

# Kvalitet i helsetjenesten – hva menes egentlig?

Kvalitet er et abstrakt og subjektivt begrep som stadig oftere anvendes i sammenheng med helsetjenester. Både uklarhet og et for omfattende innhold kan føre til at begrepet ikke har et substansielt innhold. I denne kronikken vil jeg beskrive hva en økonomisk forståelse av dette begrepet vil være – i motsetning til medisinske og «helsebyråkratiske» forståelser.

## Sverre Grepperud

sverre.grepperud@medisin.uio.no  
Universitetet for miljø- og biovitenskap  
Postboks 5003  
1432 Ås  
og  
Institutt for helseledelse og helseøkonomi  
Universitetet i Oslo

Stadig flere initiativ, tiltak og reformer innenfor helsesektoren, både nasjonalt og internasjonalt, knyttes til begrepet kvalitet. Begreper som kvalitetsfremmende tiltak, kvalitetsstyring, systematisk kvalitetsarbeid, kvalitetskultur, kontinuerlig kvalitetsforbedring og kvalitetsledelse anvendes i styringsdokumenter, utredninger og rapporter (1). Det er flere mulige forklaringer på denne omsegripende bruken av «kvalitet». En forklaring er at kvalitet, i sammenheng med helsetjenester, har fått økt oppmerksomhet. En annen er at kvalitetsbegrepet favner bredere enn før. En tredje er at kvalitet er redusert til et honnørord og anvendes ukritisk av alle som ønsker å gi ulike tiltak økt legitimitet.

## Kvalitet og helsetjenestekvalitet

I oppslagsverk defineres kvalitet gjerne positivt som oppfyllelse av krav, standarder eller forventninger og negativt som mangler i forhold til forventninger. I dagligtale henviser høy kvalitet til noe med visse iboende egenskaper som gjør det mer attraktivt enn relevante alternativer. Mange assosierer kvalitetsreformer i helsesektoren med reformer som forbedrer helsetjenestene. I litteraturen som eksplisitt definerer begrepet helsetjenestekvalitet ser det ut til å foreligge to hovedtilnærminger. I den ene formuleres en kort verbal presisering av begrepet, mens den andre anvender en mer indirekte tilnærming der en rekke dimensjoner lanseres, dimensjoner som i sum forteller hva tjenester av god kvalitet skal inneholde.

I 1984 beskrev American Medical Association helsetjenester av høy kvalitet som tjenester «which consistently contribute to

the improvements or maintenance of quality and/or duration of life» (2). På oppdrag fra den amerikanske kongressen definerte Institute of Medicine, et uavhengig forskningsbasert rådgivningsinstitutt, kvalitet som «the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge» (3). I et viktig arbeid på helsetjenestekvalitet sier Øvretveit: «A quality health service is one which organizes resources in the most effective way to meet the health needs of those most in need, for prevention and care, safely, without waste and within higher level requirements» (4).

Alle tre definisjonene vedrører altså helsetjenestekvalitet, selv om det er variasjoner i synet på hva helsetjenestekvalitet er. Den første definisjonen er noe uklar, og kanskje tautologisk, siden man anvender betegnelsen kvalitet i definisjonen av hva kvalitet er, men det synes som om man assosierer kvalitet kun med helseforbedringer. Den andre definisjonen er delvis sammenfallende med den første, men avviker på et viktig punkt, siden bruken av «desired» virker som en påstand om at pasientenes behov og preferanser er sentrale i kvalitetsbegrepet. Den tredje og siste definisjonen avviker fra de to andre først og fremst fordi flere forhold enn helsetjenesteforbedringer er inkludert, for eksempel ressursbrukseffektivitet og fordelingsutjevning/likhet.

Mange publikasjoner definerer helsetjenestekvalitet ved å presentere et sett av dimensjoner (5–10). En av dem er Sosial- og helsedirektoratets rapport ... *Og bedre skal det bli* (8), som sier at helsetjenester av høy kvalitet:

- er virkningsfulle
- er trygge og sikre
- involverer brukere og gir dem innflytelse
- er samordnet og preget av kontinuitet
- utnytter ressursene på en god måte
- er tilgjengelige og rettferdige fordelt

Det er stort samsvar mellom disse seks dimensjonene og de som opptrer i publikasjoner fra WHO (9), National Health Service (7) og Institute of Medicine (5). Det høye antallet dimensjoner betyr at helsetjenestekvalitet blir et begrep som omfatter mange forhold, ja, i grunnen alt man ser på som godt eller ønskelig. Virkningsfullhet (effekt), trygge og sikre tjenester, god utnyttelse av ressurser samt involvering av brukere er gjengangere. I tillegg kommer visse dimensjoner som kun opptrer hos et utvalg av dem. Vektlegging av samordning og kontinuitet er unikt for Sosial- og helsedirektoratets rapport (8).

## Fra en økonoms ståsted

I økonomiske publikasjoner drøftes kvalitet i relasjon til varer som omsettes i markeder og hvis priser bestemmes av markedskreftene. I denne litteraturen understrekes det at kvalitet ikke er hva tilbyderne investerer, men hvilket utbytte kundene har av de tilbudte varene. Det er få økonomiske artikler som eksplisitt drøfter innholdet i begrepet helsetjenestekvalitet, og de generelle kvalitetsdefinisjonene er ikke direkte overførbare til helsetjenester. Her er en definisjon av helsetjenestekvalitet som mange økonomer vil kunne akseptere:

«Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv (pasientene og deres pårørende), fra det tidspunkt behandling ønskes til den er avsluttet, gitt at brukerne har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold.»

Det følger av definisjonen at den ikke knyttes til en standard, at den har et brukertjenesteperspektiv og at den eksplisitt refererer til hele behandlingsforløpet (varighet) siden tiden forut for behandling, behandlingsprosessen og -resultatet inngår. Det følger videre at det er brukernes preferanser (pasient og pårørende) som avgjør hva kvalitet og kvalitetsgrad er. Et tiltak representerer altså en kvalitetsforbedring i den grad brukerne selv verdsetter endringen positivt. Definisjonen tar også inn over seg de informasjonsproblemer som hefter ved mange helsetjenester, altså at brukerne ikke alltid besitter den nødvendige kunnskapen for å kunne foreta informerte vurderinger. Definisjonen forutsetter at brukerne må ha tilstrekkelig kunnskap for å kunne avgjøre kvalitetsnivået.

Å verdsette en tjeneste eller en vare betyr i økonomisk forstand å være villig til å avgi noe for å få denne tjenesten eller varen. Jo mer man er villig til å oppgi av noe annet,



Illustrasjon Dave Cutler/© Images.com/Corbis/SCANPIX

desto høyere verdsetter man den aktuelle tjenesten eller varen. Siden våre preferanser varierer, betyr det at vår verdsetting av goder og tjenester også varierer. En av flere måter å måle denne på vil være å beregne hvor mye av ens egne finansielle ressurser man maksimalt er villig til å betale for noe (betalingsvillighet).

I prinsippet kunne man tenke seg at graden av kvalitetsforbedringer ble beregnet ved å måle brukernes betalingsvillighet samtidig som de, når det var nødvendig, ble informert om alle forhold de manglet tilstrekkelig kunnskap om. Dette betyr ikke at man faktisk skal betale det man rapporterer, men at man rapporterer hva man maksimalt ville ha vært villig til å betale. I praksis er dette problematisk både av strategiske og kognitive årsaker. Brukerne vil f.eks. kunne overrapportere eller underrapportere betalingsvilligheten hvis de tror at det de oppgir vil påvirke gjennomføringen av kvalitets tiltak (strategisk rapportering). I tillegg er det relativt komplisert å rapportere sin «sanne» betalingsvillighet selv om man ønsket det, fordi det forblir en hypotetisk øvelse og fordi den kunnskapen man i noen tilfeller trenger for å avgjøre kvaliteten krever høy kognitiv kapasitet.

#### Ulike kvalitetskategorier

Det er nyttig å dekomponere helsetjenestekvalitet i ulike hovedkategorier. Jeg vil her foreslå fire kategorier:

- Medisinsk kvalitet
- Omsorgskvalitet
- Fasilitetskvalitet
- Varighet

Medisinsk kvalitet vedrører alle forbedringer i helse som følger av eller forventes å følge av behandling, samtidig som man tar hensyn til naturlige risikoer, muligheten for avvik og eventuelle bivirkninger. En rekke faktorer har betydning for den medisinske kvaliteten, bl.a. helsepersonellens utdanning og erfaring, fagmiljø, organisering og adgang til medisinsk utstyr. Dette betyr at både kvaliteten på humankapitalen (arbeidskraft), kvaliteten på realkapitalen (bygninger og utstyr) og hvordan disse to innsatsfaktorene er organisert, har betydning.

Omsorgskvalitet omfatter forhold knyttet til helsepersonells opptreden (bedside manners), som ikke nødvendigvis trenger å ha en direkte konsekvens for den medisinske kvaliteten. Eksempler er at man møtes med respekt, får svar på spørsmål, informeres om relevante forhold samt at personalet opptrer omsorgsfullt. Omsorgskvalitet er altså først og fremst et resultat av hvordan omsorgsyttere opptrer. Fasilitetskvalitet reflekterer i hovedsak forhold ved den infrastrukturen som behandlerne disponerer, men som ikke nødvendigvis har noen direkte konsekvenser for den medisinske kvaliteten. Eksempler her er om det er

adgang til enerom eller ei, romstandard, utsmykninger, rekreasjonsmuligheter, adgang til fjernsyn og PC, standarden på kjøkkentjenester og mulighetene for å ta imot pårørende. Innsatsfaktorene i produksjonen av fasilitetskvalitet vil altså i hovedsak være realkapital (bygninger og utstyr) og konsumgoder (PC og fjernsyn). Denne type kvalitet må også ses i sammenheng med etterspørselen etter helsetjenester. F.eks. vil det at det finnes enerom ikke bidra til en positiv brukeropplevelse hvis man ender opp som korridorpatient. Behandlingens varighet er noe som verdsettes av brukerne – i den forstand at for uendret medisinsk kvalitet ønsker man at den tid det tar fra behovet for helsetjenester melder seg til behandling er avsluttet, skal være så kort som mulig. For brukerne vil lang ventetid (ventelister) og en behandling som strekker seg over «unødvendig» lang tid være faktorer som reduserer kvaliteten på helsetjenestene.

Et relevant spørsmål er hvorvidt brukerne besitter tilstrekkelig kunnskap til å vurdere de ulike kvalitetskomponentene – altså i hvilken grad de kan observere dem. Medisinsk kvalitet kan være uobserverbar for brukerne i to henseender. For det første vil brukerne ofte ikke kunne vurdere kvaliteten på behandlere når de har behov for deres tjenester. For det andre vil brukerne heller ikke kunne vurdere kvaliteten på den medisinske behandlingen selv etter at

behandling er mottatt. Varer og tjenester med såpass betydelige informasjonsproblemer betegnes i den økonomiske faglitteraturen som «informasjonssvake goder».

Omsorgskvalitet observeres av brukerne i det øyeblikk de mottar tjenestene. Dette er altså en kvalitetstype som man får informasjon om i møte med helsearbeidere. Det er også mulig å tilegne seg omtrentlig kunnskap om slike forhold før en behandling starter ved å benytte seg av andres erfaringer med de samme behandlerne. Den type varer og tjenester betegnes i faglitteraturen som «erfaringsgoder». Fasilitetskvalitet er nok lettere observerbar for brukerne enn omsorgskvalitet, fordi man kan skaffe seg informasjon om standarden ved å henvende seg direkte til den enkelte behandler. Varer og tjenester med slike egenskaper betegnes som «søkegoder». Når det gjelder varighet, er visse aspekter lett observerbare (som ventetid), mens andre er det i liten grad (adekvat behandlingstid).

Ønske om helseforbedringer er den primære årsaken til at man etterspør helsetjenester. Dermed er det slik at den mest verdsette kvalitetskategorien også er den minst observerbare. Den antatte betydningen av medisinsk kvalitet betyr derimot ikke at andre kvalitetsaspekter ved helsetjenestene – som omsorgskvalitet, fasilitetskvalitet og varighet – ikke er viktig for brukerne.

### Oppsummering og konklusjon

Gjennomgåelsen av noen definisjoner i litteraturen illustrerer at meningsinnholdet bak begrepet kvalitet kan variere og at mange publikasjoner er relativt brede i sin definisjon. Dette har sammenheng med at man over tid har inkludert det som til enhver tid har vært hovedfokus i helsetjenestene. I f.eks. 1960- og 70-årene ble kvalitet brukt om tiltak iverksatt for å bedre adgangen til og

fordeling av helsetjenester («access» og «equity»), mens man i 1980-årene ble oppatt av at begrepet også inkluderte tiltak for å bedre økonomistyringen og å holde tjenesteteknadene nede (ressursforvaltning).

Helsetjenestekvalitet sett fra økonomers ståsted dreier seg om hva som verdsettes av brukerne gjennom preferanser. En slik posisjon betyr at kvalitet er noe mer enn den medisinske kvaliteten, samtidig som oppfattelsen av hva som er kvalitet vil måtte variere mellom brukerne. Økonomifagets brukerperspektiv gir ytterligere føringer. For det første vil ulike helsepolitiske virkemidler, hvis intensjon er å bedre kvaliteten, ikke inngå som en del av kvalitetsbegrepet. Eksempler på dette kan være prosessstyring, kvalitetsledelse og tiltak som sikrer samordning og kontinuitet. For det andre er det ikke naturlig at fordelingspolitiske mål, som lik adgang og forbruk av helsetjenester, inkluderes i kvalitetsbegrepet, da slike hensyn overskrider den enkelte brukers perspektiv i forhold til eget helsetjenestekonsum. Dette betyr imidlertid ikke at slike hensyn ikke er viktige. For det tredje ekskluderes forhold som vedrører økonomisk styring, effektiv forvaltning av ressurser og produksjonskostnader. Dette skyldes at økonomer foretrekker å skille mellom etterspørselssiden (verdsetting av tjenester) og tilbudssiden (kostnadene ved å frembringe de samme tjenestene).

Høy kvalitet på helsetjenester ses av mange på som et ubetinget gode og noe som vi bør bestrebe oss på å oppnå. Dette synet overser midlertidig ofte at kvalitet koster og at overinvesteringer i kvalitet er mulig. Den beste teknologien, de beste fasilitetsstandarder og ekstremt omsorgsorienterte helsearbeidere gir ikke nødvendigvis gode samfunnsmessige løsninger når ressursene er knappe. Det sentrale er om brukerne i stor

nok grad verdsetter eventuelle kvalitetsforbedringer i forhold til hva det koster samfunnet å frembringe dem.

*Jeg takker Ole Berg for nyttige kommentarer.*

*Oppgitte interessekonflikter: Ingen*

### Litteratur

1. Schreiner A, red. Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis. Oslo: Den norske lægeforening, 2004. [www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256\\_1.pdf](http://www.legeforeningen.no/asset/23256/1/23256_1.pdf) [17.1.2009].
2. American Medical Association, Council of Medical service. Quality of care. JAMA 1986; 256: 1032–4.
3. Lohr KN. Medicare: a strategy for quality assurance. Washington, DC: National Academy Press, 1990.
4. Øvretveit J. Health service quality. An introduction to quality methods for health services. Oxford: Blackwell Science, 1992.
5. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21<sup>st</sup> century. Washington, DC: Committee on Quality of Health Care in America, National Academy Press, 2001.
6. Maxwell RJ. Quality assessment in health. BMJ 1984; 288: 1470–2. [www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1441041&blobtype=pdf](http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1441041&blobtype=pdf) [17.1.2009].
7. National Health Service (NHS). A first class service: Quality in the new NHS. London: Department of health, 1998. [www.dh.gov.uk/en/PublicationsandGuidance/DH\\_4006902](http://www.dh.gov.uk/en/PublicationsandGuidance/Publications/PolicyAndGuidance/DH_4006902) [17.1.2009].
8. ...Og bedre skal det bli. Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005. [www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162\\_4390a.pdf](http://www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00004/IS-1162_4390a.pdf) [17.1.2009].
9. Bengoa R. Quality of care, a process for making strategic choices in health systems. Genève: World Health Organization, 2006. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563249\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241563249_eng.pdf) [17.1.2009].
10. Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach. København: World Health Organization, 2008. [www.euro.who.int/Document/E91317.pdf](http://www.euro.who.int/Document/E91317.pdf) [17.1.2009].

*Manuskriptet ble mottatt 14.10.2008 og godkjent 26.2.2009. Medisinsk redaktør Åslaug Helland.*