

Fagrevisjon bidrar til gode og likeverdige helsetjenester

Sammendrag

I 2004 bestemte styret i Helse Øst RHF at det skulle gjennomføres medisinske fagrevisjoner innen hjerneslagbehandling, brystkreftbehandling og psykisk helsevern. Målet var å fastslå i hvilken grad beste praksis følges, å lære av hverandre og å få råd og veiledning. Revisjonene ble gjennomført under ledelse av eksterne revisjonsledere, fageksperter og fagrevisorer fra Helse Øst basert på retningslinjer i ISO (International Organization for Standardization).

Resultatene viser at pasientene stort sett tilbys en tilfredsstillende behandling, men at det er behov for forbedringer som for eksempel å øke antall brystbevarende operasjoner, tilby alle akutte slagpasienter behandling i slagenhet og forbedre selvmordsvurderingene. De fleste forbedringstiltak ble raskt iverksatt og fulgt opp av administrerende direktører og lokale styrer. Helse Øst RHF fulgte opp de generelle forbedringsforslagene. Revisjonene ble godt mottatt i helseforetakene.

Medisinske fagrevisjoner krever nasjonale medisinske standarder eller oppsummert kunnskap om beste praksis der slike standarder ikke er definert. De regionale helseforetakene kan bruke fagrevisjoner til å vurdere standarden på behandlingen innen risikoområder og derved sikre god og likeverdig praksis til befolkningen. Fagrevisjoner er et godt verktøy i det kontinuerlige kvalitetsarbeidet.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Elisabeth Arntzen
elisabeth.arntzen@helse-ost.no
Bente Mikkelsen
Helse Øst RHF
Postboks 404
2303 Hamar

Pasienter innen en helseregion skal gis faglig likeverdige helsetjenester når de behandles for samme lidelse på samme nivå. Diagnostikk og behandling skal være av god kvalitet, i samsvar med god faglig praksis og basert på dokumentert kunnskap og dokumenterte metoder. Å etablere «beste praksis» og sikre gode og likeverdige helsetjenester er sentralt i Helse Østs kvalitetsstrategi (1).

Et av vilkårene som stilles gjennom driftsavtalene med helseforetak og sykehus med avtale med Helse Øst, er å sikre at pasientbehandlingen er i tråd med beste praksis. Det forutsettes at helseforetakene etablerer system for kontinuerlig vurdering av innholdet i helsetjenesten for å sikre likeverdig og forsvarlig behandling. Fagmiljøene må aktivt arbeide med fag- og metodeutvikling. Det forutsettes at helsepersonell kontinuerlig evaluerer egen praksis i forhold til gjeldende kvalitetsstandard.

Styret i Helse Øst ba i 2004 administrasjonen lage en plan for gjennomføring av fagrevisjoner. Det ble valgt å revidere behandling av brystkreft, hjerneslag og selvmordstruede pasienter. Målet var å fastslå om det ble brukt «beste medisinske praksis», om lover og forskrifter ble fulgt og om arbeidet ble utført effektivt og hensiktsmessig for å nå behandlingsmålene. Målet var også kontinuerlig kvalitetsforbedring gjennom å lære av hverandre og sikre erfaringsoverføring. Revisorene skulle gi råd og veiledning under revisjonen. Målet var å hjelpe og utvikle, ikke å sanksjonere.

Fagrevisjonene har gitt Helse Øst og norsk helsetjeneste en ny erfaring i arbeidet med å vurdere og utvikle behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten opp mot etablerte standarder. Fagekspertene og fagrevisorene har bidratt til å få frem felles krav til behandlingen ut fra eksisterende standarder, retningslinjer og forskningsbasert kunnskap.

Utvælgelse av fagområde og metodikk

Dette var første gangs fagrevisjon i Helse Øst. Behandling av brystkreft, hjerneslag og selvmordsvurderinger ble valgt fordi svikt i

behandlingen kan få store konsekvenser for pasientgruppen, stort volum gjør at mange kan bli berørt, og fordi det er behov for å sikre lik behandling på likt nivå. Fagrevisjonene skulle være en systematisk og uavhengig undersøkelse av om behandlingen ble utført på en effektiv og hensiktsmessig måte og i tråd med beste praksis. Helseilsynet bygger sine systemrevisjoner på retningslinjene for revisjon i ISO (International Organization for Standardization) 19011:2002 (2). Helse Øst valgte å bruke samme anerkjente revisjonsmetodikk. To revisjonsledere med lang erfaring innen kvalitetsrevisjon ledet revisjonene. I tillegg ble fageksperter utenfor Helse Øst med høy nasjonal og internasjonal legitimitet bedt om å være ansvarlig for faglig planlegging, gjennomføring og rapportering. For feltet hjerneslag var fageksperten indremedisiner, med bidrag fra fagekspert i nevrologi for å sikre legitimitet innen begge spesialitetene.

Det ble lagt stor vekt på forankring av metodikk, utvalgte fagområder og fremdriftsplan i møter med direktører, regionstillitsvalgte, brukerrådet og styret i Helse Øst. Helseforetakene og det privat sykehuset foreslo selv fagrevisorer med minimum ti års erfaring innen faget. I januar 2005 ble det utarbeidet en revisjonsplan med tidsplan, grunnlagsdokumenter og navngitte fagrevisorer og fageksperter. Fagekspertene og fagrevisorene deltok på en dags opplærings- og planleggingsmøte i regi av Helse Øst RHF, der det ble gitt opplæring i fagrevisjoner etter revisjonsteknikk i ISO (2) og utdelt et kompendium om Helse Øst RHF's prosedyre for fagrevisjoner.

Revisjonsgrunnlaget

Revisjonsledelsen ble enig om revisjonsgrunnlaget sammen med fagrevisorene og fagekspertene før endelig godkjenning fra fagekspert. For brystkreft finnes oppdaterte nasjonale standarder. Disse ble satt opp som

! Hovedbudskap

- Hovedmålet med fagrevisjoner er å lære av hverandre
- Fagrevisjoner bidrar til å vurdere behandlingstilbudet opp mot etablerte standarder
- Oppfølgingen av fagrevisjoner skal føre til endret praksis

grunnlagsdokument det skulle revideres opp imot (3). Det var derfor relativt enkelt å utarbeide spørsmål for brystkreft og referere disse spørsmålene tilbake til grunnlagsdokumentet.

For slagbehandling finnes ingen oppdatert nasjonal standard. Derfor ble en ti år gammel konsensuskonferanse (4) og systematiske oversikter fra Cochrane-databasen brukt som revisjonsgrunnlag. Oversikt over artiklene finnes i revisjonsrapportene (5). Dokumentene var veiledende og basert på forskningsresultater. Det ble brukt mye tid på å bli enig om det endelige revisjonsgrunnlaget og sjekklister, før godkjenning fra fagekspertene. Revisjonen omfattet vurdering av diagnostikk, akuttbehandling, akuttrehabilitering, utredning, sekundær forebygging og planlegging av eventuell videre rehabilitering.

Det foreligger ingen nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord. Det ble derfor satt opp fagspesifikke grunnlagsdokumenter med utgangspunkt i praktiserte faglige standarder. Revisjonen omfattet utredning og behandling av selvmordstruede pasienter, utskrivningsrutiner og individuelle planer.

Parallelt med fagrevisjonene ble det etter vedtak i styret i Helse Øst gjennomført en intern systemrevisjon for å kartlegge forholdene i akuttpsykiatrien ved alle helseforetakene i Helse Øst. Systemrevisjonen omhandlet organisering, ledelse, utredning, diagnostikk og utskrivning. I tillegg gjennomførte Helsetilsynet i Oslo og Akershus tilsyn med utskrivningspraksis og pasientflyt i akuttpsykiatrien i Helse Øst i samme periode.

Revisjonsledere, fageeksperter og fagrevisorer fastsatte revisjonsgrunnlaget for hvert fagområde og utarbeidet én sjekklister for gjennomgang av journaler og én sjekklister for intervjuer med nøkkelpersoner. I sjekklisterne ble det skilt mellom hva som var krav og hva som var ønskelig.

Gjennomføring

Ingen skulle revidere eget helseforetak/sykehus. Fagrevisorene ble fordelt ut fra uavhengighet, faglige kvalifikasjoner og arbeidsbelastning. 22 fagpersoner deltok som revisorer totalt.

Alle helseforetak som utfører brystkreftbehandling ble revidert, mens det ble gjort et utvalg på fem innen slagbehandling og fem innen psykisk helsevern (de øvrige tre revideres våren 2006). Revisjonsprogram med tidsplan for dagen ble sendt foretak/sykehus.

Det ble bedt om skriftlig forhåndsinformasjon innen brystkreft og hjerneslag. Fagrevisorer gjennomgikk for hver revisjon inn til 30 journaler med gitte diagnosekoder for en utvalgt tidsperiode. For hver journal ble journalsjekklister fylt ut og under revisjonen ble personell intervjuet i henhold til det som ble observert i journalene og i henhold til sjekklister for selve revisjonen.

Rapportering og resultat

Etter hver enkelt revisjon er det utarbeidet en rapport. Rapporten ble sendt foretak og sykehus for kommentar før den ble endelig ferdigstilt og godkjent av revisjonsleder, fageekspert og ledelsen i Helse Øst. Rapportene er åpne og ligger tilgjengelig på www.helse-ost.no (5). I rapportene er det gitt avvik der hvor behandlingen ikke har vært i henhold til grunnlagsdokumentene og forbedringsforslag der behandlingstilbudet ellers bør forbedres. Helse Øst RHF ba helseforetakene og sykehuset om en foreløpig statusrapport på planer og gjennomførte tiltak etter fagrevisjonene innen 15.10.2005. Det er også utarbeidet en oppsummeringsrapport med anbefalinger om forbedringer i Helse Øst som bør løses på et overordnet nivå.

Resultatet av fagrevisjonene har vært behandlet både i styret for Helse Øst, direktørmøtet, regionstillitsvalgte og brukerrådet. Rapportene er også behandlet i de lokale foretaksstyrene for oppfølging i det enkelte helseforetak. I tillegg har administrerende direktør i Helse Øst hatt møte med styrelederne og de administrerende direktører i helseforetak og sykehus som deltok. Hensikten var å gi gjensidig informasjon om revisjonene, sikre oppfølging av avvik og andre forbedringsforslag og evaluere fagrevisjonene. Det vil bli gjennomført oppfølgingsrevisjon et år etter for å se om praksis er endret.

Brystkreft

I 2004 ble det operert ca. 2 700 pasienter med nyoppdaget brystkreft i Norge, hvorav ca. 1 200 pasienter i Helse Øst. Det har de senere år vært en reduksjon i antall sykehus der man opererer brystkreft i Norge fra ca. 60 til 22. Helse Øst gjorde vedtak om funksjons- og oppgavefordeling innen kreftkirurgi i 2004 (6).

Konklusjonen på revisjonen var at brystkreftpasienter tilbys en tilfredsstillende behandling som følger revisjonsgrunnlaget i alle sykehusene. Totalt ble det kun avdekket ett avvik, og dette ble ikke betegnet som alvorlig (mangelfull dokumentasjon i journal). Det ble gitt 13 forbedringsforslag vedrørende økning i antall brystbevarende operasjoner, reduksjon i tiden fra prøvetaking til svar og behandling og bedre registrering av data om vaktpostlymfeknuter.

Forbedringsforslagene innen den overordnede styringen av brystkreftbehandlingen i Helse Øst omhandler samarbeidet med Radiumhospitalet, bruk av mammatom, lokalisering av mammografiscreening, rekruttering av brystkreftkirurger og henvisningsrutiner. Det er bedt om at forbedringspunktene tas inn i det pågående arbeidet med å lage en regional kreftplan for Helse Øst.

Hjerneslag

Helseforetak og sykehus som ble revidert dekker en befolkning på ca. 730 000. Revisjonen viser at alle helseforetak og sykehus

har etablert slagenheter, men ikke alle har kapasitet til å gi et slagenhetstilbud til alle akutte slagpasienter. Dekningsgraden er 60–100 %. Sykehusene har ikke oppfylt alle de forskningsbaserte kriterier effektiv slagbehandlingsbehandling forutsetter. De fleste pasienter som tilbys behandling i slagenhet, får en tilfredsstillende behandling som i hovedtrekk følger den eksisterende forskningsbaserte kunnskap om slagbehandling, men det er behov for kvalitetshevning på en del områder.

Det ble avdekket totalt 32 avvik, hvorav 16 av avvikene ble klassifisert som alvorlige. I tillegg ble det gitt 39 forbedringsforslag. De 16 alvorlige avvikene gjelder mangelfullt tilbud om behandling i slagenhet, manglende gjennomføring av standardiserte metoder for undersøkelser av bevissthet og neurologisk status, manglende spesialopplært personell, tverrfaglige møter, individuelle planer og mangelfull observasjon av ustabile og dårlige pasienter i akuttfasen. De avvikene som ikke er klassifisert som alvorlige, ble avdekket i mindre omfang på samme områder som de alvorlige. Årsaken til et relativt høyt antall avvik, kan være at det ble gitt ett avvik per sjekkpunkt, i stedet for å samle flere sjekkpunkt under ett avvik.

De generelle forbedringsforslagene gjaldt vurderinger av behov og kapasitet og behov for nasjonal standard for behandlingen basert på forskningsbasert kunnskap om slagbehandling.

Selvmordstruede pasienter

Hvert år tar 40–50 personer sitt eget liv mens de er innlagt i institusjon under det psykiske helsevernet i Norge. Revisjonene viser at selvmordstruede pasienter innen psykisk helsevern stort sett tilbys en tilfredsstillende behandling i tråd med revisjonsgrunnlaget i alle helseforetak og sykehus som ble revidert. Det ble avdekket fem avvik og 16 forbedringsforslag. Avvikene gjelder i hovedsak manglende selvmordsvurdering i journal, ufullstendig selvmordsvurdering, mangel på ny selvmordsvurdering etter påvist selvmordsfare og mangler vedrørende individuell plan.

Forbedringsforslagene vedrørende den overordnede styringen av oppfølging ved selvmordsfare i Helse Øst dreide seg om behov for felles nasjonale retningslinjer for selvmordsvurdering, ønske om en sjekklister ved selvmordsvurdering for forbedret praksis og læring og prosedyre for å ivareta de ansatte. Aker universitetssykehus med sitt Regionalt ressurscenter for forebygging av selvmord, vold og traumer bidrar i oppfølgingen av dette arbeidet. De gir også innspill til nasjonale retningslinjer på området.

Diskusjon

Helse Øst HRF skal sørge for at anerkjente nasjonale faglige standarder etterleves der de finnes og gjennom ulike metoder identifisere «beste praksis» innen ulike fagområder

for å sikre god og likeverdig behandling. Når beste praksis er identifisert, skal Helse Øst sørge for at denne praksis implementeres i helseforetakene. Helse Øst har tatt initiativ til å igangsette medisinske fagrevisjoner for å ivareta dette ansvaret og har valgt å bruke medisinske fagrevisjoner som metode for å sikre god medisinsk faglig utøvelse.

Avvik fra kravene

Fagrevisorene og fagekspertene definerte revisjonsgrunnlaget for fagrevisjonene som beste praksis på området. Avvik fra kravene i revisjonsgrunnlaget er ikke definert som lovbrudd eller faglig uforsvarlighet, men avvik i forhold til beste praksis. Beste praksis vil oftest ligge over lovkravene og langt unna grensene for faglig uforsvarlighet.

Ansvar for å utføre behandlingen på faglig forsvarlig nivå vil alltid uansett ligge på den enkelte helsearbeider. I ettertid ser vi at det ville vært en fordel å ha den medisinskfaglige ledelsen i helseforetakene med i vurderingen av om listen for beste praksis ble lagt på riktig nivå i revisjonsgrunnlaget, der det ikke finnes nasjonale standarder. Innen for eksempel krav til bemanning for slagbehandling, var det ulike oppfatninger om hva som var god praksis. Her forelå det lokale løsninger som avvek fra revisjonsgrunnlaget. Vi ser også i ettertid at begrepene brudd og avvik fra en standard har vært vanskelig å formidle til omgivelsene, da disse ofte tolkes synonymt med uforsvarlig.

Faglige standarder

Revisjonene og arbeidet med å finne frem til et riktig og omforent revisjonsgrunnlag viser et stort behov for nasjonale standarder basert på systematiske kunnskapsopsummeringer. Først når slike foreligger, vil man kunne virkeliggjøre et mål om god og likeverdig behandling til pasientene. Helse Øst har på bakgrunn av dette arbeidet tatt initiativ til nasjonal gjenbruk og videreutvikling av revisjonsgrunnlaget innen utredning og behandling og av brystkreft, selvmordstruede pasienter og slagbehandling. Sosial- og helsedirektoratet har fulgt opp innen slagbehandling.

Samordning av tilsyn og revisjoner

Tradisjonelt legger helsepersonell stor vekt på den kliniske kvaliteten av tjenester og kontinuerlig forbedring av denne. Helse Øst har i arbeidet med fagrevisjonene lagt større vekt på evaluering, læring og kunnskapsoverføring enn på kontroll og eventuelle sanksjoner. Flere instanser ønsket å revidere samme enhet på ulike måter på samme tidspunkt. Det synliggjorde behov for å koordinere de 11 tilsynsmyndighetenes tilsyn, virksomhetsinterne revisjoner og fagrevisjonene i regi av Helse Øst for å skape forutsigbarhet og redusere belastningen på den enkelte reviderte enhet. Etablering av internrevisjon i de regionale helseforetakene, i tråd med foretaksmøtene med helse og omsorgs-

departementet, vil kunne bidra til en slik koordinering og effektiv utnyttelse av revisjonsressurser, samt ivaretagelse av læringsperspektivet.

Utvelgelseskriterier

Fagrevisjonene er ressurskrevende og krever nøye planlegging med hensyn til utvelgelse av hensiktsmessige fagområder og oppfølging av resultatene frem til endret praksis. Utvelgelseskriteriene er evaluert og følgende kriterier legges nå til grunn:

- Risiko for svikt basert på statistikk fra Norsk Pasientskadeerstatning, meldeplikt til Statens helseilsyn, klagesaker eller interne avvaksregistreringer etc.
- Svikt i behandlingen kan få store konsekvenser for pasientgruppen
- Stort volum på fagområdet gjør at mange personer kan bli berørt ved svikt
- Ønsker å sikre lik behandling på likt nivå på fagområdet
- Ønsker å utføre og lære standardiseringsarbeid

Nærmere spesifisering av fagområdene skal blant annet skje i samarbeid med fagforeninger og spesialistforeninger

Andre nyttige erfaringer

Utvelgelse av fagekspert og fagrevisorer kan med fordel skje ved hjelp av spesialistforeningene. Vi gjorde det ikke, derfor tok det unødvendig lang tid å finne frem til erfarne fagpersoner og anerkjente eksperter innen fagområdene. De gjorde en stor innsats med å utforme kravene til behandlingen ut fra eksisterende standarder, retningslinjer og forskningsbasert kunnskap. Grundige forberedelser gjorde arbeidet velstrukturert og samtalen foregikk i en god atmosfære med fruktbare faglige diskusjoner og rom for kompetanseoverføring. Det er et klart inntrykk at revisjonene har vært lærerike og nyttige for alle involverte. I ettertid ser vi at fagrevisjonene kunne vært mer forutsigbare, effektive og sammenliknbare med færre fagrevisorer på hvert fagområde.

Ett helseforetak stilte spørsmål ved hjemmelsgrunnlaget for tilgang til pasientjournaler. Problemet løste seg fordi revisjonen var et samarbeid med helseforetaket, og ved at det ble tydeliggjort at fagrevisorene under gjennomlesning av journalene var under helseforetakets instruksjonsmyndighet (7). Samme spørsmål stanset fagrevisjonene også i 2006, og Helse Øst RHF måtte be om ny avklaring fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Helseforetak og sykehus har gitt gode tilbakemeldinger på læringseffekten av fagrevisjonene. Mange har beskrevet stor entusiasme i avdelingene for å rette opp avvik og realisere forbedringsforslag. Om revisjonene har ført til endring av praksis over tid, vil først vise seg sikkert ved den planlagte oppfølgingsrevisjonen. Så langt har administrerende direktør i helseforetak og sykehus lagt

frem resultater som viser at mange avvik raskt ble lukket og forbedringsforslag etterfulgt. Helse Øst har lagt stor vekt på oppfølging av revisjonene i linjeledelsen, noe som ser ut til å gi positive resultater.

Det er sannsynlig at de samme avvikene og forbedringsforslagene som ble avdekket, også gjelder dem som ikke ble revidert. Disse er derfor oppfordret til å gå igjennom revisjonsgrunnlaget selv og iverksette nødvendige tiltak for å bedre behandlingen der det er grunnlag for det.

Helse Øst har beste praksis som en av hovedsatsingene i kvalitetsstrategien (1). Helhetlige kvalitetssystem skal støtte opp om kontinuerlig faglig utvikling og forbedring, mens fagrevisjonene bidrar til å sikre særlig viktige fagområder.

Konklusjon

Helse Øst har gjennomført fagrevisjoner som ett tiltak i arbeidet med å sikre gode og likeverdige helsetjenester. Fagrevisjoner gir Helse Øst og norsk helsetjeneste nye erfaringer i arbeidet med å vurdere og utvikle behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. Resultatet fra revisjonene blir nå lagt til grunn for forbedringer og for oppfølging av nye revisjoner i fremtiden. Kanskje kan dette være begynnelsen på et nasjonalt samarbeid om beste praksis innen viktige fagområder.

Litteratur

1. Styresak nr. 080–2005 Kvalitetsstrategi for Helse Øst 2005–2008. Hamar: Helse Øst RHF, 2005.
2. Retningslinjer for revisjon av systemer for kvalitets- og/eller miljøstyring. ISO 19011: 2002. Oslo: Norsk Standard, 2002.
3. Norsk Bryst Cancer Gruppe. Blåboka: Brystkreft. Diagnostikk og behandling. Utg. 2003. Oslo: Norsk Bryst Cancer Gruppe, Kreftforeningen, 2003.
4. Behandling av slagpasienter. Konsensuskonferanse rapport 8/1995. Oslo: Norges forskningsråd, 1995.
5. Revisjonsrapporter. www.helse-ost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=159&I=1591&Mids=166a330a424 (21.9.2006).
6. Styresak nr. 034–2005 Kreftkirurgi – funksjonsfordeling i Helse Øst. Hamar: Helse Øst RHF, 2005.
7. Lov 18. mai 2001 nr. 24 om helseregistre og behandling av helseopplysninger.

Manuskriptet ble mottatt 16.4. 2006 og godkjent 17.10. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.