
Er kvalitetssikring bare en floskel?

KLINIKK OG FORSKNING

JON HAFFNER

Buskerud sentralsykehus
3004 Drammen

FRED A. MÜRER

Rana sykehus
8607 Mo i Rana

OLAF G. AASLAND

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Norske sykehus er pålagt ved lov å kvalitetssikre sin virksomhet. Dette er definert som en lederoppgave. Hensikten med denne undersøkelsen var å kartlegge i hvilken grad sykehusledelsen og avdelingsoverlegene er engasjert i kvalitetssikringsarbeid.

Data ble samlet inn i 1996 gjennom et spørreskjema sendt til alle norske avdelingsoverleger (n = 657), hvorav 567 (86 %) svarte.

23 % av dem som var intervjuet før ansettelse ble spurt om erfaring i kvalitetssikring. Bare 18 % hadde stillingsinstruks, og bare 37 % fikk regelmessig tilbakemelding fra sykehusledelsen. De fleste registrerte feil og klager og brukte dem til kvalitetsforbedring. 58 % av avdelingsoverlegene i små avdelinger og 73 % i store avdelinger angav at klinisk produksjon gikk utover kvalitetsarbeidet.

Det er behov for økt engasjement i kvalitetssikringsarbeid, særlig fra sykehusledelsens side. Det er nødvendig å finne en bedre balanse mellom kvalitet og klinisk produktivitet.

Norske sykehus er pålagt ved lov å oppnevne kvalitetsutvalg (1) og etablere internkontroll (2). Kvalitetssikring er definert som en klar lederoppgave (3, 4).

Kvalitetskontroll av faglig utøvelse er vel forankret i den medisinske profesjon, og de fleste avdelingsoverleger tar ansvaret for den faglige kvalitet meget alvorlig. Legeforeningen har hatt et sentralt kvalitetsutvalg siden 1990, og det er utarbeidet kvalitetsstandarder for alle medisinske spesialiteter. Foreningen har også tatt initiativet til å opprette tre kvalitetssikringsfond for å støtte dette arbeidet.

Det finnes lite kunnskap om hvor engasjerte avdelingsoverlegene er i kvalitetssikringsarbeid, hva slags tilbakemelding de får fra sykehusets ledelse om faglig og administrativ kvalitet og hva slags tilbakemelding de gir sykehusledelsen og sine medarbeidere.

Vi ønsket å belyse disse forholdene gjennom en spørreskjemaundersøkelse som også omfattet avdelingsoverlegenes arbeidsoppgaver (5), utvelgelse og utdanning (6) og lønns- og arbeidsforhold (7).

Vi har tidligere rapportert at 23 % av avdelingsoverlegene angav at interesse for kvalitetssikring var viktig da de søkte stillingen, og at en firedel var blitt spurt om erfaring i kvalitetssikringsarbeid i ansettelsesintervjuene (6).

Materiale og metode

Våren 1996 ble et anonymisert spørreskjema sendt til alle leger som var registrert som avdelingsoverlege i Legeregisteret ($n = 657$). Spørreskjemaet inneholdt i alt 195 spørsmål. Denne artikkelen er basert på 11 spørsmål som hovedsakelig dreide seg om kvalitetssikring, sju om tilbakemelding fra avdelingsoverlegene til medarbeiderne og 13 om tilbakemelding til og fra sykehusets ledelse.

Svarene ble relatert til avdelingens størrelse. Avdelingene ble kategorisert som små, mellomstore eller store, avhengig av antall ansatte: 1 – 29 ansatte, 30 – 99 ansatte og 100 eller flere ansatte. Forskjeller mellom nivåene er som regel vist i prosent, med angivelse av 95 % konfidensintervall (KI). Data er registrert og bearbeidet med statistikkprogrammet FOSS.

Resultater

Svar ble mottatt fra 567 avdelingsoverleger (86 %).

51 % av avdelingsoverlegene hadde fått opplæring i kvalitetssikring etter ansettelsen, 65 % ønsket mer tid til kvalitetssikring i det daglige arbeid, mens 7 % ønsket å prioritere bruken av sine permisjoner til slik utdanning.

87 % oppgav at klager ble registrert og at slike registreringer ble brukt til systematisk kvalitetsforbedring. De største avdelingene var mest aktive både når det gjaldt registrering av feil/klager og undervisning i kvalitetssikring.

64 % følte at hensynet til klinisk aktivitet gikk utover kvaliteten, og nesten halvparten av disse hadde meldt fra om dette til sykehusets ledelse (tab 1). 20 % av dem som svarte at hensynet til klinisk aktivitet gikk utover kvaliteten, hadde

informert høyere instans utenfor sykehuset og/eller mediene. Det var flere avdelingsoverleger ved store avdelinger enn ved små avdelinger i denne gruppen (tab 2).

Bare 18 % av avdelingsoverlegene hadde stillingsinstruks. 32 % hadde skriftlig definerte resultatmål for avdelingen.

37 % fikk regelmessig tilbakemelding for økonomi/administrasjon/personalbehandling; flere ved store avdelinger (41 %, KI 32 – 50) enn ved små avdelinger (31 %, KI 24 – 38). 7 % fikk regelmessig tilbakemelding for avdelingens medisinsk-faglige kvalitet. 47 % (KI 39 – 55) av avdelingsoverlegene ved små avdelinger og 59 % (KI 50 – 67) av avdelingsoverlegene ved store avdelinger var fornøyd med tilbakemeldingene.

51 % av avdelingsoverlegene oppgav at de hadde medarbeidersamtaler med legene, 33 % med annet personale. Flere av avdelingsoverlegene ved store avdelinger (58 %, KI 49 – 67) hadde medarbeidersamtaler med legene enn avdelingsoverlegene ved små avdelinger (44 %, KI 36 – 52). Det motsatte gjaldt medarbeidersamtaler med annet personale (henholdsvis 28 %, KI 20 – 36, og 42 %, KI 35 – 50).

Regelmessig tilbakemelding om kvaliteten på det faglige arbeidet ble ifølge svarene gitt av 40 % av avdelingsoverlegene, for arbeidsinnsats av 33 % og for organisering/orden av 27 %. Tilbakemelding ble gitt i muntlig form av de aller fleste (80 %), som regel både når andre var til stede og i enerom (68 %).

Tabell 1

502 avdelingsoverlegers angivelse av kvalitetssikringsarbeid. Andel bekreftende svar i prosent med 95 % konfidensintervall (KI) i parentes. Ikke alle besvarte alle spørsmålene

	Avdelingens størrelse			
	Alle avdelinger	Liten n = 167	Mellomstor n = 213	Stor n = 123
<i>Kvalitetsmål</i>				
Feil/klager registreres	87	81 (75 – 87)	93 (90 – 97)	93 (88 – 97)
Avdelingen gir opplæring i kvalitetssikring	62	56 (48 – 63)	65 (58 – 71)	75 (68 – 83)
Avdelingsoverlegen deltar i opplæringen	61	63 (56 – 71)	61 (54 – 67)	61 (54 – 67)
Produksjon går utover kvalitet	64	58 (51 – 66)	63 (57 – 70)	73 (64 – 80)

Tabell 2

Hva hadde de 319 avdelingsoverlegene som svarte at avdelingens kliniske produksjon gikk utover kvaliteten foretatt seg? Prosent med 95 % KI i parentes

Avdelingens størrelse

	Alle avdelinger	Liten n = 97	Mellomstor n = 134	Stor n = 88
Skrevet til direktør	60	56 (46 – 66)	60 (51 – 68)	72 (62 – 81)
Skrevet til sjeflege	45	38 (28 – 48)	40 (32 – 49)	58 (48 – 68)
Skrevet til høyere fagligmyndighet	20	12 (6 – 19)	20 (13 – 27)	31 (21 – 40)
Skrevet til høyere administrativ myndighet	17	16 (8 – 23)	14 (8 – 20)	24 (15 – 33)
Sagt fra til mediene	18	14 (7 – 21)	16 (10 – 22)	25 (16 – 34)

Diskusjon

Kvalitetssikring kan beskrives som en prosess med flere trinn: målsetting, planlegging, gjennomføring, evaluering og justering. Kvalitetssikring forutsetter en positiv intern kultur og vektlegging av kvalitet (8 – 10). Avdelingsoverlegene har en nøkkelrolle både når det gjelder prosess og når det dreier seg om kultur.

Bare en firedel av avdelingsoverlegene var blitt spurt om erfaring i kvalitetssikring i ansettelsesintervjuet. Dette kan tyde på at sykehusledelsen legger liten vekt på kvalitetssikring ved ansettelsen.

Direktørens mulighet for å formidle klare målsettinger ligger hovedsakelig i utforming av stillingsinstruksjoner og klare, skriftlige oppgavebeskrivelser, fortrinnsvis prioriterte. Det er derfor overraskende at mindre enn en femdel av avdelingsoverlegene hadde stillingsinstruks, og at selv resultatmål for avdelingen kun fantes ved om lag en tredel av avdelingene. Prioritering av oppgaver var en sjeldenhet.

Ifølge loven skal alle enheter gjennomføre kvalitetssikring. De tall som fremkommer for registrering av klager, opplæring i kvalitetssikring og avdelingsoverlegens engasjement i slik undervisning, viser at flertallet følger opp intensjonene.

Langt flere store enn små avdelinger var engasjert i kvalitetssikring. Det kan være flere grunner til dette – avdelingsoverlegene ved store avdelinger bruker mer av sin arbeidstid til lederoppgaver, behovet for kvalitetssikringsarbeid er større ved store enheter fordi forholdene er mer komplekse, og kravet til store enheter om å følge forskrifter er ofte sterkere enn til de små (5).

Våre tall kan tyde på at sykehusledelsens oppfølging av kvalitetssikringsprosessen er dårlig utviklet. Det var slående at svært få av avdelingsoverlegene oppgav at de fikk regelmessig tilbakemelding om medisinsk kvalitet. Forholdet var litt bedre når det gjaldt administrative forhold. Det er derfor et klart behov for å styrke kvalitetssikringen av medisinsk ledelse (11 – 13).

Om lag halvparten av avdelingsoverlegene var fornøyd med den tilbakemeldingen de fikk. Dette kan enten bety at de ikke hadde så stort behov for regelmessige tilbakemeldinger eller at de hadde små forventninger om å få det.

Rundt halvparten av avdelingsoverlegene angav at de hadde regelmessige medarbeidersamtaler med legene. Vårt inntrykk er likevel at formelle medarbeidersamtaler er lite brukt av leger (14). Resultatene omfatter muligens samtaler om arbeidsinnsats og arbeidskvalitet, tilsvarende intensjonen for medarbeidersamtaler, snarere enn strengt formaliserte mer kontraktspregede samtaler slik de skisseres i enkelte lærebøker (15, 16).

Det var flere av avdelingsoverlegene ved store avdelinger som hadde medarbeidersamtaler med legene enn ved små. Dette kan skyldes at avdelingsoverlegene ved store avdelinger bruker mer tid på lederoppgavene, og at det er flere leger ved disse avdelingene slik at det er et større behov for formelle kontakter. Ved de store enhetene er ledelsen også i større grad delt, noe som forklarer hvorfor færre av avdelingsoverlegene ved de store avdelingene har medarbeidersamtaler med annet personale.

Det er betenkelig at nesten to tredeler av avdelingsoverlegene mente at produksjonen var så stor at det gikk utover kvaliteten. Mange av disse hadde gitt skriftlig beskjed til direktøren om dette, noen også til mediene. Situasjonen var verst i de største avdelingene.

Det er lite oppløftende å skulle dokumentere at det som gjøres ikke er godt nok, uten å få mulighet til å gjøre det bedre. Det er mulig at dette er hovedårsaken til at det ikke er større engasjement i kvalitetssikringsarbeid i sykehus og at lovverket om internkontroll ikke etterleves, til tross for aktive utspill fra staten (17, 18)

Når avdelingsoverlegene melder fra til mediene, viser det at de er mer opptatt av å oppfylle det de mener er pasientenes behov enn det som forventes av dem som arbeidsgivernes representanter. Sett fra pasientenes og samfunnets side er dette ønskelig, men det kan lett føre til konflikter med sykehusledelsen (19).

Undersøkelsen som artikkelen er basert på, er finansiert av Den norske lægeforenings Kvalitetssikringsfond II.

LITTERATUR

1. Sykehusloven § 18b – opprettelse av kvalitetsutvalg. Lov av mars
www.helsetilsynet.no/regelverk/lover/sykehusl.htm
2. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 3-Internkontroll. Lov av
30. mars 1984 nr 15. www.helsetilsynet.no/regelverk/lover/tilsyn.htm
3. Nasjonal strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten. IK-2482. Oslo:
Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn, 1995.

4. Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som leder. Statens helsetilsyns utredningsserie 2 – 98. IK-2615. Oslo: Statens helsetilsyn, 1988.
5. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3002 – 4.
6. Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – utvalgt og utdannet som leder? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3004 – 6.
7. Haffner J. Avdelingsoverlegene – ledere og leger. Spesialoppgave i helseadministrasjon. Oslo: Senter for helseadministrasjon, Universitetet i Oslo, 2000.
8. Deming WE. Out of the crisis: quality, productivity and competitive position. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
9. Evensen S. Kvalitetsvurdering i sykehus nå! Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 2333 – 4.
10. Øvretveit J, Aslaksen A. Legene og kvalitetsrevolusjonen. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2807 – 9.
11. Nilsen ST, Wadel C. Kulturen i dagens somatiske sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 3888 – 90.
12. Nilsen ST. Kvalitetssikring av medisinsk ledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1992; 112: 2972 – 4.
13. Lichtenberg SM, Nilsen ST. Kvalitetssikring av medisinsk ledelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 983 – 6.
14. Haffner J, Hoffmann M, Aaserud SF. Medarbeidersamtaler som ledelsesverktøy i kirurgiske avdelinger. Prosjektoppgave i Ledelse i sykehus. Drammen: BI, 1999.
15. Nordhaug O. Kompetanseutvikling og ledelse. Oslo: TANO Aschehoug, 1998.
16. Berg ME. Organisasjonsutvikling. Metoder og teknikker. 2. utg. Oslo: Cappelen akademiske forlag, 1995.
17. Kvalitetsutvikling i helsetjenesten. Analyse. Tiltak. Evaluering. Statens helsetilsyns veiledningsserie 3 – 94. IK-2464. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.
18. Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner – til deg som medarbeider. Statens helsetilsyns utredningsserie 3 – 98. IK-2616. Oslo: Statens helsetilsyn, 1994.
19. Jakhelln F. Legenes adgang til å uttale seg offentlig om konsekvensene av budsjettvedtak, innsparingstiltak mv for den institusjon de arbeider ved. Oslo: Den norske lægeforening, 1993.

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske lægeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 30. mars 2026.