

Kvalitetsforbedring i helsetjenesten



Fra foreningen

Legeforeningen har gjennom lengre tid drevet systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. De siste ti årene har dette for en stor del vært finansiert gjennom fondene for kvalitetsforbedring, mens det praktiske arbeid i stor utstrekning er utført av ildsjeler i spesialforeningene og i våre fagmiljøer. Mange synlige resultater er blitt viet stor oppmerksomhet, her kan nevnes for eksempel Hofte-registeret og gjennombruddsprosjektene innen intensivmedisin, keisersnitt og tvangsbehandling i psykiatrien. Mange av spesialforeningene har utarbeidet kvalitetshåndbøker innen sine felter og mange har kvalitetsregistre som redskap i en løpende overvåking av virksomheten.

Også myndighetene har vært på banen. *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten* ble utarbeidet av Helsetilsynet med utgangspunkt i Verdens Helseorganisasjons strategi *Helse for alle år 2000*. Mange aktører har deltatt i det nasjonale arbeid. Gjennom to rapporter som nå er sendt ut til høring, tas initiativ for en mer systematisk og samordnet aktivitet. Dette initiativ hilses med glede.

De to rapportene er *Utvikling av kvalitetsindikatorer for behandlingstilbudet i somatiske sykehus* og *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre*. Den første rapporten handler om de somatiske sykehus og en nasjonal overvåking av kvaliteten på deres tilbud. Det finnes allerede i bruk en rekke indikatorer som også kan brukes for eksempel i en allmennpraksis for å vurdere egne behandlingsresultater. Denne arbeidsgruppen foreslår ti indikatorer som til dels lett kan trekkes ut av de pasientadministrative systemene, men som til dels forutsetter egne registreringer blant annet med pasienttilfredshet. Når man skal vurdere disse forslagene, tror jeg man i utgangspunktet skal se dette som en god begynnelse. For at resultatene av indikatormålingene skal bli troverdig, forutsettes det selvfølgelig en likeverdige og systematisk måte å gjennomføre registreringene på, slik at vi slipper en diskusjon om forskjeller er reelle eller om de skyldes avvikende registrering.

Arbeidet med kvalitetsindikatorer er viktig av minst tre grunner: For det første gir det oss et redskap i kvalitetsforbedringsarbeidet, for det andre kan det være et viktig styringsinstrument for foretaksstyrer og departement i den nye statlige sykehusorganiseringen, og for det tredje vil det bidra til å gi pasientene et grunnlag for å kunne velge sykehus.

I den andre utvalgsrapporten diskuteres rammeverk og retningslinjer for etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre. Mange av våre fagmiljøer har allerede slike kvalitetsregistre. De er bygd opp og drives av entusiaster innen fagmiljøet. Et kjennetegn ved disse er at fagmiljøene har et «eierforhold» til registeret og derved bidrar til å sikre datakvaliteten i registrene. Det har også vært et kjennetegn at ildsjelene har slitt med å finne instanser som har vært villige til å finansiere virksomheten. Vi må anta at det nå vil komme øremerkede midler til drift av kvalitetsregistre, slik at denne side av saken finner sin løsning i hvert fall for de registre som får offentlig status.

Utvalget som har utarbeidet rapporten, er noe delt i synet på eierskap og forankring av registeret. Av formelle og juridiske grunner må eierskapet av et register være knyttet til en såkalt juridisk person. Et flertall av utvalget hevder at det er tvilsomt at spesialforeninger i Den norske lægeforening kan ha en slik rolle, og konstaterer derfor at nasjonale og medisinske kvalitetsregistre må være knyttet til sykehus blant annet for å sikre en forankring i sykehusets ledelse. Selv om Legeforeningen er uenig i denne begrunnelsen, er det ikke sikkert dette er det vesentligste punktet.

En eierskapsdebatt kan bli en avsporing fra det som virkelig teller, nemlig den faglige forankring. Forankring i en sykehusledelse kan sykehuseier gi gjennom instruks. Forankring i fagmiljøet krever et engasjement som ikke i samme grad kan styres av instruks. Jeg tror det vil være avgjørende for en eventuell suksess at fagmiljøene selv får et reelt eierforhold til registrene, selv om den formelle eier for eksempel er et sykehus. Reelt eierforhold får man hvis man får styringsmulighet. Utvalget foreslår at et statlig sekretariat skal være overordnet instans for alle kvalitetsregistre som på sin side skal ha en faglig rådgivningsgruppe. Dette bør bli en faglig styringsgruppe.

Hans Petter Aarseth
president