

---

## **Følge med og evaluere...**

### ***Arbeidsgruppe 5***

#### ***Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten***

|                    |  |
|--------------------|--|
| Petter Øgar,       | Fylkeslege i Sogn og Fjordane (leder)                                    |
| Unni Krogstad,     | Seniorforsker Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (sekretariat) |
| Marit Sissel Kise, | Seniorrådgiver Sosial- og helsedirektoratet                              |
| Veslemøy Hellem,   | Prosjektleder/rådgiver Kommunenes Sentralforbund (KS)                    |
| Per Skretting,     | Seniorrådgiver Sosial- og helsedirektoratet                              |
| Harald Buhaug,     | Seniorrådgiver Helse Midt-Norge, utpekt av de regionale helseforetakene  |

---

## SAMMENDRAG

---

### Bakgrunn og mandat

Arbeidsgruppen skal bidra til iverksetting av *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten* i tidsrommet 2005 - 2015 gjennom utvikling av anbefalinger for hvordan man best kan: *Følge med og evaluere tjenestene*. Strategien inneholder fem innsatsområder, som samlet skal bidra til kontinuerlig forbedring av tjenestene over de neste ti årene.

Arbeidsgruppen har følgende oppgaver:

- komme med forslag til felles begrepsapparat og begrepsforståelse på området
- komme med forslag til mål for følge med og evalueringsaktiviteter på ulike nivå og i ulike deler av sosial- og helsetjenesten
- beskrive følge med og evalueringsaktiviteter som foregår i dag
- komme med forslag til strategi og tiltak i det videre arbeidet på området

### Arbeidsform

Arbeidsgruppen har hatt fem arbeidsmøter i tidsrommet 21.06 – 12.12.06, og ledet en parallellsesjon under ”- og bedre skal det bli” konferansen på Gardermoen 9.-10. oktober.

### Anbefalinger

#### *Utvikling av nasjonale mål og krav*

Sentrale helsemyndigheter sitter i førersetet for dette arbeidet, men det må skje i nært samarbeid med KS, de regionale helseforetakene og berørte fagmiljø.

#### *Utvikling av felles forståelse og begrepsapparat*

Et virkemiddel kan være å lage en begreps- og definisjonskatalog.

#### *Få fram nødvendig faktagrunnlag*

Utvikle hensiktsmessige metoder og valg av data/indikatorer på nasjonalt og regionalt nivå.

#### *Gjennomføre følge med og evalueringsaktiviteter*

De nasjonale instanser må dokumentere sine følge med og evalueringsaktiviteter. Det er spesielt viktig at handling på bakgrunn av evalueringer synliggjøres.

#### *Koordinering*

Oversikten og koordineringen må også omfatte utviklingen av kvalitetsindikatorer og annet faktagrunnlag som brukes i følge med og evalueringsøyemed.

#### *Tilrettelegging*

Sosial- og helsedirektoratet, har en viktig oppgave som tilrettelegger for at aktører på et ikke-nasjonalt og lokalt plan kan settes i stand til å gjennomføre følge med og evalueringsaktiviteter

#### *Kompetanseutvikling og erfaringsoverføring*

Et kontinuerlig arbeid med å harmonisere og validere indikatorer på tvers av beslutningsnivåer innebærer kompetanseutvikling på både nasjonalt og lokalt nivå.

## INNHOLDSFORTEGNELSE

|  |           |
|--|-----------|
| <b>FØLGE MED OG EVALUERE...</b>  | <b>1</b>  |
| Sammendrag   | 2         |
| Innholdsfortegnelse  | 3         |
| <b>1. BAKGRUNN, MANDAT OG ARBEIDSFORM</b>  | <b>4</b>  |
| Etablering og arbeidsform  | 5         |
| Gruppas vurderinger og utkvittering av mandatet                                  | 6         |
| kort om prosessen  | 6         |
| <b>2. BEGREPSDEFINISJONER, PROBLEMSTILLINGER<br/>OG INNLEDENDE BETRAKTNINGER</b> | <b>8</b>  |
| Etisk og lovmessig forankring  | 9         |
| Definisjon av begreper   | 10        |
| Prosesselementer   | 11        |
| <b>3. MÅL FOR FØLGE MED- OG EVALUERINGSAKTIVITETENE</b>                          | <b>14</b> |
| <b>4. HVA FOREGÅR AV FØLGE MED- OG<br/>EVALUERINGS-AKTIVITETER I DAG</b>         | <b>16</b> |
| Overnasjonalt arbeid   | 16        |
| Internasjonalt arbeid  | 18        |
| Følge med- og evalueringsaktiviteter i Norge                                     | 20        |
| Produksjon og presentasjon av relevante data, blant annet kvalitetsindikatorer   | 21        |
| <i>Kvalitetsindikatorer</i>  | 21        |
| Analyse, vurdering og eventuelt reaksjon   | 26        |
| <i>Helsetilsynets områdeovervåkning</i>  | 26        |
| <i>Fylkesmennene og helsetilsynet i fylkene</i>                                  | 27        |
| <i>Spesialisthelsetjenesten</i>  | 27        |
| <i>Aktiviteter i regi av Kommunenes Sentralforbund (KS)</i>                      | 28        |
| <b>5. DRØFTING OG FORSLAG TIL STRATEGI OG TILTAK I VIDERE ARBEID</b>             | <b>29</b> |
| Aktuelle virkemidler og tiltak – nasjonalt nivå                                  | 31        |
| Aktuelle virkemidler og tiltak – ikke-nasjonalt og lokalt nivå                   | 34        |
| <i>Referanser</i>  | 36        |
| Vedlegg: Innspill fra konferansen 09. – 10.10.06                                 | 38        |

---

# 1. Bakgrunn, mandat og arbeidsform

## Bakgrunn

Sosial- og helsedirektoratet har utviklet ny Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Målet er sosial- og helsetjenester som er virksomme, trygge, samordnet og tilgjengelige. Videre er det en forventning om at brukerne gis innflytelse og medvirkning, at ressursene er utnyttet på en god måte, og at tjenestene er rettferdig fordelt.

Målene i strategien skal nås gjennom fem innsatsområder; Styrke brukerne, Styrke utøverne, Forbedre organisasjon og ledelse, Styrke forbedringskompetansens plass i utdanningene samt Følge med og evaluere tjenestene. På hvert av disse områdene er det opprettet arbeidsgrupper som utarbeider forslag til hvordan det konkret skal arbeides videre på de respektive områdene. Det er lagt vekt på at disse arbeidsgruppene har en sammensetning som både sikrer god kompetanse og legitimitet i hele sosial- og helsetjenesten.

## Mandat

I det foreløpige mandatet til arbeidsgruppen het det:

Arbeidsgruppen skal bidra til iverksetting av *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten* i tidsrommet 2005 - 2015 gjennom utvikling av anbefalinger for hvordan man best kan: *Følge med og evaluere tjenestene*. Strategien inneholder fem innsatsområder, som samlet skal bidra til kontinuerlig forbedring av tjenestene over de neste ti årene.

I et kortsiktig perspektiv skal gruppen:

- definere innsatsområdet,
- fremskaffe dokumentasjon,
- beskrive hvordan gode måter å *følge med og evaluere tjenestene* kan fremme kvalitet i tjenestene og
- utvikle et forslag til tiltak med presisering av rollene til de ulike aktørene i sosial- og helsetjenesten.

I et langsiktig perspektiv skal gruppen:

- følge strategien gjennom driftsfasen og
- gi innspill til ytterlige tiltak for innsatsområdet og
- forslag til fellesprosjekter og satsinger på tvers av innsatsområdene

Det legges opp til at gruppen har ett møte i måneden fram til oktober 2006 der det legges opp til at gruppen skal lede en parallellsesjon på den årlige kvalitetskonferansen.

---

## ETABLERING OG ARBEIDSFORM

---

Etableringen av arbeidsgruppen tok tid, og til første møte 21.06.06, var følgende deltagere på plass:

- Fylkeslege Petter Øgar, Fylkesmannen i Sogn og Fjordane (leder)
- Seniorforsker Unni Krogstad fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (sekretær)
- Rådgiver Marit Sissel Kise fra Sosial- og helsedirektoratet
- Prosjektleder/rådgiver Veslemøy Hellem fra Kommunenes Sentralforbund (KS)

Til det tredje møtet 13.09.06, ble gruppa utvidet med to personer:

- Seniorrådgiver Per Skretting, Sosial- og helsedirektoratet
- Seniorrådgiver Harald Buhaug, Helse Midt-Norge, utpekt av de regionale helseforetakene

Arbeidsgruppen har hatt fem møter i tidsrommet 21.06 – 12.12.06, og ledet en parallellsesjon under ”- og bedre skal det bli” konferansen på Gardermoen 9.-10. oktober. KS sin representant har meldt forfall til alle møter unntatt det første. De regionale helseforetakenes representant har vært til stede på to møter.

I juni ble det sendt en henvendelse til Helsetilsynet, NAV og Fylkesmennene med spørsmål om hvordan den respektive etat følger med på og evaluerer tjenesten på helse og sosialområdet.

På parallellsesjonen under ”- og bedre skal det bli” konferansen på Gardermoen var det om lag 70 deltagere fra svært ulike deler av helse- og sosialtjenesten som ga en nyttig illustrasjon på spredningen i synspunkter både når det gjelder status, utfordringer og praktiske tiltak. Et sammendrag av synspunktene fra sesjonen er tatt inn som vedlegg til denne rapporten.

I tillegg er det hentet inn en redegjørelse fra Statens helsetilsyn om deres områdeovervåkingsprosjekt, og *Kvalitetsutvalg for primærmedisinen* har lagt fram sitt arbeid med kvalitetsvurdering og kvalitetsutvikling.

---

## GRUPPAS VURDERINGER OG UTKVITTERING AV MANDATET

---

Innsatsområdet knyttet til å følge med og evaluere tjenestene er omfattende, og det er et område med mye upløyd mark. Kunnskapsgrunnlaget om hva som foregår er mangelfullt. I tillegg utgjør sosial- og helsetjenesten en svært stor og sammensatt tjeneste som vil kreve flere og ulike tilnærminger. Å realisere intensjonene forutsetter endrede holdninger, økt kunnskap og nye ferdigheter hos mange aktører og instanser på ulike nivå i helse- og sosialtjenesten. Dette vil kreve et betydelig prosessuelt arbeid og vil måtte ta tid. Vi har derfor sett for oss at denne første arbeidsgruppen måtte ha en relativt overordnet og prinsipiell tilnærming til området, og at det vil være naturlig at arbeidet følges opp av nye, mer spesialiserte arbeidsgrupper hvor også brukere fra de ulike sektorer og områder trekkes inn.

Ut ifra denne erkjennelsen og arbeidsgruppens sene etablering og begrensede forankring og representativitet har arbeidsgruppens ambisjonsnivå vært begrenset til å få en god start på prosessen og legge grunnlaget for et videre løp. I praksis innebærer dette at gruppen:

- kommer med forslag til felles begrepsapparat og begrepsforståelse på området
- kommer med forslag til mål for følge med og evalueringsaktiviteter på ulike nivå og i ulike deler av sosial- og helsetjenesten
- beskriver følge med og evalueringsaktiviteter som foregår i dag
- kommer med forslag til strategi og tiltak i det videre arbeidet på området

Vi innser at gruppens rapport har en slagside mot helsetjenesten.

---

## KORT OM PROSESSEN

---

Proessen med opprettelse av gruppen og gruppens videre arbeid bør oppsummeres som en informasjon til senere prosjekter.

Det ble som forutsetning for deltakelse fra prosjektleders side understreket at prosjektet måtte være forankret i tjenestene. KS oppnevnte i juni en representant til gruppen, denne representanten var til stede på junimøtet men kunne ikke delta på senere møter. Betydelig tid ble brukt via formelle og uformelle kanaler for å få oppnevnt en representant fra RHF-ene. Dette lyktes først i september og representanten deltok på to møter i gruppa.

Sosial- og helsedirektoratets ønske om at arbeidsgruppene skulle ha en sammensetning som både sikrer god kompetanse og legitimitet i hele sosial- og helsetjenesten kan i realiteten ikke sies å være innfridd.

En nasjonal kvalitetsstrategi vil bare lykkes dersom den forankres og får bred oppslutning både i ledende organisasjoner og nivåer og ute i tjenestene. Det er klare tegn på at denne forankringen

ikke er på plass i dag. Sosial- og helsedirektoratet bør ta hensyn til dette i det videre arbeidet med gjennomføringen av strategien dersom man skal ha berettiget håp om å realisere strategiens målsetting.

---

## 2. Begrepsdefinisjoner, problemstillinger og innledende betraktninger

### Formål

Det er viktig å ha en felles forståelse av hva som er *formålet* med å følge med og evaluere helse- og sosialtjenestene, og hva vi legger i begrepene. *Å følge med helse- og sosialtjenestene* innebærer å holde seg orientert om kvalitet og måloppnåelse i tjenestene. Kunnskapen følge med-aktivitetene bygger på og frembringer kan imidlertid tjene flere formål og målgrupper slik det er vist i tabellen nedenfor.

Tabell 1: Ulike målgrupper og formål for følge med- og evalueringsaktivitetene

| <i>Målgruppe</i>                 | <i>Formål</i>   |
|----------------------------------|---|
| Offentligheten                   | Gi informasjon om kvaliteten på helse- og sosialtjenestene til offentligheten. Dette er et rimelig krav til en sektor av stor samfunnsmessig betydning og som i stor grad finansieres av fellesskapets midler. Informasjonen bedrer grunnlaget for den offentlige debatten og den demokratiske styringen av helse- og sosialtjenestene. Det bidrar også til å styrke legitimiteten til tjenestene og ressursbruken til dem. |
| Pasientene/brukerne              | Tjene som en "varedeklarasjon" for befolkningen når de skal bruke sine rettigheter til å velge ulike tjenester, for eksempel velge sykehus.   |
| Ledere                           | Tjene som styringsinformasjon for ledere på ulike nivåer. Kunnskapen kan både danne grunnlag for planlegging, krav eller bestillinger til ledere på underliggende nivåer, og som vurderingsgrunnlag for hvordan lederne har lyktes i å lede sine virksomheter.  |
| De kliniske og utøvende miljøene | Danne et grunnlag for å vurdere kvaliteten, oppdage og reagere på uønskede tilstander og utviklingstrekk, og gjennom dette bidra til kontinuerlig kvalitetsutvikling.   |

Følge med-aktivitetene kan gjennomføres på ulike måter, og disse ulike måtene oppfyller ikke de ulike formålene like godt. Derfor er det viktig å være tydelig i forhold til hvilke formål man ønsker å ivareta eller prioritere, og ha et bevisst forhold til innretningen av de tiltakene som velges. Som ledd i en nasjonal strategi for kvalitetsutvikling av helse- og sosialtjenesten vil fokuset være følge med-aktivitetene som virkemiddel i kvalitetsutvikling.

*Vi vil definere å følge med og evaluere sosial- og helsetjenestene som en aktiv vurdering av et faktagrunnlag i forhold til en norm eller målsetting og å reagere dersom vurderingen ikke viser et tilfredsstillende resultat.*

Å følge med og evaluere tjenester er noe annet og mer enn en deskriptiv aktivitet der en har oversikt over faktakunnskap om tjenestene. Å vite er ikke nok. Det må også skje en vurdering, og det må være vilje og evne til handling. Før dette skjer blir ikke kvalitetssirkelen sluttet.

---

## ETISK OG LOVMESSIG FORANKRING

---

Med dette utgangspunktet er en naturlig verdiforankring vår etiske forpliktelse til å gi innbyggerne best mulige helse- og sosialtjenester. Skal dette etiske utgangspunktet ha troverdighet, må tre forutsetninger oppfylles:

1. Vi må kunne måle eller beskrive aktivitetene og resultatene på en tilfredsstillende måte.
2. Vi må ha en formening om hva som er gode og dårlige prosesser og resultater. Det kan vi enten få ved å ha en faglig eller politisk definert norm, eller vi kan sammenligne oss med andre, tilsvarende virksomheter.
3. Endelig må vi være villige til og ha evnen til å ta konsekvensene av de funnene vi gjør og foreta nødvendige endringer når aktiviteter og resultater ikke er slik vi ønsker. Vurdering uten en slik endringsberedskap og endringskompetanse har ingen verdi.

Kravet til å følge med, vurdere og evaluere helse- og sosialtjenestene har også en lovmessig forankring i *Forskrift om internkontroll* av 20. desember 2002. I denne heter det at virksomhetene skal utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen (§ 4 g), og at det skal foretas systematisk overvåking og gjennomgang av internkontrollen for å sikre at den fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring i virksomheten (§ 4 h).

---

## DEFINISJON AV BEGREPER

---

**Kvalitetsindikatorer** defineres som målbare verdier som kan si noe om et komplekst fenomen som i seg selv er vanskelig å måle (1). Det innebærer at en indikator alltid gir et forenklet bilde på hvordan bestemte prosesser fungerer eller om bestemte resultater er oppnådd ved å antyde kvalitetsegenskaper.

**Monitorering** er en kontinuerlig overvåking av en aktivitet eller resultater over tid for å se om aktiviteten eller resultatene er innenfor kravene som er satt. Opprinnelig var begrepet knyttet til overvåking på en liten skjerm, monitor, og derav navnet. Det klassiske eksemplet i helsetjenesten er ekg-overvåking av hjerterytmen. Etter hvert har begrepet fått et videre bruksområde. Eksempler på monitorering er gjentatte målinger av blodsukkeret hos diabetikere, fortløpende registrering av saksbehandlingstiden for tildeling av pleie- og omsorgstjenester og registrering av antall feilmedisineringer per dag. Monitorering er ikke synonymt med å "følge med" - bare den tekniske forutsetningen for å gjøre det. "Å følge med" innebærer en kompetent observasjon og tolkning av det som monitoreres, og om tolkningen tilsier det, gripe inn med adekvate tiltak.

**Evaluere** brukes ofte synonymt med å vurdere, men mange bruker *evaluering* om mer fokuserte, større og gjerne tidsavgrensede vurderinger der man søker å finne ut i hvilken grad et tiltak har hatt en ønsket effekt i forhold til en erklært målsetting. Eksempler er evaluering av gjennomførte reformer som fastlegereformen og sykehusreformen. Evalueringer skal kunne ut i en konklusjon som kan få praktiske konsekvenser. En evaluering må derfor ende opp på et ledelsesnivå i virksomheten som har myndighet til å beslutte eventuelle endringer som følge av de undersøkelser som er foretatt.

**Tilsyn.** Tilsynsbegrepet har vært mangetydig og til dels uklart, men har gjennom ulike utredninger de senere år, for eksempel St.meld. nr. 17 (2002-2003) *Om statlige tilsyn* og NOU 2004: 17 *Statlig tilsyn med kommunesektoren*, fått et klarere og mer entydig innhold. Statlig tilsyn med helse- og sosialtjenesten defineres i dag som å kontrollere om helse- og sosialtjenestene drives i samsvar med helse- og sosiallovgivningen. Veiledning er ikke en del av tilsynet, men kan gjerne følge etter et tilsyn. Tilsyn innebærer en aktiv vurdering av et faktagrunnlag i forhold til en norm eller målsetting (lovgivningen) og å reagere dersom vurderingen viser at lovgivningen ikke etterleves. Prinsipielt sett er derfor tilsyn en form for evalueringsaktivitet, men den er så veldefinert og regulert at vi velger ikke å omtale tilsynet videre i denne rapporten.

**Akkreditering og sertifisering.** Disse begrepene er ikke sammenfallende, men er tett sammenvevd og nevnes ofte i sammenheng. *Akkreditering* er en prosedyre der et offisielt organ gir formell anerkjennelse av at et annet organ eller en person er kompetent til å utføre spesifikke oppgaver (2). Norsk Akkreditering, som er en uavhengig organisasjon etablert som forvaltningsorgan under Nærings- og handelsdepartementet, er det eneste organet i Norge som utfører teknisk akkreditering. *Sertifisering* er en prosedyre der en tredjepart bekrefter – utsteder et sertifikat – på at produkt, system eller person oppfyller spesifiserte krav. ISO-sertifisering betyr for eksempel at virksomheten har et kvalitetsstyringssystem som tilfredsstill

spesifikasjonene i ISO 9001 standarden. Sertifiseringsorganene godkjennes, akkrediteres, av Norsk Akkreditering. Begrepene er relevante i denne sammenheng fordi mange land utvikler kvalitetsindikatorer som det vurderingsmessige grunnlaget med tanke på akkreditering og sertifisering.

---

## PROSESSELEMENTER

---

Ut ifra begrepsdrøftingen ovenfor kan vi skille ut noen grunnleggende prosesselementer i følge med-aktivitetene:

### ***Framskaffing og presentasjon av relevant faktagrunnlag***

For å følge med i og vurdere tjenestene forutsettes kunnskap om og tilgang til eksisterende faktagrunnlag eller eventuelt mulighet til å framskaffe nye fakta der fakta mangler. Fakta gir mulighet til å beskrive sider ved tilstanden i tjenesten som undersøkes. Som en ren deskriptiv aktivitet kan også endringer over tid (utvikling) beskrives. Det foreligger i dag et stort datagrunnlag om ulike sider ved helse- og sosialtjenesten i Norge som i svært varierende grad er tilkommet på en samordnet og formålsrettet måte. Bare en liten del av tilgjengelige fakta brukes aktivt i styringen, vurderingen og utviklingen av tjenestene. Samtidig mangler det faktagrunnlag for viktige deler og sider ved tjenestene.

For tiden er det i mange miljøer stor tro på nytten av kvalitetsindikatorer, og kravet til og tallet på slike indikatorer er raskt økende. Men utvikling av gode kvalitetsindikatorer er vanskelig og kompetansekrevende, og det er ikke kostnadsfritt. Det er derfor behov for å ha en gjennomtenkt strategi og plan for utviklingen og bruken av kvalitetsindikatorer der både nytte og kostnader er vurdert.

En helt avgjørende forutsetning for videre vellykket arbeid på dette feltet er knyttet til bedre samordning og tydeligere formålsretting. Fakta som er egnet til vurderingsformål samles ofte inn av andre enn de som skal gjøre vurderingene, for eksempel SINTEF, Statistisk sentralbyrå og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Faktagrunnlaget må da gjøres tilgjengelig og presenteres på en hensiktsmessig måte for de aktuelle brukerne. Det er samtidig viktig å tenke på at en bærekraftig registrering av nødvendig informasjon innebærer størst mulig bruk av eksisterende registreringsverktøy. I en langsiktig kvalitetsstrategi er det imidlertid viktig at ikke dagens teknologiske forutsetninger blir den viktigste føringen for hva som skal monitoreres og evalueres i fremtiden.

### ***Analyse og vurdering***

Vurdering omfatter å sammenligne tilstanden med en annen tilstand.

Sammenligningsgrunnlaget kan være:

- tilstanden i egen virksomhet på et tidligere tidspunkt
- tilstanden i andre sammenlignbare virksomheter
- det som anses å være beste praksis (benchmarking)

- en faglig eller på annen måte bestemt norm, standard eller målsetting på relevant nivå

Vurdering forutsetter kompetanse i analyse og evaluering, samt kjente og omforente mål og standarder vurderingene skal gjøres i forhold til. Det må være et viktig poeng at vurderingene nå gjøres i forhold til de ulike kvalitetsdimensjonene nasjonal strategi opererer med, at tjenestene skal:

- være virkningsfulle
- være trygge
- være samordnet og preget av kontinuitet
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- utnytte ressursene på en god måte
- være rettferdig fordelt

Utforming av kvalitetsindikatorer bør relateres til disse dimensjonene.

### ***Reaksjon, læring, iverksetting av relevante tiltak***

Hvilke reaksjoner følge med- og vurderingsaktivitetene bør utløse, vil i tillegg til vurderingsfunnene avhenge av hvilket handlingsrom, myndighet og virkemidler vurderende instans rår over. Men uten reaksjon, læring og iverksetting av relevante forbedringstiltak er følge med- og evalueringsaktivitetene verdiløse.

Figuren nedenfor illustrerer begreper og prosesser knyttet til følge med-aktivitetene.

### ***Dokumentasjon***

Følge med og vurderingsaktivitetene bør synliggjøres og i rimelig grad dokumenteres. Hvor omfattende dokumentasjonen bør være og hvordan følge med og vurderingsaktivitetene skal formidles, må bero på en konkret vurdering. § 5 i internkontrollforskriften kan brukes som utgangspunkt: *Internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.*

### ***Ulike ståsteder - ulike vurderingsbehov***

Mange instanser driver i dag med aktiviteter som kan beskrives som å følge med i eller evaluere helse- og sosialtjenester. Aktivitetene foregår på flere nivåer, fra det enkelte helse- og sosialpersonell som vurderer ulike sider ved egen tjenesteyting, via virksomhetsledere på ulike nivåer og i ulike virksomheter, til statlige og andre instanser som vurderer helse- og sosialtjenesten i et overordnet, nasjonalt perspektiv. Aktivitetene har dels ulike målsettinger og må dels bygge på ulikt faktagrunnlag. Hvor omfattende de bør være må bero på en konkret vurdering blant annet knyttet til virksomhetens størrelse og egenart.

En måte å beskrive nivåene i helsetjenesten på er følgende 4-nivå modell:

1. Mikrosystemnivået som er behandlingsteamet i kommunene eller sykehuset.
2. Mellomnivået kan være en sykehusavdeling eller et større behandlingsprogram.

3. Makrosystemnivået utgjøres av hele virksomheten, for eksempel sykehuset.
4. Nasjonalt nivå – de følge med aktiviteter nasjonale myndigheter må gjøre for å ivareta sitt overordnede ansvar og styring med helse- og sosialtjenestene

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad nasjonalt følge med ansvar og lokalt forbedringsarbeid kan kombineres? Det er ønskelig at dette gjøres der det er mulig, men det må bero på en konkret vurdering der det er avgjørende at de ulike nivåers behov og egenart respekteres. Kvalitetsindikatorer som skal brukes i vurderings- og forbedringsarbeid ute i tjenestene, må lages av eller i samarbeid med de som arbeider der.

Helse- og sosialtjenester foregår i møtene mellom bruker og utøver. Det er der kvaliteten oppleves og i stor grad skapes. Dersom kvalitetsstrategien skal gjøre det mulig for tjenestene å gjennomføre de tiltak som er nødvendig for å forbedre disse møtene, må den ta i bruk data som er relevante også på dette nivået. I internasjonale kvalitetsutviklingsmiljøer er det en økende oppmerksomhet på at kvalitet må knyttes til de laveste nivåene i helsetjenesten, der hvor helsetjenesten utøves..

Det må også tas stilling til hvilke deler av tjenestene, og på hvilke nivåer det er nødvendig med en kontinuerlig registrering og hva som bør være gjenstand for mer sporadiske men kanskje grundigere vurderinger.

### ***Ansvars- og oppgavefordeling - nasjonale helsemyndigheters oppgave***

Ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ulike aktører og nivåer på dette området og nasjonale helsemyndigheters rolle er ikke gitt og krever en avklaring. Nasjonale helsemyndigheter må definere hvilke følge med og vurderingsaktiviteter de har behov for å utføre selv eller få utført av andre for å ivareta sitt ansvar for helse- og sosialtjenestene. Hvilke føringer eller pålegg er det formålstjenlig å gi til ulike deler av helse- og sosialtjenestene, og hvor stort lokalt handlingsrom ønskes?

Flere forhold kan tale for et relativt sterkt statlig og nasjonalt engasjement:

- Statens overordnede ansvar for helse- og sosialtjenesten – som i et styringsperspektiv forutsetter tilstrekkelig kunnskap om hvordan tjenestene fungerer.
- Store deler av helse- og sosialtjenesten drives av relativt små enheter som trenger kompetansemessig bistand for å få til gode følge med og evalueringsaktiviteter.
- Sammenligninger med andre utgjør en betydelig del av vurderingsaktivitetene. Sammenligning forutsetter innsamling av sammenlignbare data, det vil si samordning av faktagrunnlaget. I tillegg forutsettes en hensiktsmessig definisjon eller fastlegging av operasjonelle nivåer og enheter innenfor helse- og sosialtjenesten. Slik samordning forutsetter en overordnet instans med tilstrekkelig myndighet og kompetanse.
- Mange instanser driver "følge med"-aktiviteter med relevans for helse- og sosialtjenesten på et mer overordnet og nasjonalt nivå. Det er et viktig mål å få til en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling og nødvendig koordinering, samhandling og samordning mellom disse instansene.

---

### 3. Mål for følge med- og evalueringsaktivitetene

*Forskrift om internkontroll* av 20. desember 2002 gir et lovmessig pålegg om å følge med på og evaluere helse- og sosialtjenestene. I følge forskriften skal alle virksomheter i helse- og sosialtjenesten utvikle, iverksette, kontrollere, evaluere og forbedre nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av sosial- og helselovgivningen (§ 4 g). Innholdet i internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold (§ 4), og internkontrollen skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse (§ 5).

Internkontrollforskriften uttrykker et minstekrav for følge med- og evalueringsaktivitetene i helse- og sosialtjenesten, men kravet er lite konkretisert og åpner for betydelig lokalt skjønn. I denne situasjonen er det to alternativer. Det ene er at Sosial- og helsedirektoratet tolker kravene i internkontrollforskriften gjennom å komme med mer konkrete beskrivelser av hva som forventes av ulike deler av helse- og sosialtjenesten. Direktoratet har delvis gjort dette gjennom sin veileder til internkontrollforskriften; *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (IS-1183). Det andre alternativet er at det lages tydeligere målformuleringer uten å gjøre disse til direkte forskriftstolkninger.

Vi vil foreslå følgende overordnede mål for følge med- og evalueringsaktivitetene i helse- og sosialtjenestene:

- Alle virksomheter i helse- og sosialtjenesten skal som ledd i sin kvalitetssikring og utvikling følge med i tjenestenes kvalitet og vurdere om kvaliteten er god nok. Ved utilfredsstillende kvalitet skal forbedrende tiltak settes i verk.
- Deler av denne følge med og evalueringsaktiviteten skal skje mot nasjonalt bestemte standarder og ved hjelp av nasjonalt bestemte kvalitetsindikatorer.
- Virksomhetene skal dokumentere sine følge med og evalueringsaktiviteter i den grad internkontrollforskriften forutsetter.

Den nærmere konkretisering av disse målene, og når de skal være nådd, må tilpasses utviklingen av nasjonale og lokale standarder og kvalitetsindikatorer.

For å vite hva vi skal følge med på, må vi ha en formening om hva som er god kvalitet, og hva den er et resultat av. Et gjennomgående trekk er at diskusjonen om hvem som skal definere kvalitet er nokså fraværende. Visjoner, målformuleringer og registreringskrav kommer oftest "ovenfra" eller "utenfra", mens de som utøver helse- og sosialtjenester ved sengene og skrankene arbeider med konkrete, lokale og ofte implisitte kvalitetsmål, og opplever ofte de sentrale målene som nokså uvedkommende. Utøvende helse- og sosialpersonell opplever ofte et økende krav om dokumentasjon og registrering uten at formålet – og langt mindre resultatene av registreringene - blir sett, eller sett som meningsfulle.

Målet ute i tjenestene bør være å få konkret informasjon om egen praksis på utvalgte områder som de selv har beslutningsmyndighet til å endre. En slik følge med-virksomhet må utvikles lokalt, men med noen overordnede føringer i forhold til informasjon som bør videreføres og aggregeres til neste nivå.

Målet for følge med-aktivitetene på mellomnivået kan dels være beslutningsstøtte for disponering av ressurser, og dels en kontroll på at faglige standarder holdes og evt. utvikles. Målet på makrosystemnivået vil være det samme, men i større målestokk. Det nasjonale nivået må definere sine mål ut fra sitt overordnede ansvar og styring med helse- og sosialtjenestene.

Oppmerksomheten på at pasienter og brukere skal være med på å vurdere kvalitet har de senere år fått gjennomslag, og dette er et framskritt. Fortsatt mangler imidlertid en analyse av tjenestene som system av ulike interessenter, med ulike informasjonsbehov, ulik beslutningsmyndighet og ulike tanker om kvalitet.

---

## 4. Hva foregår av følge med- og evaluerings-aktiviteter i dag

Dette kapitlet gir en summarisk og ufullstendig oversikt over hva som foregår av følge med- og evalueringsaktiviteter i dag. For utfyllende opplysninger vises til referanselisten med aktuelle nettsted. For de utøvende tjenestene er kunnskapsgrunnlaget mangelfullt. Vi har delt kapitlet i en internasjonal og en nasjonal del. Først gir vi et sammendrag av tilnærminger i overnasjonale organer. Deretter følger en kortfattet oversikt over hva som foregår av følge med og evalueringsaktiviteter i en del andre vestlige land i dag, og til slutt er det en oversikt over aktivitetene i Norge. Det er lagt vekt på å synliggjøre ulike modeller og innfallsvinkler. I alle landene er det utviklet og/eller utvikles det nasjonale systemer for å følge med og evaluere helse- og sosialtjenestene. Fellestrekk ved disse systemene er utvikling av nødvendig lovverk, kvalitetsindikatorer, standarder og teknologiske verktøy, men rekkefølgen, vektleggingen og den konkrete utformingen av ulike virkemidler og tiltak varierer til dels betydelig.

---

### OVERNASJONALT ARBEID

---

Både WHO (3) og OECD (4) deltar med kartlegging og evaluering av ulike modeller, samt utvikling og testing av kvalitetsindikatorsett til nasjonalt og internasjonalt bruk. Alle de følgende programmene er i startfasen og resultater av arbeidet foreligger ikke. Felles for programmene er at de henviser til behovet for et felles begrepsapparat. Både WHO og OECD beskriver hva som skal måles, og hvordan det skal gjøres. Formålet med indikatorregistreringene beskrives imidlertid ikke. Heller ikke hvordan og på hvilket nivå innsamlede data skal brukes. Nordisk ministerråd (5) og EU (6) hevder begge at hensikten er å sammenlikne informasjon på tvers av land, men heller ikke her beskrives hvordan og på hvilket nivå informasjonen skal brukes. Det nordiske samarbeidet arbeider under overskriften *Kvalitetsmåling i Sundhetsvæsenet*, og har i så måte en implisitt kobling til kvalitet. Beskrivelsen på EU-prosjektene hjemmesider beskriver ikke andre mål enn å utvikle et felles indikatorsett.

**WHO's** program fokuserer på å utvikle nasjonale rammeverk for kvalitet i helsesystemer ved blant annet å:

- Kartlegge eksisterende strukturer og ressurser for kvalitetsutvikling og nasjonale behov
- Utvikle policy gjennom motivasjon og opplæring samt støtte utviklingen av nasjonale strategier og programmer
- Utvikle rammeverk for denne politikken som er basert på de enkelte lands helsetjenestestrukturer og eksisterende kunnskap
- Utvikle infrastruktur og helsesystemer i medlemsland for å fremme kvalitet og kunnskapsbasert helsetjeneste
- Samarbeide med andre kvalitetsinitiativer og programmer i WHO's Europaregion, særlig International Society of Technology Assessment in Health Care (ISTAHC), akkrediteringsbyråer og europeiske organisasjoner med fokus på kvalitet
- Formidle verktøy og strukturer som kan fremme internasjonale standarder, opplegg for audits og modeller og indikatorer for forbedring
- Fremme en kvalitetsbevissthet og kultur ved å delta på nøkkelkonferanser og publisere gjennom WHO og europeiske tidsskrifter

**OECD's** gjennomgang av ulike modeller viste flere fellestrekk mellom det kvalitetsstrategiske arbeidet i Australia, Canada, USA, Storbritannia, Nederland og Danmark (7). Felles dimensjoner valgt i alle disse landene var tilgjengelighet, effekt, sikkerhet, pasientorientering, likeverd og effektivitet. OECD's egen begrepsmodell benytter de mest brukte kvalitetsindikatorene i en todimensjonal modell som ble publisert i mars 2006. Den ene dimensjonen går på hva som skal registreres, den andre på hvordan man måler. Modellen åpner for både prosess- og resultatmål valgt ut fra tre kriterier: viktighet, vitenskapelighet (kunnskapsbasert) og kost- /nyttevurdering. Også denne modellen har flere felles trekk med de norske kjennetegnene for kvalitet som er gjengitt i kvalitetsstrategien fra Sosial- og helsedirektoratet. OECD har også utviklet et felles system for rapportering av helsetjenesterelatert informasjon: OECD Health Data and Health Accounts (8). Norge er blant de 13 land som rapporterer helsetjenestedata i tråd med dette systemet.

**Nordisk Ministerråd** besluttet i 2003 å videreføre det nordiske samarbeidet om kvalitetsmåling, *Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet* (5). Målet med dette arbeidet er å gi nordiske borgere, politikere, helsetjenestepersonell og myndigheter mulighet til å vurdere og sammenligne tjenestene på tvers av de nordiske land. En arbeidsgruppe ble nedsatt våren 2004 for å drive dette arbeidet framover.

**EU.** Et av Europakommisjonens mål er å etablere sammenliknbar informasjon på området helse og helserelatert atferd, sykdommer og helsesystemer. Det forutsettes et system som både definerer et felles indikatorsett, innsamlingsmetoder og bruk av indikatorene på tvers av Europa. Programmet [Programme of Community Action in the Field of Public Health \(2003-2008\)](#), er knyttet til utviklingen av indikatorer som leder til anbefalinger enten av indikatorer på ulike helseområder eller til forbedring av metoder for å innhente data på disse områdene. Det første settet av "European Community Health Indicators" er etablert og skal være basis for det europeiske helse- og kunnskapssystemet, inkludert operasjonelle beskrivelser. I det pågående og fremtidige rammeprogrammet for helse, vil indikatorarbeidet bli fortsatt i et koordinert "[Working Parties and Task Forces](#)" som skal lage prototypen for det fremtidige helseovervåkingssystemet.

---

## INTERNASJONALT ARBEID

---

Dersom vi ser på de enkelte land er det utviklingen av kvalitetsindikatorer som preger bildet. Mange av de nasjonale modellene for følge med- og evalueringsaktiviteter innenfor helse- og sosialtjenesten bygger på felles verdier og nokså like prioriteringer. Vi gjenfinner de ulike formålene og målgruppene som i Norge, men formålene formuleres og vektlegges likevel ulikt, og de er ikke alltid tydelig uttrykt.

Sverige og Danmark har hatt ulike tilnærminger til sine kvalitetsmodeller. Mens Danmark har startet med en analyse av begreper og behov og valgt en modell med lokal prioritet, har Sverige tenkt ut fra sentrale sammenlikningsbehov og behovet for å komme raskt i gang ved å bygge på eksisterende registre og videreutvikle ut fra dette.

Flere land (USA, Canada, Australia) registrerer og rapporterer indikatorer på nivået under det nasjonale (delstat, provins). Både Storbritannia og Canada er i en utvikling omkring indikatorankegang, og Storbritannia er i ferd med å svinge fra et stort antall indikatorer med "ranking - formål" til færre indikatorer med faglige og pasientrelaterede kvalitetsmål med et bredere bruksområde. Tyskland har et interessant nasjonalt benchmarkingsystem som omfatter nesten alle sykehusene. Det bygger på om lag 70 kvalitetsindikatorer. Oppfølgingen skjer på delstatsnivå ved regionale møter og en såkalt strukturert dialog mellom det enkelte sykehus og det vurderende rådet.

Et gjennomgående trekk i materialet er at det er lagt mye arbeid i og stor vekt på utvikling av indikatorer og fremskaffing av faktagrunnlag, men at bruken av dette faktagrunnlaget i form av dokumenterte vurderinger og handling med iverksetting av kvalitetsforbedrende tiltak beskrives bare i beskjeden grad. Tabellen nedenfor viser en oversikt over situasjonen i en del andre land.

Tabell 2: Oversikt over følge med-aktiviteter og strategier i utvalgte land (9-11)

| Land                 |   |
|----------------------|---|
| <b>USA</b>           | "Halvfrivillig" offentliggjøring av stort antall indikatorer.<br>Tenkt brukt som "kundeinformasjon" ved valg av sykehus/tjenester.<br>Brukerfokus som fremmer markedsdynamikken<br>Føderale myndigheter satser på IKT-løsninger/ elektroniske pasientjournaler som basis for å utvikle standardiserte indikatorer på tvers av leverandører.<br>I hovedsak privat finansiering |
| <b>Storbritannia</b> | Statlige enheter oppgir nøkkeltall på stort antall indikatorer, basert på 'balanced scorecard' konsept.<br>Brukes til rangering av sykehus/tjenester og er knyttet til finansielle incentiver.  |

|                  |  |
|------------------|--|
|                  | <p>Det skjer en utvikling der antall indikatorer reduseres og i større grad knyttes til pasientopplevd kvalitet og faglige kvalitetsmål.</p> <p>I hovedsak offentlig finansiering</p>  |
| <b>Australia</b> | <p>Publisering av "performance indicators" på nasjonalt nivå.</p> <p>Alle indikatorer rapporteres inn hver 6. mnd.</p> <p>Indikatorene vises på delstatsnivå, men ikke for det enkelte sykehus.</p> <p>Det er tre nivåer, og ulike dimensjoner for hvert nivå.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Helsestatus og resultater</li> <li>•Determinanter for helse</li> <li>•"Performance indicators" for tjenestene</li> </ul> <p>Alle medlemmer kan sammenligne seg selv med de øvrige i databasen</p> <p>Brukes til akkreditering og godkjenning</p> <p>I hovedsak offentlig finansiering.</p>        |
| <b>Tyskland</b>  | <p>Nasjonalt benchmarkingsystem som omfatter nesten alle sykehusene.</p> <p>Bygger på om lag 70 kvalitetsindikatorer.</p> <p>Partssammensatt ekspertråd nasjonalt og i delstatene.</p> <p>Oppfølgingen skjer på delstatsnivå ved regionale møter og en såkalt strukturert dialog mellom det enkelte sykehus og det vurderende rådet.</p>   |
| <b>Canada</b>    | <p>Felles opplegg for "performance measurement" forankret i provinsene.</p> <p>Flere formål og bruksområder: akkreditering, planlegging og måling.</p> <p>Skal fremme tilgjengelighet, effektivitet, kvalitet og helse</p> <p>Beskriver ikke bruk av indikatorer</p> <p>I hovedsak offentlig finansiert</p> <p>Helseforvaltningen er i endring</p>   |
| <b>Danmark</b>   | <p>Generell modell med felles sett av kvalitetsstandarder med tilhørende indikatorer på organisering og pasientforløp, felles evalueringsmetoder (internt og eksternt) og rapportering etter felles mal.</p> <p>Hovedformål er å fremme gode pasientforløp ved å fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring og understøtte en synliggjøring av kvalitet.</p> <p>Lokalt siktemål skal fremme målings- og vurderingsfunksjon og handlingsfunksjon.</p> <p>Modellen er foreløpig gjort gjeldende for offentlige sykehus i Danmark.</p> <p>Beskriver ikke bruk av indikatorer</p> |
| <b>Sverige</b>   | <p>Nasjonale kvalitetsregistre som oppfølgingssystem i helsetjenesten.</p> <p>Grunnlag for overordnet planlegging og ledelse.</p> <p>Mer enn 60 kliniske kvalitetsregistre med 3 kompetansesentra, utgjør en stor og tilgjengelig datakilde.</p> <p>Suppleres med pasienterfaringer.</p>   |

|  |  |
|--|--|
|  | Kvalitetsindikatorer utvikles ut fra eksisterende dokumenter, retningslinjer eller behandlings-program av nasjonale konsensusgrupper<br>Beskriver ikke bruk av indikatorer |
|--|--|

---

## FØLGE MED- OG EVALUERINGSAKTIVITETER I NORGE

---

I kapittel 2 definerte vi å følge med og evaluere sosial- og helsetjenestene som *en aktiv vurdering av et faktagrunnlag i forhold til en norm eller målsetting og å reagere dersom vurderingen ikke viser et tilfredsstillende resultat*. Dette forutsetter at flere prosesselementer ivaretas:

1. Framskaffing og presentasjon av relevante data, blant annet kvalitetsindikatorer
2. Analyse og vurdering
3. Reaksjon, læring, iverksetting av relevante tiltak
4. Dokumentasjon

Når vi i det følgende gjennomgår hva som foregår i Norge på dette feltet, har vi sortert aktivitetene i to grupper; de som hovedsakelig dreier seg om framskaffing og presentasjon av relevante data, og de som gjør noe med disse dataene (analyserer, vurderer og eventuelt reagerer).

Et gjennomgående trekk er at en rekke organisasjoner har ansvar for, eller ser det som sitt ansvar, å registrere og i varierende grad analysere data om helse- og sosialtjenestens aktiviteter. Sosial- og helsedirektoratet er tillagt en faglig rådgivende og koordinerende rolle i arbeidet med å følge med og evaluere helse- og sosialtjenestens virksomhet og kvalitet, og har stor aktivitet på flere områder.

Et annet gjennomgående trekk er at det første prosesselementet nevnt ovenfor, *Framskaffing og presentasjon av relevante data, blant annet kvalitetsindikatorer*, er totalt dominerende. Når det gjelder analyse, vurdering og eventuelt reaksjon, er omfanget lite og bildet mer uklart. Det foregår en del analyse i betydningen statistisk behandling av data i de enkelte dataproduserende institusjonene, men analyse og vurderinger i forhold til prosess- og resultatmål og eventuelle påfølgende korrigerende tiltak, finner vi i svært liten grad beskrevet og dokumentert. Vi har grunn til å tro at dette gjenspeiler virkeligheten ute i tjenestene, men systematisk og sikker kunnskap om dette har vi ikke.

## **Produksjon og presentasjon av relevante data, blant annet kvalitetsindikatorer**

En rekke institusjoner bidrar til et relevant faktagrunnlag om helsetjenesten i Norge. Felles for denne faktaproduksjonen er at det ikke nødvendigvis er knyttet noen politisk eller faglig vurdering og analyse av de data som blir innhentet. Samtidig kan de selvsagt inngå i nettopp slike vurderinger, men det krever ofte et eget ledd i apparatet som sørger for å sortere rett opplysning til rett sted/nivå for videre vurdering. Noen av de nevnte institusjonene har mandat til å gjøre dette, andre ikke.

Data er gjennomgående gjort tilgjengelig for brukergruppene gjennom ulike internettportaler. I avtagende grad gis det også ut skriftlige publikasjoner.

### *SINTEF - SAMDATA*

SINTEF Helse utfører prosjektet *SAMDATA – Styringsinformasjon innen spesialisthelsetjenesten* på oppdrag fra Sosial- og helsedirektoratet. SAMDATA består av årlige sektorrappporter for somatisk sektor og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten. I tillegg utarbeides en felles rapport for hele spesialisthelsetjenesten, samt egne analyserapporter knyttet til utvalgte tema. Formålet med SAMDATA er å utvikle, analysere og publisere bearbejdede og sammenlignbare styringsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. SAMDATA benyttes av sentrale myndigheter og helseforetak for å følge utviklingen i bruk av tjenester, ressursinnsats og produktivitet. Rapportene skal belyse hvordan helseforetakene fungerer, sett i forhold til hovedmålene for helsepolitikken.

### *Nasjonalt pasientregister (NPR)*

Norsk pasientregister er en nasjonal serviceorganisasjon for statistikk- og datatjenester fra spesialisthelsetjenesten i Norge. Alle pasienter som innlegges på sykehus eller undersøkes/behandles på sykehusenes dageshøter/poliklinikker er med i registeret. NPR mottar rutinemessig en del av den informasjonen som er lagret om pasientene fra alle landets sykehus, psykisk helsevern inkludert. I registeret er opplysninger om pasientens kjønn, alder, bostedskommune, innleggelsesform, (venteliste eller øyeblikkelig hjelp), utskrivingsopplysninger, diagnose- og prosedyrekoder. NPR blir fra 01.01.07 en del av Sosial- og helsedirektoratet.

### *Kvalitetsindikatorer*

Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å utvikle indikatorer for å måle kvalitet innen de fleste av direktoratets ansvarsområder. Utviklingsarbeidet har kommet lengst innen spesialisthelsetjenesten hvor arbeidet startet opp høsten 2002, med første offentlige publisering september 2004 (1). Indikatorer for å måle kvalitet på pleie- og omsorgstjenester ble første gang publisert i juni 2005. Det er under utarbejding indikatorer innen offentlig tannhelse og sosialkontortjenesten, kommunehelsetjeneste, psykisk helsearbeid, rus, rehabilitering/habilitering.

Det er flere publiseringskanaler for indikatorene. De nasjonale kvalitetsindikatorerne for spesialisthelsetjenesten publiseres på nettstedet *Fritt sykehusvalg*. Data samlet inn gjennom

SSB publiseres i KOSTRA og Statistikkbanken. Bruk og publiseringen av nasjonale kvalitetsindikatorer er starten på et utviklingsarbeid. Målet er å utvikle flere kvalitetsindikatorer som kan si noe om kvalitet på flere sentrale områder innen tjenestene.

Sosial- og helsedirektoratet ga i juni 2006 ut rapporten "Evaluering av systemet med nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten". Dette er en selvevaluering utarbeidet på bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet. Den vil bli fulgt opp med en helhetlig plan for kvalitetsindikatorer, samt et arbeid hvor retningslinjer, prioritering og kvalitet sees i sammenheng.

#### *Nasjonale medisinske kvalitetsregistre*

Sosial- og helsedirektoratet har i en egen rapport gjennomgått situasjonen for medisinske kvalitetsregistre i Norge. I dag er det mer enn 50 medisinske kvalitetsregistre innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. 36 av disse har så omfattende registreringsgrunnlag at det forsvarer betegnelsen nasjonalt. Det foreslås at 15 etablerte registre oppjusteres til nasjonale medisinske registre. Kvalitetsregistrene vil i særlig grad kunne avdekke om tjenestene er trygge og virkningsfulle. Registrene må ses som medisinskfaglige redskaper i forhold til kvalitetssikring, kvalitetsforbedring og utvikling av god medisinsk praksis. Men deler av kvalitetskontrollerte og analyserte data kan også benyttes som styringsinformasjon både lokalt, regionalt og sentralt. På utvalgte områder kan informasjonen være av interesse for pasienter og offentligheten.

#### *STATRES*

STATRES er en del av Fornyings- og administrasjonsdepartementets moderniseringsprogram for offentlig sektor. STATRES skal være en samling av relevant statistikk om ulike former for statlig virksomhet, publisert gjennom en felles internettportal. Første versjon skal være tilgjengelig i 2007. Utviklingen vil skje gradvis, blant annet for å sikre at måleverktøyene har høy kvalitet, at systemet er lett å bruke, og at det krever minst mulig ekstra arbeid for de involverte etatene. Spesialisthelsetjenesten er valgt som et av pilotområdene i 2007.

#### *Målbildet - Opptappingsplanen for psykisk helse*

"Målbildet" er et eget prosjekt innen *Opptappingsplanen* som har til hensikt å utvikle mål og indikatorer som belyser innhold og resultater av de tjenestene som tilbys, og som kommer i tillegg til allerede fastsatte strukturelle målsettinger. Det er åtte målområder: forebygging, mestring, tilgjengelighet, samhandling og samordning, brukermedvirkning, faglig innhold i tjenestene, kunnskap og tillit, produktivitet og effektivitet. For hvert område har det vært en arbeidsgruppe som har foreslått indikatorer. Disse er i en test- og kvalitetssikringsprosess i regi av Kunnskapssenteret. Parallelt med målbildet utarbeider Sosial- og helsedirektoratet sammen med SSB en nytt sett med løpende, offisiell statistikk for psykisk helsevern.

#### *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

I følge vedtektene skal Kunnskapssenteret kvaliteten og resultatene av tjenesten gjennom utvikling og analyse av indikatorer og andre mål for kvalitet. I St.prp.1 (2005-2006) sies det at Kunnskapssenteret skal utvikle sin rolle som nasjonalt kompetansemiljø innen kvalitetsmålinger. Det er viktig å bemerke at Kunnskapssenteret har helsetjenesten som arbeidsfelt og områder

regulert av sosialtjenesteloven faller ikke under Kunnskapssenterets mandat. Kunnskapssenterets aktiviteter er delt inn i to kjerneområder: kunnskapshåndtering og monitorering. Innenfor området monitorering er utvikling av kvalitetsindikatorer en sentral oppgave (12). Kunnskapssenteret bidrar i dag med regelmessig informasjon om pasienterfaringer fra ulike deler av helsetjenesten. I tillegg arbeider Kunnskapssenteret med å utvikle indikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusopphold som en kvalitetsindikator (13). Parallelt med dette foregår et større oppsummeringsarbeid om kvalitetsindikatorer generelt, med basis i internasjonale og norske erfaringer på området.

#### *Styrings- og informasjonshjulet, sammenligningstall for kommunene*

Styrings- og informasjonshjulet gir tall for helseforhold, sosiale forhold, tjenesteproduksjon og levekår i landets kommuner for det enkelte år. For 31 større kommuner gis også tall for bydeler/distrikter. Styrings- og informasjonshjulet er et samarbeidsprosjekt mellom Sosial- og helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå. Formålet er å gi en statistisk beskrivelse av kommunens helse- og sosialsektor foregående år, og derved gi kommunene anledning til å sammenligne sin situasjon med andre kommuner. Det er en egen tabell for tjenestekvalitet og utvidede tabeller for personell, psykisk helsearbeid og kriminalitet. Publiseringen på SSB's nettsider omfatter de absolutte tallene bak beregningene i publikasjonen, med unntak av noen tabeller der det også gis beregnede rater. Selve publikasjonen utgis i hefter fra Sosial- og helsedirektoratet i tillegg til at de også er publisert på direktoratets nettsider.

#### *KOSTRA*

KOSTRA gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhets prioriteringer, dekningsgrader, bruksrater og produktivitet. Alle norske kommuner leverer data inn en gang årlig. Data kvalitetssikres gjennom dialog med kommunene, men det er kommunene som selv har ansvaret for datakvaliteten. Data fra KOSTRA benyttes blant annet til sammenstilling og sammenligninger i KS sine Effektiviseringsnettverk og andre nettverk. En del kommuner benytter tallene i frivillige nettverk.

IPLOS er betegnelsen på et sentralt helseregister som skal danne grunnlag for nasjonal statistikk for pleie- og omsorgssektoren. Det er et verktøy for dokumentasjon, rapportering og statistikk for kommunene og for statlige myndigheter. Det er obligatorisk registrering i alle kommuner fra 2006. Med registrering i IPLOS får kommunene mulighet til å ta ut rapporter på aggregert eller individnivå. Det blir mulig å se hvilke behov som foreligger, hvilke tjenester som gis i kommunene og hvilke tjenestemottakere som bruker de kommunale sosial- og helsetjenestene. Første obligatoriske innsending av innregistrerte 2006-data er februar 2007. IPLOS- data vil bli en del av KOSTRA.

#### *Fakta og tall*

Fakta og tall er en samling av viktige indikatorer som skal speile Sosial- og helsedirektoratets virksomhetsområder. I menyen vil du finne nøkkeltall innenfor direktoratets fagområder: Folkehelse og levekår, primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, sosialtjenesten og psykisk helse. Ved å velge et av hovedpunktene i menyen kommer man til tallene. Tallene kan fremstilles i tabeller, figurer eller ved hjelp av kart, og det finnes en rekke muligheter for å gjøre

valg i fremstillingen av tallene. Sidene er under utvikling og indikatorsettet vil bli utvidet i løpet av høsten 2006.

#### *Bedrekommune/Tjenestekvalitet*

Dette er en nettportal etablert for kommuner som ønsker å kartlegge kvalitet på grunnlag av indikatorer og brukerundersøkelser innenfor ulike kommunale tjenesteområder (skole, pleie- og omsorg, barnehage, barnevern, sosialtjeneste, byggesaksbehandling). De seks kvalitetsindikatorerne som er utviklet, tar utgangspunkt i registreringer som kommunene gjør gjennom KOSTRA-rapporteringen.

#### *Kommunehelseprofiler*

Kommunehelseprofiler er et samarbeidsprosjekt mellom Statistisk sentralbyrå, Folkehelseinstituttet og Sosial- og helsedirektoratet. Kommunehelseprofiler setter sammen fra ulike kilder om lag 40 indikatorer om helsetilstand, påvirkningsfaktorer og tjenester på kommunenivå. Disse presenteres på en slik måte at kommunene kan bruke dem i vurderingen av egne forhold. Til hver indikator hører det tekstlig informasjon og en beskrivelse av indikatoren. I tillegg vil det bli lagt lenker til relevante nettsteder og fagstoff, samt presentert eksempler og tiltakspakker. Første versjon av verktøyet var ferdig i juni 2006. Når man har skaffet seg erfaring med verktøyet, er det aktuelt å utvide det med flere indikatorer.

#### *SEDA og NOKLUS Praksisprofil*

Det er i dag frivillig å levere statistikk fra allmennpraksis. Prosjektet "Sentrale data fra allemennlegetjenesten" (SEDA) samlet i 2005 statistikk fra 82 allmennleger for å teste mulighet for å lage offisiell statistikk fra allmennlegers pasientjournalssystemer. I 2006 benyttet ca 800 allmennleger tilbudet om å sende egne data for analyse av egen praksisprofil gjennom deltagelse i Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet (NOKLUS Praksisprofil). Videre utvikling av offentlig statistikk fra allmennlegetjenesten skal besluttes innen utgangen av 2007.

#### *Statistikkrådet*

I 2002 ble det opprettet et statistikkråd for å styrke koordineringen av produksjonen av offisiell statistikk i Norge. Sosial- og helsedirektoratet deltar i dette rådet som består av 20 statistikkprodusenter eller viktige registereiere. Statistikkrådet er et rådgivende organ for Statistisk sentralbyrå og andre produsenter av offisiell statistikk i Norge. Statistikkrådet skal:

- Bidra til å samordne produksjon og formidling av offisiell statistikk.
- Bidra til å etablere ulike kvalitetskrav til offisiell statistikk
- Fremme samarbeidsformer som bidrar til å oppfylle disse kravene og effektiv statistikkproduksjon.
- Være et forum for erfaringsutveksling og kompetanseoppbygging og spre gode løsninger for datainnsamling, produksjon og formidling av statistikk, og for dataformidling til forskere.
- Etter behov bidra til å samordne internasjonalt statistikksamarbeid

Statistikkrådet skal gi innspill til en årlig rapport om offisiell statistikk i Norge. Rådet ledes av administrerende direktør i Statistisk sentralbyrå og møtes minst en gang i året. Statistikkrådet erstatter ikke andre samarbeidsfora mellom institusjonene.

### *Legeforeningen*

Legeforeningen har siden 1992 hatt et handlingsprogram for kvalitetssikring i medisinsk virksomhet nedfelt i foreningens prinsipp- og arbeidsprogram. To konkrete tiltak har vært iver satt for å forbedre praksis gjennom følge-med aktiviteter:

- 1) Legeforeningen har i samarbeid med Universitetet i Oslo laget et gjennomgående kurs i kvalitetsutviklingskompetanse for medisinerstudentene i Oslo.
- 2) Gjennombruddsprosjektene som er mer aksjonsforskning i design ved at resultatmåling foretas samtidig med at en iverksetter endring. Målepunktene analyseres ved hjelp av statistisk prosesskontroll som hevdes å gi en pålitelig og langt raskere tilbakemelding på endringsforsøk.

Også underavdelinger av legeforeningen har utviklet egne strategier for kvalitetsforbedring gjennom å følge med. Kvalitetsutvalget for primærmedisin (KUP) ønsker å utrede om det er mulig å komme frem til indikatorer som kan brukes av allmennlegene. Prosjektet 'Kvalitetsindikatorer i allmenmedisin' er i ferd med å slutføres. KUP har utviklet en teoretisk modell for kvalitetsforbedring som tar utgangspunkt i informasjon som behøves for refleksjon over egen praksis.

Målet har vært å finne fram til et begrenset antall kvalitetsindikatorer som er relevante for norsk allmenmedisin. Disse skal være indikatorer som alle allmennpraktikere kan måles mot, og som gjenspeiler det sammensatte i kvalitetsbegrepet. Indikatorene skal brukes til å framheve allmenmedisinen og synliggjøre dens rolle i forhold til pasienter, lokalsamfunn, andrelinjetjenesten og andre samarbeidende instanser. Kvalitetsindikatorene skal først og fremst brukes til kvalitetsutvikling i egen praksis.

## **Analyse, vurdering og eventuelt reaksjon**

### *Sosial- og helsedirektoratet*

Sosial og helsedirektoratet har fra 2006 et nasjonalt ansvar for å utarbeide en årlig rapport som gir en status og vurdering av helse- og sosialtjenestens situasjon, en "følge-med"-rapport, *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren*. Rapporten bygger dels på egenproduserte data og dels på bestillinger eller rapporter utenfra. Den gir en omfattende beskrivelse og drøfting av situasjonen og utviklingstrekk i helse- og sosialtjenesten i landet og kommer med forslag til tiltak der analysen og vurderingene tilsier det. Formålet med rapporten er å

- Identifisere og vurdere de mer grunnleggende utviklingstrekkene i helse- og sosialsektoren
- Gi merverdi i forhold til planlegging i kommunene, regionalt og nasjonalt
- Tjene som referanseramme i forhold til hva som er godt nok og hva som er mangelfullt

### *Helsetilsynets områdeovervåkning*

Helsetilsynets følge med ansvar er knyttet til tilsynsperspektivet. Helsetilsynet definerer områdeovervåkning som et tilsyn med et overordnet perspektiv. Det består i å innhente, systematisere og tolke kunnskap om sosial- og helsetjenestene i et tilsynsperspektiv. Det dreier seg om å ha en oversikt over tilstanden i befolkningens helsetilstand og sosiale forhold, behovet for tjenester og i hvilken grad helse- og sosialtjenestene fungerer i samsvar med helse- og sosiallovgivningen. Tilsynsmyndigheten skal følge med på hvordan tjenestene utøver sin virksomhet og gripe inn der det er mistanke om at virksomheter eller personell utøver tjenester i strid med helse- og sosiallovgivningen. Områdeovervåkingen danner grunnlag for Helsetilsynets prioriteringer og valg av tilsynsområder.

*Tilsynsmyndighetenes områdeovervåkingsprosjekt* er et strategisk utviklingsområde i Strategiplan for tilsyn med sosial- og helsetjenestene (2004-2006). Prosjektet skal utvikle systemer og ordninger som kan understøtte og bidra til å forenkle og kvalitetssikre områdeovervåkingsarbeidet. Viktigste kunnskapskilde er tilsynsmyndighetenes egen virksomhet. Erfaringer fra tilsyn blir systematisert, oppsummert og analysert. Det gjelder både erfaringer fra hendelsesbaserte tilsynssaker og fra planlagte tilsyn med virksomheter. I tillegg baseres områdeovervåkingen på statistikk og forskning, eller tilsynsmyndighetene henter inn kunnskap i form av kartlegginger o.a.

Områdeovervåking er en overordnet aktivitet der helhet, oversikt og omfang er i fokus.

Prosjektet har utarbeidet blant annet:

- Beskrivelse av alle typer kilder for tilsynserfaringer
- Tabell over alle kilder for tilsynserfaringer (faktisk innhold)
- Tiltak som skal bidra til bedre systematikk knyttet til innsamling og bruk av tilsynserfaringer. Noen av tiltakene som beskrives er konkrete årlige vurderinger vedrørende tilsynserfaringer.
- Oversikt over eksterne kunnskapskilder med lenker til disse
- Grunntenkning knyttet til følge med utfordringer og en modell for å velge hvilke områder vi skal følge med på.

- Tiltak knyttet til system for å følge med og (videre) utvikling av samarbeid med andre kunnskapsprodusenter
- utfordringer særlig knyttet til tilgjengelighet og bruk av kunnskapskilder som forelligger, eller bør forelligge, elektronisk på Helsetilsynets web eller intranett

### *Fylkesmennene og helsetilsynet i fylkene*

Helse- og sosialavdelingene hos fylkesmennene og helsetilsynet i fylkene bruker i varierende grad tilgjengelig nasjonal statistikk som grunnlag for å prioritere og målrette sitt tilsyns- og rådgivningsarbeid mot helse- og sosialtjenestene i fylket. Helsetilsynet i fylkene er trukket inn i Helsetilsynets områdeovervåkingsprosjekt og pålegges å gjennomføre og dokumentere områdemessige tilsynsvurderinger som grunnlag for sine valg av tilsynsaktiviteter.

### *Aktivitet i de utøvende tjenestene*

Mangelen på dokumentasjon og arbeidsgruppens svært svake representasjon når det gjelder de utøvende tjenestene, gjør at vi vet lite om det som foregår av praktiske følge med-aktiviteter ute i tjenestene. Det vi vet, tyder imidlertid på at omfanget er langt mindre enn ønskelig.

Vi vet at det foregår et betydelig antall prosjekter av ulik størrelse som har følge med eller evalueringsformål. Mange kommuner, helseforetak og sykehus igangsetter lokale kvalitetsutviklingsprosjekter som starter med en grunnregistrering av status på valgte områder. Fordelen ved disse lokale prosjektene er at de kan øke forståelsen for betydningen av og mulighetene som ligger i systematisk registrering av aktivitet og resultater. Denne lokale motivasjonen kan være avgjørende for å få gode data også i sentrale registreringer, og for at senere foreslåtte endringstiltak kan implementeres. Ulempen ved lokale prosjekter er at lokal utvikling av variabler, instrumenter og datasamlingsmetoder gjør aggregering og sammenlikning av tall vanskelig og resultatene forblir lokale.

### *Spesialisthelsetjenesten*

Om de regionale helseforetakene vet vi at deres arbeid med de nasjonale kvalitetsindikatorne har ulike løp. Alle helseregioner leverer nøkkeltall på de nasjonale kvalitetsindikatorne. I tillegg har hver region utviklet egne strategier for rapportering og utvikling av relevante nøkkeltall. Da vi ikke har hatt førstehånds informasjon i arbeidsgruppen, må vi holde oss til det som finnes på nettsider.

Helse Vest RHF har synliggjort sitt arbeid på dette området. De startet rapportering på regionale indikatorer i 2002, med første publisering i 2003. Indikatorne har vært rapportert på grunnlag av definisjoner utarbeidet i et samarbeid i helseregionen. Regionalt er målet at indikatorne skal gi:

- styringsinformasjon for regionalt helseforetak
- styringsinformasjon for helseforetakene
- grunnlag for forbedringsarbeid på sykehus- og avdelingsnivå
- offentlig tilgjengelig informasjon om sykehusene, bl.a. som grunnlag for fritt sykehusvalg

Helse Vest har foreløpig utarbeidet 16 kvalitetsindikatorer innen somatikk og psykiatri. Systemet skal videreutvikles med flere indikatorer. Noen indikatorer brukes til å sammenlikne mellom helseforetak, andre til å følge utviklingen over tid. Det er satt resultatmål for noen av indikatorene:

- Minst 80 % av epikrisene sendes innen 7 dager etter utskriving
- Helseforetakene skal som hovedregel ikke ha korridorpasienter
- Ingen pasienter skal ha over 48 timer preoperativ liggetid før behandling for lårhalsbrudd
- Overbelegg skal nærme seg null
- Andel tvangsinnleggelse skal ikke overstige 20 prosent

Slik vi forstår det, følges resultatene av indikatorene opp i en linjemessig styring, men i hvilken grad og på hvilken måte hvordan dette skjer nedover i helseforetakene, er for oss ukjent.

#### *Aktiviteter i regi av Kommunenes Sentralforbund (KS)*

KS startet i 2002 etableringen av de såkalte *Effektiviseringsnettverkene*. Grupper av kommuner danner nettverk der de med noe veiledningshjelp sammenligner seg med hverandre og seg selv over tid på grunnlag av KOSTRA-data og brukerundersøkelser gjennom såkalt "bench-learning". De kan eventuelt supplere med egendefinerte indikatorer. Innenfor helse- og sosialtjenesten har pleie- og omsorgstjenestene vært mest fokusert. Mange kommuner har etter hvert blitt med i effektiviseringsnettverk, og det er trolig den mest omfattende og systematiske vurderingsaktiviteten innenfor kommunale helse- og sosialtjenester som har foregått de siste årene. KS ønsker å motivere til hyppige målinger og å følge bruken av data. Foreløpig er det store forskjeller mellom ulike kommuner.

---

## 5. Drøfting og forslag til strategi og tiltak i videre arbeid

### ***Hva å følge med er og innebærer***

*Å følge med helse- og sosialtjenestene* innebærer å holde seg orientert om kvalitet og måloppnåelse i tjenestene. Kunnskapen følge med-aktivitetene bygger på og frembringer kan tjene flere formål og målgrupper som vist i tabell 1 på side 8.

Følge med-aktivitetene kan gjennomføres på ulike måter, og det er ikke slik at disse ulike måtene oppfyller de ulike formålene like godt. Derfor er det viktig å være tydelig i forhold til hvilke formål man ønsker å ivareta eller prioritere, og ha et bevisst forhold til innretningen av de tiltakene som velges. Det har ikke i tilstrekkelig grad vært tilfelle fram til i dag.

*Vi vil definere å følge med og evaluere sosial- og helsetjenestene som en aktiv vurdering av et faktagrunnlag i forhold til en norm eller målsetting og å reagere dersom vurderingen ikke viser et tilfredsstillende resultat.*

Å vite er altså ikke nok. Det må også skje en vurdering, og det må være vilje og evne til handling. Følge med aktivitetene består av følgende prosesselementer:

- Framskaffing og presentasjon av relevant faktagrunnlag.
- Analyse, vurdering og evaluering.
- Reaksjon, læring, iverksetting av relevante tiltak.
- Dokumentasjon

### ***Uensartede tjenester krever ulike løsninger, men noe bør være felles***

Helse- og sosialtjenesten består av så uensartede tjenester at det ikke er formålstjenlig eller mulig med felles løsninger på alle områder når de fem innsatsområdene i *Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten* skal konkretiseres og realiseres. De styringsmessige virkemidler som står til disposisjon for staten er også svært ulike i forhold til de statlig eide sykehusene på den ene siden og kommunesektoren på den andre siden. Det er imidlertid viktig at det etableres et felles forståelses- og begrepsapparat, og at krav til og løsninger for samhandlende instanser i tilstrekkelig grad ses i sammenheng.

Vi vil også sterkt understreke betydningen av at alle tiltak i den nasjonale kvalitetsstrategien ses og vurderes samlet. Det er fortsatt en lang vei å gå før systematisk kvalitetsarbeid har fått det

omfang og den utforming det bør ha. Et gjennomgående trekk både internasjonalt og her i landet er at det er lagt ned mye arbeid i utviklingen av kvalitetsindikatorer og fremskaffing av faktagrunnlag, men at formålet med disse indikatorene varierer og ikke sjelden er utydelig eller sprikende. Bruken av faktagrunnlaget i dokumenterte vurderinger og påfølgende iverksetting av kvalitetsfremmende tiltak synes bare å foregå i meget beskjeden grad. Selv om kunnskapsgrunnlaget er ufullstendig, er det rimelig grunn til å hevde at det i dag er altfor mange "Demings halvsirkler" i helse- og sosialtjenesten.

Helse- og sosialtjenestens mangfold, dette innsatsområdets kompleksitet og relativt unge status sammen med arbeidsgruppas sammensetning og virkemåte, gjør at våre forslag er av relativt generell natur. Det forutsetter at de ulike berørte instanser bringer arbeidet videre ut ifra sine ansvars- og styringsposisjoner. Så lenge vi skal se hele dette området under ett har vi funnet det hensiktsmessig å dele aktørene inn i to grupper, de som har et nasjonalt ansvar, og de som har et ikke-nasjonalt eller lokalt ansvar.

Et sentralt spørsmål er i hvilken grad nasjonalt følge med ansvar og lokalt forbedringsarbeid kan kombineres? Det er ønskelig at dette gjøres der det er mulig, men det må bero på en konkret vurdering der det er avgjørende at de ulike nivåers behov og egenart respekteres. Kvalitetsindikatorer som skal brukes i vurderings- og forbedringsarbeid ute i tjenestene, må lages av eller i samarbeid med de som arbeider der.

### **Ambisjonsnivå**

En strategi for det videre arbeidet med følge med- og evalueringsaktivitetene må avklare ambisjonsnivået, inkludert framdriften. Den må beskrive ansvars- og oppgavefordelingen mellom de ulike nivåene og instansene i helse- og sosialtjenesten, og den må drøfte hvilke virkemidler som er aktuelle å bruke.

Når det gjelder ambisjonsnivå, mener vi det må være naturlig å ta utgangspunkt i *Forskrift om internkontroll* av 20. desember 2002. Den gir et lovmessig pålegg og uttrykker et minstekrav for følge med- og evalueringsaktivitetene i helse- og sosialtjenesten. Sosial- og helsedirektoratets veileder *Hvordan holde orden i eget hus. Internkontroll i sosial- og helsetjenesten* (IS-1183), sier noe om hvordan internkontrollkravet er å forstå, men fortsatt er det betydelig rom for lokalt skjønn. På grunnlag av internkontrollplikten vil vi formulere følgende minstemål og krav til følge med og evalueringsaktivitetene i helse- og sosialtjenesten:

- Alle virksomheter i helse- og sosialtjenesten skal som ledd i sin kvalitetssikring og utvikling følge med i tjenestenes kvalitet og vurdere om kvaliteten er god nok. Ved utilfredsstillende kvalitet skal forbedrende tiltak settes i verk. Omfanget av følge med og evalueringsaktivitetene skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold.
- Deler av følge med og evalueringsaktiviteten skal skje mot nasjonalt bestemte standarder der slike finnes, og ved hjelp av nasjonalt bestemte kvalitetsindikatorer eller målemetoder.
- Virksomhetene skal dokumentere sine følge med og evalueringsaktiviteter. Dokumentasjonen skal være i en form og av et omfang som er nødvendig på bakgrunn av virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Den nærmere konkretisering av disse målene og når de skal være nådd, må tilpasses utviklingen av nasjonale standarder og kvalitetsindikatorer. De ulike instanser kan selv definere et ambisjonsnivå ut over det som følger av internkontrollens minstekrav.

### **Hovedutfordringer og suksessfaktorer**

På grunnlag av det faktagrunnlaget arbeidsgruppen har fått fram og de mer overordnede og prinsipielle betraktningene det er gjort greie for ovenfor, vil arbeidsgruppen peke på noen særlig viktige utfordringer:

- Den mangelfulle bruken av det faktagrunnlaget som allerede eksisterer. Det mangler faste organisatoriske strukturer som har følge med- og vurderingsaktiviteter som sin ordinære arbeidsoppgave og som følges styringsmessig opp i forhold til dette.
- Koordineringen på det nasjonale nivået er ikke god nok. Formålstydeligheten må bli bedre og sprikende styringssignaler unngås. Dette er avgjørende hensyn å ivareta i den videre utviklingen av nasjonale kvalitetsindikatorer og bruken av disse. Tilfredsstillende nasjonal koordinering vil ikke være mulig uten at oppgaven legges til definerte organisatoriske strukturer.
- Mange av de mindre enhetene ute i tjenestene trenger kompetansemessig og annen drahjelp for å komme i gang. For de mange små enhetene innenfor kommunal sektor, må slik hjelp komme fra eksterne kilder. Hele spekteret av rådgivings- og pådrivingsvirkemidler må tas i bruk.
- Arbeidet med å få fram kvalitetsindikatorer som er egnet til bruk i praktisk forbedringsarbeid av helse- og sosialpersonell selv i tjenestenes frontlinje bør prioriteres.

De mange kommunale *effektiviseringsnettverkene* i regi av KS er trolig en av de mest vellykkede følge med- og vurderingsaktivitetene i helse- og sosialtjenesten i dag. Disse nettverkene er kjennetegnet ved at:

- De er rettet mot tjenester som oppfattes som viktige av alle parter
- Det finnes et tilrettlagt faktagrunnlag som tillater sammenligning
- Kommunene har fått kompetansebistand i gjennomføringen
- Kommunene er selv gitt mulighet til å påvirke framtidige kvalitetsmål
- Eksempler og adekvat informasjon er tilgjengelig på internett

Dette er sannsynlige suksessfaktorer med stor overføringsverdi.

---

## **AKTUELLE VIRKEMIDLER OG TILTAK – NASJONALT NIVÅ**

---

I det følgende er omtalt aktiviteter og tiltak vi mener bør ivaretas av det nasjonale nivået.

### *Utvikling av nasjonale mål og krav*

Dels handler dette om utvikling av lover, forskrifter og regelverkstolking. Dels handler det om å formulere mål og utvikle anbefalte eller ønskede standarder. Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet sitter i førersetet for dette arbeidet, men det må skje i nært samarbeid med KS, de regionale helseforetakene og berørte

fagmiljø. Nasjonalt kunnskapssenter har en rolle i utvikling av metodekompetanse. Helse- og omsorgsdepartementet er i en spesiell posisjon ved at departementet har en direkte linjemessig styring av de regionale helseforetakene og dermed hele spesialisthelsetjenesten.

#### *Utvikling av felles forståelse og begrepsapparat*

Utvikling av felles forståelsesramme og begrepsapparat er viktig for å lykkes med kvalitetsstrategien. Dette kan gjøres på flere måter. Et virkemiddel kan være å lage en begreps- og definisjonskatalog.

#### *Få fram nødvendig faktagrunnlag*

De nasjonale instansene må selv bestemme hvilket faktagrunnlag de trenger for å kunne løse sine oppgaver og utøve sin overordnede styring av helse- og sosialtjenesten, og de må sørge for at dette faktagrunnlaget framskaffes. Framskaffing vil dreie seg både om å utvikle hensiktsmessige metoder og valg av data/indikatorer. Problemstillingen er drøftet i *Nasjonal helseplan (2007-2010)* (s.282):

#### *Utvikling av grunndata og nøkkeldata/indikatorer*

*Gode grunn- og nøkkeldata er en forutsetning for å ha oversikt over status i forhold til kvalitet og prioriteringer, endringer over tid og forskjeller mellom lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Innenfor pleie- og omsorgssektoren og i spesialisthelsetjenesten er det utviklet nasjonale indikatorer som skal kunne brukes av befolkningen for å sammenlikne tjenestetilbud, av eiere og politikere på ulike nivå som grunnlag for styring og for tjenesteutøvere og ledere som grunnlag for kvalitetsforbedring. I nasjonal helseplanperiode er det et mål å videreutvikle det nasjonale indikatorsystemet, slik at det blir et sett av overordnede nøkkeldata som sier noe om praksis i norsk helsetjeneste ut fra de seks dimensjonene ved god kvalitet. Dataene bør illustrere endringer over tid og ulikheter på tvers av fagfelt og geografiske områder. Erfaringene med dagens nasjonale indikatorer viser at det er vanskelig å finne gode indikatorer som treffer alle formål og målgrupper. Det er derfor behov for å differensiere tydeligere mellom mål og målgruppe for indikatorer. Direktoratet vil, som ledd i sin "følge med" rolle, ha den sentrale rollen i videreutviklingen av de nasjonale indikatorene. Nasjonalt kunnskapssenter, med sin metodekompetanse, er en viktig samarbeidspartner. I tillegg til det nasjonale indikatorsystemet, er det et mål at ledere skal utvikle indikatorer som ledd i eget kvalitetsforbedringsarbeid, i tråd med internkontrollforskriften.*

*Utviklingen av nøkkeldata/indikatorer vil ta utgangspunkt i allerede eksisterende datakilder. For kommunesektoren vil dette være KOSTRA. Innføringen av IPLOS i kommunene fra 2007 gir muligheter for å utvikle indikatorer som gir informasjon om omfang og prioriteringer av tjenester i kommunene, og kommer i tillegg til rapportering basert på KOSTRA. Innenfor spesialisthelsetjenesten er Norsk pasientregister og nasjonale medisinske kvalitetsregistre sentrale og egnede kilder, på tross av utfordringer knyttet til datakvalitet og metode. Øvrige datakilder er de nasjonale helseregistrene og de nasjonale helseundersøkelsene. En særskilt utfordring er forskjellene i grunnlagsdata, rapporteringsordninger og nøkkeldata fra første- og andrelinjetjenesten.*

Sykehusreformen etter foretaksmodellen ga de regionale helseforetakene stor frihet til valg av strategier og løsninger. Det vises blant annet i hvordan sykehusene prioriterer og løser arbeidet med å følge med og evaluere sine tjenester. I Nasjonal helseplan 2007-2010, legger Helse og Omsorgsdepartementet vekt på å identifisere og utvikle områder for samordning og harmonisering. Blant annet skal dette gjelde videreutvikling og forbedring av felles datasett og metodikk til å dokumentere aktivitet og kapasitet (st.prp. nr. 1 s 268 – 272).

Som et ledd i regjeringens arbeid med å modernisere og effektivisere offentlig sektor, har Fornyings- og administrasjonsdepartementet tatt initiativ til prosjekt, StatRes-prosjektet, som skal finne fram til indikatorer som sier noe om resultatene og effektiviteten i statlig virksomhet. Spesialisthelsetjenesten er valgt som område for et forprosjekt, og Fornyings- og administrasjonsdepartementet samarbeider med SSB og Helse- og omsorgsdepartementet. Vi vil peke på at dette arbeidet ikke må komme på siden av eller i tillegg til det arbeidet med indikatorer som er beskrevet ovenfor i *Nasjonal helseplan*, men må bli en integrert del av dette.

#### *Gjennomføre følge med og evalueringsaktiviteter*

De nasjonale instanser må gjennomføre og dokumentere sine følge med og evalueringsaktiviteter ut ifra de oppgavene de er tillagt og komme med (forslag til) tiltak der evalueringsfunnene tilsier det. Eksempler på nasjonale tilstandsvurderinger finner vi i statsbudsjettbidragene fra de ulike fagdepartementene og Sosial- og helsedirektoratets *Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren. Rapport fra Sosial- og helsedirektoratet 2006(IS-1368)* og ulike evalueringsrapporter på utvalgte områder.

#### *Koordinering*

Mange instanser driver følge med aktiviteter med relevans for helse- og sosialtjenesten på et mer overordnet og nasjonalt nivå. Det er et viktig mål å få til en hensiktsmessig ansvars- og oppgavefordeling, samhandling og samordning mellom disse instansene. Vi tror det blant annet krever etablering av en koordinerende instans som har oversikt over de ulike aktørene og kan sørge for at faktagrunnlaget som finnes er kjent og tilgjengelig for alle relevante instanser. Oversikten og koordineringen må også omfatte utviklingen av kvalitetsindikatorer og annet faktagrunnlag som brukes i følge med og evalueringsøyemed.

*Nasjonal helseplan* varsler at det skal opprettes et nytt *Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering*. I begrunnelsen for å opprette et slikt råd heter det blant annet (s.281):

*For å tydeliggjøre de ansvarsbærende aktørenes roller og ansvar i kvalitets- og prioriteringsarbeidet for å bedre samhandlingen mellom nivåene og skape mer helhet i og åpenhet omkring kvalitets- og prioriteringsarbeidet i helsetjenesten, vil departementet etablere et nasjonalt råd for kvalitet og prioritering. Rådet skal bidra til en samordnet innsats på tema av overordnet karakter hvor det er behov for drøfting på tvers av ansvarsposisjoner.*

Vi tror det i tillegg er behov for å etablere en mer operativ gruppe eller instans for at koordineringsoppgavene skal bli ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Et særlig viktig område for koordinering er samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester. Her bør Helse- og omsorgsdepartementet i kraft av sin

styringsposisjon overfor spesialisthelsetjenesten, i samråd med Sosial- og helsedirektoratet og KS, sørge for at tilstrekkelig koordinering av krav og aktiviteter skjer.

#### *Tilretteleggerrolle*

Det nasjonale nivå, og i særlig grad Sosial- og helsedirektoratet, har en viktig oppgave som tilrettelegger for at instanser og aktører på et ikke-nasjonalt og lokalt plan kan settes i stand til å gjennomføre følge med og evalueringsaktiviteter på en god måte. Dette kan i hovedsak skje på to måter. For det første gjennom utvikling av gode kvalitetsindikatorer som kan brukes gjennomgående på flere nivåer i tjenestene. En slik utvikling må skje i samarbeid og dialog med det ikke-nasjonale og lokale nivå. For det andre ved å presentere kvalitetsindikatorer og annet faktagrunnlag på en måte som gjør det enkelt for andre instanser, for eksempel ulike kommunale tjenester, å bruke dem i følge med og evalueringsaktiviteter. Eksempler på tilretteleggeraktiviteter er utviklingen av kommunehelseprofiler og presentasjonen av andre KOSTRA-data.

#### *Kompetanseutvikling og erfaringsoverføring*

Kompetanseutvikling og erfaringsoverføring er en generell problemstilling for alt som har med kvalitetsutvikling å gjøre, og tiltakene må vurderes samlet for hele kvalitetsstrategien. Et kontinuerlig arbeid med å harmonisere og validere indikatorer på tvers av beslutningsnivåer innebærer kompetanseutvikling på både nasjonalt og lokalt nivå.

---

## **AKTUELLE VIRKEMIDLER OG TILTAK – IKKE-NASJONALT OG LOKALT NIVÅ**

---

Det ikke-nasjonale og lokale nivået består av svært ulike organisasjoner fra de regionale helseforetakene til små kommunale eller private tjenesteenheter. I det følgende er omtalt aktiviteter og tiltak vi mener bør ivaretas av de ulike instanser på ikke-nasjonalt og lokalt nivå.

#### *Oppfylging av internkontrollkravene*

Den enkelte virksomhet må vurdere hva internkontrollkravene knyttet til å følge med og evaluere egne tjenester innebærer i praksis for dem og ta konsekvensen av dette.

#### *Utvikling av felles forståelsesramme og begrepsapparat*

Også lokalt er det nødvendig å arbeide for å etablere en felles forståelsesramme og et felles begrepsapparat. Dette er en grunnleggende del i byggingen av den lærings- og forbedringskulturen kvalitetsstrategien forutsetter.

#### *Utvikling av lokalt relevante indikatorer og få fram relevant faktagrunnlag*

De lokale miljøene må engasjere seg i utviklingen av indikatorer som er relevante og valide i vurderingen av egen virkelighet. Men de bør samtidig prøve å finne fram til indikatorer som også kan brukes på høyere nivåer og til sammenligning med andre.

De lokale miljøene må videre bidra til å få frem relevante og valide data og om nødvendig aktivt søke hjelp for å få gjort de følge med og evalueringsaktiviteter man enten er pålagt eller selv ønsker å gjennomføre.

Det er også viktig at alle ikke-nasjonale aktører bidrar med innspill på de arenaer som er tilgjengelige for at de nasjonale kvalitetsindikatorne blir best mulige.

### *Koordinering*

Instansene på ikke-nasjonalt og lokalt nivå er svært ulike. De regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er store organisasjoner med et betydelig behov for koordinering. Men også i kommuner vil det ofte være koordineringsbehov. Nødvendig koordinering må uansett sikres på adekvat ledernivå.

---

REFERANSER

---

- (1) Rygh LH, Morland B. [The good quality indicators]. Tidsskr Nor Laegeforen 2006; 126(21):2822-2825.
- (2) Norsk Akkreditering. Hva ER akkreditering? <http://www.akkreditert.no/cgi-bin/na/imaker?id=1343&visdybde=2&aktiv=1343> 2006.
- (3) Quality of health systems. <http://www.euro.who.int/eprise/main/who/progs/qhs/Home> 2005.
- (4) OECD Health Care Quality Indicators Project. [http://www.oecd.org/document/31/0,2340,fr\\_2649\\_33929\\_2484127\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html#Aim](http://www.oecd.org/document/31/0,2340,fr_2649_33929_2484127_1_1_1_1,00.html#Aim) 2007.
- (5) Kvalitetsmåling i Sundhetsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe. 2003. Nordiska Ministerrådet. NHV-Rapport 2003:1.
- (6) Developing European Union health indicators. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_information/indicators/indic\\_data\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_information/indicators/indic_data_en.htm) 2006.
- (7) Kelley E, Hurst J. Health Care Quality Indicator Project Conceptual Framework Paper. <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf> 2006.
- (8) A System of Health Accounts. [http://www.oecd.org/document/8/0,2340,en\\_2649\\_37407\\_2742536\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/8/0,2340,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html) 2006.
- (9) Den Danske Kvalitets Model for Sundhetsvæsenet - Modelbeskrivelse. [http://www.sst.dk/upload/planlaegning\\_og\\_behandling/kvalitetsudvikling/kvalitetsmodellen/modelbeskrivelse\\_dk\\_%20201204elek.pdf](http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/kvalitetsudvikling/kvalitetsmodellen/modelbeskrivelse_dk_%20201204elek.pdf) 2004.
- (10) Information om Nationella kvalitetsregister. [http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso\\_sjuk/Kvalitetsregister/kva000.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Amnesord/halso_sjuk/Kvalitetsregister/kva000.htm) 2006.

- (11) Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project. *Int J Qual Health Care* 2006; 18 Suppl 1:5-13.
- (12) Rygh L. Informasjonsbank for kvalitetsindikatorer.  
<http://www.kunnskapssenteret.no/index.php?back=2&artikkelid=363> 2006. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- (13) Clench-Aas J et al. Methodological development and evaluation of 30- day mortality as quality indicator for Norwegian hospitals. Report 4 -2005. Oslo, Norway, Norwegian knowledge centre for the health services.

Seksjonen "følge med" og evaluere hadde ca 70 deltakere med svært varierende bakgrunn. Innledningen fokuserte behovet for ikke bare å registrere og rapportere gode data men også å følge opp med evaluering og handling. Innledningen sluttet med følgende spørsmål til diskusjon:

- Hvilke følge med og evalueringsaktiviteter foregår i dag på ditt arbeidsområde?
- Hva bør følges med på ditt arbeidssted for å gi et bedre tilbud?
- Hvordan kan dette gjøres?
- Hva skal til for å lykkes?
- Har du synspunkter på ansvars- og oppgavefordelingen på dette området?

Spørsmålene ble diskutert i grupper før en oppsummering i plenum. Vi har sortert tilbakemeldingene under overskrifter som ikke nødvendigvis følger spørsmålene.

#### **Hvorfor:**

- Hensikt: må være avklart fra topp eller 'bunn' sirkelen må fullføres -Hva skal det brukes til?
- Evaluering må være naturlig i alt klinisk arbeid og ledelse
- Det er et lederansvar å følge kvalitetssirkelen helt rundt
- Politisk ansvar å si hva som er godt NOK i hver avd. / kommune
- Ha kontinuerlig oversikt over svake områder

#### **Hvordan - Sentralt nivå**

- Lage arenaer for læring og erfaringsdeling
- Evidens Based Quality Improvement
- Kvalitetsbegrepet - brukeropplevd , faglig, ledelseskvalitet
- Nasjonale arenaer for erfaringsutveksling
- Internasjonal inspirasjon og ekspertise
- Samhandling mellom denne konferansen og norske WHO-nettverk
- Opplæring av ledere - alle nivå (spes lavt)
- Kvalitetskrav gjennomgående på flere nivåer
- Standardisere spørsmål for ulike behandlingssituasjoner/settinger
- Forankring i ledelse – følge kvalitetssirkel over tid.
- Gode rutiner = god kvalitet
- Opplæring og kompetanseheving på datainnsamling

#### **Hvordan - Lokalt nivå**

- Kvalitetskrav må være gjennomgående. Brukes på flere nivåer
- Standardisere spm i ulike behandlingssituasjoner
- Begynne å måle lokalt.
- Lokalt produserte spørsmål
- Transparens mellom bruker og utøver
- Trygghet for å innrømme feil
- Brukerundersøkelser

- Holdning til forbedringsarbeid – selvevaluering. Vilje til endring, raushet, læring.
- Inn på blårussens arena -utfordre analyseregimet
- Tenke utradisjonelt betyr å ta brukere aktivt med

### Etterlyser forskning på

- Organisasjoner som sosiale systemer
- Finne hva som fremmedgjør fotfolket – lederutfordring. (finne barrierene)
- Monitorering av behandlingsforløp
- Forløpsbeskrivelser – også vha fortellinger
- Behov for forskning på sosialtjenesteområdet -samarb med HUSK
- Skaffe oversikt over hvilke målemetoder som finnes. Styrker og svakheter ved disse
- Behov for forskning på resultater av de planene vi diskuterer.

### Påminnelser / råd

- Det etiske språket er fraværende i dokumentene
- Hvordan få brukerne på banen?
- Hvem eier data?
- Lær av gjennombruddsprosjektene
- Endring av system skjer oftest på yttersiden – men ikke på innsiden
- Kulturendring = Utdanning og supervisjon på alle nivå
- Indikatorer må utvikles etter en bred prosess og vare relativt lenge. (minst 5 år?)
- Måloppnåelse bør formuleres positivt og ansvarliggjøres på avdelingsnivå
- Konkretisere ulike aspekter av kvalitet innen hvert tjenestoområde

### Hva skal til for å lykkes

- Kvalitetsarbeid må inn i styringsdokumenter
- Indikatorer må være lokalt forankret
- Personalet må ha mer analysekunnskap
- Lederansvar å følge kvalitetssirkelen helt rundt
- Politisk ansvar å si hva som er godt NOK i hver avd. / kommune
- Ha kontinuerlig oversikt over svake områder
- Systematisk jobbing med resultater av undersøkelser
- Velge ut noen få områder som er relevante lokalt
- Følge opp målinger og prioritere ressurser
- Må være både bottom-up og top-down
- Må jobbe tverrfaglig og med hele behandlingsforløpet