

...og bedre skal det bli!

Bli med å forme morgendagens sosial- og helsetjenester.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, innsatsområdet

STYRKE UTØVEREN I HELSETJENESTEN

Arbeidsgruppens anbefalinger til delmål og tiltak, oktober 2006

Hva forsøker vi å oppnå?

Hvordan kan vi vite at en endring er en forbedring?

Hvilke endringer kan vi gjøre som resulterer i en forbedring?

...og bedre skal det bli!

Strategiens mål

Tjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelig og rettferdig fordelt

Innsatsområder

Styrke
brukeren

Styrke
utøveren

Forbedre
ledelse og
organisasjon

Styrke
forbedrings-
kunnskapens
plass i
utdanningene

Følge med
og evaluere
tjenestene

1. Fra strategi til anbefalinger

Sosial- og helsedirektoratet har utviklet en nasjonal strategi for å forbedre kvaliteten på tjenestene. Strategien har et 10 års perspektiv, og den har fått navnet:

... og bedre skal det bli!

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)

Strategien er utviklet i nært samarbeid med sentrale aktører, ledere, brukere og utøvere fra praksis.

Hensikten med satsingen er at tjenestene skal støttes i det kontinuerlige forbedringsarbeidet som trengs i årene fremover.

Strategiens seks mål er:

Tjenester av god kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gi dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdig fordelt

For å nå målene skal det utvikles anbefalinger for følgende innsatsområder:

- Styrke brukeren
- Styrke utøveren
- Forbedre ledelse og organisasjon
- Styrke forbedringskunnskapens plass i utdanningene
- Følge med i og evaluere tjenestene

På hvert av innsatsområdene har det vært nedsatt arbeidsgrupper som har fått i mandat å lage forslag til direktoratets anbefalinger ved bl.a. å:

- Konkretisere innsatsområdene
- Fremskaffe dokumentasjon om hva som virker
- Beskrive metoder, teknikker og arbeidsformer for å styrke innsatsområdene
- Lage anbefalinger som skaper aktivitet ute i tjenestene
- Anbefale systemer og aktiviteter for å støtte praksis i dette arbeidet

Foreliggende anbefaling har fokus på å styrke utøveren i helsetjenesten.

2. Sammendrag av anbefalingene

Tre delmål – mange tiltak

Delmål 1: Oppdatert kunnskap, holdninger og ferdigheter hos den enkelte utøver (Dette er utøvers ansvar)

- Utøverne tar ansvar for systematisk å skaffe seg og oppdatere kunnskap på sine fagområder
- Utøverne reflekterer over og forbedrer sin praksis, ved å etterspørre og avsette tid til konkret og regelmessig kvalitetsarbeid
- Systematisk deltagelse i etterutdanningskurs
- Styrke den enkeltes kompetanse i å forbedre den praksis man er en del av
- Stimulere til tverrfaglige forbedringsprosesser
- Etterspørre kunnskapsbasert forskning
- Utøverne må ta brukerne og pårørende med i beslutninger både som enkeltpasienter og i arbeidet med forbedring av tjenesten.
- Utøverne forstår betydningen av empati og kommunikasjon i kontakt med pasienten og handler deretter
- Tilrettelegge for reelt tverrfaglig arbeid
- Etablere systemer og rutiner som sikrer at utøverne er ressursbevisste og viser økonomisk forsvarlighet

Delmål 2: En kultur som fremmer refleksjon, læring og forbedring (Dette er et felles ansvar for utøvere og ledere)

- Stimulere til forskning i og om egen praksis, samt til oppsummering av eksisterende kunnskap
- Styrking av individuell kompetanse i kunnskapshåndtering gjennom undervisning og støtte på arbeidsplassen
- Styrking kunnskapshåndtering og metodeundervisning i grunn-, etter- og videreutdanningen
- Stimulere og legge til rette for at utøverne selv definerer hvilke tjenestetilbud som trenger kvalitetsutvikling, og forholder seg aktivt til den faglige forsvarligheten av de tjenester de leverer
- Legge til rette for åpen fagdebatt, og for at det genereres, etterspørres og brukes forskningsbasert kunnskap
- Synliggjøre verdien av gode internkontrollaktiviteter og kvalitetssystemer
- Sikre at utøvere og ledere sammen skaper møteplasser for endring og forbedring, og at ledelsen etterspør kvalitetsdata
- Legge til rette for reelt tverrfaglig samarbeid
- Sikre at de ansattes kompetanse avspeiler pasientenes behov for hjelp
- Gi utøverne ansvar for systematisk å skaffe seg og oppdatere kunnskap på sine fagområder
- Utvikle en kultur der utøverne blir sett og anerkjent

Delmål 3: Systemer som forventer og legger til rette for kontinuerlig kvalitetsarbeid

(Dette er et ledelsesansvar, dels for arbeidsgiver, dels for myndigheter på forskjellige nivå)

- Innføre aktiv bruk av elektroniske støttesystemer for samhandling i alle deler av helsetjenesten, for eksempel elektronisk journal og at Norsk helsenett realiseres.
- Etablere og sikre tilbud om nødvendig kompetanseutvikling på individnivå, teamnivå og organisasjonsnivå, for eksempel gjennom videre- og etterutdanning med tverrfaglige aktiviteter som inkluderer både fagkunnskap og forbedringskunnskap
- Sikre at utøvere har kunnskap om og verktøy for forbedring
- Legge til rette for forskning i alle deler av helsetjenesten
- Utvikle systemer som sikrer utøveren tilgang til oppdatert, oppsummert og praksistilpasset kunnskap (for eksempel Helsebiblioteket og Norsk elektronisk legehåndbok – NEL) og at det sikres ressurser og tekniske løsninger for dette
- Sikre at arbeidsgiver sørger for at utøverne får kontinuerlig og systematisk tilbud om kompetanseheving, ferdighetstrening og refleksjon over praksis
- Etablere systemer som er sikret av helsemyndighetene og som initierer faglige nettverk (geografisk, faglig etc.)
- Helsemyndighetene etablerer og sikrer systemer som initierer virksomme tjenester
- Etablere et tydelig faglig ledelsesansvar i alle deler av helsetjenesten
- Utvikle systemer som stimulerer til varsling og håndtering av feil og avvik
- Skape en kultur som gjør at den enkelte helsearbeider er bevisst på sin plikt til å melde, ikke er redd for å melde og ikke trues med sanksjoner.
- Sørge for åpenhet og at avviksmeldingene brukes som læring og for å identifisere risikofaktorer
- Styrke kvalitetsutvalgene
- Sikre at helsemyndighetene utvikler systemer for uavhengig legemiddelinformasjon
- Etablere et system for mental forberedelse og trening med tanke på situasjoner som oppstår sjelden
- Sørge for at det legges til rette for forskning på pasientopplevelser
- Sikre at det legges til rette for forskning i alle deler av helsetjenesten
- Inngå forpliktende avtaler mellom stat, kommuner og andre aktører som etablerer forpliktende avtaler om samhandling på tvers av nivåer
- Sikre incentivsystemer for arbeid i utkantstrøk og for marginaliserte pasientgrupper

3. Følgende har deltatt i arbeidet:

Erik Fosse erik.fosse@medisin.uio.no (leder)
Magne Nylenna magne.nylenna@helsebiblioteket.no (sekretær)
Lisbeth Normann lisbeth.normann@sykepleierforbundet.no
Janecke Thesen janecke.thesen@isf.uib.no
Jon Hilmar Iversen jhi@shdir.no
Gunvor Erdal gunvor.erdal@baerum.kommune.no
Bjarne Riis Strøm bjarne.strom@legeforeningen.no
Anne-Grete Skjellanger ask@shdir.no
Gro Jamtvedt gro.jamtvedt@kunnskapssenteret.no
Jorun Støvne Pettersen jorun.stovne.pettersen@no.pwc.com
Anne Karin Lindahl liak@helse-sor.no
Carl Christian Blich carl.christian@stomapro.no

Innholdsfortegnelse

1. Fra strategi til anbefalinger	3
2. Sammendrag av anbefalingene	4
3. Følgende har deltatt i arbeidet:	6
4. Innledning	8
5. Overordnede føringer for strategien	9
6. Hvem er utøveren?	11
7. Hvilke utfordringer står helsetjenesten overfor?	13
7.1 Endringer i befolkningen	13
7.2 Strukturelle endringer	13
7.3 Primærhelsetjenesten	14
7.4 Spesialisthelsetjenesten	15
7.5 Breddekompetanse vs. spisskompetanse	16
7.6 Forholdet mellom sykehus og primærhelsetjenesten	17
8. Hvordan styrke utøveren?	18
9. Anbefalinger og delmål	30

4. Innledning

Opp gjennom livet kommer alle i kontakt med helsetjenesten på ulike måter. Fra det første møtet med jordmoren på fødselsklinikken, gjennom kontroller ved helsestasjonen, på besøk hos tannlegen, hos allmenlegen med barnesykdommer, på sykehus med akutt sykdom eller skade, på sykehus for utredning og behandling av alvorlig livstruende sykdom, på den psykiatriske poliklinikken for hjelp gjennom kriser, ved bistand fra hjemmesykepleien, på sykehjemmet for pleie og omsorg og hjelp i livets siste fase. Over alt i helsetjenestene er det i pasientens møte med den enkelte utøveren/helsearbeideren kvalitet viser seg. Pasienten er prisgitt utøverens oppførsel og forståelse, kompetanse og dyktighet. Men både utøver og pasient er prisgitt hvilke rammebetingelser dette møtet skjer i. Mange premisser for kvalitet er allerede lagt selv før pasient og utøver møtes.

Det arbeider mer enn 350 000 utøvere i helse- og sosialtjenesten i Norge. Uansett hvilken helsepolitikk som føres, hvilken eierstruktur eller økonomi helsetjenesten har, er det utøverne som er helsevesenets ansikt utad. Uten utøvere med profesjonalitet og kompetanse er kvalitetsarbeid i helsetjenestene nytteløst. Men uten nødvendige rammebetingelser kommer også profesjonalitet og kompetanse til kort.

Å styrke utøveren handler derfor både om å styrke egenskaper ved utøveren selv men også å sette utøveren i stand til å bruke sin kompetanse til pasientens beste.

Den norske helsetjenesten er en kompleks organisasjon, og den teknologiske utviklingen bidrar til at kompleksiteten øker. Det er ikke lenger bare kvaliteten og profesjonaliteten til utøveren som er i direkte kontakt med pasienten, som er avgjørende, men i større og større grad samspillet mellom utøverne i ulike deler av helsetjenesten. Dersom kvaliteten i den norske helsetjenesten skal sikres også i framtiden, må tiltak ikke bare rettes inn mot den enkelte utøveren, men også mot kulturer og strukturer.

Det er gjort mye for å sikre kvaliteten av helsetjenester både gjennom grunnutdanningen til de enkelte utøverne og gjennom organisatoriske tiltak. Det finnes derfor et betydelig erfaringsgrunnlag for hvordan utøverne kan styrkes. I denne rapporten har vi prøvd å bygge på disse erfaringene og å foreslå konkrete tiltak både på det individuelle, det kulturelle og det strukturelle plan

Faglig og profesjonell trygghet er grunnlaget for en god arbeidssituasjon. Vi håper derfor denne rapporten kan bidra ikke bare til helsetjenester av høy kvalitet, men også til at helsetjenesten forblir en trivelig og attraktiv arbeidsplass.

5. Overordnede føringer for strategien

Helsetjenesten i Norge reguleres av mange lover som igjen hjemler en rekke forskrifter. Forskriftene skal være av utdypende og detaljerende art og bidra til at utøverne kan forstå hva som kreves for å oppfylle lovkravet. I tillegg til forskriftene utarbeides det rundskriv fra departementer og direktorat som skal sikre at de føringer som nasjonale myndigheter har lagt for ulike helsetjenester, blir kjent og fulgt opp. På områder hvor det er særlig viktig med omforent og lik praksis blir det utarbeidet faglige veiledere som skal være retningsgivende når virksomhetene skal utarbeide sine egne rutiner og prosedyrer for oppgavene.

Alt forbedrings- og utviklingsarbeid må ta utgangspunkt i de aktuelle lov- og forskriftskrav som minstestandard for god praksis. Det viktigste kvalitetskravet til utøvere av helsetjenester er kravet om faglig forsvarlighet som er nedfelt i helsepersonellovens § 4. Her pålegges alt helsepersonell å utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra de kvalifikasjoner de har, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig.

Lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten beskriver de oppgaver disse nivåene har for å yte helsetjenester og hvilke krav som stilles til utførelse. Tannhelseloven fastsetter at fylkeskommunen skal fremme tannhelsen i befolkningen og sørge for nødvendig forebygging og behandling ved bl.a. å spre opplysning om og øke interessen for hva den enkelte selv og allmennheten kan gjøre for å fremme tannhelsen.

Den lovbestemmelsen som kanskje har størst betydning for kvalitetsarbeidet blant utøvere av helsetjenester er «Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenestene». Internkontroll er en metode for å holde orden i eget hus. Forskriftens § 4 kan brukes som matrise for mange ulike områder og oppgaver for å finne ut om utøverne er satt i stand til å gi gode og forsvarlige tjenester. Se eksempler i figur 1.

Denne rapporten tar utgangspunkt i utøverens, dvs. den enkelte helsearbeiders situasjon. Hvordan kan den enkelte helsearbeider gjøre en stadig bedre jobb? Hvordan kan kvalitetsutvikling bli en integrert del av den enkelte utøvers daglige arbeid?

Gjennom en systematisk analyse av utøvernes situasjon og de utfordringer helsetjenesten står overfor, forslås en rekke tiltak som kan underbygge og støtte den nasjonale kvalitetsstrategiens mål om å tilby tjenester som:

- Er virkningsfulle
- Er trygge og sikre
- Involverer brukere og gir dem innflytelse
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er tilgjengelig og rettferdig fordelt

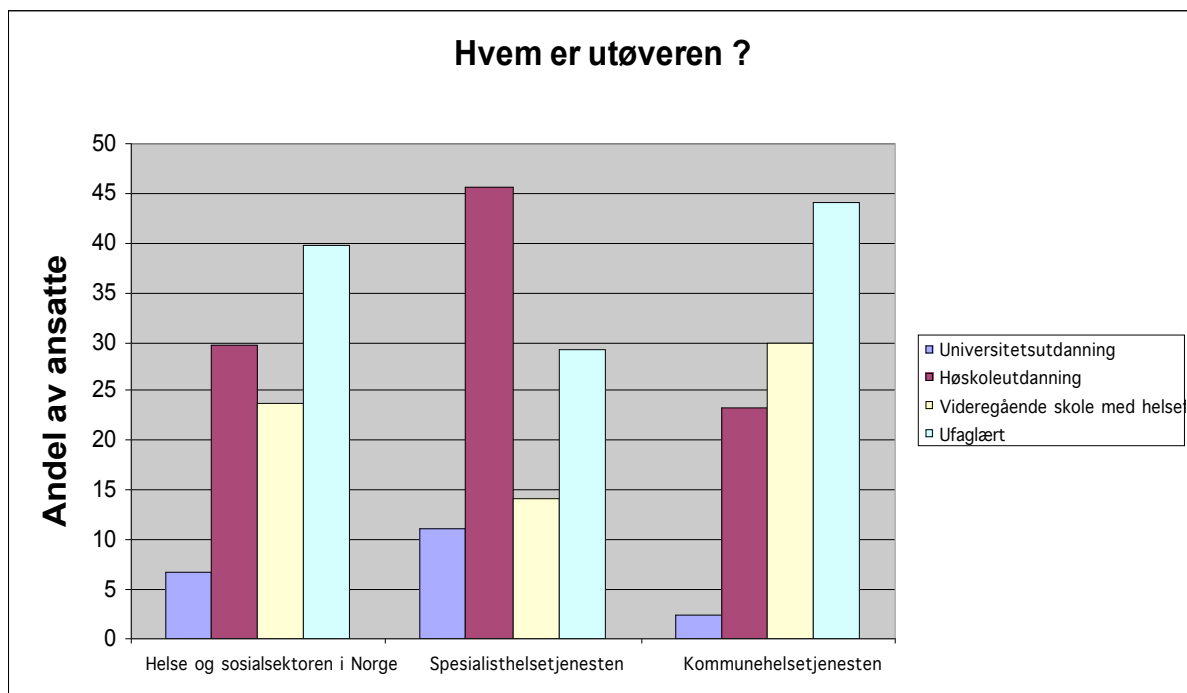
Figur 1 Eksempel på internkontrollmatrise for noen tilfeldig valgte tjenesteområder.

Systemkrav	§ 4 a Er oppgaver og organisering beskrevet og kjent (ansvar og myndighet)	§ 4 b Kjenner de ansatte regelverket for området Tilgjengelig ?	§ 4 c Har alle som har oppgaver på området tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter	§ 4 d Blir all kunnskap og erfaring benyttet? (Medarb. - deltakelse)	§ 4 e Egner området seg for bruker- u.s.	§ 4 f Er det gjort ROS-analyse for å avdekke sårbare områder	§ 4 g Trenges det nye rutiner eller oppdatering av prosedyrer	§ 4 h Hvordan overvåkes området og de resultat man har
Forsvarlige tjenester								
Smittevern i sykehus								
Legemiddelhåndtering til hjemmeboende								
Journalføring								
Sårskift – leggsår								
Utskrivning av pasient til sykehjem								

6. Hvem er utøveren?

Tall fra Statistisk sentralbyrås (SSB) registerbasert sysselsettingsstatistikk for 2004 viste at det totalt var 352 483 personer som arbeidet i helse- og sosialsektoren i Norge og at dette utgjorde 270 773 årsverk. Bare 7% hadde universitetsutdanning og nesten 40% av utøverne var ufaglærte.

I spesialisthelsetjenesten har 11% av utøverne universitetsutdanning, mens 2,4% har universitetsutdanning i kommunehelsetjenesten (fig 2). Det er også relativt store forskjeller mellom nivåene når det gjelder personer med høgskoleutdanning (fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier, vernepleier, miljøterapeut etc.), med 45% i spesialisthelsetjenesten og 22% i kommunehelsetjenesten. Det er en stor andel uten helse- og sosialfaglig utdanning på begge nivå, i kommunehelsetjenesten er andelen hele 44%. I gruppen ufaglærte finner vi imidlertid mange med annen relevant utdanning. Over 20% har annen høyskole- eller universitetsutdanning, og 58% har videregående skole. Mange av disse har utdanning som er relevant for jobben, – for eksempel lærere, barne- og ungdomsarbeidere. I gruppen ufaglærte inngår også hjemmehjelperne og miljøarbeidere som ofte har en stor realkompetanse.



Figur 2. Prosentvis fordeling av ansatte i ulike deler av helsetjenesten etter utdanning

SSB sine modeller for framskriving av etterspørsel og tilgang på helsepersonell viser at tiltak som er iverksatt for å utdanne flere leger, tannleger og sykepleiere sannsynligvis vil dekke etterspørselen de kommende år. Derimot viser framskrivingen at det vil bli et betydelig underskudd av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i åra framover. Dette vil bety at fagopplæring av ufaglærte og stor fleksibilitet med hensyn til fordeling av arbeidsoppgavene vil være nødvendig fram mot 2020 for å kunne dekke etterspørselen av arbeidskraft i helsetjenesten. Denne utfordringen vil bli mest merkbar i kommunehelsetjenesten (SSB-rapport nr 38-2005). Mangelen på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere kan avhjelpes dersom andre yrkesgrupper overtar deler av oppgavene. Dette vil ikke være uproblematisk. I kampen om arbeidskraften har det til nå vært spesialisthelsetjenesten som har vært mest attraktiv for bl.a. sykepleiergruppen.

Dersom man legger SSB sine framskrivninger av etterspørsel og tilgang på helsepersonell til grunn for hvilke utfordringer utøverne i kommunehelsetjenesten vil få, betyr det at de faglærte utøverne i stor grad må være med å sette de som er ufaglærte i stand til å delta i arbeidet gjennom å skape lærende organisasjoner. I lærende organisasjoner vil også vedlikehold og utvikling av kompetanse gjennom systematisk oppdatering, videreutdanning og veiledning av andre være viktige momenter, noe som vil være av stor betydning for utøverne i kommunehelsetjenesten i tida framover, når stadig flere krevende pasienter flyttes fra sykehus til sykehjem og hjemmetjeneste.

Tilgang på fremmedkulturelle utøvere vil være økende. Det er spesielt personer utenfor Europa som vil være tilgjengelig. SSB har laget en prognose som tilsier at antall fremmedkulturelle i Norge vil øke vesentlig i de neste 60 årene. Dette avhenger selvsagt også av landets innvandringspolitikk.

Fremmedkulturelle er en potensiell ressurs for pleie og omsorgstjenesten, men vil kreve spesielle tiltak, blant annet språkundervisning for å ivareta kvaliteten av tjenestene.

Kommune-Norge har i stor grad endret organisering til en flat organisasjonsmodell med delegering av ansvar til ytterste ledd. Dette har for mange kommuner betydd en reduksjon av ledere totalt i organisasjonen, noe som også gjelder helse- og sosialtjenesten.

Tannhelsetjenesten består av ca 8 000 årsverk, hvorav halvparten er tannleger. Ca 2/3 av tannlegene arbeider i privat virksomhet. Trenden de senere årene har vært at den offentlige tannhelsetjenesten spesielt i distriktene, sliter med å rekruttere tannleger som blir i stillingene.

Antall årsverk i pleie og omsorgstjenesten i kommunehelsetjenesten har økt i perioden 1995–2004, – fra 82 899 til 106 837, noe som tilsvarer en vekst på 2,9 % per år i gjennomsnitt. Siden 2002 har veksten stagnert, noe som innebærer at dekningsgraden for årsverk i forhold til antall eldre over 80 år er redusert med 3 % fra 2002 til 2004.

7. Hvilke utfordringer står helsetjenesten overfor?

I løpet av de siste femti årene har helsetjenestens muligheter til diagnostisering og behandling gjennomgått en voldsom utvikling. I samme periode har kunnskapen om sykdomsmekanismer for en rekke sykdommer endret seg. I Norge har vi en høy gjennomsnittlig levealder og god kontroll med de sykdommer som truer store befolkningsgrupper i andre land. Helsetjenesten står i dag foran betydelige utfordringer. Helseforetakene sliter med store budsjettunderskudd, et stigende kostnadsnivå og samtidig behovet for å tilby pasientene moderne metoder. Primærhelsetjenesten merker et økende press av eldre og omsorgstrengende.

7.1 Endringer i befolkningen

I 2000 utgjorde befolkningsandelen over 67 år 13,6 %. I 2050 forventes denne andelen å stige til 22,4 %. Eldrebølgen er oppjustert med 200 000 personer fordi det viser seg at vi lever lenger enn antatt. Antallet eldre over 90 år vil bli mellom tre- og seksdoblet fram til 2050. Antallet yrkesaktive blir uendret.

Selv med uendrede standarder i kommunal eldreomsorg og i sykehusene, vil behovet for arbeidskraft på disse områdene stige med 60 % fram til 2050.

På grunn av relativt høye fødselstall i Norge kan forholdet mellom gamle og unge bli mindre dramatisk her i landet enn i mange andre europeiske land. Behovet for kompetanse innen behandling og omsorg av aldersrelaterte sykdommer som kreft, hjertesykdom, diabetes, leddgikt og aldersdemens vil imidlertid øke kraftig. Tilsvarende vil behovet for pleie, omsorg og rehabilitering øke. Antagelig må man finne andre løsninger enn i dag når det gjelder omsorg og medisinsk behandling av eldre.

7.2 Strukturelle endringer

De siste årene har helsetjenesten i Norge gjennomgått store organisatoriske endringer med betydelige konsekvenser for utøverne.

Pasientrettighetsloven

Helsetjenesten har gått fra å være autoritær til å bli mer brukerorientert med nye roller for helsepersonellet, som forventes å være veiledere og medspillere slik at pasientene kan være delaktige i sitt eget pasientforløp og i beslutningene som angår dem. Pasientrettighetene er styrket og i lovverket er det fokusert på den enkelte utøvers plikt til faglig forsvarlighet og på ledernes faglige systemansvar.

Fastlegereformen

Etter fastlegereformen i 2001 har den medisinsk-faglige ledelsen i kommunehelsetjenesten blitt svakere samtidig som omorganiseringer og overgang til flatere struktur (to-nivåmodell) har medført at det er blitt vanskeligere å etablere god pleiefaglig ledelse i omsorgssektoren. For å dekke etterspørselen etter enhetsledere, har trenden vært at flinke fagpersoner rykker opp uten formell lederkompetanse. I denne strukturen kan det også bli mangel på koordinerende mellomledd som kan gi unge og uerfarne ledere nødvendig veiledning og støtte. Dette vil gi store utfordringer i de kommende år med tanke på å skape gode og trygge tjenester med et sterkt faglig og kunnskapsbasert fundament.

Helseforetaksreformen

I 2002 ble den nye helseforetaksmodellen innført som styring av spesialisthelsetjenesten med statlig overtakelse av alle sykehus. Reformen førte til et klart skille i ansvar og eierskap mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Organiseringen i fem regionale helseforetak og stadig færre og større helseforetak med en kontinuerlig diskusjon av funksjonsfordeling gir nye rammebetingelser for utøverne.

7.3 Primærhelsetjenesten

Samfunnet pålegger de ansatte i primærhelsetjenesten stadig større faglige utfordringer. Mens krevende pasienter overføres fra spesialisthelsetjenesten, har svak kommuneøkonomi redusert ressursinnsatsen de seinere år. Dermed må personalet arbeide mer effektivt, jfr hyppige medieoppslag om «stoppeklokke-omsorg». Kommunene har heller ikke ressurser til å gi nødvendig opplæring for å mestre oppgavene. I noen tilfelle kompenseres dette ved at sykehusene gir nødvendig kurs og veiledning. Den mest alvorlige følgen for personalet når det stilles økende faglige krav uten at dette møtes med nødvendige kompetansetiltak, er at personellet i stadig mindre grad opplever at de mestrer arbeidsoppgavene. Dette er en av grunnene til økningen i avgang til atfering og uførepensjon for hjelpepleiere/omsorgsarbeidere. Dette ble oppgitt som årsaken for 12 % av de som sluttet i 2002, og hele 21 % i 2004.

Erfaring viser at et høyt innslag av fagutdannet personell gir stabilitet, mindre turnover, bedre fag- og arbeidsmiljø, større stillingsbrøker og mer myndiggjorte utøvere. Det siste er særlig viktig siden utviklingen i kommunene går imot stadig færre ledere og at personalet i stadig større utstrekning overlates til seg selv. Det vil bli et økende behov for pleie- og omsorgstjenester og mange av tjenestene vil måtte utføres av ufaglærte. Det forutsetter at de ufaglærte arbeider i en lærende organisasjon der fagpersonellet overfører sin kompetanse til de ufaglærte.

Kompetansen må utnyttes til fordel for pasientene i et samarbeid mellom personell med ulik kompetanse. Dette samarbeidet må være slik at man kontinuerlig lærer av hverandre og utvikler bedre tjenester. Det er derfor ikke bare nødvendig med fagutdannet personell, men også at personellet vedlikeholder og utvikler sin kompetanse gjennom systematisk oppdatering, videreutdanning og veiledning av studenter og elever/lærlinger.

Befolkningen har krav på likeverdige helse- og sosialtjenester uavhengig av bosted. Ulikheter i økonomi og i tilgang på fagpersonell må ikke føre til at deler av landet eller at noen pasient/brukergrupper får svakere tjenestetilbud enn andre. Dette er bakgrunnen for at staten har iverksatt en egen kompetanse- og rekrutteringsplan for pleie- og omsorgssektoren.

Selv om evalueringer av fastlegeordningen viser at det meste har blitt bedre (legedekning, kontinuitet, tilgjengelighet, tilfredshet med lege-pasient-forholdet med mer), er det utfordringer knyttet økte krav til tilgjengelighet, svekket portvaktfunksjon, fragmentering av samfunnsmedisinsk ansvar samt problemer med å rekruttere leger og stabilisere legedekningen i utkantstrøk.

Kvalitetsarbeid i allmenntmedisinen handler som i andre fagfelt, om refleksjon over egen praksis, basert på profesjonell kunnskap, kvalitetsforbedringskunnskap, og tilgang til data fra egen praksis. Det er derfor nødvendig med profesjonell kunnskap basert på forskning i allmenntmedisin for å drive kvalitetsarbeidet framover.

7.4 Spesialisthelsetjenesten

Omstillingen til og bruk av nye metoder og ny teknologi i helsetjenesten har ført til at sykehusstrukturen er blitt komplisert. Moderne behandling og diagnostikk krever også ikke-medisinsk, teknologisk kompetanse. Den teknologiske utviklingen de siste 50 årene danner grunnlaget for denne endringen. Innen det indremedisinske området omfatter dette utviklingen av antibiotika, psykofarmaka, immunsuppressive legemidler og ikke minst nye narkosemidler. Innen det kirurgiske fagområdet handler den teknologiske revolusjonen først og fremst om bruk av bildeteknikker i behandlingen. I dag er røntgenveiledet intervensjon blitt den vanligste behandlingen for tette blodårer i hjertet og i resten av kroppen. Antall lidelser som kan behandles med røntgenveiledet intervensjon, øker og omfatter i dag utposing av blodårer, enkelte former for medfødt hjertefeil, behandling av hjerneblødning, blodpropp, hjerterytmeforstyrrelser, muskelknuter (myomer) i livmoren osv. Etter at ultralydteknikk og avansert digital røntgendiagnostikk ble innført i sykehusene tas i dag nesten alle vevsprøver ved hjelp av bildeveiledet teknikk.

På slutten av 1980-tallet ble videoteknikker tatt i bruk som hjelpemiddel ved kirurgi både i ledd, bukhule og brysthule. I løpet av ti år gikk galleoperasjoner fra å være en stor åpen operasjon til nesten utelukkende å bli en kikkhullsoperasjon. Fordelen med den bildeveilede behandlingen er at man kan operere uten å lage store snitt som gir pasienten mer ubehag og i mange tilfeller med mye enklere bedøvelse. Dette har ført til at pasienter som trenger operasjoner som for ti år siden krevde flere dagers sykehusopphold, i dag trenger et svært kort opphold, i mange tilfeller under et døgn på sykehus.

Innføringen av IKT i helsetjenesten med ulike elektroniske løsninger utfordrer helsepersonells tenkemåte. Tidligere papirjournal erstattes med elektroniske løsninger, Internett gir tilgang til databaser og forskningslitteratur som blir en naturlig del av klinisk praksis. Lovverket er tydelig på helsearbeidernes dokumentasjonsplikt og metoden for å dokumentere helsehjelpen blir annerledes enn før. Dette betyr at de som jobber i spesialisthelsetjenesten må tilegne seg ny kunnskap, ta i bruk de teknologiske løsningene og ikke minst være premissleverandører for utviklingen av systemene videre.

Tradisjonelt er det stilt særlig høye faglige krav til legene i sykehus. Nye behandlingsmetoder fører til at andre yrkesgrupper som sykepleiere, radiografer og i økende grad teknologer er like viktige med tilsvarende høye faglige krav. Ingen sykehus kan i dag fungere uten IT-ekspertise og ingeniørkompetanse. Etter hvert som stadig flere tradisjonelle legeoppgaver som f. eks tolkning av røntgenbilder, bruk av roboter og avansert bildeutstyr blir automatisert, vil teknologene få en økende betydning for pasientbehandlingen.

Ettersom teknologien blir mer avansert og kostbar i anskaffelse, og krever en stadig mer komplisert organisasjon for å virke, blir måten metoder innføres på, viktigere for sykehusstyringen enn tidligere. Antagelig vil det bli et klarere skille mellom pasientbehandling og forskning og utvikling av nye behandlingsmetoder.

Etter tusenårsskiftet ser vi stadig tydeligere konturene av nye teknologiske sprang i medisinen. Innføring av genteknologi, molekylærbiologi og stamcelleforskning har gjort at forståelsen for sykdomsmekanismer flyttes fra det makroanatomiske til det cellulære og molekylære plan. Samtidig er det kommet avbildningsteknikker som kan avbilde funksjoner og cellulære strukturer som høyfelts magnettomografi og positron emisjons tomografi (PET). Ny viten og enda mer avansert teknologi vil bli sentral i behandlingstilbudet.

Spesialisthelsetjenesten vil framover stå overfor et kontinuerlig omstillings-, prioriterings-, og rasjonaliseringspress, kombinert med autonome yrkesutøvere som stiller krav til kompetanseutvikling og deltagelse i beslutningsprosessene. Høyere tempo, flere behandlede pasienter og raskere utskrivning fra sykehusene gjør den tiden pasientene oppholder seg i sykehusavdelingene mer intensiv og krevende. Dette stiller krav til et tydelig verdifundament og etiske retningslinjer, samt mulighet for faglig og etisk refleksjon. Stadig flere lidelser kan behandles poliklinisk og som dagbehandling. Dette fører til andre måter å jobbe og bemanne på, og gjør de etablerte faglige grensene mindre skarpe enn før. I tillegg blir resultatet av at de pasientene som «ligger i sengene» er mer krevende, mange er eldre, med tilleggsproblematikk både fysisk, psykisk og sosialt.

7.5 Breddekompetanse vs. spisskompetanse

En del av spesialisthelsetjenestens oppgaver er å kunne diagnostisere og beslutte behandlingsforløp for de brede pasientgrupper med de mest vanlige sykdommer når de trenger vurdering på spesialisthelsetjenestens kompetansenivå. Pasientene kan ha mer uavklarte problemstillinger, diffuse symptomer, sammensatte lidelser osv. Denne funksjonen kan kalles behov for breddekompetanse i spesialisthelsetjenesten. Tradisjonelt har kvaliteten i spesialisthelsetjenesten i for stor grad har vært vurdert på bakgrunn av dens spisskompetanse. Kvaliteten i spesialisthelsetjenesten er imidlertid også nært knyttet til hvordan breddeperspektivet ivaretas - også ved de store sykehusene med de mest spesialiserte funksjonene.

Vi forventer en økning i forekomsten av sammensatte og kompliserte tilstander i en aldrende befolkning med flere kroniske tilstander – både i befolkningen og hos den enkelte pasient samtidig. Ved å fordele funksjoner mellom ulike institusjoner utvikles spisskompetanse på bekostning av breddekompetanse. En slik funksjonsfordeling samler og høyner faglig kompetanse på det enkelte sykehus, men samtidig blir den samme kompetanse ikke tilgjengelig i andre sykehus.

Breddekompetanse og spisskompetanse er ikke noe enten-eller, men et både-og i en spesialisthelsetjeneste med høye krav til kvalitet.

Kvalitetsarbeidet i spesialisthelsetjenesten er omfattende. Fire av fem regioner har utviklet egne kvalitetsstrategier og de fleste helseforetak har strategidokumenter for utvikling av bedret kvalitet på tjenester. Kvalitetsutvikling må sees ut fra faglig kvalitet, brukerkvalitet og ledelseskvalitet i tillegg til bred gjennomføring av internkontroll-forskriften. Imidlertid har den ledelsemessige oppmerksomhet etter eierreformen i stor grad vært rettet mot økonomiske forhold knyttet til reformen. Den innholdsmessige del av reformen har dessverre fått en langt mer beskjeden plass. Svært mange i spesialisthelsetjenesten føler at utdanning, videreutdanning og kompetansebygging ikke er blitt tilstrekkelig prioritert de første fire år etter eierskiftet.

7.6 Forholdet mellom sykehus og primærhelsetjenesten

Innføring av minimalt invasiv behandling har hatt samme virkning på den somatiske medisinen som innføringen av moderne psykofarmaka hadde på den psykiatriske medisinen på 1960- og 1970-tallet. Pasientene har stadig kortere kontakt med spesialisthelsetjenesten og ansvaret for oppfølging, etterbehandling og rehabilitering flyttes over til primærhelsetjenesten. Denne effekten forsterkes av den innsatsstyrte finansieringen som ble innført i spesialisthelsetjenesten på slutten av 1990-tallet. Ordningen var ment å skulle redusere sykehuskøene ved at det ble lønnsomt for sykehusene å behandle flere pasienter. Ved hjelp av de moderne teknologiske metodene har dette ført til at sykehusene fokuserer på behandlingsformer som gir kort liggetid. For de aller fleste pasienter er dette en fordelaktig utvikling, men for stadig økende pasientgrupper oppstår et nytt problem. Mange pasienter som er for syke, for gamle eller som på annen måte ikke kan klare seg selv uten spesiell omsorg, kan ikke reise hjem når den akutte behandlingen er utført. Ferdigbehandlede pasienter som tar opp plassen for nye behandlingstrengende pasienter er blitt et problem som må løses. Nye former for omsorg og pleie i kommunene etter avansert behandling i spesialisthelsetjenesten vil måtte utvikles og vil føre til at samspillet mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste blir en hovedutfordring for helsetjenesten i årene som kommer.

Stadig kortere liggetid i sykehus samtidig som sykdomsbildet og behandlingsforløpet blir mer komplekst innebærer et større behov for kommunikasjon og samhandling mellom sykehus og primærhelsetjenesten. Manglende samhandling utgjør en betydelig helserisiko for pasienten. Dårlig planlagte utskrivelser medfører ofte re-innleggelser.

8. Hvordan styrke utøveren?

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten sier følgende om fokusområdet «Styrke utøveren»:

- *«Ingen tjenester blir bedre enn det den enkelte utøver yter i møte med brukeren. Tjenester av god kvalitet sikres gjennom faglig kompetente utøvere på alle nivåer, som evner å ta brukerens behov på alvor og omsette pålitelig kunnskap til gode tjenester i et system som fremmer helhet.*
- *For å oppnå dette trenger utøverne en god utdanning, lett tilgjengelig informasjon og verktøy for beslutningsstøtte. Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) må utnyttes for å sikre at relevant dokumentasjon følger brukeren i systemet. IKT må også utnyttes slik at oppdatert faglig informasjon er tilgjengelig som beslutningstøtte når tjenesten ytes.*
- *For å levere faglig gode tjenester trenger utøverne videre gode kommunikasjonsferdigheter og muligheter til samarbeid, erfaringsutveksling og vurdering av eget arbeid.»*

Anbefalingene i som gis i dette dokumentet for styrking av utøveren kan knyttes opp mot og klassifiseres i henhold til de seks hovedmålene som er definert den nasjonale strategien, nemlig at sosial- og helsetjenester skal:

- være virkningsfulle
- være trygge og sikre
- involvere brukere og gir dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Imidlertid er det slik at et anbefalt tiltak ofte vil være med å bidra til å oppfylle flere av hovedmålene. Derfor vil du i kapittel 6 finne en oversikt over de ulike anbefalingene gruppert følgende etter målstruktur:

- Den enkelte utøver har oppdatert kunnskap, holdninger, og ferdigheter
- Organisasjonen har en kultur som fremmer refleksjon, læring og forbedring
- Organisasjonen har systemer som forventer og legger til rette for kontinuerlig kvalitetsarbeide

På denne måten skaper anbefalingen et oversiktlig arbeidsverktøy som retter fokus mot det arbeidet og de endringer som angår den enkelte utøver i egen organisasjon for å nå målene for helsetjenesten.

Mål 1: Sosial- og helsetjenestene er virkningsfulle

Virkningsfulle tjenester skal gjøre mer nytte enn skade. Den positive virkningen må stå i forhold til kostnadene og bivirkningene ved behandlingen/tjenesten. Et kjennetegn på virksomme tjenester er at de er basert på forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak. Kunnskap fra systematiske oversikter basert på gode randomiserte og kontrollerte studier gir den mest pålitelige kunnskap om virksomme tjenester. Men forskningsbasert kunnskap om virkningsfulle tjenester er alene ikke nok for å ta velinformerte beslutninger. I beslutningsprosessen er utøverens erfaring og brukerens forventning, preferanser og kunnskap nesten like viktig.

Virkningsfull utøvelse krever både oppdatert teoretisk kunnskap og praktiske ferdigheter. Når en dyktig utøver yter virkningsfulle tjenester er dette et resultat av solid teoretisk kunnskap, gode praktiske ferdigheter og en evne til å lytte til, forstå og samarbeide med brukeren. Viktige tiltak for å skape virkningsfulle tjenester:

- Utøverne tar ansvar for systematisk å skaffe seg og oppdatere kunnskap på sine fagområder
 - Helsepersonelloven stiller krav om at den enkelte utøver systematisk skaffer seg og oppdaterer sin kunnskap på egne fagområder.
 - Utøverne må erkjenne sine informasjonsbehov og kunne formulere praksisrelevante spørsmål, samt kjenne til hvordan de kan finne, vurdere og bruke forskningsbasert kunnskap; - kunnskapsbasert fagutøvelse
- Stimulere til forskning i og om egen praksis, samt til oppsummering av eksisterende kunnskap
- Etterspørre kunnskapsbasert forskning
- Systematisk deltagelse i etterutdanningskurs
- Innføre aktiv bruk av elektroniske støttesystemer for samhandling i alle deler av helsetjenesten, for eksempel elektronisk journal og at Norsk helsenett realiseres.
- Styrking av individuell kompetanse i kunnskapshåndtering gjennom undervisning og støtte på arbeidsplassen
- Styrking kunnskapshåndtering og metodeundervisning i grunn-, etter- og videreutdanningen
- Styrke den enkeltes kompetanse i å forbedre den praksis man er en del av
- Stimulere til tverrfaglige forbedringsprosesser
- Avsette tid til konkret og regelmessig kvalitetsarbeid
- Stimulere og legge til rette for at utøverne selv definerer hvilke tjenestetilbud som trenger kvalitetsutvikling, og forholder seg aktivt til den faglige forsvarligheten av de tjenestene de leverer.
- Legge til rette for åpen fagdebatt, og for at det genereres, etterspørres og brukes forskningsbasert kunnskap

- Etablere og sikre tilbud om nødvendig kompetanseutvikling på individnivå, teamnivå og organisasjonsnivå, for eksempel gjennom videre- og etterutdanning med tverrfaglige aktiviteter som inkluderer både fagkunnskap og forbedringskunnskap,
- Sikre at utøvere har kunnskap om og verktøy for forbedring
 - Det må brukes metoder, teknikker og tiltak i forbedringsarbeidet som er evaluert og har vist seg virkningsfulle. Forskning om kvalitetsforbedring er nødvendig
- Legge til rette for forskning i alle deler av helsetjenesten
 - Kunnskapsbasert praksis forutsetter at det finnes relevant og pålitelig forskningsbasert kunnskap.
 - Behovet for å kvalitetsvurdere praksis krever stadig oppfølging og registrering. Klinisk forskning er derfor nært knyttet til kvalitetsarbeidet. Klinisk forskning er også viktig for å øke bevisstheten og forståelse for forskning. Hvis forskningsbasert kunnskap skal bli en del av den kliniske praksis er det viktig at alle institusjoner der utøverne arbeider, er involvert i forskning på ett eller annet nivå
- Utvikle systemer som sikrer utøveren tilgang til oppdatert, oppsummert og praksis-tilpasset kunnskap (for eksempel Helsebiblioteket og Norsk elektronisk legehåndbok - NEL) og at det sikres ressurser og tekniske løsninger for dette
- At arbeidsgiver sørger for at utøverne får kontinuerlig og systematisk tilbud om kompetanseheving, ferdighetstrening og refleksjon over praksis
- Helsemyndighetene etablerer og sikrer systemer som initierer virksomme tjenester
 - Kvalitetsindikatorer og registre
 - Nasjonale faglige retningslinjer
- Implementere systemer som er sikret av helsemyndighetene og som initierer faglige nettverk (geografisk, faglig etc.)
 - Tilbudet bør inkludere både profesjonell kunnskap og kvalitetsutviklingskunnskap
- Etablere et tydelig faglig ledelsesansvar i alle deler av helsetjenesten
 - En av hovedoppgavene til en faglig ledelse er nettopp å påse at de tjenester som ytes er virkningsfulle.

Mål 2: Sosial- og helsetjenestene er trygge og sikre

Trygge og sikre tjenester er tjenester som er der når noen trenger dem og som har et forutsigbart kvalitetsnivå. Viktige tiltak for å skape trygge tjenester er:

- Utvikle systemer som stimulerer til varsling og håndtering av feil og avvik
 - Pasientsikkerhet opptrer i flere sammenhenger på den helsepolitiske agenda. Nyheter om enkeltstående pasientfeil, om antall meldinger til myndighetene og om melde- og avvikskultur får stor oppmerksomhet, og antall saker som meldes Norsk pasientskadeerstatning er økende. Fra helsemyndighetenes side er det nedsatt en arbeidsgruppe (HODs arbeidsgruppe for å gi anbefalinger til fremtidig meldesystem) som har pasientsikkerhet i fokus og som har mandat til å vurdere koordinering av eksisterende meldeordninger, lokal forankring og forbindelse mellom meldesystemene. I fagmiljøene viser det seg at det å skape en kultur der det er trygt for den enkelte å varsle om feil og avvik krever målrettet og godt lederarbeid. «Å få en god meldekultur krever tillitt», sier administrerende direktør Bente Mikkelsen i Helse Øst RHF i VG 3.mars.2006. Hun peker også på at grunner til at det ikke meldes om uønskede hendelser kan være angst for å melde, usikkerhet om hvor man skal melde eller manglende systemer og klarhet i hvem som skal melde. Lovverket i spesialisthelsetjenesten er imidlertid tydelig og det må være kjent for alt helsepersonell at de etter lov om spesialisthelsetjenesten har plikt til å melde alvorlige pasientskader og nestenuhell til helsetilsynet. I spesialisthelsetjenesten har man også, de fleste steder, kvalitetsutvalg som en naturlig adresse og koordinerende organ for pasientsikkerhet og avvik. Det er mye som tyder på at helsetjenesten har mye å hente ved å lære av andre virksomheter (luffart, offshorevirksomhet osv.) som ikke bare har som fokus å lære av utilsiktede hendelser, men også av nestenulykkene. Helsetjenesten har i større grad håndtert disse forholdene lokalt og de har i varierende grad fått oppmerksomhet som fokus for læring. I England/Wales er det etablert et «ikkestraffende system» som mottar et stort antall meldinger fra alle sektorer i helsetjenesten.
- Skape en kultur som gjør at den enkelte helsearbeider er bevisst på sin plikt til å melde, ikke er redd for å melde og ikke trues med sanksjoner.
 - Det er viktig at varsleren føler seg trygg på at varslingen vil tolkes som en vennlig og konstruktiv handling for å avdekke systemfeil, og ikke som en uvennlig handling som utløser en jakt på syndebukker.
- Sørge for åpenhet og at avviksmeldingene brukes som læring og for å identifisere risikofaktorer

- Styrke kvalitetsutvalgene
- Synliggjøre verdien av gode internkontrollaktiviteter og kvalitetssystemer
 - Kvalitetsregister og kvalitetsindikatorer har primært som formål å følge med i tjenestene og monitorere kvalitet. Målgruppen for slike data vil være forvaltning, beslutningstakere og ledere på ulike nivå i helsetjenesten. Dersom informasjon fra kvalitetsregistre offentliggjøres kan pasienter og befolkning også bruke dette for eksempel i forbindelse med fritt sykehusvalg.
 - Regelmessig tilbakemeldinger fra registre som inneholder informasjon om utøvernes individuelle praksis (audit of feedback) kan være et utgangspunkt for forbedringsarbeid og dette kan være en effektiv måte å forbedre fagutøvelse på. Forbedringene er imidlertid som regel små og forskningen viser at det er stor variasjon i forbedring fra område til område. I flere land, som Storbritannia og USA, benyttes clinical audits regelmessig i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Gode eksempler kjennetegnes ved at initiativet kommer innefra i organisasjonen og at utøvere selv holder i prosessen. På denne måten kan kvalitetsregistre være et virkemiddel for å styrke utøverne.
 - I allmenlegetjenesten er TrinnVis Data, samt videreutvikling til TrinnVis kvalitetssystem et eksempel på slik synliggjøring
- At utøvere reflekterer over og forbedrer sin praksis, ved å etterspørre og avsette tid til konkret og regelmessig kvalitetsarbeid
- At utøvere og ledere sammen skaper møteplasser for endring og forbedring, og at ledelsen etterspør kvalitetsdata
- Etablere et system for mental forberedelse og trening med tanke på situasjoner som oppstår sjelden
 - Mange viktige og vanskelige problemstillinger opptrer så sjelden at den enkelte utøver får utilstrekkelig erfaring til å takle situasjonen når den opptrer. Slike problemstillinger krever særlig oppmerksomhet. Ved å lage simuleringssituasjoner og øve på de praktiske prosedyrer kan man holde seg både mentalt og faglig forberedt.

Mål 3: Sosial- og helsetjenesten involverer brukere og gir dem innflytelse

I dag er brukermedvirkning etablert både på system- og individnivå i norsk helsetjeneste. Brukerorganisasjonene, gjennom sin deltakelse i foretakenes brukerråd, har innflytelse på plan- og utviklingsarbeid. I tillegg deltar disse i stor grad i utforming og gjennomføring av tilbud i regi av lærings- og mestringssentrene og i likemannsarbeid overfor enkeltpasienter. Brukerperspektivet har også en stor plass i den enkelte pasients behandlingsopplegg og retten til informasjon for å kunne delta aktivt i planlegging og gjennomføring av sitt helsetjenestetilbud er nedfelt i pasientrettighetsloven. Som helsearbeider må man, i langt større grad enn før, erkjenne at brukeren (pasienten) er ekspert på målet og at behandleren er ekspert på tiltakene.

En ny utfordring for helsearbeidere er å kunne se brukermedvirkning i et helhetlig perspektiv med tanke bl.a. på det flerkulturelle samfunnet vi har i dag. Det er ikke slik at aktiv deltakelse og stor grad av informasjon ved sykdom /skade er en sentral målsetting i alle kulturer, slik vi er vant til å tenke i vår norske kultur. Det er også forskjeller mellom kulturer når det gjelder hva som er viktig i ulike faser av et sykdomsforløp og i en verdig avslutning på livet. Erkjennelsen av dette har vært bakgrunn for det nye begrepet «brukerkunnskap» som nå defineres som ett av åtte nødvendige forbedringskunnskapsområder for morgendagens helsearbeidere. Institute for Healthcare Improvement, Boston, definerer brukerkunnskap som «å kunne identifisere personer eller grupper som nå eller i fremtiden blir brukere av sosial- og helsetjenester, innhente kunnskap om og forstå deres behov og preferanser og kunne se sammenhengen mellom disse og tjenestenes organisering. Dette forutsetter evne og vilje til å forstå, anerkjenne og ta konsekvensene av brukerens perspektiv, samt å bidra aktivt til brukerinvolvering gjennom egenomsorg, medbestemmelse og samhandling».

Helsearbeidere som evner å utvikle sin forståelse av brukerkunnskapens innhold vil i langt større grad kunne oppnå gode relasjoner og samspill med pasienten som igjen fører til at tjenestetilbud og tiltak oppleves som gode for både utøver og mottaker. Ved å kombinere sykdomskunnskap og brukerkunnskap kan helsearbeideren formulere to problemstillinger når utredning, diagnostisering, behandling og pleie og omsorg skal gis;

- Hvilken sykdom har dette mennesket fått?
- Hvem er dette mennesket som har fått denne sykdommen?

Viktige tiltak for å sikre brukernes involvering og innflytelse er:

- Utøverne må ta brukerne og pårørende med i beslutninger både som enkeltpasienter og i arbeidet med forbedring av tjenesten gjennom:
 - Brukermedvirkning på system- og individnivå (brukerråd, brukerorganisasjoner, likemenn etc)
 - Brukermedvirkning i et helhetlig perspektiv i det flerkulturelle samfunn
 - Evne og vilje til å forstå, anerkjenne og ta konsekvensene av brukerens perspektiv
 - Bidra aktivt til brukerinvolvering gjennom egenomsorg, medbestemmelse og samhandling
 - Regelmessige og gjentatte brukerundersøkelser som gir innsikt i brukernes opplevelse av tjenestene

- Utarbeidelse av individuell plan for pasienter som trenger langvarige og koordinerte helsetjenester
 - Fremveksten av «shared decisions» og «informed decisions» handler om at brukerne selv skal bidra i beslutninger om egen helse. Dette forutsetter at informasjon tilrettelegges for brukerne
 - God og pålitelig (kunnskapsbasert) pasientinformasjon. For eksempel rygginfo (www.rygginfo.no)
- At det legges til rette for forskning på pasientopplevelser gjennom:
 - Pasientopplevelsesstudier og livskvalitetsstudier for å evaluere kvaliteten av behandlingsopplegg
 - Livskvalitetsstudier for å kunne utføre grundige økonomiske vurderinger av nye metoder og beregne kostnad pr. kvalitetsjustert leveår
- At utøverne forstår betydningen av empati og kommunikasjon i kontakt med pasienten og handler deretter
 - Empati og kommunikasjon er en integrert del av utøvernes faglige kompetanse. Kunnskap, holdninger og ferdigheter også innenfor kommunikasjon og empati må tilegnes og vedlikeholdes
- At det legges til rette for forskning i alle deler av helsetjenesten
 - Det er planlagt fire allmenmedisinske forskningssentra
 - De senere årene er det blitt mer vanlig å utføre forskning på pasientopplevelser i forbindelse med innføring av nye metoder. Pasientopplevelsesstudier og livskvalitetsstudier er verdifulle for å evaluere kvaliteten av behandlingsopplegg. Livskvalitetsstudier er også viktige for å kunne utføre grundige økonomiske vurderinger av nye metoder og beregne f.eks. kostnad pr. kvalitetsjustert leveår.

Mål 4: Sosial- og helsetjenesten er samordnet og preget av kontinuitet

Samhandlingsperspektivet står sterkt i dagens helsepolitiske debatt. Det er et krav om økt samhandling mellom de ulike tjenestenivåene. Utvikling av sammenhengende behandlingsskjeder er avgjørende for enhver helsetjenestes kvalitet. Økende behandlingsmuligheter for stadig eldre pasienter, ofte med flere kroniske sykdommer med svingende sykdomsforløp, stiller store krav til samarbeid på tvers av spesialiteter og profesjoner.

Gjennom eksisterende lovverk har spesialisthelsetjenesten en veiledningsplikt ovenfor kommunehelsetjenesten som forutsettes oppfylt. På samme måte som at det er et tydelig krav om at kommunene skal være i stand til å ta imot de pasientene som skrives ut fra sykehusene stadig raskere, med sammensatte og komplekse lidelser og et aktivt behandlingsbehov. En sømløs tjeneste for pasientene krever derfor et godt samarbeid, god koordinering, forpliktende avtaler, tilstrekkelig kompetanse og hensiktsmessig organisering.

Samhandlingskjedene er kompliserte, og vanskelige å få oversikt over. Norsk senter for elektronisk pasientjournal ved NTNU har beskrevet hvordan samhandlingen mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten begrepsmessig kan deles i fem hovedområder. Dette er en nyttig og avklarende inndeling:

- Den akuttmedisinske kjeden omfatter legevakten i kommunene, ambulansene og akuttmottak i sykehusene. AMK og de lokale legevaktsentralene utgjør kommunikasjonsberedskapen.
- Den medisinske samhandlingskjeden gjelder kommunikasjon mellom leger i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder henvisning til videre undersøkelse og behandling i spesialisthelsetjenesten og epikrise (tilbakemelding om undersøkelse og behandling etter opphold i spesialisthelsetjenesten).
- Den omsorgsmessige samhandlingskjeden er knyttet til samspillet mellom sykehus og kommuner ved utskrivning av pasienter som har behov for rehabilitering og omsorgstjenester. For disse pasientene er tilgang til og tilpassede pleie- og omsorgstjenester i kommunen en forutsetning for at pasienten kan avslutte oppholdet i sykehuset.
- Den veiledende samhandlingskjeden gjelder oppfølging av alvorlig syke pasienter som er overført til kommunehelsetjenesten. Det er pasienter som samtidig har behov for jevnlig oppfølging av spesialisthelsetjenesten eller som ønsker å være hjemme i en slutfase av livet.
- Service- og støttetjenestene handler om laboratorieprøver og syketransport der spesialisthelsetjenesten er tjenesteleverandør, men der behandlingsansvaret er tydelig forankret i kommunehelsetjenesten. Allmennlegene har mottatt prøvesvar elektronisk i ti år, elektronisk røntgensvar er i ferd med å bre om seg, mens løsning for rekvisisjon er i pilotdrift ved noen private laboratorier.

Foruten de organisatoriske rammene som må ligge til grunn for samhandlingen, er det en rekke individuelle forutsetninger som må være oppfylt.

Viktige tiltak for å sikre samordning og kontinuitet er å:

- Tilrettelegge for reelt tverrfaglig arbeid
 - Det er viktig at det fokuseres på tverrfaglighet i utdanninger. Ved felles undervisning kan kompetansen om hverandre økes og studentene lærer sammen.
 - Kompetansebehovet i primærhelsetjenesten øker i takt med mer komplisert sykehusbehandling og avanserte metoder. Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste blir derfor viktig.
- Etablere veiledningsfunksjon relatert til spesifikke fagområder – fra sykehus til kommune. Dette kan for eksempel gjelde diabetes, onkologi, sårbehandling, rehabilitering.
- Etablere forpliktende avtaler som sikrer systemer på prioriterte områder for samhandling på tvers av nivåer mellom stat, kommuner og andre aktører
- Utvikle en kultur der utøverne blir sett og anerkjent

Mål 5: Sosial- og helsetjenesten utnytter ressursene på en god måte

Helsetjenester er et av samfunnets største og viktigste innsatsområder. Det brukes store og stadig økende ressurser på dette feltet, men likevel øker spriket mellom det som er teoretisk mulig i moderne medisin og det som er praktisk og økonomisk gjennomførbart. Stigende forventninger blant pasientene, økende konsumentbevissthet i befolkningen generelt og tekniske og medikamentelle fremskritt gjør helsetjenester til et neste ubegrenset «pengesluk». Det er avgjørende at ressursene utnyttes på best mulig måte, både for å kunne gi best mulig behandling til flest mulig og for å bevare tilliten til helsetjenesten.

God ressursforvaltning dreier seg om solidaritet og sikring av best mulig tjenester til alle. For utøverne er dette bl.a. et spørsmål om systemer som synliggjør kostnader og systemer som kan redusere forbruk av tid.

Det er viktig å gjennomføre følgende tiltak:

- Etablere systemer og rutiner som sikrer at utøverne er ressursbevisste og viser økonomisk forsvarlighet
 - Helsepersonellovens § 6 fastslår at «Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasienter, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift.» Det forutsetter både kjennskap til hvilke «tidstap og utgifter» som påløper ved de ulike aktiviteter og tjenester, og kunnskap om hvordan tid og kostnader påvirkes av de beslutninger som fattes.
- Legge til rette for reelt tverrfaglig samarbeid
- Inngå forpliktende avtaler mellom stat, kommuner og andre aktører som etablerer forpliktende avtaler om samhandling på tvers av nivåer
- Utvikle systemer som sikrer utøveren tilgang til oppdatert, oppsummert og praksis tilpasset kunnskap (for eksempel Helsebiblioteket og Norsk elektronisk legehåndbok - NEL) og at det sikres ressurser og tekniske løsninger for dette.
 - Enkel tilgang til kvalitetssikret informasjon og kunnskap gjør arbeidet enklere for utøverne og er derved rasjonelt. Dessuten vil bedre og mer kunnskapsbaserte beslutninger kunne redusere feilbehandlinger og komplikasjoner.
- Legge til rette for elektronisk samhandling i alle deler av helsetjenesten og realisere Norsk helsenett.
 - Ved utnyttelse av tilgjengelig informasjonsteknologi er man mindre avhengig av at for eksempel en administrativ leder har fysisk nærhet til sin sekretærfunksjon /økonomifunksjon. Dette gjør at ledere kan utnytte ledige ressurser et andre steder i organisasjonen enn der de fysisk er plassert.
 - Elektronisk journal for alle ledd i verdikjeden må innføres. I en elektronisk journal kan man legge inn mange former for kvalitetssikring: Leselig skrift, ferdigskrevne og kvalitetssikrede notater om behandling/materialbruk, takster, refusjonsskjema, resepter, lenker til fagkilder etc.

- Ved tilknytning til Nasjonalt helsenett og bruk av journalsystemer basert på nasjonale standarder vil elektronisk informasjon om pasienter enkelt kunne overføres mellom utøvere av ulike kategorier og man vil kunne dra full nytte av elektroniske kunnskapskilder som Helsebiblioteket.
- Sikre at helsemyndighetene utvikler systemer for uavhengig legemiddelinformasjon
 - Legemiddelkostnadene i Norge er ca 16 mrd kr årlig og vokser jevnlig. Fortsatt forestår legemiddelprodusentene selv den viktigste informasjonen til forskriverne. Mer og bedre produsentuavhengig informasjon vil både kunne kvalitetssikre behandlingen og gjøre forskrivningen mer uavhengig av produsentenes kommersielle egeninteresse.
- Etablere et tydelig faglig ledelsesansvar i alle deler av helsetjenesten
 - Ressursfordeling i helsetjenesten er i det alt vesentlige et ledelsesansvar. Det er viktig at den økonomisk/administrative og faglige ledelse er samordnet og enige om prioriteringer og ressursfordeling
- At de ansattes kompetanse avspeiler pasientenes behov for hjelp
 - I NSFs prosjekt «Kompetanse i hjemmetjenesten – Kvalitet og forutsigbarhet for pasienten» er det fire satsningsområder som skal sikre dette:
 - Riktig grunnbemanning. Det kartlegges hvilke pasientsituasjoner pasientene er i, og ut fra dette beregnes kompetansebehovet i grunnbemanningen.
 - Funksjonsfordeling. Ordning med pasientansvarlige iverksettes for å sikre pasientene en kontaktperson med ansvar for å sikre faglig forsvarlighet, kontinuitet og koordinerte tjenester. Samarbeid mellom pasientansvarlige og andre ansatte avklares.
 - Kompetanseutvikling. System for vedlikehold og oppdatering av nødvendig kompetanse hos ansatte i tjenesten iverksettes.
 - Sammenhengende tjenester. Det kartlegges hvilke pasienter som har behov for spesialkompetanse og/eller behov for tjenester fra flere etater og tjenestenivåer. Eksisterende systemer for sammenhengende tjenester til pasientene vurderes og justeres.

Mål 6: Sosial- og helsetjenestene er tilgjengelige og rettferdig fordelt

En styrking av utøveren må også omfatte en styrking av en av grunnverdiene i norsk helsetjeneste, nemlig lik tilgang og kvalitet av helsetjenester uavhengig av geografi, alder, kjønn, etnisk tilhørighet, sosioøkonomisk status etc.

Følgende tiltak kan iverksettes:

- Gjøre arbeidsgiver ansvarlig for at utøverne får kontinuerlig og systematisk tilbud om kompetanseheving, ferdighetstrening og refleksjon over praksis
- Gi utøverne ansvar for systematisk å skaffe seg og oppdatere kunnskap på sine fagområder
 - I denne sammenheng gjelder dette kompetanse når det gjelder tilgjengelighet av tjenester. For å oppnå dette må det etableres systemer som sikrer gode og konkurransedyktige arbeidsvilkår over hele landet, uavhengig av geografisk gravgrenndt plassering
 - For å sikre lik tilgjengelighet for alle må det i enkelte tilfeller lages incentivsystemer som stimulerer til arbeid med folk fra stigmatiserte og marginaliserte pasientgrupper
- Gjøre arbeidsgiver ansvarlig for å legge til rette for åpen fagdebatt, og for å generere, etterspørre og bruke forskningsbasert kunnskap.
 - Denne fagdebatten må også omfatte fordelingen av helsetjenester mellom pasientgrupper, omsorgsnivåer og geografiske områder. (Vurdere akseptabel avstand.)
 - Lokalpolitiske og personlige ønsker må ses i forhold til ressurser man må ha tilgjengelig for å yte forsvarlig tjenester. Åpningstider er avgjørende for tilgjengeligheten av helsetjenester, likeså lokalenes fysiske tilgjengelighet.
 - Det er særlig viktig å sikre tilgjengelighet for underprivilegerte pasientgrupper, for eksempel pasienter med rusproblemer, psykiske lidelser etc. Det viktig å gi service når pasientene er motivert. For fastleger er det viktig med differensierte og fleksible timelister som også kan brukes til slike formål
- Sørge for at det sikres incentivsystemer for arbeid i utkantstrøk og for marginaliserte pasientgrupper

9. Anbefalinger og delmål

De mange anbefalte tiltakene som i det foregående er fremkommet under kvalitetsmålene for sosial- og helsetjenesten, kan også oppsummeres og grupperes i tre delmål som er mer rettet mot fokusområdet «Styrke utøveren»:

- I sosial- og helsetjenesten har den enkelte utøver oppdaterte kunnskaper, holdninger og ferdigheter
- I sosial- og helsetjenesten er det en kultur som fremmer refleksjon, læring og forbedring
- I sosial- og helsetjenesten er det systemer som forventer og legger til rette for kontinuerlig kvalitetsarbeid

Denne inndelingen er valgt for å skape en entydig forståelse om at sosial- og helsetjenesten, ved å styrke utøveren, bidrar til å nå de seks hovedmålene for Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

Både utøverne selv, deres organisasjoner og sammenslutninger, lederne i helsetjenesten, helsetjenestens eiere og helsemyndighetene vil ha ansvar for at delmålene nås, blant annet gjennom de tiltak vi anbefaler.

Delmål 1: I sosial- og helsetjenesten har den enkelte utøver oppdaterte kunnskaper, holdninger og ferdigheter

Disse tiltakene er først og fremst et ansvar for utøveren, selv om ansvaret selvsagt ikke utelukkende kan legges på den enkelte. Når utøvere skal skaffe seg og vedlikeholde kunnskap, forutsetter det at det finnes et tilbud. Og når utøvere engasjerer seg i tverrfaglig arbeid forutsetter det at arbeidsgivere og andre legger forholdene til rette for slikt arbeid. Men det finnes ikke noe alternativ til å legge det endelige ansvar for oppdatering av kunnskap, holdninger og ferdigheter til den enkelte.

Det er viktig å merke seg at ikke bare kunnskap og ferdigheter må oppdateres kontinuerlig. Det samme gjelder holdninger som må tilpasses helsetjenestens verdigrunnlag, pasientenes forventninger og samfunnets utvikling.

Under dette delmålet kan følgende tiltak klassifiseres:

- Utøverne tar ansvar for systematisk å skaffe seg og oppdatere kunnskap på sine fagområder
- At utøverne reflekterer over og forbedrer sin praksis, ved å etterspørre og avsette tid til konkret og regelmessig kvalitetsarbeid
- Systematisk deltagelse i etterutdanningskurs
- Styrke den enkeltes kompetanse i å forbedre den praksis man er en del av
- Stimulere til tverrfaglige forbedringsprosesser.
- Etterspørre kunnskapsbasert forskning
- Utøverne må ta brukerne og pårørende med i beslutninger både som enkeltpasienter og i arbeidet med forbedring av tjenesten.
- At utøverne forstår betydningen av empati og kommunikasjon i kontakt med pasienten og handler deretter
- Tilrettelegge for reelt tverrfaglig arbeid
- Etablere systemer og rutiner som sikrer at utøverne er ressursbevisste og viser økonomisk forsvarlighet

Delmål 2: I sosial- og helsetjenesten er det en kultur som fremmer refleksjon, læring og forbedring

Kulturer formes i et samspill mellom utøvere, profesjonsorganisasjoner, arbeidsgivere og helsemyndigheter. En kultur som styrker utøveren i norsk helsetjeneste er preget av refleksjon, læring og forbedring. Dette forutsetter åpenhet både om mål og midler og arenaer for endring og kvalitetsutvikling. Ledere på alle nivå i helsetjenesten har et særlig ansvar for kulturbygging.

Under dette delmålet kan følgende tiltak klassifiseres:

- Stimulere til forskning i og om egen praksis, samt til oppsummering av eksisterende kunnskap
- Styrking av individuell kompetanse i kunnskapshåndtering gjennom undervisning og støtte på arbeidsplassen.
- Styrking kunnskapshåndtering og metodeundervisning i grunn-, etter- og videreutdanningen
- Stimulere og legge til rette for at utøverne selv definerer hvilke tjenestetilbud som trenger kvalitetsutvikling, og forholder seg aktivt til den faglige forsvarligheten av de tjenestene de leverer
- Legge til rette for åpen fagdebatt, og for at det genereres, etterspørres og brukes forskningsbasert kunnskap
- Synliggjøre verdien av gode internkontrollaktiviteter og kvalitetssystemer
- At utøvere og ledere sammen skaper møteplasser for endring og forbedring, og at ledelsen etterspør kvalitetsdata
- Legge til rette for reelt tverrfaglig samarbeid
- At de ansattes kompetanse avspeiler pasientenes behov for hjelp
- Gi utøverne ansvar for systematisk å skaffe seg og oppdatere kunnskap på sine fagområder
- Utvikle en kultur der utøverne blir sett og anerkjent

Delmål 3: I sosial- og helsetjenesten er det systemer som forventer og legger til rette for kontinuerlig kvalitetsarbeid

Mange av forutsetningene for en styrking av utøveren er knyttet til strukturelle forhold. Dette er hovedsakelig et ansvar for arbeidsgivere og helsemyndigheter. Disse tiltakene er gjerne omfattende og langsiktige. Selvstendig næringsdrivende helsearbeidere (leger, tannleger, psykologer, fysioterapeuter etc.) må som egne arbeidsgivere påta seg dette ansvaret for egen virksomhet.

Under dette delmålet kan følgende tiltak klassifiseres:

- Innføre aktiv bruk av elektroniske støttesystemer for samhandling i alle deler av helsetjenesten, for eksempel elektronisk journal og at Norsk helsenett realiseres.
- Etablere og sikre tilbud om nødvendig kompetanseutvikling på individnivå, teamnivå og organisasjonsnivå, for eksempel gjennom videre- og etterutdanning med tverrfaglige aktiviteter som inkluderer både fagkunnskap og forbedringskunnskap,
- Sikre at utøvere har kunnskap om og verktøy for forbedring
- Legge til rette for forskning i alle deler av helsetjenesten
- Utvikle systemer som sikrer utøveren tilgang til oppdatert, oppsummert og praksistilpasset kunnskap (for eksempel Helsebiblioteket og Norsk elektronisk legemiddelhåndbok - NEL) og at det sikres ressurser og tekniske løsninger for dette
- At arbeidsgiver sørger for at utøverne får kontinuerlig og systematisk tilbud om kompetanseheving, ferdighetstrening og refleksjon over praksis
- Etablere systemer som er sikret av helsemyndighetene og som initierer faglige nettverk (geografisk, faglig etc.)
- Helsemyndighetene etablerer og sikrer systemer som initierer virksomme tjenester
- Etablere et tydelig faglig ledelsesansvar i alle deler av helsetjenesten
- Utvikle systemer som stimulerer til varsling og håndtering av feil og avvik
- Skape en kultur som gjør at den enkelte helsearbeider er bevisst på sin plikt til å melde, ikke er redd for å melde og ikke trues med sanksjoner.
- Sørge for åpenhet og at avviksmeldingene brukes som læring og for å identifisere risikofaktorer
- Styrke kvalitetsutvalgene
- Etablere et system for mental forberedelse og trening med tanke på situasjoner som oppstår sjelden
- Sikre at helsemyndighetene utvikler systemer for uavhengig legemiddelinformasjon
- At det legges til rette for forskning på pasientopplevelser
- At det legges til rette for forskning i alle deler av helsetjenesten
- Inngå forpliktende avtaler mellom stat, kommuner og andre aktører som etablerer forpliktende avtaler om samhandling på tvers av nivåer
- Sikre incentivsystemer for arbeid i utkantstrøk og for marginaliserte pasientgrupper