

Kvalitet – hvordan vite hva som er gode helsetjenester?

Michael 2024; 21: 52–62
doi:10.5617/michael.10951

Et velfungerende helsesystem skal legge til rette for gode pasient- og brukererfaringer, fremme befolkningens helse, bærekraftig og god bruk av ressursene og å ivareta personell og kompetanse. I en norsk sammenheng er likhet, likeverdighet og rettferdighet viktige verdier som skal prege tjenestene. Indikatorer for strukturer, prosesser og resultater er en kilde til informasjon om i hvilken grad slike overordnede mål faktisk nås. Den norske kvalitetsstrategien dekker mange overordnede mål, men har ikke tatt opp i seg bærekraft eller ivaretagelse av personell og kompetanse. Strategien er snart 20 år gammel, og det kan være på tide med en revisjon.

Verdens helseorganisasjon har definert et helsesystem som summen av organisasjoner, mennesker og handlinger med hovedformål å fremme, gjenopprette eller vedlikeholde helse (1). Helsesystemer har seks ulike komponenter:

- organisasjoner som leverer tjenester
- helsepersonell
- systemer for lagring og deling av informasjon
- tilgang til medisinske produkter og teknologi
- finansieringsordninger
- ledelse og styring

Hvordan kan vi vite om systemet fungerer godt? Hvordan kan vi måle kvaliteten ved ulike sider ved systemet? For å kunne besvare slike spørsmål trenger vi å vite hva som er systemets mål og hvilke krav og standarder som gjelder.

Fire overordnede mål for helsesystemer

Å fremme helse er et opplagt mål for et helsesystem, men kan det tenkes andre viktige mål?

Donald Berwick og medarbeidere publiserte i 2008 en artikkel om tre overordnede mål ved forbedring av helsesystemer: «... improving the individual experience of care; improving the health of populations; and reducing the per capita costs of care for populations» (2). Artikkelen gjorde rede for tanken bak «Triple Aim»-kampanjen som ble lansert av Institute of Healthcare Improvement (IHI) året før, i oktober 2007. Rammeverket ble formulert i USA hvor kostnadene til helsetjenester var høye, og man valgte formuleringen «reducing the per capita costs of care for populations». Hvis vi formulerer dette mer generelt, kan vi si at i tillegg til å legge til rette for gode pasient- og brukererfaringer og fremme befolkningens helse, bør et velfungerende helsesystem gjøre god bruk ressursene.

Overordnede mål kan hjelpe oss til å heve blikket og å spørre hva hensikten er med det vi gjør. Det kan være viktig å gjennomføre en prosedyre (som en diagnostisk test eller en operasjon) for å fremme helse, men det kan ikke være et mål i seg selv å gjennomføre flest mulig prosedyrer. Det kan også tenkes at et for høyt forbruk (overforbruk) av prosedyrer i en gitt befolkning kan ha en negativ effekt på befolkningens helse. Tilsvarende er tilgang til effektive legemidler et viktig mål, men er underordnet en høyere målsetting om å fremme befolkningens helse.

Spørsmål om kostnader og ressursbruk handler dypest sett om bruk av «innsatsfaktorer» som personell, materiell, areal og andre midler som er nødvendige for å yte gode helsetjenester. Her kan vi ha et snevert perspektiv: Hvordan bruke ressurser mest mulig effektivt for å gjennomføre et gitt tiltak eller levere en tjeneste? I lys av det overordnede målet om å fremme helse kan vi spørre: Hvordan bruke ressursene slik at vi får mest mulig helse igjen for innsatsen? Alle ressurser har en alternativ bruk (alternativkostnad); velger man å bruke ressurser på én ting, er det noe annet man ikke bruker de samme ressursene på. God bruk av ressursene handler både om å optimalisere det man gjør, men også om å beslutte at noe ikke skal gjøres, slik at ressursene brukes der de bidrar til å skape mest mulig helse.

I 2014 stilte Bodenheimer & Sinsky spørsmål ved «Triple Aim» (3): Er rammeverket tilstrekkelig omfattende? Hva med alle de menneskene som har valgt å arbeide i helsesystemet? I utgangspunktet vil man kunne si at medarbeiderne er å oppfatte som en «innsatsfaktor», altså en forutsetning for å kunne nå andre mål. Men vil systemet over tid kunne levere på de tre andre målene uten et eget mål om også å ivareta personellet? Bodenheimer & Sinskys svar var nei. De mente at ivaretagelse av personell, «improving

the work life of those who deliver care», burde inngå som et eget fjerde overordnet mål (3). Institute of Healthcare Improvement (IHI) har på sin side holdt fast ved «Triple Aim»-rammeverket og har argumentert med at dette primært er knyttet til pasientbehandling. IHI understreker samtidig betydningen av å ivareta personell gjennom å fremme «joy in work» (4). Kanskje har koronapandemien synliggjort betydningen av å ivareta personell og utvikle kompetanse? I en norsk sammenheng inngår både forskning og utdanning blant spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver, og det virker rimelig å inkludere *å ivareta personell og kompetanse* som et fjerde overordnet mål.

Bærekraft og andre mål

Mål om en bærekraftig utvikling og klimanøytralitet er førende for alle sektorer i samfunnet, og helsesystemet må også innrette virksomheten på en bærekraftig måte (5, 6). Globalt er det en betydelig oppmerksomhet ikke bare om helseeffekter av klimaendringer, men også om bærekraften i måten helsetjenester leveres på. International Hospital Federations, som er en global organisasjon for sykehus og integrerte helsesystemer, etablerte i 2022 et eget program for å støtte en bærekraftig og klimanøytral utvikling i helsetjenesten (7).

Innen samfunnsøkonomi brukes begrepet eksternalitet (ekstern virkning) om en gevinst eller kostnad ved produksjon eller forbruk som den enkelte aktør ikke blir godskrevet eller belastet økonomisk for i markedet, og som aktørene derfor ikke tar hensyn til (8). Klimautslipp vil kunne være en slik eksternalitet hvis utslippene ikke beskattes eller avgifter ikke fullt ut kompenserer for de negative konsekvensene av utslippene. Rekruttering av helsepersonell fra land med kritisk mangel på helsepersonell vil kunne ha slike eksterne virkninger når negative effekter av rekrutteringen for landet som taper personell og kompetanse, ikke inngår i regnestykket.

Helsepersonellkommisjonen har pekt på at måten vi har innrettet helse-tjenesten på ikke er bærekraftig på sikt, ettersom en svært stor andel av den yrkesaktive delen av befolkningen vil måtte rekrutteres til helsetjenesten dersom dagens bemanning skal beholdes (9). Kommisjonens konklusjon bygger på et samfunnsøkonomisk perspektiv hvor man vurderer at kostnadene for samfunnet vil bli høye, og ikke være bærekraftig. For hver ekstra person som utdannes til lege, sykepleier eller en annen gruppe helsepersonell, blir det én person mindre til andre samfunnsoppgaver. Effektivisering, automatisering og digitalisering av andre sektorer kan gjøre det mulig å øke andelen helsepersonell, men det vil gå en grense for hvor stor andel av befolkningen sektoren kan gjøre krav på. Hvor stor kan og bør veksten

i personell være? Spørsmål om helsesystemets håndtering av klimaeffekter og bærekraft trenger ikke å være egne overordnede mål, men kan inngå som del av et overordnet mål om *god og bærekraftig bruk av ressursene*.

Likhet og likeverd er grunnleggende i norsk helsetjeneste. I stortingsmeldingen *Verdier i pasientens helsetjeneste* er dette formulert slik: «En rettferdig fordeling innebærer i tillegg at samfunnet er villig til å prioritere høyere de som har størst behov for helsetjenester [...] borgerne skal motta likeverdige tjenester etter behov, uavhengig av økonomi, sosial status, alder, kjønn, tidligere helse mv.» (10). Nundy og medarbeidere har nylig tatt til orde for at likhet og likeverdighet bør være et eget femte mål, altså et rammeverk med «Quintuple Aim» (11).

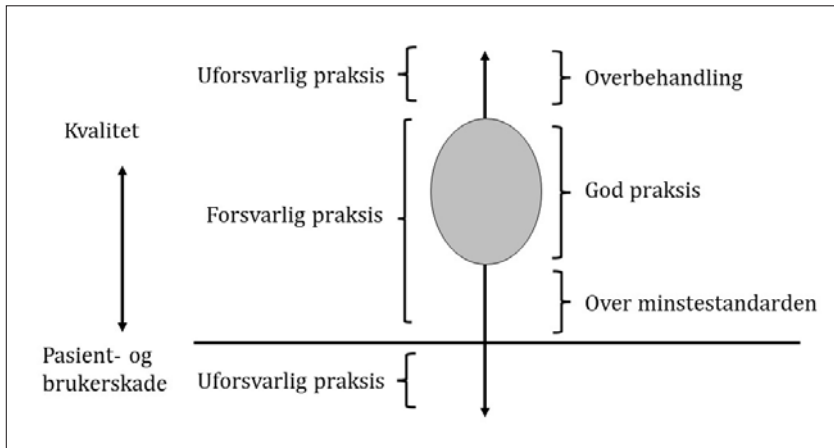
Kvalitet og pasient- og brukersikkerhet

Kvalitet kan defineres som «i hvilken grad en samling av iboende egenskaper oppfyller krav» (12). Kvalitet betegner egenskaper eller karakteristika ved noe og vil måtte vurderes med bakgrunn i hvilke mål og standarder man har for en virksomhet. Målgrupper for informasjon om kvalitet kan være myndigheter eller organisasjoner, helsepersonell, og befolkningen og pasienter (13). Innen helsetjenesten er kvalitetsbegrepet tradisjonelt knyttet til selve tjenestetilbudet og helseutfall, men etter hvert har også pasienter og brukeres erfaringer fått en viktig plass. Vi kan også interessere oss for kvaliteten på utdanningsvirksomheten og helsepersonells kompetanse, og det er også mulig å utvikle kvalitetsmål for en virksomhets logistikk- og forsyningssystemer, økonomistyring eller arbeid med bærekraft.

Den norske nasjonale strategien for kvalitetsforbedring i helsetjenesten fastslår at tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (12). Dette er i tråd med de overordnede målene vi har formulert for helsetjenesten, med poengtering av verdiene om likhet og likeverdighet som føring for norsk helsetjeneste. Ivaretagelse av helsepersonell eller kompetanse inngår ikke som egne målområder.

Kvalitet måles gjerne ved bruk av indikatorer. En *kvalitetsindikator* er et indirekte mål som sier noe om kvaliteten på området som måles. Det er vanlig å dele disse inn i indikatorer som måler *strukturer* (utstyr, vaktssystemer, kompetanse mv.), *prosesser* (aktiviteter, prosedyrer og behandlingstiltak i et forløp) og *resultater* (utfall for pasienten eller tilfredshet med tjenestene) (14).

Pasient- og brukersikkerhet handler om å unngå skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser (15, 16). Med



Figur 1. Oversikt over begreper om kvalitet og forsvarlighet.

skade menes en tilstand eller situasjon som har oppstått som et resultat av behandling/tjenester, som krever ytterligere overvåking, behandling eller sykehusinnleggelse, eller som har dødelig utgang. Arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet er to sider av samme sak og innebærer å levere forsvarlige helse- og omsorgstjenester, men også tjenester av høy kvalitet (figur 1).

Hvordan vet vi hva som er godt nok?

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten stiller krav om at alle virksomheter har etablert et styringssystem for kvalitet og pasient- og brukersikkerhet (17). Et slik system gjør det mulig å identifisere områder med lav kvalitet eller økt risiko for uønskede hendelser, planlegge tiltak, gjennomføre disse, evaluere og gjøre nødvendige korreksjoner. Hvilke kilder har vi som gi grunnlag for å vurdere kvaliteten i systemet?

Virksomhetsdata gir viktig informasjon om ulike indikatorer som måler sentrale sider ved virksomheten. God praksis er å ha løpende oversikt over status og identifisere risikoområder hvor det bør iverksettes tiltak. Et godt styringssystem for virksomheten definerer ansvaret for arbeid med kvalitet og pasient- og brukersikkerhet, hvor rutiner for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere praksis er tydelig formulert. Avviksmeldinger og klagesaker kan gi viktig informasjon om områder med sviktende kvalitet og hvor tiltak bør vurderes. Statistikk og rapporter fra Norsk pasientskadeerstatning er en kilde til læring. Data om ressursbruk i relasjon til tjenestene som leveres, kan brukes til analyser av produktivitet. Data fra medarbeiderundersøkelser (som den nasjonale medarbeiderundersøkelsen i spesialisthelsetje-

nesten, «ForBedring») gir informasjon om medarbeideres erfaringer og kvaliteten på arbeidsmiljøet. Formålet med denne undersøkelsen er at resultatene skal brukes som utgangspunkt for forbedringsarbeid, hvor arbeidsmiljø og pasient- og brukersikkerhet ses i sammenheng (18).

Intern revisjon eller ekstern revisjon og tilsyn kan gi viktig informasjon om kvaliteten innen bestemte områder. Virksomheter kan drive revisjon i egen regi, men eksterne aktører som Statsforvalteren, Helsetilsynet, Statens undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten og Riksrevisjonen er aktører som på ulike måter driver revisjon og tilsyn med helse- og omsorgstjenestene (19). Forskningslitteraturen innen feltet viser at revisjoner og tilsyn kan gi økt oppmerksomhet om utfordringer, utløse engasjement blant medarbeidere og ledere og bidra til økt motivasjon for å gjennomføre endringer (20). En studie av et planlagt statlig tilsyn av sykehusenes håndtering av sepsis viste at dette bidro til å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen (21).

Virksomheter som leverer helse- og omsorgstjenester, vil ofte sette egne standarder og etablere egne kvalitetsmål, men i et velfungerende helsesystem vil noen ha en regulatorisk rolle gjennom å etablere standarder og stille krav til kvalitet. Helsedirektoratet forvalter det nasjonale kvalitetssystemet og beslutter hvilke nasjonale indikatorer som skal benyttes i helse- og omsorgstjenesten. Folkehelseinstituttet er leverandør av statistikk for dødelighetsdata, herunder 30-dagers dødelighet for ulike tilstander. Regjeringen fastsetter årlige krav i oppdragsdokumentene til de regionale helseforetakene og i tildelingsbrev til kommunene. I 2024 er det for eksempel stilt krav om at antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderer pasienter i 2023, skal økes med minst 15 % sammenliknet med 2022. Det er også stilt krav om at gjennomsnittlig ventetid ikke skal øke, sammenliknet med 2022. Målsettingen på sikt er gjennomsnittlig ventetid lavere enn 50 dager for somatikken, 40 dager for psykisk helsevern voksne, 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og 30 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

I Norge er det rundt 200 nasjonale kvalitetsindikatorer som med ulike intervaller gir informasjon om måloppnåelse for strukturer, prosesser og resultater. Det kan være nødvendig å ha indikatorer som benyttes i internasjonale sammenlikninger, men det er ikke et mål å ha flest mulig indikatorer. Det er viktigere å ha de *riktige* indikatorene, de som måler områder hvor det foreligger uønsket variasjon eller behov for å bedre kvaliteten. I og med at helsetjenesten er i endring og områder forbedres, er det viktig at et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem er dynamisk, med rutiner for både innfasing og utfasing av indikatorer avhengig av hvordan tjenesten utvikler seg.

Innen behandling av hjerneslag har det vært en utvikling fra å måle andel som får trombolyse til å fokusere mer på andelen som får slik behandling innen 40 minutter.

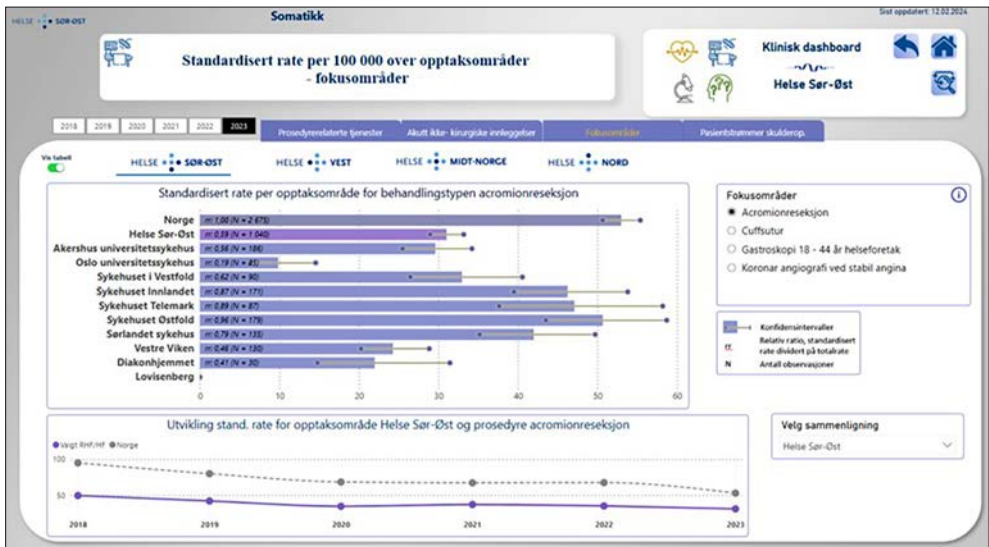
En god kvalitetsindikator oppfyller en del grunnleggende krav (22). Den må være:

- Relevant (måler den noe som er viktig for kvaliteten innen området man ønsker å forbedre?)
- gyldig (er det dokumentert sammenheng mellom indikatoren og kvalitet?)
- målbar (er det mulig å måle den?)
- tilgjengelig (er data mulig å innhente?)
- pålitelig og mulig å tolke (måles den likt av alle, og kan man stole på den?)
- mulig å påvirke og sensitiv for endring (er den egnet til å måle effekten av et kvalitetsforbedringstiltak?)

Det er nyttig for virksomheter å få informasjon om variasjon i forbruk av prosedyrer og tjenester slik at man kan sammenlikne egen praksis og gjøre justeringer i denne. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) i Helse Nord RHF arbeider med å kartlegge og synliggjøre geografiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten. Senteret produserer helseatlas som viser geografisk variasjon i klinisk praksis, og er et nasjonalt servicemiljø for nasjonale medisinske kvalitetsregistre (23). Norge har, gjennom nasjonale registerløsninger, en unik mulighet til å gjøre enda mer bruk av medisinske kvalitetsregistre både til arbeid med kvalitetsforbedring og forskning.

Helse Sør-Øst RHF har nylig utviklet et «klinisk dashboard» for å gjøre informasjon om variasjon og kvalitet lettere tilgjengelig (24). Figur 2 viser hvordan et nettbasert verktøy (klinisk dashboard) gir informasjon om hvordan forbruksrater varierer på tvers av opptaksområdene i regionen for en kirurgisk prosedyre (acromionreseksjon) som flere kliniske studier av høy kvalitet viser har lite eller ingen nytte (25). Figuren viser betydelig variasjon internt i regionen, men også at Helse Sør-Øst samlet sett ligger vesentlig lavere enn landsgjennomsnittet. Tverrsnittsdata gir én type informasjon, men det er også nyttig å se hvordan utviklingen har vært over tid. Sammenlikningen vil kunne stimulere virksomheter til refleksjon over egen praksis, og motivere til endring av praksis.

Internasjonale sammenlikninger er en viktig kilde til informasjon om hvordan helsesystemet i Norge fungerer. Den viktigste kilden er OECD som hvert annet år publiserer rapporten *Health at a glance*, sist i 2023 (26). Norge skårer gjennomgående godt sammenliknet med andre OECD-land,



Figur 2. Helse Sør-Øst RHF har laget et klinisk dashboard som sammenstiller informasjon om forbruksrater og andre indikatorer. Kilde: Helse Sør-Øst RHF.

men sammenlikningene avdekker også enkelte områder hvor det norske helsesystemet skårer lavere enn gjennomsnittet (27). Forventet levealder er om lag tre år over gjennomsnittet i OECD og dødeligheten for ulike sykdommer det er mulig å forebygge og behandle er lavere enn gjennomsnittet. Det er en noe større andel i Norge enn andre land som vurderer sin egen helse som dårlig (27). Norge har høyere ventetider for elektive ortopediske inngrep enn andre land og en høyere andel reinnleggelser ved kronisk obstruktiv lungesykdom (27). OECD publiserer, i samarbeid med European Observatory on Health Systems and Policies, profiler for helsesystemene i europeiske land. Der gis det en status for befolkningens helsetilstand og risikofaktorer samt en analyse av systemets effektivitet, tilgjengelighet og tilpassingsdyktighet og motstandsdyktighet (resiliens) (28). Det norske helsesystemet skårer gjennomgående høyt på internasjonale rangeringer. The Commonwealth Fund rangerte Norge øverst i en sammenlikning med 11 andre land i 2021 (29). I en rangering ved bruk av en helseindeks rangeres Norge øverst i Europa (30). Ulike rangeringer vektlegger ulike forhold, og selv om det norske helsesystemet gjennomgående rangeres høyt, er det viktig å bruke slike sammenlikninger til læring og å identifisere områder for forbedringer.

Dilemmaer

Helsesystemer er komplekse systemer med ulike overordnede mål hvor det kan oppstår konflikter mellom mål, såkalte målkonflikter. Systemet har et mål om å fremme helse, men ikke for enhver pris, fordi man samtidig må sørge for å bruke ressursene på en god, bærekraftig (og rettferdig) måte.

Ikke bare mål, men også kvalitetsindikatorer kan komme i et spenningsforhold til hverandre. Vi kan ha et mål om at flest mulig pasienter med hoftebrudd skal opereres innen 24 timer, men samtidig ha et mål om lavest mulig postoperative infeksjoner og høyest mulig overlevelse. Det er ønskelig at så mange som mulig opereres raskt, men det er ikke gitt at en optimalisering av tid til operasjon nødvendigvis er assosiert med gode resultater for andre kvalitetsindikatorer, hvis dette innebærer å operere pasienten midt på natten.

Det kan oppstå en konflikt mellom bemanningen man ideelt sett ønsker og ressursene som er tilgjengelig. Det er ønskelig at pasienters erfaringer er så gode som mulig, men hvis man tar sikte på at alle pasienter og brukere skal være 100 % fornøyd, er det en risiko for at det iverksettes unødvendig overbehandling som gir en negativ effekt på helsen. Noen ganger kan pasienter gjøre krav på diagnostikk eller behandling som er unyttig eller kanskje skadelig. I slike situasjoner må helsepersonell ta den vanskelige samtalen og si nei selv om dette kan resultere i en skuffet pasient som i neste omgang gir lav skår på tilfredsheten med tjenesten.

Disse eksemplene illustrerer hvordan målkonflikter og spenninger oppstår i systemer med ulike mål. Et velfungerende helsesystem legger opp til en åpen diskusjon om slike konflikter og spenninger. Når man skal vurdere kvaliteten i systemet, er det derfor nødvendig å ha et flerdimensjonalt perspektiv på kvalitet, hvor ulike mål og indikatorer ses opp mot hverandre og i sammenheng. Den norske kvalitetsstrategien dekker mange overordnede mål, men har ikke tatt opp i seg bærekraft eller ivaretagelse av personell og kompetanse. Strategien er snart 20 år gammel, og det kan være på tide med en revisjon.

Det å bevare arbeidsplasser, opprettholde eller fremme lokal og regional utvikling eller fremme næringsutvikling er legitime politiske mål. I prosesser rundt lokalisering av sykehus eller drift av bestemte funksjoner, kan slike ytre effekter (eksternaliteter), eller forventingen om slike, stå i et motsetningsforhold til overordnede mål internt i helsetjenesten, som effektiv drift eller en organisering av tjenestene som legger til rette for god pasientbehandling. Helsetjenesten er politisk styrt på et overordnet nivå. Diskusjoner om de vanskelige «flokene» kan bli bedre hvis de ulike aktørene er ærlige og tydelige på hvilke hensyn som tillegges vekt slik at skillet mellom politiske og faglige vurderinger ikke blir utydelig (31).

Litteratur

1. World Health Organization (WHO). *Everybody's business – strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*. Genève: WHO, 2007. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43918/9789241596077_eng.pdf. (11.2.2024).
2. Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health and cost. *Health Aff* 2008; 27: 759–769. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.27.3.759>
3. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med* 2014; 12: 573–576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
4. The Triple Aim or the Quadruple Aim? Four points to help set your strategy. <https://www.ihl.org/insights/triple-aim-or-quadruple-aim-four-points-help-set-your-strategy> (11.2.2024),
5. FNs bærekraftsmål. <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal> (lest 11.2.2024).
6. Strandrud J, Melsether S, Brasfield D. På vei mot et klimavennlig helsevesen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2023; doi: 10.4045/tidsskr.23.0381.
7. Geneva Sustainability Centre: <https://ihf-fih.org/what-we-do/geneva-sustainability-centre/> (11.2.2024).
8. Eksternaliteter. <https://no.wikipedia.org/wiki/Eksternaliteter> (lest 11.2.2024).
9. NOU 2023: 4. *Tid for handling - personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/337fef958f2148bebd326f0749a1213d/no/pdfs/nou202320230004000dddpdfs.pdf> (11.2.2024)
10. Meld. St. 34 (2015–2016). *Verdier i pasientens helsetjeneste*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/439a420e01914a18b21f351143ccc6af/no/pdfs/stm201520160034000dddpdfs.pdf> (11.2.2024).
11. Nundy S, Cooper LA, Mate KS. The quintuple aim for health care improvement: A new imperative to advance health equity. *JAMA* 2022; 327: 521–522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
12. ... og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005-2015)*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2005.
13. Nylenna M, Bjertnaes ØA, Saunes IS et al. What is good quality of health care? *Professions and Professionalism* 2015; 5. <https://doi.org/10.7577/pp.909>
14. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA* 1988; 260: 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
15. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000; 320: 768. <https://www.bmj.com/content/320/7237/768.full>
16. Mohr J, Batalden P, Barach P. Integrating patient safety into the clinical microsystem. *Qual Saf Health Care* 2004; 13 (suppl 2): ii34–38. <https://doi.org/10.1136%2Fqshc.2003.009571>
17. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250> (11.2.2024).
18. Brubakk K, Svendsen MV, Deilkås ET et al. Hospital work environments affect the patient safety climate: A longitudinal follow-up using a logistic regression analysis model. *PLoS One* 2021; 16: e0258471. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258471>.

19. Wiig S, Macrae CJ, Frich JC et al. Naming the “baby” or the “beast”? The importance of concepts and labels in healthcare safety investigation. *Front Public Health* 2023; 11: 1–4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1087268>
20. Hovlid E, Braut GS, Hannisdal E et al. Mediators of change in healthcare organisations subject to external assessment: a systematic review with narrative synthesis. *BMJ Open* 2020; 10:e038850. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038850>
21. Husabø G, Nilsen RM, Solligård E et al. Effects of external inspections on sepsis detection and treatment: a stepped-wedge study with cluster-level randomisation. *BMJ Open* 2020;10: e037715. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-037715>
22. Frich J. Kvalitetsindikatorer. <https://www.med.uio.no/studier/ressurser/fagsider/klok/info-fagplanutvalg/kvalitetsindikatorer.html> (11.2.2024).
23. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt> (11.2.2024).
24. Tjomsland O, Thoresen C, Ingebrigtsen T et al. Reducing unwarranted variation: can a ‘clinical dashboard’ be helpful for hospital executive boards and top-level leaders? *BMJ Lead*, publisert online 23. november 2023. <https://doi.org/10.1136/leader-2023-000749>.
25. Vandvik PO, Lähdeoja T, Ardern C et al. Subacromial decompression surgery for adults with shoulder pain: a clinical practice guideline. *BMJ* 2019; 364: l294. <https://doi.org/10.1136/bmj.l294>
26. *Health at a Glance 2023*. <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/> (11.2.2024).
27. OECD Health at a Glance 2023 Country Note: Norway. <https://www.oecd.org/norway/health-at-a-glance-Norway-EN.pdf> (11.2.2024).
28. Norway: Country Health Profile 2023. <https://doi.org/10.1787/256fd7cf-en> (11.2.2024).
29. Mirror, mirror 2021: reflecting poorly health care in the U.S. compared to other high-income countries. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2021/aug/mirror-mirror-2021-reflecting-poorly> (11.2.2024).
30. Health and health systems ranking of European countries in 2023, by health index score. <https://www.statista.com/statistics/1376355/health-index-of-countries-in-europe/> (11.2.2024)
31. Frich JC. En folkefiende – Ibsen som samfunnsmedisinsk læremester. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 4718–21. N https://www.researchgate.net/profile/Jan-Frich/publication/334032067_En_folkefiende_-_Ibsen_som_samfunnsmedisinsk_laeremester/links/5d13637e299bf1547c7f98f4/En-folkefiende-Ibsen-som-samfunnsmedisinsk-laeremester.pdf (11.2.2024).

Jan Frich

jan.frich@medisin.uio.no

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi

Universitetet i Oslo

Postboks 1089 Blindern

0317 Oslo

Jan Frich er professor i helseledelse ved Universitetet i Oslo, administrerende direktør ved Diakonhjemmet sykehus og redaktør av Michael.