia (13 KI), Norge (4 KI), New Zealand (3 KI), England (3 KI) ikke er reliabilitetstestet. Ruths har sett på klassifisering av legemiddelrelaterte problemer og foreslår et klassifiseringssystem som er hierarkisk og består av seks hovedkategorier (legemiddelvalg, dosering, bivirkning, interaksjon, avvikende legemiddelbruk og annet) med 12 underkategorier (11). Systemet kan benyttes i sykehus, allmennpraksis, sykehjem og apotek.

Nettverket Nord RAI Network viser til at MDS spørreskjemaet danner basis for verktøyet kalt Resident Assessment Instrument (RAI)(12). Det er opprettet en organisasjon bestående av forsker og klinikere (non-profit) med over 30 deltakerland fra hele verden (inkludert Norge, Sverige, Finland, Island og Danmark) som har rettighetene til RAI verktøyene, kalt interRAI®. RAI verktøyet er videreutviklet slik at det i tillegg til sykehjem dekker hjemme behandling, palliativ behandling, psykisk helse og funksjonshemmede m.m. Verktøyet kan brukes på individ- og systemnivå. I Sørbyes systematiske oversikt har hun vurdert at Resident Assessment Instrument for Home Care (RAI-HC2.0) fungerer for å kunne sammenligne data på tvers av institusjoner og nasjoner (13).

Castle vurderte effekten bemanningsnivå, turnover, stabilitet og innleid arbeidskraft på sykehjemskvalitet. Spørreundersøkelsen konkluderer med at økt bemanning kan være nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å øke kvaliteten i sykehjem (14).

Med bakgrunn i internasjonale arbeider som fokuserer på pasientsikkerhet og sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer har Samarbeidet for sykepleiere i Norden (SSN) valgt ut indikatorer for følgende områder: ernæring, smerter, trykksår, pasientfall og bemanning (normering) (15). Disse indikatorene går på tvers av medisinske spesialiteter og diagnoser. Goodson brukte Bayesan nettverk for å få ny innsikt i forholdet mellom ulike kvalitetsmålinger og hvordan slike målinger påvirker total kvaliteten på pleien i sykehjem (16). Forfatterne fant at arbeidstimer for hjelpepleiere, antall sengeliggende pasienter og mekaniske tvangsmidler er eksempler på faktorer som påvirker kvaliteten på pleien i sykehjem. Funnene indikerer at kvaliteten på pleie i sykehjem er best målt med en blanding av struktur, prosess og utfallsmål. Fokus på kun nøkkelfaktorer syntes ikke å øke kvaliteten i stor grad.

Venables gjorde en spørreundersøkelse i England for å vurdere sammenheng mellom forskjeller i kvalitetsstandarder for *spesialisthjemmetjeneste* og vanlig *hjemmetjeneste* for personer med demens. De fant at litt under halvparten (46 %) ga informasjon om kvalitetsindikatorer. De fleste brukte bare noen få indikatorer og ingen fulgte de nasjonale anbefalingene. Det var lite eller ingen forskjell mellom spesialisthjemmetjeneste og vanlig hjemmetjeneste når det gjaldt bruk av kvalitetsindikatorer i pleie- og omsorg for personer med demens (17).

Norske og nordiske erfaringer

Vi har innhentet norske erfaringer ved å kontakte eksperter, organisasjoner og noen kommuner. Mange kommuner har etablert kvalitetssystem, noen kommuner har også sertifisert sitt kvalitetssystem i henhold til kravene i ISO 9001:2008 "Systemer for kvalitetsstyring. Krav".

Aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner (ASSS)- nettverket pleie- og omsorg har i lang tid arbeidet med å finne områder hvor man kan etablere kvalitetsindikatorer som mål for kvalitet på tjenestene og for sammenligning mellom kommunene. Det er utarbeidet noen indikatorer knyttet til KOSTRA. Arbeidet med videreutvikling av kvalitetssystemer bør vurdere deres erfaringer. Flere kommuner bruker også prosesskartlegging som et virkemiddel for å oppnå et helhetlig pasientforløp, noe som skal bidra til økt positiv brukeropplevelse og økt effektivitet/ressursutnyttelse.

Vi mottok kun tre svar på pilotspørreundersøkelsen og med det utgangspunktet er det et svært svakt grunnlag for oppsummering. Lederne peker på *lav kompetanse* som en nøkkelutfordring i egen virksomhet. Dette gjelder flere aspekt, for eksempel innsikt i forhold til nødvendigheten av kvalitetssystem og *IKT-kompetanse*. Tid til forbedringsarbeid og språk ferdigheter trekkes også fram. Det rapporteres i dag på en del målepunkter. Økonomi, sykefravær og noen kvalitetsindikatorer. Når indikatorer avslører svikt, brukes disse i noen grad til forbedringsarbeid. Rapporteringen går til Oslo kommune og det rapporteres nasjonalt til KOSTRA og IPLOS. *Objektive kvalitetsindikatorer* og *brukermedvirkning* blir etterlyst. Verktøy man savner er knyttet til nasjonale faglige standarder, tiltak som kan heve kompetanse og metodestøtte i eget kvalitetsforbedringsarbeid

Brukermedvirkning

Det ble i søket etter internasjonale evalueringer og rapporter funnet en del litteratur om blant annet *støtte til velinformerte valg og beslutninger* og om *brukerundersøkelser*. Denne litteraturen oppsummeres i hovedrapporten.

I en publikasjon fra 2008 rapporterer Castle om hvordan offentliggjøring av kvalitetsmålinger fra sykehjem påvirker brukere og pårørende i valg av sykehjem. I USA finnes "Nursing Home Compare", en internettjeneste (18). Dataene ble innhentet ved hjelp av spørreundersøkelse blant 4754 pårørende i sykehjem. Blant informantene var det 31 % som hadde brukt internett ved valg av sykehjem og 12 % som husket at de hadde brukt "Nursing Home Compare". Generelt forstod brukerne informasjonen på dette nettstedet. Forfatteren konkluderer med at det å ha "Nursing Home Compare" tilgjengelig i seg selv ikke nok. Det betyr verken at det blir brukt eller at dataene påvirker brukerne på noen meningsfull måte.

I Norge vil de fleste kommuner gjennomfører brukerundersøkelser og har systemer for tilbakemelding på opplevd kvalitet både fra brukere og pårørende. For det videre arbeid med kvalitetssystemer er det viktig at disse data inkluderes i felles datasystem for indikatorer og IPLOS. Det kan være mulig å trekke ut/beslutte felles indikatorer fra kommunens brukerundersøkelse. Kvalitetsindikatorer som tar i seg

brukeperspektivet kan være tilgjengelighet, ventetid på sykehjems plass, hjemmetjeneste etc.

Diskusjon

Resident Assessment Instrument (RAI) bør brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie-og omsorgstjenesten (PLO) slik at både struktur og prosessmål dekkes. Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling.

Kvalitetssystemer

RAI er uten tvil det mest omfattende eksisterende kvalitetssystem for helsetjenesten for eldre. Systemet har mange fordeler, bl.a. komplementære versjoner for ulike deler av helsetjenesten som muliggjør oppfølging av pasientforløp, i tillegg til sammenligning på tvers av institusjoner og land. Systemet er nyttig både for klinisk praksis (triggere), forskning og styring. Ulempen er at verktøyet er omfattende og tidkrevende, og inkomplett for bl.a. legemidler. Det ville vært interessant å innhente synspunkter og erfaringer fra Finland som har jobbet med dette systemet i mange år.

Erfaringer fra USA er at det er omfattende å fylle ut hver 3. måned, og det har ført til at enkelte sykehjemskjeder har ansatt egne sykepleiere som drar rundt på sykehjemmene og driver bare med skåring på RAI for at indikatorene skal bli riktige og at de får riktig refusjon. En norsk rapport om utprøving av RAI i sykehjem, intervjuet ansatte om hvor greit det var å fylle ut RAI, og mange syntes det var for omfattende.

Erfaringer fra dagens IPLOS-skåringer på funksjonsvariablene har vist noe lignende tendens, ved at kommunene peker ut en person ved hver enhet som har hovedansvar for at skåringene blir riktig gjennomført (men bare en gang pr år). I Norge brukes i dag IPLOS for å samle inn data. Det er viktig å være klar over at selv om det gjøres endringer i IPLOS-registreringen i pasientens journal, meldes dette så vidt vi har funnet ut ikke inn til SSB utenom de årlige innberetningene. Fra IPLOS tas det ut Nasjonalt uttrekk en gang i året men dataene skal alltid være oppdatert. Kvalitetsdata må derfor hentes fra elektronisk pasient journal (EPJ), og kan ikke hentes fra pseudonymregisteret dersom det er ønsket å benytte endring pr 3. måned.

Det finnes også andre kartleggingsmetoder enn de som er nevnt i denne rapporten. Et eksempel er: Dementia Care Mapping (DMC), som passer godt i sykehjem der inntil 90 % av beboerne har demenssom også vektlegger positive sider, framfor å bare ha fokus på indikatorer som påpeker dårlig kvalitet. Et annet er ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) som er mer medisinsk rettet.

Anbefalinger

Kvaliteten på tjenestene avhenger blant annet av kunnskapsgrunnet, både erfarings- og forskningsbasert. For å sette en standard, trengs mer forskning på hva som er beste praksis, og det er mangel på gode faglige retningslinjer som kan gi føringer for hvor standarden skal settes (I USA er standarden satt for dårlige, middels og gode sykehjem ved å dele sykehjemmene inn i grupper ut fra kvartiler av registrerte KI). Samarbeid mellom forskningsinstitusjonene og helsetjenestene bør prioriteres i fremtiden for å utvikle, implementere og evaluere effekten av relevant kunnskap på helsetjenestens egne premisser. Indikatorer bør knyttes opp mot kvalitetsforskningen (19).

Det er et tankekors at det er gjort en stor innsats for å innføre IPLOS som obligatorisk register uten å sikre at data som innhentes er egnet for å kunne utvikle KI. Det er viktig at bruker (pasient) perspektivet ivaretas og at KI som f. eks måler tjeneste til avtalt tid, kontinuitet, tilgjengelighet, valgmuligheter, ventetid på sykehjems plass vurderes. Alle tilbakemeldinger fra brukere på kvalitet kan benyttes i forbedringsarbeid. Brukerundersøkelser må fange opp opplevd kvalitet for brukere og pårørende. Medisinsk faglige kvalitetsindikatorer bør utredes nærmere, f. eks kan kanskje kvalitetssikring av den medisinske diagnosen før innleggelse i sykehjem være en KI. Med bakgrunn i denne rapporten bør en i samarbeid med interRAI vurdere om det kan utarbeides en mindre versjon, f.eks. noe i likhet med den som brukes i England og Wales (Single Assessment Process (SAP)) og om dette kan samkjøres med IPLOS og innarbeide medisinsk faglige kvalitetsindikatorer.

Videreutvikling og implementering

Det er viktig å vurdere at fagmiljøene i kommunene i Norge sier at det må ikke etableres nye rapporteringssystemer som kommer i tillegg til det eksisterende. Dette på grunn av tidsfaktoren og mulighet for implementering. Dersom det skal innføres et indikatorsystem bør det være ett felles sett med indikatorer for alle pleie og omsorgstjenestene. IPLOS er det eneste felles system for alle kommuner. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot IPLOS - for eksempel som en forlengelse av bistands-/assistansevariablene. Følgende variabler bør vurderes opp mot RAI: Spise (MDS:ernæring og spising: vekttap, dehydrering), toalett (MDS: kontinens og tømning), bevege seg utendørs/innendørs (MDS: fysisk funksjon, uhell/fall), hukommelse (MDS: kognitiv funksjon), styre atferd (MDS: adferds og

stemningsmønster), fall og mekaniske tvangsmidler. Kvalitetsindikatorer bør også sammenholdes med Kostradata med henblikk på personaldekning, kompetanse og ressursbruk for å vurdere mulige sammenhenger.

Når det gjelder kvalitetsindikatorer kan man også se til Island og Finland som har lengst erfaring med dette i Norden. Andre senter i Norge som bør involveres i det videre arbeidet er: Nasjonalt kompetansesenter aldring og helse, Forum for sykehjemsmedisin og Senter for omsorgsforskning, samt Diakonhjemmet i Oslo.

Et godt fundert kvalitetssystem, herunder kvalitetsindikatorer vil kunne gi bedre grunnlag ved bruk i kommunen og spesielt ved det enkelte tjenested, hvor det kan gi grunnlag for forbedringsarbeidet. Kvalitetssystemer og indikatorer bør vurderes opp mot ressursbruk og være en del av kommunenes styringssystem.

Metodekritikk

Dette notatet har flere begrensninger. Når det gjelder litteratursøket så har gjennomgangen vært påvirket av korte tidsfrister. Tidsrammen og ressursene gav ikke mulighet til å gjøre gjennomgang av søk og hjemmesider så robust som ønskelig. Aktuelle fagorganisasjoner er trukket med i hovedprosjektet, men hadde sikkert også kunnet gi innspill i denne delrapporten. Vi har forsøkt å basere oss på robuste evalueringer, men fant få kontrollerte studier. Mye av forskningen er basert på registerdata og spørreundersøkelser. Konklusjonene våre må derfor tolkes med forsiktighet. Det trengs også å letes etter mer forskning om kvalitetssystemer blant annet på legetjenesten i sykehjem, på ergoterapi- og fysioterapitjenesten på sykehjem og i hjemmetjenesten. Vi fant lite forskningsbasert dokumentasjon om kvalitetssystemer for alle faggruppene når det gjaldt hjemmetjenestene.

Konklusjon

Resident Assessment Instrument (RAI) kan brukes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer for pleie-og omsorgstjenesten slik at både struktur og prosessmål dekkes. Det bør være mulig å finne elementer i RAI som kan kobles mot IPLOS. Tilbakemelding må følges opp med individuelt tilrettelagt veiledning for å fremme kvalitetsutvikling. Publisering/tilbakemelding av kvalitetsindikatorer i seg selv betyr verken at de blir brukt eller at dataene påvirker brukernes valg eller tjenesteytternes praksis.

Behov for videre forskning

Dersom nye kvalitetssystemer, herunder kvalitetsindikatorer, innføres i pleie- og omsorgstjenestene MÅ de innføres gjennom et system med robuste evalueringer.

Referanser

1. Rygh LH et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret . Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010. (16).
2. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). Paragraf 3.
3. Jensen L. Kvalitetsutvikling i pleie- og omsorgstjenestene i sykehjem og hjemmebaserte tjenester - muligheter og begrensninger. Et praktisk deltakende aksjonsforskningsprosjekt. Oslo: Faculty of Medicine, University of Oslo; 2009.
4. Wagner C, van der WG, Groenewegen PP, de Bakker DH. The effectiveness of quality systems in nursing homes: a review. *Qual Health Care* 2001;10:211-7.
5. Rantz MJ, Popejoy L, Petroski GF, Madsen RW, Mehr DR, Zwygart-Stauffacher M, et al. Randomized clinical trial of a quality improvement intervention in nursing homes. *The Gerontologist* 2001;41(4):525-38.
6. Carter M, Porell F. Nursing home performance on select publicly reported quality indicators and resident risk of hospitalization: grappling with policy implications. *Journal of Aging & Social Policy* 2006;18(1):17-39.
7. Berg K, Mor V, Morris J, Murphy KM, Moore T, Harris Y. Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. *Health Care Financ Rev* 2002;23(4):19-36.
8. Zimmermann D. Improving nursing home quality of care through outcomes data: the MDS quality indicators. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(3):250-7.
9. Arling G, et al. Future development of nursing home quality indicators. *The Gerontologist* 2005;45(5):147-56.
10. Nakrem S, et al. Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *Int J Nurs Stud* 2009;46:848-57.

11. Ruths S. Evaluation of prescribing quality in nursing homes based on drug-specific indicators: the Bergen district nursing home (BEDNURS) study. *Norsk Epidemiologi* 2008;18(2):173-8.
12. Finne-Soveri H, Noro A, Jonsson PV, Ljunggren G, Grue E, Jensdóttir A, et al. Nord RAI Network and Research in the Care for Older People Final Report 1998-2008. On behalf of the NordRAI group. Finland: STAKES; 2008. (27).
13. Sorbye LW, Garms-Homolova V, Henrard J-C, Jonsson PV, Fialova D, Topinkova E, et al. Shaping home care in Europe: The contribution of the Aged in Home Care project. *Maturitas* 2009;62(3):235-42.
14. Castle NG, Engberg J. Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *The Gerontologist* 2008;48(4):464-76.
15. Sykepleiernes Samarbeid i Norden's (SSN) arbeid med nordiske sykepleiesensitive kvalitetsindikatorer 2008-2009. Anbefalinger fra arbeidsgrupper innen områdene ernæring, smerter, trykksår, pasientfall, bemanning. SSN; 2009.
16. Goodson J, Jang W, Rantz M. Nursing home care quality: insight from a Bayesian network approach. *The Gerontologist* 2008;48(3):338-48.
17. Venables D, Reilly S, Challis J, Abendstern M. Standard of care in home care services: a comparison of generic and specialist services for older people with dementia. *Aging & Mental Health* 2006;10(2):187-94.
18. Castle NG. The nursing home compare report card: consumers' use and understanding. *Journal of Aging & Social Policy* 2009;21:187-2008.
19. Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. St.meld. nr. 45 (2002-2003) . Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2003.

Vedlegg

Vedlegg 1 Søkestrategier

AMED, EMBASE, MEDLINE, PsycINFO

Alle baser ble søk samtidig i Ovid.

AMED 1985 to July 2010

EMBASE 1980 to 2010 Week 27

MEDLINE 1950 to Present (inkl. In-Process & Other Non-Indexed Citations)

PsycINFO 1806 to July Week 1 2010

Søketreff systematiske oversikter etter Ovid dublettkontroll: 95

Søketreff rapporter og evalueringer etter Ovid dublettkontroll: 182

Kommentar: Etter innspill om søketermer ble søket etter systematiske oversikter utvidet ved å legge til søkeord for relevante profesjoner. Dato for søket var 30.08.2010. De nye søkeordene ble lagt til linje 9 og var *nursing or nurse* or physiotherap* or physical therap* or occupation therap* or general practic* or family physician or activit* coordinat**. Dette ga 40 ekstra referanser som ble gjennomgått for relevans.

1. community health nursing/ or primary nursing care/ or Public Health Nursing/ or community health services/ or community mental health services/ or ambulatory care/ or primary health care/ or home care services/ or Home Health Aides/ or exp home nursing/ or homemaker services/ or exp Nursing Homes/ or exp Housing for the Elderly/ or exp Homes for the Aged/ or residential facilities/ or assisted living facilities/ or group homes/ or Community Health Aides/ or Health Services for the Aged/ use prmz
2. community care/ or community program/ or ambulatory care/ or primary health care/ or exp home care/ or exp elderly care/ or nursing home/ or nursing home patient/ or nursing home personnel/ or home for the aged/ or exp assisted living facility/ or exp community mental health center/ or exp community based rehabilitation/ or exp community health nursing/ or home rehabilitation/ or home physiotherapy/ or exp ambulatory care nursing/ or health visitor/ use emez

3. community services/ or community mental health services/ or public health services/ or primary mental health prevention/ or exp Primary Health Care/ or outpatient treatment/ or home care/ or exp home care personnel/ or exp home visiting programs/ or exp homebound/ or exp respite care/ or elder care/ or residential care institutions/ or halfway houses/ or exp nursing homes/ or exp group homes/ or Day Care Centers/ or public health service nurses/ use psyh
4. community health services/ or community health nursing/ or community mental health services/ or day care/ or exp home care services/ or health services for the aged/ or exp ambulatory care facilities/ or group homes/ or homes for the aged/ or nursing homes/ or ambulatory care/ or primary health care/ use amed
5. (home care* or home nurs* or homebase* or home-base* or home treatment* or (home adj2 rehabilitat*) or nursing home* or group home* or assisted living* or living facilit* or homes or homecare* or day* center* og day* centre* or day care cent* or homemaker* or home health* or home visit* or domestic health* or domestic care* or domiciliary health* or domiciliary care* or home service* or home help or respite care*).tw.
6. (community care or community health care or community healthcare or community health service* or community mental health* or primary care or primary health care or primary healthcare or ambulatory care or ambulatory health care or ambulatory healthcare or ambulatory health service* or ambulatory service* or ambulatory setting*).tw.
7. (community nurs* or community health nurs* or community rehabilitation or primary nursing care or ambulatory care nurs* or community care worker* or community health care worker* or community healthcare worker* or community carer*).tw.
8. ((community adj (cent* or home*)) or (service cent* adj3 (aged or elder* or senior* retired or old people*)) or (daycare and (elder* or senior* or retired or over 67 or old people* or disabled)) or cent* for the aged).tw.
9. ((community health* adj2 worker*) or community carer*).tw.
10. or/1-9
11. exp Quality Indicators, Health Care/ use prmz
12. clinical indicator/ use emez
13. (quality adj (system* or indicator? or measure\$ or standard? or norm?)).tw.
14. performance indicator*.tw.
15. quality indicator*.mp.
16. clinical indicator*.mp.
17. or/11-16
18. (systematic* review* or meta-analys*).mp. or meta-analys*.pt.
19. (review*.mp. or review*.pt.) and (medline or pubmed or embase).tw.
20. (technology assessment* or hta).mp.
21. or/18-20
22. 10 and 17 and 21

23. remove duplicates from 22

24. (quality adj (system* or indicator? or measure\$ or standard? or norm?)).ti.

25. performance indicator*.ti.

26. or/24-25

27. (effect* or experience* or impact* or model* or example* or evaluation*).ti.

28. 26 and 27

29. report.pt. use emez

30. (case reports or evaluation studies).pt.

31. case report*.tw.

32. (evaluation adj2 (program* or study or report*)).tw.

33. or/29-32

34. (10 and 17 and 33) or (28 and 10)

35. remove duplicates from 34

36. 35 not 23

37. cochrane database of systematic reviews.jn.

38. 23 not 37

39. 36 not 37

Ebsco CINAHL

Søketreff systematiske oversikter: 9

Søketreff rapporter og evalueringer: 50

S27 S26 not S21

S26 S6 and S20 and S25 Exclude MEDLINE records

S25 S22 or S23 or S24

S24 (MH "Program Evaluation")

S23 S15 (MH "Case Studies") or (MH "Reports")

S22 (TI (case report or evaluation report) or AB (case report or evaluation report)) or TI
(experience or evaluation or model or effect* or impact or example)

Exclude MEDLINE records

S21 S6 and S11 and S20 Exclude MEDLINE records

S20 S12 or S13 or S14 or S15 or S16 or S17 or S18 or S19

S19 TI (community or primary or ambulatory or home or elderly or disabled) or AB

- (community or primary or ambulatory or home or elderly or disabled)
- S18 S24 (MH "Disabled+")
- S17 (MH "Housing for the Elderly")
- S16 (MH "Nursing Homes+")
- S15 (MH "Ambulatory Care Facilities+") or (MH "Ambulatory Care Nursing")
- S14 (MH "Primary Health Care") or (MH "Primary Nursing")
- S13 (MH "Community Health Centers") or (MH "Community Health Nursing+")
- S11 S7 or S8 or S9 or S10
- S10 TI (systematic* review* or meta-analys* or medline or pubmed or embase) or AB
(systematic* review* or meta-analys* or medline or pubmed or embase)
- S9 Limiters - Publication Type: Systematic Review
- S8 (MH "Meta Analysis")
- S7 (MH "Systematic Review")
- S6 S1 or S2 or S3 or S4 or S5
- S5 TI (quality W1 system* or quality W1 indicator*) or AB (quality W1 system* or quality
W1 indicator*) Limiters - Exclude MEDLINE records
- S4 TI performance indicator* or AB performance indicator* Limiters - Exclude MEDLINE
records
- S3 AB clinical W1 indicator* or treatment W1 indicator* or quality W1 indicator*
- S2 TI clinical W1 indicator* or treatment W1 indicator* or quality W1 indicator*
- S1 (MH "Clinical Indicators")

Cochrane Library

Søketreff EPOC-studier: 27

Søketreff Cochrane Database of Systematic Reviews: 3

Søketreff DARE: 11

Søketreff HTA: 3

Søketreff Method Studies: 6

- #1 MeSH descriptor Quality Indicators, Health Care explode all trees
- #2 (quality next (system* or indicator*)):ti,ab,kw
- #3 (performance next indicator*):ti,ab,kw
- #4 (#1 OR #2 OR #3)
- #5 sr-epoc
- #6 (#4 AND #5)
- #7 (primary near/3 (care or health* or service*)) or communit* or ambulatory or home* or
day* or elderly or disabled
- #8 MeSH descriptor Primary Health Care, this term only
- #9 MeSH descriptor Community Health Services explode all trees

- #10 MeSH descriptor Ambulatory Care explode all trees
- #11 MeSH descriptor Ambulatory Care Facilities explode all trees
- #12 MeSH descriptor Primary Nursing Care explode all trees
- #13 MeSH descriptor Health Services for the Aged explode all trees
- #14 MeSH descriptor Home Care Services explode all trees
- #15 MeSH descriptor Residential Facilities explode all trees
- #16 (#7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15)
- #17 (#6 AND #16) Restrict to Clinical Trials
- #18 (#4 AND #16) Restrict to Cochrane Reviews, Other Reviews, Method Studies and Technology Assessments

CRD Databases

Søket ble avgrenset til publikasjonsdato fom 2007 på grunn av overlapp med Cochrane Library.

Søketreff DARE: 8

Søketreff HTA: 0

- #1 MeSH Quality Indicators, Health Care EXPLODE 1
- #2 "quality indicator" OR "quality indicators" OR "quality system" OR "quality systems"
- #3 #1 or #2
- #4 MeSH Community Health Services EXPLODE 1
- #5 MeSH Primary Health Care EXPLODE 1
- #6 MeSH Ambulatory Care EXPLODE 1 2
- #7 MeSH Residential Facilities EXPLODE 1
- #8 MeSH Ambulatory Care Facilities EXPLODE 1
- #9 MeSH Health Services for the Aged EXPLODE 1
- #10 community OR primary OR ambulatory OR home OR elderly OR disabled
- #11 #4 or #5 or #6 or #7 or #8 or #9 or #10
- #12 #3 and #11 RESTRICT YR 2007 2010

NHS Evidence

("quality indicator" or "quality indicators") and ("community health" or "community healthcare" or "community care" or "community services" or "community nursing" or "home care" or "home nursing" or "nursing home" or "nursing homes" or "ambulatory care" or "primary care" or "primary healthcare" or "primary health"))

Søketreff:

Systematic Reviews 33

Grey literature 58

Evidence summaries	42
Policy and Service Development	113
Primary Research	48
Health Technology Assessments	18
Commissioning Guides	2
Guidelines	61

Vedlegg 2

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har fått i oppdrag fra Helse-og omsorgsdepartementet å utrede elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten på et overordnet plan. Vi skal også se på hvordan dette kan videreutvikles for pleie-og omsorgstjenestene, inklusive legevirkosomhet i sykehjem. Det tenkes at et slikt nasjonalt kvalitetssystem skal underbygge den lokale kvalitetsforbedringen, sikre at politikere og befolkningen kjenner og har tillit til kvaliteten på tjenestene, gi grunnlag for brukervalg og gi grunnlag for styring av tjenestene.

Vi er i en kartleggingsfase, og trenger dine innspill. Takk for at du deler av din kompetanse med oss!

Nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten og sykehjemsvirkosomhet

1. Hva er de største utfordringene du opplever i forhold til kvalitetsarbeid i sykehjemmet?

2. Vi antar at du rapportere en del data –
Hvilke data?

Til hvem?

Hvor hentes dataene fra?

3. Bruker du selv noen av disse dataene internt, for eksempel til kvalitetsforbedring?
Beskriv gjerne:

4. Hvilke (andre) data ville du hatt nytte av å ha for kvalitetsarbeidet
 - Fra egen virksomhet
 -

 - Fra andre sykehjem (i bydelen, i hele kommunen) til sammenligning

 - På nasjonalt nivå

5. Er det andre verktøy/elementer du kunne tenke deg ville være nyttig å få fra et nasjonalt kvalitetssystem? Kryss av (listen er ikke uttømmende, fyll gjerne på meg flere ting):
Retningslinjer og/eller prosedyrer(kunnskapsbaserte, nasjonale)
Opplæringsverktøy, for eksempel nettlærning

Kompetanseplanleggingsverktøy

Beslutningsstøtte knyttet automatisk til journal eller pleieplaner

Forslag til forebyggende tiltak, for eksempel fall, infeksjoner, decubitus mv

Faglig revisjon med tilbakemelding (en type benchmarking mot oppsatte mål)

Metodestøtte til kvalitetsforbedringsprosjekter

Lærings-og erfaringsnettverk på nasjonalt utpekte områder for kvalitetsforbedring

Kvalitetssikret, kunnskapsbasert faginformatjon om aktuelle temaer for behandling av pasienter i sykehjem

Nasjonalt avviksregistrering-system

6. Hvordan vurderer du omfanget og kvaliteten på legevirkosomheten ved det sykehjemmet du har ansvar for?
7. Hvem mener du er ansvarlig for kvaliteten på legevirkosomheten i sykehjem?
8. Hvem mener du er ansvarlig for kvaliteten på pleie- og omsorgskvaliteten i sykehjem?
9. En kvalitetsindikator er et tall som direkte eller indirekte skal fungere som et mål på kvaliteten. På hvilke tre områder tenker du det ville vært fornuftig å utvikle lokale og/eller nasjonale kvalitetsindikatorer? (Hvis dere alt bruker kvalitetsindikatorer, er det fint om du lister opp disse og forteller om det er andre områder du tenker ville vært bra å få nye indikatorer på).
10. Har du noen råd med hensyn til hvilke (andre) elementer et slikt nasjonalt kvalitetssystem bør inneholde for å oppfylle de fire kriteriene som er gitt?

Vi takker for dine svar! Om du vil kan du sende (mer utfyllende) svar og kommentarer om temaet til Toril.Bakke@kunnskapssenteret.no eller Liv.Merete.Reinar@kunnskapssenteret.no

Tittel	Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Hege Wang, <i>seniorrådgiver</i>
ISBN	978-82-8121-373-9
Prosjektnr	609
Rapporttype	Notat
Antall sider	25
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Nøkkelord	Kvalitetssystemer, primærhelsetjenesten, forebyggende helsetjenester, forebygging
Sitering	Wang H. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke Astrid Hernes Kvalnes, Ellen Margrethe Carlsen, Elisabeth Grimsrud, Jorunn Hunderi, Liv Janne Bell Jonstad og Trude Bakke for å ha bidratt med sin ekspertise i dette prosjektet.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2010

Hovedfunn

Forebyggende helsetjenester omfatter primærforebyggende arbeid, som i Norge er helsestasjonstjenester, skolehelsetjenester og svangerskapsomsorg, og sekundærforebyggende tjenester blant annet hos primærlege og ved frisklivssentraler. Det forebyggende arbeidet er organisert ganske forskjellig i forskjellige land, og det kan derfor være vanskelig å benytte erfaringer fra utlandet.

Det var lite å finne ved litteratursøk om kvalitetssystemer for forebyggende arbeid. Det bekrefter inntrykket av at det ikke bare er i Norge vi mangler kvalitetssystem for forebyggende arbeid.

Vi vet ikke nok om effektive forebyggende tiltak. Det må derfor satses mer på å bygge opp kunnskap gjennom kunnskapsoppsummeringer, primærforskning og evaluering av pågående tiltak.

Gruppen som har vært rådført i arbeidet med dette notatet anbefaler følgende elementer utviklet og implementert i prioritert rekkefølge:

- IKT verktøy og IKT systemer
- Lovverk som konkretiserer forebyggende helsetjenester
- Statistikk og data for aktivitet i primærhelsetjenesten, inklusive de forebyggende tjenestene ("et NPR for primærhelsetjenesten")
- Kvalitetsindikatorer
- Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer
- Tilsyn og lokalt kvalitetsarbeid
- Kompetanse, fagutvikling og forskning
- Utvikling av nye og utvidet bruk av de eksisterende takster for allmennlegers forebyggende arbeid
- Kommunal ledelse med fokus på kvalitet i folkehelsearbeid
- Brukerperspektiv – kvalitetsråd med brukere

I Stortingsmelding 47 (2008-2009) – Samhandlingsreformen, er det poengtert at det å ha kunnskap om helsetilstanden i kommunen står sentralt for å planlegge og iverksette forebyggende tiltak. Det kan være en utfordring i det forebyggende arbeidet at kommunestørrelsen varierer, små kommuner kan kanskje ikke alene greie å iverksette effektive forebyggende tiltak. Å måle og offentliggjøre kvalitetsindikatorer for forebyggende arbeid og helsetilstanden i befolkningen, kan også være en utfordring dersom kommunestørrelsen er liten. Gruppen anser det likevel som viktig å få utviklet og implementert dette.

Innhold

INNHold	3
FORORD	4
PROBLEMSTILLING	5
INNLEDNING	6
SITUASJONSBESKRIVELSE	8
Helsestasjon og skolehelsetjeneste	8
Legenes rolle i forebyggende arbeid	8
Frisklivssentraler	9
METODE	11
RESULTAT	12
Litteratur	12
Erfaringer andre land	12
DISKUSJON	14
Kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester – mulige elementer og implementering	14
KONKLUSJON	19
REFERANSER	21
VEDLEGG - SØKESTRATEGI	22

Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag å vurdere og foreslå ulike elementer i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Prosjektet består av en overordnet del og flere delprosjekter. Dette er rapporten fra delprosjektet som skal vurdere forebyggende helsetjenester, herunder helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Rapporten drøfter også endring av levevaner hos voksne, fordi forebygging er et viktig et tema i Samhandlingsreformen.

Det pågår mye spennende og relevant arbeid i tjenesten, og det har derfor vært viktig med samarbeid for å fange opp pågående prosesser og tidligere utredninger. Vi har fått innspill enten via møter eller e-post fra følgende:

- Astrid Hernes Kvalnes (helsesøster/ seniorrådgiver Helsedirektoratet)
- Ellen Margrethe Carlsen (helsesøster/ seniorrådgiver Helsedirektoratet)
- Elisabeth Grimsrud (fagkonsulent Den norske jordmorforening)
- Jorunn Hunderi (helsesøster/ seniorrådgiver Fylkesmannen Oslo og Akershus)
- Liv Janne Bell Jonstad (rådgiver, effektiviseringsnettverkene KS)
- Trude Bakke (fastlege, Norsk forening for allmenntmedisin)

Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten takker for innsats og engasjement til tross for korte frister. På grunn av knappe tidsfrister var det dessverre ikke vært mulig for brukere, brukerorganisasjoner eller fysioterapeuter å delta i gruppen. Hege Wang fra Kunnskapssenteret har skrevet rapporten, og bibliotekar Ingvild Kirkhei ved Kunnskapssenteret har utført litteratursøket.

Problemstilling

Som en del av Kunnskapssenterets oppdrag om å bidra til utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten er det utarbeidet en delrapport med fokus på forebyggende helsetjenester. Oppdraget sier at kvalitetssystemet skal både dokumentere og styrke kvaliteten på primærhelsetjenesten, herunder styrke det lokale kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. Kvalitetssystemet skal ha et brukerperspektiv.

Kvalitetsutviklingen skal omfatte tjenestene slik de er speilet i dagens kommunehelsetjenestelov, dog slik at det også tar hensyn til en utvikling av de kommunale helsetjeneste- og omsorgsoppgavene i tråd med Samhandlingsreformen (1).

Basert på nasjonale erfaringer og anbefalinger, systematisk litteratursøk og internasjonale erfaringer, vil vi foreslå elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester.

Innledning

Begrepet forebygging rommer mye; vi vil her fokusere på primær og sekundærforebygging. Målet med primærforebygging er å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksiner, ulykkesforebygging, hindre røykestart, helseopplysning og frisklivssentraler rettet mot risikogrupper (røykeavvenning, kostholdsveiledning, aktivisering). Målet med sekundærforebygging er å bremse utvikling av en gitt sykdom og å forebygge tilbakefall. Eksempler er medisiner, aktivisering, kostholdsveiledning, røykeavvenning. Tertierforebygging overlapper med rehabilitering som er omfattet i andre underprosjekter. Det er viktig at evidensen for forebyggende intervensjoner er minst like god som for kurative intervensjoner.

Samhandlingsreformen (1) slår fast at forebyggende helsearbeid skal styrkes og at kommunene har en viktig rolle i dette arbeidet. Kommunene skal sørge for et helhetlig tilbud med oversikt over helsetilstanden, forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging innenfor best effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet). Det å tilrettelegge tjenestetilbudet slik at sykdomsutvikling hindres eller utsettes er et mål. Det er viktig at kvalitetsperspektivet ivaretas også når det gjelder forebyggende helsetjenester.

Denne rapporten tar utgangspunkt i de forebyggende helsetjenestene som er omfattet av dagens kommunehelsetjenestelov; skolehelsetjeneste, helsestasjon og svangerskapsomsorg. Samtidig vil vi også si noe om andre kommunale aktører som kan utvikles til å tilby systematisk primær og sekundærforebygging hos voksne i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen: fastlegene og kommunale frisklivssentraler (som en del av kommunale lærings- og mestringssentra). Samhandlingsreformen fremhever også betydningen av å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene.

Folkehelsearbeid forutsetter tverretattlig arbeid, og samarbeid med frivillige organisasjoner er viktig. Primærforebyggende og helsefremmende arbeid foregår i stor grad utenfor helsesektoren, men helsesektoren har også en viktig rolle. Helsesektoren skal også medvirke til at andre samfunnssektorer bidrar til å fremme folkehelsen. Kommunene og fylkeskommunene har en viktig rolle i det brede folkehelsearbeidet jf Folkehelseloven. Folkehelseloven er under revidering, og det ventes at den nye loven vil tydeliggjøre ansvar og oppgaver. Rapporten vil ikke gå inn på det bre-

de, tverrfaglige folkehelsearbeidet, men fra Kunnskapssenterets perspektiv er det generelt en utfordring å vise god dokumentasjon på tiltak innen dette feltet.

Situasjonsbeskrivelse

Helsestasjon og skolehelsetjeneste

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot gravide, barn og unge i alderen 0-20 år, ved å forebygge sykdom og skade og fremme god fysisk og psykisk helse. Tjenesten har fått og vil få flere nye oppgaver bla; HPV-vaksinering, oppfølging av for tidlig fødte barn, nye retningslinjer for veiing og måling, nye retningslinjer for forebygging og behandling av fedme.

Tjenestene omfattes av en rekke lover, forskrifter, retningslinjer og veiledere ((2;3) kapittel 3). Arbeidet er tverrfaglig og involverer de helsefaglige yrkesgruppene helse-søstre, jordmødre, leger, fysioterapeuter. Få kommuner har jordmor i full stilling. Helsestasjon og skolehelsetjenesten skal ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester, tannhelsetjenesten, fylkeskommunen og spesialisthelsetjenesten. Tjenesten samarbeider ofte med barnevern og barnehage. Noen kommuner har etablert "Familiehus", der fagpersoner med ulike og utfyllende kompetanse fra virksomheter og tjenester arbeider sammen til beste for brukeren.

Helsedirektoratet nylig gjort et omfattende arbeid med å lage utviklingsstrategier for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og jordmortjenesten (2;3). Denne rapporten tar utgangspunkt i disse strategiene.

Legenes rolle i forebyggende arbeid

Legenes rolle og oppgaver i forebyggende arbeid er områder som må avklares og utvikles i dialog mellom aktørene for å innfri intensjonene i Samhandlingsreformen. I nåværende kommunehelsetjenestelov nevnes ikke legene som en av aktørene i kommunens helsetjeneste som skal "fremme helse og forebygge sykdom, skade eller lyte" (§1-3), men dette kan være endret i ny helse- og omsorgslov som snart kommer på høring.

Helsedirektoratet utga i 2008 en utviklingsstrategi for legetjenesten i kommunene (4). Forebyggende helsetjenester er ikke drøftet særskilt i den strategien, men beho-

vet for koordinering og samordning mellom kommunale deltjenester, herunder fastlegene, understrekes. Dette bør også omfatte helsestasjon- og skolehelsetjenesten.

Det er utarbeidet en egen rapport om legene i prosjektet, her vil vi bare se på legenes rolle i pasientrettet forebyggende arbeid. Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) publiserte i 2007 et policydokument om forebyggende helsearbeid (5). Dette beskriver og problematiserer ulike forebyggende intervensjoner. ”NFA mener at primærforebygging av sykdom og uhelse er en viktig og integrert del av allmennlegenes arbeid. Allmennlegene har i kraft av sin fagkunnskap, erfaring og yrkesrolle et unikt utgangspunkt som premissleverandør i dette arbeidet som observatør, fortolker og aktør på individnivå.

NFA stiller seg ubetinget positiv til en rekke tradisjonelle, årsaksspesifikke forebyggende medisinske tiltak som vaksinasjon, begrensning av smittsomme sykdommer mv. Derimot vil NFA påpeke at moderne proaktiv medisin, der hensikten er å gripe inn i multifaktorielle sammenhenger basert på teoretiske risikoberegninger, reiser en rekke etiske og praktiske problemstillinger.”

Samhandlingsreformen (1) vurderer om fastlegene bør ha et særlig ansvar for å identifisere risikopersoner, sørge for individrettet veiledning og oppfølging samt koordinere den medisinske oppfølgingen av pasientene. For eksempel gjelder dette oppfølging overfor pasienter med høy risiko for hjerte- og karsykdommer. Overvekt og type 2-diabetes, høyt blodtrykk og høyt kolesterol, samt bruk av tobakk og fysisk inaktivitet er sentrale risikofaktorer. Evaluering av utprøving av lavterskeltilbud i en del kommuner i fem fylker viser at legene – både fastlegen og kommunelege 1 – har en nøkkelrolle i utvikling og tilrettelegging av slike tilbud i tilknytning til kommunens forebyggende helsetjenester. Evalueringen viser også at legene etterspør tilbud i kommunene som de kan henvise pasienter til for å få hjelp med endring av ulike levevaner (6).

Frisklivssentraler

Frisklivssentral er et nytt element i kommunehelsetjenestens tilbud til mennesker som trenger strukturert hjelp for å endre levevaner. Frisklivssentralen fungerer som et bindeledd mellom medisinsk behandling og individets mestring av egen helse, primært knyttet til fysisk aktivitet, kosthold eller tobakk. Tilbudet kan være behandlingsrettet ved etablert sykdom (sekundærforebygging), eller forebyggende ved økt risiko for å utvikle sykdom (primærforebygging) (7). Frisklivssentraler kan være et bidrag i å innfri intensjonene i Samhandlingsreformen, og omtales i denne sammenheng med kommunale lærings- og mestringstilbud.

Det har siden 2003 vært bevilget midler til utprøving av ulike modeller, som nå er prøvd ut i ca 30 kommuner fordelt på 7 fylker. Tilbudene har vært innen fysisk akti-

vitet og i noen grad kosthold og hjelp til røykeslutt. Helsedirektoratet leverte i mai 2009, som en oppfølging av Grønnresept ordningen, en tilrådningsrapport til HOD om utvikling av dette feltet (6). Tilrådningsrapporten inneholder en rekke anbefalinger om innhold, kvalitet og organisering av tjenesten. En veileder for etablering og organisering av kommunale frisklivssentraler er under utarbeidelse.

Metode

Det har blitt utført et litteratursøk etter systematiske oversikter av forskningsbibliotekar Ingvild Kirkhei. Vi søkte i MEDLINE, EMBASE, PsyINFO, CINAHL, ISI Web of Science (Social Science/Science Citation Index) og Cochrane Library (Cochrane Library of Systematic Reviews, Health Technology Assessments Database og Database of Abstracts of Reviews of Effects). Søket bestod av både emneord og tekstord og var sammensatt av søketermer for *kvalitet* kombinert med termer for *forebyggende helsetjenester generelt, skolehelsetjenesten, helsestasjoner og helsefremmende arbeid i primærhelsetjenesten*. Søket ble ytterligere avgrenset med et smalt søkefilter for systematiske oversikter. Vi gjorde også et søk etter casestudier og evalueringsrapporter om temaet. Søkestrategien var den samme som ved søk etter systematiske oversikter men ble avgrenset med søkeord som *case report* og *evaluation report*. Den fullstendige søkestrategien finnes i vedlegg til denne rapporten.

Vi har også innhentet relevante strategier utgitt av Helsedirektoratet og kunnskapsoppsummeringer publisert av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg har vi forsøkt å innhente relevant informasjon fra andre land.

Resultat

Litteratur

Vi søkte etter systematiske oppsummeringer. Selv om søket hadde mange treff (472 og 233), var det ingen som var relevante. Dette bekrefter inntrykket av at det ikke finnes omfattende kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester implementert i noen land.

Helsedirektoratet har nylig publisert to utviklingsstrategier og en tilrådningsrapport som vi har lagt til grunn for denne rapporten:

- 1) Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten IS-1798 (2)
- 2) Utviklingsstrategi for jordmortjenesten IS-1815 (3).
- 3) Tilrådningsrapport Utvikling av lavterskeltilbud innen levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk (6).

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har tidligere utgitt flere rapporter og notater som omhandler effekten av forebyggende tiltak i primærhelsetjenesten. Disse kan være nyttige dersom en skal utvikle innholdet i tjenesten, videre forskning eller kvalitetsindikatorer.

Noen utvalgte rapporter:

- 1) Effekter av skolehelsetjeneste på barn og unges helse og oppvekstvilkår (8)
- 2) Litteratursøk Helsestasjons- og skolehelsetjeneste (9)
- 3) Primærforebyggende tiltak og screening i helsetjenesten (10)
- 4) Primærforebygging av hjerte- og karsykdom, med hovedvekt på medikamentelle tiltak (11)

Erfaringer andre land

Forebyggende helsetjenester er organisert på forskjellige måter, og det er derfor ikke lett å sammenlikne tjenestenes innhold og kvalitetssystemer mellom ulike land. Det har ikke vært anledning til å gjøre dette på noen utfyllende eller systematisk måte, men vi kan ikke peke på noen land som har et omfattende kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester.

Når det gjelder kvalitetsindikatorer, har vi imidlertid funnet noe relevant informasjon fra våre naboland.

I Danmark er det nylig innført kommunale sundhedsindikatorer, hvorav 4 omfatter forebygging og helsefremmende tiltak, og 4 barnehelse.

Forebygging/helsefremmende:

- Netto driftsutgifter til helsefremmende og forebygging (kr per innbygger)
- Personer som har hatt kontakt med spesialisthelsetjenesten på grunn av utvalgte kroniske sykdommer (%) (for tiden kun diabetes)
- Kroniker (antall per 1000) (for tiden kun diabetes)
- Overvektige barn 6-16 år (%) (offentliggjøres også under barnesunnhet)

Barnehelse:

- Nettodriftsutgifter til kommunal helsetjeneste for 0-16 årige (kr per 0-16)
- Kontakt med helsetjenesten for 0 årige (antall per 0-årige)
- Spedbarn som ammes mer enn fire måneder etter fødsel.
- Overvektige barn 6-16 år (%) (offentliggjøres også under forebygging/helsefremmende)

(http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kom_indikator.aspx)

Socialstyrelsen i Sverige publiserer i oktober nasjonale retningslinjer for sykdomsforebyggende metoder i helsetjenesten innen alkohol, fysisk aktivitet, matvaner og tobakk, som også vil inneholde kvalitetsindikatorer.

(<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/sjukdomsforebyggandemetoder>)

Socialstyrelsen publiserer også "Öppna jämförelser – folkehälsa" med 21 indikatorer på regionalt og kommunalt nivå.

(<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2009/2009-10-17>)

Nordisk råd ga nylig ut en rapport om kvalitetsmåling i helsetjenesten (12). Her finnes det indikatorer på flere relevante områder: for eksempel graviditet og fødsel og forebyggende og helsefremmende arbeid. Indikatorene er imidlertid på et overordnet nasjonalt nivå, og sier lite om innsatsen til helsetjenesten på ulike nivå.

Diskusjon

Helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (13) gir den overordende tenkningen for kvalitetsarbeid i Norge. God kvalitet innebærer at tjenestene er faglig gode og blir levert på en menneskelig sett god måte i ett system som fremmer helhet. Strategiens hovedtanke er det gode forløp med brukeren i sentrum. Vi har i tillegg brukt modellen som presenteres i hovedrapporten til grunn for drøftingen i vår gruppe. De fire formålene som oppdraget definerer er forsøkt ivaretatt.

Man vet ikke nok om hva som er effektive forebyggende tiltak. Det er derfor viktig at systemet har et tydelig fokus på om tjenestene er trygge og effektive.

Ulik kommunestørrelse er en utfordring, også i forhold til forebyggende tjenester. Kommunesamarbeid er drøftet i Samhandlingsreformen (6.11), hvor det bla står at nødvendig befolkningsgrunnlag skal utredes videre, og ulike former for kommunesamarbeid skisseres.

Kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester – mulige elementer og implementering

I dette avsnittet vil vi liste opp en del mulige elementer på nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Vi kommenterer dagens status og ønsket situasjon for hvert element, men listen er ikke i prioritert rekkefølge på hva gruppen ønsker.

IKT systemer

IKT systemer som kommuniserer er en forutsetning, både for å kunne samle data til kvalitetsarbeid og statistikk, men også for å kunne samhandle med andre aktører og brukere. Helsestasjon- og skolehelsetjenesten har hatt en langsommere utvikling mht elektronisk pasientjournal (EPJ) enn andre aktører (2), og er pt. ikke tilknyttet nasjonalt helsenett. Meldingsløftet 2010-2011 omfatter også kommuner, og det skal satses særlig på pleie- og omsorgstjenester og helsestasjon (www.helsedir.no).

Lovverk

Ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov sendes ut på høring primo oktober 2010, dvs samtidig med at denne rapporten leveres. For å styrke forebyggende helsetjenester, som er et viktig mål for Samhandlingsreformen, bør lovverket for forebyggende helsetjenester konkretiseres for eksempel ved å spesifisere hvem som har ansvar for ulike intervensjoner.

Både dagens kommunehelsetjeneste lov og opplæringsloven inneholder forpliktelser til samarbeid, men dette er ikke fulgt opp gjennom IKT systemer.

Faglig normerende publikasjoner

Det finnes en veileder for kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (14). Denne veilederen inneholder et anbefalt program for barn fra 0-20 år. Det bør vurderes å forskriftsfeste deler av dette programmet og kople disse delene opp mot kvalitetsindikatorer.

Det finnes flere nasjonale faglige retningslinjer som er relevante for forebyggende helsetjenester (Forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes (IS- 1674), Nasjonale faglige retningslinjer for primærhelsetjenestens arbeid med røykeavvenning (IS-1171), Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (IS-1179)).

Det er ønskelig å utarbeide nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. En veileder for etablering og organisering av kommunale frisklivssentraler er under utarbeidelse.

Det er generelt en utfordring å implementere retningslinjer, dette drøftes videre i avsnittet om tilsyn og lokalt kvalitetsarbeid.

Statistikk/data

Det er et stort behov for data fra primærhelsetjenesten, også fra disse tjenestene denne rapporten omfatter. Nasjonalt helseregisterprosjekt (15) slår fast at for å gjennomføre analyser av pasientforløp, samt for helseovervåking, forskning og kvalitetsforbedring trengs det personentydige data fra primærhelsetjenesten. Disse bør omfatte data fra allmennlegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Behovet for slike data må også forstås i lys av Samhandlingsreformen, hvor det å kunne følge pasientforløp er viktig. En mulig modell som foreslås er å utvikle NPR til å omfatte kommunale helsetjenester. Gruppen mener at også fysioterapitjenesten og frisklivssentraler bør inkluderes, og at data som samles inn må gjøres tilgjengelig på nasjonalt, fylkes og kommunalt nivå.

I dag finnes det data bla i KOSTRA, SYSVAK og MSIS som er relevante for de forebyggende helsetjenestene. Det er et problem med dagens KOSTRA at dataene ikke skiller mellom de ulike deltjenestene (helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for unge).

Helsedirektoratet driver portalen Kommunehelseprofiler som presenterer data og artikler om helsetilstand, påvirkningsfaktorer, demografiske og sosioøkonomiske data samt data om tjenester i norske kommuner. På Kommunehelseprofiler ligger et avgrenset sett med indikatorer basert på rådatakilder med gode data på kommune-nivå. Hensikten er å bidra til oversikt over helsetilstanden i kommunene, men både antall indikatorer og nytteverdien er begrenset.

Kvalitetsindikatorer

Gruppen ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som kan gjøres tilgjengelige for brukere og for tjenesten selv på ulike nivåer. Det er ønskelig med kvalitetsindikatorer som kan si noe om forebyggende arbeid hos alle aktørene, også fastlegene og frisklivssentralene. Det må jobbes videre for å utvikle gode indikatorer, men ut fra et brukerperspektiv kan indikatorer som sier noe om tilgjengelighet og tverrfagligheten (for eksempel samarbeid fastleger og helsestasjon/skolehelsetjeneste) i tilbudet være ønskelig. Kompetanse og videreutdanning er andre tema som også bør synliggjøres med kvalitetsindikatorer. Prinsippene som er utarbeidet i Kunnskapsdepartementets rapport "Rammeverk for kvalitetsindikatorer" kan trolig være relevant også for primærhelsetjenesten. De indikatorene som finnes i andre nordiske land ser ut til ofte å være på et overordnet nivå (for eksempel røykeandel i befolkningen, andel overvektige barn etc). Dette er indikatorer som reflekterer samfunnets totale folkehelseinnsats, men enn helsetjenestens konkrete forebyggende arbeid. Det blir spennende å se hvilke indikatorer som skal måles når de nye svenske retningslinjene for sykdomsforebyggende metoder i helsetjenesten skal implementeres.

KS har nylig iverksatt det første effektiviseringsnettverket for helsestasjonstjenesten, hvor man bla diskuterer bruk av KOSTRA og utvikling av kvalitetsindikatorer. Nettverket for helsestasjonstjenesten har jobbet med å finne objektive målbare indikatorer for tjenesten. Siden det er første gang KS kjører dette nettverket, har man ikke kommet så langt i dette arbeidet. Inntrykket er at det er vanskelig å finne gode indikatorer siden tjenesten er ulikt sammensatt i kommunene. Tall om tilgjengelighet (åpningstid, telefontid) er viktig, gjennomsnittlig liggetid i barsel og noe som kan si noe om sammensetning og organisering av tjenesten (hvilke type tilbud ligger til den enkelte helsestasjon). Det siste er likevel kanskje vanskelig å kategorisere på en slik måte at det blir lett å sammenlikne mellom kommuner. Nettverket har også kartlagt hvilke typer konsultasjoner som blir utført i kommunene for helsestasjonstjenesten 0-5 år, samt tidsbruk og organisering av skolestartundersøkelsen. Betydningen av å få fram indikatorer knyttet til forekomsten av psykisk helse barn/unge, grad av overvekt og fedme i befolkningen m.v. er også diskutert i nettverket.

Tilsyn og lokalt kvalitetsarbeid

Gruppen ønsker at det regionalt bør finnes kompetansestøtte for kommunene til å styrke lokalt forbedringsarbeid, også innen forebyggende tjenester. Andre oppgaver for slike kompetansemiljøer kan være å implementere nasjonale faglige retningslinjer. Regionalt bør tilsynet med forebyggende helsetjenester styrkes. Det er ikke gjort

fellestilsyn av helsestasjonene, og forrige fellestilsyn med skolehelsetjenesten var i 2000. Enheten som foreslås i hovedrapporten bør derfor ha kapasitet på fylkes/regionalt nivå.

For å sikre en god oversikt over helsestasjons- og skolehelsetjenesten, evaluere og foreta forbedringer, må tjenesten ha systemer for å skaffe informasjon om mangler, svikt og uønskede hendelser. Avvikshåndtering er en lovforankret del av kvalitetsarbeidet i kommunene, og det er viktig at ledere på alle nivå følger dette opp.

Kompetanse, fagutvikling og forskning

Det systematiske litteratursøket etter relevant oppsummert forskning viser at det ikke finnes mye forskning på kvalitetsarbeid innen forebyggende helsetjenester. Man vet heller ikke nok om hva som er effektive forebyggende tiltak. Det anbefales derfor at det etableres et forskningsmiljø med helsefremmende fokus. Denne anbefalingen er i tråd med en utredning fra Landsgruppen for helsesøstre NSF 2009 og med utviklingsstrategien (IS-1798). Dersom det etableres nye tjenester som frisklivssentraler, er det viktig at disse evalueres grundig.

Det er behov for å styrke kompetansen for alle yrkesgrupper, også for å møte nye utfordringer. Et sentralt tema er å kommunisere om endring, for eksempel bruk av metodikken i endringsfokusert rådgivning for alle yrkesgrupper. Dette er et av flere tema som foreslås i utviklingsstrategien (IS-1798, kapittel 5.9)

Takster for fastleger

Takstsystemet for fastleger er i all hovedsak rettet inn mot diagnostisk og kurativt arbeid. Det finnes imidlertid to takster (101 og 102 i Normaltariffen) som stimulerer til endring av levevaner for pasienter med diagnose (sekundærforebygging). Takstene kan ikke brukes i primærforebyggende hensikt, og det er knyttet en rekke begrensninger til dem. Dersom en ønsker at fastlegene skal arbeide mer systematisk med primærforebygging og sekundærforebygging, slik Samhandlingsreformen legger opp til, kan endring av takstene være et virkemiddel. Helsedirektoratet anbefalte i sin tilrådningsrapport at takst 101 ("Grønn resept") avvikles og erstattes av en primærforebyggende takst (6). I Danmark har man innført en forebyggelsestakst som kan utløses ved avtalt veiledning om levevaner (bla fysisk aktivitet, kosthold og røyking).

Kommunale forhold

Kommunene får trolig større ansvar for folkehelse og forebygging i ny Folkehelse og helsetjenestelov, og kommuneoverlegene må involveres i dette arbeidet. Ny plan og bygningslov har inkludert folkehelseperspektivet, og det er viktig at folkehelse og tjenesteområdene blir dokumentert i samfunnsdelen i kommuneplanene. Her er Bergen kommune, som har fokusert på hjemmebesøk etter fødsel, et eksempel.

Brukerperspektiv

Retten til individuell plan er en styrke for brukerperspektivet. Kvalitetsstrategien ”Og bedre skal det bli” har brukeren i sentrum, for eksempel skal brukeren medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale. Også i forskning og fagutvikling er det viktig å ha et brukerperspektiv. Det er også viktig å styrke samarbeidet med brukerorganisasjonene. Brukerperspektivet medfører også at tjenestene bør være tilgjengelige, samordnet og preget av kontinuitet. For fremmedspråklige er det viktig å bli forstått og kunne kommunisere med helsepersonell. Mer fleksible åpningstider kan være et virkemiddel for å øke tilgjengeligheten for brukerne.

For å få til dette i praksis kan det opprettes kommunale råd for kvalitet (finnes i spesialisthelsetjenesten) for forebyggende helsetjenester som skal inkludere brukere og deres organisasjoner. Det kan gjennomføres jevnlig brukerundersøkelser. Det er nylig utviklet en brukerundersøkelse for helsesatsjonstjenesten 0-5 år (www.bedrekommune.no), men det foreligger ingen resultater enda. Videre bør informasjon om åpningstider, typer helsepersonell ansatt, hva tjenesten kan tilby etc være lett tilgjengelig på internett. Kvalitetsindikatorer bør være meningsfulle og tilgjengelige også for brukere

Konklusjon

Samhandlingsreformen (1) slår fast at forebyggende helsearbeid skal styrkes. I den kommunale helsetjenesten er det særlig skolehelsetjeneste, helsestasjon og svangerskapsomsorg som har forebyggende og helsefremmende oppgaver i dag. Andre kommunale aktører som kan utvikles til å tilby systematisk primær og sekundærforebygging hos voksne i tråd med intensjonene i Samhandlingsreformen, er fastlegene og kommunale frisklivssentraler (som en del av kommunale lærings- og mestringssentra). Samhandlingsreformen fremhever også betydningen av å ha oversikt over helsetilstanden i kommunene.

Vi har ikke funnet noe omfattende kvalitetssystem som tilsvarer disse forebyggende helsetjenestene i andre land. I Norge finnes det lite relevante data tilgjengelig, dette gjelder både nasjonalt, regionalt og lokalt nivå. Det er behov for å styrke dokumentasjonsgrunnlag fra tjenestene; både for å dokumentere hva som blir gjort og for å vurdere hvilke tiltak som har effekt. Gruppen foreslår at det etableres et forskningsmiljø med helsefremmende fokus.

Gruppen har drøftet en rekke ulike elementer og implementering av disse. Vi mener de viktigste tiltakene er:

- *Konkretisering av forebyggende helsetjenester i lover og forskrifter*
For forebyggende helsetjenester er det en særlig utfordring at oppgavene ikke er konkretisert i dagens kommunehelsetjenestelov eller i forskrifter. Å tydeliggjøre hvem som har ansvar for ulike intervensjoner og innholdet i de ulike tjenestene vil gjøre utviklingen av et kvalitetssystem enklere.
- *IKT systemer*
IKT systemer som kommuniserer er en forutsetning, både for å kunne samle data til kvalitetsarbeid og statistikk, men også for å kunne samhandle med andre aktører og brukere. Nasjonalt helseregisterprosjekt (15) slår fast at for å gjennomføre analyser av pasientforløp, samt for helseovervåking, forskning og kvalitetsforbedring trengs det personentydige data fra primærhelsetjenesten. Disse bør omfatte data fra allmennelegetjenesten, sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenesten. Behovet for slike data må også forstås i lys av Samhandlingsreformen, hvor det å kunne følge pasientforløp er viktig.

- *Kvalitetsindikatorer*

Gruppen ønsker at det utvikles kvalitetsindikatorer som kan gjøres tilgjengelige for brukere og for tjenesten selv på ulike nivåer. Det er ønskelig med kvalitetsindikatorer som kan si noe om forebyggende arbeid hos alle aktørene, også fastlegene og frisklivssentralene. Det må jobbes videre for å velge ut indikatorer, men ut fra et brukerperspektiv kan indikatorer som sier noe om tilgjengelighet og tverrfagligheten i tilbudet være ønskelig.

Dette begrunner vi med at disse elementene gir rammer for arbeidet lokalt og sentralt, viktig informasjon til brukerne og styringsinformasjon på aggregert nivå.

Det er viktig å bygge opp et helhetlig kvalitetssystem for forebyggende helsetjenester. Dersom denne rapporten skal konkretiseres og følges opp, må de ulike aktørene involveres på en god måte og det må være tid for grundige prosesser i organisasjonene. Gruppen ønsker mer ressurser til regional/lokal fagstøtte til kvalitetsarbeid innen forebyggende helsetjenester, og enheten som foreslås i hovedrapporten bør derfor ha kapasitet på fylkes/regionalt nivå.

Referanser

1. St. meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling - på rett sted - til rett tid. 2008.
2. IS-1798 Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsedirektoratet; 2010.
3. IS-1815 Utviklingsstrategi for jordmortjenesten. Tjenestekvalitet og kapasitet. Helsedirektoratet; 2010.
4. IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Helsedirektoratet; 2008.
5. Forebyggende helsearbeid. Policydokument for Norsk forening for allmennmedisin, NFA. 2007.
6. Tilrådningsrapport. Utvikling av lavterskeltilbud innen levevaneområdene fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Helsedirektoratet; 2009.
7. Veileder for etablering og organisering av kommunale friskslivssentraler. Helsedirektoratet; 2011.
8. Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15 Systematisk kunnskapsoversikt . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
9. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Litteratursøk. Rapport fra kunnskapssenteret nr 10. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
10. Primærforebyggende tiltak og screening i helsetjenesten. Kunnskapssenteret - hasteoppsummering . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
11. Primærforebygging av hjerte- og karsykdom, med hovedvekt på medikamentelle tiltak. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20 - 2008 - Systematisk kunnskapsoversikt . Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008.
12. Nordisk kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. Nordisk råd; 2010.
13. IS-1162 ...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Helsedirektoratet; 2005.
14. IS-1154 Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.Veileder til forskrift av 3.april 2003 nr. 450. Helsedirektoratet; 2004.
15. Gode helseregistre - bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010-2020. FHI; 2010.

Vedlegg - Søkestrategi

Dato for alle søk: 2.09.2010

Søk etter systematiske oversikter ga 472 unike referanser. Vi søkte i MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, CINAHL, ISI Web of Science (Social Science/Science Citation Index) og Cochrane Library (Cochrane Library of Systematic Reviews, Health Technology Assessments Database og Database of Abstracts of Reviews of Effects). Søket bestod av både emneord og tekstord og var sammensatt av søketermer for *kvalitet* kombinert med termer for *forebyggende helse-tjenester generelt, skolehelsetjenesten, helsestasjoner og helsefremmende arbeid i primærhelsetjenesten*. Søket ble ytterligere avgrenset med et smalt søkefilter for systematiske oversikter.

Vi gjorde også et søk etter casestudier og evalueringsrapporter om temaet. Søkestrategien var den samme som ved søk etter systematiske oversikter men ble avgrenset med søkeord som *case report* og *evaluation report*. Dette søket ga 233 unike søketreff.

Søketreff totalt: 748

Søketreff totalt etter dublettkontroll: 705

Ovid : Samlet søk i MEDLINE, EMBASE og PsycINFO.

Søketreff etter Ovid dublettkontroll

Systematiske oversikter: 303 (EMBASE 184, MEDLINE 116, PsycINFO 3)

Rapporter: 116 (EMBASE 26, MEDLINE 88, PsycINFO 2)

1. "quality of health care"/ use prmz or advance directive adherence/ use prmz or clinical competence/ use prmz or guideline adherence/ use prmz or "process assessment (health care)"/ use prmz or peer review, health care/ use prmz or "professional review organizations"/ use prmz or quality assurance, health care/ use prmz or benchmarking/ use prmz or exp clinical audit/ use prmz or exp *guidelines as topic/ use prmz or total quality management/ use prmz or exp quality indicators, health care/ use prmz or exp "utilization review"/ use prmz
2. health care quality/ use emez or "quality of nursing care"/ use emez
3. "quality of services"/ use psych or "quality of care"/ use psych or best practices/ use psych or clinical governance/ use psych or quality control/ use psych
4. ((Healthcare or care or service*) adj2 quality).tw.
5. (quality indicator* or quality improvement* or quality system*).tw.
6. or/1-5
7. Preventive Health Services/ use prmz or Primary Prevention/ use prmz
8. Preventive Health Service/ use emez or Primary Prevention/ use emez
9. prevention/ use psych or Primary Mental Health Prevention/ use psych
10. ((Preventive* or prevention) adj2 (care or health* or service* or healthcare or community)).tw.
11. ((primary or secondary) adj prevent*).tw.
12. Secondary prevention/
13. exp School Health Services/ use prmz or Health visitor/ use prmz

14. exp school health service/ use emez or exp school health education/ use emez or health visitor/ use emez
15. exp school based intervention/ use psych or exp school counseling/ use psych or school counselors/ use psych
16. (School health* or School nurs* or Health visitor* or school* clinic* or (school adj2 (psychol* or physical therap* or physiotherap* or physician* or doctor*))).tw.
17. Maternal-Child Health Centers/ use prmz or Community Health Nursing/ use prmz or family nursing/ use prmz or public health nursing/ or (community health nurs* or public health nurs).mp.
18. ((child* or matern*) adj health* adj2 (clinic* or center* or centre*)).tw.
19. exp Health Education/ or exp health promotion/ or exp prevention/ use psych or preventive medicine/
20. ((Health* adj2 (promotion or education)) or patient education).tw. or (lifestyle change* or life style change*).mp.
21. maternal-child nursing/ or midwi*.mp.
22. Physicians, Family/ use prmz or Community Health Nursing/ use prmz or family nursing/ use prmz or public health nursing/ use prmz or (general practi* or family physician* or community health nurs* or public health nurs*).mp. or physical therap*.mp. or physiotherap*.mp.
23. community health services/ or community mental health services/ or primary health care/ use prmz
24. community care/ or community program/ or primary health care/ use emez
25. community services/ or community mental health services/ or primary mental health prevention/ or exp Primary Health Care/ use psych
26. (community care or community health care or community healthcare or community health service* or community mental health* or primary care or primary health care or primary healthcare).tw.
27. (19 or 20 or 21) and (22 or 23 or 24 or 25 or 26)
28. *Preventive Health Services/ or *prevention/ or *Preventive Health Service/ or *primary prevention/
29. or/7-18,27
30. 6 and 29
31. (systematic* review* or systematic literature review* or systematic search* or meta-anal*).mp.
32. (review* and (pubmed or medline or embase)).pt,tw.
33. 31 or 32
34. 30 and 33
35. remove duplicates from 34
36. report.pt. use emez
37. case reports.pt.
38. (case report or evaluation study or evaluation report).tw.
39. 36 or 37 or 38
40. 30 and 39
41. remove duplicates from 40
42. 41 not 35

Cinahl (Ebsco)

Søketreff systematiske oversikter: 28

Søketreff rapporter 113

- S31 S30 not S27
- S30 S4 and S24 and S29
- S29 (MH "Case Studies") OR (MH "Reports+")
- S26 S4 and S25
- S25 S23 and S24
- S24 S5 or S8 or S9 or S10 or S11 or S18 or S19
- S23 S20 or S21 or S22

- S22 TI (systematic* review* or meta-analys* or (review* and (pubmed or embase or medline or cinahl))) or AB (systematic* review* or meta-analys* or (review* and (pubmed or embase or medline or cinahl)))
- S21 (MH "Meta Analysis")
- S20 (MH "Systematic Review")
- S19 TI (primary care nurs* or school health* or health visitor* or maternal child health cent* or preventive care or preventive health* or public health nurse*) or AB (primary care nurs* or school health* or health visitor* or maternal child health cent* or preventive care or preventive health* or public health nurse*)
- S18 S16 and S17
- S17 S6 or S7 or S12
- S16 S13 or S14 or S15
- S15 (MH "Primary Health Care")
- S14 (MH "Community Health Services+")
- S13 TX community or primary
- S12 (MH "Midwifery Service+")
- S11 (MH "Community Health Centers")
- S10 (MH "School Health Services+")
- S9 (MH "School Health")
- S8 (MH "Life Style Changes")
- S7 (MH "Health Education+")
- S6 (MH "Health Promotion+")
- S5 (MH "Community Health Nursing+") OR (MH "Community Mental Health Services+") OR (MH "Family Services") OR (MH "Preventive Health Care") OR (MH "Postnatal Care+")
- S4 S1 or S2 or S3
- S3 (MH "Quality of Health Care") OR (MH "Clinical Governance+") OR (MH "Guideline Adherence") OR (MH "Accountability") OR (MH "Professional Compliance") OR (MH "Quality Assurance+") OR (MH "Quality Management, Organizational") OR (MH "Quality of Nursing Care")
- S2 TI ("quality of care" or "quality improvement" or "healthcare quality" or "quality indicators") or AB ("quality of care" or "quality improvement" or "healthcare quality" or "quality indicators")
- S1 (MH "Quality of Care Research")

ISI Web of Science

Søketreff: 88 systematiske oversikter

Ikke søkt på rapporter

Databases=SCI-EXPANDED, SSCI, A&HCI Timespan=All Years

Topic=("quality system*" or "quality improvement*" or "quality indicator*" or "quality assurance" or "health care quality") AND Topic=("school health*" or "community health*" or "public health nursing" or "primary health care" or "primary care" or "primary healthcare" or "preventive health care" or "preventive care" or "preventive healthcare") AND Topic=("systematic review*" or "meta-anal*")

Cochrane Library

Søketreff

Cochrane Database of Systematic Reviews: 14

DARE: 71

HTA: 8

Methods Studies: 7

- #1 MeSH descriptor Quality of Health Care, this term only
- #2 MeSH descriptor Guideline Adherence explode all trees
- #3 MeSH descriptor Clinical Competence explode all trees
- #4 MeSH descriptor Peer Review, Health Care explode all trees
- #5 MeSH descriptor Professional Review Organizations explode all trees
- #6 MeSH descriptor Quality Assurance, Health Care explode all trees
- #7 MeSH descriptor Quality Assurance, Health Care, this term only
- #8 MeSH descriptor Total Quality Management explode all trees
- #9 MeSH descriptor Quality Indicators, Health Care explode all trees

- #10 MeSH descriptor Utilization Review, this term only
- #11 ((Healthcare or care or service*) near/2 quality):ti,ab,kw
- #12 ((quality next indicator*) or (quality next improvement*) or (quality next system*)):ti,ab,kw
- #13 (#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12)
- #14 MeSH descriptor Preventive Health Services explode all trees
- #15 ((Preventive* or prevention) near/2 (care or health* or service* or healthcare or community)):ti,ab,kw
- #16 ((primary or secondary) next prevent*):ti,ab,kw
- #17 MeSH descriptor Community Health Nursing explode all trees
- #18 MeSH descriptor Family Nursing explode all trees
- #19 MeSH descriptor Public Health Nursing explode all trees
- #20 MeSH descriptor Maternal-Child Health Centers explode all trees
- #21 ((School next health*) or (School next nurs*) or (Health next visitor*) or (school* next clinic*)):ti,ab,kw
- #22 (school near/2 (psychol* or physical therap* or physiotherap* or physician* or doctor*)):ti,ab,kw
- #23 ((child* or matern*) near health* near/2 (clinic* or center* or centre*)):ti,ab,kw
- #24 MeSH descriptor Health Education explode all trees
- #25 MeSH descriptor Health Promotion explode all trees
- #26 MeSH descriptor Preventive Medicine explode all trees
- #27 ((Health* near/2 (promotion or education)) or "patient education"):ti,ab,kw
- #28 MeSH descriptor Maternal-Child Nursing, this term only
- #29 MeSH descriptor Midwifery explode all trees
- #30 (#14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29)
- #31 (#13 AND #30)

Tittel	Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
Forfattere	Signe Flottorp, <i>forsker</i> Bjørnar Nyen, <i>seniorrådgiver</i> Trond Egil Hansen, <i>leder i Allmennlegeforeningen</i> Gisle Roksund, <i>leder i Norsk forening for allmennmedisin</i> Endre Sandvik, <i>direktør, Legevakten i Oslo</i> Janecke Thesen, <i>leder i Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg</i>
ISBN	978-82-8121-374-6
Prosjektnummer	609
Rapporttype	Notat
Antall sider	44
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Nøkkelord	Kvalitetssystem, primærhelsetjenesten, fastlege, allmennlege
Sitering	Flottorp S, Nyen B, Hansen TE, Roksund G, Sandvik E, Thesen J. Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester. Notat 2010. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo, 2010.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, oktober 2010

Hovedbudskap

Status og utfordringer

Fastlegeordningen har som formål å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Nesten alle innbyggere er tilknyttet ordningen. Ordningen er i hovedsak vellykket, brukerundersøkelser viser at folk er fornøyde med fastlegeordningen og de fleste fastlegene trives i jobben. Det er likevel flere utfordringer og rom for forbedringer, og vi trenger mer kunnskap om kvaliteten av legetjenestene både for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for å kunne følge med.

Sett i forhold til oppgaver og ansvar, og i lys av Samhandlingsreformen, er det behov for å styrke allmennlegetjenesten både i volum og kvalitet. Siden 1990 har antall legeårsverk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent. Det er nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å få flere spesialister i allmennmedisin.

Internasjonale og nasjonale erfaringer

Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Flere ulike tilnærminger har vært brukt internasjonalt for å fremme kvalitet, blant annet:

- Akkreditering av allmennleger/praksis
- Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer og monitorering av praksis
- Pay for performance - betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten
- Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis
- Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid, bl.a. bruk av læringsnettverk og derved utviklet kapasitet og kunnskap om forbedringsarbeid
- Partnerskap mellom helsemyndigheter og fagmiljøene

Nasjonalt er det særlig det allmennmedisinske fagmiljøet i Legeforening som har vært pådriver i kvalitetsutviklingsarbeidet.

Implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetssystem

Det er viktig å bygge videre på gode nasjonale prosjekter og erfaringer.

Det er også viktig å lære av internasjonale erfaringer samt oppsummert forskning om effekten av tiltak for kvalitetsforbedring.

En forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. Til tross for at elektroniske pasientjournaler har vært i utstrakt bruk i norsk allmennmedisin i en årrekke, er det fortsatt behov for en stor og målrettet satsning for å få på plass funksjonelle løsninger for elektronisk pasientjournal, både i forhold til trygg og sikker pasientbehandling, og for å kunne høste data for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for monitorering av kvalitet i praksis.

Implementeringen av de ulike elementene bør skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid.

Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling.

Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten i allmennmedisin, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.

Legeforeningen har vedtatt å etablere Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Innhold

HOVEDBUDSKAP	2
INNHold	4
FORORD	6
INNLEDNING	7
Mandat	7
Målet med et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester	7
METODE	9
KVALITETEN I FASTLEGEVIRKSOMHET OG ØVRIGE ALLMENNLEGETJENESTER - STATUS OG UTFORDRINGER	11
Fastlegeordningen	11
Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen	12
Risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten - rapport fra Helsetilsynet	14
Utviklingstrekk i helsesektoren – rapporter fra Helsedirektoratet	14
Rapport fra Legeforeningen om styrking av allmennmedisin og fastlegeordning	17
KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin	19
Samhandlingsreformen	20
Kompetanse: grunn-, videre- og etterutdanning i allmennmedisin	20
Samordning av utdanningsløpet	20
Forslag om krav til spesialitet i allmennmedisin	20
Økt behov for spesialister i allmennmedisin	21
Forslag om utdanningsstillinger i allmennmedisin	21
Forslag om ny ordning med nybegynnerstillinger for leger	22
Innholdet i utdanningen - livslang læring	23
Styring og ledelse – kommunene og fastlegene	25
Mangel på krav om faglige og kvalitetsmessige standarder	25
Mangel på informasjon om kvalitet i primærhelsetjenesten – Commonwealth Funds undersøkelse blant allmennleger	26
NORSKE OG INTERNASJONALE TILNÆRMINGER TIL ARBEID MED KVALITET I ALLMENNLEGETJENESTEN	28
Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – norske erfaringer	28

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning)	28
Kvalitetssikringsfondene	28
Allmennmedisinsk forskningsfond	29
Senter for Allmennmedisinsk kvalitet (SAK)	29
Nasjonale kompetansesentra	30
Allmennmedisinske forskningsenheter	30
Pågående initiativ og prosjekter	31
Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK)	32
Data fra allmennlegetjenesten	32
Elektronisk pasientjournal, EPJ-løftet og det moderne IT-legekontor	33
Praksiskonsulentordningen (PKO)	34
Utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis - pilot	35
Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – internasjonale erfaringer	35
Akkreditering av allmennleger/praksis	35
Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer	35
Pay for performance	36
Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis	36
Rutinemessig monitorering av praksis	36
Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid	36
IMPLEMENTERING AV ET NASJONALT KVALITETSSYSTEM	38
Behov for et nasjonalt system som støtter lokalt kvalitetsforbedringsarbeid	38
Det viktigste er et velfungerende IKT-system	38
Partnerskapsmodellen	39
Bygge på eksisterende arbeid og strukturer	39
Krav til spesialistutdanning og resertifisering	39
Støtte og veiledning i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid	40
REFERANSER	41

Forord

Kunnskapssenteret har fått i oppdrag av Helsedirektoratet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet å gjennomføre et prosjekt som skal munne ut i vurderinger av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for de kommunale helse- og omsorgstjenestene, med frist 10.10.10.

Ifølge oppdragsbrevet skal del 1 av prosjektet beskrive og vurdere styrker og svakheter ved ulike alternativer, og det skal foreslå hvilke elementer som bør inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Del 2 av prosjektet skal beskrive hvordan det nasjonale kvalitetssystemet kan utvikles og dernest implementeres i tjenestene, delt opp i fire deler, herunder fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester.

Denne delrapporten gjør rede for status, utfordringer og muligheter med hensyn til å utvikle og implementere et nasjonalt kvalitetssystem for fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester.

Undergruppen for dette delprosjektet har bestått av:

- Prosjektleder: forsker, Signe Flottorp, Kunnskapssenteret
- Bjørnar Nyen, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret
- Trond-Egil Hansen, leder i Allmennlegeforeningen
- Gisle Roksund, leder i Norsk forening for allmennmedisin
- Endre Sandvik, direktør, Legevakten i Oslo
- Janecke Thesen, leder i Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg

Denne delrapporten er ment som en støtte i arbeidet med å utvikle et godt nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Kunnskapssenteret takker medlemmene i undergruppen for innsats og engasjement til tross for korte frister.

Anne Karin Lindahl
Avdelingsdirektør

Gunn Vist
Seksjonsleder

Signe Flottorp
Prosjektleder

Innledning

Mandat

Som ledd i Kunnskapssenterets oppdrag om å bidra til utvikling av et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten er det etablert et delprosjekt med fokus på fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester.

Målet med et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester

Et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten skal i samarbeid med aktørene i primærhelsetjenesten ta initiativ til, iverksette, støtte og koordinere tiltak som kan bidra til at brukere og pasienter får primærhelsetjenester av god kvalitet. Forslag til nasjonalt kvalitetssystem er nærmere beskrevet i hovedrapporten. Her vil vi kort gjøre rede for hva vi mener med helsetjenester av god kvalitet, i forhold til allmennlegetjenestene.

Hva som er helsetjenester av god kvalitet for brukere og pasienter bestemmes av samfunnets føringer, lovverkets krav og det som ut fra et faglig og profesjonsetisk perspektiv gir best mulig tjenester til brukerne. Ifølge Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015) innebærer dette at tjenestene (1):

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av god kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Arbeid for å kvalitetssikre fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester, må ta hensyn til det spesielle ved allmennmedisinsk virksomhet. Et uttrykk for dette er de sju teser for allmennmedisin, som var resultatet av en tenkedugnad i regi av NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin) 2000-2001 (2):

1. Hold lege-pasient-forholdet i hevd
2. Gjør det viktigste
3. Gi mest til dem med størst behov
4. Bruk ord som fremmer helse
5. Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling
6. Beskriv praksiserfaringene
7. Ta ledelsen

Som ledd i en strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin foreslo Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP), et utvalg i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i Den norske legeforening en åttende tese som inkluderer de seks dimensjonene i nasjonal kvalitetsstrategi:

8. Gi tjenester av god faglig kvalitet (3)

Den fagspesifikke konteksten må ta hensyn til ulike former for allmennmedisinsk virksomhet. Hovedformene er kontorpraksis, inkludert akutte situasjoner og planlagte sykebesøk, og legevakt. Allmennlegene driver også offentlig allmennlegearbeid i sykehjem, i fengsler, på helsestasjoner og i skoler. I tillegg driver de forskning og undervisning, kvalitetsutvikling, og mange er tilsatt som praksiskonsulenter i foretakene.

Kvaliteten av allmennlegetjenesten bestemmes i hovedsak av det som skjer i de mange enkeltmøter mellom lege og pasient. I en god konsultasjon vil legen både etablere en god relasjon med pasienten, og gjøre et godt faglig arbeid. For pasienten handler det for det første om å bli sett og anerkjent. Dette er en forutsetning for at pasienten kan ha tillit til legen. Da kan pasienten ta opp spørsmål og bekymringer som oppleves som pinlige eller skambelagte. Informasjonen som en pasient gir på grunnlag av en tillitsfull relasjon kan være avgjørende for legens mulighet til å gi ikke bare empatisk og omsorgsfull, men også virkningsfull diagnostikk og behandling. For det andre vil pasienten selvsagt også ønske og forvente at legen iverksetter virkningsfulle undersøkelser og behandlinger som er trygge og sikre, når det er mulig og nødvendig. Slike faglige beslutninger bør tuftes på den beste tilgjengelige kunnskap. Da kan legen sammen med pasienten vurdere fordeler og ulemper ved ulike valg, i lys av pasientens og samfunnets preferanser og verdier, og tilgjengelige ressurser.

Metode

Det har vært etablert en undergruppe for dette delprosjektet. Signe Flottorp har vært prosjektleder og Bjørnar Nyen har vært intern medarbeider fra Kunnskapssenteret. Eksterne medlemmer i undergruppen har vært Gisle Roksund, leder i Norsk forening for allmennmedisin, Trond Egil Hansen, leder i Allmennlegeforeningen, Janecke Thesen, leder i Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg KUP og Endre Sandvik, direktør, Legevakten i Oslo. Kunnskapssenterets ledelse hadde bedt om å få med representanter for hjemmesykepleien, spesialisthelsetjenesten, brukere, legesekretærtjenester og legevaktsfunksjonen. Det var imidlertid sterkt begrenset tid til å få til en omfattende prosess i undergruppen. Vi valgte derfor ikke å oppnevne egne representanter for alle disse gruppene, men vi forsøkte å ivareta disse synspunktene i rapporten.

Bjørnar Nyen og Signe Flottorp hadde møte med tre av de eksterne medlemmene i gruppen 15.09.10, og med det fjerde medlemmet i gruppen 16.09.10. For øvrig har vi hatt utveksling via e-post.

Vi har tatt utgangspunkt i beskrivelser av status og utfordringer for kvaliteten i vid forstand i fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester. Vi har ikke gjort systematiske søk etter litteratur, men har benyttet litteratur og kilder som var samlet inn. Vi har vurdert og oppsummert sentrale dokumenter fra forskningsmessige evalueringer, offentlige myndigheter og Den norske legeförening.

Vi har videre tatt utgangspunkt i et notat fra Kunnskapssenteret om norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten når det gjelder forslag til virkemidler og tiltak for kvalitetsarbeid (4).

I den foreliggende rapporten har vi viet status og utfordringer i fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester størst plass. Vi mener det er viktig å ta utgangspunkt i dagens virkelighet når det gjelder fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester i kommunene.

For at det skal bli sammenheng i beskrivelsen, og for at denne delrapporten skal kunne leses som et selvstendig dokument, har vi valgt å gjenta noe av informasjon som er gitt i notatet om kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten (4).

Fordi del 1 av rapporten, med elementene i kvalitetssystemet, først har blitt avklart i siste fase av prosjektperioden, har det ikke vært mulig å gjøre en konkret og detaljert vurdering av hvordan de ulike enkeltelementene kan utvikles og implementeres i legetjenesten i kommunene. Det har derfor også vært svært begrenset mulighet for medlemmene i undergruppa å komme med detaljerte tilbakemeldinger på utkastet til delrapport.

Vi viser til noen generelle norske og internasjonale erfaringer fra arbeid med kvalitetsutvikling. Vi har ikke tatt mål av oss å gi en systematisk og uttømmende beskrivelse av alle slike erfaringer, og erkjenner at viktige eksempler kan være utelatt. Til sist oppsummerer vi noen forutsetninger for vellykket implementering.

Innen rammen av dette delprosjektet har vi ikke hatt ressurser til, og vi har heller ikke sett det formålstjenlig, å gjøre en systematisk gjennomgang av kvalitetssystemer for allmennlegetjenesten, eller av effektene av ulike kvalitetsforbedringstiltak. Vi har referert noen av de mest relevante systematiske oversiktene på dette feltet.

Kvaliteten i fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester - status og utfordringer

Fastlegeordningen

Fastlegeordningen er en nasjonal ordning som bygger på et trepartssamarbeid mellom Kommunenes sentralforbund (KS), staten og Legeforeningen.

Fastlegeordningen ble innført i 2001, og er regulert av egen forskrift (5). I følge § 1 i denne forskriften er formålet med fastlegeordningen ” å bedre kvaliteten i allmennlegetjenesten ved å sikre at mennesker som er bosatt i Norge skal kunne få en fast allmennlege å forholde seg til. Fastlegeordningen skal gi befolkningen større trygghet gjennom bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten.”

Det er opp til den enkelte innbygger om vedkommende vil være med i ordningen eller ikke. Nesten alle innbyggere er tilknyttet fastlegeordningen. Pr. 30.09.2009 stod kun 0,4 % (ca. 20 000) av landets befolkning utenfor ordningen. Det er registrert 3 983 fastlegelister som omfatter 4,8 millioner innbyggere (6).

I 2008 ble det foretatt i overkant av 16,3 millioner henvendelser til fastleger og rundt 1,3 millioner henvendelser til legevakt. Det er flere kvinner enn menn som oppsøker fastlege. Kvinner sto for nesten 60 % av alle kontakter. Kjønnforskjellene er mindre ved bruk av legevakt, her var i underkant av 53 % av henvendelsene fra kvinner (6).

Aldersgruppen 0-9 år utgjør om lag 12 % av befolkningen, men står for nesten 20 % av alle henvendelser til legevakten i løpet av et år. Aldersgruppene over 70 år bruker både fastlegen og legevakt mer enn deres andel av befolkningen skulle tilsi (6).

I 2006 viste tall fra NAV at 72 % av kvinnene og 59 % av mennene var til én eller flere konsultasjoner hos fastlegen (7). Av de som kontaktet fastlegen i 2008, var det 82 % som gjorde det 1-10 ganger i løpet av året, mens 13 % gjorde det 11-20 ganger. Det finnes også en del ”storforbrukere” av fastlegetjenester: nær 5 % hadde fra 21-50 kontakter, mens 0,3 % hadde fra 51 til over 100 kontakter i 2008 (6).

Brukerundersøkelser viser at folk er tilfreds med fastlegeordningen (8). Gjentatte undersøkelser viser at fastlegeordningen er en av de offentlige tjenestene som folk er mest fornøyde med (9). I 2009 gjennomførte Direktoratet for forvaltning og IKT (DIFI) en innbyggerundersøkelse som hadde som formål å gi økt innsikt i innbyggernes oppfatninger og erfaringer på en rekke tjenesteområder (10). I rapporten vurderes fastlegetilbudet i kommunene som godt, uavhengig av kommunestørrelse. Legevakttilbudet vurderes som positivt (flere positive enn negative), men her anslås det å foreligge et forbedringspotensial. Tilfredsheten med legevakttilbudet er langt lavere i de store byene og i regionene Oslo/Akershus og Sør-Østlandet enn i resten av landet.

Fastlegen er som regel pasientens første kontakt med helsetjenesten. Fastlegen er den fagpersonen som har lengst sammenhengende kontinuitet i pasientrelasjonene, i gjennomsnitt 7,7 år.

Et viktig mål ved fastlegeordningen har vært å sikre befolkningen tilgjengelighet til allmennlege. Ved innføringen av fastlegeordningen var det 277 lister uten lege, og åtte kommuner måtte suspendere ordningen. Antallet lister uten lege gikk gradvis ned de første årene. Per 30.09.2009 var 72 lister uten lege. Trenden med reduksjon av antallet har stoppet litt opp, men antallet ligger nær det laveste som er observert. Bare 1,7 prosent av listene var uten lege, med til sammen 44 600 innbyggere tilknyttet ubemannede lister.

Innføringen av helseforetaksreformen i 2002 flyttet på nytt oppmerksomheten fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. Fra 2002 har antall legestillinger på sykehus vokst kraftig, mens tilveksten i allmennlegetjenesten har vært minimal, på tross av at legenes arbeidsbyrde har økt etter innføring av fastlegeordningen.

Vi mangler systematisk kunnskap om kvalitetsutfordringene i fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester. Vi har forsøkt å samle og oppsummere fra noen av de viktigste kildene som belyser kvalitetsutfordringene i allmennlegetjenestene i kommunene.

Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen

Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen var ikke rettet mot den medisinskfaglige virksomheten, men hadde vekt på fire hovedtema som angår tjenestens kvalitet (11):

- Legedekning
- Tilgjengelighet
- Kontinuitet
- Effektivitet

Selv om hovedkonklusjonen fra den forskningsbaserte evalueringen var at ordningen var vellykket, identifiserte evalueringen noen utfordringer i forhold til de fire hovedtemaene (11).

Parallelt med fastlegeordningen bedret legedekningen seg betraktelig, og stabiliteten blant fastlegene er høy. Det er likevel fortsatt problemer med legemangel i enkelte kommuner. I noen kommuner har man vært for tilbakeholdne med å søke om nye hjemler, med den følge at innbyggerne ikke har reelle muligheter for å bytte fastlege. Reformen la grunnlaget for en styrking av allmennmedisinsk offentlig legearbeid i sykehjem, helsestasjon og skoler, men så langt har dette ikke skjedd. Kommunen kan pålegge en fulltids fastlege 7,5 timer offentlig arbeid per uke. Evalueringen viser imidlertid at dette potensialet ikke er utnyttet, trolig av økonomiske årsaker.

Tilgjengeligheten er bedret, men pasientene er mindre tilfreds med ventetid på time og telefontilgjengelighet enn med de fleste andre aspekter ved fastlegeordningen. Dette skyldes trolig at forventningene til tilgjengelighet har økt mer enn den faktiske økningen i tilgjengelighet. Det er ikke noe som tyder på at listelengde har betydning for tilgjengeligheten, men fastleger som har for få pasienter har bedre tilgjengelighet og mer tid for pasientene sine.

De fleste pasientene er svært tilfredse med det personlige forholdet de har til sin fastlege. Legene er ydmyke over å ha blitt valgt, og det kan synes som de har blitt mer service-innstilte. Men de føler også at pasientene har fått mer makt gjennom reformen og at de er blitt mer krevende.

Det er indikasjoner på at portvaktrollen er blitt svekket som følge av fastlegeordningen, og det er et økende antall pasienter som henvises til andrelinjetjenesten. Tidligere praksisregistreringer fra norsk allmennpraksis tyder på at pasientene har blitt henvist videre til spesialist eller sykehus i knapt 10 % av konsultasjonene (12). Tilsvarende henvisningsfrekvens (per legekontakt) i Statistisk sentralbyrås Levekårsundersøkelse var 12,9 % i 2001 og 15,3 % i 2003. Om en også tar hensyn til at de som var blitt henvist hadde fått i gjennomsnitt 1,6 henvisninger, ender vi opp med 20,6 % og 24,5 %. Opplysningene fra respondentene i levekårspanelet vil være beheftet med betydelig usikkerhet sammenlignet med en fortløpende praksisregistrering, men med så store utslag er det likevel grunn til å anta at det de senere årene har vært en sterk økning i henvisningsfrekvensen fra allmennpraksis. Den viktigste årsaken til dette er nok likevel ikke fastlegeordningen som sådan, men økende kapasitet i spesialisthelsetjenesten; tilbud skaper etterspørsel.

Både fastlegene selv og deres samarbeidspartnere setter pris på at fastlegeordningen klart definerer hvem som har ansvar for hver enkelt pasient. Det er likevel et potensial for bedret samarbeid på flere nivå.

Kommunale myndigheter er stort sett tilfreds med fastlegenes arbeid, ifølge evalueringsrapporten. De har små styringsambisjoner. Styringsredskapene er først og fremst avtaleverket, samt dialog og samarbeid.

Risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten - rapport fra Helsetilsynet

Helsetilsynet utarbeidet i 2004 en rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten (13). Rapporten gir en god beskrivelse av det allmennt medisinske fagfeltet. Til å identifisere problemområder og vurdere konsekvens og sannsynlighet for uønskede hendelser ble det benyttet et ekspertpanel med representasjon fra det allmennt medisinske fagmiljøet, samt en gjennomgang av ulike kunnskapskilder. Alvorlighetsgraden var avgjørende for hva som ble tatt med i sammenfatningen. Andre områder med forventet sårbarhet er omtalt i et vedlegg til rapporten. Ekspertpanelet la hovedvekt på to sårbare områder som pekte seg ut:

- øyeblikkelig hjelp-plikten
- tilbudet til personer med kroniske tilstander

Disse områdene involverer faglighet, organisering, tilgjengelighet og ikke minst kommunikasjon og intern og ekstern samhandling. Sammenfatningen omtaler disse områdene, hvor svikt kan føre til stor risiko for pasienter:

1. Mangelfull refleksjon rundt egen praksis
2. Svikt i utredning og behandling
3. Svikt i håndteringen av øyeblikkelig hjelp tilstander
4. Sviktende oppfølging av "utsatte pasientgrupper"
5. Mangelfull tilgjengelighet

Utviklingstrekk i helsesektoren – rapporter fra Helsedirektoratet

Rapporten "Data fra allmennlegetjenesten" publisert 28.09.10 viser at det i 2008 var registrert 3 969 fastleger, mot 2 703 i 2002, en økning på 7,2 % (6). I samme periode har befolkningsøkningen vært på 5,4 %. Tallet på fastleger er noe høyere hvis en inkluderer leger som har hatt korte vikariater og leger som er i permisjon. Andelen kvinnelige fastleger har økt fra 29 % i 2001 til 34 % i 2008.

I følge SSB er nærmere 20 % av fastlegene innvandrere (6). Av disse er nesten 25 % født i Norden, 32 % er født i resten av EU/EØS-området, mens rundt 30 % er fra regionen som omfatter Asia, Afrika, Latin-Amerika og Oseania utenom Australia og New Zealand.

Rekrutteringen til fastlegeordningen har ikke vært så stor som ønskelig. Gjennomsnittsalderen for fastlegene er økende. I 2001 var gjennomsnittsalderen 46,2 år, mens den i 2008 var 48,3 år. Bare en av fire er under 40 år.

Gjennomsnittlig listelengde på landsbasis er 1 190, med store fylkesvise variasjoner (6). Fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har vært svært stabil i årene 2001-2008. Det er i snitt bare 6 innbyggere mer på liste i 2008 enn i 2001. I samme tidsrom har imidlertid antallet fastleger økt med 8,4 %. Det innebærer at mange fastleger har gjennomført en reduksjon i sine lister. Kvinnelige leger har i snitt noe kortere lister enn mannlige leger, henholdsvis 1 101 og 1 234.

Andelen åpne lister (lister med minst 20 ledige plasser) var 45,6 % i 2008, mot 54,1 % i 2001. Det er stor fylkesvis variasjon i andelen åpne lister (6).

Andelen fastleger med spesialitet i allmennmedisin har vært relativt stabil de siste årene på i underkant av 40 % (6). Igjen er det stor fylkesvis variasjon. Til tross for at det er en nasjonal målsetning at antallet legeårsverk i primærhelsetjenesten skal øke mer enn veksten av legeårsverk i spesialisthelsetjenesten, har utviklingen de senere år gått i motsatt retning (6). For hver ny lege i primærhelsetjenesten i 2008 kom det i overkant av 2,5 nye legeårsverk i spesialisthelsetjenesten.

Sosial- og helsedirektoratet drøftet i rapporten "Utviklingstrekk i helse- og sosialektoren" fra 2007 sentrale utviklingstrekk i kommunehelsetjenesten (14). I Norge har utgiftene til kommunale helsetjenester, eksklusive pleie- og omsorg i kommunene de siste årene, hatt en lavere vekst enn den gjennomsnittlige veksten for helsetjenesten. I de fem første årene med fastlegeordning har sykehusene hvert år rekruttert rundt 400 av de nye legene, mens knapt 40 har gått til primærhelsetjenesten. I tillegg har mange fastleger under 50 år søkt seg over i sykehusspesialiteter, særlig psykiatri. For å nå overordnede helsepolitiske utfordringer, mente Sosial- og helsedirektoratet det er viktig at primærhelsetjenesten styrkes både faglig og kapasitetsmessig.

Rapporten konstaterer at fastlegen har en viktig rolle som medisinsk rådgiver, behandler og koordinator, men stiller spørsmål ved om fastlegen har nok tid til å utføre alle sine oppgaver, samt om det finnes grupper som ikke ennå har fullt utbytte av fastlegen. Helsesøstre, sykepleiere, fysioterapeuter og jordmødre gir ofte uttrykk for at de ønsker et tettere samarbeid med fastlegen. Leger på sykehus, og praksiskonsulentene som skal være bindeledd mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, gir uttrykk for at fastlegen er vanskelig å få tak i. Fastlegene har i sin landsomfattende vurdering av distriktpsikiatriske sentre (DPS) pekt på at de savner veiledning og bedre samhandling.

Med utgangspunkt i utfordringene for fastlegetjenesten anbefalte Sosial- og helsedirektoratet i rapporten fra 2007 (14):

- å vurdere hvordan primærhelsetjenesten kan styrkes faglig og kapasitetsmessig, særlig skolehelsetjenesten, helsestasjonene, kommunelegefunksjonen og allmennlegefunksjonen
- at kommunene bidrar til en styrking av arbeidet i lokale samarbeidsutvalg (LSU) og det lokale allmennlegeutvalget for å få til bedre dialog og samhandling mellom kommuneleger og fastleger
- at kommunene utnytter hele den avtalefestede timeressursen fastlegene har til offentlig allmennmedisinsk legearbeid
- å styrke fastlegenes rolle i det psykiske helsearbeidet i kommunene
- å videreutvikle praksiskonsulentordningen for å bidra til fastlegenes evne til samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, ikke minst med hensyn til psykisk helse for barn og unge, og i forhold til arbeidsrettet rehabilitering
- å gi forskning i allmennmedisin stabile og gode vilkår, for å bidra til rekruttering og fagutvikling
- å endre spesialistreglene i allmennmedisin slik at det blir krav om deltagelse i offentlige allmennlegetjenester
- at det gjennomføres en vurdering av hvorvidt de prioriterte pasientgruppene får tilstrekkelig oppmerksomhet fra blant annet fastlegene med de insentivene som ligger i dagens finansieringssystem
- en gjennomgang av sammenhengen mellom finansieringssystemenes virkemåte og prioriteringer i kommunehelsetjenesten og mellom nivåene i helsetjenesten
- at finansieringsordningene for legetjenesten i kommunene gjennomgås for å sikre at de er i tråd med nasjonale og lokale helsepolitiske mål

Direktoratet anbefalte i denne rapporten også å iverksette nye monitoreringstiltak nasjonalt, regionalt og kommunalt for å følge med på sentrale områder som har betydning for kvaliteten i leveransene, ved å:

- hente erfaringer fra andre land, ta bevisste valg om veien videre
- avklare hensikten med følge-med aktiviteter på ulike nivåer
- skille ulike helse- og sosialområder i videre planlegging
- fullføre kvalitetssirkelen: Ikke bare planlegge og registrere, men også evaluere og handle
- forankre strategier i tjenestene
- harmonisere nasjonal strategi og lokalt faglig engasjement (14)

I Utviklingstrekkrapport 2008 fra Helsedirektoratet ble anbefalingen om å styrke primærhelsetjenesten gjentatt og tydeliggjort (15). Oppsummeringen av hovedbudskapene fra rapporten starter slik:

”Primærhelsetjenesten må være grunnelementet i det norske helsesystemet. Sett i forhold til oppgaver og ansvar, er det i dag behov for å styrke og målrette innsatsen i primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten utenom pleie og omsorg bruker under femten prosent av de totale utgifter til helsetjenesten og mindre enn en fjerdedel av spesialisthelsetjenestens utgifter. Dette forholdet har vært relativt stabilt de siste ti årene. Samtidig har utgifter til helsetjenesten blitt fordoblet i den samme perioden. Siden 1990 har antall legeårsverk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent.”

Rapport fra Legeforeningen om styrking av allmennmedisin og fastlegeordning

Legeforeningen har utgitt rapporten ”Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020.” for å inspirere arbeidet med utviklingen av kommunehelsetjenesten, allmennmedisinen og fastlegeordningen (16). Vi siterer herfra ”Legeforeningens åtte punkter for en styrket allmennmedisin”:

1. Fastlegeordningen – et godt fundament for en styrket kommunehelsetjeneste

Kommunehelsetjenesten er grunnmuren i helsetjenesten, det er hit befolkningen kommer først med sine helseproblemer.

- For at primærhelsetjenesten skal kunne ta på seg økt ansvar og økte oppgaver, må fastlegeordningen styrkes både ifht. volum, kvalitet og finansiering.
- Befolkningen skal tilbys likeverdige helsetjenestetilbud uansett bostedskommune. Nasjonale faglige kvalitetsstandarder for behandling er nødvendig for å oppnå lik kvalitet.
- Mange kommuner er for små for å kunne ta på seg økt ansvar og større oppgaver. Kommunene må samarbeide om legevakt og et tilstrekkelig antall institusjonsplasser i kommunehelsetjenesten

2. Fastlegen som lavterskeltilbud må videreutvikles

Primærhelsetjenesten bør generelt være et lavterskeltilbud med god kapasitet og kort ventetid.

- Større fastlegepraksiser gir mulighet for bedre tilgjengelighet, mer hensiktsmessig oppgavedeling mellom ulike yrkesgrupper og økte investeringer i utstyr og personell
- For å sikre tilgjengelighet til fastlege er det vesentlig at nivået på egenbetalingen ikke blir for høyt, og at pasienter som ellers ikke vil få dekket viktige behov for helsetjenester, blir skjermet

3. Fastlegens koordinerende rolle må understøttes

Fastlegen er den fagperson som over tid blir kjent med pasientene på en personlig måte og kan se sammenhengene mellom sykdom, helse og folks levde liv.

- Det må legges til rette for at fastlegen kan foreta flere sykebesøk til egne pasienter
- Fastlegen må kunne legge inn pasienter på institusjoner i kommunehelsetjenesten
- Fastlegen må ha et entydig kontaktpunkt i pleie- og omsorgstjenesten
- Fastlegen må ha mer tid til rådighet for pasienter som trenger det

4. Kvalitetsarbeidet i allmenntjenesten må intensiveres

Kvalitetsutvikling er helt sentralt for å kunne tilby en trygg fastlegeordning.

- Det gir trygghet for befolkningen at alle fastleger deltar i løpende systematisk forbedringsarbeid i egen praksis
- Nye fastleger uten spesialitet i allmenntjenesten bør være under utdanning til å bli spesialist i allmenntjenesten og må ha kvalitetssikret veiledning av spesialist i allmenntjenesten

5. Allmenntjenesteforskning er nødvendig

Forskning foretatt i spesialisthelsetjenesten gir ikke nødvendigvis svar på de viktigste problemene i allmenntjenesten.

- Satsning på primærhelsetjeneste forutsetter en kraftig økning i satsningen på allmenntjenesteforskning.
- Det er nødvendig med stimulerings tiltak som gjør at flere allmennleger blir forskere

6. Det er behov for økt forebyggende innsats og et styrket kommunalt tilbud

Strukturelle og sektorovergripende tiltak på samfunnsnivå må være det primære forebyggende virkemiddel på nasjonalt og lokalt nivå.

- Et av de viktigste forebyggende tiltakene er å sikre barn en trygg oppvekst og sunne levevaner
- Fastlegene har en sentral plass i individuelt forebyggende helsearbeid, sekundærforebygging og bidra til fagutviklingen på området
- Kvaliteten på helsetjenestetilbudet i sykehjem må styrkes. Legedekningen må økes

7. Rammevilkårene må legges til rette for en god allmenntjeneste

Helsetjenestens rammer kan fremme eller hemme god kvalitet, fagutvikling og samhandling.

- Et fullverdig helsenett med velfungerende og sikker kommunikasjon må etableres snarest. Hensynet til personvern og taushetsplikt må veie tungt i vurderinger av nye elektroniske løsninger
- Næringsdriftsmodellen er den mest hensiktsmessige og fremtidsrettede driftsformen i allmenntjenesten som fører til høy kapasitet og høy kvalitet.

- Sterkere pasientrettigheter gjennom muligheten til å bytte fastlege, med direkte økonomiske konsekvenser for fastlegen, er viktig bidrag til incitament for kvalitet, serviceinnstilling og tilgjengelighet.

8. En hensiktsmessig ansvars og oppgavefordeling mellom 1. og 2. linjetjenesten

Helsetjenesten må utvikles dynamisk og helhetlig.

- Primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må bygges ut i takt med befolkningens behov og fagets utvikling og aldri på bekostning av hverandre

KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin

Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP), et utvalg i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i Den norske legeforening har vedtatt en strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin: "Trygg hos fastlegen og på legevakta" (3). Strategien tar utgangspunkt i en situasjonsbeskrivelse med fornøyde pasienter og faglig arbeidsglede blant fastlegene, men med kapasitets- og kvalitetsproblem, og en beskrivelse av allmennmedisinen og primærhelsetjenesten som usynlig i norsk offentlighet og for styrende organer.

Strategien tar utgangspunkt i at fastlegeordningen videreføres med en kapasitetsøkning i allmennlegetjenesten, og at allmennmedisinsk legevakt reorganiseres i tråd med forslagene i Handlingsplan for legevakt.

KUP anbefaler videre en strategi som bygger på situasjonsbeskrivelsen, mål/delmål og verdigrunnlaget. KUP sier at strategien også må ta hensyn til det beskrevne gapet mellom idealer og realiteter, og erfaringer med utprøving og implementering av kvalitetsprosjekter.

Hovedmål er at kvalitetsarbeid skal være en integrert del av virksomheten ved ethvert legekantor og enhver allmennlegevakt. Verdigrunnlaget er NSAMs syv teser supplert med den nasjonale kvalitetsstrategien.

Tre grep anbefales for å fremme kvalitetsutvikling etter de mål som er skissert:

1. Et konsistent fokus i grunn, videre og etterutdanning på at forbedringskunnskap, tverrfaglig refleksjon i egen praksis (ReP) og fungerende kvalitetssystemer (OiH) er sentrale områder i praksis.
2. Utvikling av en sentral ressurs- og utviklingsenhet for kvalitetsarbeid i allmennmedisin (SAK) som kan yte praksisstøtte og som også utdanner kvalitetsveiledere. Det må sikres god finansiering slik at en snarlig og bred satsning på utviklingsarbeid i allmennmedisin er gjennomførbart.
3. Et hovedfokus på pedagogiske virkemidler og interne stimuleringsiltak framfor ekstern kontroll.

Samhandlingsreformen

Helsetjenesten, inkludert allmennlegetjenestene, utfordres ved at stadig flere av oss lever med kroniske sykdommer, det blir flere eldre med behov for helse- og omsorgstjenester og mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer trenger bedre tjenester. For at samfunnet skal kunne møte disse utfordringene, og for at brukerne i større grad selv skal kunne mestre sine liv uten unødig avhengighet av helsetjenesten, er det et økende behov for tjenester som kan styrke brukeren, og samordne tiltak rettet mot brukerne.

Samhandlingsreformen, St.meld.nr.47 (2008-2009) tar utgangspunkt i tre utfordringer, nemlig at:

- pasientbehandlingen i Norge ikke koordineres godt nok
- det satset for lite på forebygging
- utviklingen i demografi og sykkelighet truer bærekraften i den offentlige helsetjenesten

Intensjonen i meldingen er at mer ansvar for og utførelse av helsetjenester flyttes til kommunene. Dette forutsetter økt kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten, samt en ideologisk endring både i helsevesenet og i samfunnet forøvrig.

Vi mangler gode data for å beskrive samhandling mellom fastlegene og andre aktører i kommunehelsetjenesten, og mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Vi har også lite systematisk kunnskap om i hvilken grad og på hvilken måte fastlegene driver forebyggende arbeid.

Kompetanse: grunn-, videre- og etterutdanning i allmennmedisin

Samordning av utdanningsløpet

Kvaliteten av grunnutdanningen til helsepersonell i primærhelsetjenesten er av stor betydning. Det er avgjørende at unge leger har en god allmennmedisinsk utdanning og er forberedt på tverrfaglig virksomhet i primærhelsetjenesten, med et fornuftig samarbeid med og hensiktsmessig bruk av ressursene i spesialisthelsetjenesten. For at vi skal få kompetente allmennleger, er det viktig å sikre en best mulig samordning av utdanningsløpet fra studiestart til fullført spesialistutdanning.

Forslag om krav til spesialitet i allmennmedisin

Pasientene bør kunne forvente å møte fastleger som engasjerer seg for å holde seg faglig oppdatert og som arbeider kontinuerlig, sammen med medarbeiderne, med å

sikre og forbedre kvaliteten av praksis. Legeforeningen arbeider for at det bør bli obligatorisk å være spesialist i allmennmedisin for å arbeide selvstendig som allmennlege i Norge, og Helsedirektoratet har også fremmet et slikt forslag.

Økt behov for spesialister i allmennmedisin

Det har vært mangelfull vekst i allmennlegetjenesten gjennom flere år, og det er beregnet et allmennlegeunderskudd i forhold til oppgavene i kommunehelsetjenesten på om lag 2 000 allmennleger.

I følge den ferske rapporten "Data fra allmennlegetjenesten" er om lag 39 % av fastlegene (inkludert vikarene) spesialister i allmennmedisin (6). Basert på en annen registrering av fastleger er andelen spesialister 56 % (16). De siste årene er det godkjent ca. 150-200 spesialister i allmennmedisin per år (6;16). Det er beregnet at utdanningskapasiteten sannsynligvis må økes til anslagsvis 450-600 nye spesialister per år, altså en tredobling, for å oppnå en nødvendig økning i antall spesialister. Dette krever at man særlig øker veiledningskapasiteten i allmennmedisin, og rekrutterer og utdanner veiledere i allmennmedisin i mye større omfang enn tidligere (16).

Forslag om utdanningsstillinger i allmennmedisin

Som ledd i Samhandlingsreformen er det i Statsbudsjettet 2011 foreslått 5 millioner kroner til utprøving av en ordning med fastlønte utdanningsstillinger for spesialisering i allmennmedisin i 2011 (17). Helse- og omsorgsdepartementet ønsker et modellforsøk som kan gi grunnlag for en utvidet og eventuelt permanent ordning med fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin. Målsetningen med forsøket er å styrke legerekutteringen i kommunene og øke legenes kompetanse i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner. Tiltaket kan også tenkes å ha en gunstig effekt på legevaktjenesten gjennom at noen av dagens vikarleger erstattes av utdanningskandidater med tilhørighet i distriktet. Målet er at modellen gjør det attraktivt for etablerte fastleger å påta seg veilederansvar for utdanningsleger, og bidrar til at allmennleger i større grad fortsetter i yrket fram til pensjonsalder. Etter Helsedirektoratets oppfatning bør det derfor utvikles en modell som kan ha stor overføringsverdi til hele landet, dvs. at både små distriktskommuner og store vekstkommuner bør inkluderes i forsøket. Modeller bør være tilrettelagt for fortløpende evaluering, og den bør være enkel å administrere. Svein Steinert har på oppdrag fra Helsedirektoratet levert en skisse til et slikt forsøk med fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin (18).

Legeforeningen går inn for at det opprettes utdanningshjemler i allmennmedisin slik som det er i andre spesialiteter. Legeforeningen mener at leger i spesialistutdanning bør kunne velge mellom fast lønn, eller om de skal arbeide i forhold til normaltariffen slik som fastlegene for øvrig (16).

Det må vurderes hvorvidt leger skal ha midlertidig ansettelse i disse utdanningsstillingene i kommunene. Arbeidsmiljøloven slår fast at faste stillinger er hovedregelen og at andelen midlertidige stillinger skal begrenses. Helse- og omsorgsministeren har uttalt at leger i spesialisering i størst mulig grad skal få tilbud om fast stilling (19), men denne pressemeldingen omtaler spesialistutdanning i sykehus.

Forslag om ny ordning med nybegynnerstillinger for leger

Helsedirektoratet har 20. 08.10 oversendt Helse- og omsorgsdepartementet sin tilrådning om nybegynnerstillinger for leger. Etter en offentlig høringsrunde har Helsedirektoratet foreslått at dagens turnustjeneste avvikles og erstattes av en ny ordning med toårig nybegynnerstilling for leger, ett år i sykehus og ett år i kommunehelsetjenesten. De viktigste innsigelsene i høringen er i følge Helsedirektoratet:

- at omleggingen under visse forutsetninger vil gi mindre breddekompetanse og mindre erfaring med håndtering av akutte tilstander og sammensatte lidelser
- svekket tilgang av leger til distriktene ved overgang til søknadsbasert tilsetning i stedet for dagens ordning med sentral loddrekning og sentraldirigerte forpliktelser både for turnuslege og arbeidsgiver
- manglende insentiver for kommuner og helseforetak til å opprette nybegynnerstillinger for leger ved bortfall av dagens statlige instruksjonsadgang
- at styrket legedekning i kommunene ikke bør utgjøres av nyutdannede leger, men erfarne leger
- at økonomisk pressede kommuner ikke gis økonomisk kompensasjon fra Staten for økte utgifter til flere leger
- at man er bekymret for å avvikle ordningen med sentral loddrekning av turnussted
- økte administrative, kvalifikasjonsmessige og økonomiske forpliktelser for kommuner og helseforetak til behandling av søknadene og problemer med å differensiere mellom søkerne og forhindre nepotisme

Helsedirektoratet mener å ha tatt hensyn til høringene, men dette er f. eks. Legeforeningen sterkt uenig i.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge utarbeidet en felles høringsuttalelse til forslaget om nybegynnerstillinger for leger, og ser behovet for endringer i turnustjenesten som en gyllen anledning til å starte mer gjennomgripende endringen av den norske legeutdanningen (20). Uttalelsen har følgende hovedpunkter:

- Antall studieplasser i Norge bør økes

- En større del av grunnutdanningen bør foregå desentralisert med mer vektlegging av allmenn- og samfunnsmedisin
- Autorisasjon bør gis etter godkjent grunnutdanning
- Turnustjenesten bør omgjøres til 12 måneders basisutdanning (nybegynnerstillinger) med klare kompetansemål
 - 6 måneder i sykehus med fokus på akutte tilstander
 - 6 måneder i allmennmedisin med fokus på kroniske tilstander og allmennlegevakt
- Lokalisering av nybegynnerstillinger til de fire helseregionene bør styres av staten for å sikre god legefording
- Fordeling av kandidater til nybegynnerstillingene bør fortsatt skje ved loddtrekning
- Universitetene bør kvalitetssikre utdanningsstedene og opptak av kandidater til nybegynnerstillinger (eksamen). Universitetene bør også utdanne veiledere
- Godkjent basisutdanning er nødvendig for videre spesialistutdanning
- Godkjent spesialistutdanning er nødvendig for å praktisere selvstendig som lege, også i allmennmedisin
- Gruppebasert utdanning styrkes i grunn-, basis- og spesialistutdanning

Slike strukturelle forhold som innholdet i grunn-, videre- og etterutdanningen, og organisering av turnustjenesten er viktige rammebetingelser for å sikre rekruttering, kompetanse, og kvalitet i allmennlegetjenesten.

Innholdet i utdanningen - livslang læring

Innholdet i grunn-, videre- og etterutdanningen er viktig for å sikre at den faktisk fører til god kvalitet i tjenestene. Metoder for å lære i praksis (individuell og teambasert), god tilgang til valid og relevant forskningsbasert kunnskap, og opplæring i kunnskapsbasert praksis (kunne stille spørsmål, søke etter informasjon, kritisk vurdering, vurdere lokale forhold, pasientens preferanser, etiske, ressursmessige og kulturelle forhold) er viktige elementer, i tillegg til kompetanse i forbedringskunnskap.

Uansett hvor god grunnutdanningen og spesialistutdanningen er, har leger og annet helsepersonell behov for en kontinuerlig livslang opplæring og faglig utvikling. Grunnutdanningen er ikke tilstrekkelig for å holde tritt med ny kunnskap, endret sykdomsbilde, og nye utfordringer i helsetjenesten. I økende grad er pasientene og samfunnet oppmerksomme på at det er for stor variasjon i kvaliteten i helsetjenesten, både knyttet til den enkelte lege, og til den enkelte institusjon eller kommune.

I forbindelse med at EU har lansert temaet "Investing in Europe's health workforce of tomorrow: scope for innovation and collaboration", ble det utarbeidet en såkalt policy brief om hvordan man kan skape forutsetninger for livslang læring av et

canadisk forfatterteam (21). Her beskrives the CanMEDS Physician Competency Framework. Dette rammeverket ble utviklet av the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada på 1990-tallet, og oppdatert i 2005. Det er et eksempel på et konkret rammeverk for kontinuerlig etterutdanning som adresserer behovet for ulike kompetanser i legepraksis. CanMEDS rollene "communicator", "collaborator", "manager", "health advocate", "scholar", og "professional", utgjør til sammen kjernekompetansen som er "medical expert". Dette rammeverket har inspirert legeutdanningen i flere land.

Horsley og medforfattere beskriver ulike strategier for videre- og etterutdanning (21). For å adressere barrierer og utnytte mulighetene ved livslang læring slik at kvaliteten i behandlingen av pasientene kan bedres, må legene selv, helsetjenesten og de som leverer etterutdanningstilbudene ta et felles ansvar. Helsetjenesten kan støtte livslang læring ved å legge forholdene til rette og støtte arbeidsforhold som fremmer læring. De som er ansvarlige for helsetjenesten og utdanningen må sørge for en infrastruktur som gir en stor bredde av aktiviteter som leger og legenes medarbeidere og team kan bruke for å vurdere sin egen praksis. Måling og vurdering av praksis må bli sett på som en prosess som har til hensikt å identifisere områder av praksis hvor det er behov for videre læring. Derfor må praksismålingene skje i et miljø som er trygt, uten frykt for feil eller trusler om påtale.

Et annet dokument i denne EU-prosessen belyser effektene av å gi feedback til helsepersonell om egen praksis som et middel for å forbedre kvaliteten og sikkerheten i helsetjenesten (22). Tilgjengelig dokumentasjon indikerer at tilbakemelding av praksismålinger (audit og feedback) kan være en effektiv måte å bedre profesjonell praksis. Effektene er vanligvis små til moderate. Likevel kan slike begrensede effekter være verdt innsatsen. Generelt har ulike tiltak for å forbedre praksis liten til moderat effekt, om de er virkningsfulle.

Effekten av audit og feedback er størst når det er størst avstand til ønsket praksis. Effektene ser også ut til å øke når intensiteten av tilbakemeldingene er sterkere. Kvalitative studier antyder at måten tilbakemeldingene blir gitt på er viktig. Det er kanskje mer sannsynlig at en lege vil forbedre uheldig praksis dersom tilbakemeldingen blir gitt som en positiv og konstruktiv støtte, med konkrete råd om hva som bør forandres: "actionable feedback". Tilbakemeldinger som blir gitt i en fordømmende form uten nærmere forklaring på hva som kan forbedres, kan føre til negative reaksjoner, og de kan være lite veiledende i forhold til hvordan kvaliteten i praksis kan forbedres.

Kostnadene ved å registrere praksisdata og gi tilbakemelding vil variere avhengig av lokale forhold, inkludert tilgjengeligheten av pålitelige rutinedata.

Kurs, møter, konferanser, seminarer, symposier, foredrag og workshops er vanlig aktiviteter i videre- og etterutdanning for leger. Deltakelse i slik undervisning er

obligatorisk for å få spesialitet i allmennmedisin i Norge. Hensikten er å forbedre profesjonell praksis og derved pasientutfall.

Forsetlund og medarbeidere (23) inkluderte 81 studier som evaluerte effektene av slik undervisning i en Cochrane-oversikt som undersøkte effektene av ulike former for videre- og etterutdanning. Forfatterne konkluderte med at slike møter alene eller kombinert med andre tiltak kan forbedre praksis. Effektene var små til moderate, varierte mellom studiene, og effekten kan sammenliknes med det som oppnås ved andre tiltak rettet mot profesjonelle, som audit og feedback og praksisbesøk. Få studier har sammenliknet ulike typer undervisningstiltak med hverandre. Det var ikke mulig å forklare forskjellene mellom studiene, men det så ut til at kurs med en blanding av interaktivt og didaktisk opplegg hadde større effekt enn kurs med bare en av delene. Kurs og møter så ut til å ha svært liten effekt på kompleks profesjonell atferd, mens det var lettere å endre enkle atferdsmønstre. Effekten var større for mer alvorlige i forhold til mindre alvorlige utfall.

Styring og ledelse – kommunene og fastlegene

Samhandlingsreformen har rettet søkelys på utfordringer knyttet til legenes rolle i primærhelsetjenesten og behovet for videreutvikling av fastlegeordningen.

I henhold til rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske legeforening, skal kommunen ta initiativ til at det blir opprettet et allmennlegeutvalg der alle allmennleger er deltakere, og et samarbeidsutvalg som skal ha like mange representanter fra allmennlegene som fra kommunen (24). Disse utvalgene skal bidra til god samhandling mellom kommune og fastlege.

KS og Legeforeningen har nylig gjennomført en kommunekartlegging om lokale samarbeidsutvalg (LSU) og allmennlegeutvalg (ALU). Foreløpige resultater ble presentert på en felleskonferanse mellom KS Rogaland og Legeforeningen 29.09.10 (25). Undersøkelsene viser at LSU og ALU brukes og oppleves som nyttige. Dette avkrefter noe av inntrykket om at det mangler kommunale arenaer for samhandling. Samtidig viser undersøkelsene vilje og behov for videreutvikling og forbedring. I noen kommuner er det utfordringer på området, men kartleggingen viser at mange kommuner uttrykker at de har god kontakt og godt samarbeid med fastlegene.

Mangel på krav om faglige og kvalitetsmessige standarder

Vi vet at det er til dels store forskjeller i kvaliteten av tjenestene som brukerne mottar. Helsepersonell skal i henhold til § 4 i Helsepersonelloven "utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig" (26).

Det mangler imidlertid krav om faglige og kvalitetsmessige standarder, og det mangler krav til spesialistutdanning samt kompetanse i kunnskapshåndtering og kvalitetsforbedring for å arbeide som allmennlege i Norge.

Mangel på informasjon om kvalitet i primærhelsetjenesten – Commonwealth Funds undersøkelse blant allmennleger

I dag er det ikke mulig for brukere, helsepersonell, ledere i primærhelsetjenesten eller myndigheter på kommunalt og statlig nivå å få god informasjon om kvaliteten i primærhelsetjenesten, inkludert allmennlegetjenestene.

I 2009 deltok Norge for første gang i Commonwealth Funds internasjonale helsesystemundersøkelse. Undersøkelsen ble gjennomført våren 2009 i elleve land: USA, Italia, Canada, New Zealand, Australia, Storbritannia, Tyskland, Nederland, Frankrike, Sverige og Norge (27;28). I 2009 var det allmennleger i de enkelte land som vurderte hvor godt nåværende helsesystem fungerer. Både egen praksis og samhandling med spesialisthelsetjenesten ble vurdert.

Undersøkelsen viste at Norge har dårligere resultater på undersøkelsens hovedområder enn både de europeiske landene og alle landene samlet. Dette gjelder områdene koordinering, kvalitetsmåling og kvalitetsvurdering, generering av lister, insentiver, tilgjengelighet og elektronisk funksjonalitet. Det området Norge relativt sett har dårligst resultater på, er rutiner for kvalitetsmålinger og kvalitetsvurderinger. For eksempel var det 5 % av fastlegene som oppgir å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om pasienters erfaringer og tilfredshet med behandlingen. Bare hver fjerde fastlege oppga å ha rutiner for å motta og gjennomgå data om kliniske resultater. Tilsvarende tall for Europa er henholdsvis 50 % og 60 %. Et annet område som Norge relativt sett fikk dårligst resultater på, gjaldt legenes oppfatning av journalsystemenes mulighet til å generere ulike typer informasjon om pasientene, for eksempel lister over pasienter etter diagnose. I følge denne undersøkelsen var det kun 4 % av fastlegene i Norge som mente det var lett å generere fire typer informasjon, mot 26 % for Europa og 24 % for alle landene samlet.

Det var også flere positive resultater for Norge. Norske fastleger er i hovedsak mer fornøyd med helsevesenet og egen arbeidssituasjon enn primærleger i andre land. For eksempel rapporterte 57 % av fastlegene i Norge at helsevesenet fungerer ganske bra, mot 40 % i Europa og 34 % i alle landene samlet. Hele 90 % av fastlegene i Norge var svært fornøyd eller fornøyd med å arbeide som lege, tilsvarende tall var 75 % for Europa og 72 % for alle landene.

Spørreskjemaet som er benyttet i undersøkelsen, er primært utviklet i USA. Det vil alltid være en diskusjon om bruken av skjemaer fra andre land er relevant andre

steder, og om de verdier som ligger til grunn for spørsmålene stemmer overens med andre lands verdier. Det var utenfor undersøkelsens ramme å operasjonalisere hva god kvalitet betyr i Norge og sammenholde dette med skjemaets innhold. Når resultater i undersøkelsen beskriver som "dårligere" enn andre, betyr dette i forhold til de standarder og verdier som ligger i spørreskjemaet, og i forhold til hvordan spørsmålene er formulert og oppfattet. For eksempel svarte allmennlegene i Norge i denne undersøkelsen at vi ikke har tilgjengelig legevakt på heldøgnsbasis. Dette er åpenbart feilaktig, og tyder på at legene har misforstått spørsmålet, og forskerne har ikke gått tilstrekkelig inn i denne typen vurderinger.

Dette er viktige aspekter som bør tas inn i tolkningen av resultatene fra undersøkelsen, i tillegg til vurderinger av organisatoriske og andre kulturelle forhold. I Norge er det ingen krav om å innhente og vurdere data fra egen praksis. I enkelte land er innsamling av kvalitetsindikatorer en integrert del av virksomheten. For eksempel innebærer det såkalte Quality of Framework som ble innført i Storbritannia i 2003 at allmennlegene får bestemt 25 % av sin avlønning på grunnlag av en rekke kliniske og organisatoriske kvalitetsindikatorer.

Commonwealth Fund undersøkelsen var bakgrunnen for at Helse- og omsorgsdepartementet i brev av 4.12.09 ba Kunnskapssenteret om å vurdere hovedfunnene sett i lys av internasjonal utvikling på området og St. meld. nr. 47 om Samhandlingsreformen. Kunnskapssenteret ble bedt om å komme med anbefalinger om og forslag til prosess for oppfølging av rapporten gjennom ordninger for kvalitetsutvikling i allmennmedisinen. Dette resulterte i notatet om norske og internasjonale tilnærminger til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten (4).

Norske og internasjonale tilnæringer til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten

Vi viser til tidligere notat fra Kunnskapscenteret når det gjelder en oppsummering av norske og internasjonale tilnæringer til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten (4). Dette notatet er ikke uttømmende, men det har ikke vært mulig eller hensiktsmessig innen rammen av dette delprosjektet å gjøre en ny gjennomgang av litteraturen på området, eller av erfaringene nasjonalt og internasjonalt. Her gjengir vi kort informasjon om noen av tilnærmingene som er nærmere omtalt i notatet. Vi har også lagt til noen nye momenter.

Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – norske erfaringer

Spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning)

Allmennmedisin har vært en legespesialitet siden 1986. Allmennlegen må fornye sin spesialitet hvert femte år. Ingen andre legespesialiteter har foreløpig et slikt krav til resertifisering. Videre- og etterutdanningen følger regelverket i spesialistreglene i allmennmedisin som igjen bygger på "Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmennmedisin" (29;30).

Kvalitetssikringsfondene

Alment praktiserende lægers forening tok initiativet til Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus som ble opprettet etter avtale mellom Staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske legeforening i 1991. Hensikten med fondet var å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift i legepraksis. Fra 2009 er fondene for legetjenester i og utenfor sykehusene slått sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Fond for kvalitet og pasientsikkerhet).

I 1997 ble laboratedelen skilt ut i et eget fond: Den norske legeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus, som yter tilskudd til NOKLUS. Nittini prosent av landets legekontor som har laboratorium deltar i NOKLUS.

Allmenmedisinsk forskningsfond

I normaltarrifforhandlingene i 2006 mellom Staten, KS og RHFene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden ble det protokollert rammer for etablering av Allmenmedisinsk forskningsfond fra 2007.

Senter for allmenmedisinsk kvalitet (SAK)

Rapporten "Tillit-trygghet-tilgjengelighet" (16) og KUPs strategi for kvalitetsarbeid (3) er omtalt i forrige kapittel.

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet bevilget i desember 2009 2 millioner kroner til utvikling av Senter for allmenmedisinsk kvalitet (SAK), basert på prosjektbeskrivelsen "Trygg hos fastlegen, trygg på legevakta" (3).

I følge prosjektbeskrivelsen er formålet å etablere et senter som kan ta et hovedansvar for utvikling og implementering av kvalitetsarbeid inkludert pasientsikkerhet i norsk allmenmedisin. SAK skal understøtte lokalt kvalitetsarbeid og representere kvalitetsledelse for norsk allmenpraksis, herunder utdanning av kvalitetsveiledere som kan yte praksisstøtte ved utvikling og implementering av kvalitetsverktøy. Nasjonale aktivitets- og prosessindikatorer bør i hovedsak høstes som en gevinst av systematisk lokalt kvalitetsarbeid, og i den grad det er mulig baseres på elektronisk uttrekk av pasientjournaldata. Viktige elementer vil være utvikling av ulike kvalitetsverktøy, herunder faglig fundert videreutvikling av de elektroniske pasientjournalssystemene (EPJ). Det er viktig med et nært samarbeid med myndighetene slik at systemer og verktøy utvikles i samarbeid og fungerer i samspill med hverandre.

Hovedfokus er at legekantor og legevakt skal

- fungere best mulig for den enkelte bruker og brukergruppe
- utnytte forbedringspotensial avdekket gjennom systematisk kvalitetsarbeid for stadig å bedre kvaliteten og bli en lærende organisasjon
- drive konkret tverrfaglig kvalitetsutviklingsarbeid integrert i den daglige driften av legekantoret/legevakten
- ha oppmerksomhet på nødvendig kvalitetsutvikling av samhandlingsprosesser i grenseflatene mot andre tjenester (foretakene, ambulansetjenesten, andre kommunale tjenester, apotek, NAV med flere)

Praksiskonsulentene (PKO-ordningen) er et viktig redskap til å sikre kvalitet i samhandling mellom første- og andrelinjenivåene. Det foreslås å vurdere å styrke PKO-ordningen faglig via SAK, samt å vurdere modellen utvidet til andre samhandlingsfelt, f eks PKO-NAV, PKO-kommune osv.

Dersom kvalitetstenkning og kvalitetsarbeid skal bli en vane på legekantoret og legevakta, trenger allmennlegene verktøy, tid og rom. Kvalitetsarbeidet må tilrettelegges utenfra, ikke bare være opp til den enkelte leges interesse og samvittighet. All erfaring med kvalitetsarbeid viser at det både må komme fra grasrota, og samtidig være forankret i ledelsen lokalt, regionalt og nasjonalt.

I prosjektbeskrivelsen heter det videre at SAK bør etableres som en organisatorisk struktur som kan representere kvalitetsledelsen i det allmenntedisinske fag. Det må sikres god finansiering slik at en snarlig og bred satsing på utviklingsarbeid i allmenntedisin er gjennomførbart.

Faglig fundert videreutvikling av de elektroniske pasientjournalssystemene er tenkt å være en sentral del av prosjektet.

SAK er organisert som et prosjekt i to deler. Den ene handler om organisering og økonomi, den andre om det faglige innholdet, herunder verktøy, veiledere, læringsnettverk, IKT/EPJ, PKO/samhandling.

Nasjonale kompetansesentra

Det er kun tre nasjonale medisinske kompetansesentre med direkte tilknytning til primærhelsetjenesten. Det er etablert 45 nasjonale medisinske kompetansesentre for spesialisthelsetjenesten, 16 nasjonale kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger tilknyttet de regionale helseforetakene, samt enkelte nasjonale kompetansesentre innenfor rusmiddelbehandling, psykisk helse og rehabilitering tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Noen nasjonale kompetansesentre har oppgaver knyttet både til forebyggende arbeid, kommunale tjenester og behandling i spesialisthelsetjenesten. En viktig oppgave for alle kompetansesentrene er å drive veiledning og rådgivning innen eget fagområde til helsetjenesten – inkludert primærhelsetjenesten. De tre nasjonale medisinske kompetansesentra for primærmedisin Antibiotikasenteret for primærmedisin i Oslo (2006), Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen (2004) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø (2007) er viktige aktører for å fremme forskning, fag- og kvalitetsutvikling i allmenntedisinen.

Allmenntedisinske forskningsenheter

I 2006 ble det etablert allmenntedisinske forskningsenheter ved de fire største universitetene. Legeforeningen etablerte i 2007 et eget allmenntedisinsk forskningsfond.

Det er enighet om at forskning innen allmenntedisin, på allmenntedisinens premisser, er vesentlig for faglig utvikling og kvalitet i fastlegevirksomhet og øvrige allmenntelegetjenester.

Pågående initiativ og prosjekter

Det fins flere initiativ og prosjekter fra norsk allmennmedisin. Listen under er ikke fullstendig.

- *Timesammedag* er en måte å administrere timeboken på. Timesammedag-konseptet går ut på at 30-65 % av timene i timeboka er ledige ved dagens begynnelse slik at de som henvender seg får en konsultasjonen med sin fastlege samme dag om legen er til stede. Mer informasjon: www.timesammedag.no
- *Telefonråd* er et elektronisk oppslagsverk som redegjør for håndtering av den første kontakten i luka eller på telefonen med pasientene ved legevakter og fastlegekontorer. Telefonråd ble første gang utgitt i 2004 i et samarbeid mellom Den norske legeforening, Lærdals fond for akuttmedisin og GRUK (nå Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret). Telefonråd består av to oppslagsverk som dekker henholdsvis tidskritiske henvendelser (Norsk indeks for medisinsk nødhjelp), og rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger (Medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontorer). De to bokverkene er knyttet sammen gjennom krysshenvisninger mellom de aktuelle kapitlene.
- *RAVE3* er et elektronisk uttrekksprogram fra elektronisk pasientjournal (EPJ) som primært ble utviklet i Sverige, men gjennom et samarbeid med Mediata AS ved Svein Gjelstad er det laget en norsk versjon. RAVE3- programmet gir rapporter som er tilgjengelige for legekontoret med det samme. Man slipper dermed ventetiden på at rapporten bearbeides sentralt. Samtidig kan man velge å sende data sentralt, for eksempel til diabetesregisteret, og få tilbake regionale og/eller nasjonale tall for benchmarking etter noen tid. En nærmere presentasjon av RAVE3 (på svensk) kan lastes ned her: http://www.legeforeningen.no/asset/41967/1/41967_1.ppt
- *Argus* er et medisinsk beslutningsstøtteprogram, som ligger "bak" EPJ-programmet når dette er i bruk. Argus tilbyr risikoberegninger, forslag til tiltak, påminninger om for eksempel røykesluttsamtaler, varsler om legemiddelinteraksjoner osv på den pasienten hvis journal du har oppslått i journalsystemet. Argus fungerer sammen med alle de vanligste EPJ-systemene i Norge. Argus er utviklet av Magne Rekdal i firmaet Emetra AS. Han er assosiert medlem av NFAs referansegruppe. Mer informasjon: <http://www.emetra.no/Argus/Argus.pdf>
- *NOKLUS*. Nesten alle fastleger (99,8 %) deltar i frivillig kvalitetssikring av sin laboratorievirksomhet via NOKLUS, Mer informasjon: www.noklus.no/
- *Referansegruppe for praktisk kvalitetsarbeid* ble etablert av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) i 2004. Referansegruppas medlemmer formidler lysbilde serier og tips om utvalgte emner via sin nettside (<http://www.legeforeningen.no/id/151599.0>). Til nå har referansegruppa laget programposter om telefontilgjengelighet, hvordan redusere ventetiden, laboratorie kvalitet, bedre flyt i hverdagen, ventetidsregistrering, den effektive pasientjournalen, brukerundersøkelser, forebygging av faglige feil,

internkontroll, ventetid på venterommet, hvor velorganisert er legekantoret (Maturity Matrix).

Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK)

Prosjektet "Forskningsbasert etterutdanning og kvalitetsforbedring i allmennpraksis" (FEK) ble ledet av en gruppe i Kunnskapsenteret, og finansiert av Legeforeningens kvalitetssikringsfond. Prosjektet omfattet blant annet en bredt sammensatt konsensusprosess med deltakere fra allmennlegeforeningene, KUP, Helsesekretærforeningen, de akademiske allmennmedisinske miljøer, Sosial- og helsedirektoratet, KS og FFO, og observatører fra de nordiske land.

Konsensuspanelet hadde flere møter og drøftet erfaringer med kvalitetsarbeid i norsk og nordisk allmennpraksis samt oppsummert forskning om effekter av tiltak for videre- og etterutdanning og kvalitetsforbedring.

Konsensuspanelet ble enige om ni konkrete tiltak (31):

- utarbeiding av en nasjonal plan
- styrking av veilederfunksjonen
- firmauavhengige praksisbesøk
- andre praksisnære tiltak
- personlig læreplan
- kompetansesenter for legekantorene
- samhandlingsprosjekt for bedre utnytting av henvisninger og epikriser
- tverrfaglighet som verktøy og økt brukervedvirkning

Dette arbeidet er ikke fulgt opp.

Data fra allmennlegetjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2000 pilotprosjektet SEDA – sentrale elektroniske data fra allmennlegetjenesten. Statistisk sentralbyrå fikk oppdraget med å gjennomføre pilotprosjektet, som hadde som mål å gi økt kunnskap om allmennlegers praksis ved innsamling av sentrale aktivitetsdata fra fastlegenes pasientjournaler. Etter pilotprosjektet ble det etablert et nytt og utvidet prosjekt, som i større grad skulle vektlegge elektroniske løsninger for innsamling av data fra allmennlegene, samt utarbeide offisiell statistikk ut fra disse dataene.

Helsepersonelloven gir i utgangspunktet kun åpning for innsamling av data til forskningsformål. Dette prosjektet ble derfor tidsavgrenset og organisert som et forskningsprosjekt. En eventuell videreføring av prosjektet til en permanent ordning med innsamling av data fra fastlegene er ikke mulig uten en endring i helsepersonelloven mht. å kunne bruke innsamlede data også til kvalitetsforbedring. Erfaringene fra prosjektet var at det var tidkrevende å bearbeide data og lage statistikk med utgangspunkt i de forskjellige pasientjournalssystemene. SSB utarbeidet ny offisiell statistikk med data fra fastlegene, og dette var ment å danne

grunnlag for en eventuell senere permanent datainnsamling. SSB utarbeidet også praksisprofiler med statistikk for den enkelte lege som hadde bidratt med data, slik at de fikk informasjon om egen virksomhet og kunne måle denne mot gjennomsnittet blant de legene som deltok i prosjektet. Datasettet ble utviklet med tanke på at de skulle være mest mulig nyttige for legens utvikling og kvalitetsforbedring av egen praksis. Arbeidet har siden avslutningen av prosjektet ikke blitt videreført.

Den ferske rapporten "Data fra allmennlegetjenesten" opplyser i forordet at Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å foreslå et system for data fra allmennlegetjenesten. Datagrunnlaget skal tjene et tredelt formål:

- planlegging og styring
- forskning og fagutvikling
- kvalitetsforbedring (6)

Det heter videre: "Lokale og nasjonale myndigheter har behov for data som gir grunnlag for planlegging og styring, og som gir muligheter for å evaluere tiltak og korrigere utviklingen innen allmennlegetjenesten. I dag finnes det få data som dekker dette behov."

Den foreliggende rapporten bygger på datakildene KOSTRA (KOMMUNE-STAT-RApportering) og Levekårsundersøkelsen fra Statistisk sentralbyrå, KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner), fastlegeregisteret og stønadsregnskapet som viser folketrygdens utgifter. Det er pr. i dag ingen datakilder som på en systematisk måte kan gi informasjon om den faglige kvaliteten i allmennlegetjenestene.

Elektronisk pasientjournal, EPJ-løftet og det moderne IT-legekontor

IT i stadig økende grad tas i bruk i helsesektoren. IT fremheves i flere sammenhenger, blant annet i Samhandlingsreformen (St.meld.nr.47 (2008-2009)), som et viktig virkemiddel for å yte gode helsetjenester i hele pasientforløpet og understøtte helsepolitiske mål.

Det er imidlertid flere utfordringer når det gjelder monitorering av kvalitet i allmennlegetjenestene. Til tross for flere års innsats for elektronisk pasientjournal (EPJ) er det fortsatt problemer med funksjonaliteten i forhold til pasientbehandlingen, bruk av EPJ i kommunikasjonen mellom ulike aktører og med pasientene, og bruk av EPJ til uttrekk av prosessdata for monitorering av kvalitet for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Det har i flere år vært stor misnøye og frustrasjon hos leger pga. sviktende IKT systemer. Som en del av det forberedende arbeidet med Senter for allmenntmedisinsk kvalitet (SAK) ble det etablert en "Referansegruppe for EPJ- og elektronisk samhandling" innenfor Norsk forening for allmenntmedisin. Denne

referansegruppen har dradd i gang det såkalte EPJ-løftet i samarbeid med prosjektledelsen i SAK, som et konstruktivt forsøk for å gjøre noe med situasjonen (32). EPJ-løftet er lansert for å bidra til en funksjonell allmennlegejournal som kan samhandle med de andre systemene for pasientidentifiserbare data. SAK ser på elektronisk pasientjournal som et av de viktigste områdene i det framtidige senterets arbeid.

Referansegruppen stiller sin kompetanse til disposisjon og kommer med et konkret løsningsforslag utarbeidet i samarbeid med IT kompetente personer fra KITH og leverandørene, og anbefaler at ELIN modellen som har gitt resultater før videreføres. Med EPJ-løftet håper man også å styrke og utvide gruppen av IKT interesserte leger. Det er viktig for fremtidig dialog og prosjekter mellom allmennleger, myndigheter og IKT-miljøer.

Det er uklare spilleregler knyttet til ansvar for utvikling, innføring og finansiering av IT-løsningene, og dagens modell for samarbeid mellom myndigheter, brukerne/helsevirksomhetene og leverandører er ikke god nok for å sikre at nye IT-løsninger tas i bruk i samsvar med forventningene, i følge Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet har derfor tatt initiativ til et prosjekt, "Det moderne IT-legekantor – prinsipper for utvikling, innføring og endring av IT-løsninger", som skal beskrive hensiktsmessige virkemidler for å sikre en koordinert innføring av IT-løsninger på legekantor (33). Den ferske rapporten viser hvordan mange prosjekter stopper opp før de siste avgjørende faser med pilotering, evaluering, ferdigstillelse og bredning. Helsedirektoratet peker på konkrete løsningsforslag for hvordan myndighetene bør koordinere sine krav/behov/bestillinger som har konsekvenser for IT-systemene på legekantor, og tiltak som skal bidra at IT-løsninger raskere innføres og tas i bruk på legekantorene.

I strategien for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020 er et av målene å få et pålitelig kunnskapsgrunnlag fra primærhelsetjenesten, og muligheter for analyser av pasientforløp. Rapporten foreslår å utrede og foreslå en modell for datagrunnlag fra primærhelsetjenesten (34).

Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) er et tverrfaglig forskningsmiljø ved NTNU der det utføres forskning vedrørende utvikling, bruk og nytte av elektronisk pasientjournal systemer og pasientjournal opplysninger.

Praksiskonsulentordningen (PKO)

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av erfarne allmennleger som er ansatt i deltidsstilling (5 – 40 %) ved en sykehusavdeling/sykehus.

Praksiskonsulentenes primær oppgave er å bidra til utvikling av et godt samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er foreslått å utvide ordningen til andre samhandlingsfelt som NAV og kommunen.

Utvikling av kvalitetsindikatorer i allmennpraksis - pilot

KUP har med støtte fra Kvalitetssikringsfondet i Legeforeningen og med veiledning fra Kunnskapssenteret utviklet kvalitetsindikatorer i allmennmedisin for følgende praksisområder (35):

- Praksisorganisering
- Lege/pasientforholdet
- Sikre tjenester
- Rettferdige tjenester
- Klinisk praksis - kronisk sykdom
- Klinisk praksis - akutt sykdom

Det er nylig iverksatt et pilotprosjekt i Grenlandsområdet der det skal høstes erfaringer om hvilken nytte bruk av disse indikatorene har for legekontorers systematiske forbedringsarbeid gjennom deltakelse i et veiledet læringsnettverk over seks måneder.

Kvalitetsutvikling i allmennmedisinen – internasjonale erfaringer

Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Både profesjonsforeninger og myndigheter er engasjert i arbeidet med å utvikle kvaliteten i allmennmedisinen, med ulike modeller og virkemidler.

Vi vil her nevne noen eksempler på modeller og erfaringer som kan inspirere arbeidet med å utvikle kvaliteten i norsk allmennmedisin. Vi viser for øvrig til tidligere notat fra Kunnskapssenteret for mer utførlig informasjon (4). Eksemplene er ikke nærmere drøftet i undergruppen, og er listet her for å illustrere ulike tilnærminger.

Akkreditering av allmennleger/praksis

Denne modellen finnes bl.a. i Nederland, der man siden 2005 har hatt et frivillig akkrediteringsprogram for allmennpraksis.

Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer

Denne tilnærmingen finnes bl.a. i Danmark og i England. I Danmark drives arbeidet i regi av Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed, DAK-E. DAK-E støttes ved at de danske regioner årlig bevilger ca. 25 mill DK til dette: 12 mill på en sentral enhet, og 4 mill til hver av 3 regionale enheter. Det er mer informasjon om DAK-E her:

<http://www.dak-e.dk/>.

Pay for performance

Internasjonalt er det en økende interesse for systemer med betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten. I England ble det i 2004 etablert et "Quality and outcomes framework" (QOF) da myndighetene reforhandlet den nasjonale avtalen med allmennlegene. Kvaliteten måles ved en rekke kliniske indikatorer for flere vanlige kroniske sykdommer. Praksis belønnes i forhold til andelen av pasientene som oppfyller definerte mål, samt for organisatorisk kvalitet og for å gjennomføre brukerundersøkelser. Evalueringer antyder at QOF har hatt en viss positiv effekt på områdene som premieres, men systemet har også negative effekter (36-38). Dessuten har målingene vist at det var bedring i kvaliteten i engelsk allmennpraksis også i årene før innføring av QOF.

<http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/qof.jsp>

Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis

Dette gjøres for eksempel både i Danmark og England. I Danmark heter modellen "DANPEP" (DANSke Patienter Evaluerer almen Praksis), og er en metode "hvor pasienter i en spørreskemaundersøgelse evaluerer deres læge og lægepraksis". Resultatene fra undersøkelsene brukes både for å sette fokus på den pasientopplevde kvaliteten, men også for å skape endring i allmennpraksis.

Rutinemessig monitorering av praksis

Dette finnes i både Danmark og Nederland. I Nederland har man siden 1991 hatt et system som heter The Dutch National Information Network of General Practice (LINH). Kjernen i systemet er et representativt utvalg av 80 praksiser hvor det arbeider mer enn 150 allmennleger. Per i dag kan man hente ut detaljert informasjon om diagnostisering og behandling i forbindelse med den enkelte pasientkontakt.

www.linh.nl

Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid

Et eksempel finnes i England hvor Improvement Foundation (tidligere NPDT) har arbeidet for å utvikle kapasitet og kunnskap i forbedringsarbeid. De har drevet forbedringsprogrammer som bølger av læringsnettverk og brukt enkle verktøy som flytskjema og forbedringssirkelen. Mer enn 5000 praksiser har deltatt i løpet av 8 år.

Et interessant regionalt initiativ finnes i British Columbia (BC), Canada (39;40). Arbeidet i BC er inspirert av det engelske arbeidet på området. Utviklingsarbeidet drives som et samarbeid mellom helsemyndigheter og legeforening. I 2002 ble "The General Practice Services Committee" (GPSC) etablert av helseministeriet (MoH) i British Columbia (BC) i samarbeid med BC Medical Association (BCMA) med mandat å finne løsninger på utfordringen med å få til en god allmennlegetjeneste i BC. Utgangspunktet var en felles forståelse av at det var behov for en bred satsning

på bedre kvalitet i primærhelsetjenesten og særlig av allmennlegetjenesten.

Mandatet ble fornyet gjennom avtaler mellom MoH og BCMA i 2004 og i 2006. I 2007 fikk man på plass "2007 Physician Master Agreement" med avtale om at 382 mill. canadiske \$ (ca 2,3 mrd NOK) ble avsatt over fire år for å støtte opp under arbeidet med åtte prioriterte områder. BC har 4,4 mill innbyggere, altså noe mindre enn Norges 4,8 mill.

Lokalt og regionalt dannes det "Division of Family Practice" som arbeider i partnerskap med GPSC og the Ministry of Health Services (MoHS). Sammen identifiserer de problemene med pasientbehandlingen i området og utvikler løsninger.

På begge nivåer brukes konsensus-prinsippet - de gjennomfører det de sammen blir enige om.

I Danmark prøver man i et 3-årig pilotprosjekt ut et "Center for PraksisUdvikling" (CPU) med utgangspunkt i allmennmedisinmiljøet på Fyn. CPU etablerte høsten 2009 et kontor i Region Syd-Danmark, med ambisjon om å få tilsvarende kontorer i de fire andre regionene. CPU er et kompetansesenter der det enkelte legekantor kan henvende seg for å få støtte til forbedring av kvalitet på faglighet, organisasjon og/eller kommunikasjon. Kvalitetsveilederne observerer legekantoret ved to besøk, og leder to møter der legekantorets personale formulerer sitt eget kvalitetsprosjekt. Veilederne gir støtte til nødvendige prosesser og beslutninger for at legekantoret kan nå prosjektmålene sine.

Implementering av et nasjonalt kvalitetssystem

Behov for et nasjonalt system som støtter lokalt kvalitetsforbedringsarbeid

Kvalitetsforbedringsarbeid har til nå i stor grad vært drevet av ildsjeler lokalt og nasjonalt. Vi har flere eksempler på gode tiltak og prosjekter, særlig i Legeforeningens regi, men også gjennom tidligere nasjonale kvalitetsstrategier, samhandlingsprosjekter (Helsedialog) og KS-prosjekter. Legeforeningen har vist engasjement gjennom bl.a. Kvalitetssikringsfondene, KUP, SAK, og gjennom internasjonale kontakter (4). Hittil har det vært et mangelfullt offentlig engasjement og ansvar, utover de viktige områdene som gjelder utdanning og autorisasjon av helsepersonell og tilsyn med helsetjenestene, samt arbeidet i regi av Helsedirektoratet støttet av Kunnskapscenteret, for å utarbeide kunnskapsbaserte faglige retningslinjer og veiledere.

Det viktigste er et velfungerende IKT-system

Proessen omkring prosjektet for å utvikle forslag til et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, har vist at det er stor enighet om at det aller viktigste for å få full effekt av de andre elementene, er å få på plass et velfungerende IKT system både på tvers av de ulike tjenesteområdene og ikke minst på tvers av nivåene i helsetjenesten. Dette gjelder også for fastlegetjenesten og øvrige allmennlegetjenester.

Data som skal støtte lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og refleksjon over egen praksis bør fortrinnsvis kunne innhentes basert på elektronisk pasientjournal og administrative data innhentet rutinemessig, uten ekstra belastning for lege, medarbeider eller pasient. Til tross for flere års innsats for og utstrakt bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) i fastlegetjenesten, er det fortsatt problemer med funksjonalitet i forhold til oppfølging av pasienter, samt for bruk av EPJ i kommunikasjonen mellom de ulike nivåer og aktører.

Vi mangler brukervennlige systemer for bruk av EPJ til uttrekk av prosessdata for monitorering av kvalitet og for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Allmennlegene har

tatt initiativ til et nasjonalt EPJ-løft der problemene detaljbeskrives i et notat. I samarbeid med KITH utarbeides det nå, som beskrevet i forrige avsnitt, et knippe prosjekter som skal videreutvikle allmennlegenes EPJ. Videre er det gjort viktig arbeid med uttreksprogrammer via SEDA, NOKLUS og RAVE. RAVE brukes nå i utprøving av læringsnettverk med tema "Kvalitetsindikatorer i allmenmedisin".

Finansiering og lovmessige forhold vedrørende datainnhenting for kvalitetsforbedring må avklares. Det er også viktig å sørge for gode prosesser for valg av kvalitetsindikatorer, konferer Kunnskapssenterets rapport med forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten (41). Bruken av data som registreres må også avklares. Disse utfordringene er belyst i rapport fra Helsedirektoratet om det moderne IT legekantoret (33), samt i Helseregisterprosjektet (34).

Partnerskapsmodellen

For at et nasjonalt kvalitetssystem faktisk skal bidra til bedre kvalitet i primærhelsetjenesten, er det nødvendig at alle aktører samarbeider godt og tillitsfullt. Implementeringen av de ulike elementene bør derfor skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell. Arbeidet med å utvikle rammer og føringer og implementering av et nasjonalt kvalitetssystem skjer i et kontinuerlig partnerskap mellom myndighetene og sentrale aktører når det gjelder kvalitet i kommunehelsetjenesten.

Bygge på eksisterende arbeid og strukturer

Når det gjelder kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten, er det mye godt arbeid å bygge på, både nasjonalt og internasjonalt. I størst mulig grad bør en bygge videre på eksisterende strukturer og tiltak, vurdere tilgjengelig dokumentasjon og innhentede erfaringer, og arbeide for å få disse implementert, i stedet for å etablere nye ordninger. Fordi vi i stor grad mangler god kunnskap om effekten av de fleste tiltakene, er det også viktig å sørge for god evaluering.

Krav til spesialistutdanning og resertifisering

Krav til spesialistutdanning og vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling.

Hvis det stilles krav om obligatorisk spesialistutdanning for å praktisere som fastlege, er det avgjørende at innholdet i videre- og etterutdanningen er godt, slik at det bidrar til at vi utdanner gode og kompetente allmennleger. Kompetansebasert

etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling.

Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

Støtte og veiledning i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid

Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.

Legeforeningen har vedtatt å etablere Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK, slik vi har beskrevet ovenfor.

En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

Referanser

1. ...Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Oslo; Sosial- og helsedirektoratet; 2005.
2. Sju teser for allmennmedisin. En oppsummering av NSAMs tenkedugnad 2000- 2001. Tidsskr Nor Lægeforen 2003;123:495.
3. Trygg hos fastlegen og på legevakta. KUP's strategi for kvalitetsutvikling i norsk allmennmedisin. Oslo: Allmennmedisinsk kvalitetsutvalg (KUP). Den norske legeforening; 2009. <http://www.legeforeningen.no/id/151920.0>
4. Lindahl Anne Karin (ed), Bjertnæs Øyvind, Flottorp Signe A, Nyen B, Nylenna M, Reinar, Røttingen John-Arne. Norske og internasjonale tilnærminger til arbeidet med kvalitet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 3-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.
5. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR 2000-04-14 nr 328. <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/xo-20000414-0328.html>
6. Data fra allmennlegetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00304/IS-1808_Data_fra_al_304439a.pdf
7. Nossen JP. Hva foregår på legekantorene? Konsultasjons-statistikk for 2006. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet; 2007. NAV rapport 2007:4. Tilgjengelig fra: www.nav.no/binary/805363647/file.
8. Legetjenester og pasienter med ikke-vestlig bakgrunn. Landsomfattende Omnibus 7. - 13. mai 2008. Oslo: Respons, på oppdrag fra Den norske legeforening; 2008. <http://www.legeforeningen.no/id/144519.0>
9. Norsk kundebarometer. Brukertilfredshet i offentlig sektor. Oslo: Handelshøyskolen BI; 2010. <http://www.kundebarometer.com/index.php?content=nkbhome>
10. Innbyggerundersøkelsen: inntrykk av å bo i kommunen og i Norge. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT; 2009. DIFI rapport 2010:1. Tilgjengelig fra: www.difi.no/filearchive/rapport-innbyggerundersokelsen-2010.pdf. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT; 2010.

11. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001 - 2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2006.
http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00007/rapport_7350a.pdf
12. Hunskår S. Allmennmedisin. 2. utgave 2003. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2003.
13. Allmennlegetjenesten - en risikoanalyse. En rapport om risiko og sårbarhet i allmennlegetjenesten. Oslo: Statens helsetilsyn; 2004.
http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2004/helsetilsynetrapport13_2004.pdf
14. Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2007.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00016/IS-1443_16144a.pdf
15. Skapes helse, skapes velferd - helsesystemets rolle i det norske samfunnet. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00051/Utviklingstrekk_i_he_51899a.pdf
16. Tillit - trygghet - tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020. Oslo: Den norske legeforening; 2009.
http://www.legeforeningen.no/asset/43195/1/43195_1.pdf
17. Finansdepartementet. Prop. 1 S (2010-2011) Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2011. Statsbudsjettet.
18. Steinert S. Skisse til forsøk med fastlønte utdanningsstillinger i allmennmedisin. Utredning i forbindelse med samhandlingsreformen på bakgrunn av oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet. 2010 Aug.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Flere yngre leger får faste stillinger. Pressemelding 30.09.10.
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemelder/pressemeldinger/2010/Flere-yngre-leger-far-faste-stillinger.html?id=615814>.
20. Høringsuttalelse: Rapport IS-1783: Nybyrjarstilling for legar - praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar.
21. Horsley T, Grimshaw J, Campbell C. How to create conditions for adapting physicians' skills to new needs and lifelong learning. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2010, Joint HEN-Observatory Policy Brief, No. 14; 2010.
22. Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Using audit and feedback to health professionals to improve the quality and safety of health care. (Policy summary). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies: 2010.

23. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(2):CD003030.
24. Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund (KS) og Den norske lægeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. ASA 4310 for perioden 2010 - 2011. <http://www.legeforeningen.no/id/1138.0>
25. Kommuner og fastleger må tenke sammen. 29.09.10. <http://www.legeforeningen.no/id/165501.0>
26. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). LOV-1999-07-02-64.
27. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)* 2009;28(6):w1171-w1183.
28. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapscenteret nr 24-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009.
29. Målbeskrivelse og gjennomføringsplan for allmennmedisin. Målbeskrivelse for spesialistutdanningen i allmennmedisin (videre- og etterutdanning) . Oslo: Den norske legeforening; 2009. http://www.legeforeningen.no/asset/44756/1/44756_1.pdf
30. Spesialistregler i allmennmedisin. <http://www.legeforeningen.no/id/56767.0>. 2010.
31. Flottorp S, Bjerkeland E, Baerheim A, Forland F, Forsgren B, Hagerup J, et al. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(5):601-2.
32. NOTAT Innspill EPJ-løft. Prosjektorganisering og metode. Oslo: Den norske legeforening; 2010.
33. Det moderne IT-legekontor - Myndighetskoordinering. Oslo: Helsedirektoratet; 2010. http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/_det_moderne_it_legekontor___myndighetskoordinering___720074
34. Gode helseregistre – bedre helse. Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010–2020. Hovedrapport fra forprosjektet Nasjonalt helseregisterprosjekt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2009.
35. Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin. Rapport fra KUP. Oslo: Den norske legeforening; 2005. http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf

36. Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361(4):368-78.
37. Mannion R, Davies HT. Payment for performance in health care. *BMJ* 2008;336(7639):306-8.
38. Doran T, Fullwood C, Kontopantelis E, Reeves D. Effect of financial incentives on inequalities in the delivery of primary clinical care in England: analysis of clinical activity indicators for the quality and outcomes framework. *Lancet* 2008; 372(9640): 728-36.
39. Nyen B. Satsning på kvalitet i allmennlegetjenesten i British Columbia, Canada - noe å lære for oss i Norge? Notat. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
40. Primary Health Care Charter: a collaborative approach. Ministry of Health, British Columbia; 2010.
http://www.impactbc.ca/files/documents/Primary_Health_Care_Charter_may_29.pdf
41. Rygh L, Helgeland J, Braut GS, Bukholm G, Fredheim N, Frich JC, et al. Forslag til rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helsetjenesten, Rapport fra Kunnskapssenteret nr 16 – 2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.