

Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet, Del A

Forslag til en national model

**Udarbejdet af en projektgruppe under det Nationale Råd
for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet**

**Sundhedsstyrelsen
November 2001**

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER.....	3
1.1 Forslag til model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet	4
1.2 Forslag til organisering.....	6
1.3 Projektgruppens samlede anbefalinger.....	9
2. KOMMISSORIUM, SAMMENSÆTNING OG FORLØB.....	10
2.1 Kommissorium	10
2.2 Sammensætning	11
2.3 Forløb.....	11
3. HVORFOR EN NATIONAL MODEL FOR KVALITETSVURDERING ?.....	13
3.1 Grundlag for kvalitetsudvikling i Danmark.....	13
3.2 Kvalitetsvurdering – på vej mod en dansk model.....	14
3.3 Aftalegrundlaget	15
3.4 Landsdækkende kvalitetsprojekter.....	17
3.5 Perspektiver i forhold til praksissektoren.....	18
3.6 Patienternes perspektiv.....	19
3.7 Patientsikkerhed og risikostyring.....	20
4. FORSLAG TIL EN NATIONAL MODEL	22
4.1 Målsætning for og krav til en national model.....	22
4.2 Præsentation af model og standardområder målrettet sygehusvæsenet	24
4.3 Modellens sammenhæng med love, aftaler og nationale kvalitetsprojekter.....	26
5. KVALIFICERING AF STANDARDOMRÅDER	28
5.1 Inddragelse af gældende love og aftaler.....	29
5.2 Konkretisering af standardområderne.....	30
6. FORSLAG TIL ORGANISATION OG DET VIDERE ARBEJDE	45
6.1 Standarder i en national model og krav til evaluatore.....	45
6.2 Organisering af den eksterne kvalitetsvurdering i sygehusvæsenet.....	47
6.3 Samlet vurdering og anbefalinger vedrørende brug af standarder og valg af evaluatore	52
6.4 Hvordan skal ansvaret forankres – opbygning af national enhed?	53
6.5 Modellens omfang og dækningsgrad	54
6.6 Frivillig, aftalebaseret eller lovpligtig?	55
7. ORDLISTE.....	56
8. LITTERATURLISTE.....	58

1. SAMMENFATNING OG ANBEFALINGER

Denne rapport indeholder forslag til indhold og organisering af en national model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Rapporten kan derved danne grundlag for det videre arbejde med at sikre udvikling og formidling af sundhedsvæsenets kvalitet baseret på fælles standarder, fælles indikatorer og ekstern vurdering i et internationalt og fremadrettet perspektiv.

Rapporten er udarbejdet af en tværfagligt sammensat projektgruppe nedsat af det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling. Projektgruppen påbegyndte sit arbejde i begyndelsen af 2001 og overgav rapporten til PURK (forretningsudvalget for det Nationale Råd) d. 12. november samme år.

Projektgruppens valgte at afkorte tidsrammen for arbejdet i forhold til den oprindelige plan. Baggrunden herfor er, at det i **økonomiaftalen for 2002** er fastlagt, at der medio 2002 skal være opnået enighed mellem regeringen, amterne og H:S om en fælles model for kvalitetsvurdering baseret på et fælles sæt af standarder og ekstern vurdering. Endvidere fremgår det af økonomiaftalens tekst, at de fælles standarder skal dække bredt, skal danne grundlag for sammenligning på tværs og muliggøre offentliggørelse af kvalitet. Arbejdet med patientsikkerhed skal indgå og der skal sikres sammenhæng med de nuværende fælles landsdækkende kvalitetsprojekter.

Beslutning om den fælles model skal, i henhold til økonomiaftalen, tage afsæt i forslagene indeholdt i nærværende rapport samt sygehusejernes forslag til en landsdækkende kvalitetspolitik (Notat om landsdækkende kvalitetspolitik vedtaget af Amdsrådsforeningens bestyrelse 4. maj 2001).

Projektgruppen har opfattet sit arbejde som bidrag til en proces, hvor der i en tidlig fase af arbejdet med en dansk model skal træffes beslutninger om, hvad den eksterne vurdering skal omfatte, omfanget og karakteren af standarder samt organisering af arbejdet. Når de nævnte beslutninger er truffet, er der behov for opfølgende analyse og implementering. Det er projektgruppens opfattelse, at den model, der beskrives i denne rapport giver en god ramme og en fælles platform for den videre kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen.

Projektgruppen har som grundlag for sine anbefalinger defineret nøglebegreber, beskrevet det teoretiske grundlag og eksisterende modeller til ekstern kvalitetsvurdering samt redegjort for opnåede erfaringer hermed. På grund af de relativt begrænsede danske erfaringer er der indhentet information om erfaringer fra lande, der har en national model baseret på standarder og ekstern vurdering.

Rapporten er opdelt i to:

- **Del A** indeholder projektgruppens samlede forslag til målsætning og krav til en national model for kvalitetsvurdering. Modellen beskrives og det fremgår på hvilke områder, projektgruppen finder, der bør indgå standarder. Forslag til indhold af disse samt forskellige muligheder for organisering af en national model beskrives efterfølgende
- **Del B**, beskriver det teoretiske og erfaringsmæssige grundlag for ovennævnte forslag

1.1 Forslag til model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet

Den overordnede målsætning for en national kvalitetsvurderingsmodel til brug for sundhedsvæsenet er at sikre gode patientforløb karakteriseret ved høj faglig og organisatorisk kvalitet, og som af patienterne opleves det som sådan. Det er endvidere målet, at modellen understøtter befolkningens tillid til sundhedsvæsenet

Modellen skal være dynamisk, understøtte og synliggøre en vedvarende kvalitetsudvikling på det kliniske niveau og på alle ledelsesniveauer. Dette skal ske på et fælles nationalt og internationalt accepteret grundlag under hensyntagen til det danske sundhedsvæsens forudsætninger og karakteristika.

Målsætningen udmøntes i følgende krav til modellen:

- En national model omfatter vurdering af den **generiske kvalitet**, der vedrører den indsats, som er basal og generel og derfor tilbydes alle patienter uanset diagnose og vurdering af den **sygdomsspecifikke kvalitet**, som vedrører den indsats, der er målrettet afgrænsede patientgrupper. Den generiske og sygdomsspecifikke kvalitet er komplementære dimensioner i en helhedsmodel for kvalitet og vedrører vurdering af kvalitet i såvel primær- som sekundærsektor.
- Høj **sikkerhed** for patienten er en forudsætning for et godt forløb og et gennemgående fokusområde.
- Måling af kvaliteten skal ske på baggrund af et sæt af fælles, tidssvarende **standarder**¹ og **indikatorer**², der ved behov kan suppleres lokalt. Standarderne og indikatorerne skal vedrøre strukturer, processer og resultater af betydning for at sikre det gode patientforløb, samt sikre vedvarende overvågning af kvaliteten til brug for intern proces kontrol og vurdering af resultatet for patienten.
- Den **eksterne kvalitetsvurdering** skal understøtte organisationens fortsatte kvalitetsudvikling ved at munde ud i specifikke beskrivelser af i hvilken grad, standarderne er opfyldt. Vurderingen skal gennemføres efter aftale, og med en vis regelmæssighed.
- Intern vurdering, herunder **selvevaluering**, skal være en integreret del af modellen for at sikre ejerskab, og for at sikre, at fokus på kvalitetsudvikling og læring fastholdes mellem de eksterne vurderinger.
- Ekstern kvalitetsvurdering skal udføres af **eksterne evaluatore**, der har kompetencer, som sikrer ensartethed i vurderingen af graden af målopfyldelse for de kvalitative standarder.

¹ Ved standarder forstås: Den målsætning for kvalitet, der søges opnået eller fastholdt for en given indsats indenfor en afgrænset tidsperiode, dvs. den realistiske målsætning. Standarder kan udtrykkes kvantitativt og kvalitativt, se del B, side 3.

² En målbar variabel som anvendes til at belyse et givent kvalitetsniveau, herunder i hvilken grad en standard er opfyldt, se del B, side 14.

Den generiske og den sygdomsspecifikke kvalitet

En national model for kvalitetsvurdering bør sikre en passende balance mellem det generiske og det sygdomsspecifikke område. Projektgruppen har valgt at synliggøre begge dimensioner, idet karakteren af standarder og kravet til kompetencer hos evaluatorene er forskellige.

Dette sikres ved, at den nationale model:

- indeholder standarder, der fastlægger krav til den samlede basale og generelle indsats, der vedrører alle patienter uanset diagnose (den generiske indsats)
- integrerer standarder og indikatorer fra igangværende nationale projekter, der vedrører den sygdomsspecifikke kvalitet. Det drejer sig om det Nationale Indikatorprojekt, referenceprogrammer og kliniske kvalitetsdatabaser
- stiller krav til organisationen om at anvende retningslinier (såvel kliniske som organisatoriske) samt overvåge kvaliteten med indikatorer for hyppige, vigtige og alvorlige sygdomme og af områder forbundet med høj risiko

Endvidere at der gennemføres:

- ekstern audit af den samlede generiske indsats samt ekstern kollegial audit med fokus på den sygdomsspecifikke indsats indenfor de enkelte specialer

Standarderne i modellen er relateret til:

1. det sundhedsfaglige perspektiv; der vedrører de kliniske opgaver
2. patientens perspektiv; der fokuserer på de gennemgående forhold, som har betydning for patientens medvirken
3. det organisatoriske perspektiv; der vedrører forhold af organisatorisk karakter, som forudsætning for at sikre en god klinisk indsats

Anvendelse i primærsektoren

Projektgruppens forslag omhandler helt overvejende patientforløbet i sygehusvæsenet, men medtager grænseflader til primærsektoren. Dette er en klar afgrænsning i projektgruppens kommissorium, og har været drøftet indgående. Afgrænsningen er problematisk, hvis man ønsker at vurdere kvaliteten i hele patientforløb, fordi alle forløb rummer relationer, der går ud over sygehusvæsenet – det vil sige har relationer til praksissektoren og/eller den kommunale sektor.

Modellen søger gennem inddragelse af grænseflader til primærsektoren at skabe grundlag for vurdering af kvalitet i de forhold, der har betydning for sammenhæng mellem ydelser i og uden for sygehusvæsenet.

Projektgruppen har ikke anset det for realistisk indenfor den afsatte tidsramme at beskrive en model, der rummer det hele, og har derfor i henhold til kommissoriet koncentreret indsatsen om sygehusvæsenet, hvor ekstern kvalitetsvurdering baseret på standarder umiddelbart kan appliceres. Der er således behov for at belyse, hvorledes primærsektoren konkret kan inddrages i modellen.

Imidlertid synes modellen umiddelbart anvendelig indenfor hjemmesygeplejen og behovet for standarder med udgangspunkt i de nævnte perspektiver tilstede.

Også i praksissektoren vil en national model kunne inspirere og støtte den enkelte praktiserende læge og grupper af praktiserende læger til systematisk at vurdere kvaliteten i arbejdet og til vedvarende kvalitetsudvikling.

Inddragelse af praksissektoren i en fælles model for kvalitetsvurdering bør tage udgangspunkt i overordnede mål og organisationsformen i praksissektoren. Modellen bør koble til nationale kvalitetsprojekter for praksissektoren og løbende inddrage erfaringerne fra disse.

Internationalt findes der eksterne vurderingsmodeller til brug for primærsektoren. Projektgruppen vurderer, at mulighederne for at finde velegnede metoder til kvalitetsvurdering af indsatsen i praksissektor, kommunal hjemmepleje m.v. er tilstede.

Projektgruppen vurderer:

- at de metoder og redskaber, som indgår i modellen for sygehusvæsenet kan videreudvikles til anvendelse i primærsektoren
- at de foreslåede konkretiseringer og angivne eksempler på standarder inden for plejeområdet er anvendelige til vurdering af kvaliteten i hjemmesygeplejen
- at relationerne til praksissektoren bør indgå med betydelig vægt i det videre arbejde

Anvendelse i sygehusvæsenet

Modellen tager udgangspunkt i forhold af betydning for at sikre kvalitet i patientforløb. Det betyder, at aspekter vedrørende uddannelse og forskning kun er medtaget i det omfang, de har direkte betydning herfor. Muligheden for på længere sigt at integrere uddannelse og forskning i modellen bør overvejes.

For hvert af de tre perspektiver i modelforslaget - det sundhedsfaglige perspektiv, patientens perspektiv og det organisatoriske perspektiv beskrives områder af et patientforløb, hvor projektgruppen anbefaler standarder som grundlag for kvalitetsvurdering (= **standardområder**)

Projektgruppen giver efterfølgende konkrete eksempler på indhold af hvert standardområde (= **konkretiseringer**).

Det har ikke været muligt på den givne tid at udarbejde kvalificerede forslag til endelige standarder, det vil sige standarder, som lever op til de internationale krav, der bør følges i en udviklingsproces.

Projektgruppen har endelig vurderet de eksisterende standarder nationalt og internationalt og giver for hvert standardområde **eksempler på relevante standarder** herfra.

Projektgruppen vurderer:

- at der findes standarder internationalt, der kan anvendes til kvalitetsvurdering af den generiske indsats
- at de nævnte konkretiseringer kan udgøre et kvalificeret udgangspunkt for det videre arbejde
- at udvikling og formidling af egne nationale standarder bør ske i henhold til de internationale krav (alpha-programmet) og nationale erfaringer
- at de generiske standarder i den nationale model skal anvendes på alle danske sygehuse og at de sygdomsspecifikke standarder skal anvendes på relevante afdelinger
- at de fælles standarder skal indeholde eksplicitte krav til kvalitets- og risikostyring

Forhold af betydning for **sikkerheden for patienten** er integreret i modellen indenfor flere af standardområderne. Derudover er der under standardområdet "kvalitets- og risikostyring" formuleret specifikke krav til ledelserne vedrørende overvågning af risikoområder, analyse når skadevoldende utilsigtede hændelser opstår samt efterfølgende igangsættelse af forebyggende handlinger.

1.2 Forslag til organisering

Udvikling af standarder og valg af evaluatore

Projektgruppen finder, at man i stedet for at satse på national udvikling af et fuldt sæt af **standarder**, bør man drage nytte af det betydelige udviklingsarbejde, der allerede er foretaget i

internationale organisationer, som varetager vurdering af kvalitet og herunder varetager udvikling og opdatering af standarder.

Projektgruppens afdækningsarbejde har, som nævnt, illustreret, at det i stor udstrækning er muligt at identificere relevante standarder internationalt.

Projektgruppen vurderer:

- at den nationale model bør kombinere udenlandske og nationale standarder, og at forskellige samarbejdsmuligheder for standardudvikling og standardvedligeholdelse bør undersøges

Meget taler for, at amterne og H:S bruger et fælles nationalt korps af **evaluatorer**. For fælles brug og uddannelse af evaluators taler især, at et ensartet kvalitetsniveau bedst sikres på denne måde. Endvidere taler hensynet til effektiv anvendelse af ressourcer og et tilstrækkeligt volumen for den eksterne vurdering herfor.

Projektgruppen vurderer:

- at det er centralt for kvaliteten i den nationale model, at evaluatorerne er kompetente
- at evaluatorernes kompetencer skal afspejle om fokus for evalueringen er den generiske eller den sygdomsspecifikke indsats
- at den eksterne vurdering bør varetages af fælles evaluators for amterne og H:S
- at beslutningen om sammensætningen af evaluatorskorps i en national model bør baseres på en vurdering af de forskellige muligheder for sammensætning med både national og international deltagelse

Formålet med international deltagelse i evaluatorskorpsen er at drage nytte af de betydelige internationale erfaringer og at minimere ressourceforbruget til uddannelse af evaluators og vedligeholdelse af deres kompetencer. Samtidig vil international deltagelse optimere uvildigheden i kvalitetsvurderingen.

Projektgruppen vurderer samlet:

- at der i den valgte model bør sikres sammenhæng mellem anvendte standarder og valg af evaluators
- at en kombinationsmodel med både danske og udenlandske standarder samt at et fælles korps af evaluators udgør det bedste grundlag for det kommende arbejde med en national model for kvalitetsvurdering

Konsolidering af nationale kvalitetsprojekter

De metodiske tilgange i de nationale projekter, herunder de kliniske retningslinier, indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser, audits mv. er på højt internationalt niveau. Det er imidlertid væsentligt, at der sikres den tættest mulige sammenhæng i projekterne.

Projektgruppen vurderer :

- at projekterne bør konsolideres og koordineres bedre, idet der er en tæt sammenhæng mellem dem

En national enhed for kvalitetsvurdering

Alle øvrige lande i Europa, som har etableret en national model for ekstern kvalitetsvurdering har valgt at forankre arbejdet i en national organisation med en ansvarlig bestyrelse og en stab til at varetage de løbende opgaver.

Projektgruppen vurderer baseret på erfaringer herfra:

- at det er nødvendigt, at ansvar for, kompetence og ressourcer til at sikre den danske model fremdrift og fortsat udvikling forankres ét sted. Hensyn til uafhængighed skal vægtes højt i beslutningen herom

Det er samtidig centralt, at udvikling og vedligeholdelse af den nationale model sker i henhold til internationale principper og i tæt samarbejde med interessenter, herunder sygehusejere, faglige organisationer, videnskabelige selskaber, faglige sammenslutninger, brugere m.fl., således som det sker internationalt.

Projektgruppen har ikke forholdt sig til enhedens organisatoriske placering, størrelse, eller ressourcer, da det må afhænge af hvilke beslutninger, der træffes vedrørende udvikling af standarder, valg af evaluatore, balancen mellem generiske og sygdomsspecifikke standarder etc.

Dækningsgrad og omfang af en national model

Projektgruppens udgangspunkt har været, at standarderne skal kunne anvendes på alle danske sygehuse og at de i et vist omfang kan danne grundlag for sammenligninger mellem sygehuse. Det bør i en senere fase vurderes, om der skal suppleres med et særligt sæt af standarder til højt specialiserede funktioner/lands- og landsdelssygehuse, som bl.a. stiller krav om internationale sammenligninger i specialer, der kun varetages et eller få steder herhjemme.

1.3 Projektgruppens samlede anbefalinger

Projektgruppen anbefaler

- at projektgruppens forslag til målsætning, krav og standardområder tages til efterretning og danner grundlag for det videre arbejde med en national model
- at modellen indeholder standarder, der fastlægger krav til den samlede generiske indsats i organisationen og integrerer sygdomsspecifikke standarder og indikatorer fra nationale projekter
- at modellen indeholder standarder, der stiller krav til organisationen om at beskrive og anvende retningslinier (såvel kliniske som organisatoriske) samt overvåge kvaliteten med indikatorer for hyppige, vigtige og alvorlige sygdomme for områder og procedurer i organisationen forbundet med høj risiko
- at modellen sikrer gennemførelse af ekstern audit af den generiske indsats samt ekstern kollegial audit af den sygdomsspecifikke indsats
- at metoder og redskaber, som indgår i modellen konkret vurderes m.h.p. at blive taget i anvendelse i primærsektoren og at relationerne til hjemmeplejen og praksissektoren indgår med betydelig vægt i det videre arbejde
- at arbejdet med udvikling af referenceprogrammer, udvikling af indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser og audit koordineres og konsolideres
- at projektgruppens bud på konkretiseringer af standardområder fungerer som udgangspunkt for fastlæggelse af standarder
- at de generiske standarder i den nationale model skal anvendes på alle danske sygehuse og at de sygdomsspecifikke standarder skal anvendes på relevante afdelinger
- at de fælles standarder indeholder eksplicitte krav til kvalitets- og risikostyring
- at et nationalt sæt af standarder baseres på både danske og udenlandske standarder og at internationale samarbejdsmuligheder for udvikling og vedligeholdelse af standarder undersøges
- at den endelige udvikling af standarder sikres en form, som lever op til de internationale krav og metoder (alpha-programmet)
- at evaluatorcorpset er fælles for amter og HS
- at evaluatorernes kompetencer og uddannelse lever op til internationale anbefalinger
- at evaluatorernes kompetencer afspejler om fokus for evalueringen er den generiske eller den sygdomsspecifikke indsats
- at muligheder for sammensætning af evaluatorkorps med både national og international deltagelse vurderes
- at der sikres sammenhæng mellem anvendte standarder og valg af evaluører
- at ansvar og kompetence til at sikre den danske model fremdrift og fortsat udvikling forankres ét sted

2. KOMMISSORIUM, SAMMENSÆTNING OG FORLØB

Beslutning om at nedsætte projektgruppen blev truffet af det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet d. 26.10.2000. Medlemmer til projektgruppen blev udpeget af PURK. Projektgruppen har efterfølgende suppleret sig med personer med særligt kendskab til forhold omkring primær sundhedssektor.

2.1 Kommissorium

Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet har til opgave at sikre den overordnede koordinering og tilrettelæggelse af kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet med det formål at fremme patientens mulighed for sundhedsydelser af høj kvalitet.

Projektgruppen blev etableret med det **formål** at beskrive forslag til en eller flere modeller for, hvordan kvaliteten i sygehusvæsenet kan vurderes som integreret element i kvalitetsudvikling. Forslagene skulle endvidere vurderes i forhold til overførbare til den primære sundhedssektor (kommuner og praksissektor).

Projektgruppen havde til **opgave** at:

- vurdere anvendeligheden af nationale og internationale metoder til kvalitetsvurdering, herunder inddrage de nationale projekter, samt eksisterende internationale systemer til organisationsomfattende kvalitetsvurdering
- beskrive forslag til mulige egnede nationale modeller
- vurdere hvorledes de beskrevne modeller er egnede til at informere om det danske sygehusvæsenets kvalitet
- vurdere modellernes anvendelighed i relation til primærsektoren

Projektgruppens samlede anbefalinger skulle danne grundlag for beslutning om et fælles grundlag for kvalitetsvurdering set i et internationalt og fremadrettet perspektiv.

Projektgruppens virke blev aktualiseret af, at der økonomiaftalen for 2002 blev fastlagt, at der medio 2002 skal være opnået enighed mellem regeringen, amterne og H:S om en fælles model for kvalitetsvurdering baseret på et fælles sæt af standarder og ekstern vurdering.

Økonomiaftalen og indholdet i sygehusejernes forslag til en landsdækkende kvalitetspolitik (notat om landsdækkende kvalitetspolitik vedtaget af Amdrårdsforeningens bestyrelse 4. maj 2001) har skærpet kravene til projektgruppens arbejde, idet forslaget til en national model i højere grad skal medtænke den primære sundhedssektor. Projektgruppen har derfor valgt at udarbejde et selvstændigt kapitel, der beskriver væsentlige initiativer i primærsektoren, som grundlag for det videre arbejde.

Projektgruppen har endvidere som konsekvens af de nævnte udmeldinger valgt at:

- komme med forslag til områder indenfor hvilke konkrete standarder bør forefindes
- beskrive krav til metode og rammer for udvikling af standarder
- præsentere internationale modeller hvor standarder og ekstern vurdering er det bærende element
- vurdere forskellige muligheder for ekstern vurdering

Projektgruppen har valgt ikke at komme med forslag til, hvorledes befolkningen kan sikres information om kvaliteten. Dette valg skyldes bla. at formidling og offentliggørelse

af data aktuelt drøftes i det Nationale Råd. Formidlingsaspektet bør overvejes nærmere i det videre arbejde med den nationale model for kvalitetsvurdering.

Deltagere i projektgruppen er udpeget af PURK.

2.2 Sammensætning

Janne Lehmann Knudsen, Kvalitetschef, Hovedstadens Sygehusfællesskab, medlem af PURK (formand)

Annette Styrup Bang, Områdeleder, Vejle Kommune (fra 28.2.01)

Paul Bartels, Cheflæge, leder af Sundhedsfagligt Sekretariat, Århus Amt (fra 28.2.01)

Troels Bové, Praktiserende læge, Odense

Jytte Burgaard, Projektkoordinator for PURK, Sundhedsstyrelsen

Bent Christensen, Centerchef, EvalueringsCenter for Sygehuse (1.1.01-30.6.01)

Anne Frølich, Forskningsleder, DSI Institut for Sundhedsvæsen

Steen Werner Hansen, Kontorchef, Sundhedsstyrelsen

Ib Abildgaard Jacobsen, Overlæge, Odense Universitetshospital, formand for Dansk Medicinsk Selskab

Karin Flø Jensen, Laborant, Klinisk Biokemisk afdeling, Vejle Sygehus

Ida Sofie Jensen, Sygehusdirektør, Københavns Amtssygehus Herlev

Leif Panduro Jensen, overlæge, Karkirurgisk afdeling, Københavns Amtssygehus Gentofte

Johan Kjærgaard, Ledende overlæge, H:S Enhed for Klinisk Kvalitet

Vibeke Krøll, Kvalitets- og Udviklingschef, Ringkøbing Amt

Marianne Nord Hansen, konsulent, Dansk Sygeplejeråd

Pernille Slebsager, Specialkonsulent, Sundhedsministeriet

Margit Weise, Sygehusdirektør, Aabenraa Sygehus

Sekretariat:

Anne Mette Fugleholm, Læge, Sundhedsstyrelsen

Nina Moss Hesse, Fuldmægtig, Sundhedsministeriet

2.3 Forløb

Projektgruppen har som grundlag for arbejdet indhentet skriftlige bidrag fra eksisterende nationale projekter, samt regionale initiativer, der gør brug af standarder og ekstern vurdering. Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet et notat til brug for projektgruppens fokus på patientsikkerhed.

Et spørgeskema med beskrivelse af erfaringer med europæiske eksterne vurderingsmodeller blev besvaret af:

- Ms. Roisin Boland, Implementation Executive for Irish Health Services Accreditation Steering Group
- Dr. Rosa Sunol, direktør for Avedis Donabedian Foundation i Spanien
- Ms. Elisabeth van Gennip, Direktør for Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals
- Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé

Der har ved et af projektgruppens møder været givet en præsentation af indhold, metoder og status for Den Gode Medicinske Afdeling ved projektleder Lisbeth Rasmussen.

Undervejs har været nedsat to arbejdsgrupper, som har udarbejdet konkrete bud på indhold i de områder af et patientforløb, hvor projektgruppen anbefaler standarder som grundlag for kvalitetsvurdering – idet følgende benævnt **standardområder**.

Projektgruppen afholdt sit første møde d. 10.1.01. Der har været afholdt 7 møder. Statusredegørelse for arbejdet blev forelagt det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling på mødet afholdt d. 13.9.01.

Rapporten blev overgivet til PURK d. 12.11.01 med henblik på videre foranstaltning.

3. HVORFOR EN NATIONAL MODEL FOR KVALITETSVURDERING ?

Arbejdet med en dansk model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet baseres på en fælles målsætning om, at kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser skal være høj, at kvaliteten skal kunne tåle sammenligning internationalt, og at borgerne skal have adgang til oplysninger om kvalitet som grundlag for at træffe valg om behandlingssted. Arbejdet tager udgangspunkt i, at der er behov for en fælles reference for sundhedsfaglig udvikling og for vedvarende forbedring af sundhedsvæsenets ydelser. Dette forudsætter, at kvaliteten vedvarende kan vurderes – og at der på alle niveauer i sundhedsvæsenet anvendes relevante metoder og værktøjer hertil.

3.1 Grundlag for kvalitetsudvikling i Danmark

Siden 1993 har den Nationale Strategi for kvalitetsudvikling udgjort rammen om arbejdet med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Tværfaglighed, fælles ansvar, egenkontrol og fokus på de gode resultater er bærende principper.

Kvalitetsudviklingsbegrebet har i henhold til strategien følgende dimensioner:

- Høj professionel standard
- Helhed i patientforløbet
- Brugertilfredshed
- Lav risiko
- Effektiv ressourceudnyttelse

Strategien er under revision, efter at have været retningsangivende i snart 10 år. Dette arbejde er forankret i Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedssektoren. Det ventes, at den reviderede strategi vil udpege en række indsatsområder for de kommende års arbejde – herunder arbejdet med en kvalitetskultur og med dokumentation, brugerinddragelse, formidling og organisationsudvikling. Det ventes endvidere, at ledelsesforankring fremhæves og at ekstern vurdering integreres som metode.

Siden 1993 har kvalitetsudvikling fået større politisk og faglig bevågenhed. Området er i dag præget af mange projekter, mange aktører – og der er i dag et betydeligt behov for koordinering. Mens der ved udarbejdelsen af den første nationale strategi primært var behov for at sikre fokus på kvalitet i bredeste forstand, er der således nu mere behov for at fokusere indsatsen.

Kvalitet er sat på den politiske dagsorden i hele den offentlige sektor. På sundhedsområdet indgår kvalitetsudvikling bl.a. i økonomiaftalerne mellem regeringen og sygehusejerne, således er der truffet aftaler om en række fælles, konkrete mål for udviklingen på området – og iværksat flere landsdækkende projekter, som skal sikre målopfyldelsen.

Der er i de senere år kommet fokus på overvågning og vurdering af kvalitet af den kliniske indsats med det udgangspunkt at kvalitetsudvikling i videst muligt omfang skal bygge på evidens. Denne del af kvalitetsarbejdet er hovedsagelig båret frem inden for de enkelte specialer og faglige områder ved kliniske kvalitetsdatabaser, kliniske indikatorer, referenceprogrammer, klaringsrapporter, sundhedsfaglige audits m.v.

Der er mange aktører på området og området er styrket især decentralt. Amterne og H:S har styrket området med etablering af kvalitetsorganisationer samt ansættelse af kvalitetschefer og kvalitetsmedarbejdere. Dermed er der skabt organisatoriske rammer for indsatsen i sygehusvæsenet, som ikke fandtes tidligere.

Også centralt er der etableret helt nye organisationer og fora på området. Det gælder bl.a. Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i 1999, Amtsrådsforeningens temagruppe for kvalitet og service i 1999 og EvalueringsCenter for Sygehuse i 1999. EvalueringsCenteret er fra 2001 indlagt som en del af Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og MTV.

3.2 Kvalitetsvurdering – på vej mod en dansk model

Interessen for metoder til kvalitetsvurdering, herunder akkreditering som metode til ekstern vurdering er steget i takt med behovet for at kunne dokumentere kvalitet i bredeste forstand. Dette forhold gælder ikke alene i sundhedsvæsenet men i den offentlige sektor generelt.

Interessen for kvalitetsvurdering generelt og akkreditering specifikt skal endvidere ses i sammenhæng med stadig større fokus på patientsikkerhed. Akkreditering forudsætter, at en organisation vedvarende arbejder med forbedring af sikkerhed bl.a. gennem risikostyring. En række akkrediteringsstandarder stiller således krav om retningslinier og procedurer på kendte risikoområder.

I Danmark er der ikke tradition for at anvende organisationsomfattende, ekstern kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, men det har i en årrække været anvendt flere steder i udlandet. Således har bl.a. USA, Canada, Australien og England i flere årtier anvendt akkreditering i sygehusvæsenet.

I de senere år har en række europæiske lande etableret akkreditering eller akkrediteringslignende ordninger på nationalt eller regionalt niveau. Det gælder f.eks. Frankrig, Holland, Irland, Skotland og Spanien. I del B, 2.2. redegøres der nærmere for erfaringer hermed.

Flere af de europæiske lande lader sig inspirere af akkrediteringsorganisationerne i USA, Canada og Australien, og der er en klar tendens til at indbygge selvevaluering. Selvevaluering opfattes som et vigtigt element i bestræbelserne på at mindske den eksterne vurderings kontrollerende element og på at styrke det kvalitetsforbedrende aspekt, herunder at bygge arbejdet med kvalitetsvurdering ind i daglig klinisk praksis. De internationale erfaringer beskrives nærmere i del B, 2.1

Ligeledes er det en klar tendens, at akkrediteringsorganisationerne søger at integrere den sundhedsfaglige kvalitet i større omfang. Hvor vægten tidligere lå på de organisatoriske strukturer og processer inddrages nu i højere grad de kliniske processer og resultater. Som led i disse bestræbelser stilles krav om løbende at måle kvaliteten af den kliniske indsats med kliniske indikatorer. Der pågår i de store akkrediteringsorganisationer et betydeligt arbejde med udvikling af målemetoder og identifikation af meningsfulde kliniske indikatorer. Sigtet hermed er at gøre overvågning med bestemte kliniske indikatorer obligatoriske som forudsætning for akkreditering. Arbejdet med udvikling af indikatorer beskrives i del B, 1.4.

Flere akkrediteringsorganisationer varetager international akkreditering. Den amerikanske akkrediteringsorganisation Joint Commission har offentliggjort et sæt af internationale standarder, som umiddelbart kan anvendes, herudover er et sæt af standarder for risikostyring under udvikling. De øvrige akkrediteringsorganisationer anvender de nationale udgaver af standarder ved akkreditering i udlandet.

Akkrediteringsorganisationerne arbejder endvidere med specifikke programmer, der indeholder standarder alene rettet mod bestemte organisationer f.eks. praksis og plejehjem, netværk m.v.

Til støtte for arbejdet i de europæiske lande udgav den europæiske hospitalskomité HOPE (europæisk "interesseorganisation" for sygehusejere) i september 2000 rapporten "The Quality of Health Care / Hospital Activities". Rapporten beskriver forskellige værktøjer til kvalitetsudvikling og -vurdering, herunder TQM, EFQM, ISO og akkreditering. Rapportens formål er alene at skabe en fælles forståelse af disse værktøjer.

Ingen af de nordiske lande har truffet beslutninger om én national model for kvalitetsvurdering, men Norge har siden 1996 haft et krav om, at der på alle sygehuse skal forefindes et kvalitetssikringssystem. Det norske systemtilsyn, i praksis fylkeslægerne, fører tilsyn med, at dette krav opfyldes. Der er ingen fælles systemkrav.

Herhjemme er H:S og flere amter i gang med at gøre sig erfaringer med organisationsomfattende kvalitetsvurdering:

- H:S har efter en foranalyse i slutningen af 1999 iværksat et samarbejde med det amerikanske akkrediteringsorganisation Joint Commission om akkreditering af samtlige H:S hospitaler i 2002 på baggrund af Joint Commission internationale standarder. Erfaringer med processen beskrives del B, 2.4
- Sønderjyllands Amt har i 2001 indledt et samarbejde med det engelske Health Quality Services om akkreditering af samtlige somatiske hospitaler. Sammen med Aabenraa Sygehus, praktiserende læger i optageområdet og Aabenraa kommune udvides projektet til også at omfatte udvalgte hele patientforløb. Det er således det første projekt i Danmark, som involverer både lægepraksis og kommune og som omhandler hele patientforløb på tværs af sektorer. Erfaringer med processen beskrives del B, 2.4
- Århus Amt overvejer et samarbejde med Clinical Standards Board for Scotland om tværsektoriel kvalitetsvurdering af patientforløb for udvalgte grupper af patienter. Erfaringer med processen beskrives del B, 2.5
- Frederiksborg Amt besluttede d. 11.10 2001 at indføre et samlet kvalitetstyringssystem for sygehusene i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, baseret på akkreditering. Der er afsat 3 mill. kr. til udvælgelse af standarder, foranalyse og forberedelse af akkrediteringen i 2002
- Københavns Amt besluttede ultimo 2000, at der som led i kvalitetsudviklingen skal sættes på en bedre dokumentation og synliggørelse af den sundhedsfaglige kvalitet og bestilte ved samme lejlighed et konkret forslag til, hvordan akkreditering kan understøtte kvalitetsudvikling. En styregruppe er nedsat og der forventes politisk behandling af sagen i marts 2002

3.3 Aftalegrundlaget

De fælles ønsker om en styrket og mere koordineret indsats på kvalitetsområdet afspejles også i de konkrete initiativer vedrørende kvalitet, som er aftalt mellem regeringen, Amtsrådsforeningen og H:S.

Således er etableringen af Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet i 1999 et resultat af **økonomiaftalen for 2000** (den treårige udviklingsplan for sygehusvæsenet 2000-2002). Rådet har bl.a. til opgave at sikre koordineringen af en række igangværende projekter, og at udarbejde en revideret national strategi for kvalitetsudvikling.

Økonomiaftalen for 2000 var tillige startskuddet til de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser. Den første landsdækkende undersøgelse blev gennemført i 2000 og vil fremover blive gennemført hvert andet år. Økonomiaftalen for 2000 rummer også den målsætning, at alle landets sygehuse inden udgangen af 2002 skal offentliggøre alment forståelige indikatorer for den kliniske kvalitet. Disse målsætninger skal nås gennem en bred vifte af initiativer, hvori de landsdækkende kvalitetsprojekter spiller en helt afgørende rolle.

Det fremgår, som tidligere omtalt, af **økonomiaftalen for 2002**, at regeringen og Amtsrådsforeningen/H:S har indgået aftale om medio 2002 at fastlægge en fælles dansk model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, som baserer sig på en kerne af fælles standarder for kvalitet. De fælles standarder skal omhandle både struktur, processer og resultater. De skal dække bredt, være relevante og målbare. Standarderne skal muliggøre offentliggørelse og sammenligning på baggrund af eksterne vurderinger. Arbejdet med patientsikkerhed skal indgå.

Drøftelserne af en dansk model skal tage udgangspunkt dels i afrapporteringen fra Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe vedr. akkreditering i sundhedsvæsenet (Notat om landsdækkende kvalitetspolitik vedtaget af Amtsrådsforeningens bestyrelse 4. maj 2001), dels i afrapporteringen fra det Nationale Råd for Kvalitetsudviklings Projektgruppe vedrørende kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet (nærværende rapport).

Begge arbejder bliver således en del af det beslutningsgrundlag, der kan lægges frem, når drøftelserne om en dansk model skal tage form vinteren 2001/2002.

Formålet med **Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe vedr. akkreditering** var at vurdere, om de igangværende initiativer vedrørende kvalitet og servicemål på sundhedsområdet har fokus på alle væsentlige elementer i en hensigtsmæssig kvalitetsudviklingsmodel, herunder om der er behov for at supplere med eksterne vurderings metoder og i bekræftende fald, om de igangværende projekter kunne indgå.

Det fremgår af Amtsrådsforeningens notat om en landsdækkende kvalitetspolitik, at "Amterne og H:S ønsker en landsdækkende kvalitetspolitik, der kan medvirke til at skabe sammenhæng i patientforløbet på tværs af hele sundhedsvæsenet, og som er etableret med udgangspunkt i de fælles landsdækkende kvalitetsinitiativer og baseret på et minimum antal af fælles standarder, der skal dække hele patientforløbet. De fælles standarder kan relatere sig til såvel fysiske rammer og udstyr, udførelse af processer som resultater. Standarderne skal være forståelige og om muligt målbare og skal muliggøre offentliggørelse og sammenligning på baggrund af eksterne vurderinger".

Det fremgår desuden

- at situationen taler for en udvikling af en sammenhængende model for kvalitetsvurdering baseret overvejende på udvikling frem for kontrol
- at man bør fremme en proces, der peger frem mod et nationalt grundlag
- at alle amter og H:S forpligter sig til at overholde et minimum af fælles standarder, efterhånden som de udvikles
- at amterne og H:S forpligter sig til ekstern, uafhængig vurdering

- at kvalitetspolitikken skal indeholde de landsdækkende initiativer, der hidtil er truffet aftale om

3.4 Landsdækkende kvalitetsprojekter

Der pågår aktuelt seks landsdækkende kvalitetsprojekter, som beskæftiger sig med forskellige aspekter af kvalitetsdimensionen og forskellige tilgange til kvalitetsudvikling. Det drejer sig om:

- det Nationale Indikatorprojekt (NIP)
- landsdækkende referenceprogrammer
- landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser
- den Gode Medicinske Afdeling (DGMA)
- landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser
- kvalitetsdeklarationer

Projekterne supplerer hinanden, således at der er mulighed for en synergieffekt i relation til en samlet national model. Projekterne følges og koordineres af det Nationale Råd for Kvalitet i sundhedsvæsenet.

Det Nationale Indikatorprogram har siden 1999 arbejdet med dokumentation og kvalitetsudvikling af specifikke sundhedsfaglige områder (lungekræft, hoftebrud, akut mavetarmkirurgi, slagtilfælde, skizofreni og hjerteinsufficiens). Dette sker på grundlag af kvalitetsmål (standarder) og indikatorer. Udarbejdelsen af standarder og indikatorer er afsluttet i efteråret 2001 og planen for den forestående implementering er lagt.

Referenceprogrammer har til formål på et tværfagligt grundlag at skabe oversigt over hele patientforløb for på baggrund af den nyeste evidens at omsætte eksisterende viden til graduerede anbefalinger.

Kliniske kvalitetsdatabaser er registre, der indeholder kvantificerbare indikatorer, der med udgangspunkt i det enkelte patientforløb kan belyse den samlede kvalitet eller dele af den samlede kvalitet i sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset gruppe af patienter. Sundhedsstyrelsen har i to statusrapporter gjort rede for erfaringerne med de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Der er en række velfungerende kliniske kvalitetsdatabaser i Danmark forankret ved kliniske afdelinger eller institutioner. En stor del af kvalitetsdatabaserne er i stand til at påvise forbedring af kvaliteten, og der er blevet sat fokus på udvikling og validering af indholdet i databaserne. Samtidig ser det ud til, at større sygdomsgrupper i stigende omfang omfattes af kliniske kvalitetsdatabaser.

Den Gode Medicinske Afdeling har siden 1995 arbejdet med kvalitetsudvikling på medicinske afdelinger i Danmark. Formålet er at involvere landets medicinske afdelinger i en fælles kvalitetsudviklingsproces. Som udgangspunkt udarbejdes standarder og indikatorer for det medicinske indlæggelsesforløb, det ambulante forløb og uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling. Udarbejdelse af samtlige standarder forventes afsluttet senest år 2003.

Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser er aftalt mellem regeringen og amterne i forbindelse med aftalen om amternes økonomi for år 2000. Det er besluttet at gennemføre undersøgelserne hvert andet år. Formålet med undersøgelserne er at sammenligne og identificere forskelle i patienttilfredshed på sygehusniveau i forhold til temaerne kerneydelse, koordination, kontinuitet, kommunikation, information og frit

sygehusvalg samt at sammenligne patienttilfredshed og forskelle i patienttilfredshed over tid.

Kvalitetsdeklarationer har til formål på afdelingsniveau overfor brugeren at synliggøre opfyldelsen af de anvendte kvalitetsmål (standarder). Herigennem synliggøres kvaliteten og udviklingen heri overfor brugerne og samtidig etableres en platform for sammenligning mellem afdelinger inden for samme speciale.

De enkelte projekter er beskrevet mere detaljeret i del B, kapitel 3.

3.5 Perspektiver i forhold til praksissektoren

Inddragelse af praksissektoren i en dansk model for kvalitetsvurdering skal ses i sammenhæng med udmeldingen fra Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe vedrørende akkreditering i sundhedsvæsenet samt opfølgningen på analyse og strategiarbejdet på sygesikringsområdet "Sygesikringsområdet – Strategi og analyse", Amtsrådsforeningen 2001. Opfølgningen har bl.a. til formål at understøtte udviklingen af en fælles kultur sektorerne imellem og at understøtte kvalitetsudviklingen i praksissektoren.

Rapporten indeholder en række konkrete anbefalinger til udvikling af kvalitet og service. Det anbefales således i lovgivning og overenskomster at præcisere det amtskommunale ansvar for det samlede sundhedsvæsen f.eks. gennem overenskomstmæssig fastlæggelse af en forpligtelse til at vurdere kvaliteten med udgangspunkt i konkrete standarder, herunder standarder fra en fælles national model. Det anbefales endvidere at styrke den praktiserende læges rolle som tovholder for det samlede patientforløb.

En væsentlig forudsætning for kvalitetsvurdering i praksissektoren er, at der løbende foretages registrering og opsamling af viden om indhold og kvalitet af den aktivitet, der finder sted. Der mangler i dag registreringer vedrørende såvel den sundhedsfaglige, den patientrelaterede som den organisatoriske kvalitet.

Metodemæssigt er der midlertidigt ikke noget, som i princippet adskiller vurdering af kvalitet i primær sektor fra vurdering af kvalitet i sekundær sektor. Vurdering af kvalitet kan begge steder baseres på brug af standarder og indikatorer. Nogle standarder vil kunne anvendes i begge sektorer, andre vil på grund af forskelle i struktur og proces være forskellige.

Flere af de internationale akkrediteringsorganisationer har udviklet adskilte programmer, der indeholder standarder til kvalitetsvurdering af plejehjem, hjemmepleje, almen praksis m.v. på linie med programmer for sygehuse.

Det gælder f.eks. i Australien, hvor Royal College of Australian Practitioners (RCAGP) har udarbejdet et akkrediteringssystem for praksissektoren. Vurderingen er baseret både på ekstern evaluering af faktiske forhold, interviews med læger og andet personale samt spørgeskemaer til patienterne.

Der er de fleste steder tale om særskilte akkrediteringsprogrammer for h.h.v. sygehuse og lægepraksis. Scotland Board of Health har som den eneste organisation søgt at inddrage et fuldt patientforløb i akkrediteringsarbejdet - på tværs af sektorer. Målet hermed er at sikre ansvarlighed overfor hele ydelsen i et patientforløb.

Inddragelse af praksissektoren i en dansk model for kvalitetsvurdering bør tage udgangspunkt i overordnede mål for praksissektoren, og inddragelse af praksissektoren bør tage hensyn til organisationsformen i almen praksis. Således kan risikoen for

"eksponering" i forbindelse med ekstern evaluering opleves større, når det gælder individuelle klinikker, end når det gælder sygehusorganisationer.

Også i praksissektoren vil en dansk model skulle inspirere og støtte den enkelte praktiserende læge, praksis og grupper af praktiserende læger til systematisk at vurdere kvaliteten i arbejdet og til vedvarende kvalitetsudvikling af almen praksis.

Modellen bør også i relation til praksissektoren omfatte både generiske og sygdomsspecifikke områder, og modellen bør koble til nationale og regionale kvalitetsprojekter for praksissektoren - og løbende inddrage erfaringerne fra disse, f.eks.

- anvendelse af patienters vurdering af almen praksis (DANPEP-projektet)
- implementering af vejledninger fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
- inddragelse af erfaringer med Shared Care projekter
- implementering af regelmæssige audits over patientforløb udvalgt efter diagnose
- registrering af aktiviteter og registrering af indikatorer for god klinisk praksis

Igangværende kvalitetsinitiativer vedrørende praksissektoren er beskrevet i del B, 4.0.

3.6 Patienternes perspektiv

Det endelige mål for sundhedsvæsenet er at sikre, at brugerens helbredsmæssige behov tilgodeses relevant og at brugerne er tilfredse med indsatsen. Brugerens synspunkter er således væsentlige som grundlag for at få kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser belyst og forbedret.

Set fra brugerens/patienternes perspektiv er god kvalitet først og fremmest at:

- få bedst mulige sundhedsfaglige ydelse med høj kvalitet i diagnostik, behandling, pleje, genoptræning og forebyggelse, herunder lav risiko for at komme til skade
- kommunikationen med de professionelle giver mulighed for at beskrive egne behov og samtidig få den viden og forståelse, der skal til for at træffe valg
- opleve kontinuitet i forhold til de professionelle, der har ansvaret for de kliniske ydelser og for kommunikationen herom
- behandlingsforløbet er koordineret og uden lange ventetider

Kvalitet i sundhedsydelser omfatter derfor både det samlede patientforløb, set som rækken af aktiviteter i forbindelse med undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse samt resultatet for patienten i form af helbredelse, smertefrihed etc.

Resultatet af den første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse viser, at patienterne generelt er meget tilfredse med landets **sygehuse**. Der er 89% af patienterne, som kategoriserer deres samlede indtryk af indlæggelsen som 'godt' eller 'virkelig godt'. Undersøgelsen påpeger imidlertid områder med forbedringspotentialer. Det drejer sig om ventetid, kontinuitet, information under indlæggelsen og samarbejde mellem sygehuse og praktiserende læger. Disse resultater er i fuld overensstemmelse med resultater af høringer om sundhedsvæsenet, som regeringen og amterne har afholdt i løbet af 2000.

Patienternes fokus på de bløde værdier understreges af resultatet af en spørgeskemaundersøgelse gennemført i **almen praksis** i 8 lande (Norge, Sverige, England, Holland, Tyskland, Portugal, Israel og Danmark) - EUROPEP. Undersøgelsen omfatter 3540 patienter. De områder patienterne tillægger størst værdi er, at:

- der gives tilstrækkelig tid i konsultationen
- der gives mulighed for hurtig hjælp ved akut sygdom

- information gives konfidentielt
- der gives information om alle faktorer af betydning for sygdommen
- der gives rum til at patienterne kan føle sig frie til at tale om deres problemer
- der er mulighed for at få tid til samtale med kort interval
- lægen går på kurser jævnligt
- der tilbydes forebyggelse

Prioriteringen for hospitalspatienter er anderledes, idet disse vægter resultatet - at blive rask – højest, hvorimod patienter, der behandles i praksissektoren, som det fremgår ovenfor, vægter processen (samspillet med lægen) højest.

3.7 Patientsikkerhed og risikostyring

Lav risiko for patienterne er en gennemgående dimension af kvalitetsbegrebet. I den Nationale strategi for kvalitetsudvikling fra 1993 fremgår det, at sikkerhed i sundhedsvæsnets samlede indsats er en forudsætning for god kvalitet i patientforløbet.

Den nationale strategi fra 1993 blev som nævnt fulgt op af en styrket kvalitetsindsats på en række områder. Der har imidlertid ikke været tilstrækkeligt fokus på sundhedsvæsenets evne til at sikre patientsikkerheden og forebygge utilsigtede og skadevoldende hændelser. En forklaring er, at hændelserne er blevet opfattet som enkeltstående tilfælde forårsaget af den enkelte medarbejder og at der har manglet en systematisk erfaringsopsamling.

Omfanget af utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet er belyst i udenlandske undersøgelser og senest i et dansk pilotstudie. Undersøgelserne viser, at omfanget af utilsigtede hændelser er betydeligt. Ved utilsigtede hændelser forstås "en skadevoldende begivenhed, der er følge af undersøgelse, behandling eller pleje og som ikke skyldes patientens underliggende sygdom. Utilsigtede hændelser dækker både kendte og ukendte komplikationer og egentlige fejl."

Den danske pilotundersøgelse om utilsigtede hændelser i sygehusvæsenet fra september 2001 viser, at forekomsten af hændelser i Danmark ligger på niveau med forekomsten i sammenlignelige udenlandske undersøgelser. Undersøgelsen viser, at der i 9% af alle indlæggelser forekommer utilsigtede hændelser, som kræver behandling i løbet af indlæggelsen. Det svarer til, at patienters risiko for at blive udsat for skade er 5,3% ved indlæggelse på sygehus. Der er derfor brug for redskaber til mere systematisk arbejde med patientsikkerhed og risikostyring.

Utilsigtede hændelser dækker **både** over kendte komplikationer til behandlingen, som ikke kan forebygges, **og** egentlige fejl, som kunne være undgået. Det er i den danske undersøgelse vurderet, at ca. 40% af de udløsende hændelser sandsynligvis kunne være forebygget ved bedre brug af eksisterende viden og teknologi.

USA og England har gennem de sidste fem år arbejdet målrettet for at reducere omfanget af skadevoldende hændelser på hospitalerne, baseret på erfaringer fra andre store komplekse organisationer med høj risiko. De væsentligste elementer i dette arbejde er ledelsesforankring med fokus på strukturer og processer, indberetning af de utilsigtede hændelser og nærfejl, systemanalyse ved hændelser med opfølgende ændring og overvågning af arbejdsprocessen, samt en kultur hvor der åbent tales om sikkerhedsproblemer.

Såvel i USA, Australien og England er der udviklet standarder til brug ved akkreditering specifikt rettet mod patientsikkerhed, herunder standarder med krav til risikostyring. I de

fleste akkrediteringsmodeller er disse standarder en integreret del af det grundlag, organisationerne akkrediteres på.

Flere amter har som opfølgning på det danske pilotprojekt iværksat målrettede initiativer med det sigte at reducere omfanget af utilsigtede hændelser. H:S har endvidere som følge af de krav, akkreditering stiller til ledelserne om kendskab til og overvågning af risikoområder, etableret en 'Enhed for Patientsikkerhed' og iværksat et projekt, der skal give viden om obligatorisk konfidentiel indberetning og systemanalyse, herunder kerneårsagsanalyse.

Et dansk selskab for patientsikkerhed forventes at blive oprettet i november nærværende år.

Sundhedsstyrelsen skal sikre tilsyn med om, indsatsen i sundhedsvæsenet udføres under hensyntagen til patientens sikkerhed, herunder om bekendtgørelser og faglige retningslinier overholdes. Som led heri har Sundhedsstyrelsen i projektform afprøvet en metode til kvalitetsvurdering, hvor embedslægerne har vurderet om de inkluderede projektafdelinger har haft den nødvendige kvalitets- og risikostyring som grundlag for at kunne forebygge skadevoldende hændelser.

Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at et sæt af fælles nationale standarder for patientsikkerhed vil bidrage til en effektiv og ensartet implementering af faglige udmeldinger, anbefalinger og påbud. Fælles standarder kan sikre et fælles grundlag for sygehusenes forebyggelse og håndtering af utilsigtede hændelser.

Standarderne bør fokusere på den forebyggende og opfølgende indsats, samt de arbejdsprocesser, der indebærer en særlig risiko for patienter. Implementering af sådanne standarder må nødvendigvis være forpligtende for at tilgodese Sundhedsstyrelsens tilsynsopgaver.

4. FORSLAG TIL EN NATIONAL MODEL

4.1 Målsætning for og krav til en national model

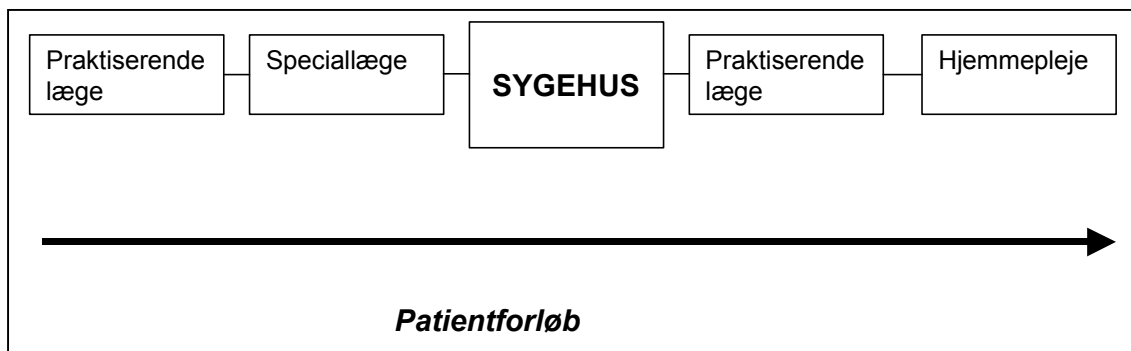
Projektgruppen finder, at den overordnede målsætning for en national model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet er at sikre gode patientforløb karakteriseret ved høj faglig og organisatorisk kvalitet og som opleves af patienten som sådan. Det er endvidere målet at den understøtter befolkningens tillid til sundhedsvæsenet.

Modellen skal være tidssvarende samt understøtte og synliggøre en vedvarende kvalitetsudvikling på det kliniske niveau og på alle ledelsesniveauer. Dette skal ske på et fælles nationalt og internationalt accepteret grundlag under hensyntagen til det danske sundhedsvæsens forudsætninger og karakteristika.

Den nationale model skal i henhold til projektgruppens kommissorium fokusere på kvalitetsvurdering af indsatsen indenfor en given organisation. Det kan være en afgrænset enhed såsom et sygehus, en almen praksis, et plejehjem eller en funktionel enhed, der går på tværs af organisationer/sektorer med udgangspunkt i patientens vej, som skitseret i figur 4.1.

Modellen skal sikre, at organisationen har et grundlag for kvalitetsvurdering og -udvikling. En forudsætning herfor er, at modellen sikrer feedback til den relevante ledelse (praktiserende læge, hospitalsledelse og (amts)kommunale ledelse mv.).

Figur 4.1. Overordnet perspektiv for den nationale model



Modellen skal omfatte den indsats, der har betydning for gode patientforløb. Denne indsats kan med udgangspunkt i patientens helbreds-mæssige behov opdeles i:

- den indsats, som er basal og generel og derfor tilbydes alle patienter uanset diagnose (=den generiske indsats)
- den indsats som er specifik og målrettet grupper af patienter, der afgrænses i forhold til diagnose, sygdom eller procedure (=den sygdomsspecifikke indsats)

Modellen skal således rumme mål for vurdering af **den generiske kvalitet** og **den sygdomsspecifikke kvalitet**. Projektgruppen har valgt at anskue dem adskilt, idet vurdering af den generiske henholdsvis den sygdomsspecifikke kvalitet stiller forskellige krav til karakteren af standarder, kompetencerne hos evaluatorene og kvalitetsvurderingsprocessen.

Projektgruppen finder, at modellen bør opfylde nedenstående **krav**:

- omfatte alle dimensioner af kvalitetsbegrebet: klinisk kvalitet, patientoplevelt kvalitet og organisatorisk kvalitet
- danne grundlag for vurdering af patientsikkerhed, som et gennemgående element i kvalitetsvurdering
- inddrage mål for struktur, proces og resultat
- bygge på evidens
- sikre læring i organisationen
- være ledelsesmæssigt forankret og medvirke til at bibringe ledelsen et redskab til at reagere på resultaterne
- integrere de danske landsdækkende kvalitetsprojekter
- muliggøre sammenligning nationalt såvel som internationalt
- være acceptabel og tilgængelig for relevante interessenter
- øge kendskab til og styrke implementering af mål i lovgivning

Modellen baseres på **fælles standarder** (kvantitative og kvalitative) og **indikatorer**.

Projektgruppen finder, at de fælles standarder skal kunne suppleres med lokale standarder ved behov, og at kvalitetsvurdering der sker ved overvågning af fælles indikatorer på tilsvarende vis skal kunne suppleres med lokale indikatorer. Det skal i det videre arbejde afklares, i hvilket omfang standarder skal være af kvantitativ henholdsvis kvalitativ karakter.

De anvendte standarder og indikatorer skal i videst muligt omfang opfylde almindelige krav om gyldighed, præcision og reproducerbarhed, og de skal revurderes i takt med ændringer i behov og når ny viden fremkommer. I del B, 1.1 defineres krav til standarder og indikatorer nærmere.

Modellen skal gøre brug af redskaber, der kan integreres i den daglige kliniske hverdag og modellen skal, hvor det er muligt, baseres på data, som i forvejen registreres

Kvalitetsvurderingen kan gennemføres ved brug af følgende **metoder** (beskrives yderligere i del B, 1.4 og 1.5) :

- ekstern audit og intern audit, herunder selvevaluering
- ekstern og intern kvalitetsovervågning

De anvendte standarder og de personer, der vurderer kvaliteten, dvs. **evaluatorene**, skal opfylde internationalt anerkendte krav, som beskrevet af den internationale kvalitetsorganisation ISQua. Krav til evaluatorene er beskrevet del B, 1.6.

Den nationale model bør underbygges med anvendelig **IT-struktur**, der peger frem mod fremtidens elektroniske patientjournal og giver mulighed for:

- koordinering med andre nationale projekter på området
- løbende indrapportering til eksisterende og kommende landsdækkende kliniske kvalitets databaser, LPR m.v.
- kobling til andre data
- feedback til alle niveauer i organisationen
- etablering af vindue til offentligheden

Den informatiske udvikling med etablering af elektronisk patientjournal (EPJ) vil medføre, at man vil være i stand til vedvarende at overvåge standarder vedrørende den generiske kvalitet gennem oplysninger og data indsamlet som led i den kliniske hverdag og rutineprocedurer relateret hertil.

4.2 Præsentation af model og standardområder målrettet sygehusvæsenet

Projektgruppen har i henhold til kommissoriet afgrænset modellen til at beskrive standardområder knyttet til områder af betydning for patientens vej gennem sygehuset. Det er imidlertid nødvendigt at skabe en sammenhæng mellem ydelser i sygehusvæsenet og ydelser i primær sektor (praktiserende læge, speciallæge, hjemmepleje) således, at kvaliteten i det samlede forløb kan vurderes.

Aspekter vedrørende uddannelse og forskning er kun medtaget i det omfang, de har direkte betydning for kvaliteten i patientens forløb. Det bør afklares om og hvorledes disse væsentlige opgaver for sundhedsvæsenet kan integreres i modellen på længere sigt.

Det primære formål med en national model er at forbedre kvaliteten til gavn for patienterne. Det forudsætter, at den kan integreres i den kliniske hverdag og anvendes af organisationen til udvikling og præstationsforbedring. Modellen skal derfor understøtte etablering af en kultur baseret på læring, der på baggrund af data motiverer til systematisk forbedring af kvalitet i sygehuset.

Kvaliteten i patientforløb afhænger af:

- den kliniske indsats
- patientens medvirken
- organisationens indretning og processer

Projektgruppen har for overskuelighedens skyld valgt at beskrive modellen i tre perspektiver:

- *det sundhedsfaglig perspektiv*, der fokuserer på de kliniske opgaver
- *patientens perspektiv*, der fokuserer på de gennemgående forhold, som har betydning for patientens medvirken i hele forløbet
- *det organisatorisk perspektiv*, der fokuserer på de strukturer og processer af mere organisatorisk karakter, som forudsætning for at sikre det gode patientforløb

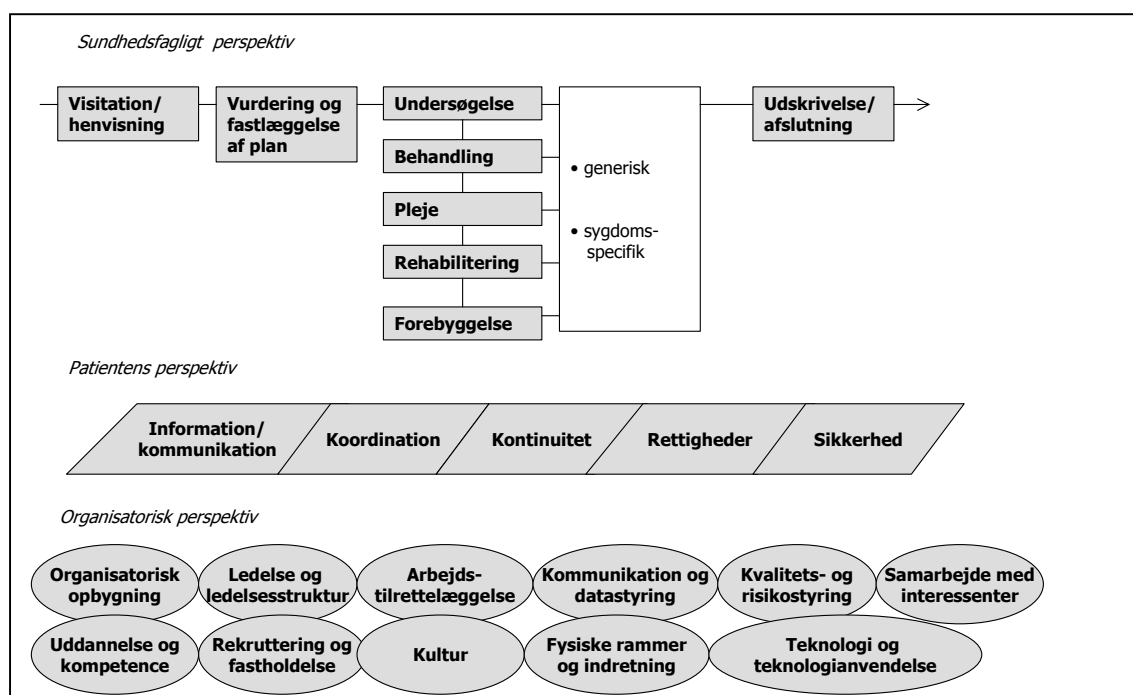
For hvert perspektiv beskrives områder i et patientforløb, hvor projektgruppen anbefaler standarder som grundlag for kvalitetsvurdering – idet følgende benævnt **standardområder**.

Der indgår generiske og/eller sygdomsspecifikke standarder vedrørende standardområder for alle tre perspektiver af modellen. Eksempler herpå er vist i nedenstående tabel.

Eksempler på standarder	Generisk	Sygdomsspecifik
Sundhedsfagligt perspektiv	Alle patienter skal have lagt en plan for undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse indenfor 24 timer.	Patienter med forhøjet blodtryk behandles i henhold til gældende kliniske retningslinier herfor
Patientens perspektiv	Alle patienter skal være informeret om, at de har en personlig kontaktperson.	Patienter med sukkersyge skal vejledes om håndtering af sygdom
Organisatorisk perspektiv	Der skal sikres vedvarende overvågning af kvalitet for områder forbundet med høj risiko	Der skal sikres vedvarende overvågning af kvaliteten med kliniske indikatorer

”**Patientens perspektiv**” er i modellen afgrænset til de gennemgående forhold, der har betydning for patientens medvirken og for hvilke der kan stilles krav til kvaliteten i sygehuset. Denne afgrænsning er valgt af projektgruppen selvom patienter også vægter den kliniske indsats og andre forhold i organisationen.

Fig. 4.2.1 Projektgruppens forslag til standardområder i en fælles national model for kvalitetsvurdering i sygehusvæsenet



Illustrationen af modellen er generisk henholdsvis sygdomsspecifik fremhævet særligt i relation til de standardområder for det ”**sundhedsfaglige perspektiv**”, der vedrører undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse. Dette er valgt, fordi der her er en direkte forbindelse til de nationale landsdækkende kvalitetsprojekter, f.eks. NIP, som umiddelbart giver input vedrørende den sygdomsspecifikke kvalitet til disse standardområder.

Projektgruppen har i beskrivelsen af det ”**organisatoriske perspektiv**” og de nødvendige organisatoriske standardområder taget udgangspunkt i Leavitt’s organisationsmodel, som beskriver en organisation ved hjælp af dens struktur, dens opgaver, dens aktører og dens teknologi.

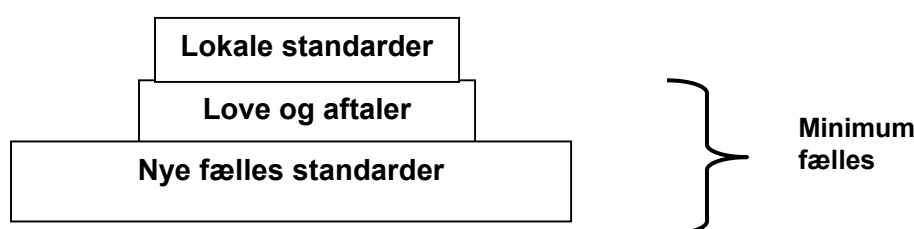
I Leavitt’s model er disse fire variable gensidigt afhængige og endvidere under påvirkning af omgivelserne, som ligger udenfor den nationale models genstandsfelt. Projektgruppen har vurderet teknologi, aktører og strukturer ud fra sygehusvæsenets perspektiv og identificeret en række standardområder, som er beskrevet i 6.2.

Brugen af Leavitt's model i relation til den danske model for kvalitetsvurdering og baggrunden for projektgruppens forslag til de prioriterede standardområder er beskrevet i del B, kap. 5.

4.3 Modellens sammenhæng med love, aftaler og nationale kvalitetsprojekter

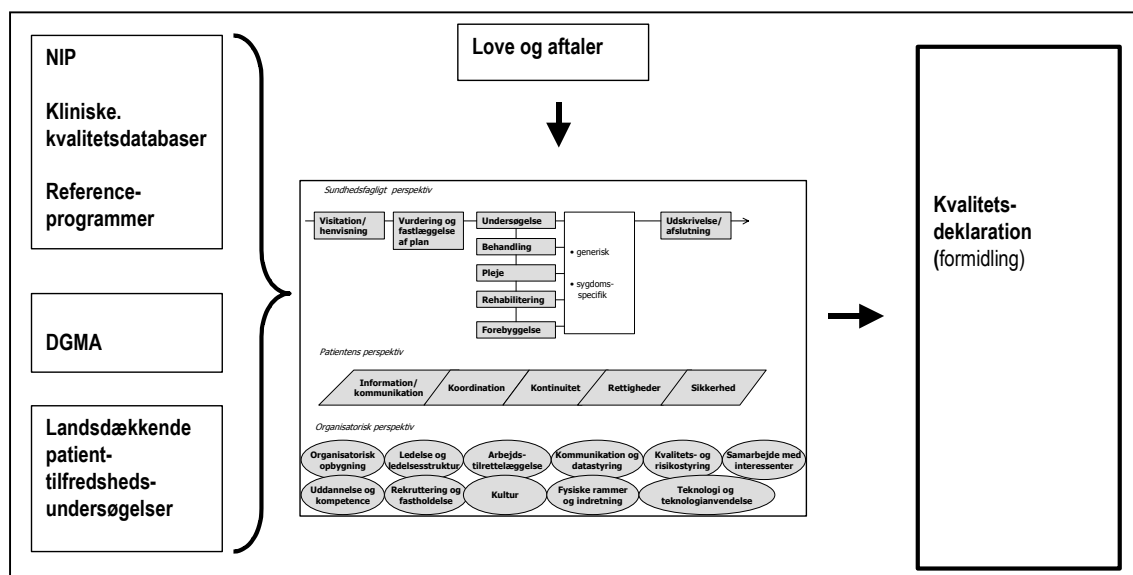
Der er som led i økonomiaftalerne fastlagt fælles servicemål, som alle sygehuse er forpligtede til at leve op. Disse mål er ufravigelige i en national model, der naturligvis også inddrager gældende love og nationale, juridiske regelsæt i øvrigt. Nedenstående figur er således et forsøg på at give udtryk for sammenhængen mellem de standarder, der skal indgå i den samlede nationale model for kvalitetsvurdering:

Figur 4.3.1 Standarder – fælles og lokale



Som omtalt i kapitel 3 pågår der aktuelt seks landsdækkende projekter, som beskæftiger sig med forskellige aspekter af kvalitetsdimensionen. Sammenhængen mellem de øvrige nationale kvalitetsprojekter, love/aftaler og den af projektgruppen beskrevne nationale model kan anskueliggøres som i nedenstående figur.

Fig. 4.3.2 Modellens sammenhæng med øvrige nationale kvalitetsprojekter



De enkelte landsdækkende kvalitetsprojekter omtales i 3.4 og beskrives nærmere i del B, kap. 3. Der er en vis fællesmængde mellem de sygdomsgrupper, som indgår i de forskellige landsdækkende kvalitetsprojekter, der beskæftiger sig med udvikling af indikatorer for den sygdomsspecifikke kvalitet. Dette er illustreret i nedenstående tabel.

	Reference programmer	NIP	Kliniske kvalitets databaser
Apopleksi	(x) planlagt	x	<i>Undervejs</i>
Hoftenære frakturer	x	x	Dansk Hofteregister
Lungecancer		x	Dansk Lungecancer register
Skizofreni		x	Det Nationale Skizofreniprojekt
Akut mave-tarm kirurgi		x	
Galdesten	x		Landsregister af laparoskopisk cholecystectomi (galdeblærekikkertkirurgi)
Hjerteinsufficiens		x	<i>Undervejs</i>
Akut koronarsyndrom	x		Dansk PTCA register (vil indgå i Hjerteregistret) Hjertestopregistret (Kbh.'s Amt)

5. KVALIFICERING AF STANDARDOMRÅDER

Projektgruppen har i kapitel 4 beskrevet en model med tre perspektiver samt forslag til områder, indenfor hvilke der bør beskrives standarder som grundlag for kvalitetsvurdering. Disse standardområder udgør de områder på et sygehus, som skal være i orden, hvis kvaliteten i patientens forløb skal sikres. Desuden er grænseflader til primærsektoren inddraget.

Efterfølgende giver projektgruppen sit bud på, hvilket konkret indhold standardområderne kan have, i det følgende benævnt **konkretiseringer**. Projektgruppen har primært fokuseret på den generiske kvalitet, men stiller endvidere krav til, at standarder for den sygdomsspecifikke kvalitet integreres, når NIP er evalueret.

Standarder ved den generiske kvalitet er overvejende kvantitative og giver en vis rummelighed for organisationen m.h.p. at leve op til standarden. Standarder vedrørende den sygdomsspecifikke kvalitet er typisk kvantitative og fastlægger præcist, hvilket kvalitetsniveau organisationen skal leve op til.

Formulering af standarderne forudsætter en beskrivelse af målsætning (et formål), en standardtitel, et nummer (evt. delstandarder) samt specifikation af standarden. Dette kan ske ved enten "kriterier", "konkretiseringer" eller "målbare elementer". Nedenfor er vist to eksempler på formulering af generiske standarder fra henholdsvis Den Gode Medicinske Afdeling og fra H:S's oversættelse af standarder fra Joint Commission International. Øvrige eksempler er beskrevet i del B, 1.1.

DGMA

Standard 7.2.1 Afdelingen sikrer korrekt ordination af farmakologisk behandling

Formål

At forhindre fejl i forbindelse med ordination af lægemidler.

Delstandarder

7.2.1.1 Enhver ordination skal kunne henføres til en ved CPR-nummer identificeret patient

7.2.1.2. Enhver ordination skal dateres

7.2.1.3. Enhver ordination skal kunne henføres til den ordinerende læge

7.2.1.4. Enhver ordination skal bestå af følgende delelementer

- a) Præparatidentifikation (handelsnavn og evt. generisk navn). Ved magistrelle ordinationer skal *samtlig*e delkomponenter fremgå
- b) Administrationsform
- c) Dosis (styrke, mængde, tidspunkt/interval og hvor det er relevant tillige infusionshastighed)
- d) Fastlæggelse af behandlingsvarighed, herunder seponeringstidspunkt for tidsafgrænset behandling

Kommentar

Af sundhedsstyrelsens vejledning om medicinadministration (X) fremgår det, at den ordinerende læge har ansvar for, at ordinationen er tilstrækkelig udførlig og entydig, således at den person, der skal varetage medicineringen, er i stand til at gennemføre opgaven med sikkerhed. Af vejledningen fremgår tillige lægens forpligtelse til at føre journal, herunder at indføre medicinordinationer i denne. Flere studier, såvel danske som udenlandske, har påpeget manglende præcision og entydighed i forbindelse med ordination (Y-Z).

Joint Commission International

Standard BE.2

Hospitalet har en procedure for at integrere og koordinere den behandling som hver patient får.

Standard BE.2.5

Patientens behandlings- og plejeplan bliver revideret når ændringer i patientens tilstand gør det nødvendigt.

Formålet med BE.2.5

Den planlagte behandlings- og plejeplan for en patient må svare til patientens behov. Disse behov kan ændre sig som resultat af nye oplysninger ved en revurdering (for eksempel abnorme laboratorieresultater eller radiologiske fund) eller blive indlysende fordi patientens tilstand ændrer sig (for eksempel tab af bevidsthed).

Når behovene ændres, ændres patientens behandlings- og plejeplan ligeledes. Ændringerne noteres i patientjournalen som notater til den indledende plan eller fører til en ny plan.

Konkretisering af BE.2.5

Patientens behandlings- og plejeplan ændres når patientens behov ændres.

Projektgruppens bud på konkretiseringer er udarbejdet af to underarbejdsgrupper på baggrund af en kritisk vurdering af væsentlige elementer, som bør udmøntes i egentlige standarder. Arbejdsgrupperne har samtidig vurderet, om der eksisterer standarder nationalt eller internationalt, som meningsfyldt vil kunne give indhold til de foreslåede standardområder. Eksemplerne er søgt dels i de nationale kvalitets-projekter, dels i standardsæt fra de internationale akkrediteringsorganisationer, som er beskrevet del B, 1.1.

Projektgruppens konklusion på dette arbejde er,:

- at der i vidt omfang findes standarder nationalt og internationalt, som opfylder internationale krav til generiske standarder og som meningsfyldt vil kunne appliceres til den foreslåede nationale model

Projektgruppen finder, at resultatet af arbejdsgruppernes arbejde kan udgøre et kvalificeret udgangspunkt i det videre arbejde med en national model.

Det endelige valg af standarder bør være resultat af en proces, der i højere grad følger ALPHA-principper (del B, 6.1), herunder principper for inddragelse af alle relevante interessenter.

5.1 Inddragelse af gældende love og aftaler

Lovgivningen stiller krav, som sygehusene skal forholde sig til og som derfor må afspejles i de standarder, der skal indgå i en national model. Det drejer sig f.eks. om, at plan for genoptræning skal foreligge inden udskrivelsen. På tilsvarende vis stilles i patientrettighedslovgivningen krav til, hvilken information patienter og pårørende skal modtage og hvordan informationen skal gives. Andre love stiller krav til arbejdsmiljø, brandsikkerhed m.v.

Nedenfor er angivet de mål fra de seneste års økonomaftaler, som vedrører kvalitet og som projektgruppen finder bør integreres i den nationale model for kvalitetsvurdering. Det drejer sig om:

Økonomaftalernes mål vedr. 'visitation/henvisning'

- Patienter med livstruende sygdomme behandles efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger
- Ikke-akutte patienter skal have besked fra sygehuset om tid og sted for undersøgelse/behandling senest 8 hverdage efter henvisning fra egen læge
- Mindst 85% af alle patienter - som det er klinisk relevant for - skal tilbydes forundersøgelse inden for 4 uger fra henvisning
- Mindst 85% af de ikke-akutte kirurgiske heldøgnspatienter skal tilbydes behandling inden 3 måneder fra henvisning

Økonomiaftalernes mål vedr. 'vurdering og fastlæggelse af plan'

- Alle patienter på medicinske afdelinger skal have lagt en undersøgelses- og evt. behandlings- og plejeplan inden for det første døgn

Økonomiaftalernes mål vedr. 'koordination'

- At alle indlagte patienter skal som fast rutine have tilknyttet en sundhedsfaglig kontaktperson, der er ansvarlig for koordination af indlæggelsesforløbet og information til patienten

Økonomiaftalernes mål vedr. 'samarbejde med interessenter'

- For alle landets sygehuse offentliggøres 1) Indikatorer for den kliniske kvalitet, der er alment forståelige, 2) De enkelte sygehuses servicemål, 3) Ventetider, 4) Patienternes tilfredshed med de enkelte sygehuse og 5) Evalueringscenterets undersøgelser af de enkelte sygehuse.
- 95% af alle patienter, der er blevet henvist til et sygehus, skal kende til frit sygehusvalg

5.2 Konkretisering af standardområderne

Projektgruppens forslag omhandler i det følgende primært den generiske kvalitet relateret til modellens tre perspektiver:

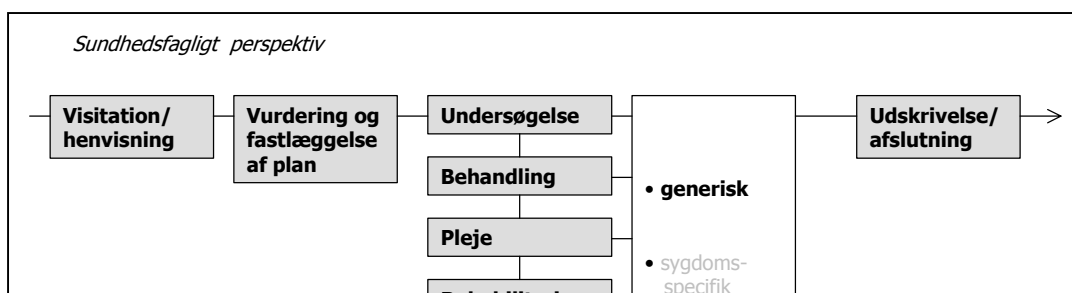
- det sundhedsfaglige perspektiv
- patientens perspektiv
- det organisatoriske perspektiv

For de udvalgte eksempler på eksisterende standarder er angivet oprindelsessted, som følger:

ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
ANAES	Agence Nationale d'Accreditation et d'Education en Santé
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
DGMA	Den Gode Medicinske Afdeling
JCI	Joint Commission International
HQS	Health Quality Services
Scotland	Scotland Board of Health
VIPS	Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed
ANCC	The Magnetic Nursing Services Recognition Program

5.21. Konkretisering af standardområder vedrørende det sundhedsfaglige perspektiv

Følgende standardområder (et standardområde er lig en "kasse") indgår i modellen vedrørende det sundhedsfaglige perspektiv for den **generiske indsats**:



Visitation/henvisning

- Retningslinier for visitation er tilgængelige for henvisende instans.
- Det sikres, at alle for visitationen relevante oplysninger findes i henvisningen.
- Der er retningslinier for overflytning, viderehenvisning og at disse implementeres.
- Patienten har adgang til ydelser på basis af deres konstaterede helbredsmæssige behov, egne ønsker og sundhedsvæsenets formål og resurser.
- Patienterne er informerede om mulighed for sygehusvalg.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Patienten har adgang til ydelser på basis af deres konstaterede helbredsmæssige behov og sundhedsvæsenets formål og resurser (JCI)*
- *The entry processes meet patient / consumer need and are supported by effective systems and a suitable environment (ACHS)*
- *Information required before entry is documented and provided to relevant people (ACHS)*
- *The health care organization has a policy on arrival of patients and their cares (ANAES)*
- *Referral guidelines jointly agreed between primary and secondary care are used for patients suspected of having cancer (Scotland)*

Vurdering og fastlæggelse af plan

- Der sikres rettidig og faglig vurdering, som opfylder patientens behov
- På baggrund af den initiale vurdering opstilles en arbejdsdiagnose og en plan for undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse. Denne dokumenteres.
- Planen revurderes ved fremkomst af undersøgelsesresultater, ved ændring i patientens tilstand og ved ændring i arbejdsdiagnose.
- I planen indgår anvendelse af relevante kliniske retningslinier iht. arbejdsdiagnose og evt. afvigelser fra de kliniske retningslinier beskrives.
- Vurderinger og revurderinger gennemføres af kvalificeret personale.
- Patienten inddrages i beslutninger vedrørende aktiviteter i planen.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Senest 24 timer efter indlæggelse er patienten vurderet og der foreligger en tværfaglig plan (DGMA)*
- *Planen indbefatter vurdering af relevante problemstillinger, arbejdsdiagnoser, observationer, undersøgelser, behandling og pleje samt skøn over indlæggelsesvarighed (DGMA)*
- *I planen indgår anvendelse af de i afdelingen foreliggende kliniske retningslinier, der er relevante iht. Patientens arbejdsdiagnoser (DGMA)*
- *Planen revurderes ved fremkomst af undersøgelsesresultater, ved betydelige ændringer i patientens tilstand og ved ændring i diagnose (DGMA)*
- *A coordinated plan of care with goals is developed by the health care team in partnership with the patient / consumer and carer (ACHS)*
- *Den indledende vurdering identificerer patientens behov for behandling og pleje (JCI)*
- *Kvalificerede personer udfører vurderinger og revurderinger (JCI)*
- *Alle patienter revurderes med hensigtsmæssige mellemrum for at vurdere effekten af behandlingen og for at planlægge fortsat behandling eller udskrivelse (JCI)*
- *The team has an appropriate and integrated service plan for each client (CCHSA)*
- *Alle patienter får vurderet deres behov og præferencer. Disse afspejles i behandlings- og plejeplaner, som følges og evalueres. Behandling og pleje baseres på patienten/brugeren, der involveres i alle aspekter af processen (HQS)*

Undersøgelse

- Det sikres, at foreliggende kliniske retningslinier for undersøgelse følges.
- Undersøgelser og tolkning af undersøgelsesresultater varetages af personale med de rigtige kvalifikationer/kompetencer.
- Planlagte såvel som gennemførte undersøgelser dokumenteres.
- Der foreligger definerede processer for levering af undersøgelsesresultater, opbevaring af tidligere undersøgelsesresultater og tidsfrister herfor.
- Det sikres, at standarder og indikatorer udviklet i NIP implementeres.
- Landsdækkende referenceprogrammer danner grundlag for patientforløb og kliniske retningslinier.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Kliniske og parakliniske undersøgelsesresultater foreligger med kortest mulig ventetid (DGMA)*
- *Health professionals in the medical imaging or functional investigation sectors and the clinical activity sectors work together in formulating their operational procedures (ANAES)*
- *The team delivers safe, efficient, and effective service (CCHSA)*
- *All patients receive same and effective clinical treatment based on available evidence (Scotland)*

Behandling

- Det sikres, at foreliggende kliniske retningslinier for behandling følges.
- Behandling varetages af personale med de rigtige kvalifikationer/kompetencer.
- Planlagt såvel som udført behandling og resultatet heraf dokumenteres.
- Det sikres, at udlevering/administration af lægemidler sker til rette person, på rette tidspunkt, i rette dosis og at dette dokumenteres.
- Der gennemføres regelmæssige audit m.h.p. at vurdere, om der gives rette behandling, der opfylder patientens behov og at denne ydes rettidigt.
- Det sikres, at standarder og indikatorer udviklet i NIP implementeres.
- Landsdækkende referenceprogrammer danner grundlag for patientforløb og kliniske retningslinier.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Afdelingen sikrer korrekt ordination af farmakologisk behandling (DGMA)*
- *Afdelingen sikrer korrekt dokumentation af medicinordinationer (DGMA)*
- *Afdelingen anvender kun et ordinationssystem, alternativt sikrer afdelingen at enhver ordination optræder med fuld overensstemmelse i journal og medicinkardex (DGMA).*
- *Afdelingen sikrer overensstemmelse mellem den ordinerede og den ophældte medicin (DGMA)*
- *Afdelingen sikrer, at udlevering/administration af medicin sker til rette person, på rette tidspunkt, i rette dosis og form (DGMA)*
- *Afdelingen sikrer, at medicineringsfejl registreres (DGMA)*
- *Kliniske retningslinjer anvendes som vejledning i behandlingen af patienten hvis de foreligger og er godkendt (JCI)*
- *Care delivered in accordance with evidence based clinical guidelines produces better outcomes for patients (Scotland)*

Pleje

- Det sikres, at foreliggende retningslinier for pleje følges.
- Patientens behov for pleje identificeres, relevante aktiviteter iværksættes og plejen dokumenteres.
- Plejen varetages af personale med de rigtige kvalifikationer/kompetencer.
- Det sikres, at standarder og indikatorer udviklet i NIP implementeres.
- Landsdækkende referenceprogrammer danner grundlag for patientforløb og kliniske retningslinier.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Dokumentationen beskriver patientens særlige ønsker og hensyn til patientens personlige værdier og overbevisninger, samt patientens og evt. pårørendes involvering i beslutninger vedrørende pleje (VIPS)*
- *Develops, maintains and evaluate a format for documentation of nursing diagnosis that facilitates development of a client centered plan of care and determination of desired outcomes (ANCC)*
- *Fosters establishment and continuous improvement of clinical guidelines linked to client outcomes that provide direction for continuity of care and are attainable with available resources (ANCC)*
- *Patientens har en individuel og aktuel plan for sygeplejen. Patientens accept af denne er dokumenteret (VIPS)*
- *Dokumentationen understøtter kontinuiteten i patientens plejeforløb. Sygeplejens resultat evalueres og indeholder udover kontaktpersonens også patientens vurdering, hvor det er relevant (VIPS)*
- *Der foreligger skriftlige daterede ,dokumenterede procedurebeskrivelser, som er reviderede indenfor de seneste tre år og som definerer sygeplejepersonalets ansvarsområder og virksomhed, også omfattende studerende og elever med hensyn til regler for medicinhåndtering og information af patienter og pårørende (HQS)*
- *Efterlevelsen af de kliniske retningslinier og tilhørende patientforløb kontrolleres for at sikre, at patienterne modtager pleje i overensstemmelse med de kliniske retningslinier (HQS)*

Rehabilitering

- Det sikres, at rehabilitering sker efter evidensbaserede kliniske retningslinier og at denne systematisk dokumenteres.
- Patientens behov for rehabilitering identificeres og dokumenteres. Relevante aktiviteter igangsættes.
- For patienter med fortsat genoptræningsbehov opstilles i samarbejde med patienten en genoptræningsplan i henhold til gældende lovgivning.
- Rehabiliteringen udføres af personale med de rigtige kvalifikationer
- Patienter tilbydes rådgivning med det formål at understøtte deres mestrings kompetencer
- Det sikres, at standarder og indikatorer udviklet i NIP implementeres.
- Landsdækkende referenceprogrammer danner grundlag for patientforløb og kliniske retningslinier.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Prioriteringen af patientens behov for forebyggende, palliative, kurative og genoptræningsmæssige ydelser er baseret på patientens tilstand ved ankomst. (JCI)*
- *Hospitalet samarbejder med primærsektor for at sikre en rettidig og hensigtsmæssig viderehenvisning (JCI)*

Forebyggelse

Det bemærkes, at der aktuelt i Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark pågår et arbejde med beskrivelse af standarder på forebyggelse og sundhedsfremme. Dette sker i samarbejde med WHO's Network of Health Promoting Hospitals.

- Det sikres, at evidensbaserede kliniske retningslinier for forebyggelse implementeres systematisk.
- Der foretages i alle patientforløb en systematisk identifikation og dokumentation af tilstedeværelse af risikofaktorer (tobak, alkohol, ernæring, motion og sociale forhold) med betydning for udvikling af sygdom generelt samt betydning for komplikationer i forbindelse med behandling og forløb af aktuelle sygdom.
- Patienter tilbydes rådgivning om risikofaktorerens betydning for aktuelle sygdom og resultat af planlagt behandling og rådgivningen følges op med tilbud om forebyggelsesaktiviteter, der modsvarer patientens behov.
- Der etableres systematiske tilbud om forebyggelsesaktiviteter rettet mod afgrænsede patientgrupper og tilpasset deres specifikke behov.
- Det sikres, at standarder og indikatorer udviklet i NIP implementeres.
- Landsdækkende referenceprogrammer danner grundlag for patientforløb og kliniske retningslinier.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Patienter som er i ernæringsmæssig risiko, får ernæringsterapi (JCI)*
- *Hospitalet samarbejder med relevante områder i primærsektoren for at fremme sundhed og forebygge sygdom ved hjælp af information og vejledning (JCI)*
- *Prioriteringen af patientens behov for forebyggende, palliative, kurative og genoptræningsmæssige ydelser er baseret på patientens tilstand ved ankomst. (JCI)*
- *The team, working with the community, promotes health, prevents or detects health problems early, and maximizes the well-being of those it serves (CCHSA)*
- *Afdelingen har foretaget en vurdering af risikofaktorer i forbindelse med den ydede behandling og pleje inden for de forløbne 12 måneder og registreret resultaterne. (HQS)*
- *Hospitalet gennemfører individuelle indledende vurderinger tilpasset specielt patientgrupper (herunder patienter som mistænkes for stof- og alkoholafhængighed) (JCI)*

Udskrivelse/afslutning

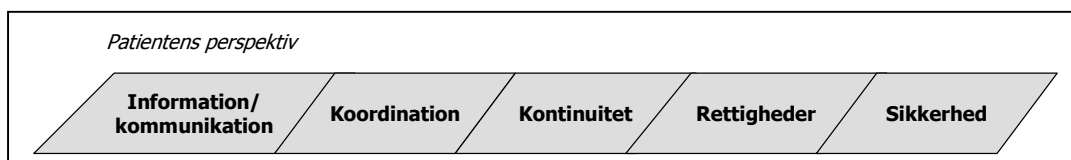
- Der foreligger en skriftlig tværfaglig plan for udskrivning og efterforløb.
- Alle relevante aktører inddrages med henblik på at sikre kontinuitet og koordinering i forløbet.
- Der sikres videreformidling af dokumentation og oplysninger til relevante modtagende/opfølgende instanser og at dette sker rettidigt.
- Patienten medgives skriftlig konklusion på indlæggelsen og evt. plan for behandlingens videreførelse.
- Der foreligger retningslinier for kontrol og opfølgning efter udskrivelse for væsentlige patientgrupper.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Afdelingen anvender tværsektorielt udarbejdede retningslinier for udskrivelse af patienter (DGMA)*
- *Tværfaglig planlægning af udskrivelsen foretages så tidligt som muligt under indlæggelsen (DGMA)*
- *Afdelingen sikrer, at læger i primærsektoren modtager relevante oplysninger om patientens ved udskrivelsen (DGMA)*
- *Krav og forventninger til eventuelt overtagende sundhedsfaglige personer skal klart fremgå af epikrisen (DGMA)*
- *Afdelingen sikrer, at plejepersonalet i primærsektoren modtager relevante oplysninger om patientens ved udskrivelsen (DGMA)*
- *Epikrisen skal udsendes ved udskrivelsen (DGMA)*
- *Der er en standardprocedure for hensigtsmæssig viderehenvvisning og/eller udskrivelse af patienter (JCI)*
- *Hospitalet samarbejder med primærsektor for at sikre en rettidig og hensigtsmæssig viderehenvisning (JCI)*
- *The patients discharge is planned and coordinated (ANAES)*
- *Care is integrated between the organization and other relevant services in the community to ensure the needs of the patient /consumer are met (ACHS)*
- *After transition or end of service, the clients' ongoing needs are met and continuity of service is maintained (CCHSA).*
- *Ethvert patientforløb afsluttes af en sygeplejeeepikrise som tilbydes til patienten og videregives efter samtykke til relevante fagpersoner (VIPS)*
- *Der foreligger daterede, dokumenterede procedurebeskrivelser, som er nedskrevet og revideret indenfor de seneste tre år for udskrivelse fra afdelingen, som er i overensstemmelse med politikken for udskrivelse (HQS)*

5.22. Kvalificering af standardområder vedrørende patientens perspektiv

Følgende standardområder (et standardområde er lig en "rombe") indgår i modellen vedrørende patientens perspektiv:



Information/kommunikation

- Patienten informeres løbende om planlagt undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse. Informationen er forståelig, tilstrækkelig og entydig.
- Det sikres, at patientens integritet overholdes, og at patienten medinddrages i beslutning omkring forløb.
- Den givne information dokumenteres og det sikres at informationen er forstået.
- Informationsveje og informationspraksis er etableret såvel indenfor som på tværs af sektorer.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Patienten skal løbende informeres og rådgives om planlagte undersøgelser, behandling, og pleje, forventet resultat af indlæggelsen og forventet indlæggelsesvarighed (DGMA)*
- *Afdelingen sikrer at patientens får forståelig, tilstrækkelig og entydig mundtlig information om undersøgelse, behandling og pleje (DGMA)*
- *Den mundtlige information skal gives under hensyn til patientens situation, tid og sted (DGMA)*
- *Den mundtlige information skal udgøre tilstrækkelig grundlag for afgivelse af et informeret samtykke (DGMA)*
- *Der foreligger skriftlige informationer om afdelingens hyppigste sygdomsdiagnoser, undersøgelser og behandling (DGMA)*
- *Patienter og pårørende informeres og vejledes så de kan deltage i beslutninger om behandling og pleje i hele forløbet (JCI)*
- *Vejledning og træning understøtter patienters vedvarende sundhedsbehov (JCI)*
- *The team gives its clients and families all the relevant information about its services (CCHSA)*
- *All services respond to patient's needs and preferences. Patients are involved in decisions about their own care through effective two-way communication and information sharing (Scotland)*
- *Den individuelle pleje og behandlingsplan udarbejdes i et format, som forklares til patienten/brugeren og den pårørende, hvor dette er relevant (HQS)*

Koordination

- Der sikres koordinering af aktiviteter vedrørende patientens forløb indenfor organisationen såvel som over sektorgrænser.
- Der sikres kontinuitet i aktiviteterne i patientens forløb med henblik på, at patienten oplever dette som sammenhængende.
- Alle patienter tildeles en sundhedsfaglig kontaktperson, der er ansvarlig for koordination af indlæggelsesforløb.
- Retningslinjer for hensigtsmæssig overflytning, viderehenvielse og/eller udskrivelse af patienter foreligger.
- Der er opstillet krav til maksimale ventetider for akutte og ikke-akutte undersøgelser vedrørende ventetid såvel intern som på tværs af sektorer.
- Eventuelle koordinationsbrist følges, og registreres og dokumentation anvendes til optimering af patientens forløb.
- Ved skift af afdelings-, hospitals- og sektorgrænse skal patienten kende sted og tidspunkt for næste behandling før patienten forlader forrige behandlingssted.

Eksempler på eksisterende standarder

- *The teams' services are integrated and coordinated to ensure continuity of service for the population it serves (CCHSA)*
- *Patients care is coordinated within the various clinical activity sectors (ANAES)*
- *Der er en standardprocedure for hensigtsmæssig viderehenvielse og/eller udskrivelse af patienter (JCI)*
- *Der eksisterer retningslinjer for hensigtsmæssig overflytning af patienter til en anden enhed for at imødekomme patientens videre behandlingsbehov (JCI)*
- *Patienter har et planlagt program ved udskrivelsen fra en afdeling, som sikrer kontinuitet (HQS)*

Kontinuitet

- Der sikres kontinuitet blandt de sundhedsfaglige personer, som har kontakt med patienten.
- Der sikres kontinuitet i patient læge relationen.

- Den ansvarlige læge er identificeret for patienten.
- Den, de personer, der er ansvarlige for plejen er identificerede for patienten.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Hospitalet udarbejder og anvender retningslinier der sikrer kontinuitet i patientforløbet inden for hospitalet (og i forhold til andre hospitaler) og i koordineringen mellem sundhedspersonale (JCI)*
- *Hospitalet har udpeget en kvalificeret sundhedsfaglig person, som under hele indlæggelsesforløbet er ansvarlig for at koordinere patientens behandling og pleje (kontaktperson) (JCI)*
- *Patients are aware of named clinician responsible for any given part of their journey (Skotland)*
- *Continuity of care is ensured (ANAES)*

Rettigheder

- Den kliniske indsats varetages med respekt for patientens integritet og rettigheder.
- Patienten er bekendt med risici ved undersøgelse og behandling.
- Der foreligger retningslinier, der sikrer, at patienten er bekendt med egne rettigheder, herunder rettigheder i forbindelse med klage og erstatning.
- Der foreligger retningslinier for indhentning og dokumentation af informeret samtykke i henhold til lovgivning.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Hospitalet er ansvarlig for at der findes procedurer der understøtter patientens rettigheder under behandlingsforløbet (JCI)*
- *Personalet er uddannet i at identificere patienternes værdier og overbevisninger og i at beskytte patienternes rettigheder (JCI)*
- *Informeret patientsamtykke opnås gennem en proces som er defineret af afdelingen og som forestås af uddannet sundhedspersonale (JCI)*
- *The team protects and promotes the rights of its clients and families (CCHSA)*
- *Patients are given clear understandable and appropriate information about their care and condition (ANAES)*
- *There is a specific system for dealing with complaints made by patients (ANAES)*
- *The patients privacy personal dignity and liberty are respected throughout their stay or consultation (ANAES)*
- *Throughout their care, patients/consumers are informed of their rights and responsibilities (ACHS)*
- *Rettigheder for alle patienter/brugere, uanset alder, handicap, race, religion, køn eller seksuel orientering anerkendes, respekteres og overholdes af alle ansatte involveret i deres behandling eller pleje (HQS)*

Sikkerhed

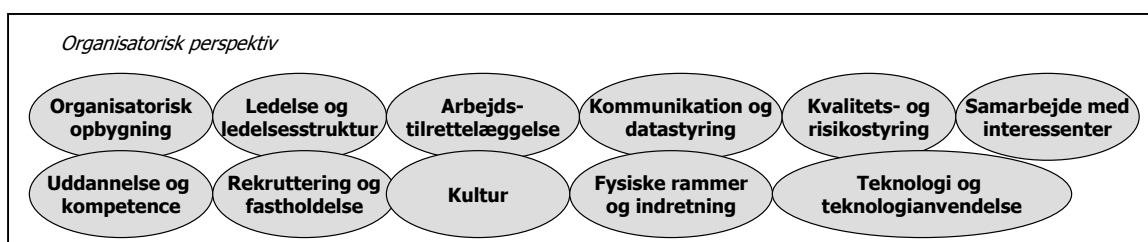
- Indsatsen overfor patienten foregår i sikre og trygge rammer.
- Der foreligger en plan for vedligeholdelse af bygninger og materiel, som sikrer et rent og sikkert miljø.
- Det samlede medicineringsforløb overvåges.
- Der foreligger en plan for forebyggelse og overvågning af infektioner og denne overholdes.
- Der foreligger en plan for brandforebyggelse og denne overholdes.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Hospitalet har ansvaret for at de fysiske omgivelser udgør en sikker og tryk ramme for al aktivitet. Hospitalet planlægger og implementerer et program for administration af hospitalets bygninger og arealer (JCI)*
- *Hospitalet har en plan for opgørelse af, håndtering, opbevaring og anvendelse af farlige materialer samt for kontrol med og fjernelse af farlige materialer og affald (JCI)*
- *En eller flere kvalificerede personer gøres ansvarlige for planlægningen og implementeringen af et program med henblik på at tilvejebringe sikre og effektive forhold (JCI)*
- *The authorities and professionals concerned are involved in establishing and implementing an infection control policy (ANAES)*
- *The infection control program is operated by competent professionals (ANAES)*
- *The infection control programs includes monitoring (ANAES)*
- *The infection control program includes preventive action (ANAES)*
- *A comprehensive maintenance program ensures a clean, safe environment (ACHS)*
- *Effective prevention and control of infection are demonstrated through a systematic, organizations wide approach (ACHS)*
- *The team delivers safe, efficient, and effective service (CCHSA)*
- *There is a risk prevention program (ANAES)*

5.23. Kvalificering af standardområder vedrørende det organisatoriske perspektiv

Følgende standardområder (et standardområde er lig en "cirkel") indgår i modellen vedrørende det organisatoriske perspektiv:



Organisatorisk opbygning

- Organisationens struktur er beskrevet.
- Ansvars og kompetencefordeling er fastlagt.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Lægelige, sygeplejefaglige og andre kliniske ledere planlægger og gennemfører en effektiv organisationsstruktur for at understøtte deres ansvar og opgaver (JCI)*
- *Der foreligger en opdateret organisationsplan for afdelingen (HQS)*

Ledelse og ledelsesstruktur

- Organisationen har beskrevet en plan for strategisk planlægning, personale ledelse, faglig ledelse og resultatstyring.

- Organisationens ledere er identificerede og deres ansvarsområder definerede. Lederne er i fællesskab ansvarlige for at fastlægge målsætning og igangsætte handlinger, der sikre at målsætningen nås.
- Organisationens ledelse er ansvarlig for drift og at overholde gældende love og regler.

Eksempler på eksisterende standarder

- *A culture of improving performance, consistent with the organizational values and goals exists throughout the organizations with leadership and direction from the governing body, chief executive and managers (ACHS)*
- *Hospitalsdirektionen er ansvarlig for hospitalets daglige drift og for at overholde gældende love og regler (JCI)*
- *The organization is effectively and efficiently governed and managed according to its values and goals to ensure quality care is provided (ACHS)*
- *The financial and budget contribute to achieve goals of the health care organization (ANAES)*
- *En eller flere kvalificerede personer står for ledelsen af hver afdeling på hospitalet (JCI).*
- *Organisationen tilrettelægger nye systemer og processer i overensstemmelse med principperne for kvalitetsudvikling (JCI).*
- *Organisationens ledere identificerer målbare parametre (indikatorer) med henblik på at overvåge de kliniske og administrative strukturer, processer og resultater (JCI).*
- *The health care organization has a development plan or a strategy statement (ANAES)*
- *Afdelingsledelsens forpligtelser omfatter: udvikling og implementering af handlingsplaner og procedurer med det formål at opfylde afdelings målsætning (HQS)*

Arbejdstilrettelæggelse

- Ledelsen sikrer en arbejdstilrettelæggelse, der afspejler patientlogistik og nationale ventetids mål.
- Ledelsen tilstræber fleksibilitet i arbejdstilrettelæggelsen på tværs af faggrænser med det formål at sikre god kvalitet i hver enkelt patientforløb.
- Ledelsen sikrer en normering, der matcher og sikrer gennemførelse af de aktiviteter, og mål, som indgår i organisationens målsætning.

Eksempler på eksisterende standarder

- *The position and role of professionals are identified. The head of the activity sector determines the objectives to be achieved and participates actively in initiatives to improve quality (ANAES)*
- *Each activity sector monitors and assesses its resources (ANAES)*
- *De kliniske og administrative ledere fastlægger i samarbejde en normeringsplan for hospitalets personale, faggrupper og kvalifikationer (JCI)*
- *Human resources planning ensures the organization is staffed to fulfill its role and achieve its values and goals (ACHS)*
- *Ansvars- funktions- og arbejdsområde skal være klart defineret, også for personale under uddannelse og for studerende (HQS)*

Kommunikation og datastyring

- Der foreligger en organisationsomfattende strategi for kommunikation og IT og den er implementeret.
- Der sikres løbende overvågning af data i patientjournaler i henhold til retningslinier herfor.
- Ledelsen udvælger og anvender aggregerede data til brug for kvalitetsstyring og ledelse.
- Der foreligger retningslinier for opbevaring af data i henhold til gældende lovgivning.

Eksempler på eksisterende standarder

- *The organization's information management processes meet current and future information needs, and enhance its performance (CCHSA)*
- *The organization regularly evaluates and improves information management processes to achieve the best possible results (CCHSA)*
- *The organization collects and reports relevant data and information in a way that is timely, efficient, accurate, and complete (CCHSA).*
- *Keeping data and information confidential and secure (CCHSA)*
- *Organisationen planlægger og implementerer procedurer for at imødekomme behovet for information hos alle, der udfører klinisk arbejde, ledelserne og de personer/organisationer uden for organisationen som har behov for data og information (JCI)*
- *Aggregerede data og information understøtter patientbehandling og pleje samt ledelses- og kvalitetsstyringssystemer (JCI)*
- *Information technology enhance the organizations ability to meet its information management goals (ACHS)*
- *Patient / consumer care, management of services, education and research are facilitated by the collection and aggregation of data (ACHS)*
- *The keeping of patients records is an essential part of a reliable information management system (ANAES)*
- *Der findes et dateret, dokumenteret informations- og IT strategi for sygehuset. (HQS)*

Kvalitets- og risikostyring

- Der foreligger en opdateret plan for kvalitets- og risikostyring og for at processer udføres i henhold til denne plan.
- Der foreligger og anvendes retningslinier for klinisk og organisatorisk indsats på områder forbundet med høj risiko og for hyppige og/eller alvorlige sygdomme.
- Der overvåges med indikatorer klinisk og organisatorisk indsats på områder forbundet med høj risiko og for hyppige og/eller alvorlige sygdomme.
- Det sikres, at der foreligger retningslinier for løbende registrering af data, m.h.p. at overvåge effekten af undersøgelse, behandling, pleje, rehabilitering og forebyggelse.
- Der gennemføres intern audit med fastlagte intervaller i henhold til plan for kvalitetsovervågning.
- Ledelsen har kendskab til når uventet skadevoldende hændelse eller næsten hændelse med alvorlig betydning for patientens helbredstilstand finder sted i organisationen.
- Ledelsen sikrer, at en alvorlig skadevoldende hændelse eller næsten-hændelse udløser en årsagsanalyse, der fokuserer på arbejdsprocesser og strukturer i organisationen og at viden herfra medfører relevant ændring i struktur og arbejdsprocesser.
- Vurderingen af patientsikkerhed indgår som et centralt element i forbindelse med indførelse af nye eller ændring af eksisterende arbejdsprocesser.
- Der indrapporteres løbende til alle relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser.

Eksempler på eksisterende standarder

- *The health care organisation initiates, leads and maintains a quality policy based on quality management and risk prevention (ANAES)*
- *De ansvarlige for at lede deltager i planlægning og overvågning af et program for kvalitetsstyring og kvalitetsudvikling (JCI).*
- *De ansvarlige tilrettelægger nye systemer og processer i overensstemmelse med principperne for kvalitetsudvikling (JCI)*
- *Der foreligger en skriftlig plan for kvalitetsstyring (JCI)*
- *Den administrative overvågning omfatter data til kontrol og forebyggelse af hændelser der vedrører sikkerheden for patienter, pårørende og personale (JCI)*
- *Data vurderes indgående når en uventet hændelse, en uønsket tendens eller variation forekommer (JCI)*
- *There is a quality management process in place which takes account of customers needs (ANAES)*
- *Quality management makes it possible to control processes, jobs and documentation (ANAES)*
- *Et medlem af sygehusledelsen er ansvarlig for risikostyring på hele sygehuset (HQS)*
- *The health care organization initiates leads and maintains a quality policy based on quality management and risk prevention (ANAES)*
- *There is a quality management process in place which takes account of customers needs (ANAES)*
- *Quality management makes it possible to control processes, jobs and documentation (ANAES)*
- *The effectiveness of the quality management and the risk prevention programmed is evaluated (ANAES)*
- *The organization is effectively and efficiently governed and managed according to its values and goals to ensure quality care is provided (ACHS)*
- *A culture of improving performance, consistent with the organizational values and goals exists throughout the organizations with leadership and direction from the governing body, chief executive and managers (ACHS)*
- *afdelingens omgivelser, faciliteter og udstyr skal sikre en sikker og effektiv pleje af patient/burger og af personalet (HQS)*
- *The health care team evaluates the effectiveness and efficiency of care delivered by the patient (ACHS)*
- *The team monitors and improves the quality and its services to achieve the best possible outcomes (CCHSA)*
- *The team's clients achieve their set goals and expected results (CCHSA)*
- *Der foreligger et nedskrevet program til klinisk audit i afdelingen, som er i overensstemmelse med organisationens prioriteringer for kvalitetsområdet (HQS)*

Uddannelse og kompetence

- Der foreligger stillings- og funktionsbeskrivelser og de revurderes løbende.
- Ledelsen udformer og sikrer efterlevelse af personale- og uddannelsespolitikker.
- Ledelsen sikrer, at patienternes behov varetages af kvalificeret personale.
- Der foreligger procedurer, som sikrer at medarbejdernes kompetencer vedligeholdes og udvikles.
- Medarbejderudviklingen følges gennem regelmæssigt fastlagte medarbejdersamtaler.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Hver medarbejder får løbende intern eller anden uddannelse og træning for at vedligeholde eller øge færdigheder og viden (JCI)*
- *Hospitalet har en effektiv procedure for at samle, verificere og vurdere formelle kvalifikationer (autorisation, uddannelse, oplæring og erfaring) for det lægelige personale (JCI)*
- *Hospitalet anvender en fastlagt fremgangsmåde for at sikre at medarbejdernes viden og færdigheder svarer til patienternes behov (JCI).*
- *Hver medarbejder får løbende intern eller anden uddannelse og træning for at vedligeholde eller øge færdigheder og viden (JCI)*
- *Hospitalet har en effektiv procedure for at fastlægge ansvarsområder og for at tildele kliniske arbejdsopgaver på grundlag af det autoriserede sundhedspersonales kvalifikationer samt gældende regler og forskrifter (JCI)*
- *A comprehensive program of staff training and development meets individual and organizational needs (ACHS)*
- *The organization regularly evaluates and improves human resources processes to achieve the desired results (CCHSA)*
- *There are procedures for the assessment of the staff at specified intervals (ANAES)*
- *There are continuous education programmes to improve staff skill levels (ANAES)*
- *Collaborates in the design and improvement of systems and the identification of resources that assure interventions are safe, effective, efficient, and culturally competent (ANCC)*
- *Advocates for educational opportunities for staff specific to current interventions, available technologies, or other skills to enhance ability to promote quality in health care delivery (ANCC)*
- *The Nurse Administrator systematically evaluates the quality and effectiveness of nursing practice and nursing services administration (ANCC)*
- *Facilitates the participation of staff in the systematic, Interdisciplinary, and ongoing evaluation of programs, processes, and desired client-centered outcomes (ANCC)*
- *Hver overlæge og hver læge under uddannelse har en stillingsbeskrivelse (HQS).*
- *Alle funktionsbeskrivelser gennemgås en gang om året (HQS)*

Samarbejde med interessenter

- Ledelsen identificerer interessenter (patienter, pårørende, primær sektor, patientforeninger) og udfærdiger en plan for samarbejde hermed.

Eksempler på eksisterende standarder

- *The organization has broad and meaningful linkages and partnerships with organizations and the community (CCHSA)*
- *Sygehusets patienter inddrages aktivt i udviklingen, overvågningen og evalueringen af de ydelser, de modtager. (HQS)*

Rekruttering og fastholdelse

- Der er udformet skriftlige ansættelsesprocedurer og disse følges.
- Der foreligger gældende autorisationer/dokumentation af uddannelse/videreuddannelse for alt relevant personale.
- Ledelsen sikrer, at der gennemføres relevant introduktion af nyt personale til målsætning, politikker, arbejdsopgaver og kultur.
- Ledelsen sikrer en medarbejderudvikling gennem uddannelsesprogrammer, arbejdsopgaver, supervision m.v., der opfylder den enkeltes og organisationens behov.
- Ledelsen definerer sammensætning af personalet iht. patientens behov.

Eksempler på eksisterende standarder

- *Hospitalets ledelse definerer hvilke ønsker den har til alle medarbejderes uddannelse, færdigheder og viden samt hvilke andre krav der skal stilles til medarbejderne (JCI)*
- *Hospitalets ledelse udvikler og implementerer procedurer for rekruttering, ansættelse og evaluering af medarbejderne (JCI)*
- *Lægelige, sygeplejefaglige og andre kliniske ledere planlægger og gennemfører en effektiv organisationsstruktur for at understøtte deres ansvar og opgaver (JCI)*
- *The organization appoints staff through a recruitment selection and appointment procedure that complies with statutory requirements and is consistent with the organisations human resources policy (ACHS)*
- *A comprehensive program of staff training and development meets individual and organisational needs (ACHS)*
- *There are procedures for the induction and integration of professionals and trainees (ANAES)*
- *There are procedures for the assessment of the staff at specified intervals (ANAES)*

Kultur

- Der foreligger beskrivelse af organisationens værdigrundlag. Det sikres, at medarbejderne kender til dette, og at aktiviteter herfra implementeres internt.
- Der foreligger politikker og retningslinier for samarbejde internt.
- Ledelsen sikrer gennem dialog med medarbejderne en kultur baseret på åbenhed og samarbejde.

Eksempler på eksisterende standarder

- *A culture of improving performance, consistent with the organisational values and goals exists throughout the organisations with leadership and direction from the governing body, chief executive and managers (ACHS)*
- *An ongoing dialogue with staff is incorporated into human resources management policy (ANAES)*

Fysiske rammer og indretning

- Der udfærdiges relevante arbejdspladsvurderinger (APV).
- Elektricitet, vand, affald, ventilation, medicinske luftarter og andre nøgle-systemer bliver regelmæssigt inspiceret, vedligeholdt og forbedret når det er hensigtsmæssigt .

Eksempler på standarder

- *The design and layout of the buildings ensure a safe and comfortable environment (ACHS)*
- *A comprehensive maintenance program ensures a clean, safe environment (ACHS)*
- *Hospitalet har ansvaret for at de fysiske omgivelser udgør en sikker og tryk ramme for al aktivitet (JCI)*
- *Hospitalet planlægger og implementerer et program for administration af hospitalets bygninger og arealer (JCI)*
- *Elektricitet, vand, affald, ventilation, medicinske luftarter og andre nøgle-systemer bliver regelmæssigt inspiceret, vedligeholdt og forbedret når det er hensigtsmæssigt (JCI)*
- *Hospitalet uddanner og træner medarbejdere i deres opgaver med at skabe sikre og effektive omgivelser hvor der foregår behandling og pleje af patienter (JCI)*
- *Der findes et årligt certifikat for opfyldelse af brandsikkerhedsregler og principper, underskrevet af den øverste ledelse (HQS)*

Teknologi og teknologianvendelse

- Der foreligger en plan for apparatur anskaffelse, kontrol og vedligeholdelse samt dokumentation heraf.
- MTV gennemføres ved anskaffelse af ny undersøgelses- og behandlingsteknologi.

Eksempler på standarder

- *The use of medications and other therapeutic technologies is safe, efficient, effective, and promotes the best possible quality of life (CCHSA)*
- *The team has access to diagnostic services that are safe, efficient, and accurate (CCHSA)*
- *Hospitalet planlægger og implementerer et program for inspektion, afprøvning og vedligeholdelse af medikoteknisk udstyr og for dokumentering af resultaterne (JCI)*
- *The provision of equipment and supplies supports the organizations role (ACHS)*

I alt indgår der 24 standardområder i modellen. Hvert enkelt standardområde er kvalificeret med konkret bud på indhold og kan herigennem danne grundlag for det videre arbejde med udvikling eller integration af standarder.

6. FORSLAG TIL ORGANISATION OG DET VIDERE ARBEJDE

I det følgende præsenteres projektgruppens overvejelser og forslag til det videre arbejde med udvikling af standarder i en dansk model, og projektgruppen vurderer forskellige muligheder for organisation og forankring af arbejdet.

De forskellige muligheder skitseres med udgangspunkt i de hidtidige erfaringer nationalt og internationalt. Udgangspunktet er, at der fremover skal gennemføres **ekstern vurdering** på baggrund af en kerne af **fælles standarder**. Modellen skal sikre ekstern vurdering af såvel den generiske som den sygdomsspecifikke kvalitet gennem at:

- indeholde krav til organisationen om at sikre gennemførelse af ekstern audit af organisationens samlede indsats
- indeholde krav til organisationen om at sikre gennemførelse af ekstern kollegial audit med fokus på den sygdomsspecifikke indsats

En dansk model skal understøtte kontinuerlig kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet og udgøre en fælles ramme om dette arbejde for alle amter og H:S. Selvevaluering er en væsentlig metode til at sikre ejerskab, som forudsætning for vedvarende udvikling og vurdering af kvaliteten mellem de eksterne vurderinger. Selvevaluering gennemføres forud for den eksterne vurdering.

Projektgruppen har som tidligere nævnt koncentreret sig om løsningsforslag, der vedrører sygehusvæsenet, men projektgruppen vurderer:

- at de angivne eksempler på standarder inden for plejeområdet er anvendelige til både ekstern kvalitetsvurdering og selvevaluering af den sygeplejefaglige kvalitet i hjemmesygeplejen
- at de metoder og redskaber, som indgår i modellen kan videreudvikles til anvendelse i primærsektoren samt at relationerne hertil bør indgå med betydelig vægt i det videre arbejde

6.1 Standarder i en national model og krav til evaluatore

Modellen tager udgangspunkt i patientforløbsstakeholderen og som en konsekvens heraf knytter projektgruppens vurderinger af, hvor der bør indgå standarder og indikatorer sig til identifikation af **vigtige "områder" i et patientforløb**.

For at sikre og vurdere den *generiske kvalitet* anbefaler projektgruppen:

- at generiske standarder i den nationale model defineres inden for de nævnte standardområder relateret til det sundhedsfaglige perspektiv, patientens perspektiv og det organisatoriske perspektiv
- at modellen sikrer gennemførelse af ekstern audit af den generiske indsats
- at politisk fastsatte kvalitetsmålsætninger i love, aftaler m.v. operationaliseres, så de kan inddrages i modellen

For at sikre og vurdere den *sygdomsspecifikke kvalitet* anbefaler projektgruppen, at en national model inddrager:

- standarder, der stiller krav om, at organisationen sikrer regelmæssig gennemførelse af ekstern kollegial audit samt brug af retningslinier og indikatorer for hyppige, vigtige, alvorlige sygdomsspecifikke områder
- standarder, der sikrer, at organisationen indrapporterer til relevante nationale kliniske kvalitetsdatabaser

- standarder og indikatorer udviklet, afprøvet og godkendt indenfor det Nationale Indikatorprojekt

Standardudvikling til klinisk, sygdomsspecifik audit indebærer involvering af relevante videnskabelige selskaber og faglige fora. Internationalt udarbejdede sygdomsspecifikke standarder bør danne grundlag for arbejdet.

De fleste internationale *akkrediteringsmodeller* indeholder primært krav til den generiske kvalitet. H:S samarbejde med den amerikanske akkrediteringsorganisation Joint Commission indebærer ekstern kvalitetsvurdering ud fra det generiske perspektiv. H:S har suppleret dette med et udviklingsarbejde, der sigter på indikatormåling og ekstern kollegial audit indenfor specifikke sygdomsområder. Sønderjyllands Amt har påbegyndt et akkrediteringssamarbejde med den engelske akkrediteringsorganisation Health Quality Service, hvor den generiske kvalitet er det primære, men der arbejdes også med patientforløb indenfor udvalgte diagnoser, der går på tværs af sygehusvæsenet og primærsektoren.

De landsdækkende kvalitetsprojekter i Danmark har derimod primært fokus på overvågning af den sygdomsspecifikke kvalitet. Det Nationale Indikatorprojekt og de landsdækkende kvalitetsdatabaser er eksempler herpå.

Projektgruppen vurderer, at de metodiske tilgange vedrørende den sygdomsspecifikke kvalitet – herunder de kliniske retningslinier, udvikling af indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser, audits mv., der anvendes i nationale kvalitetsprojekter er på højt internationalt niveau men at der er behov for konsolidering.

Projektgruppen anbefaler:

- at arbejdet med udvikling af referenceprogrammer, udvikling af indikatorer, kliniske kvalitetsdatabaser og audit koordineres og konsolideres

Projektgruppen finder det væsentligt, set i lyset af den seneste viden om utilsigtede hændelser, at modellen bidrager til, at kulturen på sygehusene understøtter **systematisk arbejde med patientsikkerhed** som et gennemgående tema i kvalitetsudvikling. Standarderne skal derfor sikre, at ledelsen bevidst forholder sig til, hvorledes sikkerheden for patienterne kan understøttes, og sikrer, at risikostyring er integreret i planen for kvalitetsstyring.

Projektgruppen anbefaler derfor:

- at de fælles standarder indeholder eksplicitte krav til kvalitets- og risikostyring.

Standarderne skal sikres en form, der lever op til **internationale krav**. Der er samtidig behov for vedligeholdelse af standarder i henhold til udvikling på området.

Projektgruppen anbefaler på denne baggrund:

- at både udvikling og den løbende revision af standarder i den nationale model lever op til de principper, der er udviklet i **ALPHA programmet**.

ALPHA er et samarbejde mellem de store akkrediteringsorganisationer. ALPHA har det primære formål at sikre en vis ensartethed – og dermed større troværdighed – i akkrediteringsorganisationers arbejde, og der er derfor i ALPHA regi udviklet en metode til evaluering af akkrediteringsorganisationers arbejde – herunder arbejdet med udvikling og vedligeholdelse af standarder. Desuden tilbyder ALPHA forskellige former for rådgivning og undervisning til akkrediterende organisationer. ALPHA principperne for akkrediteringsorganisationers arbejde kan betragtes som et sæt internationale "grundprincipper". Principperne vedrører bl.a. standardernes fokus, standardtyper, standardernes rækkevidde og den proces, hvori standarderne formuleres. Se del B, 1.2.

Krav til evaluatore

Den nationale model bør sikre sammenhæng mellem anvendte standarder og valg af evaluatore.

Der kan opstilles forskellige krav til evaluatorernes kompetencer, disse er gennemgået i del B, 1.6.

Vurdering af kvalitet for det generiske område kan varetages af generalister (læger, sygeplejersker, administratorer) med det brede kliniske kendskab suppleret med uddannelse vedrørende ekstern vurdering. Det er således projektgruppens vurdering, at også til kvalitetsvurdering af de generiske standarder kræves faglig kompetence.

Den eksterne vurdering af det sygdomsspecifikke område med ekstern kollegial audit stiller helt specifikke og høje krav om specialefaglig kompetence og bør således varetages af specialister eller eksperter på det givne område, som har suppleret deres faglige viden med uddannelse vedrørende ekstern kvalitetsvurdering og som gennemfører evalueringen i samarbejde med professionelle evaluatore (generalister).

Projektgruppen anbefaler på denne baggrund, at:

- at evaluatorernes kompetencer afspejler om fokus for evalueringen er den generiske eller den sygdomsspecifikke indsats
- at uddannelse og vedligeholdelse af kompetencer lever op til internationale anbefalinger

6.2 Organisering af den eksterne kvalitetsvurdering i sygehusvæsenet

Der skal i det videre arbejde med en national model træffes **en række beslutninger af organisatorisk karakter**. Disse må nødvendigvis ses i sammenhæng, men de er – for overskuelighedens skyld – søgt opdelt under følgende overskrifter:

- Hvem skal udvikle standarder?
- Hvor skal evaluatorerne komme fra?
- Hvordan skal ansvaret forankres – opbygning af national enhed?
- Hvor "bredt" skal den nationale model dække?
- Skal modellen være frivillig, aftalebaseret eller lovpligtig?

Der er meget tæt sammenhæng mellem beslutninger om udvikling af standarder og beslutninger om valg af evaluatore. Der lægges derfor i det følgende mest vægt på disse to "akser" i beslutningsprocessen frem mod en national model. En eventuel beslutning om forankring af ansvaret for en national model ét sted må ses i sammenhæng med beslutningen om, hvordan standarder skal udvikles og hvordan den eksterne vurdering skal gennemføres – og af hvem.

Mulighederne vedr. udvikling af standarder og valg af evaluatore kan skitseres således:

Udvikling af standarder	Valg af evaluatore			
	A. Amterne / H:S vælger evaluatore hver især	B. Fælles korps af danske evaluatore	C. Fælles korps af udenlandske evaluatore	D. Fælles korps af danske og udenlandske evaluatore

	1. National udvikling af standardsæt				
	2. Brug af standardsæt fra én udenlandsk organisation				
	3. Udvikling af standardsæt med kombination af danske og udenlandske standarder				

Nedenfor gennemgås de forskellige muligheder i denne matrix, og der gives eksempler på, hvordan de forskellige muligheder anvendes i udlandet og herhjemme. Eksemplerne stammer fra gennemgangen af udenlandske erfaringer med ekstern kvalitetsvurdering i del B, 2.2.

Hvem skal udvikle standarder?

Forudsætningen i den nationale model er (jf. økonomiaftalen for 2002), at vurdering sker i forhold til et fælles sæt af standarder. Som det ses af matrixen, er der mindst tre muligheder i det kommende arbejde med udvikling af dette sæt af standarder i en national model.

Det skal således besluttes:

1. om alle standarder skal udvikles nationalt
2. om standarder der anvendes i én udenlandsk akkrediteringsorganisation skal indgå
3. om der skal anvendes et standardsæt, der kombinerer standarder udviklet i Danmark med standarder udviklet i udlandet

Ad 1. National udvikling af standarder.

Med national udvikling af standarder menes i det følgende udvikling af et nationalt sæt af standarder.

Projektgruppen har set bort fra muligheden af nationalt at udvikle et sæt af standarder, som ikke tager afsæt i den internationale udvikling på området, idet dette ikke er ønskeligt eller hensigtsmæssigt.

Holland, Irland og Frankrig har satset på en rent national model med anvendelse af nationale standarder. Dette er imidlertid sket i tæt samarbejde med den canadiske akkrediteringsorganisation CCHSA, og standarderne ligger meget tæt op ad CCHSA's egne standarder. Udviklingsprocessen i Irland har primært bestået i et valg mellem standarderne fra alle de store akkrediteringsorganisationer baseret på en vurdering af anvendeligheden af de enkelte standardsæt i det irske sundhedsvæsen. Standarderne er efterfølgende justeret og tilpasset det irske sundhedsvæsen.

Ad. 2. Brug af standarder fra én udenlandsk akkrediteringsorganisation

En anden mulighed er næsten udelukkende at basere den nationale model på standarder, som én udenlandsk akkrediteringsorganisation har udviklet. I praksis betyder dette valg også et samarbejde med den valgte organisation.

I Spanien har regionen Catalonien, der er på størrelse med Danmark, efter 10 års erfaring med egen udvikling af standarder besluttet at anvende de internationale standarder fra JCI – dog tilpasset spansk lovgivning m.v. Beslutningen blev truffet, fordi udvikling af egne standarder er en ressourcekrævende aktivitet, og fordi det viste sig for svært at sikre den løbende vedligeholdelse og opdatering af standarderne.

Herhjemme har H:S valgt brug af JCI standarderne til akkreditering af H:S sygehusene. Standarderne er suppleret med standarder for forskning.

Ad 3. Udvikling af standardsæt, der kombinerer standarder udviklet i Danmark med standarder udviklet i udlandet.

Sønderjyllands Amt har valgt i samarbejde med HQS at nyudvikle et standardsæt, der tager udgangspunkt i eksisterende HQS standarder.

Det vides ikke, hvor udstrakt brug af nationale standarder, der er mulighed for i et konkret samarbejde med en akkrediteringsorganisation. Det vil formentlig afhænge både af samarbejdets karakter (valg af evaluatore m.v. jf. nedenfor) og af, hvor tæt de nyudviklede standarder ligger op ad akkrediteringsorganisationens originale standarder.

Vurdering vedr. udvikling af standarder

Erfaringer fra udlandet, som beskrevet i del B, 2.2, og erfaringer fra de danske nationale kvalitetsprojekter, særligt arbejdet i Den Gode Medicinske Afdeling viser, at national udvikling af standarder (model 1) er en meget ressourcekrævende aktivitet, og at det kan være vanskeligt at sikre tilstrækkelig opdatering af de anvendte standarder. Dette taler for at inddrage standarder udviklet i udlandet.

Et argument for at udvikle standarder nationalt er, at udviklingsprocessen kan understøtte det ejerskab, som er en forudsætning for, at standarderne anerkendes som relevante i det sundhedsvæsen, som skal benytte dem og lære af dem. Når det gælder ejerskab, har den metodemæssige tilgang til udvikling af standarder, som er bygget op i DGMA vist sig at fungere.

Det er imidlertid ikke alle, der skal anvende standarderne, som kan deltage i udviklingen, og erfaringerne fra bl.a. H:S og Sønderjyllands Amt viser, at det også ved brug af eksterne standarder er muligt at etablere ejerskab. Ejerskab etableres gennem fælles tolkning og lokal tilpasning af standarderne. Endvidere skabes der ejerskab undervejs i implementeringsprocessen, ikke mindst ved arbejdet med selvevaluering.

Internationalt samarbejde vil kunne sikre den nationale model et internationalt niveau og mulighed for sammenligning internationalt, hvilket efter projektgruppens vurdering vil give den størst mulige sundhedsfaglige opbakning.

Erfaringer fra andre europæiske lande såvel som processen i H:S og Sønderjyllands Amt viser, at relevansen af de udenlandske standarder er høj. Bag de udenlandske standarder ligger et betydeligt udviklingsarbejde med inddragelse af en lang række interessenter. Det er en klar fordel, at man kan drage nytte heraf.

Internationalt samarbejde vil samtidig være en mere fremtidssikret løsning end den rent nationale løsning.

Et samarbejde kan gå begge veje, idet Danmark både når det gælder generiske og sygdomsspecifikke standarder og indikatorer har noget at byde på internationalt.

Projektgruppens afdækningsarbejde har peget på, at det i stor udstrækning er muligt at identificere standarder internationalt, som kan anvendes til at belyse de ønskede standardområder i en national model.

Projektgruppen anbefaler på denne baggrund:

- at et nationalt sæt af standarder baseres på både danske og udenlandske standarder og at internationale samarbejdsmuligheder for udvikling og vedligeholdelse af standarder undersøges
- at den endelige udvikling af standarder sikres en form, so lever op til de internationale krav og metoder (ALPHA principperne)

Hvor skal evaluatorene komme fra ?

Som det ses af matrixen er der mindst fire muligheder, og der skal træffes beslutning om hvorvidt:

- A. det skal være op til amterne / H:S hver især at vælge evaluatore
- B. der skal etableres et fælles korps af danske evaluatore
- C. der skal etableres et fælles korps af udenlandske evaluatore
- D. der skal etableres et fælles korps af danske og udenlandske evaluatore

Valg af evaluatore skal ses i sammenhæng med anbefalingen om at undersøge muligheder for at kombinere udenlandske og nationale standarder, idet der er en tæt sammenhæng her imellem. Baggrunden herfor er, at de internationale akkrediteringsorganisationer (JCI, CCHSA og HQS), som tilbyder at gennemføre eksterne vurderinger i andre lande baserer de eksterne vurderinger på de standarder, som deres evaluatore er uddannet i at anvende og tolke.

Ad A. Amterne / H:S vælger evaluatore hver især.

Hvert amt og H:S vælger regionalt eksterne evaluatore, der gennemfører den eksterne vurdering på basis af den samme kerne af fælles standarder.

Decentralt valg af evaluatore er en mulighed, som H:S's samarbejde med JCI og Sønderjyllands Amts samarbejde med HQS er bevis på. Dog er der her ikke tale om brug af et fælles sæt af nationale standarder, men om brug af samarbejdspartnerens standarder – tilpasset danske forhold og i mindre omfang suppleret.

Ingen lande har, så vidt det er projektgruppen bekendt, valgt en helt decentral model for valg af evaluatore for regioner på størrelse med de danske amter.

Derimod har der i drøftelser med repræsentanter fra de europæiske akkrediteringsorganisationer været udtrykt skepsis overfor, om amterne, deres størrelse taget i betragtning, kan sikre et tilstrækkeligt volumen for den eksterne vurdering.

De europæiske lande (Irland, Frankrig og Holland), der har etableret nationale modeller for kvalitetsvurdering, har alle valgt fælles brug evaluatore til at varetage den eksterne vurdering.

Ad B. Etablering af fælles korps af udelukkende danske evaluatore.

I Frankrig og Holland anvendes et fælles korps af udelukkende nationale evaluatore. Dette er ressourcetungt i forhold til uddannelse og vedligeholdelse af kompetencer hos evaluatorene.

Samtidig forsvinder den positive og specielt for lægegruppen motiverende effekt, som en anerkendt international organisation kan være med til at skabe omkring den eksterne vurdering.

Ad C. Etablering af et fælles korps af udenlandske evaluatore.

Projektgruppen har ikke kendskab til lande, der i tilknytning til en national model for kvalitetsvurdering udelukkende har baseret de eksterne vurderinger på et korps af udenlandske evaluatore.

I HS varetages den eksterne kvalitetsvurdering af JCI evaluatore fra USA.

Ad D. Etablering af et fælles korps af danske og udenlandske evaluatore.

Irland har valgt at inddrage både irske og canadiske evaluatore i det fælles korps, således at der i et akkrediteringsteam indgår 4 irske evaluatore og 2 evaluatore fra CCHSA.

I Spanien arbejder regionen Catalonien med et fælles korps af evaluatore med både spansk og amerikansk (JCI) deltagelse, således at der i et akkrediteringsteam indgår 2 spanske og 1 amerikansk evaluator.

Herhjemme er det planen i Sønderjyllands Amt at etablere et korps af evaluatore med både dansk og engelsk deltagelse..

Vurdering vedr. valg af evaluatore.

For decentralt valg af evaluatore (model A) i Danmark taler især den hidtidige decentrale organisering af kvalitetsarbejdet.

Projektgruppen finder det ikke realistisk med en model baseret på, at den eksterne vurdering i de danske amter / H:S varetages af flere udenlandske akkrediteringsorganisationer med udgangspunkt i et fælles standardsæt, som organisationerne ikke selv har deltaget i udviklingen af (model A1). Det allerede etablerede samarbejde mellem nogle amter/ H:S og udenlandske akkrediteringsorganisationer baseres på brug af udenlandske standarder og ikke på den kerne af fælles standarder, som er en forudsætning i den nationale model for Danmark.

Projektgruppen finder, at meget taler for, at alle amter og H:S bruger et fælles korps af evaluatore (B, C og D), der uddannes nationalt. Hermed sikres et tilstrækkeligt volumen for den eksterne vurdering og dermed størst validitet. Det er samtidig projektgruppens vurdering, at et ensartet kvalitetsniveau bedst vil kunne sikres på denne måde. Endvidere taler hensynet til effektiv anvendelse af ressourcerne for et fælles korps af evaluatore.

Projektgruppen vurderer, at det er centralt for kvaliteten i den nationale model, at evaluatorene er kompetente samt at fælles brug og uddannelse af evaluatore er det mest hensigtsmæssige valg ud fra både faglige og økonomiske hensyn.

Projektgruppen vurderer endvidere, at beslutningen om sammensætningen af evaluatorkorps i en national model bør baseres på en vurdering af de forskellige muligheder for sammensætning med både national og international deltagelse.

Formålet hermed er at drage nytte af de betydelige internationale erfaringer og at minimere ressourcerne til uddannelse og vedligeholdelse af evaluatorernes kompetencer.

Projektgruppen anbefaler derfor at:

- evaluatorkorpset er fælles for amter og H:S

- forskellige muligheder for sammensætning af evaluatorkorps med både national og international deltagelse vurderes

6.3 Samlet vurdering og anbefalinger vedrørende brug af standarder og valg af evaluatore

Projektgruppen vurderer således, at en kombinationsmodel (model 3), hvori indgår et standardsæt baseret på en kombination af danske og udenlandske standarder samt et fælles korps af evaluatore udgør det mest fagligt fornuftige og mest omkostningseffektive grundlag for det kommende arbejde med en national model for kvalitetsvurdering.

Det er projektgruppens anbefaling:

- at projektgruppens konkretiseringer af standardområder fungerer som udgangspunkt for fastlæggelse af standarder
- at den endelige udvikling af standarder sikres en form, som lever op til de internationale krav og metoder
- at et nationalt sæt af standarder baseres på både danske og udenlandske standarder og at internationale samarbejds muligheder for udvikling og vedligeholdelse af standarder undersøges
- at evaluatorkorpsen er fælles for amter og HS
- at evaluatorernes kompetencer skal afspejle om fokus for evalueringen er den generiske eller den sygdomsspecifikke indsats
- at evaluatorernes kompetencer og uddannelse lever op til internationale anbefalinger
- at der sikres sammenhæng mellem anvendte standarder og valg af evaluatore
- at muligheder for sammensætning af evaluatorkorps med både national og international deltagelse vurderes

I forhold til matrixen anbefaler projektgruppen således:

- at der lægges vægt på modellerne 3B, 3C og 3D i det videre arbejde med en national model, og at dette sker i samarbejde med en udenlandsk vurderingsorganisation.

Udvikling af standarder	Valg af evaluatore			
		A. Amterne / H:S vælger evaluatore hver især	B. Fælles korps af danske evaluatore	C. Fælles korps af udenlandske evaluatore
	D. Fælles korps af danske og udenlandske evaluatore			
1. National udvikling af standardsæt				
2. Brug af standardsæt fra én udenlandsk organisation				

	3. Udvikling af standardsæt med kombination af danske og udenlandske standarder		Vurderes nærmere	Vurderes nærmere	Vurderes nærmere
--	---	--	------------------	------------------	------------------

6.4 Hvordan skal ansvaret forankres – opbygning af national enhed?

Alle de lande, der har etableret nationale modeller for ekstern kvalitetsvurdering, har valgt at forankre arbejdet i en national organisation med en ansvarlig bestyrelse og en stab til varetagelse af de daglige opgaver.

Karakteren af en eventuelt national ansvarlig enhed i Danmark og dennes opgaver vil naturligvis afhænge af, hvilke beslutninger der træffes vedrørende udvikling af standarder og valg af evaluatore.

De fleste udenlandske akkrediteringsorganisationer er etableret som selvejende non-profit organisationer, herunder de tre største og ældste akkrediteringsorganisationer JCAHO, CCHSA og ACHS. De ledes af bestyrelser, der er sammensat af alle relevante interessenter. De er kundefinansieret – enten i form af kundebetaling for akkrediteringsprogrammerne eller i form af kombination af kundebetaling for programmerne og "medlemskontingent". Det daglige arbejde udføres af en stab. I de tre ældste akkrediteringsorganisationer svarer staben til mellem 2 og 2,5 ansatte pr. million indbyggere. Antallet af evaluatore varierer betydeligt.

Også i Europa er flertallet af akkrediteringsorganisationerne private:

- I **Catalonien** er det den private Donabedian Foundation (FAD), der har ansvar for akkrediteringsarbejdet. Til at lede akkrediteringen er der etableret et Akkrediterings råd, hvori indgår repræsentanter fra FAD, lægeforeningen, sygeplejeforeningen, sammenslutningen af ledere i sundhedsvæsenet og Sundhedsministeriet. Den daglige drift varetages af en "program manager" og det daglige arbejde udføres af en stab.
- I **Irland** er der etableret en akkrediteringsstyregruppe (Health Services Accreditation Implementation Steering Group), der finansieres af regeringen. Derudover er der nedsat en styregruppe med repræsentanter fra faglige selskaber, sygeplejefora, ledelsen fra de 8 universitetssygehuse og Sundhedsministeriet. Den daglige drift varetages af et "Central Project Team", der består af en projektleder og tre projektkonsulenter.
- I **Holland** finansieres akkrediteringsorganisationen NIAZ af sygehusvæsenet (sammenslutningen af hospitaler) og Lægeforeningen. Der er nedsat et rådgivende udvalg for NIAZ med repræsentation af alle faglige selskaber, patientforeninger, forsikringsselskaber m.v.
- I **Frankrig**, hvor akkreditering er lovpligtig, varetages arbejdet af den centralt finansierede men uafhængige akkrediteringsorganisation ANAES.

Vurdering og anbefaling vedrørende forankring af ansvar

Projektgruppen vurderer, at forankring af ansvaret for den nationale model f.eks. gennem etablering af en enhed for kvalitetsvurdering også i Danmark er nødvendig, hvis den nationale model skal sikres fremdrift og fortsat udvikling. Dette gælder, uanset om

der vælges en rent dansk tilgang, eller der, som foreslået, etableres et samarbejde med en international organisation.

Projektgruppen finder det samtidig afgørende, at udvikling og vedligeholdelse af den nationale model sker i tæt samarbejde med interessenter, herunder sygehusejere, faglige organisationer, videnskabelige selskaber, sundhedsfaglige fora, brugere m.fl., således som det sker internationalt.

Projektgruppen anbefaler således:

- at ansvar og kompetence til at sikre den nationale model for kvalitetsvurdering fremdrift og fortsat udvikling forankres ét sted

Placering og grad af uafhængighed af myndigheder skal drøftes nærmere. Projektgruppen har ikke forholdt sig til dette.

Blandt organisationens ansvarsområder kan være :

- at sikre fortsat udvikling af standarder og indikatorer
- at sikre tæt kontakt til og koordinering mellem de nationale kvalitetsprojekter med henblik på løbende inddragelse af resultater herfra
- at sikre samarbejdet med en eventuel udenlandsk vurderingsorganisation
- at sikre uddannelse af evaluatore og vedligeholdelse af deres kompetencer
- at planlægge og gennemføre eksterne vurderinger
- at udvikle og "importere" metoder til selvevaluering
- at rådgive om kvalitetsvurderingsprocessen m.v.

Erfaringerne fra de europæiske akkrediteringsorganisationer viser, at der som led i vurderingsprocessen også opstår behov for **rådgivning** og støtte af den organisation, der søger akkreditering. En sådan rådgivning kan fokuseres på opfyldelse af det specificerede vurderingsgrundlag, eller den kan antage en mere generel karakter og ske i form af manualer, undervisning m.v. Det har i udlandet vist sig at være væsentligt, at rådgivningen adskilles fra den egentlige akkreditering, således at der ikke er personsammenfald i forhold til konkrete opgaver.

6.5 Modellens omfang og dækningsgrad

Med hensyn til dækningsgrad skal det besluttet, om den nationale model skal dække alle sygehuse – og om den i givet fald skal dække alle sygehuse fra starten eller sygehusene skal indføres i modellen over en periode.

Det skal også besluttet, om alle standarder skal anvendes på alle typer af sygehuse, eller om der f.eks. skal udvikles et supplerende sæt af standarder til universitetssygehuse/lands- og landsdelssygehuse.

Projektgruppen anbefaler at:

- de generiske standarder i den nationale model skal anvendes på alle danske sygehuse
- at de sygdomsspecifikke standarder skal anvendes på relevante afdelinger

Standarderne skal kunne danne grundlag for sammenligninger, og projektgruppen finder derfor, at det i en senere fase bør overvejes, om der skal udvikles et særligt sæt af standarder til højt specialiserede funktioner / lands- og landsdelssygehuse, som bl.a. stiller krav om internationale sammenligninger i specialer, der kun varetages få steder herhjemme.

6.6 Frivillig, aftalebaseret eller lovpligtig?

De fleste af de udenlandske modeller for ekstern kvalitetsvurdering baseres som nævnt på frivillighed. Frankrig har som det eneste land gjort deltagelse lovpligtig. I USA har hospitalerne et økonomisk incitament for at deltage. Erfaringer fra Spanien, Irland og Holland viser, at frivilligheden p.g.a. manglende incitament kan være en barriere for implementeringen.

En dansk model for kvalitetsudvikling er allerede inddraget i økonomiaftalen for 2002, og deltagelse kunne aftales i forbindelse med kommende aftaler.

Projektgruppen finder det afgørende, at kvalitetsudvikling bærer drivkraften i anvendelse af den nationale model.

7. ORDLISTE

ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
Akkreditering	Ekstern vurdering af en sundhedsorganisations samlede indsats baseret på standarder. Kvalitetsvurderingen udføres af fagfolk fra en uafhængig organisation og resulterer i en samlet bedømmelse af sundhedsorganisationens kvalitetsniveau
ALPHA Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation	
ANAES	Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (Frankrig)
ANCC	The Magnetic Nursing Services Recognition Program er et akkrediteringsprogram med fokus på og udgangspunkt i sygeplejen. Akkrediteringen søges ved American Nurses Credential Center og programmet er initieret af American Nurse Association
Benchmarking	Benchmarking betegner organisationers/afdelingers systematiske, kontinuerlige og databaserede sammenligning af arbejdsprocesser og/eller resultater med henblik på at afdække forbedrings- og effektivitetspotentiale. Fokus er: Hvad gør de bedste bedre.
CCHSA	Canadian Council on Health Services Accreditation
Certificering	Kvalitetsbedømmelse af en organisation, hvorved det attesteres, at denne lever op til et specificeret grundlag for styring af kvaliteten, der sandsynliggør, at der ydes ensartet kvalitet ved ensartede processer
Core measures	Amerikansk udviklede sæt af indikatorer på specifikke sygdomsområder. Testes fra 2001.
DGMA Den Gode Medicinske Afdeling	
EFQM	The European Foundation for Quality Management
Ekstern audit	Ekstern vurdering, som følger en specifik metodemæssig tilgang og udføres af personer, der ikke selv har været involveret i det arbejde, der kvalitetsvurderes
Ekstern vurdering	Vurdering udført af fagfolk, der ikke har været involveret i det arbejde, der kvalitetsvurderes
Evaluators	De personer, der gennemfører kvalitetsvurdering af en organisation
ExPeRT	European Union project on external Peer Review Techniques
FAD	Foundacio Avedian Donabedian (Catalonien, Spanien)
Generisk	Den generiske indsats er basal og generel og tilbydes alle patienter uanset diagnose
HQS	The Health Quality Services (England)
Indikator	En målbar variabel, som anvendes til at belyse et givent kvalitetsniveau, herunder i hvilken grad en standard er opfyldt
Intern audit	Intern vurdering, som følger en specifik metodemæssig tilgang og udføres af personer, der selv har været involveret i det arbejde, der kvalitetsvurderes
Intern vurdering	Vurdering udført af de personer / ledelser, der selv har været involveret i / har ansvar for det arbejde, der kvalitetsvurderes
ISQua	International Society for Quality in Healthcare Accreditation
JC	Joint Commission (USA)

JCI	Joint Commission International (USA)
Kollegial ekstern vurdering	Vurdering som følger en specifik metodemæssig tilgang og udføres af sundhedsfaglige personer med et højt specialist niveau/ekspert niveau indenfor det relevante sygdomsspecifikke område
Kvalitetskontrol	Primært formål: At forsikre en ekstern part om, at kvaliteten i den evaluerede organisation lever op til et formuleret / forventet niveau
Kvalitetsudvikling	Primære formål: At skabe grundlag for forbedring af kvaliteten og læring i organisationen, der sikrer løbende kvalitetsforbedringer
LPR	Landspatientregistret
NHS	National Health Service (England)
NIAZ	The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals
NIP	Det Nationale Indikatorprojekt
ORYX	Amerikansk system til udvikling og brug af indikatorer. Anvendes af hospitaler, som akkrediteres af Joint Commission
RAND	Research and Development. Amerikansk organisation, der gennemfører overvågning af kvaliteten af alle offentlige institutioner, herunder sundhedsvæsenet
RCAGP	Royal College of Australian General Practitioners
Selvevaluering	Intern vurdering, hvor kvaliteten vurderes i forhold til skrevne standarder
Standard	Den målsætning for kvalitet, som søges opnået eller fastholdt for en given indsats inden for en afgrænset tidsperiode, d.v.s. den realistiske målsætning. Standarden kan udtrykkes kvantitativt og kvalitativt, og standarder kan beskrive enten generiske eller sygdomsspecifikke forhold
Sygdomsspecifik	Den sygdomsspecifikke indsats er specifik og målrettet grupper af patienter, der afgrænses i forhold til diagnose, sygdom, tilstand eller procedure
VIPS	Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed - En dokumentationsmodel, som har dannet grundlag for udvikling af standarder inden for især sygeplejen

8. LITTERATURLISTE

Sundhedsstyrelsen

Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsudvikling. Hvorfor og Hvordan 1992.

Sundhedsstyrelsen. Principper for udvikling, etablering og anvendelse af databaser for klinisk kvalitet, 1993.

Sundhedsstyrelsen 1993. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen 1996. Kriterier, standarder og indikatorer for kvalitet.

Sundhedsstyrelsen 1999. Patientforløb og kvalitetsudvikling.

Sundhedsstyrelsen. Udvalget for kvalitetsmåling i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen 2000.

Sundhedsstyrelsen. Kliniske kvalitetsdatabaser. En statusredegørelse, 2001.

Akkreditering

Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé. Accreditation manual for health care organisations, 1999.

Aiken LH, Havens D, Sloane D. The Magnet Nursing Services Recognition Program. A Comparison of Two Groups of Magnet Hospitals. AJN March Vol 100, No 3, 2000: 26-35.

Akkreditering af hospitaler. Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada. ECS og DSI. 2000.

Australian Council on Healthcare Standards. A Working Guide for the Implementation of a Clinical Indicator Program, 1997.

Australian Council on Healthcare Standards. The Equip Guide. Standards and Guidelines for the ACHS Evaluation and Quality improvement Program, 1999.

Canadian Council on Health Services Accreditation. A Practical Guide to Preparing for Accreditation, 1996.

Canadian Council on Health Services Accreditation. Standards, 1999.

Clinical Standards Board for Scotland. Generic standards, 2001.

Clinical Standards Board for Scotland. Clinical standards for Lung cancer, 2001.

Clinical Standards Board for Scotland. Self-Assessment Framework, 2001.

Health Quality Service accreditation programme. Standards, 1999.

Hovedstadens Sygehusfællesskab 2000. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Standarder for hospitaler. Dansk oversættelse ved H:S.

Hovedstadens Sygehusfællesskab 2000. Foranalyse til akkreditering i H:S – rapport om forløb og vurdering.

Hovedstadens Sygehusfællesskab 2000. Supplementshefte. Foranalyse til akkreditering i H:S – detaljerede beskrivelser af forberedelse, gennemførelse og evaluering.

International Society for Quality in Health Care Inc. International Standards for Healthcare Accreditation Bodies. The ALPHA agenda. 2000.

Scrivens E. Accreditation. Protecting the professional or the consumer. Open University Press. Buckingham, Philadelphia, 1995.

The Magnet Nursing Services Recognition Program. For Excellence in Nursing Service. Instructions and Application process. American Nurses Credentialing Center. 2000.

Kvalitetsudvikling generelt

Blomhøj G, Mainz J. Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren klaringsrapport nr. 9, 2000.

EvalueringsCenter for sygehuse. ECS overvejelser om evaluering af ledere og organisation i sygehusvæsenet, 2000.

EvalueringsCenter for Sygehuse. Selvevaluering. En guide til selvevaluering for sygehusledelser, 2001.

Hovedstadens Sygehusfællesskab. Begreber og metoder i kvalitetsudvikling, H:S Direktionen, 2001.

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet – en lærebog. 2001 Munksgaard, København.

Kjærgaard J, Knudsen JL, Mainz J. Fra kvalitetscirkler til evidensbaseret klinisk praksis – statusartikler om kvalitetsudvikling. III Ansvar og opgaver, Videnskab og praksis. Ugeskr Læger 1998; 160:6945.

Selvevaluering – et praktisk redskab til kvalitetsudvikling. Forum for Kvalitet og Udvikling i offentlig Service 1998.

Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries. International Journal of Quality in Health Care 2000;12:169-175.

Udvikling af standarder og indikatorer

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T. Overvågning og forbedring af lægefaglige kerneydelser. Brug af indikatorer. København; DMS og DADL, 1999.

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T. Overvågning og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. Brug af indikatorer. Ugeskrift for læger: Klaringsrapport nr. 12 1999.

Lipczak H, Frølich A, Qvist P, Rasmussen L. Udvikling af standarder (del 1). Ugeskr Læger. 2001. Accepteret.

Lipczak H, Frølich A, Qvist P, Rasmussen L. Udvikling af standarder (del 2). Ugeskr Læger. 2001. Accepteret.

Mainz J, Kjærgaard J, Knudsen JL. Overvågning af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser ved hjælp af indikatorer. Ugeskr Læger 199;161:5536-42.

Øvretveit J. Quality Evaluation and Indicator Comparison in Health Care. Opfølgingsrapport på Nordisk Workshop 2000.

Nationale initiativer og projekter

Den Gode Medicinske Afdeling. Standarder og indikatorer for Planlægning under akut indlæggelse og medicinering, 2000.

Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. Samarbejdsaftale for projektororganisationen, 2000.

Det Nationale Indikatorprojekt. Indikatorgruppen for Apopleksi. Dokumentalistrapport for standarder, indikatorer og prognostiske faktorer. Det Nationale Indikatorprojekt, 2001.

Det Nationale Indikatorprojekt. Indikatorgruppen for Lungecancer. Dokumentalistrapport for standarder, indikatorer og prognostiske faktorer. Det Nationale Indikatorprojekt, 2001.

Knudsen JL. Vejen mod akkreditering. En forandringsproces i Hovedstadens Sygehusfællesskab Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. In print.

Krøll, V., Mortensen, P.F. (1994) "Kvalitet i alle led". Vejledning til en hospitalsafdeling i opbygning af et kvalitetsstyringssystem efter DS/ISO 9001. Herning: Udviklingsafdelingen, Herning Centralsygehus og Dansk Teknologisk Institut.

Kvalitetspolitik i Nordjyllands Amt, oktober 1998 samt pjece om Pilotprojekter, 2000.

Mainz J, Rhode P, Bartels PD, Bruun K, Krogh J. "Århus modellen". Ugeskr Læger 1999;161:5521-4.

Mainz J. Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser. Manual for arbejdsprocessen i indikatorgrupperne, 2000.

Mainz J. Bartels P.D. Laustsen S. Jørgensen T. Thulstrup A.M. Linneberg A.A. Thomsen T. Det Nationale Indikatorprojekt til overvågning og forbedring af de faglige kerneydelser. Ugeskrift for Læger 2001: In Print

Selvevaluering. Ansøgning om kvalitetspris. Herning Centralsygehus, 1998.

VIPS-modellen -et grundlag for sygeplejerskers journalføring. Margareta Ehnfors, Anna Ehrenberg og Ingrid Thorell-Ekstrand. I: Klinisk Sygepleje. Praxis og teori. Akademisk Forlag 2000

Kvalitetsudvikling i almen praksis

Grol R, Wensing M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP instrument. 2000.

Olesen F, Jensen PB. Kvalitetsudvikling i almen praksis i et europæisk perspektiv. Dansk Selskab for Almen Medicin i samarbejde med European Working party on Quality in Family Practice EQUIP), 2000.

Øvrige

Amtsrådsforeningen. Sygesikringsområdet. Strategi og analyse. Amtsrådsforeningen 2001.

Eccles M et al. North of England evidence based guidelines project. BMJ 1998

Jensen P-E D. Organisationsteoretiske modeller og perspektiver. Samfundslitteratur 1981.

Matzen P. Evidensbaseret medicin. Medicinsk kompendium bind 1, 1999.

Sundhedspolitisk redegørelse 2000. Sundhedsministeriet 2000.

Utsigtede hændelser og patientsikkerhed – forslag til risikostyring i H:S. Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2001.