29.05.12

Den Norske Legeforening

Postboks 1152 Sentrum

0107 Oslo

**Utkast til høringsinnspill om Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet.**

Norsk forening for palliativ medisin (NFPM) takker for muligheten til å komme med innspill, og vil berømme legeforeningen for et fyldesgjørende svar.

Vi er enig i svært mye av det som er nevnt under de 8 punktene, men vil gjerne få komme med noen tilleggskommentarer.

**Vedr sp 1**. Nest siste avsnitt: Vi mener at det kan presiseres at ”det må utvikles **felles** IKT løsninger som støtter, forenkler og trygger arbeidsoppgavene”

**Vedr sp 2**: Hva er god service: **Tilgjengelighet** som mål for kvalitet bør presiseres.

**Vedr sp 3:** Avsnitt 1 tilføyes: ” Et sømløst pasientforløp stiller store krav til kommunikasjon mellom forskjellige aktører innad og på tvers av helsetjenestenivåene.”

Avsnitt 2: ”Kontinuitet i pasientbehandlingen” foreslår vi skrevet om:

Effektiv og god pasientbehandling avhenger ikke bare av at hver enkelt helsearbeider gjør en god jobb, men også av at logistikken i behandlingsforløpene er smidig.

Rask informasjonsutveksling mellom leger som er involvert i samme behandling forutsetter at legene på en enkel måte kan konsultere hverandre. Legeforeningen mener ny informasjonsteknologi gir en rekke nye muligheter for mer effektiv utveksling av pasientopplysninger, og må utvikles på en måte som ivaretar personvernhensynet. EPJ-*løftet* er allmennlegenes forslag til kvalitetsheving av EPJ, men vil også kunne være nyttig for avtalespesialistene.

Tiltak for å forbedre og kvalitetssikre kommunikasjonen og ansvarsfordelingen (henvisninger, epikriser, medikamentlister osv) mellom sykehus og primærhelsetjenesten er viktig, og her står Praksiskonsulentordningen (PKO) sentralt. Ordningen med individuell plan bidrar til at pasienten får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud. I kommunehelsetjenesten har fastlegeordningen bidratt til økt kontinuitet i pasient-legeforholdet. I tillegg utgjør ambulante team, med base i sykehusene og mulighet for utrykning til sykehjem og pasienters hjem, et tilskudd til pasienters opplevelse av kontinuitet i behandlingen.

Pasientene som kommer til helsetjenesten har ofte et variert sykdomsbilde og ulike behov. Når pasientens situasjon er avklart, kan videre tjenestebehov være sammenfallende med andre pasienters behov. For slike pasientgrupper kan etablering av behandlingslinjer[[1]](#footnote-2) kunne bety bedre kvalitet og kontinuitet i behandlingsforløpet.

God kontinuitet i pasientbehandling på sykehus fordrer at alle sykehusets mikrosystemer henger sammen. Dette gjelder også i forhold til ikke-medisinske funksjoner på sykehuset. Sykehusene bør legge til rette for god logistikk i nært samarbeid med de enkelte kliniske avdelingene.

Stortingsmeldingen bør legge til grunn:

* Det er behov for en nasjonal koordinert og finansiert innsats for bedre IKT-verktøy i helsetjenesten
* Det bør i større grad etableres behandlingslinjer på tvers av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for pasienter med sammenfallende behov/diagnostikk
* Praksiskonsulentordningen (PKO) bør innføres ved alle egnede kliniske sykehusavdelinger og videreutvikles
* Større sykehus bør opprette en egen ressursbase eller serviceenhet som i nær dialog med kliniske avdelinger kan understøtte og legge til rette for god logistikk
* Det må tilrettelegges for bedre kontinuitet i relasjon mellom lege og pasient i alle helseforetak
* Fastlegens koordinerende rolle bør styrkes og videreutvikles

Spørsmål 4, 5 og 6 er vi enig i innholdet, men vi har noen forslag til forbedrede formuleringer:

**Spørsmål 4 fra HOD: Hvordan måle og belønne kvalitet?**

Det er behov for mer kvalitetsinformasjon om den norske helsetjenesten. Helsetjenesten mangler ofte god dokumentasjon på kvaliteten av behandlingen pasientene har fått. Legeforeningen støtter arbeidet med å utvikle et nasjonalt system for måling av kvalitet i helsetjenesten, men dette må kunne brukes til læring og forbedring på klinisk nivå samtidig som det gir pålitelig og relevant styringsinformasjon.

Stortingsmeldingen bør legge til grunn:

**Hovedformålet må være læring og kvalitetsforbedring**

Hovedformålet med å måle kvalitet i helsetjenesten må være læring og kvalitetsforbedring. Helsepersonellet trenger bedre dokumentasjon på kvaliteten av sitt arbeid for å kunne lære å forbedre seg. Måling fører ikke i seg selv til bedre kvalitet, men er nødvendig for å kunne si noe om kvaliteten på tjenesten. Dersom kvalitetsindikatorer skal fungere i måleprosessen må de være valide, relevante og representative for behandlingsenheten som blir målt. Resultater av målinger må inngå i lokale læringssløyfer og brukes av helsepersonell til læring, kvalitetsforbedring og forskning. Utvalgte data fra lokale målingssystemer kan *deretter* sammenfattes til bruk for politikere, helsemyndigheter og ledere som styringsgrunnlag.

**Arbeidet må forankres i fagmiljøene**

Det er av avgjørende betydning at arbeidet med å utvikle gode kvalitetsmål forankres i fagmiljøene gjennom gode og involverende prosesser. Legene må være sentrale aktører i dette arbeidet, og Legeforeningen bidrar gjerne. Våre fagmedisinske foreninger representerer bredden i de ulike medisinske fagmiljøene – både faglig og geografisk – og bør derfor involveres i den konkrete utformingen av kvalitetsindikatorer.

**Arbeidet må være forankret i ledelsen på alle nivåer**

En kvalitetsforbedringsprosess organisert gjennom en læringssløyfe tar både ressurser og tid. Den må derfor prioriteres og ikke minst integreres i hele virksomheten. Det må frigjøres tid for gjennomføring av selve kvalitetsforbedringsarbeidet, og tilrettelegges for økt kompetanse og tid til felles refleksjon som en del av læringsprosessen. Dette forutsetter involvering av ledelse på alle nivå og i alle ledd i virksomheten. Ledelsen må følge opp tiltak som gjennomføres og etterspørre resultater for at virksomheten skal utvikle seg i den retningen man ønsker. Viktige virkemidler for en god meldekultur er premiering av ønsket adferd og åpenhet.

**Hovedinnsatsen må rettes mot å utvikle flere resultatmål**

Legeforeningen mener at god kvalitet avhenger av fokus på både strukturer, prosesser, og resultater av diagnostikk og behandling. Hittil har det hovedsakelig vært fokusert på måling av strukturer og prosesser. Legeforeningen mener resultatmål i større grad må trekkes frem når kvaliteten på helsetjenestene skal vurderes og måles. Innsatsen må styrkes for å utvikle indikatorer som måler helsemessige effekter av behandlingen, for eksempel overlevelse, reinnleggelse, fysisk tilstand, psykisk reaksjon og pasientens tilfredshet. Slike resultatmål er svært viktige for læring og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, men også for å gi pasientene et grunnlag for å kunne ta informerte valg mellom behandlingssteder.

**Kvaliteten på utdanning, kompetanseutvikling og forskning må også måles**

God kvalitet på utdanning, fagutvikling og forskning er vesentlig for å styrke kvaliteten på helsetjenestene. Dette handler i stor grad om å utvikle gode læringsmiljøer. I det videre arbeidet med å utvikle gode kvalitetsmål må også disse faktorene ha en naturlig plass. På den måten vil virksomhetene kunne avdekke forhold som ikke er tilfredsstillende og igangsette forbedringstiltak.

**Kun sammenliknbare resultater må sammenliknes**

Å sammenlikne kvalitet mellom ulike behandlingssteder er utfordrende, ikke minst fordi pasientpopulasjonen ofte er forskjellig. For eksempel vil samme diagnose på en frisk ung mann og en hjerte- og lungesyk eldre dame med diabetes gi ulikt behandlingsresultat, selv om behandlingen er like god kvalitetsmessig. Det samme gjelder for små sykehus som opererer enkle kreftsvulster med gode resultater og store sykehus som opererer svulster som er vanskeligere tilgjengelig (eks. innvekst i omgivende vev). Det er viktig at resultater som sammenliknes er sammenliknbare. Det krever stor nøyaktighet og kompetanse både når det gjelder justeringsvariabler og presentasjonsmåte.

**Kvalitetsarbeidet må være effektiv tidsbruk**

 Kvalitetsforbedringsarbeidet må skje på en effektiv og integrert måte, og krav til dokumentasjon og rapportering av kvalitetsdata må oppleves som nyttig for dem som skal rapportere.Det er viktig at slikt arbeid ikke går på bekostning av pasientmøter. Antallet kvalitetsindikatorer må holdes på et håndterbart nivå, og innsamling av data bør som hovedregel ikke innebære særlig ekstraarbeid. Dagens pasientjournalsystemer er ikke tilpasset behovet for innrapportering av data og mye av rapporteringen foregår fortsatt på papir. De tekniske mulighetene til automatisk uttrekk fra pasientjournalene blir imidlertid bedre, men vil kreve en nasjonal satsing på IKT.

**Datamaterialet må være godt og sikkert**

God tilgang til pålitelig data er nødvendig for å måle kvalitet. Samtidig må bruk av data ivareta hensynet til personvern og taushetsplikt. Legeforeningen ønsker flere og bedre kvalitetsregistre som bl.a. kan knyttes opp mot arbeidet med å utvikle gode kvalitetsindikatorer som gir mulighet til kvalitetsforbedring på lokalt nivå.

**Spørsmål 5 fra HOD: Hvordan skal tjenestene bli tryggere og sikrere?**

Det bør være en ambisjon å etablere et nasjonalt meldesystem for uheldige hendelser og nestenuhell både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjeneste.

Stortingsmeldingen bør legge til grunn:

**Fra ”naming, blaming and shaming” til læring**

Selv den beste fagperson kan gjøre feil. All erfaring viser at ”naming, blaming and shaming” ikke fører til god pasientsikkerhetskultur. I stedet må det utvikles en kultur for at meldinger om uheldige hendelser og nesten uhell verdsettes som en god informasjonskilde i virksomhetenes lærings- og forbedringsarbeid. Erfarne leger må gå foran og dele sine uheldige erfaringer med yngre kolleger. Det må være tilgang på gode arenaer for læring og tverrfaglig refleksjon. Bevissthet blant ledere på avdelingsnivå er helt sentrale for å få til dette.

**Det må nytte å melde!**

Mange leger opplever at det sjelden iverksettes forbedringstiltak etter innrapporterte meldinger. Ofte får legene ingen tilbakemelding om hvordan meldingen følges opp, bare at den er lukket. Manglende oppfølging og tilbakemelding undergraver motivasjonen for å melde. Dette igjen hindrer en effektiv læringssløyfe. Legeforeningen er opptatt av at det må nytte å melde. Meldingene må kanaliseres tilbake til melder og følges opp med effektive forbedringstiltak innen rimelig tid. Ledere må bevisstgjøres mht. å utvikle en åpenhetskultur og det må avsettes rom for refleksjon rundt avvik.

**Klarere kriterier for hva som skal meldes**

Det er behov for å klargjøre hvilke hendelser som skal meldes, også i den nye organiseringen av § 3.3 ordningen i Kunnskapssenteret. Dette er viktig for å unngå ”overflow” i avvikssystemene som skal håndtere hendelsene. Et tydelig skille mellom komplikasjoner og uheldige hendelser vil forhindre unødvendig registreringsarbeid. Det er i de aller fleste tilfeller relativt godt kjent hva som er "akseptable" nivåer av komplikasjoner. Uheldige hendelser er derimot viktig å melde.

**Fornuftig og effektiv tidsbruk**

Meldingsarbeid er tidkrevende og innebærer merarbeid for den som melder. Ofte må meldinger skrives på overtid, og fører gjerne med seg enda mer arbeid, som å utdype, fremskaffe mer informasjon eller fylle ut enda flere skjemaer. Det er viktig at meldingsarbeidet oppleves håndterbart og meningsfullt. Nødvendig opplæring og tilgang på hensiktsmessige IKT-løsninger er derfor svært viktig.

**Spørsmål 6 fra HOD. Hvordan få økt overlevelse og bedre resultater?**

Det må satses sterkere på medisinsk forskning og på forskning på kvalitet og kvalitetssystemer i helsetjenesten. Mange pasienter utsettes også for behandling som ikke har dokumentert effekt (”know-do-gapet”). Raskere implementering av dokumentert kunnskap, gode faglige standarder, veiledere og retningslinjer, fagutvikling og forskning er helt sentrale forutsetninger for økt overlevelse og bedre resultater.

Randomiserte, kontrollerte studier (efficacy studies) er den beste metoden for å vurdere om en ny behandlingsmetode er bedre enn den vanlige behandlingsmetoden og forskjellig fra placebo. Det bør i langt større grad stimuleres og settes av midler til denne type forskning for å sikre at den behandlingen vi gir er den best egnede. Dersom det foreligger gode studier, vil denne kunnskapen kunne hentes i form av kunnskapsoppsummeringer, anbefalte retningslinjer og originalartikler. Leger skal ta bevisste valg og bør kunne vurdere metode og validitet av artikler som utgjør beslutningsgrunnlaget. Det krever kompetanse i forskningsmetoder.

**Raskere implementering av dokumentert kunnskap**

Gjennom forskning fremskaffes ny kunnskap om årsaksforhold, behandlingsmetoder osv. som er nødvendig for å sikre kvaliteten og drive det medisinske faget fremover. Satsing på forskning er derfor et premiss for kvalitet på helsetjenestene. Samtidig fører ikke forskning i seg selv til god kvalitet. Det skjer først når den tas i bruk til beste for pasienten.. I dag tar implementering av dokumentert kunnskap i klinisk praksisofte lang tid, og det er en kvalitetsutfordring.

En forutsetning for denne implementeringen er at leger og annet relevant helsepersonell har nok kunnskap om forskningsmetoder til å forstå forskningsresultater og analysere og ta dem i bruk på egne pasienter (kunnskapshåndtering). Legeforeningen mener det er viktig både å tilrettelegge for at leger kan drive forskning og sikre en generell kompetanse i kunnskapshåndtering blant avdelingens leger. Forskningsaktive leger bør derfor delta aktivt i internundervisning.

Samtidig må man i klinisk praksis ta hensyn til konteksten, legens erfaringsbaserte kunnskap og erfaringer fra pasienter og pårørende i tillegg til forskningsbasert kunnskap. Legeforeningen mener det må være rom for alle disse tilnærmingene i vår søken etter ny viten om hvilke behandlingsmetoder som fører til økt overlevelse og bedre resultater. Dette er det som kalles kunnskapsbasert praksis (jf side 2 under ”Tilrettelegge for gode pasientmøter”).

Stortingsmeldingen bør legge til grunn:

* Forskning må opprettholdes som et hovedsatsingsområde av myndighetene
* Ny dokumentert kunnskap må implementeres raskere i helsetjenesten
* Det må legges faglig og organisatorisk til rette for at helsepersonellet får tilstrekkelig kompetanse i kunnskapshåndtering og kunnskapsbasert praksis

**Gode faglige standarder, veiledere og retningslinjer**

Felles faglige standarder, retningslinjer og veiledere for diagnostikk, behandling og oppfølging bidrar til bedre og jevnere kvalitet på helsetjenestene, men utgjør i seg selv ikke et komplett beslutningsgrunnlag for legen. Klinisk erfaring og klinisk skjønn som også ivaretar pasientens ståsted er fortsatt helt vesentlig.

Stortingsmeldingen bør legge til grunn:

* Nasjonale retningslinjer må utarbeides i nært samarbeid med fagmiljøene. Det sikrer god forankring, faglighet og anvendelighet i den kliniske hverdagen
* Rammebetingelsene må legges til rette for at helsepersonellet kan etterleve de nasjonale retningslinjene

**Tilrettelegging for utdanning, fagutvikling og forskning**

Legeforeningen får mange tilbakemeldinger fra sykehusleger som opplever at turnustjeneste, spesialisering, faglig oppdatering og forskning nedprioriteres til fordel for krav om produksjon. Legeforeningen mener sykehusene må ta mer ansvar for at leger og annet helsepersonell kan holde seg faglig oppdatert.

Dette innebærer blant annet at turnustjenesten må kvalitetssikres med obligatoriske sjekklister, tydelig målbeskrivelse og god veiledning. Det må avsettes tilstrekkelig tid til veiledning som fremkommer av tjenesteplanene til både leger i spesialisering og overleger. Veiledningen må fylles med et godt faglig innhold beskrevet i en utdanningsplan og gi utdanningskandidaten rom for refleksjon over egen rolleutøvelse. Forskningskompetanse må tas bedre i bruk i klinikken gjennom blant annet å opprette flere fordypningsstillinger slik at flere leger får mulighet til å kombinere forskning og klinikk. Tid til veiledning av leger i spesialisering og phd.-kandidater må i langt større grad synliggjøres på tjenesteplanen til de som har veiledningsansvar.

Allmennmedisinsk forskning og forskning blant avtalespesialister er svakt formalisert og underfinansiert. Legeforeningen mener det må arbeides målrettet for en helhetlig nasjonal struktur og langsiktig finansiering av allmennmedisinsk forskning og forskning blant avtalespesialister.

Sp 7: Foreslås skrevet om første del:

God kvalitet og pasientsikkerhet forutsetter mulighet for læring og forbedring på alle nivåer i helsetjenesten.

I lærende organisasjoner i helsetjenesten er hovedfokus på en felles målsetting om å levere tjenester av høy kvalitet. Helsepersonellet oppmuntres til læring og forbedring som en naturlig del av yrkesutøvelsen, og organisasjonene preges av åpenhet og tillit. Lærings- og forbedringsarbeid forankres i ledelsen gjennom en tydelig visjon som aktivt stimulerer til og legger til rette for at denne type oppgaver finner sted som en naturlig og integrert del av virksomheten.

Alle sykehus og legekontorer må derfor organiseres som lærende organisasjoner som driver kontinuerlig utviklingsarbeid, som igjen fører til læring og forbedring. For å få dette til må det avsettes tid og ressurser til gjennomføring av nødvendige tiltak. Lærings og forbedringsarbeid må bli en integrert del av driften og være forankret i ledelsen.

**Kommunikasjonstrening**

God kommunikasjon er en viktig suksessfaktor for gode pasientmøter og god helsetjeneste. Manglende kommunikasjonsferdigheter fører lettere til feilbehandling og overbehandling. Kommunikasjonstrening er til dels inne i studieplanen ved de norske medisinske fakultetene. Mange norske studenter får i dag sin utdannelse fra land der kommunikasjonstrening er fraværende. Kommunikasjonstrening bør bli en like naturlig del av læringsmiljøet ved klinisk avdelinger som veiledning av utdanningskandidater er i dag.

**Trening i team med pasienten i sentrum**

Alt arbeid med å forbedre kvaliteten og pasientsikkerheten i helsetjenesten handler om å legge til rette for gode pasientmøter (jf spørsmål 1). En forutsetning for å få dette til er at leger og annet helsepersonell får trening i samhandling som team med pasienten i sentrum. Man oppnår gode pasient-team ved trening med simulert pasient og fokus på kommunikasjon og ledelse i tillegg til samhandling Jevnlig og systematisk team-trening bør bli en naturlig del av lærings- og forbedringskulturen i organisasjonene.

Sp 8 har vi ingen anmerkning til.

En generell kommentar til slutt: Utkastet skjemmes av en del ortografiske feil, flere er foreslått rettet under spørsmål 4-6. Ut over dette heter det ”ledestjerne”, ikke ”lederstjerne” (brukt flere ganger under sp 1 og 8, og allmennmedisin (sp 8)

Vennlig hilsen

Jan Henrik Rosland Siri Brelin
leder styremedlem

1. Verktøy som beskriver en standardisert behandlingskjede/pasientforløp for definerte diagnosegrupper forankret i faglig evidens og koblet til effektiv ressursutnyttelse og målbare resultater [↑](#footnote-ref-2)