

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten



HELSETILSYNET
tilsyn med sosial og helse

Rapport fra Helsetilsynet 5/2002
Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten - rapport til Helsedepartementet
Januar 2002

ISSN: 1503-4798 (elektronisk utgave)

Denne utgivelsen ble publisert november 2003 og finnes bare
på Helsetilsynets nettsted www.helsetilsynet.no

Design: Gazette
Elektronisk versjon: Lobo Media

Statens helsetilsyn
Postboks 8128 Dep, NO-0032 OSLO, Norway
Telefon: 21 52 99 00
Faks: 21 52 99 99
E-post: postmottak@helsetilsynet.no

Innhold

1 Innledning	4
2 Sammendrag	5
3 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten	7
4 Tilnærming og metodikk i kvalitetsarbeidet	9
4.1 Internkontroll og kvalitetssystem	9
4.2 Hva er kvalitetsutvikling?	9
4.3 Grunnprinsipper i kvalitetsledelse	10
4.4 Innføring av kvalitetsledelse	11
5 Innsatsområder	12
5.1 Informasjons- og veiledningsvirksomhet	12
5.2 Systematisering av regelverk	13
5.3 Kvalitetsrådgiverprogrammet for sykehus	13
5.4 Kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten	15
5.5 Kvalitetsutviklingsprosjekter i helsetjenesten	16
5.6 Kvalitetsutvikling i helsefaglig utdanning	18
5.7 Gjennombruddsprosjekter	18
5.8 Kvalitetsutvikling i psykiatrien	19
5.9 Tilsyn og rådgivning	20
5.10 Andre aktiviteter	20
6 Erfaringer og konklusjoner	21
6.1 Erfaringer	21
6.2 Konklusjoner	21
7 Oversikt over publikasjoner og prosjekter	24
7.1 Publikasjoner	24
7.2 Prosjekter som har fått støtte	24

1 Innledning

Prosjektet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (1995-2000) har vært ledet av Statens helsetilsyn på oppdrag fra Sosial- og helsedepartementet. Selve prosjektet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten ble avsluttet ved utgangen av 1999. Ett element, Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten fortsatte ytterligere ett år slik at denne rapporten dekker perioden t.o.m. 2000.

Hensikten med denne rapporten er å redegjøre for strategiens mål og de tiltak som er gjennomført i prosjektperioden. Rapporten skal også kunne anvendes når Sosial- og helsedepartementet skal vurdere om prosjektet skal evalueres av ekstern evaluator. Helsetilsynet gir her våre egne vurderinger av om tiltak har virket etter hensikten. Vi gir også vår egen vurdering av situasjonen i helsetjenesten når det gjelder innføring av systematisk kvalitetsarbeid.

Gjennom hele prosjektperioden har det foregått en rekke aktiviteter i regi av organisasjoner og institusjoner i helsetjenesten. Aktiviteter i forbindelse med Nasjonal strategi har bare vært ett av mange tilbud om støtte til oppbygging av kvalitetssystemer og kvalitetsforbedringer. Det er derfor ikke gjort forsøk på å beskrive etablering av internkontroll eller kvalitetssystemer i helsetjenesten som resultater av aktiviteter i regi av Nasjonal strategi alene.

Da prosjektet ble startet ble det ikke laget noen beskrivelse av "nå-situasjonen" som kan brukes til å måle eventuelle endringer ut fra. Rapporter fra et stort antall prosjekter, kvalitetsrådgivere og fylkesleger oppsummeres her i generelle vendinger som ikke yter arbeidet eller resultatene full rett-

ferdighet. En del beskrivelser av mer konkrete forbedringer kan finnes i de prosjektrapporter og andre publikasjoner det er vist til i denne rapporten. Vi viser til Helsetilsynets hjemmesider: <http://www.helsetilsynet.no>

2 Sammendrag

I følge Lov om statlig tilsyn med helse-tjenesten skal enhver som yter helsetjenester etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift. Det lovpålagte internkontrollsystemet utgjør den bærende delen av virksomhetens kvalitets-sikringsarbeid og er et minimumskrav til innhold i et hvert kvalitetssystem i helse-tjenesten.

Strategidokumentet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (forkortet: Nasjonal strategi, IK-2482), ble utgitt i februar 1995. Det overordnede målet for strategien er at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert helhetlige internkontroll-/kvalitetssystemer innen år 2000. Dokumentet klargjør ansvar og oppgaver i den nasjonale satsingen på kvalitets-utvikling som et ledd i å motivere alle aktører til å delta etter en samlet plan.

Statens helsetilsyn har hatt ansvar for gjennomføring av Nasjonal strategi. Dette ansvaret innebærer å være pådriver for, samt gi råd og veiledning om, kvalitetsarbeid i helsetjenesten. Helsetilsynet har gitt økonomisk støtte og fungert som nettverksbygger i tillegg til å formidle kontakt mellom personer og institusjoner om prosjekter som kan ha erfaringsoverføringsverdi.

For å nå målene i planen er det fokusert på innsatsområder som fylkeslegenes arbeid med kvalitetsutvikling, informasjonsarbeid fra Statens helsetilsyn, opplæring i enkelte institusjoner i kommunehelsetjenesten og i sykehus, kvalitetsrådgiverprogram i sykehus og for kommunehelsetjenesten, kvalitets-utvikling i helsefaglig utdanning samt øko-

nomisk og faglig støtte til og oppfølging av kvalitetsutviklingsprosjekter i helsetjenesten. Helsetilsynet har gjennom diverse samlinger drevet et nasjonalt nettverk for kvalitets-rådgivere i sykehussektoren og et tilsvarende for kvalitetsrådgivere for kommunehelse-tjenesten. Helsetilsynet har også holdt en rekke foredrag om Nasjonal strategi, om kvalitetsutvikling generelt og om praktiske eksempler på kvalitetsutviklingsarbeid i helsetjenesten.

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten fikk midler over statsbudsjettet fra 1995. Prosjektet har økt sitt budsjett fra 6.5 millioner kroner i 1996, til 11 millioner i 1998 og til 13.3 millioner i 1999 og 2000. I de seks årene hovedprosjektet har pågått (1995-2000), har det vært brukt i alt 72 millioner kroner på det landsomfattende tiltaket. Dette vitner om at det i økende grad har vært sats på kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Årlige planer for disponering av midlene har vært godkjent av Sosial- og helsedepartementet.

Resultatene Nasjonal strategi har oppnådd så langt er i stor grad en konsekvens av den interessen og det engasjementet helsepersonellet har vist for kvalitetsarbeid. Mange virksomheter har kommet godt igang med utvikling og iverksetting av internkontroll som skal bidra til å sikre tjenestens helsefaglige kvalitet. Generelt sett er sykehus kommet lenger med dette arbeidet enn kommunene, men det er store innbyrdes variasjoner.

Kvalitetsrådgiverprogrammene i sykehus og for kommunehelsetjenesten har utdannet rådgivere til å gi råd og veiledning om oppbygging av internkontroll og kvalitetssystemer samt om systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten. Etterspørselen etter kvalitets-

rådgiverne fra både sykehus og kommunehelsetjenesten har vist at det er stor interesse for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Nasjonal strategi har lyktes med å nå mange aktører i helsetjenesten. Fylkeslegenes felles tilsyn i 2000 og andre rapporter fra fylkeslegene viser at det likevel er langt igjen før dette arbeidet er integrert i hele helsetjenesten. Tidsplanen for gjennomføring av Nasjonal strategis overordnede mål: "Innen år 2000 skal alle virksomheter innen norsk helsetjeneste ha etablert effektive og helhetlige internkontroll- og kvalitetssystemer for sin virksomhet", har vist seg å være for ambisiøs.

Som nevnt har plikten til internkontroll vært gjeldende siden 1994. Så langt er det imidlertid ikke utarbeidet en forskrift som presiserer hva dette innebærer for helsetjenesten. Dette må antas å ha hatt betydning for fremdriften i innføringen av internkontroll.

Etter Helsetilsynets mening er det to spørsmål som bør vies en uavhengig evaluering. Det ene er knyttet til varigheten og generaliserbarheten av statlig støttede prosjekter i helsetjenesten. Det andre er å undersøke nærmere om etableringen av kvalitetssystemer forbedrer helsetjenestene for pasientene og eventuelt identifisere på hvilken måte.

3 Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helse-tjenesten

Verdens helseorganisasjons strategi for "Helse for alle i år 2000" delmål 31, omhandler utvikling av effektive systemer som overvåker og garanterer kvaliteten på helsetjenester. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten ble endret med virkning fra 1. januar 1994: "Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontroll for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift."

Som et ledd i arbeidet med å bistå helse-tjenesten i etablering av internkontroll, utarbeidet Statens Helsetilsyn og Sosial- og helsedepartementet en Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (IK-2482).

Hovedmål:

"Målet er at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000."

Tidsplan:

- I løpet av 1995 skal de statlige helsemyndigheter gjennom informasjonsvirksomhet overfor de utøvende helsetjenester gjøre kjent plikten til internkontroll i helsetjenesten og Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling.
- Innen utgangen av 1996 skal alle virksomheter innen helsetjenesten ha ferdig planer for etablering av kvalitetssystemer (internkontrollsystem).
- Innen år 2000 skal alle som yter helse-tjenester ha etablert internkontrollsystem/

kvalitetssystem for hele virksomheten. (IK-2482, s. 10)

De ulike aktørenes ansvar:

Sosial- og helsedepartementet har fastsatt overordnede mål og strategier for kvalitetsutvikling og ser til at lov- og forskriftsverk støtter opp om kvalitetsutviklingen i helse-tjenesten.

Statens helsetilsyn har hatt ansvar for å gjennomføre og følge opp prosjektet Nasjonal strategi som har strukket seg over seks år. Dette har bestått i å være pådriver for og gi råd og veiledning om kvalitetsarbeidet i helse-tjenesten. Det har spesielt blitt lagt vekt på innføring av internkontroll. Helsetilsynet skulle videre blant annet gjøre gjeldende regelverk kjent, bistå fylkeslegene i gjennomføring av tilsyn, initiere utvikling av kvalitetsindikatorer på prioriterte områder og bidra til opplæring av helsepersonell.

Fylkeslegene utfører tilsynet med helse-tjenesten og gir helsetjenesten og de som har ansvaret for den råd og veiledning. Fylkeslegene skal spesielt føre tilsyn med at helse-tjenesten innfører helhetlige internkontrollsystemer.

Den politiske og administrative ledelsen i kommuner og fylkeskommuner har det overordnede ansvaret for at den enkelte virksomhet iverksetter og samordner kvalitetsarbeidet på en helhetlig måte.

Ledelsen i den enkelte virksomhet har ansvar for at kvalitetssystemet utvikles og iverksettes i organisasjonen. Det blir lagt vekt på at koordineringen av samarbeidet mellom avdelinger, funksjoner og andre institusjoner fungerer godt.

Den enkelte medarbeider er den som til syvende og sist utfører kvalitetsarbeidet i praksis og har dermed en svært viktig rolle i kvalitetsutviklingsprosessen. Det er derfor nødvendig at den enkelte har god kjennskap til verktøy og teknikker som blir benyttet i kvalitetsarbeidet. I tillegg må de ansatte ha kjennskap til de krav som stilles i form av lover og forskrifter som er relevant for deres arbeid.

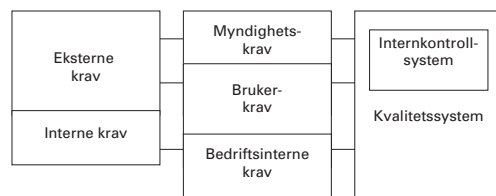
Yrkes- og brukerorganisasjoner, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljøer spiller viktige roller gjennom samarbeid med statlige myndigheter og deltakelse i informasjons- og opplæringsarbeidet. Brukerorganisasjoner skal bidra med utvikling av modeller for brukervedvirkning og utvikling av indikatorer for kvalitet. Forskningsmiljøer skal også bidra med utvikling av indikatorer for kvalitet, og med evaluering og formidling av forskningserfaringer.

4 Tilnærming og metodikk i kvalitetsarbeidet

4.1 Internkontroll og kvalitetssystem

Som det fremgår av Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten (Tilsynsloven) § 3, innebærer internkontroll at *“Enhver som yter helse-tjeneste skal etablere internkontrollsystem for virksomheten og sørge for at virksomhet og tjenester planlegges, utformes og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift.”*

Et kvalitetssystem omfatter organisasjonsstruktur, prosedyrer, prosesser og ressurser som er nødvendige for at ledelsen skal styre virksomheten slik at kvalitet, slik den er spesifisert i de styrende dokumenter, blir oppnådd, vedlikeholdt og benyttet til læring og forbedring. Styringsystemets skal også klargjøre for alle medarbeidere hvordan virksomheten skal gjennomføre sine aktiviteter og nå sine mål. Med styrende dokumenter menes de dokumenter hvor virksomhetens interne krav og brukerkrav, i tillegg til myndighetskrav, er spesifisert.



Figur 1: Eksempel på ulike krav som stilles til en virksomhet

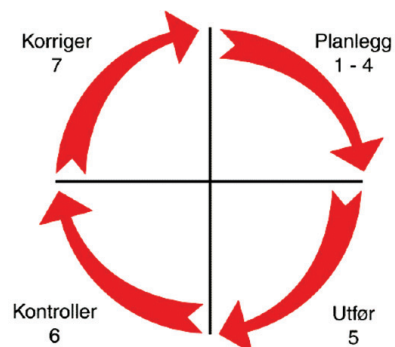
4.2 Hva er kvalitetsutvikling?

Kvalitetsutvikling er en retning innenfor organisasjonsutvikling. Kvalitetsutvikling kan beskrives som en ledelsesfilosofi som gjennom strategi og metode sikrer kontinuerlige forbedringer av alle sentrale prosesser i en organisasjons virksomhet. Filosofien bygger på kontinuerlig og systematisk forbedring gjennom brukerfokus, prosessorientering og aktiv medvirkning fra alle ansatte. Det er også sentralt at kvalitetsutvikling skal være en integrert del av virksomhetens aktiviteter og ikke noe som kommer i tillegg til andre strukturer eller systemer.

Organisasjoner i norsk helsetjeneste betegner sitt kvalitetsarbeid som alt fra Total

kvalitetsledelse, Kvalitetsledelse, Kvalitetsstyring til Kvalitetsforbedring, Prosessforbedring og Kvalitetsutvikling. Nasjonal strategi har valgt å bruke *kvalitetsutvikling* som en samlende betegnelse for systematisk kvalitetsarbeid.

Kvalitetsteoretikeren W. D. Deming utviklet et verktøy (“Demings sirkel”) for å sikre en systematisk fremgangsmåte til kvalitetsforbedring:



Demings sirkel danner grunnlaget for Helse-tilsynets 7-trinns problemløsningsmetodikk:

- 1) Formulere problemet
- 2) Samle data
- 3) Finne årsak
- 4) Finne løsninger
- 5) Teste ut løsninger
- 6) Evaluere resultater
- 7) Standardisere og godkjenne løsninger

Denne metoden skal bl.a. sikre at de løsninger som blir valgt, testes ut i liten skala slik at resultatene dokumenteres før endringene implementeres i hele virksomheten.

4.3 Grunnprinsipper i kvalitetsledelse

Helsetilsynet benytter seg av seks grunnprinsipper i sin tilnærming til kvalitetsledelse. Disse prinsippene har bl.a. vært utvalgs-kriterier for prosjektsøknader:



Figur 2: Kvalitetsprinsippene er utarbeidet av Nasjonal strategi

Enhver organisasjon skal ha sine *brukere* i fokus siden det er disse som er grunnlaget for organisasjonens eksistens. For best mulig å tilfredsstillere brukerne må deres behov og krav kartlegges og analyseres. Å involvere brukeren innebærer gjennomføring av aktiviteter som bruker-tilfredshetsanalyser, etablering av tilbakemeldingsrutiner fra brukerne og involvering av interesseorganisasjoner og brukere i forbedringsarbeid.

Erfaringer viser at hvis ikke *ledelsen* er engasjert og leder kvalitetssatsingen, kan den vanskelig lykkes. Virksomhetens ledelse må sette kvalitetsledelse på dagsorden og sammen med medarbeiderne utvikle felles visjoner. Ikke minst må det settes av tid til kvalitetsarbeid og forbedringsprosessen må ledes med et langsiktig perspektiv.

Kvalitetsutvikling krever også aktiv involvering av *alle medarbeidere*. Kvalitetsutvikling må sees i sammenheng med en organisasjons kultur, hvordan arbeidet utføres og hvordan det prioriteres. For å oppnå endring av atferd, er medbestemmelse et viktig element. Ansvar og myndighet bør delegeres til lavest mulige nivå. I arbeidet med å endre prosedyrer og rutiner er det av viktig å involvere hele organisasjonen og bestrebe felles beslutninger.

Kvalitetsforbedringsarbeidet skal være basert på *fakta*, ikke antagelse. For å dokumentere hvilke resultater som oppnås er datainnsamling og analyse grunnlaget for forbedringsarbeidet. Ikke all endring fører til forbedring. Ved målinger før og etter intervensjon kan en vurdere om en endring virkelig fører til forbedring. Å dokumentere resultater og fremlegge fakta vil øke motivasjon og vilje hos de ansatte til å drive med forbedringsarbeid.

Med *prosess* menes den kjeden av aktiviteter som omformer innsats til resultat. I motsetning til å kun fokusere på resultat, innebærer proessorientering et sterkere fokus på hvordan resultatene frembringes. I helse-tjenesten skjer pasientbehandling på tvers av organisasjonens formelle struktur. Fokus kan for eksempel settes på pasientenes flyt gjennom organisasjonen. Det kan oppstå kvalitetssvikt og flaskehals i overgangene mellom aktiviteter, avdelinger og nivåer. Målet er derfor å forbedre hele prosessen gjennom å sikre kvalitet i alle ledd og dermed en mer helhetlig og samstemt organisasjon for resultatforbedring.

Gjennom å etablere et kvalitetssystem, har en lagt grunnlaget for å sikre kvalitet. *Kontinuerlig forbedring* vil på sikt heve kvaliteten på arbeidet. Et forbedringsprosjekt kan beskrives som en arbeidsgruppes innsats for å forbedre en sentral prosess i organisasjonen som ikke fungerer optimalt. Forbedringsarbeid bør inkluderes i stillingsbeskrivelsene og medarbeidere bør også vurderes ut fra og belønnes for deres innsats på området.

Forbedringsarbeid krever som nevnt tidligere at hele organisasjonen involveres og tar ansvar. Slikt arbeid tar tid, særlig når det startes opp. Institusjoner i norsk helse-tjenesten som har drevet systematisk forbedringsarbeid over en årrekke har gode erfaringene med innføringen av kvalitetsutvikling. Mange bruker registreringer av feil og avvik som en mulighet til kontinuerlig forbedring.

4.4 Innføring av kvalitetsledelse

Å innføre kvalitetsledelse krever aktiviteter på fire ulike nivåer. Hvert nivå er like viktig for å lykkes i implementeringen og de bør jobbes med parallelt:

- 1) utvikle en strategi
- 2) utarbeide et kvalitetssystem
- 3) jobbe mot en kultur av kontinuerlig forbedring
- 4) jobbe med verktøy og teknikker samt problemløsningsmetodikk for å oppnå varige forbedringer.

Det må formuleres en strategi for kvalitetsarbeidet som etterhvert integreres i virksomhetens visjon og overordnede strategi. En strategi for kvalitetsarbeidet bør inneholde en beskrivelse av organisasjonenes forståelse av kvalitetsutvikling, hvordan arbeidet skal struktureres og hvorledes ansvaret skal fordeles. Kvalitetssystemet kan sammenlignes med organisasjonens kart og kompass. Systemet skal dokumentere virksomhetens visjon og virkeområde, hvilke krav myndigheter, brukere og virksomhetens egne eiere og ansatte stiller, alle sentrale aktiviteter samt hvordan disse skal utføres og av hvem. Kvalitetsheving skjer gjennom kritisk gjennomgang og forbedring av sentrale prosesser. Disse forbedringene må bygges inn i kvalitetssystemet for å sikre vedvarende kvalitetsforbedring. Utfordringen er å skape en kultur for kontinuerlig forbedring. For å drive forbedringsarbeidet effektivt er det nyttig å bli enige om en felles problemløsningsteknikk med et sett av verktøy som alle ansatte har fått opplæring i.

5 Innsatsområder

For å nå målene i Nasjonal strategi har Helse-tilsynet og fylkeslegene iverksatt eller støttet en rekke aktiviteter som skal bidra til kvalitetsutvikling og etablering av kvalitets-systemer i helsetjenesten. Nasjonal strategi er til sammen tildelt 72 millioner kroner i løpet av prosjektperioden. Midlene er tildelt Helsetilsynet for ett år av gangen. Helsetilsynet har utarbeidet kriterier for tildeling av midler og forslag til årlige budsjetter. Disse er så drøftet med og godkjent av Sosial- og helse-departementet i forbindelse med de årlige tildelingene.

Nedenfor beskrives hvilke tiltak disse midlene er brukt til. Under hvert tema er det gitt en kort drøftende vurdering av tiltakenes betydning når det gjelder å nå målene i Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling:

5.1 Informasjons- og veiledningsvirksomhet

Helsetilsynet har holdt 20-30 foredrag årlig på møter, kurs, seminarer arrangert av

yrkesorganisasjonene, den utøvende helse-tjeneste og av fylkeslegene. Temaene har vært kvalitetsutvikling, Nasjonal strategi og internkontroll.

Nasjonal strategi har utarbeidet en egen hjemmeside. Denne består av en presentasjon av strategien, grunnprinsippene i kvalitetsarbeidet med verktøy og teknikker, systematisering av regelverket og rapporter fra prosjekter som har vært støttet gjennom Nasjonal strategi. Hjemmesiden inneholdt også en oversikt over kvalitetsrådgivere, rapporter fra kvalitetsrådgiverne for kommunehelsetjenesten, samtlige publikasjoner i fulltekst samt presentasjonspakker

(lysark) om ulike temaer innen kvalitetsutvikling.

Helsetilsynet har utarbeidet publikasjoner, veiledningsmaterieell med mer. Oversikt over dette materiellet utgjør siste kapittelet i denne rapporten.

Fylkeslegenes informasjonsvirksomhet er utført gjennom kurs, seminar og møter. For eksempel har det vært holdt:

- Opplæring av ansatte ved fylkeslegekontorene
- Foredrag for ledere (rådmenn, helse- og sosialsjef, fylkeshelsesjefer, kommunelger og ledere i pleie- og omsorgstjenesten) i kommuner og fylkeskommuner for å informere om Nasjonal strategi og internkontrollplikten, og om planlegging og organisering av kvalitetsarbeid i kommunesektoren
- Regionale konferanser om internkontroll og Nasjonal strategi
- Opplæring og seminarer, samt andre tiltak for å øke kompetansen for ressurspersoner i kommunehelsetjenesten

Vurdering

Kvalitetsrådgiverne og fylkeslegene har bidratt til at strategien er gjort kjent i sykehussektoren og i kommunehelsetjenesten. Det har tidvis vært vanskelig å "selge" et budskap som innebærer at ansatte og ledere med stor arbeidsbelastning skal påta seg nye krevende oppgaver for å etablere kvalitetssystemer og forbedringsprosjekter. Det foreligger ingen kvantitativ oversikt over hvor stor aktivitet informasjonsarbeidet har medført, men det er etatens samlede inntrykk at helsetjenesten i

de senere årene har igangsatt et betydelig arbeid for å etablere systematisk kvalitetsarbeid.

Helsetilsynet har fått gode tilbakemeldinger på de ulike publikasjonene som er utgitt og deres nytteverdi for helsetjenesten. Fordi kvalitetsutvikling er en relativ ny ledelsesfilosofi i helsetjenesten og fordi det frem til i dag har vært få personer med kompetanse på området, har det vært nødvendig med kurs og opplæring. Dette har etter Helsetilsynets oppfatning vært en nyttig satsing. Konferansene har vært gode fora for erfaringsoverføring og for å spre interessen for kvalitetsarbeid i ulike organisasjoner som tidligere kun har hatt en håndfull motiverte medarbeidere.

Videre har hjemmesidene til Nasjonal strategi vært nyttig for brukere som har kjent strategien. Der har det ligget ferdige presentasjonspakker om kvalitetsutvikling som helsetjenesten kan benytte direkte i forbindelse med eget arbeid.

Det kan påpekes flere forbedringsområder i forhold til informasjonsvirksomheten, også internt i egen etat. Det har vært en betydelig, og ikke helt vellykket, utfordring å hindre at Nasjonal strategi skulle fremstå som et prosjekt uten integrert forankring i etatens øvrige arbeidsoppgaver. Dette er etter vår vurdering ikke typisk for denne satsingen. Ikke desto mindre anser Helsetilsynet at kvalitetsarbeidet potensielt kunne nådd større resultater om vi hadde lyktes bedre på informasjonsområdet.

Vi har likeledes ikke lyktes i å gjøre Nasjonal strategi tilstrekkelig kjent i Sosial- og helsedepartementet. Samarbeid, kommunikasjon og samordning med andre aktører i helsetjenesten kunne også med fordel ha vært bedre. Kontakten med andre aktører, som brukerorganisasjoner og profesjons- og yrkesorganisasjoner har for det meste bestått i å utveksle foredrag på hverandres kurs og konferanser. Dialogen med Legeforeningen har vært et unntak. Her har det vært mye og god kontakt blant annet i "Gjennombruddsprosjektene" (se kap 5.7).

5.2 Systematisering av regelverk

Det er foretatt en gjennomgang og systematisering av Sosial- og helsedepartementets og Helsetilsynets rundskriv. Det er utarbeidet fire regelverkssamlinger i papirform:

- Det psykiske helsevern (IK-2607)
- Krav om forsvarlig virksomhet i tannhelsetjenesten (IK-2608)
- Krav om forsvarlig virksomhet i sykehus (IK-2609)
- Krav om forsvarlig virksomhet i primærhelsetjenesten (IK-2610)

Regelverket på Internett inneholder ved siden av Helsetilsynets egne rundskriv, lover, forskrifter og rundskriv fra Sosial- og helsedepartementet som er relevante i forhold til etatens

oppgaver. Hjemmesidene overvåkes og oppdateres fortløpende.

Ved siden av disse samlingene er lover, forskrifter og rundskriv systematisert etter det området av helsetjenesten det regulerer. I samlingene er rundskrivene videre systematisert tematisk. I de elektroniske versjonene finnes også regelverk tilgjengelig i fulltekst der det bare er vist til tittelen i papirversjonen. Det regelverk som ikke omfattes av samlingene er systematisert etter temaer.

Vurdering

Etterspørselen etter samlingene og besøket på Internett har vært stort til tross for at det fortsatt er mange som ikke har tilgang til denne typen tjenester. Regelverket har hatt besøk av 600--700 brukere hver uke. Dette tallet har økt jevnt og utgjør ca. 18-20% av det samlede besøk på Helsetilsynets hjemmesider. Dette indikerer at helsetjenesten har sett på samlingene som nyttige hjelpemiddel. De tilbakemeldingene Helsetilsynet har fått i kontakt med helsetjenesten, er at samlingene er nyttige for å få oversikt over relevant regelverk. De utgjør et nyttig hjelpemiddel for virksomhetene når de skal etablere sine egne internkontrollsystemer. Samlingene og internettversjonene har dessuten vært av stor betydning for fylkeslegene og Helsetilsynet. Dette har gjort etaten bedre i stand til å gi helsetjenesten råd og veiledning knyttet til regelverket.

5.3 Kvalitetsrådgiverprogrammet for sykehus

Som et ledd i å fremme kvalitetsutvikling i helsetjenesten gjennomførte Det norske Veritas et kvalitetsrådgiverprogram i sykehus under Helsetilsynets ledelse i tidsrommet 1994 -1996. Dette programmet ble fra 1995

inkludert i Nasjonal strategi. Programmet hadde en styringsgruppe bestående av direktørene ved regionsykehusene, enkelte kvalitetsjefer ved regionsykehusene, direktøren ved Vest-Agder sentralsykehus (VAS) og Helsetilsynet. Hensikten var å utdanne ressurspersoner i sykehussektoren til kvalitetsrådgivere. Deres funksjon skulle være å informere og veilede personer, avdelinger eller institusjoner som ønsket å komme i gang med kvalitetsarbeid.

Opplæringsdelen av programmet ble gjennomført i 1994 med syv samlinger, hver på to til tre dager. Totalt 28 personer fra de fem helseregionene deltok i programmet. Deltakerne utgjorde ulike profesjoner og disipliner, men hadde overvekt av sykepleiere. Opplæringen bestod av emner som: kvalitetsstyring i helsevesenet, total kvalitetsledelse, kvalitetsforbedring og problemløsningsteknikker, NS-ISO-standarder, kravfortolkning, oppbygging av kvalitetsystem, systemrevisjoner samt rådgiver/veilederrollen. Senter for etter- og videreutdanning ved Universitetet i Bergen (SEVU) evaluerte programmet fortløpende.

Helsetilsynets oppfølging av rådgiverne i etterkant av rådgiverprogrammet har vært ivaretatt gjennom årlige nettverkssamlinger der kompetanseutvikling og erfaringsoverføring har vært sentrale tema. Det har også blitt etablert regionale og fylkesvise nettverk. Noen nettverk har bestått av både kvalitetsrådgivere fra sykehus og kvalitetsrådgivere for kommunehelsetjenesten, mens andre nettverk er eksklusive for enten rådgivere i sykehus eller for kommunehelsetjenesten.

Etter at opplæringsprogrammet var gjennomført, har direktørene ved regionsykehusene og direktøren ved VAS sammen med sine respektive kvalitetsjefer/kvalitetsrådgivere fortsatt arbeidet med kvalitetsforbedring lokalt og nasjonalt. Dette arbeidet ble ivaretatt gjennom et samarbeidsprosjekt som gikk under navnet "Kvalitetsutvikling i helseregionene" og som spesielt omhandlet utvikling av felles kvalitetsindikatorer. I dette samarbeidsprosjektet ble det også utviklet en veileder for utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus. Som et resultat av prosjektet foreligger også to andre veiledere: Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder og Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider (se publikasjonslisten).

Vurdering

Senter for etter- og videreutdanning ved

Universitetet i Bergen har utarbeidet tre evalueringsrapporter fra "Utviklingsprogram for kvalitetsrådgivere i regionene 1994-96." Det er gjort en evaluering av innholdet av Veritas' opplæringsprogram og kvalitetsrådgivernes funksjon som rådgivere.

Når det gjelder opplæringsdelen i utviklingsprogrammet, peker rapporten spesielt på

forbedringspotensialet innen følgende områder: struktur, utvelgelse av deltagere, innhold i undervisningen samt krav til deltagere om egen læring og oppfølging. Vurdering av rådgivernes funksjon som kvalitetsrådgivere har fått stor oppmerksomhet i rapporten. Rammebetingelsene for utførelsen av rådgiverrollen antas å ha vært for snevre. Rapporten gir anbefalinger om formalisering av kvalitetsrådgiverutdanningen gjennom for eksempel studier ved en høyere utdanningsinstitusjon samt om å gjøre opplæringen kompetansegivende i form av vektball. Det foreslås i tillegg en egen opplæring i kvalitetsutvikling for toppledere i helsetjenesten i regi av Helsetilsynet og opprettelse av et kompetansesenter innen kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Rapporten tar ikke standpunkt til hvilken sektor det bør legges mer vekt på i en videreføring av programmet, men presiserer at

det bør legges mer vekt på opplæring av ledere i et eventuelt utviklingsprogram.

Evalueringsrapporten peker på at kommunehelsetjenestens behov for kompetanse og rådgivning innen kvalitetsutvikling ikke kan imøtekommes gjennom den kapasitet og bakgrunn sykehusrådgiverne hadde. Rapporten anbefalte derfor et eget kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten hvis innsatsen skulle rettes mot denne sektoren.

Kvalitetsrådgiverprogrammet for sykehus ble avsluttet i 1996. Etter at rådgiverprogrammet og de årlige fellessamlinger var over, har det vist seg å være en del variasjon i hvordan de ulike sykehusene og rådgiverene har valgt å videreføre arbeidet med kvalitetsforbedring.

Det nasjonale nettverket skulle blant annet skape et miljø for større felles forståelse av kvalitetsutvikling på tvers av geografiske grenser og profesjoner. Etter vår vurdering har denne strategien hatt god effekt, selv om rådgiverene har valgt sine egne veier og måter å arbeide på basert på lokale forutsetninger. Det har blitt utvekslet mye

erfaringer og dokumenter mellom sykehusene, noe som må kunne forutsettes å ha bidratt til å opprettholde en systematisk innsats over tid.

Flere av dem som var med på rådgiverprogrammet har i ettertid tatt videreutdanning ved høyskoler og universiteter som en følge av at arbeidet med kvalitetsforbedring har blitt satt på dagsorden. Enkelte helseregioner har det blitt arrangert flere rekker av kurs og samlinger for ansatte ved somatiske og psykiatriske sykehus, nettopp for å øke den lokale kompetanse og utnytte hverandres erfaringer. Dette er også etter Helsetilsynets vurdering en positiv effekt av Nasjonal strategi. Det er imidlertid etter vår vurdering behov for en mer grundig evaluering av rådgivernes funksjon og resultater for å vurdere om denne typen virkemidler er nyttige når det gjelder å skape varige positive virkninger.

5.4 Kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten

Høsten 1997 startet Statens helsetilsyn gjennomføringen av et kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten. Dette programmet er planlagt sluttført ved utgangen av år 2001.

Det overordnede målet med kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten har vært å bidra til kompetanseutvikling slik at kommunehelsetjenesten etablerer effektive og helhetlige kvalitets-systemer for sin virksomhet i henhold til målene i Nasjonal strategi.

Høsten 1997 ble det ansatt kvalitetsrådgivere hos fylkeslegene i åtte fylker. De resterende 11 fylkeslegene ansatte kvalitetsrådgivere høsten 1998. Enkelte fylkeslegekontor valgte å engasjere interne medarbeidere, mens andre ansatte eksterne personer. Kvalitetsrådgiverne hadde ulik faglig bakgrunn, de fleste er helsepersonell. I perioden høsten 1997 til og med våren 1999 fullførte alle kvalitetsrådgiverne fire samlinger hvor hver samling bestod av fire dagers opplæring i kvalitetsutvikling. I tillegg til kvalitetsrådgiverne fikk en representant fra hvert fylkeslegekontor tilbud om å delta i opplæringsprogrammet for å være diskusjonspartner og støttespiller for kvalitetsrådgiverne. Et konsulentbyrå foresto opplæringen av kvalitetsrådgiverne i samarbeid med Helsetilsynet.

Opplæringen konsentrerte seg om følgende hovedområder:

- Lover og regelverk
- Kommuner som arena for rådgiveres arbeid, struktur, funksjonsmåte og beslutningsprosesser
- Kvalitetsfaget, systemer og fremgangsmåter for kontinuerlig forbedring
- Rådgivning og veiledning, pedagogikk og læringsprosesser

Statens helsetilsyn har hatt det overordnede ansvar for kvalitetsrådgiverprogrammet og det nasjonale nettverk bestående av kvalitetsrådgivere i sykehus og kvalitetsrådgivere for kommunehelsetjenesten. Helsetilsynet til-delte lønns- og driftsmidler til kvalitetsrådgiverprogrammet ut fra rammer gitt av Sosial- og helsedepartementet.

Statens helsetilsyn etablerte en referansegruppe, med representanter for Sosial- og helsedepartementet, Kommunenes sentralforbund, fylkeslegene og kvalitetsrådgiverne, som rådgiver i utviklingen av kvalitetsrådgiverprogrammet i kommunehelsetjenesten. Referansegruppen har hatt jevnlig møter for å følge gjennomføring og fremdriften i programmet.

Fylkeslegene har benyttet kvalitetsrådgiverne til å bistå kommunehelsetjenesten med kompetanseutvikling innen området internkontroll og kvalitetsutvikling. Kvalitetsrådgiverne har hatt ansvaret for å utforme strategi- og handlingsplan for kvalitetsrådgiverprogrammet, samt å gjennomføre planlagte tiltak. De har i tillegg dannet nettverk for kommunene i sine respektive fylker. I flere fylker har kvalitetsrådgivere ansatt i sykehus deltatt i de "kommunale" nettverkene. Kvalitetsrådgiverne har fulgt opp ressurspersoner innenfor kvalitetsarbeid i hver kommune. Arbeidet har foregått noe forskjellig, fordi en har tatt hensyn til antall kommuner, reiseavstander i fylket og andre lokale forhold. Noen kvalitetsrådgivere har også hatt andre oppgaver på fylkeslegekontoret, mens de fleste stort sett har konsentrert seg om kvalitetsrådgiverfunksjonen mot kommunehelsetjenesten. Gjennom dette opplæringsprogrammet har en nådd ut til alle landets kommuner.

Vurdering

Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten har vært den største og mest ressurskrevende satsingen i Nasjonal strategi både når det gjelder planlegging og økonomi.

Helsetilsynet er i ettertid svært fornøyd med at programmet ble gjennomført i tråd med planen og innen de planlagte økonomiske rammer. Kvalitetsrådgiverne har gått inn i oppgavene med stort engasjement og har hatt ambisiøse handlingsplaner som hvert år har blitt gjennomført på en profesjonell måte. Kvalitetsrådgivernes styrke er at de kan følge opp kommunene over tid og kjenner kommunens organisering, tjenestetilbud og kvalitetsarbeidet. De kan derfor tilpasse opplæring og veiledning etter kommunens behov. Den personlige kontakten mellom ansatte i kommunene og kvalitetsrådgiver er verdifull i denne sammenheng. Etterspørselen etter rådgiverne har vært stor, både fra kommuner som trenger hjelp til å etablere det lovpålagte internkontrollsystemet, og fra de kommunene som vil gå videre og jobbe med et utvidet kvalitetssystem og forbedringsarbeid.

Etter vår vurdering er dette en klar indikasjon på at programmet har dekket et behov og at det er behov for å bistå kommunene med denne typen kompetanse.

Det har vært en fordel at kvalitetsrådgiverne er organisert som en del av fylkeslegenes virksomhet. Det har skapt mulighet for å forankre rådgivningsvirksomheten i fylkeslegenes kjennskap til kommunesektoren og i etatens kunnskap om hvilke myndighetskrav kommunene stilles overfor. Det har videre bidratt til at rådgivningen har kunnet positivt forsterke effekten av tilsyn og omvendt. Programmets opplæring av både rådgivere og andre ved kontorene har også bidratt til å øke kontorenes samlede kompetanse når det gjelder systematisk styring og kvalitetsforbedring. Dette bidrar til en helhetlig myndighetsutøvelse hvor fylkeslegen ikke bare kommer på tilsyn for å sjekke systemene i etterkant, men også bidrar med råd og veiledning underveis.

Helsetilsynet er videre godt fornøyd med den opplæringen kvalitetsrådgiverne fikk. Den var grundig planlagt og skreddersydd rådgivernes behov. Utover kvalitetsfaget inneholdt den også elementer som regelverket og kommunen som nedslagsfelt. Dette var en praktisk tilnærming som forberedte rådgiverne på den virkelighet de ville møte i sitt virke.

Helsetilsynet har arrangert to samlinger i året for alle kvalitetsrådgiverne. Det har vært nyttig for rådgiverne å møtes for å knytte kontakter og utveksle erfaring. Kvalitetsrådgiverne har også vært aktive i selv å skaffet

seg ny kompetanse ved å delta på kurs og bruke kompetansemiljøer. De har også selv tatt initiativ til ekstra samlinger utover de Helsetilsynet har arrangert.

Erfaringer fra fylkeslegens tilsyn, erfaringer fra kvalitetsrådgiverprogrammet og annet arbeid i forbindelse med Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, viser at det er stor variasjon i hvor langt kommunene har kommet i innføringen av internkontrollsystemer i helsetjenesten. Hovedinntrykket er at dette arbeidet fortsatt er kommet relativt kort i kommunene. Noen har nesten alle elementer på plass, andre har utarbeidet gode systemer for deler av tjenestene og atter andre har begynt planlegging, men ikke kommet til implementering.

Etter Helsetilsynets mening innebærer de samlede erfaringene at fylkeslegene fortsatt har en viktig oppgave overfor kommunene på dette området. Den kompetanse som er bygget opp gjennom Kommunerådgiverprogrammet er svært verdifull, men også sårbar. Et virkemiddel for å beholde nødvendig kompetanse vil være å omgjøre tidsavgrensede engasjementer for kvalitetsrådgivere til faste stillinger.

5.5 Kvalitetsutviklingsprosjekter i helse-tjenesten

Helsetilsynets rolle i gjennomføringen av Nasjonal strategi har vært å initiere til oppstart og fungere som pådriver i kvalitetsarbeidet. Erfaringen tilsier at organisasjoner ofte strever med å komme i gang med det praktiske kvalitetsarbeidet. Tiden og ressursene går ofte med til løpende oppgaver og forbedringsarbeidet er preget av brannslukking og ad hoc tiltak. Kjerneoppgavene i kvalitetsarbeidet består av opplæring av ansatte i kvalitetsarbeid, etablering av kvalitetssystemet og gjennomføring av forbedringsprosjekter.

Ett av innsatsområdene i Nasjonal strategi har siden 1995 derfor vært å støtte

kvalitetsutviklingsprosjekter i den utøvende helsetjenesten. Prosjekter som bygger på metoder som har dokumentert gode resultater og som har stor erfaringsoverføringsverdi har vært prioritert. I perioden 1995 til 2000 har det vært gitt tilskudd til ca. 60 prosjekter i kommunehelsetjenesten, i psykiatrisk og i somatisk spesialisthelsetjeneste. Alle prosjektene foreligger beskrevet i kortversjon på Helsetilsynets hjemmeside.

Bare prosjekter som har hatt som overordnet mål å innføre kvalitetsutvikling og som har benyttet seg av systematiske metoder for kvalitetsforbedring (som det er gitt eksempler på i kapittel 3) har fått tilskudd. Rammene for Nasjonal strategi har ikke gitt grunnlag for å gi tilskudd til regulære forskningsprosjekter.

Kun tre typer prosjekter har mottatt støtte:

- Etablering av kvalitetssystem for å sikre kvaliteten på behandlingen av og tjenestetilbudet til pasienter gjennom pasientforløpet
- Opplæring av alle ansatte i kvalitetsarbeid for å drive systematisk og kontinuerlig forbedring av tjenestene
- Gjennomføring av forbedringsprosjekter.

Det er Helsetilsynets oppfatning at effektivt kvalitetsarbeid krever elementer av nettopp disse tre aktivitetene som er nevnt ovenfor. Helsetilsynet har, gjennom de prosjekter som har fått støtte, ønsket å signalisere hva som er gode kvalitetsprosjekter i forhold til mål, gjennomføring og metode. Disse prosjektene har vært tenkt som en "mal" som andre med tilsvarende aktiviteter kan benytte seg av.

En gang i året har Helsetilsynet samlet representanter fra samtlige pågående prosjekter til erfaringsoverføringsseminar. I tillegg til de prosjektansvarlige har seminarene samlet ledere fra de samme institusjonene og representanter fra Sosial- og helsedepartementet. Seminarene har bestått av to hovedbolker; en del hvor de ulike prosjektene har blitt presentert, og en del som har hatt til hensikt å tilføre deltagerne ny kunnskap innen kvalitetsutvikling. Hensikten med disse samlingene har vært å spre kunnskap om forbedringsarbeid og metode, gi prosjektgruppene ideer til nye prosjekter samt bidra til økende engasjement og aktivitet i helsetjenesten.

Helsetilsynet har i tillegg vært representert i Forum for organisasjonsutvikling i sykehus som er et samarbeid mellom Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes sentralforbund. Deltakelse har primært hatt gjensidig informasjon og fagutvikling som formål. I tillegg har det skapt mulighet for synergi-effekt i kjennskap til og finansiering av kvalitetsprosjekter i sykehus.

Helsetilsynets prosjektleder og fylkeslegenes kvalitetsrådgivere har sammen med sykehusenes egne ansatte spilt en betydelig rolle

som veiledere i planlegging og gjennomføringen av prosjektene.

Siste kapittel i denne rapporten viser en oversikt over de prosjektene som har fått støtte fra Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten.

Vurdering

Det har vært behov for å samle erfaring om forbedringsprosjekter i helsetjenesten fordi denne typen erfaringer tidligere i hovedsak har vært hentet fra industriell eller annen type virksomhet. Forbedringsprosjekter er motiverende og engasjerende for medarbeidere samtidig som de kan være svært arbeidskrevende. Av den grunn har det vært viktig i en oppstartsfasen å kunne gi økonomisk og metodisk starthjelp til prosjekter i den utøvende helsetjenesten.

Kombinasjonen av innføring av en plikt til å ha internkontroll og tilførsel av økonomiske og faglige ressurser som bidrag til å etablere systemer skulle etter vår vurdering være et godt utgangspunkt. En hel del konkrete erfaringer tyder på at dette har bidratt til økt motivasjonen og fremdrift i gjennomføringen.

Prosjektleder i Nasjonal strategi har besøkt og veiledet de aller fleste prosjektene underveis. De prosjektansvarlige har gitt Helsetilsynet svært positive tilbakemeldinger på denne aktiviteten. Blant annet kan den ha bidratt til økt oppmerksomhet fra ledere i de respektive organisasjonene. Det er etter vår vurdering en nyttig erfaring at det oppfattes som hensiktsmessig at statlige virksomheter enten selv, eller ved å knytte til seg eksperter utenfra, tilbyr faglig og metodisk veiledning, i tillegg til økonomisk, når denne typen prosjekter eller handlingsplaner skal gjennomføres.

Erfaringsoverføringsseminarene har bidratt til motivasjon og kunnskap hos prosjektgruppene. Seminarene har også ført til at prosjektgruppene har kommet i kontakt med hverandre og utvekslet erfaringer både under og etter seminarene. Det har i tillegg gitt Helsetilsynet meget god oversikt over prosjektene og deres fremdrift, samt praktiske eksempler på kvalitetsarbeid i helsetjenesten.

Det har vært et krav fra Nasjonal strategi at resultater og erfaringer fra prosjektene skulle komme helsetjenesten til gode. Prosjekter har rapportert om høy aktivitet på området. De ansvarlige har reist rundt på seminarer, kurs

og opplæringstiltak og foredratt om sine prosjekter. Dette er et svært viktig arbeid fordi en god spredning kan bidra til økt avkastning av investerte midler.

Som et bidrag til øket læring på dette området bør det etter vår vurdering gjennomføres en uavhengig evaluering som både ser på om prosjektene har hatt effekt over tid etter at de er avsluttet og i hvilken grad prosjektene har hatt effekt på andre aktiviteter i egen eller nære institusjoner. Vi har grunnlag, gjennom prosjektenes egne rapporter og den kjennskap vi har til dem for øvrig, til å hevde at de er vel gjennomført og har nådd de planlagte målene. Det er imidlertid et spørsmål av mer allmenn interesse å skaffe frem kunnskap om varigheten og overføringsverdien av denne typen enkeltprosjekter.

5.6 Kvalitetsutvikling i helsefaglig utdanning

Nasjonal strategi har hatt som målsetting å få opplæring i kvalitetsutvikling innført i både grunn- og videreutdanningen av helsepersonell. Helsetilsynet har tatt initiativ for å komme i dialog med utdanningsinstitusjonene og Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.

I februar 1998 ble det arrangert et stort to dagers seminar for studieledere og andre fagfolk ved alle landets høyskoler og universiteter. Hensikten med seminaret var å komme frem til hvordan kvalitetsutvikling bør integreres i de helsefaglige utdanningene. I november 1998 ble det holdt et mindre dagseminar med personer som selv hadde meldt inn interesse for å arbeide med dette fagfeltet. Høsten 1999 ble det holdt et uformelt møte med representanter fra Legeforening, Tannlegeforeningen og Sykepleierforbundet. På møtet ble det bekreftet at mye er gjort i forskjellige organisasjoner og på forskjellige nivåer.

I tillegg har prosjektleder for Nasjonal strategi hatt en stor kontaktflate i de aktuelle miljøene. Vi er også kjent med at de forskjellige skolene og fagmiljøene selv har jobbet med å innføre kvalitetsutvikling som fag over flere år. Kvalitetsrådgivere i noen fylker har samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og bidratt med opplæring i kvalitetsutvikling i utdanning av helsepersonell.

Aktiviteten og satsingen har resultert i at det er utarbeidet en god del læremateriell.

For å få en mer konkret oversikt over situasjonen, gjennomførte Helsetilsynet sommeren 2000 en rundspørring til fylkeslegene, der de ble bedt om å gi en kort tilbakemelding som viser hva som er i gang av slik opplæring ved landets høyskoler og universiteter.

Vurdering

Dette satsingsområde har ikke nådd de resultater vi ønsket. Seminarene som ble avholdt har ikke ført til at kvalitetsutvikling ble integrert i den ordinære utdanningen. Høyskoler og universiteter er under stadig press for å integrere nye fag eller tema i sin undervisning. Vi har stor forståelse for at det ikke kun er et spørsmål om en enkelt etats engasjement.

Rundspørringen hos fylkeslegene ga inntrykk av at utdanning innen dette emnet fremdeles er mangelfull eller fraværende i grunnutdanningen ved svært mange høyskoler. Emnet står beskrevet i mange av skolens planer, men det er usikkert i hvilken grad skolene gir en god opplæring slik at studentene er i stand til å nyttiggjøre seg metodikken når det er ferdige med utdanningen. Etter det vi kjenner til er systematisk kvalitetsarbeid heller ikke integrert i grunnutdanningen ved noe universitet.

Det har imidlertid skjedd en positiv utvikling når det gjelder videre- og etterutdanning. Det finnes tilbud om videreutdanning for sykepleiere og i egne kurs ved noen høyskoler og ved Universitetet i Bergen. Etter vår vurdering har Helsetilsynet kun spilt en begrenset rolle i slike etableringer. Det kan se ut som om de er etablert der det har vært engasjerte ildsjeler.

5.7 Gjennombruddsprosjekter

Statens helsetilsyn har i et samarbeid med Kvalitetssikringsfond II i Den Norske lægeforening, og de to aktuelle spesialistforeningene, drevet to større kvalitetsforbedringsprosjekt basert på "Gjennombruddsmetoden". Statens helsetilsyn har bidratt med økonomisk støtte. Prosjektleder i Nasjonal strategi og kvalitetsrådgivere har fungert som veiledere i prosjektet.

Metoden er utviklet ved Institute of Health Care Improvement i Boston, USA og bygger på Demings forbedringssirkel. De sentrale spørsmålene i metoden er:

- Hva ønsker vi å oppnå - hvilke mål har vi for prosjektet?
- Hvordan vet vi at en forandring er en forbedring?
- Hvilke forandringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer?

Metoden innebærer en aktiv prosjektperiode som varer ca. 1/2 år. I løpet av perioden avholdes tre forbedringsseminar og to telefonkonferanser. Veiledergruppen inndeles slik at hver veileder er ansvarlig for to til fire avdelinger ved deltagende sykehus.

Det første Gjennombruddsprosjektet ble gjennomført i et samarbeide med Norsk Gynekologisk Forening i perioden 1998/1999 og hadde som mål å klargjøre indikasjonsgrunnlaget for keisersnitt og dermed redusere variasjon i keisersnittsraten. Fem kvalitetsrådgivere i sykehus var engasjert som veiledere i prosjektet. Det har vært forsinkelser i databehandlingen ved Medisinsk fødselsregister. Sluttrapporten er derfor ikke ferdigstilt.

Gjennombruddsprosjekt nummer to ble gjennomført vinteren 1999/2000 i samarbeide med Norsk Anestesiologisk forening. Her var målsettingen å redusere respirortid ved bl.a. å endre sedasjonsrutiner og forbedring av kommunikasjon i pasientbehandlingen. Tre kvalitetsrådgivere i sykehus og en fra kommunehelsetjenesten var engasjert som veiledere i prosjektet. Mange avdelinger tilkjennegav at de ønsket å arbeide videre med forbedringene basert på modellen de hadde lært også etter prosjektperiodens slutt. Ett tverrfaglig forum for intensivmedisin ble etablert ved avslutningen av prosjektet.

Vurdering:

Erfaringene har etter Helsetilsynets vurdering vært at dette er svært gode systematiske metoder for forbedring av prosesser og resultater i helsetjenesten. Det legges stor vekt på å dokumentere målbare forbedringer hvilket er motiverende for den enkelte deltaker. Rapporter fra disse prosjektene blir publisert av deltakerne selv.

5.8 Kvalitetsutvikling i psykiatrien

Prosjektet "Kvalitetsforbedring i psykiatriske helsetjenester" startet i 1998 og ble ferdigstilt ved utgangen av 1999. Formålet med prosjektet var å prøve ut metoder for kvali-

tetsforbedring i sykehus og kommunebaserte tjenester, slik at erfaringene kunne danne grunnlag for videre spredning av metodene innen psykiatriske helsetjenester.

Prosjektet er drevet av Gruppe for kvalitetsforbedring i helsetjenesten (GRUK) i Skien, med finansiering fra Statens helsetilsyn. Prosjektleder har vært en lege på heltid. Som prosjektmedarbeidere har to sykepleiere vært engasjert i 1/2 stilling og en lege i 1/3 stilling. Styringsgruppe og referansegruppe har vært oppnevnt av Helsetilsynet. Prosjektet fordeler seg på to områder. Det ene handler om kvalitetsforbedring i sykehusbehandling (Utprøving av prosessforbedring i klinisk praksis), det andre i kommunebaserte tjenester (Opplæring i koordinering av psykososialt arbeid).

Prosjektarbeidet har bestått av disse aktivitetene:

- Utvikling av undervisningsmaterieell, arbeidsbøker og evalueringsverktøy
- Innsamling av data for analyse og evaluering av resultater
- Beskrivelse av metoder og resultater

Metoden som har vært anvendt kalles prosessforbedring. Gjennom denne metoden går en tett inn på den praktiske hverdagen, ser på denne og beskriver denne, sammenligner praksis med organisatoriske og kliniske prosedyrer slik de burde og skulle være. Avstand mellom praksis og ønsket praksis dokumenteres. Mangler rettes opp og nye resultater viser eventuelle forbedringer. En slik arbeidsmåte krever tverrfaglighet og åpenhet, men gir, i følge erfaringer, også fra Norge, raske og målbare resultater. Feltarbeidet har foregått ved Sanderud og Valen psykiatriske sykehus.

Handlingsprogrammet for koordinering av psykososialt arbeid for personer med langvarige og alvorlige psykiske problemer ble utgitt av Helsetilsynet i 2000 (IK-2692).

Vurdering

Helsetilsynet vurderer også dette som et vellykket prosjekt. På samme måte som med Gjennombruddsprosjektene, er det her høstet erfaringer med en metode som legger stor vekt på å fremskaffe målbare resultater av forbedring av arbeidsprosesser. Også her vil vi legge vekt på at metoden kan overføres til andre psykiatriske helsetjenester, både i sykehus og i kommunene.

5.9 Tilsyn og rådgivning

Parallelt med Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling har Helsetilsynet og fylkeslegene arbeidet med andre aktiviteter som understøtter helsetjenestens systematiske kvalitetsarbeid. Det viktigste har vært den metodiske utvikling av tilsyn rettet mot styringssystemer som etaten har gjennomført. I tillegg har det vært arbeidet med en utvikling av rådgivningsmetodikk som er tilpasset tilsynsetatens rolle som myndighetsutøver.

Tilsyn med virksomheter i helsetjenesten utføres nå ved alle fylkeslegekontor i all hovedsak som systemrevisjon hvor de systematiske styringssystemet er i fokus. Dette gir fylkeslegene et godt bilde av fremdriften i etableringen av internkontrollsystemer. Helsetilsynet følger med på fremdrift og status for helsetjenestens etablering av internkontrollsystemer gjennom felles tilsyn og oppsummering av fylkeslegenes funn fra felles tilsyn.

At det er krav og føringer fra sentrale myndigheter både har blitt benyttet begreper som internkontrollsystem og kvalitetssystem har skapt en viss uklarhet om hva som kreves av helsetjenesten på dette området. - Nasjonal strategi inneholder ingen oppskrift med spesifikk beskrivelse av krav til systemet helsetjenesten skal etablere. Noen sentrale elementer knyttet til ledelse og systematisk forbedringsarbeid er beskrevet i denne rapportens kapittel 4. Helsetjenestens arbeid med å etablere tilfredsstillende systemer er blitt vesentlig forsinket ved at det ennå ikke foreligger en forskrift med hjemmel i tilsynsloven § 3 som konkretiserer hvilke krav som stilles til et internkontrollsystem.

5.10 Andre aktiviteter

Lov- og forskriftsverk:

Et element i strategien er at Sosial- og helsedepartementet skal sikre at lov- og forskriftsverk skal støtte opp om helsetjenestens arbeid med kvalitetsutvikling. Det har i denne perioden pågått et omfattende arbeid med revidering av lovverket og det går utover formålet med denne rapporten å vurdere effekten av disse reformene. På en del områder, for eksempel når det gjelder kvalitet i helsetjenesten til eldre, i krav til skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern og rehabilitering er myndighetenes krav og veiledning påvirket av den samme tenkingen som ligger til grunn for Nasjonal strategi.

Som nevnt flere andre steder i rapporten mangler imidlertid det viktigste verktøyet på dette området, nemlig den forskriften som skal beskrive hvilke elementer som skal inngå i et systematisk styringssystem for kvalitet i helsetjenesten (internkontrollforskriften).

Nasjonale meldeordninger:

Helsetilsynet har hatt ansvaret for å drive Meldesentralen som har tatt imot, systematisert og publisert resultater om avvikshendelser i helsetjenesten. Meldesentralen har både tatt imot lovpålagte meldinger om feil på teknisk utstyr og meldinger om andre uhell og nestenuhell i sykehus henhold til nærmere kriterier gitt i eget rundskriv. Helsetilsynet har utgitt en årlig rapport om rapporterte hendelser (Melderevyn).

Kvalitetsindikatorer på prioriterte områder:

Både nasjonalt og internasjonalt pågår det et omfattende arbeid for å finne frem til gode målemetoder for kvalitet i helsetjenesten. Helsetilsynet har deltatt i en arbeidsgruppe nedsatt av Sosial- og helsedepartementet som har utarbeidet forslag til nasjonale indikatorer. Den rapporten som er nevnt i kapittel 5.3 over om utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus inngår som en del av grunnlaget for Sosial- og helsedepartementets arbeidsgruppe.

Kliniske retningslinjer for primærhelsetjenesten:

Helsetilsynet fikk i statsbudsjettet og tildeleingsbrevet fra SHD for 2000 i oppdrag å etablere et program for utarbeiding av kliniske veiledere for primærhelsetjenesten. Statsbudsjettet slo fast at dette skulle prioriteres i Helsetilsynets arbeid med Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i 2000.

I tråd med dette nedsatte Helsedirektøren i oktober 2000 en nettverksgruppe med representanter for ulike organisasjoner og statlige etater. Gruppen leverte sin rapport med konkrete anbefalinger til departementet i juli 2001.

6 Erfaringer og konklusjoner

6.1 Erfaringer

Sommeren 2000 ba Helsetilsynet fylkeslegene gi en vurdering av helsetjenestens grep om kvalitetsarbeidet, basert på deres samlede erfaringer både fra tilsynsarbeidet og arbeidet til kvalitetsrådgiverne for kommunehelsetjenesten.

Spesialisthelsetjenesten er generelt kommet lengre enn kommunene de fleste stedene, men de fleste kommuner er i gang med kvalitetsarbeidet. Det er fortsatt store mangler i forhold til etablering av helhetlige systemer. Det kan dog spores en gradvis økning av helhetlige kvalitetssystemer som dekker flere deler av helse- og sosialtjenesten.

Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten har bidratt til økende deltakelse og engasjement ute i kommunene og kvalitetsrådgivernes kompetanse blir i økende grad etterspurt. I kommunene kan det se ut som om pleie- og omsorgssektoren og skolehelsetjenesten generelt er de som har etablert de fleste elementene i sine styringssystemer og gjort disse kjent blant sine ansatte.

De kommunene som har etablert avvikssystem har vanskeligheter med å få disse til å fungere slik at hendelser brukes systematisk til forbedringsarbeid. Tilsynserfaringer viser at dette også gjelder for sykehus. Fylkeslegene peker på betydningen av ledelsesforankring og antyder at den store variasjonen i helsetjenesten kan skyldes variasjoner i de enkelte lederes engasjement.

Fylkeslegene mener at den manglende internkontrollforskriften er en betydelig hemmende faktor i kvalitetsarbeidet i kommunene. Videre kan som nevnt manglende engasjement og kompetanse hos

ledere gjøre arbeidet vanskelig. I de kommunene hvor arbeidet er dårlig organisert, blir også resultatene dårlige. Andre mulige årsaker til at kvalitetsarbeidet blir mindre vellykket i kommunehelsetjenesten er stort arbeidspress, begrepsforvirring og gjennomtrekk av eller mangel på fagpersoner.

6.2 Konklusjoner

Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten har vært en betydelig satsing for forbedringsarbeid i helsetjenesten. Det er til sammen bevilget 72 millioner kroner over statsbudsjettet til dette prosjektet. Det overordnede målet om at alle virksomheter innen norsk helsetjeneste skal ha etablert effektive og helhetlige kvalitetssystemer for sin virksomhet innen år 2000 har vært for ambisiøst. Dette er i seg selv ikke spesielt overraskende. Erfaringene fra andre sektorer viser at det tar lang tid å implementere disse styringssystemene og resultatene lar vente på seg i mange år. Det er derfor viktig at kvalitetsarbeidet fortsetter både fra sentralt

hold og ute i helsetjenestene selv om prosjektet Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten er avsluttet.

Mangelen på en internkontrollforskrift, som vil gi en beskrivelse av hvilke krav staten stille til en virksomhets internkontroll har etter vår vurdering bidratt til å forsinke arbeidet.

Internkontroll som styringssystem var relativt ukjent i helsetjenesten da plikten ble innført i loven fra 1994. Helsetilsynet valgte derfor å legge opp til utbredt informasjonsarbeid og opplæring for å nå målene i Nasjonal strategi. Kvalitetsrådgiverprogrammet i sykehus

bidro til at sykehusene fikk kvalitetsfaglig kompetanse og disse rådgiverne har senere hatt sentrale roller i sykehusenes forbedringsarbeid. Region- og flere av sentralsykehusene har kommet godt i gang med å endre tenkemåte og praksis for å starte en positiv utvikling når det gjelder etablering av helhetlige kvalitetssystemer og systematisk forbedringsarbeid. De var tidlig ute med et utstrakt samarbeid og satte felles mål for sine virksomheter.

Kvalitetsrådgiverprogrammet for kommunehelsetjenesten har vært den største satsingen i Nasjonal strategi. Fylkeslegene har gjennom sine kvalitetsrådgivere (og etter hvert øvrige ansatte) nådd langt i kontakten med kommunene. Det bør ikke overraske at kommunenes ulike størrelser, deres sammensatte og til dels kompliserte helsetjeneste, og store variasjoner når det gjelder stabilitet blant fagutdannet personell, kan ha bidratt til at utfordringene i kommunene er store på dette området. Lokale undersøkelser og erfaringer viser at deltjenestene ofte utvikler hvert sitt internkontrollsystem og arbeidet koordineres i liten grad av etatsjef for helse- og sosialtjenesten eller rådmann. Helsetilsynet mener å kunne oppsummere at på tross av dette tilsier tilsynserfaringen og annen systematisk lesing av fylkeslegenes rapporter at det er gjort betydelige fremskritt fra 1995 og frem til i dag.

Helsetilsynet har i denne rapporten ikke gjort noe forsøk på å kvantifisere oppnåelse av de mål som ble satt i Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Dette skyldes flere forhold. For det første ble det ikke gjort noe forsøk på å fremskaffe en status ved prosjektets start som resultater eventuelt kunne måles mot. Man kan hevde at før plikten til internkontroll fantes så fantes ingen styringssystemer og at utgangspunktet derfor er null slik at ethvert system etablert er et resultat. Dette ville selvfølgelig ikke være riktig. Det fantes gode styringssystemer med vel beskrevne prosedyrer og godt kjennskap til regelverk også før 1994-95. Enda viktigere er nok som nevnt innledningsvis at det uansett vil være umulig å isolere hva som er effekter av tiltak under Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten og hva som skyldes andre tiltak eller personer. En annen grunn til at tallfesting av samlet forbedring på dette området er vanskelig er knyttet til vanskeligheter med å definere hva som skal telles. Helsetjenesten står relativt fritt til selv å definere det konkrete innholdet i styringssystemet, ikke minst fordi en forskrift fortsatt mangler. Det vil derfor være en metodisk

utfordring å avgrense elementene slik at de kan summeres på en meningsfylt måte.

Helsetilsynet har heller ikke her forsøkt å vurdere om Nasjonal strategi for kvalitet i helsetjenesten samlet sett har bidratt til forbedret kvalitet i helsetjenesten. Etter vår vurdering vil det være umulig å isolere våre aktiviteter fra alt det andre pågående utviklingsarbeidet og de ulike virkemidler som inngår i et samlet forbedringsarbeid i norsk helsetjeneste.

Etter Helsetilsynets vurdering har vi gjennom fylkeslegenes ulike tilsynsrapporter og andre rapporteringer om situasjonen i helsetjenesten godt grunnlag for å oppsummere at slett ikke alle målene i Nasjonal strategi er nådd. Strategien hadde større ambisjoner enn det kanskje var realistisk å nå.

Mye er imidlertid oppnådd; det er bygget opp betydelig kompetanse i helsetjenesten og i vår etat. Kvalitet i helsetjenesten og hvordan det kan oppnås og måles er drøftet i et utall fora og dokumenter. Det er dokumentert gjennom enkeltprosjekter at systematisk styring av forbedringsprosesser kan bidra til å forbedre helsetjenestens tilbud til pasienter. Det foreligger en ikke ubetydelig samling publikasjoner som kan brukes til opplæring og inspirasjon til forbedringsaktiviteter. Store deler av helsetjenesten har innført alle eller flere av de sentrale elementene i et vel-fungerende kvalitetssystem.

To hovedproblemstillinger gjenstår imidlertid, problemstillinger som bør være gjenstand for uavhengig informasjonsinnhenting og analyse:

- *I hvilken grad bidrar enkeltprosjekter i helsetjenesten til varige og generelle forbedringer?* De enkelte prosjekter har gitt oss rapporter om det som er oppnådd gjennom prosjektperioden. Det vi imidlertid ikke vet tilstrekkelig om er i hvilken grad disse prosjektene virker over tid etter at prosjektperioden er avsluttet eller om de har effekt utover den gruppe, avdeling eller virksomhet som har gjennomført forbedringsarbeidet
- *Bidrar etablering av systematisk styring eller kvalitetssystemer til bedre helsetjeneste - og i såfall hva er de avgjørende elementene?* Dette spørsmålet bør og kan ikke besvares kun som en evaluering av denne strategien, selv om avslutningen av Nasjonal strategi er god anledning. Der- som et slikt spørsmål skal besvares bør det

etter vår vurdering legges vekt på at det viktigste ikke er å måle effekt av enkeltstående statlige tiltak, men å gi svar på hvilke strategiske virkemidler som må inngå i enhver nasjonalt anlagt handlingsplan av denne typen.

7 Oversikt over publikasjoner og prosjekter

7.1 Publikasjoner

Følgende publikasjoner er utarbeidet og gjort tilgjengelig gjennom Helsetilsynets trykksaksekspedisjon eller hjemmesidene til Nasjonal strategi:

- Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (IK-2482)
- Nasjonal strategi - Rapport og evaluering for 1995
- Regelverkssamlinger (IK-2607, IK 2608, IK-2609, IK-2610)
- Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder (IK-2615)
- Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider (IK-2616)
- Organisering av kvalitetsarbeid i kommunehelsetjenesten (IK-2582)
- Kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten (IK-2658)

Veileder utgitt av styringsgruppa for kvalitetsutvikling i helseregionene:

- Utvikling av kvalitetsindikatorer i sykehus (1999)

7.2 Prosjekter som har fått støtte

Følgende prosjekter har fått støtte gjennom Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten (Flere prosjekter har fått støtte over mer enn ett år. Her er de kun nevnt under det første året de er gitt støtte):

1996 Prosjektoversikten for 1996 i html-format

1. Kunnskapsbasert praksis, Statens helse-tilsyn (FFO-prosjekt)
2. Kvalitetssikring av pleie- og omsorgstjenesten, Ringsaker kommune
3. Kvalitetsutvikling ved Vest-Agder sentralsykehus (1996-97)
4. Tverrgående kvalitet, Aker sykehus
5. Praksiskonsulenter, Tromsø kommune/Ritø (1996-97-98)
6. Kvalitetsutvikling i helseregionene Et samarbeid mellom regionsykehusene og Vest-Agder sentralsykehus
7. Kvalitetsledelse på avdelingsnivå - fire pilotprosjekter, Regionsykehuset i Tromsø
8. Den eldre medisinbruker, Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon
9. Miljørettet helsevern - Ringsaker kommune
10. Kvalitetsutvikling ved omsorgskontor sentrum, Bodø kommune
11. Livskvalitet i sykehjem - Høgskolen i Tromsø
12. Kvalitetsutvikling i Vestfold fylkeskommune (tannhelsetjenesten)
13. Kvalitetsutviklingsprosjektet ved Halden sykehus (1996-97)

14. Brukerstyrt kvalitet - Møre og Romsdal fylkeslag av Norsk Revmatikerforbund
15. Nettverk for kvalitetsutvikling i helsetjenesten i Vestfold, Fylkeslegen i Vestfold
16. Kvalitetsutvikling i helsesøstertjenesten, Lørenskog kommune
17. Kvalitetsforbedring ved Horten sykehus, Vestfold fylkeskommune
18. Kvalitetssikring av helseopplysning om kosthold 1. leveår, Slettemarken helsestasjon
- 1997 Prosjektoversikten for 1997 i html-format.**
1. Kvalitetssutvikling som studietema - Høgskolen i Bergen
2. Nettverk for internkontroll og Kvalitetsrådgiverprogram for kommunehelsetjenesten
- fra et prosjekt til et nytt prosjekt
3. Geriatriisk standard - internasjonalt dokumentasjonssystem
4. Utvikling av styrende dokumentasjon på sykehusnivå - Gjøvik fylkessykehus
5. Kartlegging og forbedring av oral helse hos eldre og uføre i Norge
6. Opplæring i kvalitetsarbeid ved Nordland sentralsykehus
7. Pasientflyt-prosjektet ved Haukeland Sykehus
8. Evaluering av avviksbehandling av legemiddelhåndtering ved Haukeland Sykehus
9. Brukerstyrt kvalitet - Norsk Revmatikerforbund
10. Tre kvalitets-forbedringsprosjekter ved Horten sykehus
11. RAI vs Gerix - kvalitetsutvikling i hjemmetjenesten
12. Helseregionenes prosedyrebank for medisinsk-teknisk utstyr
13. Implementering av total kvalitetsledelse ved Fylkessjukehuset på Stord
- 1998 Prosjektoversikten for 1998 i html-format.**
1. Helhetlig og effektivt kvalitetssystem innen år 2000, Drammen kommune
2. Utvikling av styrende dokumentasjon på sykehusnivå, Gjøvik fylkessykehus
3. Etablering av internkontroll- kvalitets-system i helse- og sosialsektoren, Stange kommune
4. Kvalitetsutvikling i helsesøstertjenesten, Øvre Eiker kommune
5. Opplæring av tilretteleggere i kvalitetsarbeid i helseregion 1, Ullevål sykehus
6. Innføring av kvalitetssystem for helse- og sosialetaten, Borre kommune
7. 10 halve dagsseminar om kvalitetsutvikling - Lillehammer fylkessykehus
8. Kvalitetsutvikling i pleie- rehabiliterings- og omsorgsavdelingen, Tvedestrand kommune
9. Etablering av kvalitetssystem og opplæring av ansatte i kvalitetsutviklingsarbeid i pleie- og omsorgstjensten, Lenvik kommune
10. Læring og kvalitetsutvikling, Rygge og Hvaler kommuner
11. Kvalitetsutvikling i tannhelsetjenesten i Telemark, Telemark fylkeskommune
12. Opplæringsprogram for ressurspersoner i helseregion Midt-Norge
- 1999**
- I 1999 ble det ikke gitt støtte til å igangsette nye prosjekter, kun til oppfølging og avslutning av pågående arbeid.

Rapport fra Helsetilsynet

Utgivelser 2002

- 1/2002** Utredning om drift og organisering av morsmelkbanker (januar 2002)
- 2/2002** Fylkeslegenes felles tilsyn ved regionsykehusene i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 3/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjenester til aldersdemente i 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 4/2002** Fylkeslegenes tilsyn med helsetjeneste i fengsler 2001 – oppsummeringsrapport (mars 2002)
- 5/2002** Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten – rapport om prosjektet fra Helsetilsynet til Helsedepartementet (januar 2002)
- 6/2002** Dent-O-Sept munnpensel som smittekilde for alvorlig sykehusinfeksjon – Rapport fra Helsetilsynet til Helseministeren (april 2002)
- 7/2002** For det var ikke plass til dem i herberget – Overbelegg og korridorpasienter i indremedisinske avdelinger i landets somatiske sykehus – Utviklingen 1997–2001 (juni 2002)
- 8/2002** Quality in Health Care – the Role of Government in Supervision and Monitoring in Norway (juli 2002)
- 9/2002** Helseforhold og helsetjenestetilbud til mennesker med psykiske lidelser. En vurdering av tilgjengelige datakilder – Rapport fra arbeidsgruppen for tilsyn med psykisk helsearbeid i kommunehelsetjenesten og psykisk helsevern i spesialisthelsetjenesten i 2001 og 2002 (juni 2002)
- 10/2002** Spesialisthelsetjenestens veiledningsoppgaver overfor kommunehelsetjenesten – Rapport fra en pilotundersøkelse i Sogn og Fjordane og Sør-Trøndelag i 2001 (juni 2002)
- 11/2002** Sikrere legemiddelhåndtering i pleie- og omsorgstjenester (november 2002)

Utgivelser 2003

- 1/2003** På feil sted til rett tid? Korridorpasienter og utskrivningsklare pasienter i indremedisinske avdelinger - kartleggingen 2002 og utviklingen 1999-2002 (februar 2003)
- 2/2003** Kartlegging av tilgjengeligheten til lege – ”Når hjelpen kan vente litt” (februar 2003)
- 3/2003** Oppsummering etter tilsyn med smittevernet i intensivavdelinger september 2002 (februar 2003)
- 4/2003** Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsetjenester til barn og unge med psykiske problemer i 2002 (mars 2003)
- 5/2003** Styrket smittevern i kommunene - sluttrapport fra prosjektet (februar 2003)
- 6/2003** Der det er hjerterom... Kartlegging av belegg i psykiatriske akuttavdelinger 2002 (mai 2003)
- 7/2003** Kartlegging av kommunenes beredskap på smittevernområdet pr. juni 2003 (august 2003)
- 8/2003** Helsetilsynets bidrag til statusrapport om fastlegeordningen (september 2003)
- 9/2003** Kommunale helsetjenester i pleie- og omsorgssektoren – tilsynserfaringer 1998-2003 (oktober 2003)
- 10/2003** Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud (oktober 2003)
- 11/2003** Rapport til Helsedepartementet om Helsetilsynets oppfølging i Dent-O-Sept saken (oktober 2003)
- Utgivelsene i 2002 og tom. 8/2003 finnes bare i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no.
- Utgivelsene fom. 9/2003 finnes i elektronisk utgave på www.helsetilsynet.no. og i trykt utgave som kan bestilles fra Helsetilsynet, Postboks 8128 Dep, 0032 Oslo, tlf. 21 52 99 00, faks 21 52 99 99, e-post postmottak@helsetilsynet.no

Tilsynsmeldinger fra Helsetilsynet

Tilsynsmelding er en årlig publikasjon fra Helsetilsynet. Den benyttes til å orientere omverdenen om saker som er sentrale for sosial- og helsetjenestene og for offentlig debatt om tjenestene. Tilsynsmeldingen gir uttrykk for Helsetilsynets syn på sosial- og helsetjenestene i landet og er et viktig policydokument.

Tilsynsmeldinger fra og med 1997 finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no. De nyeste kan også bestilles i trykt utgave fra Helsetilsynet.

I serien *Rapport fra Helsetilsynet* formidles resultater fra tilsyn i sosial- og helse-tjenesten.

Serien ble etablert i 2002 og utgis av Statens helsetilsyn. Alle utgivelser i serien finnes i fulltekst på www.helsetilsynet.no.