

Vi vet lite om kvaliteten i primærhelsetjenesten, også fastlegevirksomheten: *Hva kan vi gjøre med det?*

■ ANNE KARIN LINDAHL, TORIL BAKKE, ÅNEN RINGARD OG SIGNE FLOTTORP *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Det er en overordnet helsepolitisk målsetning at landets innbyggere skal tilbys likeverdige og kvalitativt gode helsetjenester uavhengig av hvor de bor. I kommunehelsetjenesten er ansvaret for kvaliteten på helse- og omsorgstjenestene fragmentert. De 430 kommunene har ansvaret for helse- og omsorgstilbudet til innbyggerne i sin kommune, og står relativt fritt til å løse dette, og det er lite samlet informasjon om hvilke helsetjenester som tilbys og hvilken kvalitet de har. Dette står i kontrast til spesialisthelsetjenesten, der de fire regionale helseforetakene (RHFene) rapporterer på de samme indikatorer for kvantitet og kvalitet i henhold til det årlige oppdragsdokumentet.

I 2008 ble Norge med i Commonwealth Funds sammenlignende helseundersøkelser. Den første undersøkelsen viste at vi i Norge har liten kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenesten sammenlignet med andre land, og vi benytter i liten grad data fra resultater av behandlinger eller fra pasientenes erfaring med tjenestene til systematisk kvalitetsarbeid (1). På bakgrunn av denne undersøkelsen utredet Kunnskapssenteret norske og internasjonale erfaringer med kvalitetsarbeid i allmennlegetjenestene (2). Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet ba våren 2010 Kunnskapssenteret om å utrede og anbefale elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for hele primærhelsetjenesten. Vi skulle legge til grunn Samhandlingsreformen samt den gjeldende kvalitetsstrategien, lover og forskrifter. I oppdraget ble det presisert at et slikt kvalitetssystem skal ha flere mål. Det skal ha brukerfokus, gi grunnlag for brukervalg og for virksomhetsstyring, gi informasjon til befolkning og myndigheter om kvalitet og understøtte det lokale kvalitetsarbeidet. Videre ble Kunnskapssenteret bedt om å se på muligheter for videreutvikling og implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetssystem for fire av deltjenestene: de forebyggende tjenester, pleie- og omsorgstjenester, fysioterapitjenester og fastlegetjenester med øvrige allmennlegetjenester. Arbeidet har resultert i en hovedrapport og

fire delrapporter (3–6). Denne artikkelen vil kortfattet skissere innholdet i hovedrapporten, samt hovedtrekk fra delrapporten om fastlegevirksomheten.

Involvering av interessenter

Kunnskapssenteret fikk beskjed om å involvere sentrale aktører i arbeidet. Vi har derfor hatt en rekke møter med mange som har kunnskap om det kvalitetsarbeid som i dag foregår, og som arbeider i eller er ansvarlige for kommunale helse- og omsorgstjenester. Delrapportene har også medforfattere fra tjenestene selv, og disse har gitt gode innspill og bidrag til disse rapportene. Vi har i tillegg hatt en ekstern prosjektgruppe bestående av eksperter på området som har fulgt prosessen underveis, blant annet gjennom å delta i høringsrunder på rapportutkastet. Vi har avholdt to dialogkonferanser med god deltagelse; den første for å avklare hva interessentene mente var de sentrale utfordringene med et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, og den andre for å diskutere de konkrete forslagene i rapporten og prioritere tiltakene som er foreslått.

Metode

Vi har innhentet norske og internasjonale erfaringer og forskningsdokumentasjon, dels ved systematiske søk, dels ved snøballmetoden, der vi gjennom kontakter og dokumenter har blitt vist videre til sentrale kontaktpersoner som har informasjon, og til andre dokumenter som ikke kan finnes gjennom litteratursøk i vanlige databaser (såkalt grå litteratur, rapporter og lignende). Vi har identifisert elementer som kan inngå i et kvalitetssystem, og sett på alternativer for implementering og videreutvikling. Dette har vi diskutert med ekstern prosjektgruppe og med interessentene som beskrevet over, i forhold til norsk kontekst. Vi har kommet fram til følgende anbefalinger av elementer til et nasjonalt kvalitetssystem, og metodikk for utvikling og videreutvikling av elementene:

Hovedanbefalinger

- Målsetningen med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte, i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået (FIGUR 1 SIDE 16).
- For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører, som grunnprinsippet for utvikling og implementering.
- Pasientene må få tilgjengelig og forståelig informasjon om kvalitet, må i større grad enn i dag gis mulighet til å etterspørre kvalitet og sikkerhet, og bidra til kvalitetsutvikling av tjenestene.
- Kvalitet på tjenestene må måles og synliggjøres på en måte som er nyttig for brukerne og for utøvernes egen kvalitetsforbedring.
- Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer i alle delene av primærhelsetjenesten er et sentralt element i et nasjonalt kvalitetssystem. Disse bør utvikles i tråd med prinsippene skissert i rapporten Rammeverk for kvalitetsindikatorer (8).
- Manglende IKT tilgjengelighet, koordinering og funksjonalitet i forhold til å innhente, bearbeide og analysere data er en hovedhindring for å dokumentere kvalitet.
- For at sammenlikning av måltall for kvalitet (benchmarking) skal bidra til kvalitetsforbedring, må det settes i gang målrettede prosesser i den enkelte tjeneste. Dette arbeidet kan tilpasses særlige utfordringer lokalt, men kan også gjennomføres som regionale eller nasjonale satsninger.
- Ansvarlige ledere på nasjonalt og kommunalt nivå, og lederne av de enkelte tjenestene, må etterspørre og kunne dokumentere kvalitet i større grad enn i dag. En drahjelp for å få til dette, kan være å kreve årlige kvalitetsrapporter fra deltjenestene og kommunene. Dette kan legge grunnlag

for en årlig nasjonal rapport. I tillegg kan det være behov for å fokusere mer på pasientsikkerhet, og etablere en meldeordning for uheldige hendelser også i primærhelsetjenesten på linje med spesialisthelsetjenesten. Fokus for en slik meldeordning må være forståelse og læring.

- Kompetanse er viktig for å sikre og utvikle kvalitet i primærhelsetjenesten. Både fagkompetanse og kvalitetsforbedringskompetanse trenges. Kunnskapsbasert praksis og forbedringskompetanse bør i større grad enn i dag legges inn i grunn-, videre- og etterutdanning for helsepersonell.
- Det er behov for mer forskningsbasert kunnskap om kvalitetsforbedring i primærhelsetjenesten. Prosjekter som innnganges, inkludert et nasjonalt kvalitetsystem, må systematisk evalueres.
- For å gi kraft og retning i arbeidet, foreslås

det å etablere en egen enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet. Enheten må koordinere de mange og til dels fragmenterte ordningene som finnes i dag, og etablere teknisk støtte og prosessstøtte til det lokale forbedringsarbeidet. Arbeidet bør i stor grad bygge på initiativer som allerede er igangsatt, og hovedfokuset bør være læring og kvalitetsforbedring.

Lovfesting av kvalitetsforbedringsarbeid for de kommunale helse- og omsorgstjenester kan være et godt hjelpemiddel for å få til en økt og koordinert satsning på kvalitet. Brukerfokus har vært en viktig føring i arbeidet som en verdi i seg selv, og i tillegg vektlegges det at pasienter og brukere er viktige som pådrivere for å dokumentere og utvikle tjenestenes kvalitet.

Anbefalinger og kommentarer fra delrapporten om fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester

Rapporten om fastlegevirksomheten og øvrige allmennlegetjenester tar utgangspunkt i dagens status og utfordringer. Fastlegeordningen er i hovedsak vellykket, brukerundersøkelser viser at folk er fornøyd med fastlegeordningen og de fleste fastlegene trives i jobben. Det er likevel flere utfordringer og rom for forbedringer, og vi trenger mer kunnskap om kvaliteten av legetjenestene både for å kunne drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for å kunne følge med.

Sett i forhold til oppgaver og ansvar, og i lys av Samhandlingsreformen, er det behov for å styrke allmennlegetjenesten både i volum og kvalitet. Siden 1990 har antall legeårsværk økt med 42 prosent i primærhelsetjenesten og med 93 prosent i spesialisthelsetjenesten. Primærlegeandelen er i samme periode redusert fra 35 prosent til 28 prosent. Det er nødvendig å øke utdanningskapasiteten for å få flere spesialister i allmennmedisin.

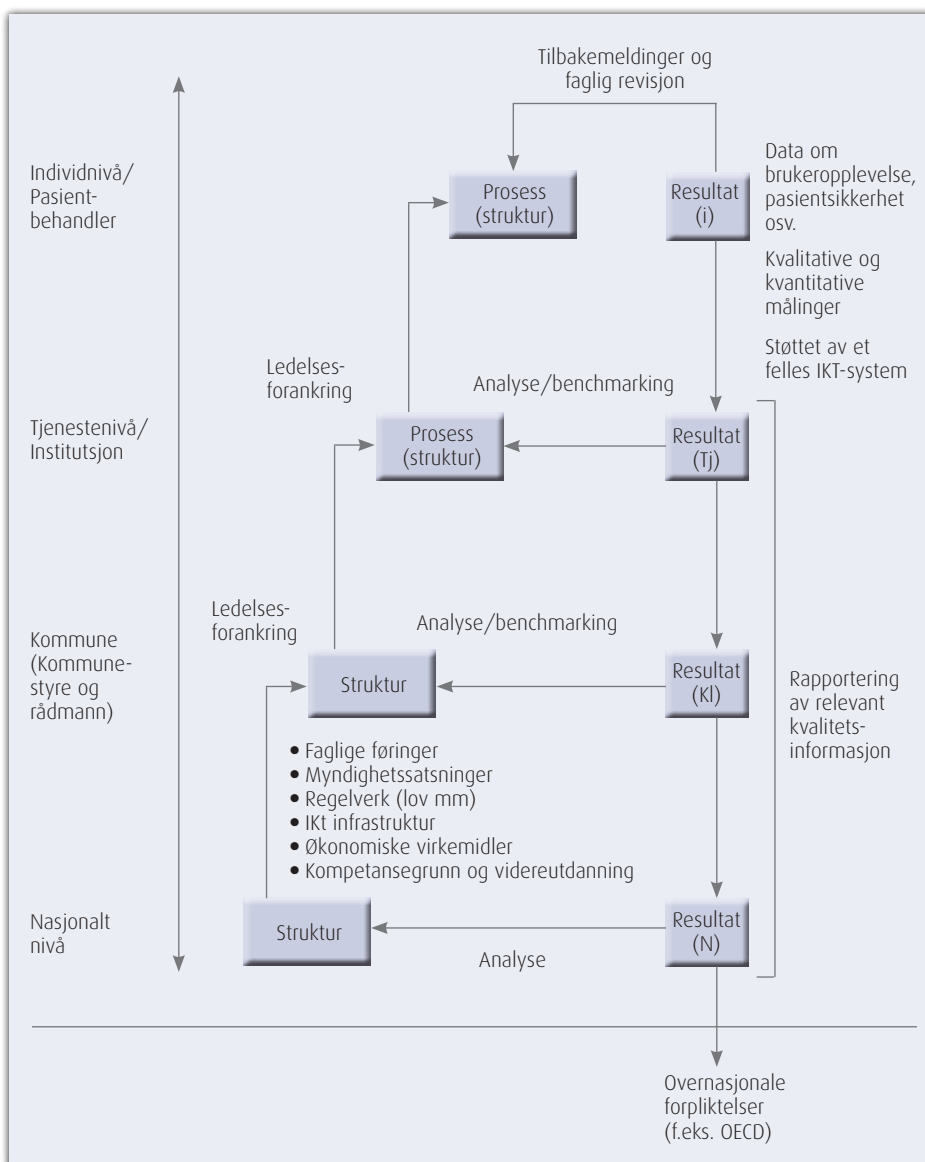
Internasjonalt er det økende erkjennelse av primærhelsetjenestens betydning, og av behov for reformer i helsetjenesten for å styrke primærhelsetjenesten generelt og allmennmedisinen spesielt. Flere ulike tilnærminger har vært brukt internasjonalt for å fremme kvalitet, blant annet:

- Akkreditering av allmennleger/praksis
- Utvikling av kliniske kvalitetsindikatorer og monitorering av praksis
- «Pay for performance» – betaling etter ytelse og kvalitet i helsetjenesten
- Måling av pasienttilfredshet med allmennpraksis
- Praksisinitiert kvalitetsforbedringsarbeid, bl.a. bruk av læringsnettverk og derved utviklet kapasitet og kunnskap om forbedringsarbeid
- Partnerskap mellom helsemyndigheter og famgljone

Det er viktig å lære av internasjonale erfaringer samt oppsummert forskning om effekten av tiltak for kvalitetsforbedring. Ved implementering av elementene i et nasjonalt kvalitetsystem bør det bygge videre på gode nasjonale prosjekter og erfaringer.

Gjennomføringen av et nasjonalt kvalitetsystem bør skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene, basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid. En forutsetning for å etablere et godt nasjonalt kvalitetsystem for primærhelsetjenesten, er å få på plass et velfungerende IT-system. Til tross for at elektroniske pasientjournaler har vært i utstrakt bruk i norsk allmennmedisin i en årrekke, er det fortsatt behov for en stor og målrettet satsning

FIGUR 1. Modell av et nasjonalt kvalitetsystem for primærhelsetjenesten.



for å få på plass funksjonelle EPJ-løsninger, både i forhold til trygg og sikker pasientbehandling, og for å kunne høste data for lokalt kvalitetsforbedringsarbeid og for monitorering av kvalitet i praksis.

Krav til spesialistutdanning og til vedlikehold av spesialitet for å arbeide selvstendig som allmennlege vil sikre en formell kompetanse, og bidra til at legene forpliktes til kontinuerlig faglig videreutvikling. Kompetansebasert etterutdanning, basert på individuelle læreplaner, kan vurderes for å sikre reell faglig utvikling. Det kan vurderes å legge inn spesifikke krav om deltakelse i kvalitetsforbedringsarbeid, samt ferdigheter i forhold til kunnskapsbasert praksis, både for å oppnå spesialiteten, men særlig for den femårige resertifiseringen av spesialiteten.

Legeforeningen har vedtatt å etablere Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere de mange og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.

UTFORDRINGER FOR DE ANDRE DELTJENESTENE:

Forebygging, pleie- og omsorg og fysioterapitjenestene

De andre del tjenestene har ikke hatt noen pådrivere for kvalitetsarbeidet slik Legeforeningen har stått for når det gjelder allmennlegetjenestene. De kommunale pleie- og omsorgstjenestene har et system for innrapportering av data (KOSTRA), men kvalitetsdata i dette systemet har stort sett vært strukturelle. Vi vet således lite om kvaliteten av prosesser og resultater fra disse tjenestene – i likhet med de andre kommunale helsetjenestene. For de forebyggende tjenestene, særlig helsestasjons- og skolehelsetjenesten har vært trukket fram, etterlyses det både gode IKT-systemer (mange har ikke engang tilgang til PC!) og en større tydelighet med hensyn til hvem som har det overordnede ansvaret for tjenestenes kvalitet. For fysioterapitjenestene er det særlig arbeidet med et kvalitetsregister som er løfterikt, der data på kvalitet på tjenestene kan hentes fra. Disse tjenestene etterlyses også retningslinjer og kvalitetsledelse.

Konklusjon

Det er mange erfaringer å høste fra med hensyn til kvalitetsarbeid nasjonalt og internasjonalt. Ved etableringen av et nasjonalt kvali-

tetssystem bør vi bygge på dette, blant annet for å ivareta initiativ og entusiasme som utøverne av tjenestene har. En viktig drivkraft for norske helsearbeidere er å gi tjenester av god kvalitet, men det er behov for flere verktøy og mer overordnet og helhetlig støtte for å få dette til. En nasjonal satsning på et kvalitetssystem for primærhelsetjenesten som skaffer både myndigheter, ledere, brukere og utøvere data om kvaliteten av de tjenestene som leveres er helt nødvendig. Dette kan vi bruke til lokalt, regionalt og nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid dersom vi legger forholdene til rette for dette. Allmennlegene har lagt et godt grunnlag gjennom tidligere prosjekter og arbeidet med innholdet i SAK. Nå gjenstår det for sentrale myndigheter og ansvarlige ledere i kommunene å bidra til at det blir både en lokal og en nasjonal satsning på kvalitet i primærhelsetjenestene. Vi tror at lovfesting av kommunens ansvar for kvaliteten i helsetjenestene er en viktig drahjelp i dette arbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet har nå lansert dette i sitt forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny lov om folkehelse. Vi håper at vårt arbeid med å utrede og vurdere elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten blir tatt hensyn til i disse viktige lover og i arbeidet som pågår med ny nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015).

REFERANSER

1. Holmboe O, Bjertnæs ØA, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA Commonwealth Fundundersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 24-2009.
2. Lindahl AK, Bjertnæs A, Flottorp SA, Nyen B, Nylenna M, Reinar LM, Ringard Å, Røttingen JA. Norske og internasjonale tilnæringer til arbeid med kvalitet i allmennlegetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 03-2010.
3. Lindahl AK, Bakke T. Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 20-2010.
4. Denison E. Delrapport 1: Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, fysioterapitjenesten. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.
5. Reinar LM, Larum L, Vege A. Delrapport 2: Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – pleie- og omsorgstjenesten. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.
6. Wang H. Delrapport 3: Utvikling av kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – forebyggende helsetjenester. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.
7. Flottorp S, Nyen B, Hansen TE, Roksund G, Sandvik E, Thesen J. Delrapport 4: Nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester. Notat fra Kunnskapssenteret 2010.

signe.flottorp@kunnskapssenteret.no
 torill.bakke@kunnskapssenteret.no
 ånen.ringard@kunnskapssenteret.no
 anne.karin.lindahl@kunnskapssenteret.no



FOTO: S. HANSEN/NTNU/NTNU, S. HANSEN/NTNU/NTNU, S. HANSEN/NTNU/NTNU, S. HANSEN/NTNU/NTNU