

Styresak

Dato dok.:	13.03.2023	Administrerende direktør
Møtedato:	22.03.2023	
Vår ref.:	23/02158-2	Postadresse: 1478 LØRENSKOG
		Telefon: +47 67 96 00 00
Vedlegg:	Revisjonsrapport 9/2021 uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester	

Sak 22/23 Administrerende direktørs orienteringer

Administrerende direktør ønsker å orientere om følgende saker:

1. Konsernrevisjonens rapport om uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester
2. Varslingsutvalgets årsrapport 2022
3. Tilsyn og revisjoner

Administrerende direktørs innstilling til vedtak:

Styret tar saken til orientering

Øystein Mæland
Administrerende direktør

Dokumentet er elektronisk godkjent

1. Konsernrevisjonens rapport om uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

Konsernrevisjonen i HSØ gjennomførte i 2022 en revisjon innenfor området uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester. Konsernrevisjonen definerte følgende problemstillinger:

1. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?
2. På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?
3. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

Revisjonen ble gjennomført i tidsrommet februar - september 2022 og hadde følgende konklusjon:

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen på alle nivåer både planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser for kontinuerlig forbedring.

«Ut ifra dette er vår konklusjon at det er behov for bedre balanse i styringen ved flere helseforetak og sykehus for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene»

Konklusjon bygger på følgende vurderinger basert på tilbakemeldingen fra revisjonen.

- Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen
- Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid
- Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

I saken presenteres det hvordan Ahus arbeider med denne problemstillingen på ulike områder.

2. Varslingsutvalgets årsrapport 2022

Ahus vektlegger en åpen ytringskultur. Det er viktig for å skape et godt arbeidsmiljø og trivsel for den enkelte.

For å sikre god drift av virksomheten er det viktig at kritikkverdige forhold gripes fatt i og håndteres på en forsvarlig måte. Ulovlige og uetiske forhold kan være til skade for arbeidsmiljøet, den enkelte og virksomheten. Ahus' varslingsutvalg håndterer varslinger for å ivareta rettsikkerheten til både varsler og den/de det varsles om. En viktig oppgave for varslingsutvalget er å sikre at den som varsler ikke blir utsatt for gjengjeldelse.

I 2022 var gjennomsnittlig saksbehandlingstid 16 uker, mot 19 uker året før. Saksbehandlingstiden har i 2022 variert fra 4 uker til 40 uker. Ved behandling av varslingsutvalgets årsrapport 2021 i foretaks AMU, ble det uttalt her at «Foretaks AMU deler varslingsutvalgets bekymring knyttet til gjennomsnittlig lang behandlingstid på varslingssakene. Foretaks AMU ber om at det foreslås tiltak for å redusere behandlingstiden.»

I 2022 har varslingsutvalget gjennomført følgende tiltak og endringer i prosess:

- Flere adhoc-møter i varslingsutvalget ved behov
- Utvidet veiledning fra varslingsutvalget
- Tettere oppfølging av saksbehandlingen i den enkelte sak
- Innlegg i ny som leder

Foretaket må ha som mål i 2023 å ytterligere redusere saksbehandlingstiden på varslingssaker.

Årsrapport 2022

Varslingsutvalget ved Ahus har følgende sammensetning:

Hilde Alstad (direktør foretakssekretariatet) (leder)

Finn W. Halvorsen (foretakshovedverneombud)

Karl-Helge Storhaug (foretaksrevisor, foretaksrevisjonen)

Foretaksjurister / advokater i foretakssekretariatet, vil ved behov kunne gi råd og veiledning til linjen, saksbehandle juridiske problemstillinger på oppdrag fra varslingsutvalget samt gjennomføre granskninger på oppdrag fra utvalget eller administrerende direktør.

I perioden fra 1. januar til 31. desember 2022 mottok Ahus tolv nye varsler som ble videreformidlet til varslingsutvalget. I tillegg ble to av sakene mottatt i 2021 videreført for behandling i 2022, slik at varslingsutvalget totalt har hatt befatning med 14 varsler i løpet av 2022:

- syv av sakene har blitt behandlet i tråd med varslingsrutinen
- o mulig brudd på anerkjente forskningsetiske normer: 1 (sak overført fra 2021)
- o mulig mislighold/underslag: 1
- o kritikkverdige forhold ved arbeidsmiljøet: 4
- o kritikkverdige forhold knyttet til pasientsikkerheten: 1
- to av varslene har blitt behandlet etter mobbe- og trakasseringsrutinen
- tre av sakene ble håndtert ved personalmessig oppfølging
- i to av sakene ba varslingsutvalget om en nærmere redegjørelse i saken hvor det ble konkretisert hva varslingsutvalget ønsket nærmere belyst, for å kunne vurdere saken og hvorvidt dette skulle behandles etter varslingsordningens rutiner. Etter mottatte redegjørelser ble sakene avsluttet fra varslingsutvalgets side. Disse to sakene ble ikke håndtert som varsel om kritikkverdige forhold.

En av varslingssakene ble i første omgang ikke behandlet forsvarlig og iht varslingsrutinen, og ble sendt tilbake i linjen, løftet på et høyere nivå, for ny behandling.

Følgende enheter har hatt ansvaret for å saksbehandle overnevnte 14 saker:

- linjeledelsen: 13
- foretakssekretariatet: 1

Tolv saker ble ferdigbehandlet innen utgangen av 2022.

Til sammenligning ble det mottatt følgende antall varsler tidligere år:

2015: 6
2016: 6
2017: 18
2018: 15
2019: 9
2020: 14
2021: 7

Antallet saker som varslingsutvalget har vært ansvarlig for å følge opp i 2022 (14 saker) er sammenlignbart med år 2018, 2019 og 2021 (12 saker), men en nedgang fra 2020 (17 saker).

Gjennomsnittlig saksbehandlingstid, regnet fra varslingsutvalgets mottak av varsel og frem til ferdigstilt rapport, har for de syv sakene ferdigbehandlet etter varslingsrutinen, vært 16 uker. Dette er en liten nedgang sammenliknet med 2021 hvor saksbehandlingstiden var 19 uker (4,4 måneder). Saksbehandlingstiden har i 2022 variert fra 4 uker til 40 uker. Selv om det er en liten positiv utvikling i gjennomsnittlig saksbehandlingstid er varslingsutvalget av den oppfatning at saksbehandlingstiden på de fleste sakene fortsatt er for lang. Varslingssaker skal behandles uten ugrunnet opphold, og varslingsutvalget er bekymret for den lange saksbehandlingstiden vi fortsatt har på varslingssaker i virksomheten. De fleste saker gjelder kritikkverdige forhold knyttet til arbeidsmiljøet og det er derfor uheldig for både varsler, omvarslede og øvrige involverte at det tar så lang tid å få gransket sakene.

Andre aktiviteter i 2022

Innlegg og foredrag:

- «Ny som leder»-programmet 16. mars og 19. oktober
- HMS 40-timerskurset for verneombud og AMU-medlemmer 27. september
- Verneombudsmøte i DDT den 31. mai

Innsynsbegjæringer

- Varslingsutvalget har også i 2022 mottatt flere innsynsbegjæringer, bla. fra media. Disse er behandlet og håndtert av foretakssekretariatet på vegne av varslingsutvalget.

3. Tilsyn og revisjoner

Arkivverket- 23/01739

Arkivverket varsler om stedlig tilsyn med arkivholdet ved Ahus den 20. og 21. juni 2023. Hensikten med tilsynet er å kontrollere at arkivforholdene i Akershus universitetssykehus er i tråd med arkivloven med forskrifter. Varselet er fordelt til viseadministrerende direktør for videre håndtering og oppfølging.

Statens helsetilsyn- 23/00283

Statens helsetilsyn varsler tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev i perioden 6.- 10. mars 2023. Hensikten med tilsynet er å undersøke om ledelsen ved Ahus sikrer et høyt beskyttelsesnivå for mottakere og givere/donorere, hindrer overføring av sykdom og trygger sikkerheten og kvaliteten på blod, blodkomponenter, celler og vev. Varselet er fordelt til direktør for Medisin- og helsefag for videre håndtering og oppfølging.

Statens helsetilsyn- 23/01150

Statens helsetilsyn varsler tilsyn med forebygging og gjennomføring av skjerming i akuttavdelinger i psykiske helsevern ved Ahus i perioden 18.-21. april. Tilsynet er rettet inn mot virksomhetens styring med at skjerming i akuttavdeling for voksne etableres og gjennomføres på en forsvarlig måte, og vil bli gjennomført av et sentralt sammensatt tilsynslag med representant fra lokal statsforvalter. Varselet er fordelt til direktør for Psykisk helsevern og rus divisjonen for videre håndtering og oppfølging.

Riksrevisjonen- 23/02593

Riksrevisjonen gjennomførte i 2018-2019 en revisjon vedrørende bemanningsutfordringer knyttet til sykepleiere og spesialsykepleiere i helseforetakene. Revisjonsrapporten er behandlet i Stortinget, jf. Innst. 174 S (2019-2020), og Riksrevisjonen varsler nå oppfølging av revisjonen. Det bes om en redegjørelse for endringer og tiltak som er iverksatt for å følge opp kontroll- og konstitusjonskomiteens merknader og Riksrevisjonens anbefalinger rettet mot helseforetakene, samt hvilke resultater som er oppnådd på området. Varselet er fordelt til direktør for HR-divisjonen for videre håndtering og oppfølging.



Konsernrevisjonen Rapport 9/2021

Revisjon

Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester

14. okt. 2022



Introduksjon

I Norge er det et mål at befolkningen skal ha et likeverdig tilbud av helsetjenester på tvers av geografi og sosiale grupper. Pasient- og brukerrettighetslovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsetjenester av god kvalitet.

Flere internasjonale studier tyder på at Norge kommer godt ut på denne type mål sammenlignet med andre høyinntektsland. Stiftelsen The Commonwealth Fund har siden 2004 sammenlignet helsetjenesten i elleve høyinntektsland, deriblant Norge. I undersøkelsen for 2021 blir helsetjenestene i Norge rangert som nummer 1. Studien har tatt for seg fem forskjellige kriterier på helsetjenestene; tilgang, behandling, effektivitet, rettferdighet og resultater.

Flere undersøkelser av helsetjenester som gis i Norge, har samtidig vist at det er variasjon i både kvalitet på pasientbehandlingen innenfor flere fagområder, samt i forbruk av helsetjenester. For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet.

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst. Videre har det i Oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) til helseforetak og sykehus gjennom flere år vært mål om å redusere uønsket variasjon.

Revisjonen har undersøkt om helseforetakene og sykehusene har etablert et system som sikrer at de har oversikt over status på kvalitet og forbruk innen ulike fagområder, for gjennom det kunne redusere eventuell uønsket variasjon. I den sammenheng har revisjonen kartlagt hvordan helseforetak og sykehus anvender nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk.

For å undersøke dette har vi definert følgende problemstillinger:

1. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?
2. På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?
3. På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet februar - september 2022

Innhold

1. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	4
1.1 BEHOV FOR BEDRE BALANSE I STYRINGEN FOR Å ØKE OPPMERKSOMHETEN PÅ KVALITET I HELSETJENESTENE.....	4
1.2 ANBEFALINGER.....	6
2. KONTEKST	7
2.1 OPPMERKSOMHET PÅ UØNSKET VARIASJON	7
3. TILNÆRMING.....	11
3.1 INNFALLSVINKEL	11
3.2 METODIKK OG GJENNOMFØRING	12
3.3 AVGRENSNING	13
3.4 REVISJONSGRUNNLAG	13
4. FORMIDLING AV MÅL OG KRAV	14
4.1 OBSERVASJONER	14
4.2 VURDERINGER.....	18
5. AVDELINGENES ARBEID MED Å REDUSERE UØNSKET VARIASJON	20
5.1 OBSERVASJONER	20
5.2 VURDERINGER.....	25
6. RAPPORTERING OG OPPFØLGING	27
6.1 OBSERVASJONER	27
6.2 VURDERINGER.....	30
VEDLEGG 1	32
VEDLEGG 2	33

1. Konklusjoner og anbefalinger

1.1 Behov for bedre balanse i styringen for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene

Helsetjenesten skal være likeverdig og rettferdig fordelt i befolkningen. All utredning, diagnostisering og behandling skal legge kunnskapsbasert praksis til grunn. Dette fordrer at ledelsen på alle nivåer både planlegger og følger opp pasientbehandlingen gjennom prosesser for kontinuerlig forbedring.

Helseforetakene er store og komplekse organisasjoner med en rekke mål og krav som kan være krevende å håndtere. Denne revisjonen har kartlagt hvordan helseforetak og sykehus i regionen arbeider med å nå målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til hvilket pasienttilbud som gis, samt kvalitet på pasientbehandlingen. I den sammenheng har vi særskilt sett på hvordan forbruksrater fra Helseatlas og resultater fra nasjonale kvalitetsregistre anvendes i dette arbeidet.

Flere undersøkelser viser at kunnskapen om variasjon eller svak kostnads-/nytteeffekt av ulike prosedyrer i pasientbehandlingen, ikke i seg selv er tilstrekkelig for å redusere uønsket variasjon i sykehus. Studiene konkluderer med at det er behov for insentiver gjennom sterkere styring.

I kartleggingen har vi tatt utgangspunkt i at et hensiktsmessig system for virksomhetsstyring er en viktig forutsetning for å nå de mål og krav som er satt for en virksomhet. Vi har i den sammenheng sett på hvordan mål og krav knyttet til uønsket variasjon er operasjonalisert, fordelt og forankret i styringslinjen. Vi har videre kartlagt hvilke prosesser avdelingene har etablert for å planlegge og følge opp eventuell uønsket variasjon gjennom året. Deretter har vi kartlagt hvordan dette arbeidet rapporteres og følges opp i styringslinjen.

Revisjonen viser at flere helseforetak og sykehus har etablert hensiktsmessige strukturer og prosesser for å kunne nå samlede mål og krav, herunder målet om å redusere uønsket variasjon. Andre helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt i dette arbeidet, noe som innebærer en større risiko for at pasienter ikke tilbys riktig behandling eller at pasientbehandlingen ikke er i tråd med beste praksis. Ut ifra dette er vår konklusjon at det er behov for bedre balanse i styringen ved flere helseforetak og sykehus for å øke oppmerksomheten på kvalitet i helsetjenestene. Konklusjonen bygger på følgende vurderinger:

- Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen
- Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid
- Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Målet om å redusere uønsket variasjon er ikke tydelig kommunisert i styringslinjen

Overordnet viser kartleggingen at lederne opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og kvalitet på pasientbehandlingen. Det er imidlertid variasjon mellom helseforetak/sykehus, samt innad i disse. Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav.

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet på pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid.

En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillingsdokumentet. Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpenes faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

Det er varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingenes forbedringsarbeid

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, NPE-saker og avviksaker. Når det gjelder kvalitetsregistre og Helseatlas benytter om lag 2/3 av avdelingene disse kildene i sitt forbedringsarbeid.

Alle avdelinger som inngår i denne kartleggingen har kvalitetsregistre med god dekningsgrad. Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at 1/3 av avdelingene i liten grad benytter denne informasjonen.

Ettersom kvalitetsregistre gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

Vi vurderer at det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og oppfølgingsarbeid. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata. Det fremkommer at dataene ikke er tidsaktuelle, ikke har tilstrekkelig kvalitet eller ikke er dekkende for behovet. Av andre årsaker vises det til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

Uønsket variasjon inngår i for liten grad som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging. I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av tilbud og kvalitet i helsehjelpen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå i ledelsens

avveininger og prioriteringer. På den måten kan virksomhetens styringsevne svekkes. Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater, vil også kunne redusere fagmiljøenes engasjement for å skape læring på tvers.

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til tilbud og kvalitet på helsehjelpen ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt forbedringsarbeid. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

1.2 Anbefalinger

Kartleggingen har vist at det er en positiv dreining i retning av at flere helseforetak og sykehus har fått kvalitetsaspektet mer inn i styringen. Samtidig vurderer vi at det er et potensial å styrke dette arbeidet i flere av helseforetakene og sykehusene. Konsernrevisjonen anbefaler at det enkelte helseforetak og sykehus vurderer hvor de selv står innenfor temaene i denne revisjonen og eventuelt behov for tiltak. Her bør særlig følgende forhold vurderes:

- Er det etablert tydelige strukturer og prosesser knyttet til hvordan mål og krav operasjonaliseres og kommuniseres til det enkelte nivå?
- Er ledernes ansvar og oppgaver tydelige, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å ivareta mål og krav på en hensiktsmessig måte?

- Er det tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med tilbud og kvalitet i helsehjelpen innenfor egne avdelinger og fagområder?
- Er det tydelige forventninger til hvordan avdelingene skal benytte styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater?
- Er styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas tilgjengelig, sammenlignbar og regelmessig oppdatert?
- Er det tydelig hvordan avdelingenes forbedringsarbeid danner grunnlag for rapportering og oppfølging av kvalitet i styringslinjen?

2. Kontekst

2.1 Oppmerksomhet på uønsket variasjon

Helse- og omsorgstjenesten har de siste årene hatt stor oppmerksomhet på å sikre likeverdige og faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester. Dette skal blant annet gjøres ved å redusere uønsket variasjon i kvalitet og tilbud på helsetjenestene.

For noen pasientgrupper er variasjon ønsket, ventet og et kvalitetstegn. For andre pasientgrupper er variasjonen uforklarlig, uønsket og viser at helsehjelpen ikke er likeverdig i befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet. I tillegg kan det medføre feil bruk av ressurser ved at pasienter med liten eller ingen nytte av helsehjelp, får dette på bekostning av pasienter med behov for helsehjelp.

Variasjon i helsehjelp kan belyses gjennom ulike innfallsvinkler. En innfallsvinkel er å benytte indikatorer for nasjonale kvalitetsregistre for å se på variasjon i kvalitet på behandlingsresultatet. En annen innfallsvinkel er bruk av Helseatlas som viser ulik forbruk av helsetjenester innenfor ulike geografiske områder.

Variasjon i kvalitet

Når det gjelder kvalitet handler dette om behandlingsresultat, pasientopplevelser og pasientsikkerhet. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten defineres kvalitet slik:

Tjenester av god kvalitet som er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.

Det har over flere år vært økende oppmerksomhet på å sammenligne kvalitet gjennom ulike nasjonale kvalitetsindikatorer. En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på området som måles. Kvalitetsindikatorer kan for eksempel være helsetjenestens

tilgjengelige ressurser, pasientforløpet og resultat av helsetjenestene for pasientene. Kvalitetsindikatorer bør ses i sammenheng, og kan samlet gi et bilde av kvaliteten i tjenesten.

Det er Helsedirektoratet som siden 2012 har hatt ansvar for nasjonale kvalitetsindikatorer. Utviklingen av indikatorer skjer i nært samarbeid med fagmiljø i helsesektoren, registermiljø, fagorganisasjoner og brukerrepresentanter. Kvalitetsindikatorene skal blant annet:

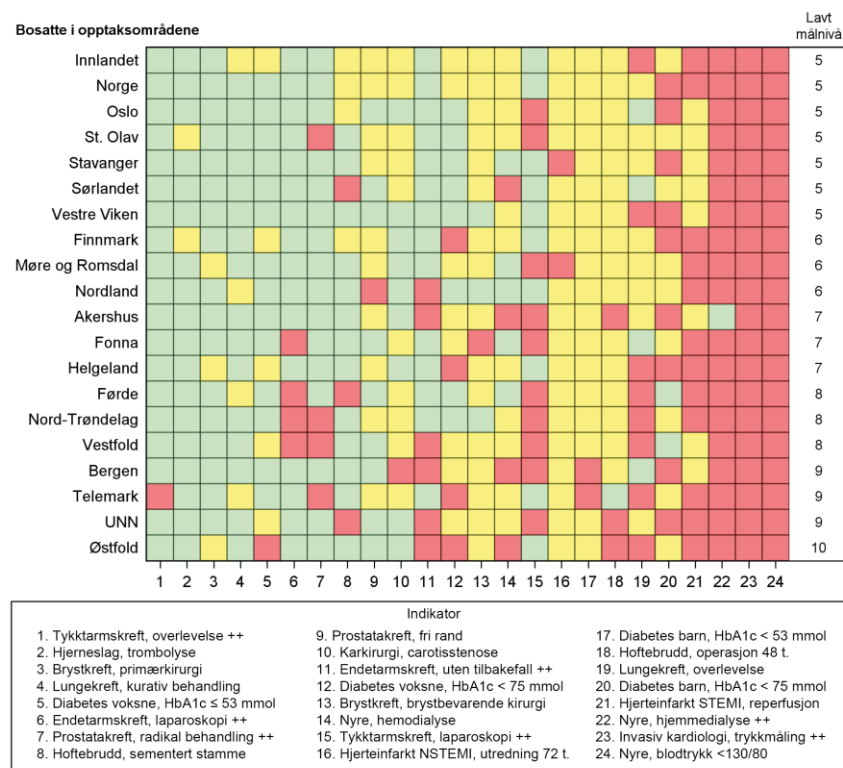
- gi sentrale helsemyndigheter et grunnlag for prioritering og styring
- gi eiere og ledere på alle nivåer innen helse- og omsorgstjenestene grunnlag til å bruke resultatene til lokal kvalitetsforbedring
- gi pasienter mulighet til å kunne ta valg basert på konkret informasjon
- bidra til åpenhet om kvalitet og variasjon i helse- og omsorgstjenestene

Det nasjonale kvalitetsindikatorsystemet mottar informasjon fra ulike systemer som bearbeider og leverer data, deriblant medisinske kvalitetsregistre.

Det er per 2022 i overkant av 60 nasjonale medisinske kvalitetsregistre fordelt på om lag 20 fagområder. De medisinske kvalitetsregistrene samler strukturert informasjon om utredning, behandling og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper. Denne informasjonen kan benyttes for å gi kunnskap om kvalitet i helsetjenesten. Innenfor hvert register er det et sett med utvalgte indikatorer som de respektive fagmiljøene skal bruke for å arbeide med egen kvalitetsforbedring. Ved enkelte anledninger har også enkelte forvaltere av kvalitetsregistre hatt ressurser til å bistå enkelte helseforetak eller sykehus med kvalitetsforbedringsprosjekter.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) har utarbeidet ett Helseatlas for kvalitet (2021). SKDE har med utgangspunkt i indikatorer fra

nasjonale kvalitetsregistre, sammenliknet kvaliteten for utvalgte *nødvendige* helsetjenester fordelt på pasientenes bosted. Hensikten har vært å undersøke om befolkningen får likeverdig kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, uavhengig av bosted og på tvers av fagområder.



Kilde: Nasjonale medisinske kvalitetsregistre/FHI/SSB



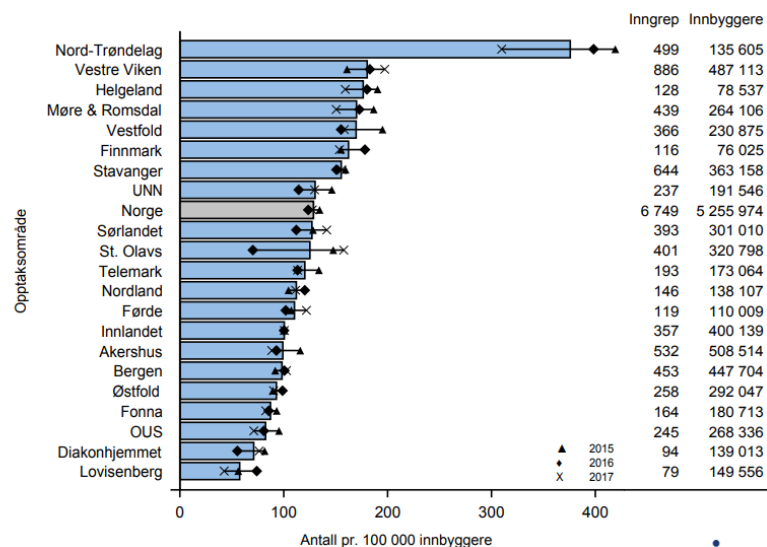
Figur 1 Samlet oversikt over kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, per opptaksområde. Høy, moderat og lav måloppnåelse er markert med henholdsvis grønn, gul og rød farge. Måloppnåelsen fremkommer ut fra resultater på et utvalg kvalitetsindikatorer i de respektive kvalitetsregistrene, der målsatt nivå er definert av fagrådet for det enkelte register. Kilde: Helseatlas for kvalitet i Norge 2021

Figur 1, som er hentet fra atlasen for kvalitet, viser en samlet oversikt over måloppnåelsen for 24 indikatorer fra fagområdene hjerte- og karsykdom, kreft, diabetes, nyresykdom og hoftebrudd. Av figuren fremgår det betydelig geografisk variasjon i måloppnåelse for bosatte i de ulike helseforetakene og sykehusenes opptaksområder. Dette innebærer at pasienter som var bosatt i noen opptaksområder fikk bedre kvalitet i utvalgte nødvendige helsetjenester, enn pasienter bosatt i andre områder.

Ved sammenstilling av ulike indikatorer for ulike fagområder, viser SKDE til at dette gir en forenklet framstilling av en kompleks virkelighet, men at det gir et grunnlag for å identifisere kvalitetsutfordringer innad i, og mellom, de ulike opptaksområdene og helseregionene.

Variasjon i forbruk

Variasjon i forbruk av helsetjenester er uønsket når denne ikke kan forklares av ulikheter i demografi, geografi, sykkelighet eller andre forhold som sykehusene ikke kan gjøre noe med. SKDE har utarbeidet elleve Helseatlas som viser befolkningens forbruk av ulike typer helsetjenester. Ulikt forbruk av helsetjenester mellom opptaksområder, kan indikere praksisforskjeller eller ulikheter i tilbud mellom helseforetak/sykehus. Eksempler fra Helseatlasene viser stor og uforklarlig variasjon mellom boområder. Helseatlas for dagkirurgi 2013-2017 viser for eksempel at antall operasjoner av ventilasjonsrør i trommehinnen, er mye høyere i Nord-Trøndelag enn i Oslo og Bergen (se figur 2). På bakgrunn av at det medisinske behovet for øredren antas å være omtrent likt uavhengig av hvor i Norge man bor, konkluderte SKDE at variasjonen anses som uberettiget.



Figur 2 Antall inngrep for øredren pr. 100 000 innbyggere, justert for kjønn og alder. Gjennomsnitt pr. år for perioden 2015–2017 Kilde: Helseatlas for dagkirurgi i Norge 2013-2017

Målet med denne type styringsinformasjon er at variasjon gir et signal som bør undersøkes nærmere. Det kan enten være et signal på at man overbehandler eller at man underbehandler, eventuelt er det naturlige forklaringer til variasjonen. Informasjonen skal altså benyttes som utgangspunkt for kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet.

På bakgrunn av en krevende ressursituasjon i helsesektoren, har temaet overbehandling fått mye oppmerksomhet de senere år. I den sammenheng er det diskusjoner om det brukes for mye behandlingsressurser på pasienter som kanskje ikke trenger det, og at pasienter som har et større behov for helsehjelp må vente.

Dette temaet er løftet opp gjennom Choosing Wisely kampanjen som ble lansert i USA i 2011 av American Board of Internal Medicine. Kampanjen er adaptert av mange land, deriblant Norge. Kampanjen har i Norge fått navnet

«Gjør kloke valg» og ble initiert av Legeforeningen i Norge. Kampanjen tar sikte på å redusere overbehandling og diagnostikk som pasienter ikke har nytte av og som i verste fall kan skade pasientene. Målet er at både helsepersonell og pasienter sammen skal gjøre kloke valg i diagnostikk og behandling. Et av formålene har vært å identifisere hvilke fagområder som er mest utsatt for overbehandling og i den sammenheng finne årsaker og drivere til dette.

Mulige årsaker til uønsket variasjon

Uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester kan skyldes mangel på nasjonale retningslinjer eller ulik grad av etterlevelse av retningslinjer, faglige råd og anbefalinger. Videre kan variasjonen relateres til ulik tilgang til og kunnskap om nasjonale faglige retningslinjer. Ofte vil det være behov for supplerende analyser for å få økt forståelse for årsakene til uønsket variasjon, samt å følge opp effektene av tiltak som iverksettes for å redusere variasjonen.

I tillegg kan det være ulike drivere som påvirker uønsket variasjon, særlig rettet mot overbehandling. Det skyldes at etterspørselen etter helsetjenester alltid vil være høy – det vil si at det mer eller mindre er en iboende egenskap i helsetjenesten. Årsakene er imidlertid komplekse og sammensatte. Ofte er det en kombinasjon av historiske og kulturelle forhold. I dette påvirker forhold som:

- ordninger som innsatsstyrt finansiering
- manglende eller uklare føringer (prioriteringsveiledere og faglige retningslinjer)
- lav pris på helsetjenestene for den enkelte pasient (pris er ikke rasjoneringsmekanisme)
- forventninger i det offentlige og av den enkelte pasient
- medienes rolle
- kapasitet og tilbud er styrende for hvem som får helsehjelp
- manglende kompetanse/erfaring hos helsepersonell
- mangel på kunnskap i befolkningen

Internasjonale erfaringer

I 2018 lanserte National Health Service (NHS) i England Evidence Based Intervention program (EBI) for å redusere forbruket av prosedyrer med lav kost-nytte effekt. Erfaringer fra EBI har vist at arbeidet har hatt liten eller ingen effekt med tanke på endring av klinisk praksis (Anderson m.fl.). Tilsvarende funn er observert i studier som har vurdert effekt av Choosing Wisely kampanjen (Cliff m.fl. 2021).

Helse Sør-Øst RHF sine erfaringer og arbeid med uønsket variasjon

Å redusere uønsket variasjon er et av fem satsningsområder i Regional utviklingsplan 2035 for Helse Sør-Øst RHF. Dette området er også kommunisert gjennom OBD fra Helse Sør-Øst RHF til helseforetakene og sykehusene de siste årene. Ut ifra dette har Helse Sør-Øst RHF iverksatt ulike tiltak for redusere uønsket variasjon de siste årene.

Et av tiltakene var på bakgrunn av internasjonale kunnskapsoppsummeringer hvor det vises til at flere prosedyrer har manglende kost/nytte effekt og at disse bør reduseres eller utfases. Helse Sør-Øst RHF initierte i den sammenheng et arbeid for å redusere forbruket av kne artroskopi hos pasienter med degenerativ menisk-lidelser og artrose. Det ble gjort endringer i kjøp av denne type tjenester fra private kommersielle aktører, samt målrettet arbeid av RHF-et i samarbeid med fagdirektørene og fagmiljøene i regionen. En undersøkelse av Holtedahl m.fl fra 2017 viste at dette arbeidet reduserte forbruket betraktelig i Helse Sør-Øst. Undersøkelsen viste at samlet forbruk av denne type inngrep ble halvert i Helse Sør-Øst i perioden 2012-2016. For de øvrige helseregionene var det en samlet reduksjon på 13 %.

Videre ble det igangsatt et arbeid som så på etterlevelsen av føringer fra fag- og funksjonsfordelinger for kreftkirurgi. I denne sammenheng ble finansiering av kirurgi som ikke var i henhold til vedtatt fag- og funksjonsfordeling fjernet, noe som hadde umiddelbar effekt på praksis.

Basert på ovennevnte erfaringer fra Norge, har vi grunnlag for å si at bruk av finansielle virkemidler er sentralt for å påvirke klinisk praksis.

Helse Sør-Øst RHF har videre igangsatt et arbeid for å gjøre relevante data for kvalitet og forbruk mer tilgjengelig for helseforetak og sykehus i regionen, slik at de får et bedre grunnlag for å vurdere egen virksomhet. I dette arbeidet er data fra nasjonale kvalitetsregistre inklusiv Kreftregisteret, Norsk Pasientregister (NPR), Folkehelseinstituttet (FHI) benyttet som grunnlag. I den forbindelse er det etablert et klinisk Dashboard hvor foreløpig følgende indikatorer skal inngå:

- 30 dagers total overlevelse for pasienter innlagt for hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd
- fem års overlevelse for kreftsykdommene som tykk- og endetarm, lunge, bryst, bukspyttkjertel og prostata
- forbruksrater per opptaksområde for utvalgte preferanse- og tilbudsstyrte tjenester

Det arbeides videre med å etablere tilsvarende Dashboard for psykisk helse- og rusbehandling, medisinsk behandling, samt laboratoriemedisin og radiologi. Planen er å gjennomgå Dashboardet på ett årlig oppfølgingsmøte med Helseforetakene i regionen og at hovedfunnene skal presenteres for eget styre med en tilhørende tiltaksplan.

Tidligere revisjoner om uønsket variasjon

Konsernrevisjonen har tidligere gjennomført flere revisjoner som berører temaet uønsket variasjon. Følgende tre revisjoner berører temaet:

- Uønsket variasjon ved Sykehuset Østfold HF – rapport 4/2018
- Uønsket variasjon ved Sykehuset Innlandet HF – rapport 3/2019
- Risikostyring og kvalitet ved Oslo universitetssykehus HF – rapport 3/2021

Disse rapportene er tilgjengelig på følgende område:

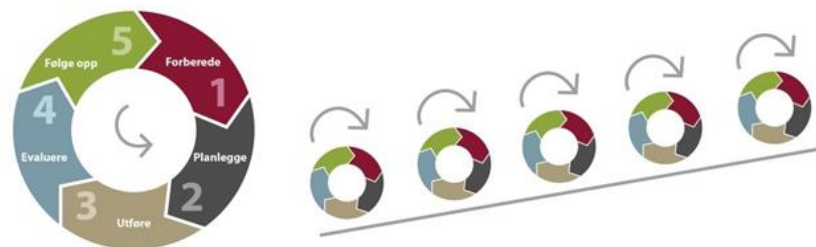
<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>

3. Tilnærming

3.1 Innfallsvinkel

Målet med revisjonen er å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus i regionen anvender kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i pasienttilbud og kvalitet i selve pasientbehandlingen.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten har forsterket kravene til evaluering for å sikre kontinuerlig læring og forbedring. Forskriften tydeliggjør toppledelsens ansvar for at virksomheten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Dette skal bidra til å gi pasienter helsetjenester av god kvalitet, kvalitetsforbedring og til at krav etterleveres. Forskrift om ledelses- og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring og illustrerer dette gjennom forbedrings sirkelen. Se figur 3.

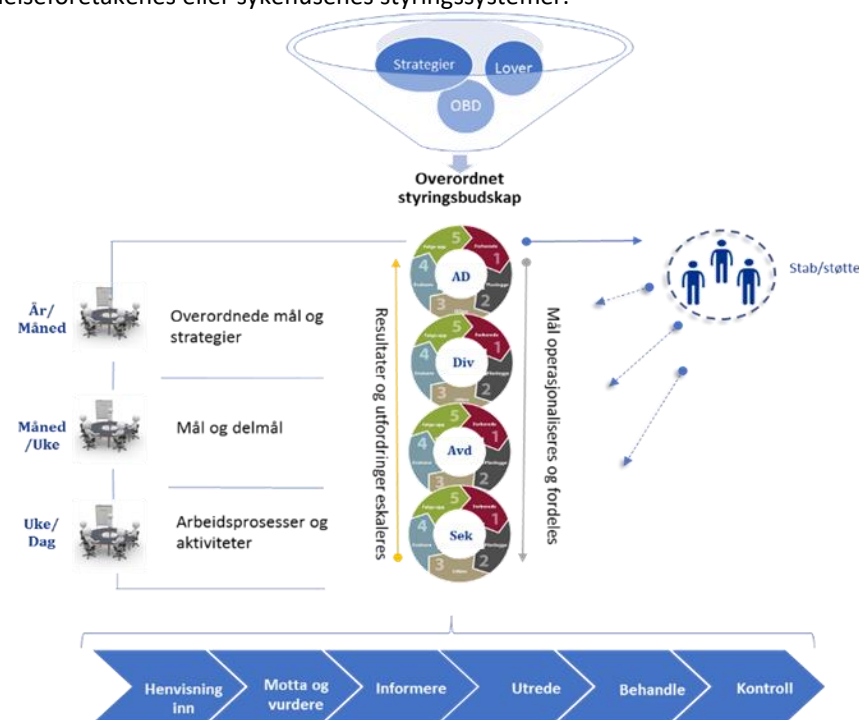


Figur 3 – Modell for kontinuerlig forbedring. Kilde: Kunnskapssenteret

God kvalitet på helsetjenesten avhenger av at ledelsen både planlegger og følger opp kjerne- og støtteprosesser på en strukturert måte. Et styrings-system med gode strukturer, prosesser og verktøy for styring og ledelse, er en viktig forutsetning for at sykehusene skal kunne imøtekomme overordnede mål og krav. Samlet sett omtales dette ofte som virksomhetsstyring. Dette er også tydeliggjort i forskrift om ledelse- og kvalitetsforbedring.

Som det illustreres i figur 4 er helseforetak og sykehus komplekse organisasjoner med flere ledelsesnivåer. Øverste leder har et ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres på relevante nivå i virksomheten og for

jevnlig å etterspørre og følge opp resultater og risikoer knyttet til mål og krav. Nivå-inndelingen krever tydelige roller der ansvar og oppgaver er avklart, og at det etableres et godt samarbeid mellom ledere på ulike nivåer. Den praktiske gjennomføringen og styringen av pasientbehandlingen, vil i de fleste tilfeller påligge førstelinje-lederne som utøver den daglige pasientnære og faglige ledelsen. Måloppnåelsen må samtidig følges opp i lederlinjen gjennom helseforetakenes eller sykehusenes styringssystemer.



Figur 4 Ledelse og kvalitetsforbedring forenklet visualisert i en styringsmodell i et helseforetak eller sykehus

Tilnærming

I revisjonen har vi kartlagt hvordan mål og krav i det årlige oppdrags- og bestillingsdokumentet (OBD) blir operasjonalisert, fordelt og forankret i styringslinjen (beskrives i kapittel 4). Vi har her sett på om det er utformet mål og krav knyttet til å redusere uønsket variasjon i tilbud og kvalitet i helsetjenestene, herunder om det er gitt føringer om bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas. For å belyse dette har vi kartlagt hvordan disse forholdene tas inn i styringslinjen – det vil i dette tilfellet være fra administrerende direktør, via klinikk-/divisjon og ned til avdelingsnivå. Årsaken til at vi avgrenser oss ned til avdelingsnivå, er at «eierskapet» til det enkelte forløp som oftest er plassert på dette nivået.

Vi har videre kartlagt hvilke prosesser avdelingene har etablert for å planlegge og følge opp eventuell uønsket variasjon gjennom året (beskrives kapittel 5). Til slutt har vi kartlagt hvordan dette arbeidet (resultater og utfordringer) rapporteres og følges opp i styringslinjen (beskrives i kapittel 6).

3.2 Metodikk og gjennomføring

Revisjonen er gjennomført med gjennomgang av dokumenter, spørreundersøkelse og intervjuer.



Figur 5 Metodebruk

Dokumentundersøkelse

Innledningsvis ble det gjort en gjennomgang av oppdrag og bestillingsdokumenter, Helseatlas, medisinske kvalitetsregistre, styresaker fra det regionale helseforetaket og helseforetak, og aktuelle rapporter om temaet.

Spørreundersøkelse

Konsernrevisjonen har innledningsvis i kartleggingen sendt et spørreskjema til klinikkledere/divisjonsledere og avdelingsledere i alle helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt et utvalg private ideelle sykehus som Helse Sør-Øst RHF har samarbeid med. De private ideelle som er med i spørreundersøkelsen er Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus. Før utsendelse til helseforetakene og sykehusene ble spørreskjemaet testet ut på et utvalg ledere fra ulike helseforetak.

Hensikten med spørreundersøkelsen har vært å kartlegge hvordan lederne opplever hvordan styring og oppfølging foregår i styringslinjen, herunder hvordan målet om uønsket variasjon operasjonaliseres og fordeles. I tillegg har vi spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon de benytter i sitt forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk.

Spørreundersøkelsene ble sendt til ledere innen flere fagområder/spesialiteter:

- 27 medisinske og kirurgiske klinikk-/divisjonsledere, hvorav 25 besvarte.
- 55 avdelingsledere med ansvar for de aktuelle fagområdene, hvorav 50 besvarte.

Følgende fagområder er inkludert i spørreundersøkelsen:

- Diabetes, voksne
- Hjerneslag
- Hjerteinfarkt
- Hoftebrudd
- Leddimplantater
- Dagkirurgi (Ortopedi)

Intervjuer

I etterkant av at spørreundersøkelsen var besvart, ble det gjennomført intervjuer med fagdirektør samt klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere ved tre helseforetak, henholdsvis Vestre Viken HF, Sykehuset Telemark HF og Sykehuset i Vestfold HF. Formålet med intervjuene var å få utdypende informasjon om de temaene som inngikk i spørreundersøkelsen.

3.3 Avgrensning

Revisjonens formål har vært å kartlegge hvordan helseforetak og sykehus anvender styringsinformasjon fra nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk. Vi har derfor valgt ut fagområder der det foreligger nasjonale kvalitetsregistre, samt fagområder hvor det er etablert Helseatlas.

I tilknytning til de nasjonale kvalitetsregistrene har vi valgt ut de registrene med høy dekningsgrad, det vil si at helseforetakene og sykehusenes rapportering til registrene er relativt høy. Dette på bakgrunn av at dekningsgrad er en grunnleggende forutsetning for å kunne bruke registrene som grunnlag i et forbedringsarbeid.

Revisjonen har ikke som formål å belyse hvordan helseforetakene og sykehusene arbeider med å sikre at data faktisk registreres i medisinske kvalitetsregistre. En begrensning ved denne tilnærmingen, er at vi ikke fanger opp områder med lav dekningsgrad og hva som er bakenforliggende årsaker til dette. Resultater fra kartleggingen kan følgelig heller ikke generaliseres til fagområder hvor dekningsgraden er lav eller innenfor fagområder hvor det ikke er nasjonale kvalitetsregistre.

Revisjonen har videre ikke som formål å avdekke om det foreligger uønsket variasjon eller årsaker til eventuell uønsket variasjon.

3.4 Revisjonsgrunnlag

Revisjonsgrunnlaget har vært relevante lover og forskrifter som pasient- og brukerrettighetsloven, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, samt andre styrende dokumenter for området.

4. Formidling av mål og krav

For å sikre god styring er det en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå. Øverste leder har ansvar for å sørge for at målene operasjonaliseres og fordeles på relevante nivå i virksomheten. I den sammenheng er det nødvendig å ha et hensiktsmessig system for hvordan dette skal praktiseres.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan målet om å redusere uønsket variasjon i kvalitet og forbruk av helsetjenester, er formidlet i styringslinjen til klinikk-/divisjon og avdelingsnivå. I dette har vi også sett om det er gitt føringer om bruk av informasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas. Følgende problemstillinger er belyst:

- På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk formidlet i styringslinjen?

4.1 Observasjoner

I undersøkelsen har vi kartlagt prosesser for å formidle mål og krav, samt stilt spørsmål om ledernes oppfatning av de mål og krav som er stilt.

- Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?
- Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?
- Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?
- Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?
- Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?

Hvordan er mål og krav kommunisert i helseforetak og sykehus?

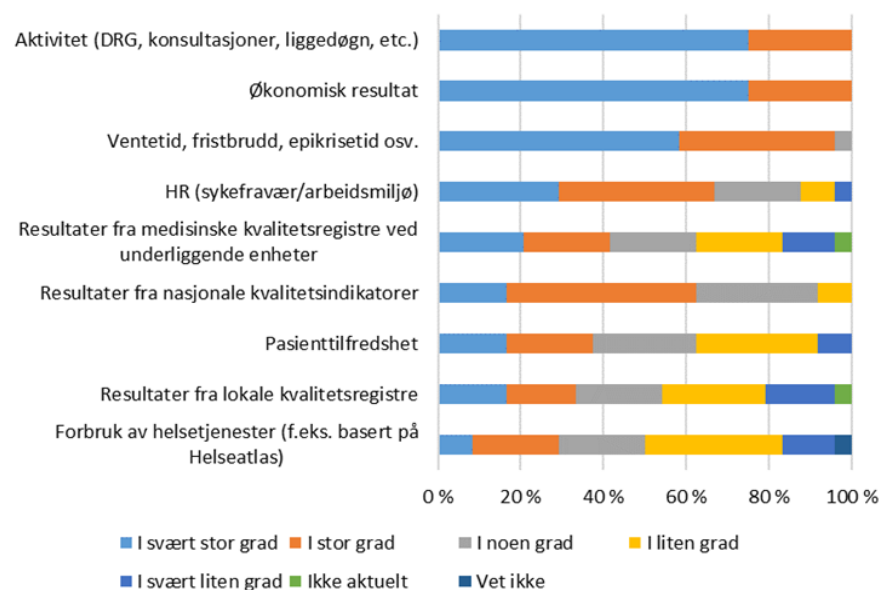
Det fremkommer gjennom intervjuer og i spørreundersøkelsen at det er etablert prosesser for å formidle mål og krav i styringslinjen. Det fremkommer

at mål og krav i OBD, samt det som fremkommer i utviklingsplanene, operasjonaliseres og videreformidles til klinikk-/divisjonsleder, som igjen tar dette videre til avdelingsnivå. Dette gjøres imidlertid på forskjellige måter både innad og mellom helseforetak/sykehus. Et helseforetak har utarbeidet driftsavtaler mellom alle ledelsesnivåene hvor det er operasjonalisert og forankret mål og krav til det enkelte nivå. Andre helseforetak/sykehus viderefordeler mål og krav fra OBD til ledernivåene uten nærmere operasjonalisering. Det fremkommer også at enkelte virksomheter får konkretisert mål og krav i lederavtaler eller i klinikkvise handlingsplaner, mens andre får mål og krav formidlet per e-post, eller muntlig i ledermøter. Enkelte viser også til at det formidles gjennom en kombinasjon av ovennevnte eksempler.

Hvilke mål og krav gis til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere?

I spørreundersøkelsen ble klinikk-/divisjonsledere bedt om å ta stilling til i hvilken grad de opplever at overordnet ledelse har gitt konkrete resultatmål og krav innenfor ulike styringsområder som de har ansvar for. Som det fremgår av figur 6 oppgir alle klinikk-/divisjonslederne at de *i svært stor grad* eller *i stor grad* opplever å ha fått konkrete resultatmål og krav knyttet til aktivitet, økonomi og ventetider.

Når det gjelder konkrete resultatmål og krav relatert til kvalitetsregistre, pasienttilfredshet og forbruk av helsetjenester, varierer svarene mer. Om lag 30 % av klinikk-/divisjonsdirektørene svarer her at de *i liten eller svært liten grad* har fått dette. Nesten alle klinikk-/divisjonslederne svarer imidlertid at de har fått føringer om at de skal benytte tilgjengelig styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas, i sin styring og utvikling.



Figur 6: I hvilken grad mottar klinikken/divisjonen konkrete resultatmål og krav på ulike styringsområder dere har ansvar for. Svar fra klinikk-/divisjonsledere

Vi har videre stilt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere om de opplever at de har gitt underliggende avdelinger konkrete resultatmål og krav innenfor ulike styringsområder. Tilsvarende har vi også spurt hva avdelingslederne opplever av å ha mottatt av resultatmål og krav fra klinikk-/divisjonslederne.

Ut i fra figur 7 (side 15) er hovedbildet at det er en felles forståelse av i hvilken grad de ulike resultatmål og krav som gis er konkrete. Både klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere opplever at resultatmål og krav knyttet til økonomi og aktivitet i svært stor grad eller stor grad er konkrete, og at målene

er noe mindre konkret når det gjelder kvalitet og forbruk. Dette er også i samsvar med hvordan klinikk-/divisjonsledere opplever å ha mottatt mål og krav fra administrerende direktør, jf. det ble beskrevet for figur 6.

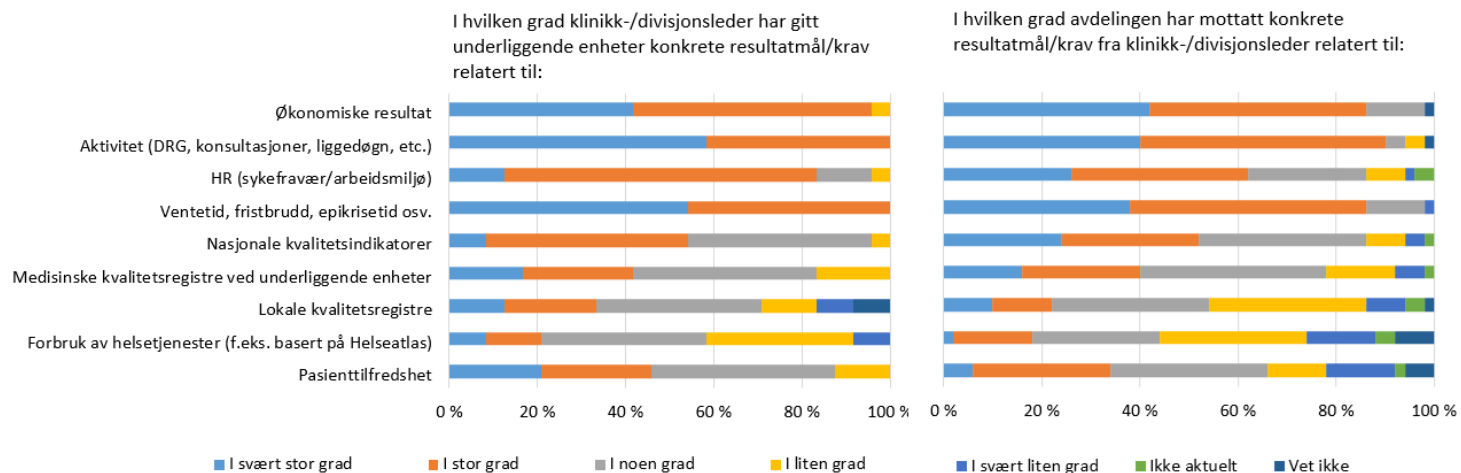
Når det gjelder spørsmålet om styring på kvalitet, uttrykker en av de intervjuede at det respektive helseforetaket har vært tydelige på at *klinikkene må eie sin egen kvalitet*. Dette ut i fra forventninger om at klinikkene selv skal operasjonalisere spesifikke mål og krav. For eksempel vises det til at dette gjøres ved å utarbeide «spissede» delmål og resultatindikatorer for den enkelte avdeling – alt etter hva man vurderer har størst risiko for ikke å levere ønsket kvalitet.

Hvilke forventninger stilles til kvalitet og forbruk av helsetjenester?

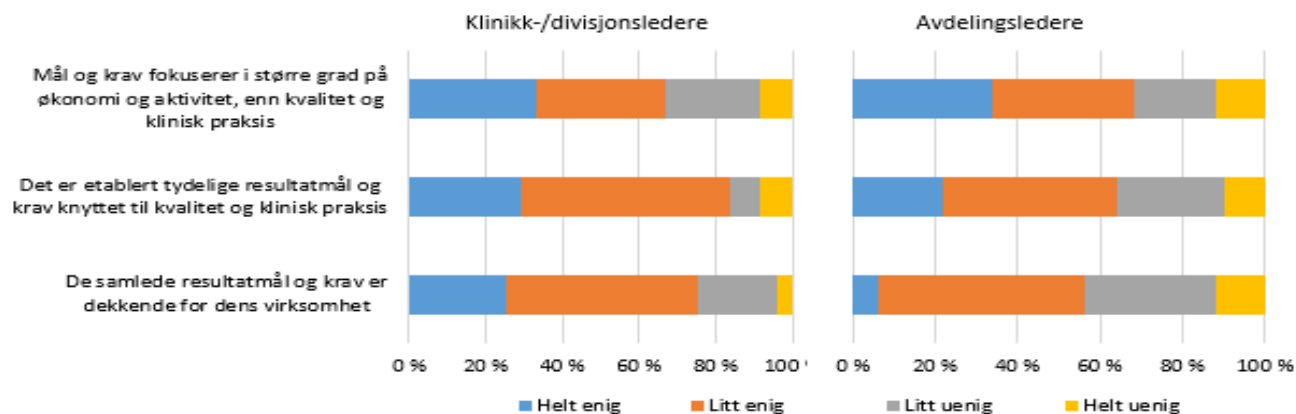
Vi har i spørreundersøkelsen stilt noen utdypende spørsmål til klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere om hvordan de opplever at kvalitet og klinisk praksis vektlegges i styringsbudskapet, se figur 8 (side 15).

Figur 8 viser at konkretiseringen av styringsbudskapet oppleves noe ulikt mellom de to nivåene. Om lag 80 % av klinikk-/divisjonsledere er helt enig eller litt enig i påstanden om at det for klinikken/divisjonen er etablert tydelige resultatmål og krav knyttet til kvalitet og klinisk praksis, mens om lag 60 % av avdelingslederne opplever det samme.

Figuren viser videre at det for begge ledernivåene er en opplevelse av at mål og krav i noe større grad er rettet mot økonomi og aktivitet enn mot kvalitet og klinisk praksis (påstand 2). Videre oppgir om lag 65 % av klinikk-/divisjonslederne at de er helt enig eller litt enig i påstanden om at de samlede resultatmål og krav er dekkende for klinikkens-/divisjonens virksomhet, mens 35 % er litt uenige eller helt uenige. Når det gjelder avdelingslederne er svarene på samme spørsmål noe mer delt, ettersom 55 % er helt enig eller litt enig, mens 45 % er helt uenig eller litt uenig.



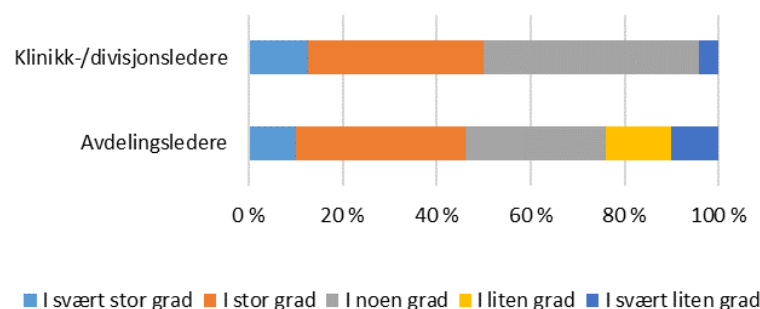
Figur 7 I hvilken grad er utvalgte resultatmål og krav formidlet fra klinikk-/divisjonsledere til avdelingslederne. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere



Figur 8 Hvor enig er henholdsvis klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere i ulike påstander knyttet til styringsbudskapet. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

Vi har i spørreundersøkelsen også stilt et litt mer generelt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere - om de opplever at de har kommunisert tydelige forventninger til avdelingslederne vedrørende arbeid med kvalitet og forbruk - og tilsvarende om avdelingslederne opplever å ha fått tydelige forventninger om disse temaene. Figur 9 viser at det til dels er samsvar i svarene fra klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne. Ca. 50 % av klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne svarer at de *i svært stor eller i stor grad* opplever at det gis og mottas tydelige forventninger om dette temaet. På den andre siden av svarskalaen er det imidlertid en forskjell i opplevelsen mellom klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne. Figuren viser at kun 3-4 % av klinikk-/divisjonsledere *i svært liten grad eller i liten grad* opplever at forventningene er tydelige, mens tilsvarende tall for avdelingslederne er over 20 %.

Flere av de vi har intervjuet viser til at det har vært en sterk dreining de siste årene mot økt oppmerksomhet på styring av kvalitet. En av de intervjuede påpeker samtidig at det har vært utfordringer knyttet til hva en legger i



Figur 9 I hvilken grad er det gitt tydelige forventninger knyttet til kvalitet og forbruk. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

kvalitetsbegrepet. De har i den sammenheng de siste par årene arbeidet med å definere begrepet og knyttet dette opp mot målet om å redusere uønsket variasjon. Det vises til at dette arbeidet har vært konstruktivt og at de har fått en felles forståelse hva dette faktisk innebærer.

Intervjuede fra et annet helseforetak viser til at de ikke har fått konkrete resultatmål fra klinikklederne. Avdelingene får i stedet som oppgave å benytte

kvalitetsregistre, og at de særskilt skal ha oppmerksomhet på de kvalitetsindikatorene der avdelingen scorer lavt. Det forventes i den sammenheng at det iverksetter tiltak/forbedringsprosjekter og at dette arbeidet skal rapporteres og følges opp i lederlinjen.

Fremstår styringsbudskapet balansert og realistisk?

I tilknytning til spørsmålene ovenfor kommenterer flere respondenter at antallet mål ikke nødvendigvis må økes, men i større grad balanseres. Det påpekes i den sammenheng at manglende balanse i sammensetningen av mål kan gi uheldige vridningseffekter og målkonflikter. En leder uttrykker det slik:

Vi erfarer at ansatte opplever at overordnede bestillinger ikke treffer den kliniske hverdagen. Det er et for sterkt fokus på å nå økonomiske mål og krav til aktivitet

Enkelte respondenter kommenterer videre at det er viktig at foretaksledelsen forstår betydningen av hvilke endringer «nye» styringssignaler knyttet til kvalitet og forbruk ville kunne gi - særlig knyttet til ressursallokeringen i - og mellom avdelingene.

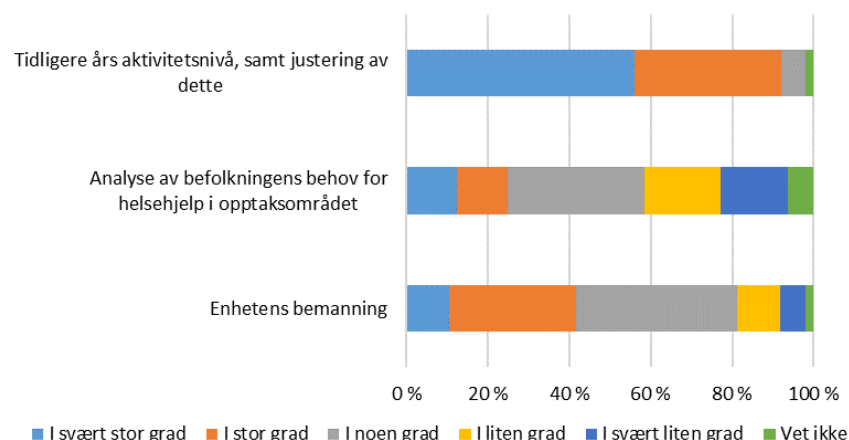
På bakgrunn av at dette er en kjent problemstilling i helsesektoren, har vi i spørreundersøkelsen stilt et spørsmål knyttet til fastsettelse av mål og krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk.

Er det potensielle målkonflikter ved fastsettelse av krav til aktivitet versus kvalitet og forbruk?

Befolkningens behov for helsetjenester vil være sammensatt og avhengig av demografiske endringer, sykdomsutvikling, flere behandlingsforløp, nye behandlingsmetoder samt medisinsk og teknologisk utvikling. Konsernrevisjonen har gjennom tidligere revisjoner erfart at mål knyttet til aktivitet ikke nødvendigvis er forsøkt avstemt mot befolkningens reelle behov for helsetjenester. Aktivitetskravet kan da komme i konflikt med målet om likeverdige tjenester, det vil si hvem som får helsehjelp og hvilke

helsetjenester som gis. Vi har i den forbindelse spurt avdelingslederne om hvilke forhold som legges til grunn ved fastsettelse av avdelingenes aktivitetskrav, se. figur 10.

Som det fremgår av figur 10 er det i stor grad tidligere års aktivitetsnivå som legges til grunn for avdelingenes aktivitetsmål for kommende år. Videre fremgår det at en stor andel tar hensyn til enhetens bemanning. Når det gjelder analyse av det reelle behovet for helsetjenester, er svarene mer delt. Her svarer ca. 25 % at i svært stor grad eller i stor grad tar utgangspunkt i behov, mens i underkant av 40 % svarer at de i liten eller i svært liten grad gjør analyser av dette.



Figur 10 I hvilken grad legges følgende forhold til grunn ved fastsettelse av avdelingens aktivitetskrav. Svar fra avdelingsledere

I tilknytning til dette temaet har flere respondenter gitt ulike kommentarer. For eksempel påpekes det at aktivitetskravene til dels er urealistiske innenfor avdelingenes tilgjengelige ressurser, men at aktivitetskravet likevel er dekkende for behovet i sykehusområdet. Andre viser til at det er mangelfulle analyser av befolkningens behov innenfor de ulike fagområdene, noe som innebærer risiko for aktivitetsmålene ikke er realistiske. Det vises i den sammenheng til mangelfulle analyseverktøy til dette formålet. En av de vi har intervjuet uttrykker det slik:

Vi har ikke tilstrekkelig fokus på befolkningens behov for helsetjenester. Dette må vi bli flinkere til som ledere, det vil si ikke kun mellomledernivå, men også toppledelsen. Noe behandling må vi redusere eller slutte med for å få plass til andre pasienter.

4.2 Vurderinger

Flere ledere opplever at målet om å redusere uønsket variasjon ikke er tydelig kommunisert i styringslinjen

Overordnet viser karleggingen at lederne i hovedtrekk opplever at det i større grad gis konkrete mål og krav rettet mot økonomi, aktivitet og HR-området enn det gjøres inn mot pasienttilbud og god kvalitet. Det er imidlertid variasjon i opplevelse mellom helseforetak/sykehus, samt innad disse. Eksempelvis opplever avdelingslederne at det er noe mindre oppmerksomhet på forbruk og kvalitet enn hva klinikk-/divisjonslederne opplever.

Enkelte ledere opplever at eget helseforetak eller sykehus nærmer seg en bedre balanse i styringsbudskapet, mens andre mener at det er en vei å gå før tilbud og kvalitet i helsetjenesten er balansert med øvrige mål og krav. Det er samtidig en felles oppfatning av at det har vært en dreining mot økt fokus på kvalitet og forbruk i styringslinjen de siste årene.

Hva er konsekvensene av manglende oppmerksomhet på kvalitet og forbruk?

Konsernrevisjonen vurderer det som positivt at tilbud av helsetjenester og kvalitet i pasientbehandlingen har kommet tydeligere frem i styringsbudskapet. Alle helseforetak og sykehus har imidlertid ikke kommet like langt med dette. Manglende oppmerksomhet om tilbud og kvalitet i styringsbudskapet, innebærer risiko for at det ikke gis insentiver for å synliggjøre og innarbeide disse temaene i avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid. Dette medfører videre at det ikke dannes et grunnlag for å rapportere informasjon i styringslinjen. Ytterste konsekvens av dette vil kunne

være at svake resultater på kvalitet i helsetjenestene ikke rapporteres til riktig nivå, og at virksomhetens styringsevne dermed svekkes.

Hva kan være årsakene?

En årsak til den noe lavere oppmerksomheten om tilbud og kvalitet, kan være hvordan virksomhetsstyringen i helseforetakene og sykehusene har blitt gjennomført. Virksomhetsstyringen har tradisjonelt vært innrettet mot å svare ut økonomi, aktivitet og HR-data, samt nasjonale indikatorer fastsatt i oppdrags- og bestillerdokumentet (OBD). Det har i mindre grad vært en tradisjon for å operasjonalisere mål og krav til det enkelte nivå, for eksempel knyttet til styring av forløpenes faglige innhold. Dette har medført at mål og krav i mindre grad er tilpasset risiko og egenskaper ved fagområdene i de enkelte avdelingene. Kvalitetsdimensjonen har i større grad blitt ivaretatt av det enkelte fagmiljø, og har i mindre grad vært en del av den formelle styringen.

Når det gjelder denne kartleggingen viser både spørreundersøkelsen og intervjuer at det er etablert ulike strukturer og prosesser knyttet til virksomhetsstyring, herunder operasjonalisering og formidling av mål og krav. Noen helseforetak og sykehus har strukturerte og formaliserte prosesser som er felles for alle nivåene i virksomheten, mens i andre er dette mindre strukturert. På denne bakgrunn vurderer vi at "modenheten" på virksomhetsstyringen er relativt ulik mellom helseforetakene/sykehusene. For de med lav modenhet vurderer vi at det er stor risiko for ulik praksis i klinikker og avdelinger for hvordan man arbeider med målet om å redusere uønsket variasjon.

På bakgrunn av denne og tidligere revisjoner er imidlertid vårt inntrykk at praksisen som beskrives ovenfor er i endring. Flere helseforetak har de senere årene etablert systemer og prosesser for å bedre virksomhetsstyringen. Vi vurderer at dette henger sammen med tydeliggjøringen av kravene til virksomhetsstyring i forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring. Det er i den sammenheng arbeidet med målstyring, tydelige forventninger til styring og

ledelse, tilrettelegging gjennom ulike maler samt verktøy, opplæring og ledelsesstøtte.

Hva er ønsket retning?

Et system for styring av kvalitet bør være tilpasset behovet i de ulike styringsnivåene, og samtidig kunne identifisere og eskalere vesentlige risikoer og avvik til overordnet nivå. Konsernrevisjonen vurderer i den sammenheng at etablering av tydelige strukturer og prosesser knyttet til styring, er en forutsetning for at kvalitetsaspektet i større grad blir integrert og synliggjort. I tillegg må en i et slikt arbeid tydeliggjøre ledelsens ansvar og oppgaver, herunder hvilken opplæring og støtte de må ha for å klare dette på en hensiktsmessig måte.

Når det gjelder operasjonalisering og formidling av mål og krav knyttet til uønsket variasjon, er vi ikke av den oppfatning at det bør settes en rekke nye konkrete resultatmål til de ulike klinikkene eller avdelingene. I første omgang bør helseforetak og sykehus ha en tilnærming med tydeligere forventninger til at avdelingene skal benytte tilgjengelige kvalitetsregistre og Helseatlas som grunnlag for å identifisere eventuell manglende kvalitet eller avvikende forbruksrater. Dette vil være et utgangspunkt for å identifisere tiltak og iverksette forbedringsprosjekter, og som igjen må inngå i periodisk rapportering til nivået over. Behovet for rapportering må være tilpasset risiko og måloppnåelse for kvalitet for det enkelte fagområde (mer om dette i kapittel 5 og 6).

Samtidig som det ikke alltid gis konkrete resultatmål i styringslinjen, er vi av den oppfatning at dette ikke hindrer lederne på det enkelte nivå å ha oversikter over status på resultater fra Helseatlasene og de nasjonale kvalitetsregistre. Disse oversiktene vil være hensiktsmessige å benytte i styringsdialogen. Ved en eventuell vedvarende uønsket variasjon kan disse i neste omgang benyttes til å tydeliggjøre styringsbudskapet ved å sette konkrete resultatmål som grunnlag for tettere oppfølging.

5. Avdelingenes arbeid med å redusere uønsket variasjon

Hvert nivå i lederlinjen må ha egne prosesser for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter for å nå tildelte mål og krav. Som en del av planleggingen skal det gjennomføres risikovurderinger av fastsatte mål. På bakgrunn av eventuell manglede måloppnåelse og risikoer for fremtidig måloppnåelse, må det prioriteres hvilke tiltak som skal iverksettes. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan helseforetakene og sykehusene arbeider med å redusere uønsket variasjon og gjennom det oppnå et likeverdig tilbud av god kvalitet. I denne sammenheng undersøker vi nærmere hvordan de benytter informasjon fra Helseatlas og medisinske kvalitetsregistre i dette arbeidet. Følgende problemstilling er belyst:

- På hvilken måte benyttes styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas i arbeidet med å sikre et likeverdig tilbud og oppnå en god kvalitet i pasientbehandlingen?

5.1 Observasjoner

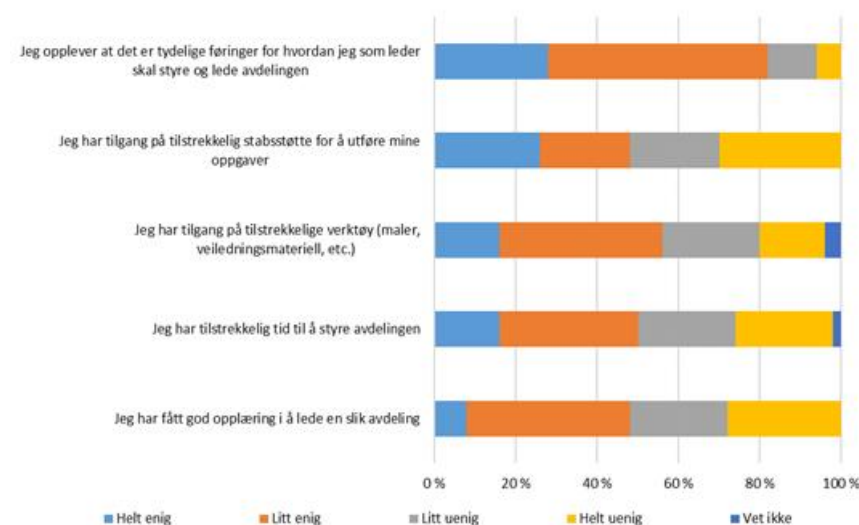
For å belyse problemstillingen har vi i undersøkelsen kartlagt forhold rundt lederrollen på avdelingsnivå, herunder tilgang til stab-støttefunksjoner for å understøtte arbeidet. Videre har vi undersøkt hvordan de i praksis arbeider med å redusere eventuell uønsket variasjon i tilbud av helsetjenester og kvalitet på behandlingen. I det kapittelet beskrives dette ut i fra følgende spørsmål:

- Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?
- Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?
- Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?
- Hvordan benyttes Helseatlas?
- Hvordan benyttes kvalitetsregistre?

Hvordan er det tilrettelagt for utøvelse av styring og ledelse?

En forutsetning for å nå målene og levere faglig forsvarlige tjenester av god kvalitet, er å ha en klar organisasjons- og lederstruktur. I tillegg er det nødvendig med en tydelig beskrivelse av ansvar, myndighet og oppgavefordeling. Kompetanse skal gjenspeile den kunnskap og de ferdigheter som er nødvendig for å utføre tildelte oppgaver. Ut i fra dette må helseforetaket eller sykehuset sikre at lederne har tilstrekkelig kompetanse og støtte knyttet til å planlegge og følge opp sitt ansvarsområde.

Ansaret og «eierskapet» til de enkelte pasientforløp er som oftest plassert på avdelingsnivå, og avdelingslederne har derfor en svært sentral rolle i arbeidet med kvalitet. I spørreundersøkelsen ble avdelingslederne innledningsvis bedt om å ta stilling til hvor enig eller uenig de er i ulike påstander rundt forutsetninger for å ivareta sin rolle som leder, se figur 11.

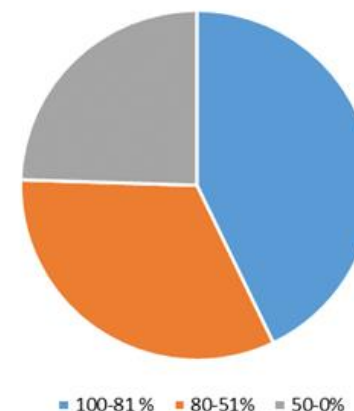


Figur 11 Hvor enig eller uenig er avdelingslederne i ulike påstander knyttet til forutsetninger for å ivareta lederrollen.

Som det fremgår av figur 11 er 80 % av avdelingslederne helt enig i eller litt enig i at det er tydelige føringer til hvordan de skal styre og lede avdelingen. Videre svarer om lag halvparten at de er *helt enig eller litt enig* i at de har tilstrekkelig stabsstøtte og verktøy, samt at de har fått god opplæring i å lede avdelingen.

Den resterende halvparten av respondentene er *litt uenig eller helt uenig* i dette. Flere respondenter kommenterer at de opplever en økning i administrative oppgaver og mål, samtidig som tilgangen på lederstøtte er redusert. Det kommenteres også at de opplever ulike kurs og opplæring som god, men at de etterlyser stabsfunksjoner og møteplasser med andre ledere for å utveksle erfaringer. Videre trekkes det frem at de mangler gode analyseverktøy som kan gi bedre oversikt over avdelingens drift. Andre respondenter viser til at de har god støtte i arbeidet, blant annet at det er etablert stabsressurser eller team som fungerer som prosessveiledere knyttet til forbedringsprosjekter. Disse viser også til at egen analyseenhet gir god støtte til at data gjøres tilgjengelig.

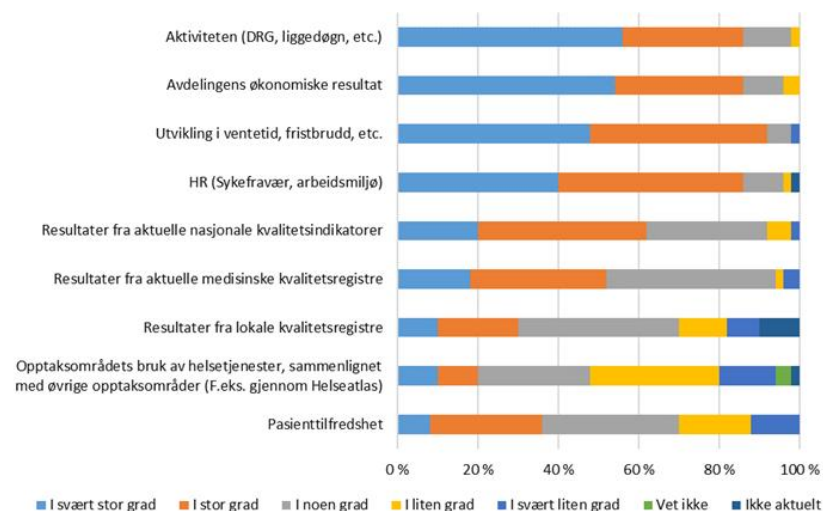
Figur 11 viser videre at om lag halvparten av avdelingslederne svarer at de er *helt enig eller litt enig* i at de har tilstrekkelig tid til å styre avdelingen. Den andre halvparten er *litt uenig eller helt uenig* i dette. Flere avdelingsledere kommenterer at de opplever at de ikke har tilstrekkelig tid til å styre avdelingen ettersom mye av tiden går til administrasjon. Vi ba i den sammenheng avdelingslederne anslå hvor mye av sin tid de bruker på å lede og styre avdelingen. Som det fremgår av figur 12 svarte omtrent 40 % av avdelingslederne at de bruker mellom 100-81 % av sin tid til å styre og lede avdelingen. Samtidig viser figuren at hver fjerde leder bruker mindre enn halvparten av sin tid til styring og ledelse. Vi har ikke undersøkt årsakene til disse forskjellene, men på bakgrunn av kunnskap fra tidligere revisjoner kan dette skyldes avdelingenes ulike størrelse og kompleksitet, ulike organisering og oppgavefordeling eller ulike ledelsespraksiser.



Figur 12 Anslå hvor mye tid du bruker på å lede avdelingen. Svar fra avdelingsledere

Hvilken styringsinformasjon besitter avdelingslederne?

Avdelingslederne har ansvar for mange områder, og ulike styringsinformasjon vil være et sentralt virkemiddel i planlegging og oppfølging i avdelingene. Spørreundersøkelsen har kartlagt i hvor stor grad avdelingslederne har oversikt over hvordan avdelingen ligger an på sentrale styringsparametere/-indikatorer innenfor ulike områder. Figur 13 viser at tilnærmet alle avdelingslederne oppgir at de i *svært stor grad eller i stor grad* har oversikt over hvordan avdelingen ligger an når det gjelder aktivitet, økonomi, ventetider og HR-relaterte forhold. Når det gjelder kvalitet i pasientbehandlingen og klinisk praksis svarer flestparten at de i *stor grad og i noen grad* har oversikt over aktuelle nasjonale kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre. Ser vi på svarene knyttet til forbruk av helsetjenester er bildet annerledes. En betydelig andel svarer at de i *liten grad eller svært liten grad* kjenner til forbruk av helsetjenester innenfor sitt opptaksområde.



Figur 13 I hvilken grad har du oversikt over hvordan dere ligger an resultatmessig innenfor ulike styringsområder. Svar fra avdelingsledere

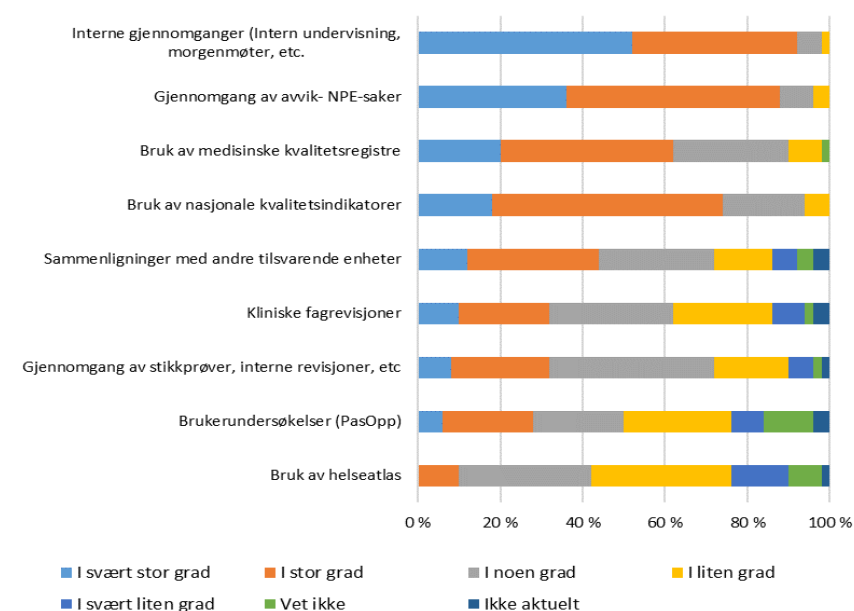
Helseatlasene gir informasjon per opptaksområde og ikke i for den enkelte avdeling, og dette gjør det vanskelig å vite hvordan man ligger an sammenlignet med andre (mer om dette senere i kapittelet). Av figur 13 fremgår det også at avdelingslederne i varierende grad har oversikt over pasienttilfredshet. I den sammenheng påpeker flere respondenter at pasienttilfredshet ikke måles systematisk, men at dette er et ønske og at temaet må settes høyere opp på dagsorden.

Hvilken styringsinformasjon benyttes i forbedringsarbeid knyttet til kvalitet og forbruk?

Det er mange informasjonskilder som avdelingslederne kan benytte i sitt arbeide for å oppnå et likeverdig tilbud av god kvalitet i pasientbehandlingen. Vi har i den sammenheng spurt avdelingslederne hvilken styringsinformasjon som benyttes i et slikt arbeid. Som det fremgår av figur 14 benyttes ulik informasjon i arbeidet med å sikre god kvalitet og tilbud i pasientbehandlingen. Tilnærmet alle avdelingslederne oppgir at de i svært stor eller i

stor grad benytter egne interne gjennomganger gjennom morgenmøter og undervisning, samt gjennomganger av avviksmeldinger og NPE-saker for å sikre at helsehjelpen er i tråd med føringene.

Videre svarer rundt 70 % at de i svært stor eller i stor grad også benytter medisinske kvalitetsregistre og nasjonale kvalitetsindikatorer i dette arbeidet. Samtidig er det noen avdelingsledere som svarer at de i liten grad bruker kvalitetsregistre. Kliniske fagrevisjoner, stikkprøver, interne revisjoner og brukerundersøkelser benyttes i noe mindre grad enn de ovennevnte kildene. Enkelte har kommentert at det ikke gjennomføres brukerundersøkelser systematisk, og at de gir for lite informasjon som kan benyttes for læring. Det vises videre til at komplikasjonsmøter benyttes som en arena for kvalitetsforbedring.



Figur 14 I hvilken grad benyttes følgende styringsinformasjon i arbeidet med å følge opp at helsehjelpen er god. Svar fra avdelingsledere

Hvordan benyttes Helseatlas?

Når det gjelder bruk av Helseatlas fremgår det av figur 14 at om lag 40 % av avdelingslederne *i stor grad eller i noen grad* benytter dette som grunnlag for å se om de gir et helsetilbud som er i tråd med nasjonale føringer eller anerkjent praksis. For flere av fagområdene i undersøkelsen eksisterer det i dag ikke et Helseatlas. For de fagområdene der det i dag foreligger Helseatlas, svarer 65 % at de *i svært stor eller i stor grad* benytter disse. I den sammenheng opplyser enkelte helseforetak at de har tilgang på ressursperson som gjør data fra Helseatlas tilgjengelig og som skal brukes som grunnlag for et eventuelt forbedringsarbeid. Det vises til eksempler der sammenligning med andre enheter har utløst et forbedringsarbeid som igjen har resultert i at egen praksis er endret i tråd med føringene på fagområdet. Flere viser til at de i denne sammenheng har rettet oppmerksomhet mot å sette riktig indikasjon, særlig innenfor kirurgi og medikamentell behandling. Et av helseforetakene viser til at Helseatlasene har vært brukt aktivt over lang tid og at de samlet kommer godt ut sammenlignet med andre helseforetak og sykehus.

Flere av de vi har intervjuet viser stor interesse for Helseatlasene og generelt for temaet under- og overbehandling. De er også godt kjent med *Gjør kloke valg*-kampanjen i regi av Legeforeningen. Når det gjelder bruk av Helseatlas vises det samtidig til flere utfordringer. Enkelte respondenter har kommentert at de tilhører helseforetak hvor det tilbys like tjenester på flere lokasjoner, og at en må være kjent med at det er forbruksrater per opptaksområde som presenteres i Helseatlasene, og ikke opptaksområdet for den enkelte lokasjon. Det vises til at det derfor er krevende å finne tall for egen lokasjon. Denne utfordringen forsterkes i Oslo-området hvor det er mange helseforetak og ideelle sykehus, høy grad av gjestepasienter, samt private avtaleparter. I tillegg vises det til at det kan være vanskelig å tolke resultatene på bakgrunn av geografiske og demografiske forskjeller som påvirker forbruk av helsetjenester.

Videre vises det til at flere av Helseatlasene ikke er i sanntid og at de dermed ikke like relevante å bruke som grunnlag i et forbedringsarbeid. En av informantene uttrykker det slik:

Styringsdata må være ferske. Data som er 1,5-2 år gamle er alt for gamle. Helseatlas for ortopedi sier fortsatt noe om årene for 2012-2016.

Hvordan benyttes kvalitetsregistre?

I spørreundersøkelsen har vi bedt om en utdypning av hvordan avdelingslederne benytter nasjonale medisinske kvalitetsregistre i et forbedringsarbeid. Flere viser til at resultater fra disse registrene tas opp og diskuteres i ulike fora, som for eksempel kvalitet- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU), morgenmøter, internundervisning, internt i avdelinger og fagråd. Ved enkelte helseforetak har fagrådene eller overordnet KPU fått i oppdrag å gå gjennom alle aktuelle kvalitetsregistre som grunnlag for å iverksette forbedringsprosjekter.

I tillegg til de nasjonale kvalitetsregistrene har flere avdelinger etablert egne lokale kvalitetsregistre som benyttes aktivt og operativt. Det vises til at dette er et krevende arbeid, blant annet på bakgrunn av personvern hensyn, samt at det er kostbart og tungvint å drifte.

Gjennom intervjuer vises det til at oppmerksomheten om kvalitet og kvalitetsarbeid har blitt intensivert de seneste 2-3 årene. I dette arbeidet har enkelte helseforetak/sykehus utarbeidet en totaloversikt over alle kvalitetsregistrene. Det er i den sammenheng utarbeidet oversikter som viser hvilke indikatorer innenfor ulike registre som scorer under- eller over måltallet. Dette forvaltes av respektive analyseavdelinger som regelmessig sender ut informasjon til ledere på ulike nivå. Det vises til at de aktuelle analyseavdelingene også bistår avdelinger med å hente en oversikt over egne data. Denne type oversikter er ikke utarbeidet ved alle helseforetak og sykehus i regionen. En av de intervjuede viser i den sammenheng til at de har arbeidet intenst med forbedringsprosjekter knyttet til de nasjonale indikatorene som inngår i pakkeforløpene for kreft og at de nå ønsker tilsvarende foretaksovergripende oppmerksomhet på de nasjonale kvalitetsregistrene.

Flere respondenter uttrykker at registrene er et svært godt verktøy som grunnlag for å undersøke egen behandlingspraksis. Svarene i undersøkelsen viser også at det er et bredt spekter av ulike registre som benyttes aktivt i forbedringsarbeidet i helseforetakene og sykehusene.

Flere respondenter i spørreundersøkelsen kommenterer at de aktivt benytter resultatene for å identifisere forbedringsområder og bevaringsområder. Spørreundersøkelsen viser at om lag 2/3 av avdelingslederne har iverksatt tiltak på bakgrunn av resultater fra ulike kvalitetsregistre. Det gis en rekke eksempler, blant annet innenfor bruk av hofteproteser, smertelindring i mottak, artrosebehandling, STEMI-behandling, hjerneslag, hjerteinfarkt, oppfølging av kolesterol hos diabetikere, endokrinologi, reoperasjoner etter hoftebrudd og korsbåndkirurgi. Enkelte informanter viser til at forbedringsprosjektene har vært i regi av nasjonale kvalitetsprosjekter. Andre viser til at de selv har igangsatt forbedringsprosjekter i samarbeid med andre helseforetak og sykehus.

Utgangspunktet for disse forbedringsprosjektene, var at avdelingene tok tak i indikatorer med lav score. Her identifiserte enhetene eventuell avvikende praksis, for gjennom det å gjøre nødvendige endringer – som for eksempel justere og endre prosedyrer og rutiner for behandlingspraksis. Det vises til at det i oppfølgingen av nye rutiner og prosedyrer ble satt interne kvalitetsmål i avdelingen. Målene ble fulgt tett opp til de for eksempel kom over landsgjennomsnittet. En avdelingsleder oppsummerer arbeidet slik:

Rent konkret går vi gjennom våre nasjonale og internasjonale data fra kvalitetsregistrene og utarbeider tiltak knyttet til ulike områder som for eksempel valg av metode, implantater eller opplæring basert på denne gjennomgangen.

Enkelte avdelingsledere viser også til at helseforetak med samme behandling ved flere lokasjoner, har iverksatt internt benchmarking, med det formålet å kontinuerlig utvikle seg og oppnå best mulig resultater samlet sett for helseforetaket. Det vises i den sammenheng til et eksempel hvor de samlet

som helseforetaket resultatmessig har ligget på nasjonalt nivå innenfor sentrale indikatorer på hoftebrudd, men hvor de har hatt intern variasjon. I den sammenheng identifiseres årsaker og tiltak som gjennomføres for å løfte kvaliteten til den enheten som har lavest score. På den måten vil de samlet kunne oppnå resultater som er høyere enn landsgjennomsnittet - eventuelt høyere score enn fastsatt resultatmål som fremgår av kvalitetsregisteret. Denne type benchmarking er imidlertid ikke mulig innenfor alle pasientregistre ettersom data kun finnes på foretaksnivå.

I tillegg til at helseforetakene og sykehusene benytter kvalitetsregistre, samt Helseatlas til forbedringsarbeid, viser flere av de vi har intervjuet til at de også informerer pasientene om nettsidene hvor denne informasjonen er tilgjengelig, slik at de er informert om hvordan de ligger an i forhold til resten av landet på sentrale indikatorer. På den måten vil pasientene være i stand til å få et innblikk i kvaliteten på behandlingen ved sykehuset sammenlignet med andre helseforetak og sykehus.

Samtidig som mange avdelinger benytter kvalitetsregistrene aktivt, påpeker enkelte respondenter at de i mindre grad bruker kvalitetsregistre som styringsverktøy. De viser til en rekke årsaker:

- det er ikke etablert nasjonale registre for alle viktige pasientforløp
- det er treghet i rapporteringen - tilgangen på data
- det er ikke pålitelige og sammenlignbare tall
- vanskelig å tolke data
- det er ikke like dekkende måltall for kvalitet/klinisk praksis
- det ikke er avsatt midler til å ansatte ressurser som kan ha ansvar for å drifte arbeidet
- digitale verktøy er ikke optimale
- det er mange manuelle prosesser som er ressurskrevende

Enkelte av avdelingslederne viser til at de over tid ikke har vært tilstrekkelig oppmerksomhet på å anvende data fra registrene. Det vises til at det har vært fokus på rapportering til registrene og for lite bruk av dataene til styring. I tilknytning til styringsdata er det også et ønske at man kan få regelmessige oppsummeringer hvor også endringer fremkommer, det vil si om en har lavere

eller høyere score enn ved forrige måling. Enkelte viser til at de ønsker «online» styringsdata, som for eksempel vises ved bruk av et «Dashboard» som viser status på måloppnåelse. En av de intervjuede viste i denne sammenheng til hvordan dette ble gjort i et annet land:

Jeg har vært med på et skotsk forbedringsarbeid hvor du på intensiv ble møtt med status på indikatorene. På den måten må man være på hele tiden».

Videre påpekes det at styringsdata knyttet til tilbud og kvalitet kommer i konkurranse med aktivitetskrav og økonomi. Enkelte viser også til at bruk av kvalitetsregistre i noen grad er blitt nedprioritert i avdelingen de siste par år på bakgrunn av at pandemien har vært krevende.

En forutsetning for å bruke data fra kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring eller forskning, er at avdelingene registrerer og rapporterer inn data til de som forvalter registrene, slik at man får en høyest mulig dekningsgrad på utførte behandlinger i den enkelte avdeling. Data viser imidlertid at dekningsgraden innfor ulike registre varierer innad og mellom helseforetak/sykehus. Flere informanter viser til at legene i varierende grad har tid til å registrere informasjon til registrene og at dekningsgraden dermed varierer.

Ut i fra intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, er det oppmerksomhet på å rapportere data til medisinske kvalitetsregistre. Det fremkommer også at det er etablert føringer for denne rapporteringen. Ut i fra intervjuer med et helseforetak vises det til at det er stort fokus på tidsriktig og kvalitet på rapportering til registrene ettersom dette skal benyttes i et forbedringsarbeid innenfor avdelingene, samt grunnlag for felles gjennomgang på foretaksnivå.

5.2 Vurderinger

Varierende bruk av kvalitetsregistre og Helseatlas i avdelingene

Gjennomgangen viser at avdelingene benytter flere ulike informasjonskilder i arbeidet med å oppnå et riktig pasienttilbud med god kvalitet. De mest utbredte kildene er morgenmøter, samt gjennomgang av NPE-saker og avviksaker. Undersøkelsen viser at 60 % av avdelingene i svært stor grad eller i stor grad benytter tilgjengelige kvalitetsregistre for å følge med på om helsehjelpen er god. De øvrige benytter disse i noen grad eller i liten grad. Gjennomgangen viser at om lag 2/3 av avdelingslederne, har iverksatt tiltak på bakgrunn av resultater fra kvalitetsregistrene. Undersøkelsen viser videre at for de fagområdene der det i dag foreligger Helseatlas, svarer 65 % at de i svært stor eller i stor grad benytter disse.

Hva er konsekvensene av at enkelte avdelinger ikke benytter Helseatlas og kvalitetsregistre i sitt arbeide?

Vi vurderer det som positivt at informasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre benyttes i kvalitetsforbedring ved de fleste avdelingene. Vi er samtidig av den oppfatning at det er bekymringsfullt at en relativt stor andel respondenter opplyser at de i mindre grad benytter denne informasjonen som grunnlag for arbeid med kvalitetsforbedring.

Ettersom kvalitetsregistrene gir informasjon om resultatmål for beste faglige praksis og enhetens egne resultater, vurderer vi at manglende bruk av kvalitetsregistre innebærer en risiko for at behandlingsresultatene ikke blir optimale. Når det gjelder Helseatlasene gir disse informasjon om forbruk av ulike typer helsehjelp per opptaksområde. Vi vurderer at manglende bruk av Helseatlas innebærer risiko for at mulig over- eller under behandling ikke fanges opp. Dette vil igjen kunne medføre at ressursallokeringen i og mellom avdelinger ikke blir optimal.

Hva kan årsakene være?

Ut i fra observasjonene i kartleggingen vurderer vi det er ulike årsaker til at kvalitetsregistre og Helseatlas ikke benyttes gjennomgående i alle avdelingene. En grunnleggende årsak kan være fravær av insentiver på grunn av mindre tydelige forventninger til at lederne skal benytte dette i sitt plan- og

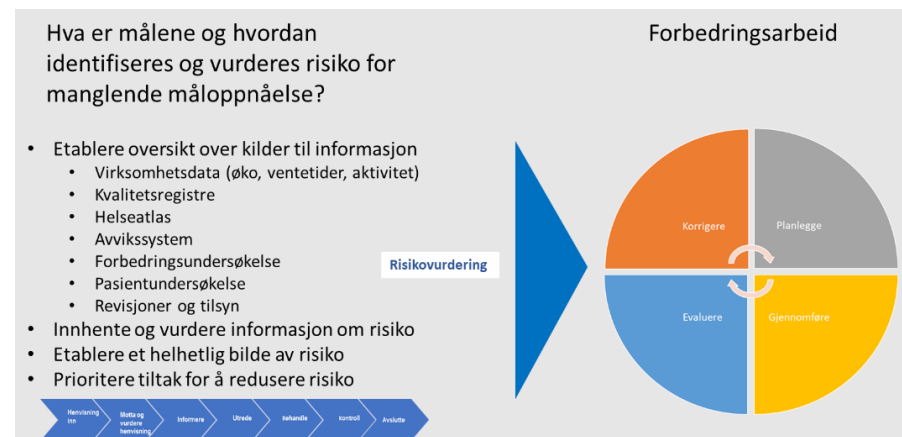
oppfølgingsarbeid, jf. vurderingene i kapittel 4. En annen viktig årsak er utfordringer knyttet til tilgang på styringsdata og/eller at dataene ikke er tidsaktuelle, kvalitet på dataene, dekkende data mm. Av andre årsaker vises det videre til begrenset tid til å utøve lederrollen, herunder manglende ressurser til å understøtte et slikt arbeid.

Hva er ønsket praksis/retning?

Et system for kontinuerlig forbedring bør baseres på ulike informasjonskilder, herunder tilgjengelige styringsdata. Kvalitetsregistre og Helseatlas er sentrale kilder i denne sammenheng.

For å ta styrke arbeidet med å i større grad ta i bruk styringsinformasjon fra Helseatlas og kvalitetsregistre, vurderer vi det som avgjørende at styringsdata er lett tilgjengelig, sammenlignbare og regelmessig oppdatert. I den sammenheng vurderer vi det som positivt at flere helseforetak og sykehus arbeider med å etablere ulike verktøy som illustrerer status på indikatorer på en enkel og lettfattelig måte. Dette gjelder også det arbeidet som Helse Sør-Øst RHF har igangsatt knyttet til å tilgjengeliggjøre styringsdata på et regionalt nivå. Lett og god tilgang på styringsdata er avgjørende for at helseforetakene og sykehusene benytter dette i sitt forbedringsarbeid. I den sammenheng vurderer vi at det vil være hensiktsmessig å benytte denne type styringsinformasjon som en del av avdelingenes plan- og oppfølgingsarbeid. Styringsinformasjonen bør inngå som et grunnlag som benyttes for å kartlegge risikoer for manglende måloppnåelse, eksempelvis i forhold til målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet i klinisk praksis og tilbud på helsetjenester.

Figur 15 illustrerer at vurdering av risiko er en aktivitet som skal gjøres i forbindelse med planarbeidet. Figuren eksemplifiserer kilder som kan være informasjonsgrunnlag for å identifisere og vurdere risiko for manglende måloppnåelse i pasientbehandlingen. Her inngår for eksempel kvalitetsregistre og Helseatlas som en av flere mulige kilder. På bakgrunn av en eventuell manglende måloppnåelse eller risikoer for fremtidig måloppnåelse, skal denne type informasjon benyttes til å prioritere hvilke tiltak som skal iverksettes og inngå i et forbedringsarbeid. For å sikre at det jobbes systematisk må arbeidet dokumenteres, eksempelvis gjennom handlingsplaner som beskriver sammenhengen mellom mål, risiko og tiltak.



Figur 15 Illustrasjon av hvor arbeidet med risikovurderinger for manglende måloppnåelse kommer inn, for eksempel i forbindelse med mål knyttet til et pasientforløp og mulige kilder som kan benyttes som grunnlag for et forbedringsarbeid.

Etter valg av tiltak må det beskrives hvilke effekter og resultater disse forventes å gi. Det bør fremkomme hvordan dette skal måles og følges opp gjennom bruk av styringsinformasjon. Styringsinformasjon i et helseforetak eller sykehus kan være bruk av ulike indikatorer fra for eksempel nasjonale og/eller sykdomsspesifikke registre, Helseatlas, virksomhetsdata, egenutviklede data. Styringsinformasjon kan også være resultater fra kliniske revisjoner, bruker- og pasientopplevelser, gjennomgang av uønskede hendelser, NPE-saker mm.

6. Rapportering og oppfølging

Det er en forutsetning at det er etablert klare mål for det enkelte nivå for å sikre god styring. Ledelsen har ansvar for jevnlig å etterspørre og følge opp styringsinformasjon knyttet til måloppnåelse. Oppfølgingen skal gi informasjon om målene nås, og om gjennomførte tiltak etterleves og gir ønsket effekt.

I dette kapittelet fremkommer våre observasjoner og vurderinger knyttet til hvordan målet om å redusere uønsket variasjon følges opp i styringslinjen. Vi har her undersøkt hvilken styringsinformasjon som rapporteres og følges opp, herunder i hvilken grad informasjon fra Helseatlas og nasjonale kvalitetsregistre brukes i denne sammenheng. Følgende problemstilling er belyst:

- På hvilken måte er målet om å redusere uønsket variasjon knyttet til kvalitet og forbruk fulgt opp i styringslinjen?

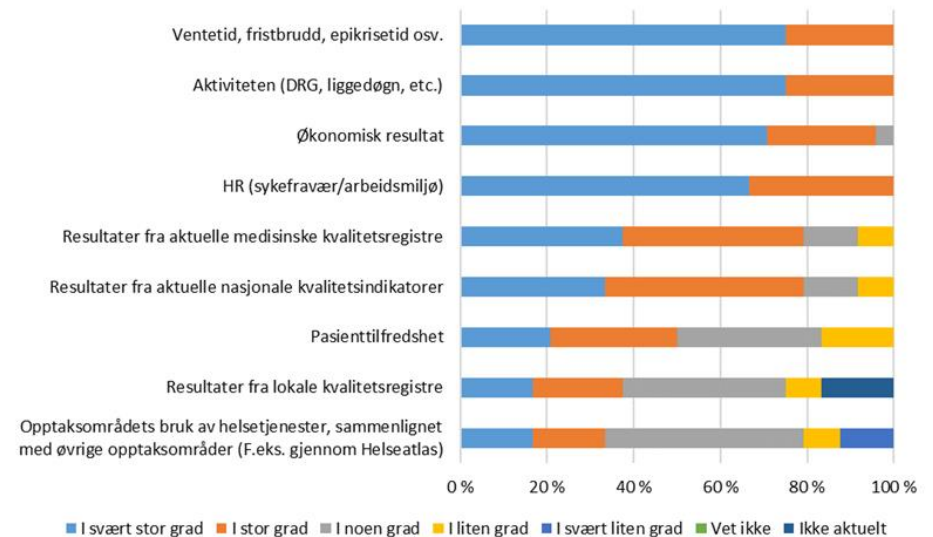
6.1 Observasjoner

For å belyse problemstillingen har vi i undersøkelsen kartlagt hvilken styringsinformasjon som benyttes i rapportering og oppfølging av mål og krav, herunder bruken av styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas. I kapittelet belyses dette ut i fra følgende spørsmål:

- Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?
- Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp ved klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?

Hvilke områder er det klinikk-/divisjonsledere følger opp ved underliggende avdelinger, og hvor ofte gjøres dette?

Klinikk-/divisjonslederne har ofte ansvar for mange underliggende avdelinger med til dels ulike fagområder. Vi har i den sammenheng først undersøkt i hvilken grad de opplever å ha oversikt over resultatene for underliggende avdelinger på utvalgte styringsområder, se figur 16.



Figur 16 I hvilken grad har du som klinikk-/divisjonsleder oversikt på utvalgte styringsområder ved underliggende avdelinger.

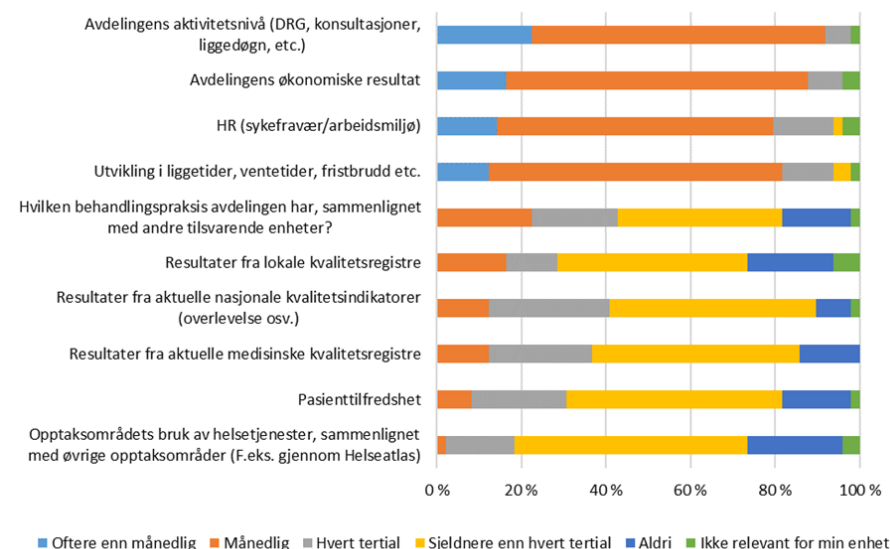
Figur 16 viser at tilnærmet alle klinikk-/divisjonslederne opplever at de i svært stor grad eller i stor grad har oversikt over resultatene til underliggende enheter når det gjelder ventetid, fristbrudd, aktivitet, økonomi og ventetider, samt HR-relaterte forhold. Når det gjelder kvalitet i behandlingen svarer ca. 80 % at de i svært stor grad og i stor grad opplever å ha oversikt over resultater fra nasjonale kvalitetsregistre og de nasjonale kvalitets-indikatorene. Det er samtidig ca. 20 % som opplever at de i noen grad eller i liten grad har oversikt over denne informasjonen. En av respondentene påpeker at det er et stort ønske at helseforetaket gjør denne type styringsdata tilgjengelig på en enkel og oversiktlig måte for alle lederne.

Figur 16 viser videre at ca. 50 % av klinikk-/divisjonslederne opplever at de har *i svært god grad eller svært god grad* oversikt over pasienttilfredsheten i avdelingene. Enkelte har her kommentert at pasienttilfredshet ikke måles systematisk, men at man ser frem til hyppigere og mer kontinuerlige målinger ved hjelp av nye digitale løsninger, jf. kapittel 4 og 5.

Når det gjelder oversikt over forbruk av helsetjenester fremgår det av figur 16 at dette oppleves litt forskjellig. Det påpekes i den sammenheng at Helseatlasene oppdateres for sjelden til at de kan være gode verktøy for bruk i styring, samt at de gir informasjon per opptaksområde og ikke i forhold til den enkelte avdeling, jf. kapittel 4 og 5.

Videre har vi kartlagt hvor ofte avdelingslederne blir fulgt opp på ulike styringsområder. Figur 17 viser at avdelingslederne blir fulgt opp på aktivitet, økonomi, HR og ventetider månedlig eller hyppigere. Når det gjelder nasjonale kvalitetsindikatorer, medisinske kvalitetsregistre og forbruk av helsetjenester, svarer et stort flertall av avdelingslederne at dette følges opp tertialvis eller sjeldnere. Figuren viser samtidig at enkelte avdelingsledere oppgir at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Intervjuer og kommentarer i spørreundersøkelsen, viser at det er noe ulik systematikk ved hvordan ledere i klinikkene/divisjonene følger opp avdelingenes arbeid med å redusere uønsket variasjon. Enkelte klinikker/divisjoner har etablert et system hvor alle avdelinger skal rapportere status på resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas som en del av den ordinære oppfølgingen. I den sammenheng har enkelte helseforetak etablert egne system som samler styringsdata fra ulike databaser, og bidrar til å synliggjøre forbedringsområder for fagområdene i de ulike avdelingene.



Figur 17 Hvor ofte blir du som avdelingsleder fulgt opp på følgende styringsområder av din leder.

Det vises her til at en slik oppfølging ofte gjøres en til to ganger per år. Andre avdelingsledere viser til at dette ikke er en del av den ordinære oppfølgingen i styringslinjen, men blir fulgt opp i fagråd og/eller kvalitetsutvalg hvor både avdelingsledere, klinikk-/divisjonslederne, samt fagdirektør deltar. Det påpekes ved flere helseforetak/sykehus at det er en ambisjon å få dette arbeidet også inn i den ordinære styringslinjen.

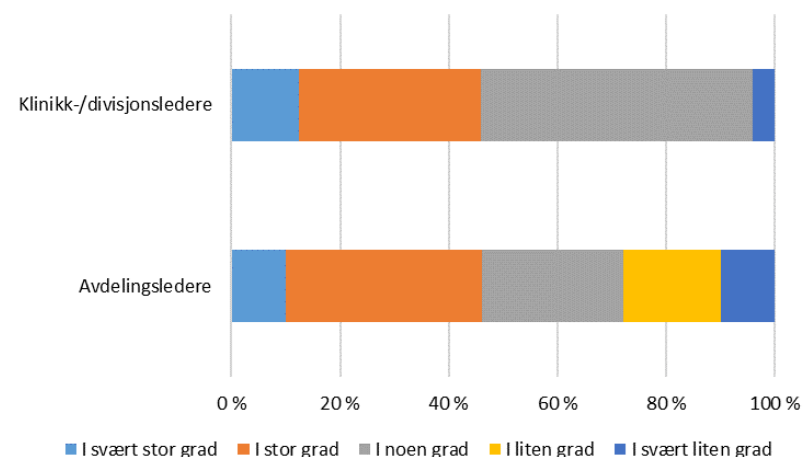
På den andre siden er det flere av avdelingsledere, samt enkelte klinikk-/divisjonsledere, som uttrykker at det i varierende grad er en helhetlig oppfølging på kvalitet og forbruk mellom klinikk/divisjon og avdeling. Flere avdelingsledere påpeker i den sammenheng at dette ikke trenger å bety at man ikke arbeider med å redusere uønsket variasjon. Flere viser til at dette

gjøres, men at informasjonen i varierende grad er etterspurt i oppfølgingen. I den sammenheng vises det også til at det er noe uklare ansvarsforhold mellom ledernivåene med hensyn til hva som skal rapporteres og følges opp. En av lederne oppsummerer det slik:

Kvalitet i pasientbehandlingen må i større grad inn i styringsdialogen og alle nivåer må ta eierskap til kvalitet. Dette er krevende og et brudd i styringstradisjoner i helsesektoren.

Flere avdelingsledere påpeker at det er variasjon når det gjelder hvilke styringsområder klinikk-/divisjonslederne er opptatt av i oppfølgingen. Enkelte opplever at det til enhver tid er den økonomiske tilstanden som er styrende for virksomheten. De beskriver at det er et betydelig fokus på økonomi og ventetider, og at øvrige forhold oppleves som underordnet. Dette fremkommer til tross for at risikoanalyser indikerer at avdelinger også har andre utfordringer, for eksempel innen kvalitet på pasientbehandlingen. Andre viser til at det er oppmerksom om rapportering og oppfølging av status på registrering til registrene, men at det i mindre grad er interessant å følge opp resultatet fra registrene.

Vi har i spørreundersøkelsen også stilt et litt mer generelt spørsmål til klinikk-/divisjonsledere om i hvilken grad de har vært opptatt av temaene kvalitet og forbruk i sin oppfølging av underliggende avdelinger. Vi har også stilt tilsvarende spørsmål til avdelingslederne av hvordan de opplever å bli fulgt opp på disse temaene. Figur 18 viser at om lag halvparten av klinikk-/divisjonslederne og avdelingslederne opplever i *svært stor grad* og i *stor grad* at dette er tema i oppfølgingen. Om lag 30 % av avdelingslederne opplever imidlertid at disse temaene i *liten grad* eller i *svært liten grad* inngår i oppfølgingen.

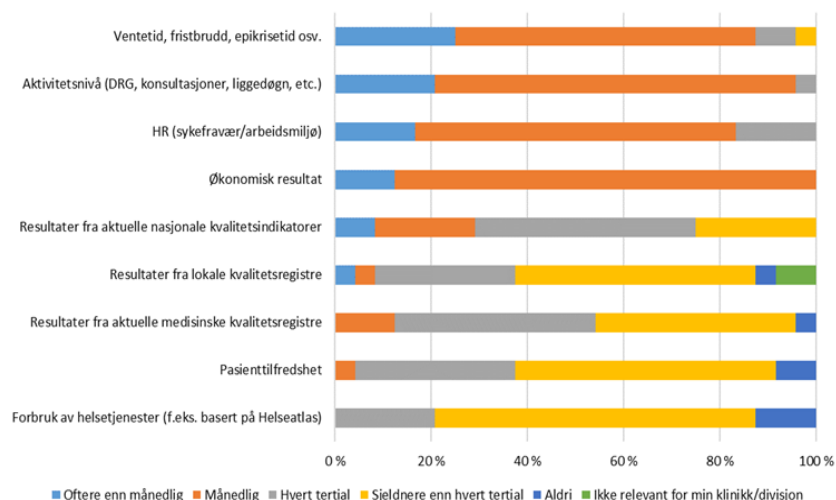


Figur 18 I hvilken grad opplever henholdsvis klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere at temaene kvalitet og forbruk inngår i styringsdialogen mellom klinikk/divisjon og avdeling. Svar fra klinikk-/divisjonsledere og avdelingsledere

Hvilke områder er det administrerende direktør følger opp ved klinikk-/divisjonsledere, og hvor ofte gjøres dette?

Tilsvarende som for avdelingslederne, har vi kartlagt hvor ofte administrerende direktør følger opp klinikk- og divisjonslederne på ulike styringsinformasjon. Av figur 19 fremgår det at tilnærmet alle klinikk-/divisjonslederne svarer at helseforetakets eller sykehusets øverste ledelse følger opp ventetider, aktivitet, HR og økonomi månedlig eller hyppigere. Når det gjelder resultater fra nasjonale kvalitetsindikatorer og medisinske kvalitetsregistre, samt forbruk av helsetjenester svarer et stort flertall av klinikk-/divisjonslederne at overordnet ledelse følger opp dette tertialvis eller sjeldnere. Et fåtall svarer at de aldri følger dette opp.

Enkelte har i undersøkelsen kommentert at ulikhet i oppfølging både skyldes at resultatene om kvalitet kommer sjeldnere enn de øvrige forholdene, samt at det er mindre tydelige mål innen kvalitet.



Figur 19 Hvor ofte blir klinikk-/divisjonsledere fulgt opp på følgende styringsområder av din leder. Svar fra klinikk-/divisjonsledere

Det fremkommer i intervjuer av fagdirektører og klinikk-/divisjonsledere, at systematikken på rapportering og oppfølging av kvalitet og forbruk på overordnet nivå gjøres på ulike måter i helseforetakene og sykehusene. Disse observasjonene samsvarer med beskrivelsene av hvordan rapportering og oppfølging mellom avdeling og klinikk/divisjon er satt i system. På et overordnet nivå har for eksempel enkelte fagdirektører oversikter over alle kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse systematisk i sin oppfølging av klinikkene/divisjonene, mens andre ikke gjør dette. Videre fremkommer det at flere helseforetak og sykehus har hatt gjennomganger av resultater fra

nasjonale kvalitetsregistre for styrene for det enkelte helseforetak og sykehus. Da gjennomgås et utvalg registre, og man viser frem både indikatorer med gode eller dårligere resultater, samt der det kan være intern variasjon i helseforetaket/sykehuset.

6.2 Vurderinger

Flere ledere opplever at uønsket variasjon i for liten grad inngår som tema i styringslinjens oppfølgingsmøter

Gjennomgangen viser at det er ulik systematikk på hvordan informasjon om kvalitetsregistre og Helseatlas inngår i rapportering og oppfølging i helseforetakene og sykehusene. Enkelte har gode oversikter over resultater fra kvalitetsregistre og Helseatlas, og bruker disse gjennomgående i rapportering og oppfølging. I andre helseforetak eller sykehus er det ikke etablert oversikter, samt at rapportering og oppfølging på kvalitet og forbruk varierer. Enkelte avdelingsledere viser til at de aldri blir fulgt opp på denne type styringsinformasjon.

Hva er konsekvensene av manglende rapportering og oppfølging på kvalitet?

Konsernrevisjonen vurderer at manglende rapportering og oppfølging av hvilket pasienttilbud som gis og kvalitet på pasientbehandlingen, innebærer risiko for at kritisk informasjon ikke når riktig ledelsesnivå, herunder opp til styret. Eventuelle utfordringer vil da ikke nødvendigvis fremkomme i beslutningsgrunnlaget og inngå å ledelsens avveininger og prioriteringer. Dette kan i ytterste konsekvens medføre at virksomheten blir «understyrt» på helsetjenestene som utøves i virksomheten.

Videre vil det være en risiko for at gode faglige resultater heller ikke vil bli synliggjort. Bak gode resultater vil det kunne være et forbedringsarbeid som bør deles som grunnlag for læring i virksomheten. Manglende oppmerksomhet om forbedringsarbeid og gode resultater vil også kunne redusere fagmiljøene engasjement for å skape læring på tvers.

Hva kan være årsakene?

Konsernrevisjonen vurderer at årsakene knyttet til mangler i rapportering og oppfølging i styringslinjen er sammensatte. Oppfølgingen av tilbud og kvalitet i helsetjenestene har tradisjonelt foregått innad i fagmiljøene og derfor ikke blitt synliggjort i virksomhetsstyringen. En viktig årsak er trolig at mål knyttet til kvalitet på helsetjenesten ikke er tilstrekkelig tydeliggjort i styringsbudskapet, jf. vurderingene i kapittel 4. Videre kan det være uklare forventninger til hvordan avdelingene skal nyttiggjøre seg av ulike kilder, herunder kvalitetsregistre og Helseatlas, i sitt arbeid med kvalitet, jf. vurderingene i kapittel 5. En annen årsak er at det i varierende grad er utarbeidet styringsinformasjon fra kvalitetsregistre og Helseatlas som er oversiktlige og oppdaterte.

Hva er ønsket retning?

Undersøkelsen indikerer at det er behov for å utvikle større balanse i styringen i helseforetakene og sykehusene, slik at kvalitet i helsetjenestene og forbruk av tjenester i større grad fremkommer som en del av styringsgrunnlaget. En god og balansert rapportering og oppfølging i styringslinjen er avhengig av et tydelig styringsbudskap i form av gode og tilpassete mål, for eksempel for en avdeling.

Videre krever dette tydelige forventninger til hvordan lederne skal systematisere og dokumentere arbeidet med kvalitet innenfor egne avdelinger og fagområder. Dette arbeidet bør videre brukes som grunnlag i oppfølgingen i styringslinjen. Et slikt system vil legge til rette for at ledere og styret blir informert om hvorvidt kvaliteten i helsetjenestene er på ønsket nivå – samt om eventuelle utfordringer og risikoer.

Vedlegg 1

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon	
Oppdrags- og bestillingsdokument 2021 og 2022 til Helse Sør-Øst RHF, samt til helseforetak og sykehus	Gjør kloke valg: Legeforeningen.no/kloke-valg/
Regional utviklingsplan 2035 Helse Sør-Øst RHF	FOR MYE, FOR LITE ELLER AKKURAT PASSE? Om variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten. Legeforeningen 2016
Regional delstrategi for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Helse Sør-Øst RHF 2021	Riksrevisjonens undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Del av Dokument 3:2 (2019–2020)
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. 2017	Uønsket variasjon ved Sykehuset Østfold HF – Rapport 4/2018 konsernrevisjonen
Rammeverk for virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst, Helse Sør-Øst RHF 2020	Uønsket variasjon ved Sykehuset Innlandet HF – rapport 3/2019 konsernrevisjonen
Måned-, tertial- og årsrapporter fra helseforetak og sykehus.	Risikostyring og kvalitet ved Oslo universitetssykehus HF – rapport 3/2021 konsernrevisjonen
Medisinske kvalitetsregistre: Kvalitetsregistre.no	Evaluation of the NHS England evidence-based interventions programme: a difference-in-difference analysis. Anderson m.fl. 2019
Helseatlasene: Helseatlas.no	The Impact of Choosing Wisely Interventions on Low-Value Medical Services: A Systematic Review. Betsy m.fl. 2021
Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM). Hovedrapport 2018:	Changes in the rate of publicly financed knee arthroscopies: an analysis of data from the Norwegian patient registry from 2012 to 2016. Høltedahl m.fl. 2017
Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon. Utredning fra SKDE for de regionale helseforetakene. November 2016	Reflecting Poorly. Health Care in the U.S. Compared to Other High-Income Countries. The Common Wealth Fund: Mirror, Mirror 2021:

Vedlegg 2

Gjennomførte samtaler

Foretak	Rolle	Navn	Dato
VVHF	Direktør fag	Ulrich Spreng	20.04.22
VVHF	Klinikkdirektør Drammen	Inger Meland Buene	20.04.22
VVHF	Avdelingssjef medisinsk avdeling, Drammen	Karianne Høstmark	20.04.22
VVHF	Klinikkdirektør Bærum	Trine Olsen	21.04.22
VVHF	Avdelingssjef Ortopedisk avdeling Bærum	Wender Figved	21.04.22
STHF	Fagdirektør	Halfrid Waage	21.04.22
STHF	Klinikksjef kirurgisk	Kjetil Christensen	22.04.22
STHF	Avdelingsleder ortopedi	Ingunn Holtar Rønning	22.04.22
SiV	Fagdirektør	Jon Anders Takvam	04.05.22
SiV	Konstituert Klinikksjef medisin	Jørn Evert Jacobsen	04.05.22
SiV	Avdelingssjef medisinsk avdeling	Vidar Ruddox	04.05.22

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak eller sykehus.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak og sykehus.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst og gjennom dette bidra til bedre helsetjenester.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene og sykehusene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Februar 2022 – september 2022

Virksomhet: Alle helseforetak i Helse Sør-Øst, samt Lovisenberg
Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen (oppdragseier)
- Tove Farstad (oppdragsleder)
- Marianne Enger (internrevisor)
- Anders Tømmerås (internrevisor)
- Hans Petter Eide (internrevisor)

Rapporten er oversendt til:

- Styrets revisjonsutvalg i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF
- Styrene i helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus
- Administrerende direktør i helseforetakene i Helse Sør-Øst, samt for Lovisenberg Diakonale Sykehus og Diakonhjemmet Sykehus

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>