

Kvalitetssikring og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten er helseforetakenes ansvar, men programmene bør utarbeides av de medisinske fagmiljøene

## Kvalitetsforbedring i norske sykehus

Kvalitetssikring er in og diskuteres i økende grad også i helsevesenet. Kvalitet er etterspurt av politikere, sykehuseiere og pasienter – og av personalet. Tidligere ble kvalitetssikring ofte definert som måling av kvalitet på et gitt tidspunkt. I det siste er begrepet videreutviklet til også å omfatte definisjon av hva som er gode og dårlige resultater, dvs. grenser for dårlig utførelse, og definerte tiltak for forbedring ved påvist dårlig kvalitet. Begrepet «kontinuerlig kvalitetsforbedring» er innført for å dekke dette aspektet, og flere kvalitetsregistre etterlyses. I Sosial- og helsedirektoratets nye nasjonale kreftstrategi heter det at «myndigheter/fagmiljøer bør utvikle obligatoriske, nasjonale kvalitetsregistre, og de enkelte institusjoner må få ressurser til å utnytte informasjonen fra registrene til kvalitetshevende tiltak» (1). Videre skal «pasientenes erfaringer og opplevelser (...) formidles til behandlerne som ledd i behandlernes egen internkontroll og kvalitetssikring» (1).

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Hermod Petersen og medarbeidere et system for kvalitetsforbedring ved hjelp av gjensidig evaluering ved store norske avdelinger for fordøyelsessykdommer (2). Dette prosjektet ble initiert etter oppfordring av Sosial- og helsedepartementet og direktørene ved regionsykehusene. Gjennomføringen av studien og metodene som ble brukt var imidlertid utarbeidet av fagmiljøene. Konklusjonen var at gjensidig evaluering er velegnet som kvalitetsforbedringsmetode ved norske sykehus. I et annet kvalitetsforbedringsprosjekt, beskrevet i Tidsskriftet nr. 6/2005, gjennomførte Sørli og medarbeidere en spørreundersøkelse blant pasienter innlagt ved kirurgisk avdeling, Universitetssykehuset Nord-Norge (3). De fant at kvaliteten av pasientenes kontakt med sykepleiere og leger under sykehusoppholdet har stor betydning for tilfredsheten. Studien ble planlagt og gjennomført av det lokale medisinske fagmiljøet. Begge disse prosjektene fremstår som forbilledlige og bør videreføres på et permanent grunnlag.

Imidlertid viser erfaringene fra de to prosjektene tydelig problemene innen dette området. Kvalitet er vanskelig å måle. I kvalitetssikringsarbeid er det mange fallgruver. Eksempelvis kan de kvalitetsindikatorer man har valgt, ikke være de «riktige», dvs. ikke beskrive kvalitet på en korrekt måte. Videre kan konfunderende variabler føre til at det man måler, ikke er det man ønsker å måle. Det er for eksempel kjent at kvinner opplever mer smerte ved koloskopi enn menn. Når man så vurderer smerteopplevelse ved koloskopi ved forskjellige sykehus, bør man ta hensyn til kjønnsfordelingen av pasientene ved de ulike sykehus før man avgjør om ett sykehus er bedre enn et annet. Ukjente konfunderende variabler er enda mer uheldig, da man ikke kan korrigere for disse. Det verste som kan skje ved kvalitetsforbedringsprosjekter er at et sykehus eller en helsearbeider feilaktig blir utpekt som dårlig fordi man ikke har korrigert for konfunderende variabler som kan ha slått uheldig ut for vedkommende, for eksempel at man tilfeldigvis har koloskopt flere kvinner enn dem man blir sammenliknet med.

Fra flere hold kreves det effektivisering av spesialisthelsetjenesten, men begrepet brukes ofte synonymt med kortsiktig innsparing. Innføring av systemer for kvalitetsforbedring krever økte ressurser, og enkelte sykehusbyråkrater betrakter dette som skadelig for den kortsiktige budsjettbalansen. Etter vår mening bør kvalitetsforbedringsprogrammer ses som en naturlig del av effektiviseringen, fordi god kvalitet på utførte tjenester vil gi færre komplikasjoner, færre

uønskede effekter og kanskje færre dobbeltundersøkelser, og dermed spare midler på sikt. Det primære er likevel at helsevesenet yter en kvalitet som man kan stå inne for.

Det er nylig etablert et kvalitetsforbedringsprosjekt innen gastro-intestinal endoskopi, kalt Gastronett, der for tiden 15 norske sykehus registrerer kvaliteten av utførte koloskopier. Vi har fått tilbakemeldinger fra flere sykehus som ikke deltar i dette at de ønsker å være med, men at arbeidspresset er så stort at de ikke har tid til kvalitetssikring. Dette er bekymringsfullt, men nok dessverre realiteten ved flere norske sykehus. Vår erfaring bekreftes av Petersen og medarbeidere, som skriver at fagmiljøenes ønske om videreføring av deres prosjekt som en kontinuerlig ordning ikke engang ble besvart av sykehusdirektørene og departementet, til tross for positive resultater (2).

Det er arbeidsgivernes, dvs. sykehuseiernes, ansvar å sørge for god kvalitet på alle tjenester som utføres innen spesialisthelsetjenesten. Kvalitetsforbedringsarbeid bør ledes av grunntanken om forbedring, ikke straff (4). Med andre ord skal ikke en lege som er dårlig i å utføre smertefrie koloskopier nødvendigvis overføres til andre oppgaver. Vedkommende bør få hjelp til å bli bedre, for eksempel ved kursdeltakelse eller ved hospitering hos kolleger med bedre resultater. Dette innebærer at sykehuseier må legge til rette for slike ordninger på en helt annen måte enn Petersen og andre initiativtakere har erfart.

Offentlig rangering av helseinstitusjoner etter bestemte kvalitetsindikatorer er blitt populært i bl.a. Storbritannia og diskuteres også i Norge. En slik form for rangering bør avvises av flere grunner. Alle norske sykehus skal ha gode kvalitetsforbedringsrutiner, og med gode rutiner på plass skal kvaliteten da være sikret innenfor forhåndsdefinerte grenser. Dermed er det heller ikke nødvendig å offentliggjøre innbyrdes rangeringer, som er svært vanskelige å tolke, særlig for allmennheten. Faren for urettferdig uthenging av enkeltinstitusjoner vil være stor ved en offentlig rangering.

### Michael Bretthauer

michael.bretthauer@rikshospitalet.no

### Geir Hoff

geir.hoff@krefregisteret.no

Michael Bretthauer (f. 1969) er dr.med., assistentlege ved medisinsk avdeling, Rikshospitalet, seniorforsker ved Krefregisteret og medisinsk redaktør i Tidsskriftet.

Geir Hoff (f. 1946) er professor dr.med., spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer, leder for NORCCAP-prosjektet (Norwegian Colorectal Cancer Prevention) ved Krefregisteret og FoU-leder ved Sykehuset Telemark, Skien.

Forfatterne er initiativtakere til Gastronett.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

### Litteratur

1. <http://www.shdir.no/shdir/assets/11941/kreftstrategien.doc> (21.2.2005).
2. Petersen H, Schumacher KP, Waldum HL et al. Gjensidig evaluering som kvalitetssikringsmetode for sykehusheter. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1201–4.
3. Sørli T, Busund R, Sexton HC et al. Pasienttilfredshet etter opphold i kirurgisk avdeling. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 756–9.
4. Johanson JF. Continuous quality improvement in the ambulatory endoscopy center. Gastrointest Endosc Clin N Am 2002; 12: 351–65.