

Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet, Del B

Baggrund for forslag til en national model

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

**Sundhedsstyrelsen
November 2001**

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	3
1. DET TEORETISKE GRUNDLAG FOR KVALITETSVURDERING	4
1.1 Standarder som grundlag for kvalitetsvurdering	4
1.2 Alpha-standarder og ISQua	12
1.3 Indikatorer som grundlag for kvalitetsvurdering	15
1.4 Kvalitetsvurdering generelt (intern og ekstern vurdering)	22
1.5 Kvalitetsvurdering af den sygdomsspecifikke indsats	28
1.6 Evaluatore	29
2. ORGANISATORISKE TILGANGE OG ERFARINGER MED EKSTERN VURDERING	31
2.1 Beskrivelse af erfaringer med akkreditering i Australien, Canada og USA	31
2.2 Beskrivelse af europæiske erfaringer med akkreditering (Holland, Irland, Spanien og Frankrig)	32
2.3 Beskrivelse af europæiske erfaringer med andre modeller	38
2.4 Beskrivelser af danske erfaringer med ekstern vurdering	39
2.5 Beskrivelse af modeller baseret på sygdomsspecifik audit	45
3. NATIONALE PROJEKTER MED FOKUS PÅ KVALITETSUDVIKLING I SEKUNDÆR SEKTOR	51
3.1 Det Nationale Indikatorprojekt	51
3.2 Referenceprogrammer	55
3.3 Kliniske kvalitetsdatabaser	56
3.4 Den Gode Medicinske Afdeling	57
3.5 Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser	59
3.6 Kvalitetsdeklarationer	60
4. PROJEKTER MED FOKUS PÅ KVALITETSUDVIKLING I PRIMÆR SEKTOR	62
4.1 Initiativer i praksissektoren	62
4.2 Ekstern kvalitetsvurdering i praksis sektoren	65
4.3 Ekstern kvalitetsvurdering i hjemmesygeplejen	66
5. GRUNDLAG FOR PROJEKTGRUPPENS VALG AF STANDARDOMRÅDER	67
6. ORDLISTE	71
7. LITTERATURLISTE	73

INDLEDNING

Nærværende rapport er udarbejdet af en tværfagligt sammensat projektgruppe nedsat af det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling.

Projektgruppen havde til **formål** at beskrive forslag til en eller flere modeller for, hvordan kvaliteten i sygehusvæsenet kan vurderes som integreret element i kvalitetsudvikling.

Projektgruppens anbefalinger er samlet i to delrapporter:

- 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
- I **Del B** (nærværende) har projektgruppen 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. Herudover beskrives internationale krav til kvalitetsvurdering (udvikling af standarder og brug af evaluatore). Endelig rummer del B en beskrivelse af de igangværende landsdækkende kvalitetsprojekter i Danmark samt projekter med fokus på kvalitetsudvikling i primær sektor.

De to rapporter er udarbejdet af:

Janne Lehmann Knudsen, Kvalitetschef, Hovedstadens Sygehusfællesskab, medlem af PURK (formand)
Annette Styrup Bang, Områdeleder, Vejle Kommune (fra 28.2.01)
Paul Bartels, Chef læge, 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 Slesbager, Specialkonsulent, Sundhedsministeriet
Margit Weise, Sygehusdirektør, Aabenraa Sygehus

Sekretariat:

Anne Mette Fugleholm, Læge, Sundhedsstyrelsen
Nina Moss Hesse, Fuldmægtig, Sundhedsministeriet

Rapporterne blev overgivet til PURK (forretningsudvalget for det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet) d. 12. november 2001 med henblik på videre foranstaltning.

1. DET TEORETISKE GRUNDLAG FOR KVALITETSVURDERING

Standarder og indikatorer udgør væsentlige elementer, når kvaliteten af en given indsats skal vurderes. I det følgende gennemgås standarder og indikatorer ud fra et teoretisk perspektiv og som redskaber til kvalitetsvurdering.

1.1 Standarder som grundlag for kvalitetsvurdering

Kvalitetsvurdering af ydelserne i en organisation eller af sundhedsvæsenets samlede indsats, forudsætter, at det ønskede kvalitetsniveau er fastlagt. Dette kan beskrives i form af standarder.

Ved en **Standard** forstås i det følgende:

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:

Kvantitativt formuleret: *Standarden angiver niveauet for hvad der er god kvalitet udtrykt i en talværdi*

Kvalitativt formuleret: *Standarden beskriver niveauet for hvad der er god kvalitet og angiver hvilke elementer, der er en forudsætning herfor. Kan udtrykkes deskriptivt i fx instrukser eller retningslinjer.*

Standarder kan beskrive **generiske forhold**, det vil sige forhold, der gælder for alle patienter, eller standarder kan beskrive **sygdomsspecifikke forhold**, der gælder for afgrænsede patientgrupper. 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.

Standarder kan formuleres for såvel sundhedsfaglig, patientrelateret og organisatorisk kvalitet. Standarder kan beskrive målsætninger for struktur, proces og resultat:

- en strukturstandard formulerer krav til strukturer i forbindelse med leveringen af en given ydelse (f.eks. fysiske rammer og kompetencer)
- en processtandard refererer til de handlinger, der bør udføres for at opnå det ønskede resultat (f.eks. anvendelsen af kliniske retningslinier)
- en resultatstandard beskriver den ønskede effekt af den leverede ydelse (f.eks. overlevelse)

Udgangspunktet for beskrivelse af standarder er hyppigt områder, der vides at være særligt betydningsfulde, problematiske eller omkostningstunge.

2.2.1. Udvikling af og krav til standarder

Udvikling af standarder er generelt en ressourcetung aktivitet, der strækker sig over en længere tidsperiode. Arbejdet med at beskrive standarder varetages af grupper hvis sammensætning bør afspejle standardens perspektiv.

Første trin i udviklingsprocessen er en gennemgang af den videnskabelige litteratur inden for det valgte område. Standarderne underkastes efterfølgende review og pilotafprøvning og resulterer i et sæt 'endelige' standarder. Det er nødvendigt løbende at revidere og justere standarderne for at sikre, at de er tidssvarende og relevante.

Standarder skal opfylde en række krav, der sikrer, at standarderne har en form, der gør dem til meningsfulde og klinisk anvendelige målsætninger. Standarder skal være:

- evidensbaserede (i videst mulige omfang)
- valide, pålidelige og generaliserbare
- tilgængelige
- entydigt formulerede
- brugbare til sammenligning

Til standarderne skal knyttes metodebeskrivelse af udviklingsproces, gennemført afprøvning og planlagt implementering.

Vurdering af målopfyldelsen af en given standard kan gennemføres ved:

- intern og ekstern audit, se kap. 1.6.
- indikatormåling, se kap. 1.3
- brugervurderinger forstået i bred betydning: patient, pårørende, personale, raske brugere m.v. Bruger vurderingen kan foretages ved brug af spørgeskema eller interview.

Standarder kan udvikles lokalt (egne) eller kvalitetsvurderingen kan baseres på standarder, der er udviklet af andre (eksterne), og eventuelt justeret til lokale forhold.

I kap. 2 er beskrevet erfaringer, fordele og ulemper ved at anvende egne henholdsvis eksterne standarder, som grundlag for ekstern vurdering af kvalitet. Erfaringerne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse foretaget af projektgruppen maj 2001 til udvalgte europæiske lande, som anvender ekstern kvalitetsvurdering baseret på standarder i sundhedsvæsenet.

Nedenstående forhold skal overvejes forud for beslutning om brug af egne henholdsvis eksterne standarder:

- betydning af accept i organisationen af standarder
- mulighed for udvikling og vedligeholdelse af standarder
- behov for forankring og ejerskab af standarder
- anvendelighed til sammenligning
- disponibel tid og økonomiske ressourcer

2.2.1. Status for standarder udviklet nationalt og internationalt

Love og regelsæt

Lovgivning og cirkulærer opstiller i flere tilfælde målsætninger, som sygehusene skal forholde sig til. Det drejer sig f.eks. om patientrettighedslovgivningen, arbejdsmiljølovgivning, lov om brandsikkerhed, miljøregler etc.

En national model for kvalitetsvurdering må nødvendigvis integrere disse målsætninger og overvåge, at de opfyldes.

Mål i økonomiaftalen

På tilsvarende vis indgår der i aftalegrundlag mellem regering og sygehusejere fælles servicemål, som det er vedtaget, at sygehuse i Danmark skal opfylde.

Nogle af disse har karakter af kvalitative standarder såsom:

"Ikke-akutte patienter skal have besked fra sygehuset om tid og sted for undersøgelse/behandling senest 8 hverdage efter henvisning fra egen læge,"

mens andre har karakter af kvantitative standarder såsom:

"Mindst 85% af alle patienter - som det er klinisk relevant for - skal tilbydes forundersøgelse inden for 4 uger fra henvisning"

I projektgruppens forslag til national model er inddraget de målsætninger fra de gældende økonomiaftaler, der direkte er relateret til kvalitet. Se del A, 4.3.

Den Gode Medicinske Afdeling

Projektet "Den Gode Medicinske Afdeling" (DGMA), som beskrives i kap. 3.4, har primært fokus på udvikling af standarder og indikatorer for medicinske afdelinger: indlæggelsesforløbet, det ambulante forløb og uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling.

Standarderne er opbygget over en fælles skabelon, omfattende standarden, formål, delstandarder og kommentarer, se nedenfor.

Eksempel

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

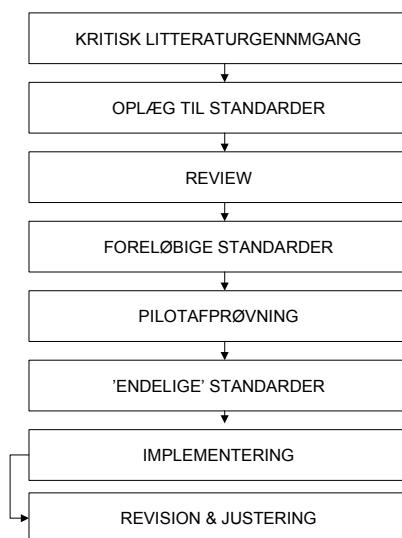
Af sundhedsstyrelsens vejledning om medicinadministration (X) fremgår det, at den ordinerende læge har ansvar for, at ordinationen er tilstrækkelig udførlig og entydig, således at den person, der skal varetage medicineringen, er i stand til at gennemføre opgaven med sikkerhed. Af vejledningen fremgår 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).

Standarderne udarbejdes i en tværfagligt sammensat gruppe med sundhedsfaglig baggrund. Gruppesammensætningen varierer og afspejler de enkelte temaer og karakteren af den ønskede standard.

Udvikling og implementering af standarder følger nedenstående flowdiagram. Der indledes med en kritisk gennemgang af den videnskabelig litteratur. Hvis det ikke er muligt at finde videnskabelig evidens suppleres arbejdet med ekspertudsagn.

De formulerede standarder afprøves, som det fremgår af nedenstående flowdiagram:



I udviklingen indgår udover stræben efter kombinationen videnskabelig evidens, klinisk accept og anvendelighed også en vurdering af standardens effekt, herunder standardens evne til at sikre fastholdelse eller forbedring af kvalitetsniveauet. Analyse af cost-effectiveness og medikolegale aspekter kan ligeledes inddrages i arbejdet.

Det anslås at timeforbruget til udvikling af én standard udgør 200 -300 timer, herunder er ikke medregnet tid til afprøvning. Ressourceforbrug med henblik på videreudvikling af standarden er heller ikke beregnet.

Deltagelse i projektet er frivillig. Målopfyldelsen af de enkelte standarder belyses gennem årlige tværsnitsundersøgelser, der er baseret på gennemgang af ca. 50 journaler fra hver deltagende afdeling. Resultaterne heraf formidles til de deltagende afdelinger og offentliggøres på DGMA's hjemmeside.

Standarder i det Nationale Indikatorprojekt (NIP)

NIP har primært fokus på udvikling af evidensbaserede standarder (sygdomsspecifikke), indikatorer og prognostiske faktorer for afgrænsede patientgrupper. Udviklingen af indikatorer er beskrevet i kap.1.5. Standarderne, som er kvantitative, beskriver realistiske mål for god kvalitet, fastsættes på grundlag af den videnskabelige litteratur for at sikre den højeste evidens. En beskrivelse af de samlede erfaringer med projektet er omtalt i kap. 3.1.

Fastlæggelsen af standarder sker på baggrund af en systematisk gradering af evidens i relation til typen af undersøgelse, som evidensen baseres på og den foreliggende litteratur beskrives. Processen herfor er yderligere beskrevet i kap. 3.1.

Akkrediteringsstandarder

For alle akkrediteringsorganisationer gælder det, at standarder danner grundlaget både for den vedvarende kvalitetsudvikling imellem akkrediteringerne og for selve akkrediteringen. Standarderne dækker typisk sygehusområdet. De omhandler primært den generiske kvalitet, men stiller krav til kvalitetsovervågning af den sygdomsspecifikke kvalitet ved indikatorer, se også kap. 1.3.

Den amerikanske **Joint Commission of Accreditation** (JC), den canadiske **Canadian Council on Health Services Accreditation** (CCHSA), den australske **Australian Council on Healthcare Standards** (ACHS) og den engelske **Health Quality Services** (HQS) har udviklet forskellige sæt af standarder, som hvert er tilpasset en særlig type af sundhedsorganisation, eksempelvis sygehuse, plejehjem, psykiatriske behandlingssteder osv. Organisationerne beskrives nærmere i kap. 2.1.

Den amerikanske akkrediteringsorganisation Joint Commission har i samarbejde med et internationalt ekspertpanel udviklet og i 1999 publiceret *internationale standarder*, der umiddelbart kan anvendes til akkreditering af hospitaler i lande uden for USA. Denne akkreditering varetages af Joint Commission International (JCI). Internationale standarder målrettet organisationen, der består af flere sundhedsinstitutioner (=netværk) og et sæt af særlige standarder vedrørende patientsikkerhed og risikostyring er undervejs til internationalt brug. De øvrige akkrediteringsorganisationer deltager ligeledes i akkreditering i udlandet og anvender her deres oprindelige standarder evt. justeret til lokale forhold.

Standarderne udvikles i organisationerne med anvendelse af både sundhedsfaglig og administrativ ekspertise. I JC og HQS udtrykker standarderne det bedst kendte niveau ("state of the art") indenfor et givent område. I ACHS udtrykker standarderne det mindste, der er foreneligt med en rimelig kvalitet. I CCHSA udtrykker standarderne "standards of excellence".

Standarderne er inddelt i en række hovedområder, hvor flere af dem forekommer i alle de nævnte akkrediteringsorganisationer. Det drejer sig om følgende områder:

- behandling og pleje
- kvalitetsvurdering og udvikling
- ledelse
- håndtering og tilgængelighed af information
- patientsikkerhed
- infektions kontrol.

Organisationerne tillægger de forskellige standarder individuel vægt ved at opstille differentierede krav til grad af opfyldelse af standarden eller ved at vægte dem højt i den samlede vurdering.

Standarder fra de enkelte akkrediteringsmodeller er opbygget over forskellige skabeloner. Heri indgår ofte:

- en målsætning (et formål),
- en standardtitel
- standardens nummer (evt. delstandarder)
- specifikation af standarden ved enten "kriterier", "konkretiseringer" eller "målbare elementer"

Der er, som det fremgår af nedenstående eksempler, ikke entydighed i anvendt opbygning eller terminologi.

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.

ACHS

Standard 1.4 A coordinated plan of care with goals is developed by the health care team in partnership with the patient/consumer of care

Criteria 1.4.1

The plan is developed in consultation with the patient/consumer and carer and addresses the relevant clinical, social, emotional, and spiritual needs of the patient/consumer.

A plan of care is developed for each patient/consumer and specifies the goals that the health care team and patient/consumer have developed. The patient/consumer and care involved in the planning process is essential to ensure the plan appropriately addresses their needs and can be an important factor in achieving the goals.

CCHSA

Standard 13.0 A comprehensive, integrated service plan is developed, and managed across the continuum.

13.1 The team, clients and families work together to set the goals and expected results for each client, and develop an integrated service plan.

13.2 The set goals and expected results

- Are suited to the clients unique capacities and needs
- Are possible to reach
- Can be measured
- Complement those developed by other providers and organisations that provide service to the clients
- Are documented in the service plan

Standardudviklingsprocessen støtter implementeringen af ny viden eller praksis på en hurtig og systematisk måde, der inddrager relevante interessenter, herunder i stigende omfang brugere af sundhedsvæsenets ydelser. Samtidig fokuserer standarderne på områder af betydning for høj kvalitet eller områder med særlig risiko.

Standarderne er designet til at indarbejde lokale love, regulativer og lokale værdier og målsætninger.

I flere af akkrediteringsmodellerne indgår *selvevaluering* baseret på de samme standarder, som organisationen efterfølgende bliver akkrediteret på baggrund af. Selvevaluering er beskrevet nærmere i kap. 1.6.

I **ACHS** udvikles standarderne i et formaliseret samarbejde med de videnskabelige selskaber og sundhedsfaglige organisationer, der også deltager i den løbende revision af standarderne. Siden 1989 er der udviklet og revideret godt 200 kliniske standarder inden for 18 delområder. Standarderne pilottestes på 10-15 relevante organisationer, der repræsenterer bredden i det australske sundhedsvæsen.

ACHS lægger vægt på at inddrage brugerne i sundhedsplanlægning. Der er formuleret standarder som særligt handler om brugerinddragelse.

I **CCHSA** udvikles standarderne i tværfagligt sammensatte ekspertgrupper, som også vedvarende er involverede i revision af eksisterende standarder. Hvert 2. år tages standarderne op til revision. Nye standard pilottestes i 10-15 organisationer.

De *nationale standarder* ved **JC** er udviklet og revideres af en række tværfaglige grupper på baggrund af en gennemgang af den foreliggende evidens på området under ledelse af Bestyrelsen fra Joint Commission, der består af de videnskabelige selskaber og faglige fora. Hvis en standard ikke længere afspejler gældende praksis i sundhedssektoren (klinisk eller ledelsesmæssigt) eller tilgængelig teknologi slettes standarden eller den bliver revideret. Alle standarder revideres hvert andet år.

En international gruppe af læger, sygeplejersker, administratorer og relevant eksperter varetager udviklingen af de *internationale standarder*. I dette arbejde er der også deltagelse fra den internationale kvalitetsorganisation ISQua. Standarderne revurderes løbende. Standarderne foreligger i en 1. udgave, men er under revision.

I Danmark har H:S etableret et samarbejde med Joint Commission med det sigte at blive akkrediteret efter de internationale standarder. Erfaringerne hermed er beskrevet i kap. 2.4.

Det engelske kvalitetsinstitut **Health Quality Service**, HQS har betydelig erfaring med gennemførelse af akkreditering i England, men kun mindre erfaring med international akkreditering. Udgangspunktet for akkreditering ved HQS er 52 hovedstandarder, som sammenlagt omfatter ca. 600 understandarder. Der er udviklet standardsæt for såvel hospitaler som primærsektor.

I Danmark har Sønderjyllands Amt indledt et samarbejde med HQS i form af en model, der inddrager såvel primær sektor som sekundær sektor. Erfaringerne hermed er beskrevet i kap. 2.4.

The Magnet Nursing Services Recognition Program

American Nurse Association har i 1990 etableret American Nurses Credential Center (ANCC), hvor hospitaler kan søge om "magnetstatus" – et kvalitetsstempel - ved brug af The Magnet Nursing Services Recognition Program (Magnetprogrammet). Der er tale om et internationalt akkrediteringsprogram med fokus på og udgangspunkt i sygeplejen, hvor en uafhængig kommission afgør, om hospitalet består.

Navnet "Magnet" refererer til at kunne tiltrække og fastholde de bedste sygeplejersker.

Magnetprogrammets standarder og tilknyttede indikatorer har fokus på både struktur, proces og resultat. Der indgår i programmet relateret til de enkelte standarder "vurderingsskalaer", som udtrykker, i hvilken grad den enkelte standard opnås. Arbejdsmiljø, arbejdsprocesser og resultater er centrale områder i vurderingen af den sygeplejefaglige kvalitet. Magnetprogrammet analyserer på baggrund heraf, hvorvidt de eksisterende beslutningsprocesser vedrørende fordeling af ressourcer, ansvar, kompetence og arbejdsfunktioner fungerer optimalt i forhold til sygeplejens resultater.

Magnetprogrammet er valideret. Effekten er søgt dokumenteret ved videnskabelige undersøgelser, som viser, at sygeplejerskerne ved de akkrediterede magnethospitaler oplever lavere grad af udbrændthed og højere grad af jobtilfredshed sammenlignet med andre ikke-akkrediterede magnethospitaler. På tilsvarende vis er dokumenteret effekt på den patientrelaterede indsats i form af f.eks. en mortalitetsrate, som er 7,7 % lavere sammenlignet med andre hospitaler (uden forskelle i patientpopulation eller andre forhold af betydning for det målte resultat).

Magnetprogrammet omfatter generiske standarder, men har også fokus i de fagspecifikke områder, som eksempelvis måling af tryksår, infektioner m.m.

1.2 Alpha-standarder og ISQua

ALPHA programmet (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation) er et initiativ, der er opstået i ISQua's regi.

ISQua (International Society for Quality in Health Care) har det overordnede formål at fremme kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. ISQua blev dannet i 1985 af sundhedsprofessionelle, der arbejdede med kvalitetsudvikling.

Selskabet er et internationalt, videnskabeligt selskab og tæller medlemmer i mere end 60 lande. ISQua er en non-profit organisation, der ledes af en præsident og en bestyrelse. ISQua støttes økonomisk bl.a. af de store akkrediteringsorganisationer. ISQua afholder årlige internationale konferencer om kvalitetsudvikling og udgiver tidsskriftet "The International Journal of Quality in Health Care". Desuden arbejdes med fremme af den internationale dialog vedr. indikatorudvikling og indikatoranvendelse i "The International Indicators Initiative".

ISQua har siden midt i 1990'erne arbejdet internationalt med akkreditering, og ALPHA programmet er et resultat af dette arbejde.

ALPHA programmet startede som et forum for diskussion og erfaringsudveksling for ledere fra akkrediteringsorganisationerne. Senere opstod ønsket om fastlæggelse af et sæt af standarder for akkrediteringsorganisationers arbejde.

Formålet med ALPHA programmet har således især været at etablere internationale grundprincipper for arbejdet i sundhedssektorens akkrediteringsorganisationer og at udvikle en metode til evaluering af disse i sundhedssektoren. Desuden arbejdes der i ALPHA regi med forskellige former for rådgivning og undervisning til organisationer, der varetager akkreditering.

Udgangspunktet for udmøntning af et specifikt ALPHA program er ønsket om en vis ensartethed i akkrediteringsorganisationernes arbejde og herigennem styrke troværdigheden af arbejdet. Ensartetheden skal således opnås dels gennem koordinering i ISQua, dels gennem ALPHA programmet, som stiller krav om, at akkrediteringsorganisationer udvikler og vedligeholder standarder inden for rammerne af en række fælles principper.

Akkreditering efter ALPHA programmet er med til at signalere et vist kvalitetsniveau – en blåstempling - uanset hvilken akkrediteringsorganisation, der har gennemført den pågældende akkreditering.

Standarderne er afprøvet på akkrediteringsorganisationer i bl.a. New Zealand, Australien og Canada. Den endelig formulering af standarderne blev vedtaget på ISQua konferencen i 1999.

ALPHA programmet er inddelt i 10 hovedgrupper af standarder:

Corporate governance and strategic directions

- Mission, Values and Vision (4 standarder)
- Strategic planning (2 standarder)
- Operational planning (2 standarder)

- Leadership (8 standarder)
- Effective governance (8 standarder)
- External relations (7 standarder)

Organisation and management performance

- Interface of Governance with Management (7 standarder)
- Quality Improvement System (20 standarder)
- Statutory Requirements (3 standarder)
- Contracts and Supplies (1 standard)
- Client Relationships (12 standarder)
- Marketing (12 standarder)

Human Resources Management

- Human Resource Planning (2 standarder)
- Recruitment, Selection and Appointment (4 standarder)
- Staff development (7 standarder)
- Employee Relations (6 stand.)
- Staff Health and Safety (9 standarder)

Surveyor selection, development and deployment

- Surveyor Requirements (1 standard)
- Selection (4 standarder)
- Orientation Training (4 standarder)
- Training, Support and Development (2 standarder)
- Performance Feedback (3 standarder)
- Credentialing and Scope of Competence (4 standarder)
- Surveyor Well-being Satisfaction (2 standarder)

Financial and resource management

- Financial Planning and Management (16 standarder)

Information management

- Information Planning (2 standarder)
- Information Management (5 standarder)
- Information Resources (2 standarder)

Survey management

- Entry into the Accreditation program (5 standarder)
- Planning for survey (9 standarder)
- Survey Implementation (5 standarder)
- Post-Survey (3 standarder)
- Evaluation (2 standarder)

Accreditation process

- Scope of Accreditation Program (2 standarder)
- Responsibilities for Accreditation (6 standarder)
- Maintenance of Accreditation (6 standarder)
- Accreditation Documentation (5 standarder)
- Records (2 standarder)

Standards development

- Standards Development Plan (4 standarder)
- Development and Approval of Standards and Guidelines (6 standarder)
- International Principles (6 standarder)
- Introduction of Standards and Guidelines (5 standarder)
- Evaluation (3 standarder)

Education services

- Program Design (4 standarder)
- Program Delivery (4 standarder)

ALPHA programmet stiller også krav til form, og opbygning af de enkelte standarder samt arbejdet hermed. Det drejer sig om standardens:

- fokus, herunder sikring af patientinvolvering, overholdelse af patientrettigheder, fokus på kontinuerlige kvalitetsforbedringer, fokus på løbende monitorering af kvaliteten, krav om systematisk monitorering og followup
- type, herunder krav om både struktur-, proces- og resultatstandarder.
- rækkevidde, herunder krav om både generiske standarder og standarder for bestemte typer af afdelinger og patientgrupper
- formulering, herunder krav om en veldefineret procedure for faglig involvering, involvering af "stakeholders", integration af love og aftaler, forskning og opdatering, krav til test af standarder samt krav om evaluering og revision

ISQua stiller ressourcer til rådighed med henblik på at gennemføre vurderinger af standarder, der udvikles regionalt. Vurderingen har karakter af godkendelse af, hvorvidt standarderne lever op til ALPHA programmets krav, som ovenfor skitseret.

Der er international konsensus om, at ALPHA programmet giver en solid og internationalt anerkendt ramme for udvikling af standarder og for at gennemføre ekstern vurdering af kvalitet.

Perspektiver i forhold til en dansk model for kvalitetsvurdering.

ALPHA programmet har flere perspektiver i relation til anvendelse ved nationale modeller for ekstern kvalitetsvurdering.

Standarderne for akkrediteringsorganisationer vedrører "what they do and how they do it", og standarderne kan anvendes som egentlig kvalitetsvurdering af den eksterne kvalitetsvurderingsorganisationens arbejde – d.v.s. akkreditering af organisationen.

Som nævnt tilbyder ALPHA også i et vist omfang rådgivning, og det er muligt at bruge ALPHA programmet som inspiration og "checkliste" i arbejdet med opbygning af en national model og udvikling af egne interne standarder hertil samt i det efterfølgende arbejde med vedvarende udvikling og vedligeholdelse af standarder.

1.3 Indikatorer som grundlag for kvalitetsvurdering

Ved en **indikator** forstås i det følgende:

En målbar variabel som anvendes til at belyse et givent kvalitetsniveau, herunder i hvilken grad en standard er opfyldt.

Indikatorer bruges til at måle kvalitet kvantitativt. Indikatoren kan afspejle kvaliteten i relation til definerede standarder eller afspejle kvalitetsniveau og udviklingsretning. Indikatoren kan således anvendes som et advarselssignal.

Indikatorer er numeriske, statistiske værdier baseret på et sæt af data, der indeholder oplysninger om: hvem, hvornår og hvad der måles. Indikatoren kan være et absolut *antal*, *andelen* af hændelser, *intensiteten* af hændelser eller *målelige størrelser*, der afspejler kvalitet.

Håndtering af data til kvalitetsvurdering med indikatorer foretages i databaser, der benævnes kliniske kvalitetsdatabaser. Kliniske kvalitetsdatabaser er således en forudsætning for det praktiske arbejde med indikatorer.

Indikatorer kan anvendes til at belyse kvaliteten ud fra:

- Det professionelle perspektiv: Overvågning af de sundhedsfaglige ydelser
- Patientens perspektiv: Tilfredshed vurderet og fulgt med spørgeskema
- Organisationens perspektiv: Administrativ overvågning af service, fx ventetider

Indikatorer kan anvendes til at dokumentere kvaliteten af indsatsen, der gælder for alle patienter (generiske forhold) såvel som til at dokumentere kvaliteten af indsatsen for forhold, der gælder for en afgrænset patientgruppe - sygdomsspecifikke forhold.

Til at dokumentere kvaliteten vedrørende de **generiske forhold i patientforløbet**, anvendes ofte stikprøver og periodisk måling (eksempelvis tværsnitundersøgelser med passende mellemrum) og bagudrettet dataindsamling (eksempelvis fra eksisterende journaler).

Til at dokumentere **sygdomsspecifikke forhold i patientforløbet** anvendes ofte fremadrettet og kontinuert dataindsamling, hvor dataopsamlingen sker på papirskemaer eller elektronisk. Indikatorer, der afspejler sygdomsspecifikke forhold benævnes **kliniske indikatorer**. Der er også initiativer i gang, som udvikler plejespecifikke indikatorer til overvågning af den plejemæssige kvalitet. Overvågning ved brug af kliniske indikatorer giver det mest præcise og direkte mål for kvaliteten af en given sygdoms behandling.

Der skelnes mellem struktur-, proces- og resultatindikatorer. Kliniske indikatorer kan afspejle kvalitetsniveauet:

- indirekte ved at måle på strukturen (fx behandling udført af speciallæge på specialafsnit)
- direkte ved at måle på processen, (fx om en given klinisk ydelse er evidensbaseret)
- direkte ved at måle på resultatet, her i betydningen helbredsresultat som følge af behandlingen.

Fordelen ved kliniske *resultatindikatorer* er, at de måler kvaliteten af den samlede indsats: helbredelse og lindring. Resultatkontrol som værktøj til kvalitetsvurdering fører imidlertid ikke i sig selv til bedre kvalitet for brugerne. Hertil kommer, at

helbredsresultater typisk først viser sig efter måneder eller år. Konsekvensen heraf er, at dårlig kvalitet først erkendes efter lang tid med risiko for at mange patienter eksponeres for den ringe kvalitet.

Ulempen ved brug af resultatindikatorer alene er endvidere, at konstatering af ikke-tilfredsstillende kvalitet ikke giver mulighed for umiddelbar forbedring, idet årsagen hertil vurderes uden at kende processen. Ikke-tilfredsstillende resultater afføder derfor typisk som første reaktion iværksættelse af uddybende analyse, for at finde årsagerne relateret til proces og struktur. Endelig er der den ulempe, at helbredsresultater afhænger af sygdomssværhedsgrad og af andre tilstedeværende sygdomme hos patienten samt en række andre patientrelaterede faktorer. Når organisationers kliniske ydelser skal sammenlignes kræves derfor justering for disse forskelle mellem patienterne (casemix).

Fordelen ved kliniske *procesindikatorer* er, at de måler kvaliteten af de ydelser som ledelser/klinikere har ansvaret for i det daglige arbejde. Der kan derfor umiddelbart tages stilling til, om det arbejde, der udføres, er i overensstemmelse med fastlagt god klinisk praksis. Der kan samtidig tages stilling til, om processerne er så ensartede og stabile, at organisationen "kan holde, det den lover", dvs. holde det kvalitetsniveau, der er "offentliggjort" og aftalt med patienterne ved det informerede samtykke.

Ulempen er, at procesindikatorer kun er et mål for resultat kvaliteten i den udstrækning, der måtte være sammenhæng mellem god klinisk praksis og helbredsresultatet.

Analoge overvejelse om fordele og ulemper kan gøres gældende vedrørende *strukturindikatorer*.

Hvis sigtet er kvalitetsudvikling dvs. styring med henblik på forbedring, er en blanding af proces- og resultatindikatorer informativ og hensigtsmæssig. Hvis sigtet er tilsyn eller ressourceallokering efter slutproduktets kvalitet, er brug af resultatindikatorer informativ og hensigtsmæssig.

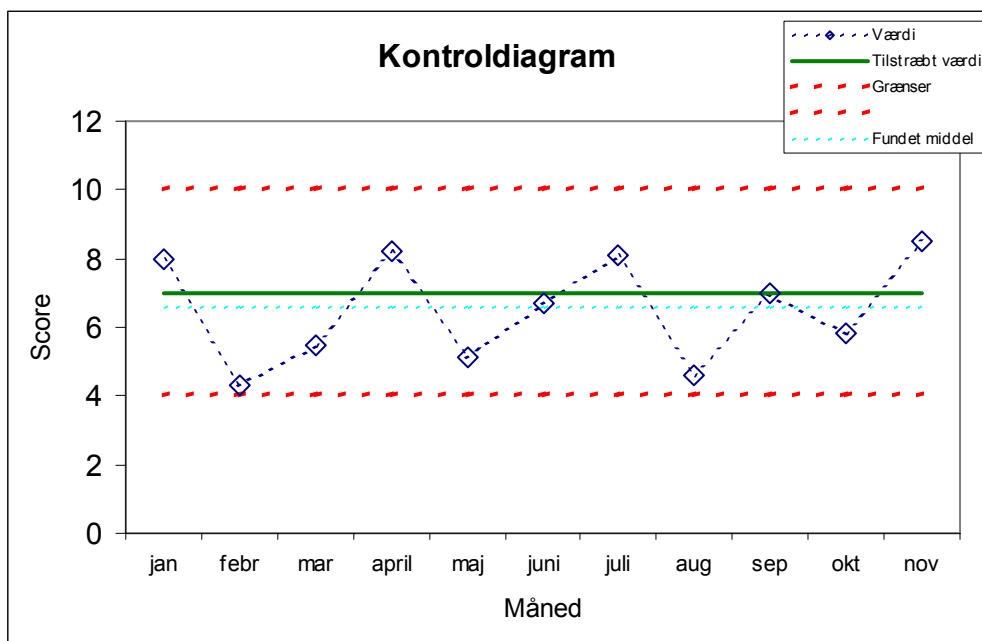
2.2.1. Overvågning ved hjælp af kliniske indikatorer

Kliniske indikatorer skal på linje med data for økonomi og produktion anvendes af organisationen til at nå fastsatte målsætninger. Det kan foretages efter følgende principper:

- Organisationens kliniske kvalitet i forhold til egen tidligere kvalitet
- Organisationens kliniske kvalitet i forhold til et fastlagt niveau
- Organisationens egen kliniske kvalitet i forhold til andres kvalitet

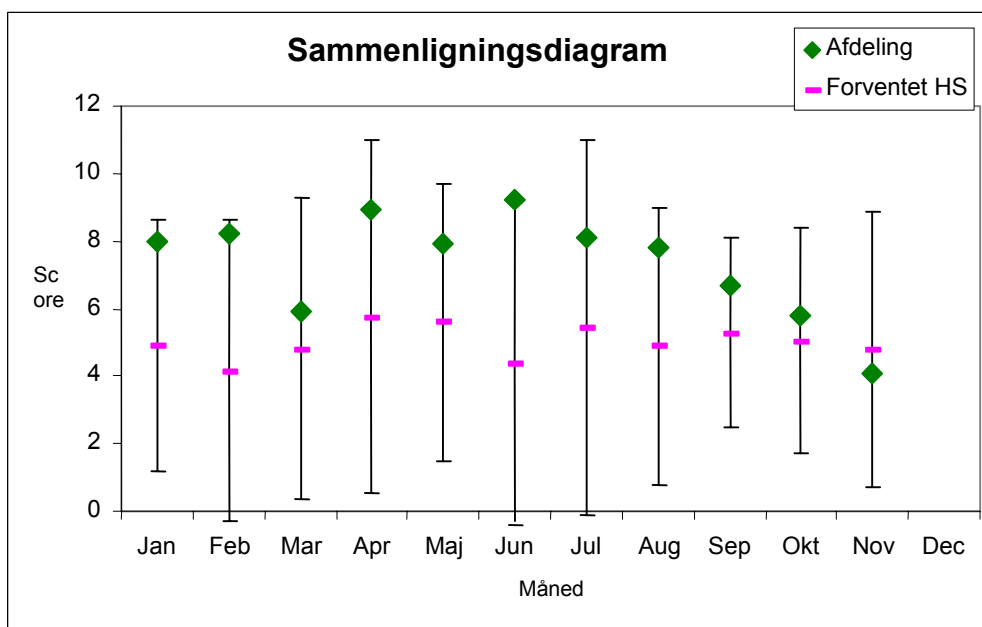
Organisationens kliniske kvalitet i forhold til egen tidligere kvalitet. Denne form for overvågning bruges til at sikre, at der foreligger en stabil klinisk proces, der medfører stabile resultater med ringe variation. En kvalitet, der dermed er forudsigelig som forudsætning for, at organisationen kan holde det kvalitetsniveau, som loves patient og offentlighed. Denne form for kvalitetsovervågning kan ske med kontroldiagrammer og andre former for statistisk proceskontrol.

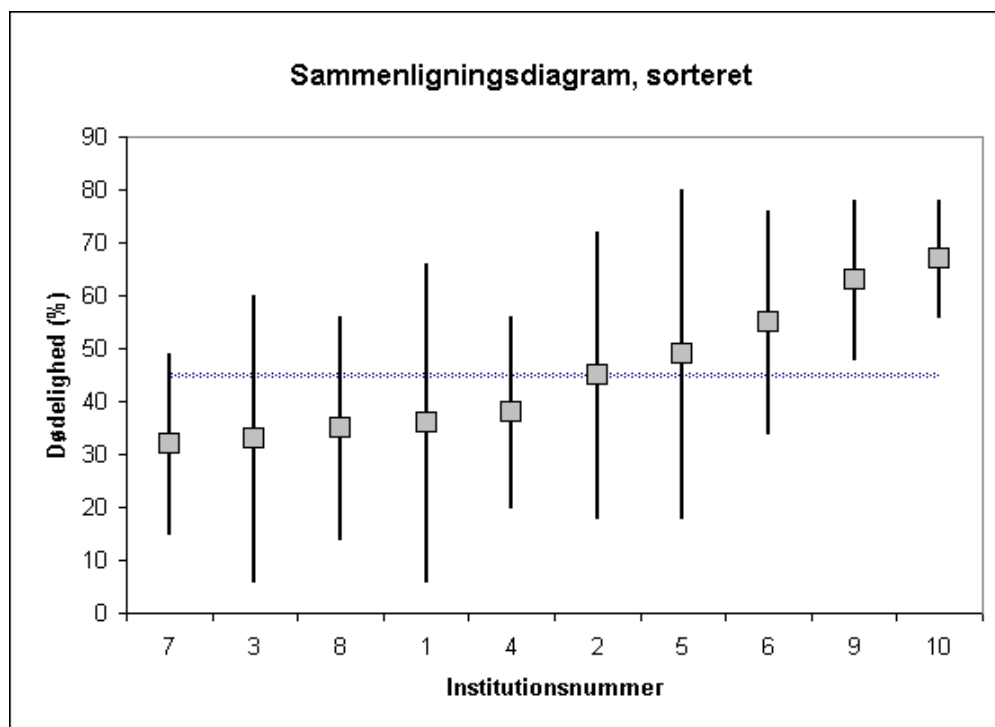
Organisationens kliniske kvalitet i forhold til et fastlagt niveau. Overvågningen bruges også til at sikre, at kvaliteten ligger på det niveau som organisationen har vedtaget (standard udtrykt kvantitativt). Sådanne niveauer kan være baseret på videnskabelig evidens og intern eller ekstern konsensus. Denne form for kvalitetsovervågning kan ske med kontroldiagrammer og andre former for statistisk proceskontrol, der kan vise signifikante afvigelser fra det fastlagte niveau. Nedenstående figur er et eksempel herpå.



Det skal bemærkes, at fastlagte niveauer per definition kun repræsenterer en midlertidig fastlæggelse af niveauet (jf. denne rapport's definition af standard), idet den overordnede målsætning for kvalitetsudvikling er vedvarende forbedring .

Organisationens egen kliniske kvalitet i forhold til andres kvalitet. En organisation med stabil kvalitet kan sammenligne sig med andre lignende organisationer med henblik på at identificere forbedringsmuligheder. Denne form for kvalitetsovervågning kan ske ved sammenligning "en mod alle" eller "alle mod alle", som illustreret i de to nedenstående figurer.





Det skal bemærkes, at meningsfuld sammenligning af kliniske resultater forudsætter risikojustering med egnet statistik.

En forudsætning for, at kliniske indikatorer kan tjene deres formål som datagrundlag for kvalitetsstyring er, at de opfylder grundlæggende krav om gyldighed og præcision og afspejler kvaliteten som den er på det aktuelle tidspunkt.

Disse krav til kliniske indikatorer indebærer omfattende tiltag, blandt mange nævnes her:

- meget præcise kliniske og matematiske definitioner af indikatorerne
- datavalidering ved datafødslen
- IT systemer til databearbejdning samt ind- og udrapportering
- automatiseret statistisk beregning

Disse forudsætninger betyder omkostninger ved udvikling, implementering og drift af kliniske indikatorer med heraf afledt behov for at prioritere.

2.2.1. Status for kliniske indikatorer udviklet nationalt og internationalt

Det Nationale Indikatorprojekt

Formålet med projektet er dokumentation og udvikling af sundhedsfaglig kvalitet. I projektet udvikles standarder, indikatorer og prognostiske faktorer på evidensbaseret grundlag. En beskrivelse af de samlede erfaringer og status for projektet er omtalt i 3.1.

Indikatorer udvikles på basis af højeste tilgængelige evidens i en struktureret proces med deltagelse af de faggrupper og specialer, som er relevante for det pågældende patientforløb.

Indikatorer som led i akkreditering

Udvikling af indikatorer i **Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)** startede tilbage i slutningen af 1980'erne og i dag findes omkring 200 proces- og resultatindikatorer inden for 18 kliniske specialer inklusive for medicin bivirkninger (adverse drug reaction). Formålet med indikatorerne har været at udvikle et redskab for

den praktiske håndtering af undersøgelse, behandling og pleje i det australske sundhedsvæsen. Indikatorerne er udviklet i tæt samarbejde imellem de videnskabelige selskaber og sundhedsfaglige organisationer. Indikatorerne revideres løbende og justeres efter behov i samarbejde med specialeselskaberne.

Der arbejdes ikke med tærskelværdier for indikatorerne, da man mener, det vil fremme incitamentet til manipulation af data. I stedet anvendes stratificerede nationale anonymiserede sammenligninger, således at den enkelte sundhedsorganisation er i stand til at vurdere sig selv i forhold til andre sammenlignelige organisationer.

Data til indikatorerne rapporteres rutinemæssigt til ACHS's afdeling for indikatorer og en gang årligt gives tilbagemelding til organisationerne af deres niveau.

Mere end 90% af alle udskrivelser fra australske hospitaler dækkes af mindst en indikator. Man har kunnet vise, at anvendelsen af indikatorer forbedrer kvalitetsniveauet for det område, indikatoren dækker.

Et af målene med indikatorprogrammet Achieving Improved Measurement (AIM) i **Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)** er at fremme organisationernes brug af indikatorer.

CCHSA udarbejder ikke selv indikatorer, men samarbejder med en række nationale organisationer og faglige selskaber om at identificere indikatorer, som har relevans i forhold til de standarder, der indgår i den canadiske akkrediteringsmodel.

De vigtigste kriterier for udvælgelsen af indikatorer er:

- deres relevans i forhold til den canadiske model
- eksistensen af en nationalt accepteret definition
- indikatorernes validitet.

CCHSA har med udgangspunkt i de anvendte akkrediteringsstandarder udarbejdet et indikator-katalog, som indeholder:

- hyppigt anvendte indikatorer, som i større eller mindre udstrækning lever op til CCHSA's kriterier, og som blandt sundhedsorganisationerne opfattes som væsentlige
- indikatorer udviklet af samarbejdsorganisationer og som lever op til CCHSA's kriterier
- forslag til områder, hvor indikatorer bør udvikles eller kvalificeres

CCHSA har udarbejdet nogle vejledende retningslinier for organisationers brug af indikatorer og lægger vægt på, at organisationer, der ønsker at blive akkrediteret, anvender indikatorer og kan redegøre for, hvordan indikatorerne anvendes til intern kvalitetsudvikling. Det er imidlertid organisationerne selv, som vælger, hvilke indikatorer, de ønsker at anvende.

I **Joint Commission's Internationale akkreditering (JCI)** stiller standarderne krav til ledelse, herunder ledelsens kvalitetsstyring og at ledelsen på udvalgte områder sikrer en løbende overvågning ved indikatorer. Det drejer sig om områder forbundet med høj risiko, alvorlige konsekvenser eller områder hyppigt forbundet med kvalitetsbrist.

Endvidere stilles krav om, at sygehuset planlægger overvågning af specifikke områder, såsom medicinering, hospitalsinfektioner, kirurgi, anæstesi – og andre kliniske områder med særlig høj risiko. Overvågningsdata skal stå til rådighed for evaluatorene ved akkrediteringsbesøget. Endelig er der akkrediteringsstandarder, som pålægger

hospitalet at levere de data (herunder kliniske indikatordata) som måtte være pligtige i henhold til lovgivning og kontrakter, som hospitalet har indgået.

I de internationale akkrediteringer stilles der ikke krav om obligatorisk brug af givne indikatorer. Kravene går alene på, at organisationen foretager overvågning baseret på indikatorer.

Joint Commission's nationale akkreditering (JC) har gennem en årrække arbejdet med udvikling af metoder til at inkorporere indikatormålinger i akkrediteringsprocessen.

I 1994 kom det første fælles sæt af indikatorer, som hospitaler for at blive akkrediteret skulle overvåge - *Indicator Measurement System (IMS)*. Et af formålene var at give mulighed for direkte sammenligninger blandt de akkrediterede hospitaler. IMS blev aldrig implementeret bredt fordi, den tilhørende nationale database stred mod landets antimonopol lovgivning.

Som erstatning for IMS lancerede JC i 1997 *ORYX-initiativet*, der indebar, at udvikling og håndtering af indikatorer herunder dataanalyse og datatransmission blev decentraliseret. Hospitaler, som ansøgte om akkreditering kunne selv vælge sine ORYX-indikatorer, ud fra nogle af JC forud godkendte kommercielle målingssystemer med mere end 1000 indikatorer.

Siden 1998 har kravet til hospitaler, der ansøger om akkreditering, været indrapportering af et minimumsantal indikatorer, som hospitalerne selv vælger blandt en pool af godkendte indikatorer. Evaluatorene vurderer ved akkrediteringsbesøget, hvordan hospitalet anvender de valgte ORYX-indikatorer som led i kvalitetsudvikling. Bl.a. vurderes hospitalets evne til at indsamle komplette data, gennemføre troværdige analyser og iværksætte relevant forbedringsarbejde.

ORYX programmet suppleredes fra 2001 med en projektafprøvning af definerede sæt af kerneindikatorer, *Core Measure Set*. Indtil videre er der udviklet Core Measure Set på områderne: Blodprop i hjertet, lungebetændelse, obstetrik, hjertesvigt og kirurgiske procedurer/komplikationer. Disse pilottestes på hospitaler i USA, Spanien og Danmark. H:S deltager således i afprøvning af det obstetriske Core Measure Set.

Sammenfattende kan det konstateres, at det efter 15 års målrettet arbejde ikke er lykkedes JC at få implementeret et fælles sæt af kliniske indikatorer som forudsætning for kvalitetsvurderingen på hospitaler. Akkreditering i USA forudsætter fortsat, at der anvendes et selvvalgt lokalt sæt kliniske indikatorer valgt fra en given pool af indikatorer. Årsagerne til vanskelighederne skal søges i både den faglige udfordring med at få udviklet indikatorer der "virkelig dur", begrænsninger i informationsteknologi og ressourcer samt accept i de sundhedspolitiske og sundhedsfaglige miljøer.

Selvstændige indikatorprogrammer

Organisationen **RAND (Research and Development)** i USA gennemfører i øjeblikket et projekt, der drejer sig om at overvåge kvalitet af sundhedsvæsenets indsats i forhold til skrøbelige ældre patienter. Baggrunden for projektet er et ønske om at karakterisere de enkelte dele af behandlingsorganisationen, dvs. både primær sektor og sekundær sektor mht. kvalitet af indsatsen over for netop denne målgruppe. Kvalitetsvurderingen foregår ud fra et generisk udgangspunkt, dvs. undersøgelse af, om den pågældende del af organisationen opfylder krav til generiske forhold som f.eks. diagnose. Samtidig ønskes et generelt billede af behandlingskvaliteten af store vigtige sygdomsområder på regionalt niveau. Slutteligt hviler projektet udelukkende på almindelige journaldata. Indikatorerne er altså sygdomsspecifikke og går næsten alle på overvågning af processer.

Baggrunden for denne tilgang er for det første et ønske om at anvende allerede registrerede kliniske data, dvs. data som har mening for den enkelte patient og den enkelte kliniker. Samtidig er projektet en erkendelse af, at de enheder der beskæftiger sig med behandling af ældre patienter ikke mindst i primærsektoren aldrig vil modtage tilstrækkelig store patientpopulationer til at det er muligt at gennemføre en kvantitativ vurdering af kvalitet. Den på forhånd vedtagne indikatorklassifikation tillader imidlertid, at man kan aggregere data fra forskellige sygdomme og derved få et billede af enhedens generiske kvaliteter.

Udvikling af indikatorer starter med definition af vigtige tilstande som området for udvikling af indikatorer, dvs.:

- tilstande hvor prævalensen er høj.
- indflydelse på mortalitet/morbiditet er høj.
- der er effektive interventioner.
- interventionerne finder sted tværsektorielt i sundhedsvæsenet.

På dette grundlag har man kunnet udvælge 22 tilstande som genstand for indikatorudvikling. Blandt disse 22 findes farmakologiske problemer, faldtendens, diabetes, terminal fase, mens f.eks. kroniske obstruktive lungesygdomme udelades, idet der her angiveligt ikke er stor effekt af intervention hos ældre.

Indikatorerne klassificeres på grundlag af litteraturen for alle 22 tilstande med hensyn til screening, forebyggelse, diagnose, behandling og opfølgning. Efterfølgende foretages af ekspertpaneler en validering af indikatorerne, som derefter danner basis for journalekstraktion eller tværgående studier.

En yderligere fordel ved denne tilgang er, at det store antal tilstande gør favorisering mellem de valgte sygdomme meget vanskelig. Der foreligger endnu ikke publicerede resultater fra projektet.

National Health Service (NHS) i England og Wales har siden 1999 beskrevet sygehuse/trusts ved brug af kliniske indikatorer. De kliniske indikatorer, der anvendes ind til videre, er overordnede indikatorer. Det drejer sig om:

- hospitals 30 dages mortalitet efter kirurgi (hhv. på akutte og elektive indlæggelser)
- 30 dages mortalitet efter hoftenære frakturer hos patienter over 65
- 30 dages mortalitet efter AMI hos patienter over 50
- genindlæggelsesfrekvens
- hyppighed af udskrivning til eget hjem inden for to måneder efter akut indlæggelse for apopleksi for patienter over 60
- udskrivning til eget hjem inden for en måned efter hoftenære frakturer

Der forventes udviklet adskillige flere sygdomsspecifikke indikatorer.

Ud over offentliggørelse indgår NHS indikatorerne i et akkrediteringslignende system indenfor begrebet Clinical Governance, hvor målopfyldeelse vurderes svarende til en bred ramme, som omfatter:

- sundhedsfremme
- tilgængelighed
- effektivitet
- patientoplevelse kvalitet
- behandlingsresultater

På denne baggrund får sygehusene et antal stjerner afhængig af den samlede grad af målopfyldelse. Placeringen har konsekvenser for budgettildeling og den efterfølgende eksterne overvågning.

En begrænset del af standarderne i den skotske akkreditering **Scotland Board of Health** er tilgængelig for indikatormåling. Der er således som grundlag for akkrediteringsprocessen udviklet standarder for post-operativ mortalitet, komplikationsfrekvenser, overlevelsedata, social prognose inden for de konkrete sygdomsområder (hyppige forekommende kræftsygdomme, hjerte-kar sygdomme, skizofreni og maniodepressiv sygdom). Indikatormålingen for de udvalgte områder foregår enten via sundhedsstatistiske registre (mortalitetsdata) eller via egentlige kliniske databaser oprettet af den skotske reference-programorganisation (SIGN) eller den nationale audit-organisation (CARG).

Den skotske akkrediteringsmodel er beskrevet mere detaljeret i kap. 2.5.

1.4 Kvalitetsvurdering generelt (intern og ekstern vurdering)

Der er to overordnede formål med vurdering af kvalitet:

- kvalitetsudvikling, hvor det primære formål er at skabe grundlag for en forbedring af kvaliteten og en læring i organisationen, der sikrer løbende præstations forbedringer
- kvalitetskontrol, hvor det primære formål er at forsikre en ekstern part (patienter/kunder/ ejer/finansieringskilder) om at kvaliteten i den evaluerede organisation lever op til et formuleret/forventet niveau

I valget af model for kvalitetsvurdering er det således væsentligt at gøre sig klart, hvad der er sigtet med vurderingen. Vurderingen kan ske gennem intern henholdsvis ekstern vurdering eller kombinationer heraf.

2.2.1. Intern vurdering

Ved Intern vurdering forstås i det følgende:

Vurdering udført af de personer/ledelser, der selv har været involveret i/har ansvar for det arbejde, der kvalitetsvurderes.

Det er afgørende, at arbejdet med kvalitet har sit afsæt hos de personer, der udøver den daglige praksis. Forankring af vedvarende fokus på kvalitet som integreret del af daglig praksis kan alene sikres gennem uddannelse og ved ledelsesengagement i kvalitetsarbejdet. Herudover er det væsentligt, at de enkelte medarbejdere forstår og påtager sig arbejdet med kvalitet som en naturlig del af arbejdsopgaverne.

Fordelen ved intern vurdering er, at den i vid udstrækning sikrer forankring af kvalitetskonceptet - uanset om standarderne er lokalt udformede eller ej. Ulempen ved intern vurdering er, at processen lægger beslag på ledelsens og medarbejdernes tid og ressourcer. På den anden side er det netop den investerede tid, der sikrer etablering af en vedvarende kvalitetskultur i organisationen.

Intern vurdering kan foretages ved selvevaluering eller intern audit med implicitte eller eksplicitte kriterier.

Selvevaluering

Selvevaluering er et nyere begreb, som endnu ikke er entydigt defineret. I rapporten er valgt den forståelse af selvevaluering, som anvendes i forbindelse med akkreditering, idet der her er tale om en lidt bredere tilgang, som omfatter, at selvevalueringen følges op med ekstern vurdering.

Ved selvevaluering forstås således i det følgende:

En intern vurdering, hvor kvaliteten vurderes i forhold til skrevne standarder.

Selvevaluering er en intern vurdering, hvor organisationen selv evaluerer opfyldelsen af givne standarder. Ud over at medvirke til målopfyldelse af standarderne er selvevalueringen med til at etablere en kvalitetskultur i organisationen og sikre fortsat arbejde med kvalitet i perioderne mellem de eksterne vurderinger. I nogle akkrediteringsmodeller udgør resultaterne af selv-evalueringen det centrale element i den efterfølgende akkreditering.

Fordelen ved at inddrage selvevaluering er, at arbejdet med kvalitet spredes ud i alle niveauer i organisationen og at der sker en læring. Samtidig giver selvevalueringen organisationen en "værdi" for opfyldelsen af standarderne og således mulighed for at identificere styrker og forhold med forbedringspotentiale. Endelig lægges op til, at det er organisationen selv, som foretager en prioritering af hvilke områder, der skal igangsættes forbedringer på. Ulempen med selvevaluering er den store arbejdsbyrde for medarbejderne.

Selvevaluering inddrages i stigende omfang i flere af de eksisterende eksterne vurderingsmodeller, som netop har det formål at bygge kvalitetsarbejdet ind i den daglige praksis – og fokusere på læring frem for kontrol.

Intern audit

Metodetilgangen ved audit udgør et nødvendigt element i alle bredt dækkende kvalitetsvurderingssystemer. Tilgangen komplementerer den kontinuerlige kvalitetsvurdering med indikatorer.

Ved intern audit forstås i det følgende:

Intern audit er en intern vurdering, som følger en specifik metodemæssig tilgang i organisationen, som beskrives i det følgende.

Audit metoden hører til de mest veldokumenterede og mest anvendte metoder til kvalitetsvurdering og fokuserer typisk på vurdering af givne hændelser eller afgrænsede patientforløb.

Krav til regelmæssig gennemførelse af audit i forbindelse med intern kvalitetsvurdering indgår da også som generisk standard i flere akkrediteringsprogrammer, som det fremgår nedenfor:

"There is systematic multidisciplinary audit of practice against relevant protocols, guidelines and good practise statements in which all health care professionals staff participate. Data source: percentage of

clinicians involved in audit. Policy on discrimination of results and evidence of action taken in response to specific audit find." (*Scotland Board of Health*).

Audit kan som fokus have det sundhedsfaglige perspektiv, patient/brugerperspektivet eller det organisatoriske perspektiv eller kombinationer heraf. Audit kan omfatte strukturer, processer og/eller resultater.

Auditgruppen sammensættes af en gruppe af fagpersoner, der er sagkyndige indenfor det pågældende speciale i den konkrete audit. Gruppen gennemgår udvalgte data ofte i form af data fra kliniske databaser, detaljerede tekstresuméer fra konkrete patientjournaler, data fra spørgeskemaer, klagesager, administrative data el.lign. Den kliniske problemstilling vurderes med henblik på at konstatere, om kvaliteten er tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende. Såfremt de konkrete kliniske aspekter vurderes som ikke tilfredsstillende, angives årsagerne hertil.

Audit, hvori vurderingen sker på baggrund af eksplicite kriterier (f.eks. standarder der anvendes af akkrediteringsorganisationer eller er baseret på kliniske retningslinier) betegnes - *eksplicit audit*. Hvor det ikke er muligt at opstille objektive mål for kvaliteten i form af kriterier, standarder eller kliniske retningslinier, kan vurderingen gennemføres på baggrund af deltagernes erfaringer, kvalifikationer og sunde fornuft – *implicit audit*. Implicit og eksplicit audit er ikke modsætninger men kan kombineres afhængig af den kliniske problemstilling.

Genstandsområdet kan være alle perspektiverne i givne patientforløb, eller fx alene de sygdomsspecifikke områder (klinisk audit). Datagrundlaget for audit kan være kvalitativt (journalmateriale, beskrivelser, interview etc.) eller kvantitativt (data fra databaser) eller kombinationer heraf.

Audit kan udføres af ligeværdige fagfolk – peer review eller kollegial audit. Audit kan også udføres af særligt uddannede auditspecialister uden sundhedsfaglig baggrund fx ISO auditører (se kap. 1.6). Audit kan udføres af enkeltpersoner eller grupper af personer (auditpanel, auditgruppe, auditteam), der kan være sammensat af en eller flere faggrupper og patient/brugerrepræsentanter.

Audit kan foretages med udgangspunkt i på forhånd fastlagte målsætninger i form af standarder eller kan foretages med udgangspunkt i *benchmarking* dvs. sammenligninger med sigte på at lære af de bedste. Endelig kan audit gennemføres som en kombination af standarder og benchmarking.

Som det fremgår, kan audit således være skruet sammen på mange forskellige måder ved kombinationer af alle ovenstående forhold. De undersøgelser, der er udført vedrørende audit som metode til forbedring af klinisk kvalitet, tyder ikke på, at en bestemt type audit er mere virksom end andre. Det der har effekt er, at der anvendes en systematisk metode til beskrivelse, vurdering og forbedring.

Det centrale er, at audit skal følge en konkret metodemæssig systematik. Denne er typisk beskrevet i en *auditprotokol* der præcist fastlægger alle ovennævnte forhold: auditområdet, datasættet, panelsammensætning etc. Som eksempler på protokoller for systematisk audit kan nævnes audit tilknyttet Det Nationale Indikatorprojekt (kap. 3.2), Scotland Board of Health (kap. 2.5) og benchmarking Skåne og H:S (kap. 2.5).

2.2.1. Ekstern vurdering

Ved ekstern vurdering forstås i det følgende:

Vurdering udført af personer, der ikke har været involveret i/haft ansvar for det arbejde, der kvalitetsvurderes

Fordelen ved ekstern vurdering er, at den giver en uvildig vurdering af kvaliteten. Forankringen af de eksterne evaluatore i en professionel organisation sikrer ensartethed i metodik og uddannelse samt, at evaluatorernes kompetencer vedligeholdelse og fortsat udvikles. Ekstern vurdering giver ofte høj troværdighed ud ad til i organisationen.

Ulempen ved ekstern vurdering er, at den internt kan opfattes som kontrol – ”at blive kigget over skuldrene af andre” og at den eksterne vurdering ikke nødvendigvis sikrer læring i organisationen. Det vurderes også som en ulempe, at evalueringsprocessen er bygget op med intensive perioder, hvor forberedelse til den eksterne vurdering foregår, afløst af perioderne mellem de enkelte vurderinger.

Det er muligt at kombinere intern og ekstern vurdering. I kap. 2 er gennemgået erfaringer fra fire europæiske modeller for vurdering af kvalitet i sygehusvæsenet, der i varierende grad gør brug af både intern og ekstern vurdering.

Ekstern vurdering kan gennemføres ved ekstern audit eller akkreditering.

Ekstern audit

Ved ekstern audit forstås i det følgende:

Ekstern audit er en ekstern vurdering, der foretages af fagpersoner udenfor organisationen og som følger en specifik metodemæssig tilgang.

Den metodemæssige tilgang ved ekstern audit er den sammen som ved intern audit undtaget det forhold, at vurderingen gennemføres af fagpersoner, der er udenfor organisationen. Der henvises til beskrivelse i kap. 1.41 vedrørende intern audit.

Akkreditering

Ved akkreditering forstås i det følgende:

Akkreditering er en ekstern vurdering baseret på standarder.

Kvalitetsvurderingen udføres af fagfolk, fra en uafhængig organisation, og den resulterer i en samlet bedømmelse af sundhedsorganisationens kvalitetsniveau som grundlag for akkrediterings status.

De fleste akkrediteringsmodeller omfatter hele organisationen . Enkelte er afgrænset til specifikke patientforløb.

Akkreditering er en metode til kvalitetsudvikling af sundhedsorganisationer herunder hospitaler, ambulatorier, praksis, plejehjem m.v.. Den eksterne vurdering af organisationens kvalitet måles i forhold til veldefinerede standarder, der er udviklede eller godkendte af den organisation, der varetager akkrediteringen. Kvalitetsvurderingen af hospitaler tager udgangspunkt i de strukturer, processer og resultater, som er af betydning for et godt patientforløb.

Akkreditering forudsætter, at der i organisationen er en kultur, som indebærer en systematisk og kontinuerlig forbedring af præstationerne og at dette kan dokumenteres. Centrale spørgsmål i akkreditering er således, om organisationen gør det godt nok og om der sker kvalitetsforbedringer på et dokumenteret grundlag. Akkreditering af hospitaler foregår i dag i mere end 30 lande.

Koncepterne kan variere men har følgende generelle træk:

- standarderne går på tværs af hospitalet
- krav om vedvarende overvågning af kvaliteten ved brug af kliniske indikatorer er integreret
- kvalitetsvurdering foretages af et team af fagpersoner fra en professionel akkrediteringsorganisation
- hospitalerne skal med regelmæssige intervaller (2-5 år) søge om fornyet kvalitetsvurdering for at fastholde akkrediteringsstatus.

Akkrediteringsorganisationerne i Australien, Canada og USA udgør i praksis hovederfaringsgrundlaget for akkreditering indenfor sundhedsvæsenet. Standarder og indikatorer indenfor de nævnte organisationer omtales i kap. 1.1 og 1.3. En bredere beskrivelse findes i kap. 2.1. Yderligere beskrivelse af opbygning og opgavevaretagelse i de tre organisationer kan findes i "Akkreditering af hospitaler. Metoder og erfaringer fra USA, Australien og Canada", EvalueringsCenter for Sygehuse i samarbejde med DSI Institut for Sundhedsvæsen. 2000".

Også i andre lande er der tradition for at gennemføre akkreditering af hospitaler og andre sundhedsorganisationer.

Erfaringer med brug af internationale akkrediteringsmodeller i Danmark er beskrevet i kap. 2.4. Europæiske erfaringer i øvrigt med brug af akkrediteringsmodeller er beskrevet i kap. 2.2.

EFQM

Excellence modellen blev lanceret af The European Foundation for Quality Management (EFQM) i 1988. Oprindeligt var den tænkt som en model til kvalitetsvurdering og udvikling af private virksomheder, men senere er modellen blevet videreudviklet og tilpasset forholdene i offentlige serviceorganisationer. Modellen anvendes i dag bl.a. på en række sygehuse i Tyskland (se kap. 2.3).

Også herhjemme er der gjort erfaringer med brug af EFQM modellen, således har bl.a. Herning Centralsygehus taget modellen i brug. Erfaringer herfra er beskrevet i kap. 2.4. Flere amter bruger modellen som virksomhedsmodel dvs. som ramme i arbejdet med kvalitetsudvikling.

Modellen består af 9 kriterier, der repræsenterer de områder, en organisation skal måles på for at få et samlet overblik over organisationens niveau i forhold til excellence. De 9 kriterier er lederskab, medarbejdere, politik og strategi, partnerskab og ressourcer, processer, medarbejderresultater, kunderesultater, samfundsresultater og samlede resultater.

I modellen lægges der stor vægt på, at organisationen måler på resultaterne af indsatsen for derved at sikre læring og udvikling.

For hver af de 9 kriterier er der en række delkriterier (i alt 32), som konkretiserer emnet. Kriterier og delkriterier af eksternt fastsatte (af EFQM), men det er op til hver enkelt organisation at operationalisere de 32 delkriterier.

Excellence modellen er et værktøj til kvalitetsudvikling baseret på selvevaluering. Modellen indeholder et pointsystem, som giver organisationen mulighed for at vurdere, hvorvidt ændringer i indsatsen har resulteret i forbedret kvalitet over tid.

Herhjemme kan organisationer som anvender Excellence-modellen vælge at blive eksternt vurderet, hvilket sker gennem ansøgning om Kvalitetsprisen for den offentlige Sektor. Prisen blev lanceret i 1997 som et fælles offentligt initiativ og har til formål at stimulere til fortsat kvalitetsudvikling i offentlige institutioner.

Statens Center for Kompetence og Kvalitetsudvikling, der udlodder Kvalitetsprisen for den Offentlige Sektor, har udarbejdet et katalog med ideer til, hvordan Excellence modellen kan anvendes. Kataloget indeholder bl.a. konkrete forslag til, hvordan en intern kvalitetsorganisation kan opbygges.

Certificering

Certificering er en kvalitetsbedømmelse af en organisation (i sygehusvæsenet typisk en afdeling) hvorved det attesteres, at denne lever op til et specificeret grundlag for styring af kvaliteten, der sandsynliggør, at der ydes ensartet kvalitet ved samme processer.

Certificering er en generel model til brug for private og offentlige virksomheder. ISO-9000 serien er udviklet til virksomheder med det sigte at fremme tillidsforholdet mellem kunde og leverandør. Certificering indebærer, at virksomheden har beskrevet mål, opgaver, organisation og fordeling af ansvar, herunder vejledninger for samtlige arbejdsprocesser. Virksomheden skal kunne anvise, hvordan man fører kontrol med kvaliteten, herunder hvorledes kvalitetsbrist og afvigelser håndteres. På samme måde beskrives krav til den løbende dokumentation af processerne, samt hvordan medarbejdernes uddannelse sikres.

Certificeringsprocessen indebærer en inspektion, der udføres af særligt uddannede personer (auditører) fra en organisation godkendt til at forestå certificering. I Danmark er flere hospitalslaboratorier certificeret. Erfaringer hermed er beskrevet i kap. 2.4.

1.5 Kvalitetsvurdering af den sygdomsspecifikke indsats

Den metode, der mest direkte overvåger kvaliteten af de specifikke sundhedsfaglige ydelser, er overvågning ved hjælp af kliniske indikatorer. Principper herfor er gennemgået i kap. 1.3.

Indikatorovervågning kan levere tidsaktuel oplysning om kvaliteten af en ydelse. Indikatorovervågning kan imidlertid ikke stå alene som eksternt redskab til kvalitetsvurdering på det sygdomsspecifikke område.

Først og fremmest giver indikatorovervågning ikke information om mulige årsagssammenhænge og dermed udviklingsmuligheder ved målt variation. Det gælder enten variationen består i afvigelse fra standardværdi eller i forskelle mellem målinger fra forskellige organisationer. Dette indebærer, at ekstern kvalitetsvurdering, der udelukkende beror på indikatorovervågning får udtalt karakter af kontrol. Samtidig er der en risiko for, at måleresultater både internt i sundhedsvæsenet og eksternt i forhold til borgere og myndigheder forveksles med selve kvaliteten.

Dertil kommer de store krav til korrekt og troværdig analyse, som indebærer, at der realistisk må prioriteres mellem overvågningsområder. Det betyder, at forbedringsindsatsen koncentrerer indenfor de områder, der indikatorovervåges, hvilket kan medføre skævvridning af fokus i forhold til områder, der ikke overvåges.

Der er således gode grunde til at anvende andre, supplerende metoder til kvalitetsvurdering af den sygdomsspecifikke sundhedsfaglige kvalitet. **Ekstern klinisk audit** kan anskues som en metode, der er komplementær til indikatorovervågning.

Audit gennemføres periodisk, men kan være bred i sigtet: På et givet tidspunkt vurderes kvaliteten i bredden: alle patientgrupper, alle faggrupper (tværfaglig tilgang), og alle brugere. Den inddrager i høj grad kvalitative data (interviewmateriale, skriftligt materiale om retningslinjer etc.) foruden foreliggende kvantitative data (herunder indikatordata) med vægt på om data er brugt til intern forbedring (snarere end til kontrol af niveauet).

Audit, der retter sig mod det kliniske felt og som udføres af respekterede aktive klinikere (kolleger og fagfæller) bliver erfaringsmæssigt en dialogbaseret erfaringsudveksling, der understøtter læring og forandring i organisationen. Denne erfaring gælder uanset om udgangspunktet er fastlagte standarder, benchmarking eller kombinationer heraf. Klinisk audit er således bred, dialogbaseret, mobiliserende og engagerende.

Uanset om der anvendes audit eller overvågning ved kliniske indikatorer, kan kvalitetsvurderingen tage udgangspunkt i:

- standarder, hvor målsætningen er fastlagt
- benchmarking, hvor målsætningen er at blive bedre end de bedste

Her er det væsentligt at holde sig for øje, at benchmarking, der udelukkende baseres på indikatorer, på grund af disses smalle tilgang, ikke i samme grad medfører den læring og den dimension af kvalitetsudvikling, som stimuleres af auditprocessen.

På områder hvor kvalitetsproblemer manifesteres i sjældent forekommende hændelser – og statistisk analyse derfor er udelukket, er audit (i tilpasset form) det eneste anvendelige vurderingsredskab.

Audit har sammenlignet med indikatorovervågning en principiel svaghed, når det gælder anvendelsen i forbindelse med ekstern kvalitetsvurdering – at metoden beror på fagfolks brede vurdering af kollegers indsats. Dette problem kan delvis imødegås ved anvendelse af strukturerede auditprotokoller, vurdering baseret på definerede standarder og deltagelse af uafhængige personer (patienter/brugere/ proceskonsulenter) som del af auditteamet.

Der er således gode teoretiske grunde til at basere udvikling af sundhedsfaglig kvalitet på en kombination af overvågning af kliniske indikatorer og audit.

1.6 Evaluatore

De personer, der gennemfører den eksterne kvalitetsvurdering benævnes ”evaluatorer”. Evaluatore er i akkrediteringsorganisationer typisk fagfolk, som udover deres sundhedsfaglige uddannelse er særligt uddannede til at kunne gennemføre vurdering af kvalitet.

Der kan opstilles forskellige krav til evaluatorernes **kompetencer**. Hvis det drejer sig om evaluering af den specifikke sundhedsfaglige indsats knyttet til den sygdoms-specifikke kvalitet er en specialefaglig kompetence nødvendig. Såfremt programmet omhandler vurdering af generiske forhold, der vedrører alle patienter, er det væsentligt, at evaluatorerne har det brede kendskab, der kan dække andre forhold i organisationen. Det må imidlertid understreges, at også vurdering af kvaliteten af de generiske standarder kræver faglighed.

Effektiv rekruttering, selektion, uddannelse, fortsat udvikling og vedligeholdelse af kompetencer hos evaluatore er en central forudsætning for at sikre kvaliteten i den eksterne vurdering.

På samme måde, som ISQua (the International Society for Quality) har formuleret en ramme for udvikling af standarder har ISQua opstillet krav, som vedrører evaluatorerne. Det drejer sig om:

- organisering og opgavevaretagelse
- udvælgelse, uddannelse af evaluatore og vedligeholdelse af deres kompetencer
- gennemførelse af den eksterne vurdering
- støtte og rådgivning af de organisationer, der søger om vurdering

Kravene giver en ramme for, hvordan vurderingsorganisationer skal arbejde og organiseres, således at den vurdering, de varetager sker på et ensartet og validt grundlag. ALPHA programmet er beskrevet nærmere i kap. 1.2.

Erfaringerne fra de eksisterende vurderingsorganisationer viser, at rekrutteringen af evaluatorerne baseres på veldefinerede kvalifikationer såsom:

- faglig troværdighed, især viden, faglig profil, erfaring fra sundhedsvæsenet
- social kompetence, især evne til teamarbejde
- evne til at indgå interpersonelle relationer
- administrative evner, især punktlighed, evne til at overholde en tidsplan, forståelse for teknologi

- personlige egenskaber, herunder fleksibilitet, professionel modenhed og gennemslagskraft

Hertil kommer :

- analytiske kompetencer (observation, dataindsamling, databearbejdning og forståelse)
- kommunikative egenskaber (evne til mundtlig og skriftlig rådgivning og kommunikation)
- kompetencer inden for kvalitetsvurdering (viden om kvalitetsvurdering, viden om relevante vurderingsmodel og program, viden om sundhedsvæsenets organisation og elementer vedrørende patientforløb).

I nogle akkrediteringsorganisationer anvendes evaluatore, som arbejder med kvalitetsvurdering på deltid og fortsat er tilknyttet klinikken den øvrige tid. Andre organisationer har evaluatore ansat på fuld tid.

De enkelte vurderings teams sammensættes ofte tværfagligt for at repræsentere alle faggrupper og aspekter af den relevante sundhedsorganisation.

Krav og uddannelse af evaluatore i akkrediteringsorganisationer

ACHS har uddannet et stabilt korps af evaluatore på ca. 330. Det er et krav til evaluatorene, at de har mindst 5 års erfaring fra en toplederstilling på et hospital med mere end 50 senge. ACHS benytter sig stort set udelukkende af deltids evaluatore, som varetager kvalitetsvurdering som et ekstra erhverv udover fuldtidstilknytning til sundhedssektoren.

Grunduddannelsen varer to dage, og følges op af 3-4 dages kursus og workshop hvert år. Evaluatorene deltager i sine første akkrediteringer som observatør og gennemfører de næste akkrediteringer under supervision af en mere erfaren evaluator fra samme team. Prisen for uddannelsen er uoplyst.

CCHSA benytter sig udelukkende af deltids evaluatore, som fortsat er aktive i det canadiske sundhedsvæsen. I alt råder CCHSA over 300 evaluatore, som rekrutteres blandt fagprofessionelle fra ledelsespositioner med mindst tre års erfaring på seniorniveau. Evaluatorene forpligter sig til at beskæftige sig med akkreditering aktivt mindst to uger pr. år, svarende til 2-3 akkrediteringsforløb pr. år.

Grunduddannelsen varer fire dage efterfulgt af 2-3 akkrediteringer, der gennemføres sammen med erfarne evaluatore. Uddannelse og træning følges op af et 3 dages kursus om året.

JC og JCI har både fuldtids- deltids- og periodisk ansatte evaluatore. Evaluatorene arbejder fra 36 til 240 dage om året. Kravene for at blive evaluator er generelt høje og kræver minimum fem års klinisk og to års administrativ erfaring. Desuden kræves for sygeplejersker og administratorer, at de har erhvervet en masters grad i ledelse. Grunduddannelsen for evaluatorene varer fra to til fire uger og herefter er der obligatoriske kurser årligt. Evaluatore under uddannelse deltager i mindst fire akkrediteringsforløb under supervision, førend han eller hun er uddannet.

De evaluatore, der deltager i international akkreditering (Joint Commission International – JCI) udgør et særligt korps af evaluatore. JCI har i samarbejde med et internationalt sammensat ekspertpanel siden 1999 udviklet internationale standarder, der kan anvendes umiddelbart til akkreditering i udlandet. Endvidere udarbejdes et særligt program, der indeholder standarder for risikostyring til internationalt brug.

2. ORGANISATORISKE TILGANGE OG ERFARINGER MED EKSTERN VURDERING

I kapi. 1 er tre større internationale akkrediteringsorganisationer beskrevet med hensyn til standarder, indikatorer, vurderingsprocessen og uddannelse af evaluatore.

Generelt sker der en stadig mere klar tilnærmelse i metodetilgang og indhold i den eksterne vurdering, som gennemføres ved forskellige organisationer internationalt. Kapitlet indledes med en beskrivelse af de erfaringer fra de store akkrediteringsorganisationer, der i et vist omfang har etableret samarbejde med lande i Europa.

Projektgruppen beskriver herefter landsdækkende eller større regionale europæiske modeller for kvalitetsudvikling, som kan opfylde projektgruppens forslag til kravspecifikation (se del A, kap. 4.1), og som ikke tidligere har været beskrevet i dansk sammenhæng.

Projektgruppens viden herom stammer fra en spørgeskemaundersøgelse gennemført i maj 2001 til repræsentanter fra relevante akkrediteringsorganisationer i Spanien, Holland, Irland og Frankrig og efterfølgende drøftelser heraf.

2.1 Beskrivelse af erfaringer med akkreditering i Australien, Canada og USA

I nedenstående beskrivelse er taget udgangspunkt i akkrediterings-organisationerne i Australien, Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), Canada, Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) og Joint Commission of Accreditation in Health Care (JC).

I alle akkrediteringsorganisationer udgør vurdering af kvalitet i sundheds-organisationer baseret på standarder det centrale element i akkrediteringen. Faglig medvirken i udvikling af standarderne og det faglige indhold i standarderne er også i høj grad fælles, ligesom vægtning af sikkerhed og kvalitetsudvikling findes hos alle tre. Forskellene kommer hovedsagligt frem ved bedømmelsen og dokumentationen, hvor JC har en mere kvantitativt præget fremgangsmåde sammenlignet med de to andre organisationer.

Generelt viser erfaringen, at akkreditering er med til at etablere en kvalitetskultur i organisationen, og at der er i alle tre lande er stor interesse hos hospitalerne for at opnå akkreditering. I USA er der et væsentligt økonomisk incitament for at lade sig akkreditere, idet kun hospitaler, som har opnået akkreditering, modtager økonomisk dækning af sundhedsudgifter via sygesikringen.

Det er vanskeligt at måle akkrediteringens samlede effekt på organisation vurderet i forhold til det sundhedsfaglige, patientens og det organisatoriske perspektiv udover den konkrete vurdering af målopfyldelse, som gives ved akkrediteringen. Vurderingen af effekten udfordres af, at akkreditering forudsætter en vedvarende kvalitetsforbedring i organisationen. Overvågning med indikatorer er med til at dokumentere kvalitetsforbedringer mellem akkrediteringsforløb.

ACHS's indikatorprogram har således været i stand til at kunne påvise forbedringer på en lang række proces- og resultatindikatorer f.eks. behandling af svært tilskadekomne patienter, forebyggelse af sårinfektioner m.v.

For alle tre lande er der et væsentligt fagligt incitament for at ansøge om akkreditering. Det er således forbundet med stor faglig stolthed at være akkrediteret og omvendt forbundet med betydeligt prestigetab at miste sin akkrediteringsstatus. Dette har en afsmittende effekt på muligheden af at rekruttere fagligt velkvalificeret personale til akkrediteringsorganisationen.

2.2 Beskrivelse af europæiske erfaringer med akkreditering (Holland, Irland, Spanien og Frankrig)

Baggrunden for at tage udgangspunkt i de nævnte fire lande er, at disse lande vedrørende sundhedsvæsen på mange forhold er sammenlignelige med danske forhold. Samtidig er der i de pågældende lande gennem flere år arbejdet struktureret med ekstern kvalitetsvurdering baseret på standarder.

De valgte modeller herfor repræsenterer imidlertid forskellige tilgange til organisering af den eksterne vurdering, ligesom der er forskelle i landenes valg standarder og evaluatore.

2.2.1. Valg af model (valg af evaluatore og standarder)

Catalonien

Valg af model: I Spanien arbejdes med mange forskellige vurderingsmetoder såvel akkreditering som ISO certificering. Den eksterne vurdering er frivillig. Kun i Catalonien, en region med ca. 8 mio. indbyggere, stilles lovmæssigt krav om, at hospitaler akkrediteres.

I 1988 blev Fundacio Avedian Donabedian (FAD) etableret som en privat organisation med det formål at fremme kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet for regionen. Initialt arbejdede man med udvikling af egne interne standarder, men i erkendelse af det store arbejde med udvikling og vedligeholdelse af disse, indledtes i 1996 et samarbejde med Joint Commission. Sammen med konsulenter fra JC er der foretaget en tilpasning af de amerikanske standarder til spanske love og spansk kultur. I 2000 er man gået over til anvendelse af de internationale standarder fra Joint Commission International (JCI). FAD medvirker ved afprøvning af nye standarder for JCI og deltager i en international gruppe, som har ansvar for evaluering og revision af de internationale standarder.

Der er etableret et Akkrediterings råd, hvori indgår repræsentanter fra FAD, lægeforeningen, sygeplejefora, sammenslutningen af ledere i sundhedsvæsenet og sundhedsministeriet. Den daglige drift er varetages af en program manager.

Akkrediteringen – foretages af et team bestående af 2 evaluatore fra FAD og 1 evaluator fra JCI. Akkrediteringen tager 3 dage (for hospitaler med 600 senge). I løbet af disse dage gennemgås 50% alle kliniske afdelinger og 100% af alle intensive afdelinger, 100% af anæstesi afdelinger og 100% af afdelinger med akut funktion (skadestue, akutte modtage afdelinger). Fokus for akkrediteringen er kvalitetsudvikling og læring. I 1998 blev det første hospital akkrediteret efter den nye samarbejdsmodel. I alt er der gennemført 20 akkrediteringsforløb i 15 hospitaler (2 har opnået akkreditering, 10 er på vej og tre har ansøgt om akkreditering). Herudover er gennemført akkreditering af 2 ambulante klinikker og 2 plejehjem.

Uddannelsen af evaluatore sker i samarbejde med konsulenter fra JCI. Det basale uddannelsesforløb varer tre dage. Uddannelsen efterfølges af 3 akkrediterings forløb som observatører og 3 akkrediterings forløb under supervision med efterfølgende certificering. I alt er uddannet 15 catalonske evaluatore. De catalonske evaluatore deltager i supervisionsforløb i USA og deres kompetencer vedligeholdes gennem stadig undervisning af konsulenter fra JCI og på årlige møder for alle evaluatore.

Irland

Valg af model: Akkreditering i Irland er ligesom i Spanien frivillig. I Irland har man til forskel valgt at satse på udviklingen af en national model med nationale standarder og etablering af en national akkrediteringsorganisation.

I første fase af projektet har 8 universitetshospitaler i fællesskab udviklet og afprøvet et sæt af nationale standarder. De nationale standarder er udviklet i samarbejde med konsulenter fra CCHSA på baggrund af de canadiske standarder. Standarderne er pilottestet og danner nu grundlag for akkrediteringen af de første hospitaler. De anvendte standarder er validerede efter ISQua's alfa program, som er omtalt i kap. 1.2. Standarderne revideres løbende.

Der er i 1998 etableret en national akkrediteringsorganisation Health Services Accreditation Implementation Steering Group, som finansieres af regeringen. Herudover er nedsat en styregruppe med repræsentanter fra faglige selskaber, sygeplejefora, ledelsen fra de 8 universitetshospitaler, som har deltaget i udviklingsarbejdet og Sundhedsministeriet. Den daglige drift varetages af et "Central Project Team" bestående af en projektleder og tre projekt konsulenter. Såvel styregruppe som projekt team modtager konsulentbistand fra CCHSA.

Der er endvidere etableret en rådgivningsfunktion, som tilbyder vejledning til de hospitaler, der påbegynder et akkrediteringsforløb. De rådgivende konsulenter deltager ikke i den efterfølgende akkreditering af den pågældende organisation.

Akkrediteringen - foretages af et team bestående af 4 irske evaluatore og 2 evaluatore fra CCHSA. Selve processen varer 8 dage (for hospitaler med 600 senge). Selvevaluering indgår som et centralt element. Hospitalet arbejder i den indledende fase med at fastsætte mål for, hvad de vil lære af processen og opretter teams, svarende til grupperingen af standarder. I næste fase vurderer de nedsatte teams, i hvilken udstrækning hospitalet lever op til de anvendte standarder, samt hvor der er behov for kvalitetsforbedringer. De enkelte teams opstiller efterfølgende konkrete forslag til forbedringer. Herefter følger den egentlige akkreditering. I løbet af de 8 dage, som denne varer, besøger de eksterne evaluatore alle kliniske afdelinger på hospitalet og taler med alle de nedsatte selvevaluerings teams. Akkrediteringsstatus skal fornyes efter 3-5 år.

Uddannelsen af evaluatorene varetages af den irske akkrediteringsorganisation i samarbejde med CCHSA, som også sørger for den efterfølgende supervision. Uddannelsen tager 3 dage med efterfølgende deltagelse som observatør ved et akkrediteringsforløb i Canada. Der er herudover 2 dages årlig opdatering af kompetencer. Der er uddannet i alt 30 irske evaluatore. Ligesom i Catalonien sker der en udveksling af evaluatore således, at irske evaluatore deltager i akkrediteringsforløb i Canada og omvendt.

Holland

Valg af model: Akkreditering i Holland er frivillig. I Holland har man ligesom i Irland satset på en rent national model med anvendelse af nationalt udviklede standarder og rent

nationale evaluatorer. Indtil 1998 foregik vurderingen af kvalitet gennem et systemtilsyn, hvor de enkelte hospitaler blev besøgt af inspektører med sundhedsfaglig baggrund. I 1989 blev der i fællesskab mellem 8 hospitaler dannet sammenslutningen Pilot project ACCEditation (PACE) og i dette regi taget initiativ til at afsøge mulighederne for at etablere en egentlig akkrediteringsmodel. I 1992 kom yderligere 9 hospitaler med i samarbejdet. Gennem PACE er udviklet 35 standarder, som er testet ved pilotafprøvning på 19 hospitaler i perioden 1996-1998.

Der er etableret en national organisation the Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals (NIAZ), som blev etableret i 1998 og som finansieres af hospitalsvæsenet. NIAZ sponsoreres af sammenslutningen af hospitaler og lægeforeningen og er uafhængig af regeringen. Der er nedsat et rådgivende udvalg for NIAZ med repræsentation af alle faglige selskaber, patientforeninger, forsikringsselskaber mv.

Akkrediteringen – Akkrediteringen i Holland gennemføres af NIAZ og tager ca. 5 dage (hospitaler med 700 senge). Akkrediteringen sker i teams af 6 evaluatore. I 2001 har 40 % af de hollandske hospitaler ansøgt om akkreditering. I første fase af akkrediteringen indgår selvevaluering som et væsentligt element. NIAZ tillader certifikater fra ISO at indgå i akkrediterings vurderingen.

Uddannelse af evaluatore: Evaluatorene rekrutteres fra hospitals ledelser på alle niveauer. Uddannelsen af evaluatore varetages af NIAZ. I forbindelse med pilottestningen af standarderne er uddannet 40 evaluatore. Den primære uddannelsen omfatter 2 dages træning i proces, dokumenter og metode. Herefter gives supervision ved efterfølgende forløb. Evaluatorenes kompetencer vedligeholdes gennem årlige en dages møder.

Frankrig

Valg af model: I Frankrig har der siden 1996 som det eneste europæiske land været stillet lovmæssigt krav om akkreditering efter nationale standarder. I forbindelse med vedtagelse af den aktuelle lovgivning blev etableret en national akkrediteringsorganisation, Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), som står for implementeringen af akkreditering i sundhedsorganisationer i hele Frankrig. ANAES er en uafhængig organisation, som er finansieret centralt fra. Der er stort behov for rådgivning og information. Varetagelsen heraf er uafklaret.

Der er udviklet et fælles standardsæt bestående af i alt 86 standarder. Der er fortrinsvis tale om generiske standarder, som knytter sig til patientforløbsstankegangen. Udviklingen af de enkelte standarder sker ud fra en systematisk proces, der tager udgangspunkt i gennemgang af den eksisterende litteratur og interview med sundhedsprofessionelle. Grupperne, som har udviklet de enkelte standarder har været tværfagligt sammensat og også inkluderet repræsentanter for patienterne. Standarderne er underlagt systematiske høringsrunder og pilottestning. Standarder til primærsektor, alment praktiserende læge og speciallæge, er under udvikling.

Der er intet obligatorisk krav om overvågning ved indikatorer, men ANAES anbefaler at dette sker.

Uddannelse af evaluatore: ANAES varetager uddannelsen af evaluatorene. Evaluatorene rekrutteres blandt sundhedsprofessionelle og den fortsatte kliniske tilknytning vægtes højt. I alt er uddannet 400 evaluatore, som hver gennemfører 3-4 akkrediteringsforløb om året. Uddannelsen foregår gennem strukturerede forløb, som følges op løbende (ikke nærmere specificeret). Der gives personligt feedback til evaluatorene efter hvert akkrediteringsforløb. Evaluatorenes kompetencer vedligeholdes på årlige genopfriskningsmøder. Der udvælges koordinatore blandt

evaluatorerne, som varetager kontakten til ANAES. Evaluatorene skal det første år efter uddannelse for at samle erfaring gennemføre 6 akkrediteringsforløb på 2 år. Evaluatorene må ikke herefter beskæftige sig med akkreditering mere end 1/3 af deres virke.

Akkrediteringen: Hvert evaluator team består af tre medlemmer, herunder en læge, en administrator og en fra plejepersonale gruppen. Selvevaluering indgår som et væsentligt element i den første fase i akkrediteringen og foregår efter en skriftlig manual. Den endelige akkreditering afsluttes med en værdi, som offentliggøres elektronisk. Afhængig af værdien skal der gennemføres fornyet akkreditering efter maksimalt 5 år.

Resultatet af akkreditering afgøres af et centralt organ "The Accreditation College", som består af medlemmer udpeget af sundhedsministeriet for en tre års periode. The Accreditation College har to funktioner: at gennemse og vedtage resultatet af de enkelte akkrediteringsforløb og at udfærdige årlige rapporter af de samlede resultater af akkreditering i sundhedsorganisationer.

Det skønnes, at akkrediteringen skal dække i alt 3500 organisationer. Mere end 200 sundhedsorganisationer har gennemført et akkrediteringsforløb, af de resterende har 80% etableret en kvalitetsorganisation og 60% er påbegyndt selvevalueringsfasen. Der er ingen obligatorisk monitorering af indikatorer, men de enkelte organisationer opfordres til at udvælge og igangsætte overvågning af udvalgte indikatorer.

2.2.1. Fordele og ulemper ved forskellige tilgange

Erfaringerne viser, at der ikke findes en optimal model. Det er efter valg af model væsentligt at fokusere på at optimere fordelene og minimere ulemperne. I nedenstående skema er forsøgt opstillet stærke og svage sider knyttet til de ovenfor beskrevne modeller.

Model ¹	Holland	Irland	Spanien – Catalonien	Frankrig
Standarder	Egne nationale	Egne nationale	JCI standarder	Egne nationale
Evaluatorene	Egne nationale	Egne + CCHSA	Egne (regionale) + JCAHO	Egne nationale
Fordele	Lokalt ejerskab medfører engagement og lokal forankring Audit sikrer læring såvel hos evaluatorene som den organisation, der akkrediteres	Nationalt ejerskab Uafhængighed Høj accept og hurtig implementering Lille ressource forbrug Høj lokal værdi og drivkraft Etablering af kvalitets kultur Lokal forankring og læring på alle niveauer De mange teams er med til at identificere svagheder og styrker	Veletablerede procedure for udvikling af standarder og opdatering, samt lave omkostninger Systematisk i uddannelse og kompetence vedligeholdelse af evaluatorene Stor erfaring i implementering Lille ressource forbrug	Nationalt ejerskab Lokal forankring og engagement Model afspejler franske forhold
Ulemper	Tids- og ressource krævende	Potentielt ikke-objektivitet	Psykologisk barriere i at skulle anvende	Tids- og ressource krævende

¹ Svarene fra skemaet er resultatet af en spørgeskemaundersøgelse gennemført maj 2001 af projektgruppen.

	krævende	objektivitet Kræver national opdatering – ressourcekrævende Usammenlignelige med andre	udenlandske standarder	krævende Usammenlignelig med andre Behov for koordinering Vanskeligt at vedligeholde evaluatorernes kompetencer og videreudvikle standarder.
--	----------	--	------------------------	---

En af de største ulemper ved udvikling af egne standarder er det store ressourceforbrug. Catalonien og Irland har ved at etablere et samarbejde med en international akkrediteringsorganisation om tilpasning af eller videreudvikling af allerede udviklede standarder kunnet minimere ressourceforbruget i udviklingsprocessen. Samtidig er det muligt at gøre gavn af de professionelle akkrediteringsorganisationers erfaring og metoder til stadig udvikling af standarderne.

En ulempe ved anvendelse af eksterne standarder kan være skepsis i den organisation, der akkrediteres, for, om standarderne kan overføres til andre sundhedssystemer end der, hvor de er udviklede. Også lokale standarder kan være forbundet med en mistillid i dele af organisationen af, hvorvidt den pågældende gruppe i udviklingsarbejdet har haft de fornødne kvalifikationer og indsigt. Erfaringsmæssigt viser det sig også, at fællesmængde mellem de standarder, som anvendes af de forskellige internationale akkrediteringsorganisationer er stor.

Ved implementering af eksterne standarder er der behov for at sikre forankring af kvalitetsarbejdet i organisationen og ejerskab overfor de anvendte kvalitetsmål – en forankring, der mere naturligt følger ved udvikling af egne standarder. Men også her behøves en indsats med henblik på at udbrede ejerskabet til hele organisationen. Mere generel accept i organisationen af standarder kan således være en problemstilling knyttet såvel til anvendelse af eksterne som egne standarder.

Endelig må ønsket om at kunne sammenligne sin organisation udadtil indgå i beslutningen om at anvende egne eller eksterne standarder. Lokale og regionale standarder giver begrænset mulighed for sammenligning. Nationale standarder giver mulighed for læring og sammenligning på tværs af landet, mens internationale standarder giver mulighed for sammenligning med andre lande på udvalgte kvalitetsmål.

Erfaringerne viser, at det er afgørende for den faglige accept i organisationen, at de deltagende evaluators har en sundhedsfaglig erfaring og indsigt gennem tidligere eller nuværende tilknytning til det sundhedsfaglige fagområde og indsigt i klinisk praksis. Dette element giver stor troværdighed i dialogen mellem klinikere/ ledere i de sundhedsorganisationer, der akkrediteres og evaluatorerne. Det er samtidig centralt, at evaluatorerne er uafhængige af den organisation, der akkrediteres, og optræder således.

En af de betydelige udfordringer, man står over for ved at vælge at uddanne egne evaluators, er at sikre kvalificeret uddannelse og vedligeholdelse af evaluatorernes kompetencer. En vis ensartethed heri er nødvendig for at sikre, at evaluatorerne har den samme forståelse af de anvendte standarder og akkrediteringsprocessen. Herigennem sikres tillige en ensartethed i evaluatorernes vurdering af grad af målopfyldelse.

I akkrediterings organisationerne i Irland og Catalonien har man valgt at etablere et samarbejde omkring uddannelsen af evaluatore med en af de større internationale akkrediteringsorganisationer. Som led i uddannelsen og den efterfølgende supervision finder der en udveksling sted, hvor irske evaluatore deltager i akkrediteringsforløb i Canada og catalonske evaluatore på lignende vis deltager i akkrediteringsforløb i USA (fortrinsvis spansk-talende områder). De enkelte udvekslingsforløb tilrettelægges således, at man undgår problemer med sprogbarriere. Det er erfaringen, at denne udveksling udgør et særdeles udbytterigt element i uddannelsen af evaluatorene.

Det samlede indtryk er således, at der ud fra et fagligt og økonomisk perspektiv er væsentligt at sikre et tilstrækkeligt volumen for modellen, såvel hvad angår rekruttering/uddannelse af evaluatore som udvikling og vedligeholdelse af standarder.

2.2.1. Frivillighed versus "tvang"

De fleste internationale modeller for ekstern kvalitetsvurdering bygger på en forudsætning om frivillighed. I Frankrig, som det eneste land, har man valgt at etablere en rent statslig organisation med tvungen deltagelse i akkrediterings-programmet. I de øvrige lande er det frivilligt for hospitalerne at ansøge om at blive akkrediteret. De amerikanske sygehuse har som bekendt et særligt økonomisk incitament for akkreditering. Erfaringer fra Spanien, Irland og Holland viser, at frivillighed medfører, at ikke alle deltager i processen. Særligt er det vanskeligt at motivere lægegruppen for at deltage.

Den lov baserede akkreditering i Frankrig har tilsyneladende ikke været en barriere, idet de enkelte sundhedsorganisationer netop har fokuseret på, at akkrediteringen er med til at skabe grundlag for udvikling af kvalitet og patientbehandling samt læring i organisationen.

2.2.1. Dækningsgrad

Der findes ikke systematiske opgørelser af dækningsgrad af de enkelte modeller i de respektive lande. De ovenfor angivne tal stammer fra personlige meddelelser fra personer centralt placeret i de pågældende landes akkrediteringsorganisationer.

Dækningsgrad har betydning for ikke alene evaluering af den pågældende model, men også for, i hvor høj grad den pågældende model kan anvendes til sammenligning af kvaliteten mellem forskellige organisationer. Kun ved anvendelse af samme kvalitetsmål kan der skabes grundlag for sammenligning på tværs af organisationer.

De mange forskellige kvalitetsmodeller, som anvendes internationalt arbejder således ikke i retning af dette, men er med til at skabe erfaringer med anvendelsen af forskellige tilgange. Det er imidlertid projektgruppens opfattelse, at de sidste ti års arbejde har tilvejebragt tilstrækkeligt grundlag for opsamling af de vundne erfaringer med henblik på opstilling af sammenlignelige modeller, der omfatter fælles standarder på udvalgte områder. Det er samtidig projektgruppens vurdering, at der er internationalt behov herfor. ISQua's alfa program er et væsentlig bidrag til denne udvikling.

2.3 Beskrivelse af europæiske erfaringer med andre modeller

2.2.1. EFQM som model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet

Resultaterne af det EU-finansierede ExPeRT² projekt (1996-1999) viser, at 6 ud af 17 europæiske lande har taget EFQM-modellen i anvendelse inden for sundhedssektoren. De 6 lande er Danmark, Finland, Holland, Norge, Sverige og England. I yderligere 6 lande, er der taget initiativer til implementering af modellen inden for dele af sundhedsvæsenet. Her har brugen af EFQM-modellen mere karakter af spredte forsøg og pilotstudier. Rundt omkring i Europa anvendes EFQM-modellen bl.a. på hospitaler, på rehabiliteringsklinikker og i det primære sundhedsvæsen.

I Holland og England bliver EFQM-modellen officielt støttet og anbefalet fra nationalt hold – også til brug inden for sundhedssektoren. I bl.a. Danmark, Sverige og Holland er der udviklet nationale kvalitetspriser baseret på EFQM-modellen. I Danmark udgør sundhedsorganisationer dog kun en lille del af de organisationer, der ansøger om EFQM kvalitetsprisen. De danske erfaringer er gennemgået i kap. 2.4.

En EFQM "Health Care Working Group", med deltagelse af repræsentanter fra omkring 50 europæiske sundhedsorganisationer mødes hvert andet år for at udveksle ideer og erfaringer vedr. EFQM-modellen.

2.2.1. ISO certificering som model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet

I forbindelse med det ExPeRT projektet er tilsvarende undersøgt, hvor mange europæiske lande, der anvender ISO standarder inden for sundhedssektoren. ExPeRT gruppen finder i år 2000, at 15 ud af 17 europæiske lande gør brug af ISO standarder i en eller flere organisationer. Standarderne anvendes primært inden for laboratorier og radiologi, og kun relativt få steder er "hele" hospitaler blevet kvalitetsvurderet på baggrund af ISO standarder.

Herhjemme er Privat Hospitalet Hamlet og en række laboratorier blevet ISO certificeret. I England anvendes ISO certificering i store dele på serviceområdet, og i bl.a. Holland har akkreditering og ISO certificering gennem en årrække været anvendt side om side – i sygehushælseset dog primært akkreditering. ExPeRT gruppen noterer sig, at ISO standarder på sundhedsområdet hidtil primært har været anvendt på områder, hvor der er et vist niveau af konkurrence.

ExPeRT gruppen vurderer, at den nye revision af ISO standarderne, som blev offentliggjort i år (2001 red.), muligvis vil føre til en øget brug af ISO standarder i sundhedsvæsenet, fordi de reviderede standarder i højere grad end tidligere fokuserer på processer og resultater – og dermed tilnærmes akkrediteringsmodellerne og EFQM. Revisionen af ISO standarderne vidner ifølge ExPeRT gruppen om, at der er en stigende konvergens mellem de eksterne modeller for kvalitetsvurdering (akkreditering, ISO certificering, EFQM og tilsyns systemet).

² ExPeRT står for: "European Union project on external peer review techniques". Formålet er: At undersøge anvendelsen af metoder til ekstern kvalitetsvurdering inden for sundhedsvæsenet i Europa.

2.4 Beskrivelser af danske erfaringer med ekstern vurdering

2.2.1. H:S - akkreditering i samarbejde med JCI

Efter at have gennemført Sygehusplan H:S 2000 med dens mange og omfattende ændringer af struktur og opgavefordeling i årene 1996-99 var der i H:S enighed om at flytte fokus fra struktur og økonomi til også at omfatte kvalitet, uddannelse, medarbejderudvikling og –inddragelse, lederudvikling mv. - de "bløde" værdier for herigennem at "styrke kvaliteten i enhver patients forløb".

Der blev foretaget indledende drøftelser af mulige modeller. Det var H:S bestyrelsens vurdering, at akkreditering kunne være et værktøj, som kunne sikre en systematisk og sammenhængende indsats. Med ønsket om at tænke internationalt og derved drage nytte af den betydelige erfaring vedrørende kvalitetsvurdering, der er indhentet internationalt ikke mindst med akkreditering besluttede H:S bestyrelsen i februar 2000 at søge akkreditering hos Joint Commission International efter dennes internationale standarder to år senere, dvs. tidligt i 2002.

Det blev samtidigt besluttet at supplere akkrediteringsprocessen med en evaluering af den specialefaglige kvalitet i alle specialer over en årrække ved brug af indikatorer og audit. Efter en forberedelsesfase blev den endelige akkreditering fastlagt til februar-marts 2002.

Baggrunden for at indlede samarbejde med JCI var bl.a. at JC som den ældste akkrediteringsorganisation (start 1951) har dannet inspiration til mange af de efterfølgende modeller og, at JC som den største, dvs. mere end 10 gange større end den næststørste, kunne præsentere en betydelig kompetence og erfaringsgrundlag. Medvirkende var også, at JCI som den eneste internationale akkrediteringsorganisation, har en særlig international afdeling og specifikke internationale standarder udviklet i samarbejde med repræsentanter fra alle verdensdele. Endelig blev der lagt stor vægt på, at uddannelsen af evaluatorene er den længste og mest omfattende, både hvad angår "grund"uddannelsen, den obligatoriske årlige "efter"uddannelse og kravet om, hvor mange akkrediteringer, en evaluator skal gennemføre hvert år for at opnå tilstrækkelig erfaring og ekspertise.

Opgaven var at vurdere om standarderne som det helt bærende og afgørende element var relevante og væsentlige, om sprog- og kulturforskelle var overkommelige, om JCI var en god samarbejdspartner, dvs. om akkrediteringsprocessen samlet set kunne bruges. Endelig var det også nødvendigt at få en vurdering af hvorvidt de seks hospitaler i H:S med sandsynlighed ville kunne akkrediteres efter en passende forberedelse. Alle disse spørgsmål blev besvaret overvejende positivt gennem en foranalyse i november-december 1999. Foranalysen forløb i princippet som et egentligt akkrediteringsforløb.

Som **forberedelse til akkrediteringen** blev de internationale standarder oversat til dansk. På enkelte områder (fx patientrettigheder) var det nødvendigt at foretage tilpasninger til dansk lovgivning og tradition. Derudover ønskede H:S at supplere med standarder for forskning. Det blev modtaget med stor forståelse af JCI.

Herefter er foretaget et stort arbejde med at udarbejde retningslinier for hver af de 387 standarder af generisk karakter. Nogle blev udarbejdet fælles for H:S, andre for det enkelte hospital og atter andre afdelingsvis. Gennem oversættelse og udarbejdelse af retningslinier – som begge er endog meget omfattende opgaver – er opnået et betydeligt ejerskab til standarderne, som er kernen i processen.

En anden væsentlig opgave var uddannelse af personalet i såvel brug af standarderne som uddannelse i at arbejde med kvalitet og præstationsforbedring. 25 nøglepersoner blev uddannet gennem 1 uges kursus hos JCI i Chicago, efterfulgt af deltagelse som observatører ved akkrediteringer på hospitaler i USA. Derefter afholdt JCI 3-dages kursus for 3x35 ledere og medarbejdere i København. Disse 125 har efter kaskademodellen uddannet i princippet alle ca. 20.000 ansatte. Derefter kunne implementeringen begynde bredt i alle afdelinger og enheder.

I foranalysen påpegede konsulenterne områder hvor en særlig indsats var nødvendig for at opfylde standarderne. Det drejede sig om fx medicinering, infektionskontrol, ernæring, patientsikkerhed, personalets kvalifikationer og medarbejderudviklingssamtaler. På disse områder er udviklet særlige handlingsplaner og udviklingen følges ved måling af dertil udviklede indikatorer.

H:S Enhed for Klinisk Kvalitet blev etableret 1. oktober 2000 til støtte for evalueringen af den specialefaglige kvalitet. Se nedenfor.

H:S Enhed for Patientsikkerhed er tilsvarende etableret 1. september 2001 som støtte til afdelingernes arbejde med at ændre kulturen med det formål at nedsætte antallet af utilsigtede hændelser.

Kvalitetsorganisationen er radikalt ændret på tværs af H:S og i alle hospitaler med stærkt øget ledelsesmæssig forankring og involvering.

Tre JCI konsulenter har bistået med råd og vejledning gennem to "tekniske konsultationer" af hver to ugers varighed og generalprøven i oktober-november 2001- ud over foranalysen og kursus. Denne konsulentbistand aftaltes med JCI uafhængigt af den senere ansøgning om akkrediteringsbesøg, med det omfang, indhold og forløb som H:S har ønsket. Denne bistand har været meget nyttig.

De foreløbige erfaringer er således, at forberedelserne til akkreditering er meget omfattende og tidsforbruget på alle niveauer stort. Alligevel opfattes processen helt overvejende som positiv, fordi standarderne handler om væsentlige betingelser for at patientens vej gennem hospitalet forløber som ønsket, og fordi der sker ændringer og forbedringer. Akkrediteringsprocessen har været medvirkende til indenfor en kort tidsramme at iværksætte forbedringstiltag på mange forskellige områder.

H:S Enhed for Klinisk Kvalitet

H:S Enhed for Klinisk Kvalitet blev etableret med henblik på at H:S kan vurdere og overvåge kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser. Enheden bistår H:S Sundhedsfaglige Råd i deres arbejde med **indikatorer** ved at servicere rådene ved prioritering og valg af indikatorer samt med central database, datamanagement og statistisk bearbejdning og opdateret feedback om kvalitetsniveauet. De specialer, der deltager i et toårigt udviklingsprojekt er: Anæstesiologi, Karkirurgi, Geriatri, Lungemedicin, Gynækologi & Obstetrik, Ortopædisk kirurgi, Pædiatri, Diabetes, Infektionsmedicin og Psykiatri. EDB system til lagring, ind- og udrapportering af data til brug for indikatorarbejdet er etableret og fungerende: H:S Klinisk MåleSystem.

Enheden for Klinisk Kvalitet har desuden etableret et samarbejde med Region Skåne med henblik på at gennemføre gensidig intern og ekstern **audit af kvaliteten** af de sundhedsfaglige ydelser i udvalgte specialer. Dette samarbejde er beskrevet i kap. 2.5.

Enheden er placeret på Bispebjerg Hospital. Enhedens opgaver består i at:

- organisere den københavnske del af audit i den gensidige audit med region Skåne
- gennemføre forsøg med brug af indikatorer med data fortrinsvist fra bestående kliniske databaser og patientadministrative systemer
- fungere som Sundhedsfagligt Råd for Gynækologi & Obstetrik kontaktorgan vedrørende samarbejdet med Joint Commission/USA vedrørende samarbejde om Core Measures for obstetrik.
- rådgive H:S Sundhedsfaglige Råd
- etablere database for de nødvendige data til arbejdet med indikatorer

- deltage i uddannelse af indikatoransvarlige personer på afdelingerne således at der sikres en ensartet, opdateret og valid dataindsamling.
- varetage tidstro og let overskuelige feedback til sundhedsfaglige råd/afdelinger om kvalitetsniveauet over tid (kontrolprogrammer) og sammenlignet med relevante interne parter (sammenligningsprogrammer).
- sikre et system der kan sikre tidlig varsel ved statistisk signifikante afvigelser fra tidligere kvalitetsniveau eller fra planlagte kvalitetsniveau.
- sikre, at der gennemføres en evaluering af indikatorprojektet i 2002

2.2.1. Sønderjyllands Amt – akkreditering i samarbejde med HQS

Sønderjyllands Amts fire somatiske sygehuse, Aabenraa, Sønderborg, Haderslev og Tønder, samt Gigthospitalet i Gråsten, Aabenraa Kommune samt et antal lægepraksis (6-8) er medio 2001 påbegyndt et omfattende akkrediterings- og kvalitetsudviklingsprojekt. Projektet strækker sig over en 2 årig periode og gennemføres i samarbejde med det engelske kvalitetsinstitut Health Quality Service, HQS. Det er det første projekt i Danmark, som involverer både lægepraksis og kommune og som omhandler hele patientforløb på tværs af sektorer.

Det overordnede **formål** med projektet er at udvikle et integreret kvalitetsforbedrings- og sikringssystem for både sygehuse, kommune og praksissektoren i Sønderjyllands Amt. Gennem udvikling af målemetoder får sundhedssektoren derved skabt mulighed for kvalitetsvurdering af sektorens ydelser.

Projektets del formål er:

- at vurdere og beskrive status i den eksisterende kvalitet
- at vurdere og definere målene for den fremtidige status
- at vurdere og udarbejde en konkret handleplan for målopfylde af den ønskede kvalitet
- at etablere metoder som giver mulighed for vurdering og måling af kvaliteten
- at skabe grundlag for sammenligning og synliggørelse af kvaliteten
- at medvirke til en ensartethed og synliggørelse af kvaliteten på nationalt niveau

Sammenligningsgrundlaget foretages mellem sygehusene, mellem lægepraksis og mellem kommunens enkelte afdelinger. Desuden er formålet at vurdere og beskrive sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne samt at definere mål for en fremtidig ønsket kvalitetsstatus og udarbejde en handleplan for målopfylde.

Hensigten er at skabe en kvalitetssikrings- og udviklingsramme baseret på vurdering og forbedring af, hvordan sundhedsvæsenets organisationer leverer deres ydelser samt dokumentation af denne.

I **projektperioden** foretages en tilpasning og anvendelse af Health Quality Service kvalitetssikrings- og udviklingsmetoder for sygehuse og for organisationer i primærsektor. Akkrediteringsprocessen er beskrevet i kap. 2.1.

De internationale standarder, som er udviklet af HQS oversættes og tilpasses det sønderjyske sundhedsvæsen, hvor det er relevant. Det overvejes at inddrage indikatorer udviklet i NIP i projektet.

Der er nedsat en projektkoordineringsgruppen, som har medlemmer fra samtlige deltagende organisationer i projektet. Det samlede projekt koordineres og ledes af formanden herfor. Sygehusene har etableret egen intern kvalitetsorganisation i forbindelse med projektet, for at opnå den nødvendige forankring blandt medarbejderne. Parterne i projektet er forpligtet i en projektaftale med HQS.

Projektet er fortsat i sin opstart og erfaringsgrundlaget er således ikke fyldestgørende. Det fremhæves som positivt, at samarbejdet er etableret med en akkrediteringsorganisation som har mange års international erfaring med akkreditering. Herved er der skabt mulighed for sparring og vidensdeling omkring metode og proces samtidigt med, at internationale færdigt udarbejdede standarder/eller tilpasninger heraf bliver implementeret indenfor en kort tidsramme.

Oversættelsesarbejdet af standarderne har været tidskrævende, men nødvendigt for den efterfølgende vurdering af standardernes egnethed og relevans i sygehusene og har endvidere medvirket til forankring af projektet lokalt.

Erfaringsgrundlaget i HQS vurderes allerede nu at bidrage til en hurtig og fremadrettet proces, som sikrer, at resultatet af indsatsen i sygehusene hurtigt bliver synlig - og derved incitamentsfremmende.

Sønderjyllands Amt har valgt en meget decentral amtslig projektorganisation for at skabe det nødvendige ejerskab af akkrediteringsprojektet, lige som det vurderes, at der herved er skabt de bedste muligheder for implementering ud i de yderste led i organisationen.

2.2.1. Danske erfaringer med EFQM

EFQM - modellen har dannet grundlag for kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenet flere steder i Danmark, f.eks. Nordjyllands Amt, hvor modellen anvendes som en udmøntning af den amtslige kvalitetspolitik, som blev politisk vedtaget i 1995. Herning Centralsygehus, Ringkøbing Amt har ligeledes anvendt modellen. På baggrund af det målrettede arbejde med EFQM opnåede sygehuset i 1998/99 at få "På vej prisen" i Kvalitetsprisen for den offentlige sektor.

Modellens overordnede opbygning og tilgrundliggende ide er, at den indsats, der gøres i organisationen (struktur), og de patientforløb og arbejdsgange, der tilrettelægges og gennemføres (proces), skal dokumenteres i forhold til de resultater, der opnås, både i forhold til patienterne, medarbejderne, effekt på samfundet i bred forstand samt de kliniske og økonomiske resultater. Der er således god overensstemmelse mellem den klassiske sundhedsfaglige tilgang (struktur, proces og resultat) og modellens indhold. Ligeledes lægger modellen op til, at kvalitetsbegrebets dimensioner (patient, professionel og organisation) alle belyses og dokumenteres. På den måde er modellen meget anvendelig i en sundhedsfaglig kontekst.

Selvevaluering i modellen skal forstås som en faktuel, systematisk metode til at give et billede af alle aktiviteter i organisationen, en selvevaluering, som organisationen selv gennemfører. Der er ikke fastlagt eksplicite kriterier og standarder, men der peges i modellen på en række områder, som skal indgå.

I **erfaringer fra Herning Centralsygehus** var det netop disse kendetegn i modellen, som begrundede, at modellen blev anvendt. Sygehuset har arbejdet med kvalitetsudvikling som en del af den overordnede strategi siden 1995. Modellen blev anvendt fordi man ville synliggøre og fastholde styrkerne i sygehuset, identificere og prioritere forbedringsområder, opnå en sidegevinst ved at skabe teambuilding og konsensus på tværs af sygehuset i relation til patientforløb samt dokumentere indsats og resultater.

Selvevalueringsprocessen forløb over tre måneder, og resulterede i en ansøgning om prisen. Ved site-visit besøget, blev der interviewet 31 medarbejdere og ledere, og bedømmelsen af organisationen ud fra alle perspektiverne blev anvendt til strategisk at

prioritere indsatsområder de kommende år. Anvendelse af modellen levede således til fulde op til formålene.

Selvevalueringsprocessen blev gennemført året efter ved anvendelse af TOTUS, som er et selvvurderingsværktøj bestående af et spørgeskema og et softwareprogram bygget op om de ni kriterier i modellen.

Ud fra erfaringerne er fordelene ved selvevaluering efter EFQM-modellen i sundhedsvæsenet at:

- den indbefatter alle dimensionerne af kvalitetsbegrebet i sundhedsvæsenet
- forløbstækningen er central i modellen
- den muliggør årsagsanalyser af sammenhæng mellem indsats og resultat, som udgangspunkt for resultatforbedringer via struktur og proces
- målet er kvalitetsudvikling og ikke kontrol
- kvalitetsvurderingen både foretages af de professioner, der har ansvaret for kvaliteten, og at der efterfølgende foretages en ekstern bedømmelse

Ulemperne er:

- modellen ikke indeholder kvalitetsmål og standarder, der specifikt tager udgangspunkt i sundhedsvæsenet
- de kvalitetsmål og standarder, der er i modellen, er formuleret kvalitativt, hvorfor en sammenligning mellem sygehuse på baggrund af en selvevaluering kan være vanskelig.

Vurdering af, om standarderne er opfyldt baserer sig på en bedømmelse, og ikke på kvantitativt formulerede standarder. Der er dog ikke noget til hinder for, at organisationen selv lægger dette element til.

2.2.1. Danske erfaringer med ISO certificering

Herhjemme er det - inden for sundhedssektoren - primært udbydere af hospitalsudstyr, apparatur mv., som ISO certificeres. Certificeringen varetages i hovedreglen af Dansk Standard eller DANAK.

I Danmark er Privathospitalet Hamlet det eneste "hele" hospital, som er blevet ISO certificeret, og indtil videre er Hamlet det første hospital i Norden, der har opnået ISO-9002 certificering. Farsø Sygehus og Fredericia Sygehus er tidligere blevet ISO certificeret efter nogle miljøstandarder, som bl.a. omhandler principper for, hvordan man kommer af med affald på en miljørigtig måde

Nedenfor gives konkrete eksempler på danske erfaringer, herunder fra en klinisk hospitalsafdeling.

Erfaringer med ISO certificering i en klinisk sengeafdeling

I Danmark er ISO-9000 standarderne, som grundlag for en decideret certificering, endnu sparsomme i sundhedsvæsenet. Enkelte klinisk kemiske afdelinger har med fordel anvendt standarderne, mens anvendelsen indenfor det kliniske område i det offentlige sygehusvæsen er begrænset.

Ortopædkirurgisk afdeling på Herning Centralsygehus igangsatte i midten af 90'erne et arbejde, som havde til hensigt at vurdere, om anvendelse af ISO-9000 ville være relevant for en typisk ortopædkirurgisk afdeling. Processen blev gennemført ud fra ISO-9001 standarden, som omfatter alle patientrelaterede aktiviteter, samt organisationen i

afdelingen. Specielt standarderne om dokumentstyring fandtes relevante at få inddraget i processen.

Tankegangen i processen er enkelt formuleret: Beskriv hvad I (tror) I laver. Kontrollér om I gør det. Og ændre praksis, hvis I ikke lever op til det. Processens start var vanskelig, idet sproget, der anvendes i standarderne er rettet mod produktionsvirksomheder i den private sektor. Der blev derfor anvendt en del energi i at få "oversat" standarderne til et sprog, som kunne give mening til kliniske afdelinger.

Der blev for alle elementer udarbejdet målbeskrivelser, procedurer og instrukser, som resulterede i en kvalitetshåndbog for afdelingen. Da kvalitetshåndbogen forelå, blev det af afdelingen vurderet, at man ikke ville gå videre mod en egentlig certificering, da omkostningerne ved at vedligeholde kvalitetshåndbogen administrativt oversteg gevinsten, man kunne få ud af arbejdet. Man valgte i stedet at tage det bedste i kvalitetshåndbogen og tilpasse den afdelingens hverdag. Ud fra den eksterne konsultants vurdering var der imidlertid ikke noget til hinder for, at man ansøgte om certificering.

Fordelene ved projektet har været:

- processen og kvalitetshåndbogen gav et overblik over afdelingens indretning
- flere arbejdsgange blev ændret som følge af dette
- dokumentstyringens principper gav god systematik i de forskellige procedurer og instrukser

Ulemperne ved projektet har været:

- tiden der skal anvendes til vedligeholdelse af kvalitetshåndbogen var stor
- krav om kontinuerlig intern audit rettet mod alle dele af standarden og de deraf afledte afvigelsesindberetninger på alt, virkede uoverkommelig, og ville udfordre en kultur, som forsøger at lære også af de ting, der går godt
- vedligeholdelsesarbejdet ville resultere i for meget "papirbureaukrati"
- "markedsværdien" i at opnå en certificering kun havde lille betydning.

Erfaringer med ISO certificering af et centrallaboratorium

Klinisk Biokemisk Afdeling på Hvidovre Hospital er blevet ISO-certificeret hvert år siden 1996. Afdelingen er et laboratorium, der i 1999 havde 1,7 mill. analysesvar og ca. 100 medarbejdere. Afdelingen har valgt ISO-9001 standarderne og har tilpasset dem lokale forhold. Som indikatorer anvendes bl.a. ventetid i ambulatoriet, svartid på prøver og andel af mislykkede prøver. Klinisk Biokemisk Afdeling har besluttet at fortsætte certificeringen trods den igangværende akkreditering ved Joint Commission International.

I samarbejde mellem Statens Serum Institut og Dansk Standard er netop et udviklet en hygiejnestandard til brug i sundhedsvæsenet.

Standarden kan anvendes til ISO-certificering af hygiejneområdet. Den omhandler både en hovedstandard "Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren - krav til ledelsessystemet" og en serie af tilhørende standarder vedr. mere specifikke områder (håndhygiejne, perioperativ infektionsprofylakse m.v.).

Hovedstandarden beskriver krav til styring af infektionshygiejnen med det formål at sætte en organisation i stand til at realisere sin politik vedr. infektionshygiejne - og dertil knyttede mål.

Standarden kan anvendes som grundlag for ISO certificering – eller mere generelt som vejledning i arbejdet med infektionshygiejne.

En række eksperter har i de seneste år været involveret i udvikling af standarden, som er afprøvet og taget i brug på Nykøbing Falster Sygehus.

2.2.1. VIPS modellen

VIPS modellen er en dokumentationsmodel, som i H:S regi har dannet grundlag for udvikling af generiske standarder inden for især sygeplejen. Modellens navn er akronym for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed (wellbeing, integrity, prevention og safety), som udgør overordnede begreber, alle sygeplejersker arbejder ud fra.

Modellen er baseret på mange års forskning i Sverige. Modellen fokuserer på gennemførelse af struktureret og systematisk dokumentation, samt identifikation af områder, hvor det er relevant at udvikle standarder for såvel generisk som sygdomsspecifik kvalitet. Modellen er oversat fra svensk til flere sprog, blandt andet tysk, spansk og estisk og anvendes i Sverige af en række sundhedsprofessioner (læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter). Modellen er et dokumentations-, kommunikations- og ledelsesredskab.

Standarderne, som udvikles ud fra VIPS modellen, lægger vægt på at: planlægge og koordinere patientens individuelle pleje- og behandlingsforløb vise og dokumentere forventede og faktiske resultater af sygeplejehandlingerne der gives relevant, forståelig og enslydende information og oplysning til patienten og pårørende skabe kontinuitet i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde

2.5 Beskrivelse af modeller baseret på sygdomsspecifik audit

2.2.1. Den skotske akkrediteringsmodel – Scotland Board of Health

Baggrunden for det skotske akkrediteringssystem er en gennemgang af det skotske sygehusvæsen, gennemført i 1998. Baggrunden for gennemgangen var konstatering af et stigende sygehusforbrug, og især stigende akutindtag, den stigende betydning af patient- og borgerpræferencer i sygehusvæsenet, samt skærpelse af krav til evidens, klinisk effektivitet og kliniske resultater. En af rapportens hovedkonklusioner var en påpegning af betydningen af systematisk kvalitetssikring og udvikling. Man anbefalede i den sammenhæng et nationalt kvalitetsvurderingssystem, baseret på patientforløbsstrategien. De kendte organisationsrettede modeller blev i denne sammenhæng bevidst nedprioriteret.

Som følge af denne anbefaling oprettedes en national kvalitetsvurderingsinstitution: Clinical Standards Board, der fik til opgave at beskrive og afprøve et sådan nationalt system.

Grundlaget for den skotsk-nationale model er for det første det kliniske perspektiv på kvalitetsudviklingen. Det vil sige, at kvalitetsudvikling tager udgangspunkt i standarder og vurderingsredskaber rettet mod undersøgelse, behandling og pleje, samt de bløde værdier omkring patientforløbet. Organisatorisk foregår akkrediteringen i patientens perspektiv, dvs. omfatter hele forløbet på tværs af afdelinger og organisationer, således at kvalitetsvurderingen retter sig mod processer, snarere end ledelsesstrukturer.

Der er to eksplicitte overordnede kvalitetsmål for modellen:

- fremme offentlighedens tillid til sundhedsvæsenet ved fuld åbenhed om kvalitetsdata
- støtte den professionelle kvalitetsvurdering

Akkrediteringsmodellen indeholder 3 hovedelementer:

- udvikling af standarder
- kvalitetsvurdering både via selvevaluering og ved ekstern vurdering
- offentliggørelse af akkrediteringsresultat i en form beregnet til stimulering af kvalitetsudvikling snarere end relativ vægtning af de enkelte organisationers indsats

Standarder i modellen

Standarderne omfatter dels et sæt standarder for alle patientforløb (generiske standarder). Disse er få og helt overordnede. Dels en række standarder af forholdsvis høj detaljeringsgrad omfattende sundhedspolitisk højt prioriterede sygdomsområder. Sygdomsområderne er udvalgt svarende til den nationale strategi for det skotske sundhedsvæsens udvikling, dvs. dækker de almindelige cancerformer, de store hjerte/karsygdomme og de store sindssygdomme. Det tilstræbes, at standarderne så vidt muligt er fælles for flere områder, dvs. der udarbejdes standarder for palliativ behandling af cancerpatienter, organisering af cancerbehandling generel, standarder for præ og post operativ vurdering, samt standarder for god anæstesipraksis.

Standarderne er struktureret svarende til patientforløbets faser, dvs. henvisning, visitation, indlæggelse, overflytning, udskrivelse, anvendelse af diagnostisk service, kvalitetsmåling inkl. audit, samt klinisk forskning.

Standarderne er udarbejdede af grupper bestående af fagprofessionelle (tværfaglig, tværspciale) og patienter/pårørende. Desuden deltager ledelsesrepræsentanter i grupperne. Tilstedeværelse af patienter og pårørende i disse grupper skal sikre prioritering og perspektivering med vægtning på patientsynspunkt, frem for det faglige institutionelle synspunkt. Patientdeltagelsen angives at være afgørende for prioritering af standarderne.

Standarderne er udviklet på baggrund af:

- sammenhæng mellem sundhedsvæsenets ydelser og resultater, dvs. evidens i standarder på tværs af organisation og sektorer
- patientforløb set med patientens øjne, dvs. ønske om information, kommunikation og medindflydelse
- eksisterende kvalitetsprojekter, f.eks., referenceprogrammer (SIGN) og audit/indikatorprojekter (CRAG)
- en forståelse af, at standarder skal være få, enkle og afspejle de meget vigtige aspekter i patientens forløb

Evaluering i den skotske akkrediteringsmodel

Evaluering i den skotske akkreditering udgår fra Clinical Standards Board, der sammensætter auditteam bestående af klinikere inden for relevante specialer og faggrupper, samt repræsentanter for patienter og "offentligheden" (lokalpolitikere). Auditteamet modtager kort formaliseret uddannelse med hovedvægt på observatørkompetencer og praktiske forhold omkring det skotske akkrediteringssystem. Teamet bistås af Clinical Standards Boards proceskonsulenter, der er fuldtidsansatte med kompetencer indenfor kvalitetssikring (audit) og som regel også erfaring fra sundhedsvæsenet.

Udgangspunktet for evalueringen er en detaljeret selvevaluering fra de afdelinger/organisationer - samt i nogle af sygdomsområderne - patienter, der beskriver

og dokumenterer målopfyldelse i forhold til de offentliggjorte standarder. Denne selvevaluering gennemgås af auditteamet med henblik på fokusering af selve organisationsbesøget. Processen ved organisationsbesøget har karakter af dialog mellem auditteamet og kliniske nøglepersoner, igen fra samtlige faggrupper inden for det relevante sygdomsområde. Den konkrete eksterne evaluering resulterer i en rapport, som udarbejdes på stedet under evalueringen og præsenteres for de involverede organisations- og fagpersoner med henblik på umiddelbare faktuelle korrektioner. Denne rapport danner sammen med selvevalueringen grundlag for en endelig afrapportering, der foretages af Clinical Standards Board og godkendes af auditteamet.

Den eksterne evaluering i det skotske akkrediteringssystem foregår som en traditionel **faglig og kollegial audit** af organisationernes praksis i forhold til eksplicite standarder (in casu for hyppigt forekommende cancersygdomme).

Det er et særkende ved den skotske model, at kollegerne er på højeste specialiseringsniveau (fx specialister i cancerkirurgi og cancerpleje). I de fleste andre akkrediteringssystemer, foretages evalueringen af sundhedsfaglige generalister (læger og sygeplejersker) der har gennemgået en formaliseret længerevarende uddannelse som "professionel" auditor. Et andet særkende i den skotske model er, at der i auditteamet indgår patient/brugerrepræsentanter.

Auditteamet består således af aktive klinikere, repræsenterende relevante specialer i patientforløbet, samt andre relevante faggrupper. Endvidere repræsentanter fra offentligheden: patienter og folkevalgte. Auditteamet sammensættes af Clinical Standards Board (CSB), således at teamet altid består af læger, sygeplejersker og øvrige autoriserede sundhedsprofessioner på højeste specialiserings- og erfaringsniveau. Samtidig tilstræbes, at teamet sammensættes sådan, at der er balance mellem erfarne og uerfarne auditører. I hele forløbet bistår auditteamet af 1-2 fuldtidsansatte konsulenter fra CSB. Auditteamet rekrutteres fra et korps af frivilligt tilmeldte fagpersoner samt via henvendelse til patientforeninger. Teammedlemmerne gennemgår en halv dags kursus, hvor der lægges vægt på interviewteknik, kvalitativ vurdering af praksis i forhold til standarder og ligeværdig ikke-fordømmende kritisk kommunikation. Herudover redegøres kort for det metodologiske og faglige grundlag for det skotske akkrediteringssystem. Indtil nu er der uddannet mere end 1.000 sundhedsprofessionelle og mere end 500 patientrepræsentanter.

Udover de almindelige teammedlemmer er der uddannet en gruppe særligt interesserede klinikere som kliniske nøglepersoner. Deres hovedfunktion er at være faglig teamleder ved akkrediteringsbesøget. Nøglepersonerne er som regel seniorlæger fra højt ledelsesmæssigt niveau eller med høj akademisk prestige, evt. andre sundhedsprofessionelle med lang erfaring inden for kvalitetsudvikling og ledelse/organisation. De modtager et længerevarende EFQM - inspireret kursus i ekstern evaluering. De kliniske nøglepersoner varetager også forskellige andre funktioner med relation til Clinical Standards Board, fx. formand for arbejdsgrupper vedr. udarbejdelse af standarder, ansvarlige for formidling og kommunikation til videnskabelige selskaber.

Ca. tre måneder før akkrediteringsbesøget gennemføres en selvevaluering i forhold til standarderne. Selvevalueringen suppleres med konkret dokumentation for standardopfyldelse. I denne fase medvirker konsulenter fra CSB der bistår repræsentanter fra de evaluerede trusts (kvalitetskoordinator og klinikere) med strukturering og dokumentation i forbindelse med selvevalueringen

Selve akkrediteringsbesøget gennemføres som en 2 - 4 dage varende evaluering alt efter kompleksiteten i patientforløbet i det pågældende sygdomsområde. Auditteamet bistås som nævnt af 1-2 konsulenter fra CSB. Og ledes af en klinisk nøgleperson. Udgangspunktet er materialet fra selvevalueringen.

Før selve besøget på de berørte afdelinger gennemgår auditteamet selvevalueringsmaterialet på et møde af 2 - 4 timers varighed. Herefter gennemgås et brush-up kursus i interviewteknikker osv. Der lægges vægt på socialt samvær, uformel gensidig præsentation med det formål at sikre egentlig teamdannelse.

Selve evalueringen foregår på de berørte afdelinger. Auditteamet deler sig op i grupper på 2 - 3, der foretager dialogisk interview med fagpersoner i afdelingerne og med patienter. Der foretages desuden gennemgang af skriftligt materiale vedrørende kliniske retningslinjer og af data fra nationale kliniske databaser. På grund af usikkerhed om fortolkning af skotsk lovgivning vedrørende udlevering af konfidentielle data, har man fravalgt gennemgang af konkrete journaler, ligesom de patienter, der interviewes er særligt udvalgte (af patientorganisationer).

Evalueringen er struktureret sådan, at interviewrunder på ca. 1 times varighed alternerer med plenummøder i auditteamet, hvor fund fra sidste runde diskuteres og nedfældes i kladde med henblik på afrapportering. Denne proces styres af auditteamformanden bistøttet af konsulenten.

Afslutningsvis samler auditteamet de forskellige rapportkladder til en samlet afrapportering, som præsenteres for klinikere og ledere fra de berørte afdelinger samt trustens direktion og bestyrelsesformand. Ved denne præsentation er der mulighed for korrektion af faktuelle misforståelser samt diskussion af konklusionerne.

Afrapporteringen danner sammen med selvevalueringsmaterialet og yderligere informationer fra organisationen – indhentet af CSB - grundlaget for en egentlig rapport, hvor der fokuseres på styrkeområder samt områder, hvor forbedring er påkrævet og områder, hvor forbedring er ønskelig.

Man er i CSB opmærksom på, at formen kan medføre en meget varierende fokusering præget af auditteamets enkelte medlemmers særlige interesser og synspunkter. Man mener overordnet, at den vægt på kvalitetsudviklingsperspektivet, der er en følge af den valgte form, så rigeligt kompenserer den manglende reproducerbarhed. Desuden forsøger man i nogen grad at modvirke variationen ved investeringen i kliniske nøglepersoner og CSB konsulentdeltagelse i interviewfaserne.

Man angiver endvidere, at den brede rekruttering af klinikere til auditteamene betyder, at et akkrediteringsbesøg bliver en gensidig læreproces mellem auditteam og de auditerede klinikere.

Deltagelsen af pårørende, patient eller lokalpolitikerrepræsentanter i auditteamene - igen meget bredt rekrutteret - gør, at en anden hovedmålsætning, nemlig styrkelse af befolkningens tillid til sundhedsvæsenet angives at opfyldes.

Auditprocessen i den skotske akkreditering har bevaret det væsentlige element: bred faglig dialog, der er parallel til andre akkrediterings- eller eksterne vurderingssystemer. Dette gælder også organisering og volumen af selve akkrediteringsvirksomheden (CSB) der i øjeblikket beskæftiger mere end 25 fuldtidsansatte konsulenter med fx sygeplejefaglig eller akademisk-administrativ baggrund

Erfaringer

Den skotske akkreditering har indtil nu fungeret i ca. et halvt år og har gennemført ca. 50 akkrediteringsbesøg, sådan at der er opsamlet ganske brede erfaringer omkring processen. Generelt angives det, at både klinikere på berørte afdelinger og de klinikere, der deltager i auditteamene finder aktiviteten stimulerende og meningsfyldt. Man kan ligeledes konstatere, at rapporten reelt har afdækket problemområder på nationalt niveau.

Der kan endnu ikke konstateres målbare effekter af akkrediteringen, idet det dog fra CSB' side angives, at foranalysen indenfor de involverede sygdomsområder (store hyppige cancers) har accelereret reorganiseringen af cancerkirurgien i retning af stigende specialisering hos de enkelte kirurger og centralisering af funktioner.

2.2.1. Benchmarking region Skåne & Hovedstadens Sygehusfællesskab

Region Skåne og Hovedstadens Sygehusfællesskab deltager i et projekt om gensidig ekstern audit (benchmarking) af de sundhedsfaglige kliniske ydelser i et udvalgt antal specialer. Den gensidige kliniske audit sker ved at kolleger fra naboregionen (peer review, kollegial audit) vurderer kvaliteten af det givne speciale baseret på systematisk beskrivelse og intern vurdering foretaget af en intern auditgruppe på hver afdeling i specialet. Intentionen er at gentage klinisk audit fx hvert tredje år.

Formålet med klinisk audit er forbedring af de sundhedsfaglige ydelser (indsats og resultater) på basis af læring baseret på sammenligning (benchmarking) og grundprincipper om fagligt ansvar og egenkontrol. Der foretages sammenligninger mellem afdelinger i Region Skåne og Hovedstadens Sygehusfællesskab som basis for kundskabsbaserede beslutninger om forbedringer. Formålet er også, at berede vejen for en mere analyserende organisation der begynder med det datamateriale der findes indenfor hvert speciale og anvender det på en tydelig og systematisk måde. Dette med henblik på at lære af de variationer der måtte findes mellem afdelingerne i de to regioner.

Begrundelsen for klinisk fokus er, at undersøgelser har vist, at der ofte er store regionale variationer i kvaliteten af sundhedsfaglige ydelser, og at variationer er et grundlag for at organisationer kan lære at blive bedre. Begrundelsen for klinisk fokus er også, at der i organisationerne i Region Skåne og H:S findes mange data der kan bruges til at vurdere kvalitet, data som traditionelt ikke anvendes i det mulige omfang. En analyserende organisation må lære at anvende det materiale og de data der findes, og gøre det på en tydelig og systematisk måde.

Datamaterialet til gensidig audit består for hver afdeling/klinik i det valgte speciale af: *Beskrivelse af afdelingen*. En generel beskrivelse (selvdeklaration) af hver afdeling indenfor specialet i hver region vedrørende opgaver, organisation, forbrug og afdelingens kvalitetsstyring. Sidstnævnte indeholder beskrivelse af de metoder og systemer afdelingen rutinemæssigt eller ad hoc bruger til at opsamle data (fx kliniske databaser) og til at vurdere data om kvalitet (fx audit og akkreditering) og til at udvikle og forbedre kvaliteten af afdelingens sundhedsfaglige virksomhed (fx kliniske retningslinjer, værdikæde- og patientforløbsbeskrivelser).

Beskrivelse og vurdering af sundhedsfaglige ydelser. En systematisk beskrivelse af eksisterende data vedrørende kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser fra kliniske databaser, indikatordata og administrative systemer med selvsvurdering af den præsterede kvalitet foretaget på afdelingsniveau. Såfremt afdelingen vurderer, at kvalitetsniveauet kan blive bedre redegøres for forbedringstiltag.

Sammenligning af udvalgte kliniske retningslinjer. Afdelingen leverer kliniske retningslinjer som anvendes i afdelingen for de tre vigtigste undersøgelser og behandlinger i specialet, fx af de tre hyppigste patientgrupper. Hvilke patientgrupper besluttet på forhånd af den fælles auditkomité. Såfremt auditkomiteen vurderer at en afdeling bruger principper der afviger væsentligt fra andre afdelingers principper, kan den fælles auditkomité anmode afdelingen begrunde deres valg af principper for undersøgelse og behandling.

2.2.1. Konklusioner vedrørende ekstern vurdering af den sygdomsspecifikke kvalitet

Auditgangen er anvendelig og hensigtsmæssig som del af modeller for ekstern kvalitetsvurdering, når det drejer sig om vurdering af sygdomsspecifik klinisk kvalitet, både set ud fra det sundhedsfaglige og det patientrelaterede perspektiv. Det fremgår af de tre nævnte modelprojekter (audit i skotsk akkreditering, se ovenfor, audit i NIP se kap. 3.1 og audit i benchmarking region Skåne og H:S, se ovenfor), at der er en række forudsætninger, som bør være til stede i forbindelse med ekstern kvalitetsvurdering af kliniske ydelser.

Det drejer sig om:

- strukturering af audit i forhold til protokol, der beskriver systematisk audit metode
- omfattende og struktureret forberedelse på grundlag af både kvantitative data og kvalitative oplysninger ("selvevaluering" foretaget af deltagende afdelinger)
- krav til kortvarig formaliseret uddannelse af medlemmer af de kliniske auditteam.
- krav til længerevarende uddannelse af "professionelle" konsulenter (rekrutteret blandt personer med solid sundhedsfaglig forankring) der får nøje kendskab til datagrundlag og auditmetoden og som er medvirkende i evalueringen, både med henblik på processtyring og formaliseret afrapportering.

Under disse forudsætninger vil klinisk audit som led i akkreditering kunne fremme dialog og gensidig læring således, at evaluering ikke er en kontrol af en selvevaluering men en fælles proces der fører til årsagsanalyse og forbedringstiltag.

Ulemperne ved inddragelse af klinisk audit i akkreditering er, for det første et relativt stort træk på den kliniske ressource, samt alle nævnte projekter forudsætter arbejdsindsats af sammenlagt mange dages varighed. For det andet medfører den brede tilgang vanskeligheder i forhold til reproducerbarhed. Klinisk audit som led i akkreditering indebærer endelig den vanskelighed at kombinationen af faglig dominans og bred metodologisk tilgang gør det vanskeligt at honorere kravet om en uafhængig, reproducerbar ekstern vurdering. Denne ulempe skal ses i lyset af, at et hovedformål med etablering af akkrediteringssystemer netop er, uafhængig (objektiv) og reproducerbar bedømmelse.

3. NATIONALE PROJEKTER MED FOKUS PÅ KVALITETSUDVIKLING I SEKUNDÆR SEKTOR

3.1 Det Nationale Indikatorprojekt

Formålet med Det Nationale Indikatorprojekt er dokumentation og kvalitetsudvikling af den sundhedsfaglige kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

Dette sker på grundlag af kvalitetsmål og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer. Kvalitetsmålene, dvs. standarder, fastsættes på grundlag af den videnskabelige litteratur for at sikre den højeste evidens. Såfremt der ikke findes videnskabelig evidens, og den kliniske problemstilling i relation til sygdomsområdet er meget betydningsfuldt, fastsættes kvalitetsmålene på basis af konsensus blandt kompetente klinikere. I relation til kvalitetsmålene udarbejdes faglige indikatorer til at belyse klinisk kvalitet og praksis, det vil sige struktur-, proces- eller resultatindikatorer. Der fastlægges for hvert sygdomsområde i størrelsesorden 5 - 8 standarder og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer i relation til struktur, proces og/eller resultat.

De prognostiske faktorer identificeres i relation til de udarbejdede kvalitetsmål og indikatorer dels som forklarende variabler og dels til justering for case-mix. Dette er en forudsætning for, at det bliver muligt at vurdere, om et gunstigt eller ugunstigt resultat skyldes sundhedsvæsenet eller forhold, som sundhedsvæsenet ikke har indflydelse på, eksempelvis forhold relateret til patienten eller sygdommen.

Standarder og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer for de respektive sygdomsområder udarbejdes af indikatorgrupper sammensat i dialog med de videnskabelige selskaber, samt de faglige sammenslutninger på sygeplejeområdet og andre fagområder.

I relation til indikatorgruppernes arbejde er der 2 grundlæggende principper:

- Fagpersoner udarbejder kvalitetsmål og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer relateret til de kliniske problemstillinger på grundlag af højeste evidens.
- Fagpersoner fortolker og vurderer resultater inden offentliggørelse.

Når kvalitetsmålene og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer er fastlagt, foretages indsamling af relevante data, herunder data fra kliniske databaser, patientjournaler, centrale registre eller ad hoc tilvejebragte data. De indsamlede data valideres i samarbejde med de i projektet tilknyttede kliniske epidemiologer. Herefter foretages datadokumentation og dataanalyse samt vurdering af data.

Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer evidensgraderes efter nedenstående evidensgradering³, se tabel 3.1.

³ Skemaet er justeret efter Eccles M et al. North of England evidence based guidelines project. BMJ 1998 samt Matzen P. Evidensbaseret medicin. Medicinsk kompendium bind 1, 1999.

Publikationstype	Evidens	Styrke
Metaanalyse, Systematisk oversigt	Ia	A
Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A
Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B
Kohorteundersøgelse	IIb	B
Diagnostisk test (Direkte diagnostisk test)	IIb	B
Case-control undersøgelse	III	C
Diagnostisk test (indirekte nosografisk metode)	III	C
Beslutningsanalyse	III	C
Deskriptiv undersøgelse	III	C
Mindre serier	IV	D
Oversigtsartikel	IV	D
Ekspertvurdering	IV	D
Ledende artikel	IV	D

I forbindelse med fastsættelse af standarder, indikatorer og prognostiske faktorer evidens graderes den litteratur, der knytter sig til henholdsvis standarder, indikatorer og prognostiske faktorer. Evidensgraderingen foretages af dokumentalister, tilknyttet de enkelte indikatorgrupper. Dokumentalisterne besidder høj faglig og videnskabelig kompetence inden for de respektive sygdomsområder. Dokumentalisten forelægger den eksisterende viden for den pågældende indikatorgruppe, der herefter tager stilling til fastsættelse af standarder, indikatorer og prognostiske faktorer. Dokumentalisten, som er tilknyttet et givent sygdomsområde, udarbejder en dokumentalistrapport, hvor evidensen er beskrevet og graderet i relation til de fastsatte standarder, indikatorer og prognostiske faktorer.

Når data foreligger, foretages analyse og faglig fortolkning af fagfolkene og vurdering af resultaterne med fastlagte tidsintervaller og på baggrund af tidstro data nationalt, regionalt og lokalt i de enkelte amter og på de respektive afdelinger.

Herefter foretages tilbagemelding til klinikere og ledelsesniveauet om kvalitetsniveauet, der er en nødvendig forudsætning for iværksættelse af kvalitetsforbedring. Det bliver herved muligt for de enkelte afdelinger at vide, om de er over eller under de fastsatte kvalitetsmål, og i hvilken retning udviklingen går.

Gennemførelse af klinisk audit

Efter fastlæggelse af indikatorer og standarder (kvalitetsmålsætning) foretages dataindsamling. De indsamlede data vedrørende indikatorer og tilhørende prognostiske faktorer underkastes en klinisk epidemiologisk statistisk analyse, der muliggør sammenligning af indikatorresultater fra de forskellige deltagende afdelinger/kliniske enheder.

De analyserede data underkastes herefter fortolkning i en auditproces på to niveauer:

- Nationalt niveau
- Regionalt (amtsligt niveau)

Den nationale audit udføres af den gruppe fagpersoner, der er ansvarlige for udarbejdelse og definition af indikatorer (indikatorgruppe, projektleder, klinisk epidemiolog). Den regionale audit foregår med udgangspunkt i eksisterende faglige rådgivningsstrukturer (sundhedsfaglige råd, patientforløbsgrupper, specialeråd etc.). Sammensætningen af auditgruppen skal afspejle væsentlige aktører i de pågældende patientforløb, dvs. samtlige deltagende afdelinger repræsenteres. Gruppen skal endvidere være tværfagligt sammensat, og der skal være repræsentanter fra ledelsesniveauet på de pågældende afdelingstyper. Samtidig knyttes repræsentanter fra tværgående forvaltningsniveau til gruppen.

Opgaven for både den nationale og regionale auditgruppe er:

- Vurdering af de deltagende afdelingers indikatorresultater i forhold til fastlagt standard
- Vurdering af klinisk betydning af eventuel afvigelse fra standard
- Fastlæggelse af mulige årsagssammenhænge til kvalitetsvariationer i forbindelse med indikatorresultaterne
- Identifikation af forbedringsområder

Auditten vil foregå som struktureret proces beskrevet i separat manual. Udover håndtering af indikatorresultater vil manualen beskrive et basalt datasæt til supplerende fortolkning omfattende data fra patientadministrative og ledelsesinformationssystemer, samt oplysninger vedrørende kliniske retningslinjer og andre faglige standarder svarende til de respektive sygdomsområder på de enkelte afdelinger.

Den nationale audit vil principielt have samme tilgang, men på højere aggregeringsniveau, idet man her vil tage udgangspunkt i det samlede landsresultat, samt regionale variationer. Udover datafortolkningsopgaven og formuleringen af forbedringsforslag har de regionale auditgrupper en central rolle i sikring af datavaliditet, idet der i forbindelse med dataindsamlingen afholdes datavalideringsaudit, hvor registreringspraksis i de deltagende afdelinger sammenlignes.

Såvel de nationale som regionale auditgrupper tilbydes formaliseret uddannelse af en dags varighed omfattende kvalitetssikring af data, fortolkning af data og egentlig auditering.

Aktuel status for NIP

Der er på nuværende tidspunkt udarbejdet standarder og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer for 6 sygdomsområder:

- apopleksi
- hoftenære frakturer
- lungekræft
- skizofreni
- akut mave/tarmkirurgi
- hjerteinsufficiens

Hermed inkluderer projektet store medicinske sygdomme, såvel akutte som kroniske, rehabiliteringsområdet, en af de store cancersygdomme, den akutte parenkymkirurgi og ortopædkirurgi, samt en af de store psykiatriske sygdomme.

Dette indebærer, at projektet skal foregå på samtlige interne medicinske, psykiatriske, parenkymkirurgiske og ortopædkirurgiske afdelinger i Danmark.

Den amtslige implementering af projektet er iværksat i efteråret 2001.

Erfaringerne fra projektet viser, at det er muligt at gradere evidensen for de enkelte indikatorer. Ligeledes viser erfaringerne fra projektet, at indikatorgruppernes medlemmer på baggrund af den videnskabelige evidens kan fastsætte standarder i relation til indikatorerne. Dokumentlisternes rapporter dokumenterer således, at den videnskabelige litteratur udgør et velegnet grundlag til at fastsætte standarder for den faglige kvalitet.

Det Nationale Indikatorprojekts rolle i en national model for kvalitetsudvikling
Standarder og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer

Som anført er formålet med Det Nationale Indikatorprojekt at udarbejde kvalitetsmål, det vil sige standarder, og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer for specifikke sygdomsområder. Dette sker i relation til såvel struktur, proces og resultat. På grundlag af projektet udvikles således sygdomsspecifikke standarder, der belyser sundhedsvæsenets rammer og ressourcer, herunder sundhedsprofessionernes kompetenceniveau og tilgængeligheden til udstyr, teknologi og faciliteter. Herved beskrives således forudsætningerne for diagnostik behandling og pleje i sundhedsvæsenet. Endvidere udvikles standarder og indikatorer, der belyser elementer i det konkrete patient-forløb, som herved giver et billede af, i hvilket omfang de givne procedurer er anvendt i klinisk praksis. Endeligt udvikles standarder og indikatorer, der belyser patientens helbredstilstand i relation til overlevelse, symptomatologiske- og laboriemæssige karakteristika, patientens fysiske formåen, samt patientens psykiske reaktioner på sygdom og tilfredsheden med behandlingen. Der udvikles således såvel kort- som langsigtede resultatindikatorer.

I relation til projektet vil ligeledes i et vist omfang udvikles mere generelle, generiske standarder og indikatorer eksempelvis i relation til ernæring, mobilisering, smertebehandling etc., der har betydning for hovedparten af vigtige sygdomsområder.

Relation til patientforløb

I sin nuværende form er formålet med Det Nationale Indikatorprojekt at belyse den sundhedsfaglige kvalitet i relation til hospitalsbehandling. På sigt vil det være naturligt, at projektet skal omfatte hele patientforløbet, det vil sige fra patientens kontakt til almen praksis, via henvisning til og behandling i sygehusvæsenet samt efter udskrivning til den primære sundhedssektor.

Det forekommer relevant og realistisk, at der på sigt udarbejdes kvalitetsmål og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer for patientens samlede forløb. Dette indebærer, at eksempelvis praktiserende læger, praktiserende speciallæger og hjemmesygeplejersker bør inddrages i projektet i forbindelse med indikatorgruppernes arbejde.

Projektets omfang

Som anført omfatter projektet aktuelt 6 sygdomsområder. Erfaringerne fra disse 6 sygdomsområder viser, at det er realistisk med relativt få ressourcer at udarbejde kvalitetsmål og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer.

Det er således realistisk, at projektet kan udvides til at omfatte flere væsentlige sygdomsområder i det danske sundhedsvæsen, såfremt projektet tilføres relevante ressourcer.

Perspektiv

Det Nationale Indikatorprojekt kan i den nationale model for kvalitetsudvikling bidrage med sygdomsspecifikke standarder og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer for de vigtigste sygdomsområder i det danske sundhedsvæsen i relation til såvel struktur, proces som resultat. Hertil kommer, at projektet kan bidrage med en række generelle standarder og indikatorer på en række generelle, tværgående områder i sundhedsvæsenet.

Det forekommer relevant, at projektet på sigt udvides til at omfatte hele patientforløbet således, at den primære sundhedssektor inddrages i forbindelse med patientens henvisning til sygehusvæsenet samt i relation til udskrivning.

Såfremt projektet tilføres relevante ressourcer, kan projektet udvides til at omfatte de væsentligste sygdomsområder i det danske sundhedsvæsen. En sådan vurdering kan eventuelt baseres på relevante DRG-områder.

For mere detaljeret information om projektet henvises til projektets hjemmeside: www.nip.dk.

3.2 Referenceprogrammer

Landsdækkende referenceprogrammer udvikles af referenceprogramsekretariatet i regi af Dansk Medicinsk Selskab og med støtte fra MTV-instituttet.

Overordnet er formålet med referenceprogrammer at medvirke til at sikre en høj kvalitet af patientbehandling i Danmark. Dette sker ved på tværfagligt grundlag at skabe oversigt over hele patientforløb for på baggrund af den nyeste evidens at omsætte eksisterende viden til kliniske retningslinier.

Medicinske selskaber, sammenslutninger og sundhedsfaglige professioner arbejder alle med at ajourføre deres medlemmers viden via klarings- og konsensusrapporter, "state of the art"-tilkendegivelser etc. Disse aktiviteter bør udbygges samtidig med, således at flere og flere stiler mod udarbejdelse af egentlige referenceprogrammer.

Aktiviteter

To arbejdsgrupper er ved at være færdige med udkast til referenceprogrammer inden for henholdsvis galdestenssygdomme og akut koronarsyndrom, en arbejdsgruppe om apopleksi er under opstart, en om hysterektomi påbegyndes ultimo 2001, mens yderligere to (skizofreni og sandsynligvis thyreoidealidelser) påregnes igangsat i første halvdel af 2002.

Erfaringer

Det generelle indtryk er, at arbejdet med at støtte arbejdsgrupperne i systematisk at finde, vurdere og klassificere litteratur, og omsætte denne til graduerede anbefalinger og retningslinier, har været af betydeligt større omfang end forventet. En af årsagerne hertil er, at det har været vanskeligt at skabe konsensus om, hvad der er evidens for. Sekretariatet for referenceprogrammer vil ultimo 2001 offentliggøre en statusrapport over arbejdet det første år.

Metode

Første del af metoden er gennemførelse af litteratursøgning. Denne gennemføres på baggrund af formulerede og veldefinerede nøglespørgsmål systematisk søger al tilgængelig litteratur i relevante databaser m.v.

Herefter er metoden i de sundhedsfaglige råd følgende:

- På baggrund af de heraf resulterende abstrakts, og efter forud fastsatte kriterier, besluttet hvilken litteratur, der skal rekvireres.
- Litteratur læses og gradueres efter kvaliteten af det videnskabelige arbejde af to medlemmer af arbejdsgruppen.
- Den samlede evidens bedømmes og sammenfattes herefter i undergrupper
- inden hele gruppen søger konsensus om et sæt af anbefalinger, gradueret efter evidensens styrke.

3.3 Kliniske kvalitetsdatabaser

Det primære formål med de kliniske kvalitetsdatabaser er, at de skal være et redskab til kvalitetsudvikling.

Derudover kan kliniske kvalitetsdatabaser bidrage med relevant information om det sundhedsfaglige kvalitetsniveau, der kan indgå i beslutningsgrundlaget for den politiske og administrative ledelse.

En klinisk kvalitetsdatabase er et offentligt register vedrørende en sygdomsgruppe, en bestemt diagnose, behandlings- eller undersøgelsesmetode, der etableres som led i kvalitetsudvikling. Databaserne udvalgte kvalificerbare indikatorer, som kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsenets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe med udgangspunkt i det enkelte patientforløb.

Sekretariatet for de kliniske kvalitetsdatabaser er placeret i Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen har i år 2000 (og 1998) gennemført en statusundersøgelse vedrørende databaser for klinisk kvalitet. Undersøgelsen er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse. I første fase, blev der udsendt spørgeskemaer til samtlige afdelinger i Danmark. 834 afdelinger (98%) besvarede spørgeskemaet. Herigennem blev 123 databaser identificeret. Der blev herefter sendt et spørgeskema til databaserne. Spørgeskemaet blev besvaret af 92 databaser (75%). Af disse blev 81 identificeret som databaser for klinisk kvalitet.

Driftsbasen for en database for klinisk kvalitet indtræder, når mindst to afdelinger på forskellige institutioner rutinemæssigt indberetter data til databasen og når de har fået feedback fra det centrale register mindst en gang. Af databaserne i Sundhedsstyrelsens statusopgørelse i 2000 havde 57 databaser givet feedback og kan derfor siges at være i drift.

59% af de danske hospitalsafdelinger svarede, at de ikke indberettede til nogen kvalitetsdatabase. Det er en forbedring i forhold til den forrige undersøgelse. Dengang svarede 69% at de ikke indrapporterede til nogen database. Tallene må dog tages med forbehold, idet der er stor forskel på, hvor mange databaser afdelingerne siger de indberetter til, og det antal databaserne siger, at de får data fra. Fx kan det nævnes, at der er 69 afdelinger, der har meddelt, at de indberetter til DBCG (Brystkræftdatabasen), hvorimod DBCG modtager data fra 100 afdelinger. 20 databaser (35%) meddeler, at de kan dokumentere en forbedret behandlingskvalitet.

Der er en klar sammenhæng mellem databasernes alder, og hvorvidt de har forbedret behandlingskvaliteten ($p < 0.001$), således er medianalderen for de databaser, der har forbedret behandlingskvaliteten er 11 år, mens den er 2 år for de databaser, der ikke har forbedret kvaliteten. Det viser sig, at 69% af de gamle databaser (ældre end 7 år) har forbedret behandlingskvaliteten og at 25% af de unge databaser har forbedret behandlingskvaliteten.

94% af databaserne er villige til at offentliggøre information fra databaserne. 23 af databaserne stiller dog betingelser for offentliggørelse. De typiske betingelser er, at data korrigeres for patientsammensætning, anonymiseres eller gennemgår en fortolkning, der gør dem forståelige for andre end specialister.

Det må konkluderes, at databaserne for klinisk kvalitet i tiltagende omfang er villige til at offentliggøre information. Dette fremgår klart, hvis man sammenligner med undersøgelsen fra 1998. Postulatet om at kliniske kvalitetsdatabaser er lægernes

"hemmelige" registre må nu være endeligt afkræftet. De databaser, der har fået lov til at udvikle sig, har forbedret behandlingskvaliteten. Hvis man ser på alderssammensætningen af databaserne og udviklingen i antallet af kliniske databaser, er der grund til at slå lidt koldt vand i blodet. De fleste databaser er ikke modne nok til at have vist en forbedring af kvaliteten.

Man kan konkludere, at der er en række velfungerende databaser i Danmark. Det er dog stadig overvejende små sygdomme med et begrænset antal patienter og afdelinger, der er dækket af en kvalitetsdatabase. Der er et behov for udvikling af databaser for store patientgrupper, som f.eks. slagtilfælde eller blodprop i hjertet.

De kliniske kvalitetsdatabaser baserer sig på gammel teknologi til indsamling af data. De fleste anvender papirskemaer til indsendelse og manuel overførelse til databasen. Databaserne er ikke integreret i den øvrige IT på sygehusene, og det giver anledning til dobbeltregistrering af de samme data i forskellige IT-systemer. En vigtig forudsætning for en effektiv udvikling er, at det lykkes at integrere de kliniske kvalitetsdatabaser med den elektroniske patientjournal. Kun på denne måde kan de nødvendige data til udvikling og dokumentation af kvaliteten indsamles på en enkel måde og som en naturlig del af den kliniske hverdag.

Sundhedsstyrelsen har indledt et projekt for at sikre integration af de kliniske kvalitetsdatabaser med eksisterende IT-systemer og den fremtidige udvikling af elektronisk patientjournal. Et projekt som vil blive gennemført parallelt med udviklingen af standarder for den elektroniske patientjournal.

3.4 Den Gode Medicinske Afdeling

Projekt Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) har siden 1995 arbejdet med kvalitetsudvikling på medicinske afdelinger i Danmark. Fra 2000 har projektet haft status som nationalt projekt med eget sekretariat finansieret af alle amter og H:S.

DGMA's formål 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 (vedlagt). Udarbejdelse af samtlige standarder forventes afsluttet senest år 2003. Projektforløbet indebærer at deltagende medicinske afdelinger arbejder med implementering af standarder og medvirker i DGMA's årlige tværsnitsundersøgelser.

Den 1. tværsnitsundersøgelse blev gennemført i 2000/2001 med deltagelse af 88 medicinske sengeafsnit. Undersøgelsen gentages i december/januar 2001/2002. Resultaterne belyser målopfyldelsen for en række standarder under temaerne *Planlægning under akut indlæggelse*, *Medicinering* og *Udskrivelsen*. For nærmere beskrivelse henvises til den udarbejdede protokol, som kan hentes fra projektets hjemmeside www.dgma.dk.

I løbet af 2002 sættes endvidere fokus på det tværsektorielle samarbejde med landsdækkende undersøgelser af kvaliteten indenfor temaerne *Henvisning/visitation* og *Udskrivelsen*. Det ambulante forløb og kvaliteten af patientinformation belyses ved separate landsdækkende undersøgelser. Projektledelsen afholder i 2002 temamøder i samtlige amter under temaet *"Implementering af kvalitetsforbedringer"*. Vi vil på temadagene motivere afdelingerne til

at anvende DGMA's standarder samt stimulere til ændringer i arbejdsgange på områder med kvalitetsbrist.

Metode

Beskrivelse af standarder og indikatorer foretages i et samarbejde mellem DGMA's sekretariat og DSI Institut for Sundhedsvæsen og er i sit udgangspunkt baseret på litteraturgennemgang indenfor den videnskabelige litteratur. Ved manglende evidens beskrives standarder og indikatorer ud fra klinisk konsensus ved inddragelse af DGMA's tilknyttede Fagligt Forum, der består af fagfolk fra medicinske afdelinger i hele landet. Herudover engageres ad hoc ekspertise på udvalgte områder. DGMA igangsætter endvidere enkeltprojekter på områder med manglende evidens. De indikatorer, der anvendes til tværsnitsundersøgelserne, er vurderet af statistisk/epidemiologisk ekspertise og efterfølgende pilotafprøvet på medicinske afdelinger.

Foreløbige erfaringer

Det er muligt at opnå konsensus om danske nationale generiske standarder på baggrund af videnskabelige evidens og faglig ekspertise.

Det er lykkedes at opnå bred tilslutning fra landets medicinske afdelinger til måling af kvalitet på baggrund af de opstillede standarder.

Det er muligt at anvende landsdækkende kvalitetsmålinger til sammenligning af kvalitet på tværs af afdelinger på et objektivi grundlag.

Mindst 50 % af deltagende afdelinger (ledelserne) angiver, at de ændrer praksis som følge af tværsnitsundersøgelsens resultaterne.

3.5 Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser

Baggrund

Gennemførelse af den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse er aftalt mellem regeringen og amterne i forbindelse med aftalen om amternes økonomi for år 2000. Det er besluttet at gennemføre undersøgelsen hvert andet år.

Formål

Formålet med undersøgelsen er defineret således:

- at sammenligne og identificere forskelle i patienttilfredshed på sygehusniveau i forhold til temaerne kerneydelse, koordination, kontinuitet, kommunikation, information og frit sygehusvalg.
- at sammenligne patienttilfredshed og forskelle i patienttilfredshed over tid ved gennemførelse af undersøgelser hvert andet år.

Organisering af arbejdet

Der er nedsat en styregruppe med repræsentanter fra alle landets amter/H:S og Sundhedsministeriet. Der er endvidere nedsat en faglig arbejdsgruppe med repræsentanter fra 4 amter. Enheden for Brugerundersøgelser, som er beliggende i Københavns Amts Center for Sygdomsforebyggelse, står for den praktiske gennemførelse af undersøgelsen.

Undersøgelsen gennemføres som en postomdelt spørgeskemaundersøgelse for et udsnit af udskrevne heldøgnsindlagte patienter. I august måned år 2000 blev der udsendt et spørgeskema med 29 spørgsmål til 34.306 patienter, som i perioden medio marts – medio juni har været indlagt på landets sygehuse inden for grundspecialerne intern medicin, organkirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi/obstetrik. I alt 64 sygehuse er omfattet af undersøgelsen.

Den første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse, som blev offentliggjort i januar 2001, viste nogle markante forskelle mellem amterne/H:S og sygehusene. Dette er især tilfældet under temaerne information og behandlingsforløb (koordination og kontinuitet). Resultaterne viser, at store sygehuse øst for Storebælt generelt opnår dårligere resultater end landets øvrige sygehuse. Om forklaringen er, at store sygehuse øst for Storebælt generelt er dårligere til at skabe gode patientoplevelser end landets øvrige sygehuse, eller om forskellen skyldes, at patienterne på grund af kulturelle eller sociale forhold svarer anderledes, giver undersøgelsen ikke noget entydigt svar på. Der er ikke fundet væsentlige forskelle i holdninger og vurderinger mellem de 4 grundspecialer – intern medicin, organkirurgi, ortopædkirurgi og gynækologi/obstetrik.

Perspektiver

Det er målet, at amterne/H:S og sygehusledelserne vil bruge resultaterne af den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse til at iværksætte tiltag, som skal fastholde eller forbedre kvaliteten på sygehusene.

Den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse gennemføres hvert andet år. I den næste undersøgelse kan der tilføjes endnu en dimension til undersøgelsen, eftersom det vil være muligt at belyse, om de tiltag, der er gennemført i den mellemliggende periode, har haft en effekt på patienternes oplevelse af sygehusets ydelser.

Amterne, H:S og Sundhedsministeriet har ved deres "Temagruppe for Kvalitet og Service" besluttet at afholde et seminar om Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse. Formålet med seminaret er bl.a. at drøfte den landsdækkende undersøgelses indpasning i og samarbejde med lokale

brugerundersøgelser og andre nationale kvalitetsprojekter samt komme med forslag til ændringer/justeringer for den næste undersøgelse.

3.6 Kvalitetsdeklarationer

Udvalget for kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet, nedsat af Sundhedsstyrelsen, anbefalede i sin rapport af juni 2000, at sygehusafdelinger/-funktionsbærende enheder skal udarbejde kvalitetsdeklarationer bl.a. som information til borgerne om sygehusenes ydelser.

Kvalitetsdeklarationer skal ses som sygehusafdelingernes mulighed for at orientere offentlighed og brugere om afdelingernes behandlings- og plejetilbud i et patientforløb, og samtidig skal deklARATIONERNE være et effektivt værktøj til at synliggøre og udvikle kvaliteten i sygehusvæsenet.

I efteråret 2000 tiltrådte Det nationale råd for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet, at et pilotprojekt blev iværksat på otte afdelinger, og at projektet forankres i Sundhedsstyrelsens kontor for kvalitetsudvikling og sundhedsplanlægning. Sundhedsministeriet yder økonomisk støtte til pilotprojektet, som blev igangsat juni måned 2001, og det forventes at sygehus projekt delen afsluttes efteråret 2002.

På sigt er det også hensigten at inddrage praksissektoren (almen praksis og speciallægepraksis) i pilotprojektet, ligesom det også er hensigten, at kvalitetsdeklarationerne skal blive et velfungerende og værdifuldt redskab i samspillet med de øvrige landsdækkende, regionale og lokale initiativer til kvalitetsudvikling. Kvalitetsdeklarationen skal således ikke ses som et isoleret redskab, men derimod kunne indgå sammen med øvrige tiltag på kvalitetsområdet.

Kvalitetsdeklarationer er omtalt i den sundhedspolitiske redegørelse for 2001, hvor Sundhedsministeriet lægger vægt på, at kvalitetsdeklarationer er et redskab til formidling af såvel faglig, som organisatorisk og patientoplevelse kvalitet og Ministeriet ser det bl.a. som en udfordring at sikre, at deklARATIONEN hele tiden indeholder aktuelle oplysninger.

De otte afdelinger, der deltager i pilotprojektet er: medicinsk afdeling på Horsens Sygehus og Århus Kommunehospital, kirurgisk afdeling på Holstebro Centralsygehus og Frederiksberg Hospital, gynækologisk/obstetrisk afdeling på Amtssygehuset i Herlev og Roskilde Amtssygehus, samt psykiatrisk afdeling (voksenpsykiatri) på Odense Universitetshospital og psykiatrisk afdeling (børne- og ungdomspsykiatri) på Psykiatrisk Sygehus, Frederiksborg Amt.

I projektet opbygges deklARATIONEN er opbygget med en generel del vedrørende oplysninger om afdelingen og en specifik dokumentationsdel, der vedrører patientforløb. I den generelle del gives der oplysninger om de sygdomme afdelingen behandler, om afdelingens patientfaciliteter, øvrige servicefunktioner, personalebemanding, afdelingens arbejde med kvalitetsudvikling og kvalitetssikring etc.

I den specifikke del skal deklARATIONEN indeholde oplysninger om afdelingens målopfyldelse i forhold til sygdomme, behandling og pleje, og målopfyldelserne skal sammenholdes med landsgennemsnittet inden for forskellige relevante indikatorer. Samlet skal oplysningerne kunne give et billede af den pågældende afdeling – både udadtil, men også indadtil, hvor deklARATIONEN skal kunne anvendes i afdelingens fortsatte arbejde med kvalitetsudvikling. DeklARATIONEN skal samlet kunne give oplysninger om både den faglige, den patientoplevede og den organisatoriske kvalitet.

I august måned 2001 indgik Sundhedsstyrelsen en aftale med en leverandør om en web-baseret IT-løsning til kvalitetsdeklaration, og de otte afdelinger i projektet starter et halvt års afprøvning af kvalitetsdeklarationen medio oktober 2001.

IT-redskabet er formet således, at indtastning foregår on-line gennem en web-browser. Via "net-log-on" kan de enkelte afdelinger tilføje informationer direkte til databasen, hvorefter informationerne publiceres automatisk som internetsider.

Indledningsvis vil der blive en måneds test og tilpasning internt for afdelingerne, og derefter åbnes der op for offentlig adgang til de internetbaserede kvalitetsdeklarationer. Den enkelte bruger vil derefter kunne få adgang til kvalitetsdeklarationerne med almindelige web-browsere via Internettet.

Et brugerpanel på omkring 100 personer skal - foruden det involverede personale i afdelingerne - teste kvalitetsdeklarationerne i projektforløbet, og panelet vil bestå af patientvejledere, praksiskonsulenter, "brede brugere", patienter, patientforeninger, politikere og embedsmænd.

4. PROJEKTER MED FOKUS PÅ KVALITETSUDVIKLING I PRIMÆR SEKTOR

4.1 Initiativer i praksissektoren

Også i praksissektoren har der i en årrække været arbejdet med kvalitetsudvikling. De overordnede mål for kvalitetsudvikling er fælles for praksissektor og sygehusvæsen, men forudsætningerne for arbejdet i praksissektoren adskiller sig på flere områder fra sygehusvæsenet. Dette har betydning også i arbejdet med kvalitetsudvikling. Det gælder f.eks. forskelle i

- Patientsammensætning
- Sygdomsspektrum
- Henvendelsesmønster
- Organisationsform og praksisstørrelse

2.2.1. Organisation af kvalitetsudvikling i praksissektoren

Det Centrale Kvalitetsudviklingsudvalg.

Mellem P.L.O. og SFU (Sygesikringens Forhandlingsudvalg) er der nedsat et paritetisk sammensat udvalg, hvis formål er at stimulere til kvalitetsudvikling i almen praksis. Udvalget disponere over et årligt beløb på 2 mill. kr.

Amtslige Kvalitetsudviklingsudvalg

I alle amter er der etableret Kvalitetsudviklingsudvalg, der refererer til de amtslige samarbejdsudvalg. Udvalgene er paritetisk sammensat af udpegede fra henholdsvis sundhedsforvaltning/sundhedsudvalg og Praksisudvalg. Udvalget disponerer over midler der årligt udgør ca. 6.000 kr. per praktiserende læge i amtet.

Der er en udvikling hen imod, at Kvalitetsudviklingsudvalgene etablerer egentlige enheder med ansættelse af lægelige konsulenter på deltidsbasis, der oparbejder viden på kvalitetsudviklingsområdet, initierer projekter og etablerer samarbejde med efteruddannelsesvejledere, lokale decentrale efteruddannelsesgrupper, praksiskonsulentordningen, DSAM amtsrepræsentanter, Praksisudvalg, amtslige lægemiddelkonsulenter, forskningsenhederne, Det Centrale Kvalitetsudviklingsudvalg og andre relevante personer og organisationer.

Praksiskonsulentordningen

Ved alle landets sygehuse er der etableret en praksiskonsulentordning. Den overordnede koordination varetages af Praksiskoordinatorer. Ved de enkelte afdelinger er der ansat praktiserende læger som praksiskonsulenter. Koordinatorer og konsulenter er deltidsansatte. Der er tale om knap 300 ansættelsesforhold og involverer knap 10% af alle praktiserende læger.

Formålet med ordningen er at sikre smidige, sammenhængende og effektive patientforløb fra almen praksis til sygehus til almen praksis. Praksiskonsulentordningen indgår i et Nordisk netværk.

Laboratoriekonsulentordningen

I alle amter er der etableret en laboratoriekonsulentordning. Denne ordning sikrer, at praksis kan modtage vejledning og kontrol af de laboratorieudgifter, der udføres i almen praksis.

Fagligt Udvalg

Mellem P.L.O. og SFU er der nedsat et paritetisk sammensat udvalg, hvis formål er at give forslag til indhold i Landsoverenskomsten, som kan fremme faglig kvalitet og kvalitetsudvikling. Udvalget disponerer over 1.2 millioner kr. årligt. Laboratorieudvalget er nedsat som underudvalg under Fagligt Udvalg med det formål af kvalitetssikre laboratorieudgifter i almen praksis.

DSAM / P.L.O. Kvalitetsudviklingsudvalg

DSAM og P.L.O. har nedsat et fælles kvalitetsudviklingsudvalg. Udvalgets opgave er at koordinere nationale projekter.

European Working Party of Quality Development in Family Medicine (EQuIP)

EQuIP er en netværksorganisation, der tæller medlemmer fra 27 Europæiske lande. EQuIP skal inspirere og støtte almen praksis til en systematisk kvalitetsudvikling. Der afholdes Europæiske kongresser, udgives tidsskriftartikler og andre publikationer.

Q-net

Et fælles forum hvor landets kvalitetsudviklingskonsulenter udveksler viden og erfaring. Dette sker dels ved gennemførelse af en årlig workshop og ved at have et fælles elektronisk netværk.

2.2.1. Landsdækkende kvalitetsprojekter i praksissektoren.

Nedenfor er nævnt en række landsdækkende kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis. Projekterne er på forskellige stadier, idet der både er tale om velgennemprøvede metoder (f.eks. audit og kliniske vejledninger) og metoder (f.eks. ICPC) og projekter (f.eks. DANPEP), der fortsat er under afprøvning og udvikling. Resultatet af EUROPEP er beskrevet i del A, kap. 3.5.

For dem alle gælder, at de praktiserende læger deltager i aktiviteterne i forskelligt omfang afhængig af interesse, behov og ressourcer. Midler fra de decentrale kvalitetspuljer kan i et vist omfang understøtte deltagelse i projekterne.

DANPEP

Det Centrale Kvalitetsudviklingsudvalg og Sundhedsministeriet har bevilget penge til DANPEP projektet, der er en udløber af det større Europæiske projekt EUROPEP.

Forskningsenheden for Almen Medicin i Århus har i en årrække været involveret i EUROPEP, hvis formål har været at udvikle et standardiseret spørgeskema til vurdering af brugerens evaluering af

- kommunikationen i lægekonsultationen
- den oplevede lægefaglighed
- den oplevede service og tilgængelighed i lægeklínikken.

Dette spørgeskema er nu tilgængeligt på dansk i en version med 23 spørgsmål. Spørgeskemaet kan i den nuværende form anvendes til rutinebrug, men det kan fortsat kvalitetsforbedres ved et udviklingsarbejde, som Forskningsenheden ønsker at forestå.

Formålet med det aktuelle projekt er at tilbyde amtslige organer for kvalitetssikring og efteruddannelse m.v. hjælp til at gennemføre patientevalueringer af arbejdet i almen praksis.

Forskningsenheden vil gå ind med en støttefunktion, der for det første søger at implementere arbejdet i de forskellige amtslige organer ved at tilbyde praktisk hjælp og støtte samt information om teoretiske og praktiske aspekter. Desuden vil forskningsenheden bidrage til at databearbejde og analysere resultater fra undersøgelser i enkelte praksis samt til at formidle dem i en form, så praksis bliver indbyrdes sammenlignelige, dels i fx decentrale efteruddannelsesgrupper og dels ved sammenligning mellem forskellige regioner og amter

Kliniske vejledninger

DSAM har udviklet kliniske vejledninger for:

- forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom
- urininkontinens
- demens
- den motiverende samtale
- depression

Der er planlagt vejledninger for:

- osteoporose (primo 2002)
- palliativ indsats med særlig henblik på smertebehandling (2003)
- behandling af Diabetes Mellitus (midlertidig vejledning efteråret 2001, endelig vejledning 2003/2004)

Vejledningerne understøttes af implementeringsaktiviteter i amterne gennem de amtslige kvalitetsudviklingsudvalg.

Vejledningen om forebyggelse mod iskæmisk hjertesygdom er fulgt op af en honoraraftale i Landsoverenskomsten mellem P.L.O. og SFU for en 3-årig projektperiode. Vejledningen af Urininkontinens er nyligt fulgt af en honoraraftale i Landsoverenskomsten om instruktion i væske- / vandladningsskema.

Audit

Landsdækkende audits / Audit Projekt Odense (APO)

APO Enheden finansieres delvist fra midler fra Forskningsfonden for Almen Praksis. Den udvikler audits som den tilbyder til alle landets praktiserende læger. Der er udviklet en model for dataindsamling, og dataindsamlingen følges op af en session, hvor resultaterne analyseres og målsætninger defineres. Derefter gennemføres en ny dataindsamling og opfølgende analyse.

I hvert amt er findes der APO-konsulenter, og APO har etableret et Nordisk netværk. En psykiatriaudit er gennemført samtidig i Danmark, Norge og Sverige.

Tværfaglige audits over patientforløb

Praksiskonsulentordningen gennemfører i samarbejde med sygehusafdelinger audits over patientforløb.

Det drejer sig almindeligvis om 25 konsekutive patientforløb over udvalgte sygdomskategorier (rygpatienter, cancer coli, herteinsufficiens). De enkelte forløb beskrives fra patientens henvendelse til den praktiserende læge og indtil behandling er institueret på sygehuset. Nogle audits involverer patientens egne oplevelser.

Der er en stigende aktivitet i adskillige amter. Praksiskonsulenterne har taget initiativ til dannelse af et netværk, som skal stimulere udviklingen, og hvor både praksiskonsulenter og afdelingsledelser vil deltage. Dette vil blive samlet op på et møde primo 2002, hvor man vil inddrage indhøstede erfaringer og diskutere metoden og dens udvikling.

Praksisfacilitatorer

I mange amter er der nu ansat praktiserende læger på deltidsbasis, der fremmer implementering af forskellige områder ved at tilbyde besøg hos alle læger ("academic detailing"). Emnerne er meget forskellige, det kan være feedback på lægemiddelordinationsmønsteret, om diabetes, depression, demens, klinisk kemiske ydelser, informationsteknologi etc. Der planlægges mindre uddannelsesforløb for praksisfacilitatorer. Dette sker blandt andet i et samarbejde med Institut for Rationel Farmakoterapi og Lægeforeningens Uddannelsessekretariat.

Praksisbesøg

Inspireret af de modeller for praksisbesøg som England og Australien benytter, er praksisbesøg igangsat her i landet i 1997. Praksisbesøg benyttes i mange amter - med støtte fra de decentrale kvalitetsudviklingsudvalg. Praksisbesøg gennemføres ved gensidige besøg i respektive praksis. Ved at observere og registrere gives der en konstruktiv feedback på et bredt udvalg af kvalitetsparametre i den besøgte læges praksis - f.eks. konsultationsprocessen, praksis indretning, organiseringen af hjælpepersonalets funktioner, praksis tilgængelighed og personaleuddannelse.

Elektroniske patientjournal (EPJ) og diagnosekodning

Et fælles DSAM/P.L.O. udvalg (PAP udvalget) har udarbejdet krav og specifikationer til en elektronisk patientjournal i almen praksis "Rapport om Elektronisk Patient Journal i almen praksis år 2000", hvor man anbefaler at benytte ICPC (International Classification System of Primary Health Care). Flere lægesystemer har implementeret ICPC elektronisk og de resterende systemer forventes at følge efter. Efter implementering i lægesystemerne er mange læger begyndt at kode deres journalnotater. Der er stor interesse for at kunne strukturere journalnotaterne og udtrække patienter med kroniske lidelser.

Såfremt systemet viser sig at kunne implementeres hensigtsmæssigt i den kliniske hverdag, forventes ICPC at blive et væsentligt værktøj til kvalitetsudvikling i den enkelte praksis. Kan evt. kombineres med udvikling af et system vedrørende utilsigtede hændelser.

4.2 Ekstern kvalitetsvurdering i praksis sektoren

Ekstern vurdering indebærer, at indsatsen i almen praksis vurderes i forhold til på forhånd fastlagte mål. Det kan være standarder eller indikatorer, som er udviklet i almen praksis eller det kan være standarder, som er aftalt med offentlige myndigheder som Sygesikringen.

Det forudsætter, at der på baggrund af udvalgte måleområder beskrives fælles målbare fælles standarder/indikatorer, der f.eks. kan omfatte:

- adgang til praksis
- adgang til undersøgelse og behandling
- indretning af praksis
- udstyr
- undersøgelsesmuligheder
- behandlingsmuligheder
- journalføring

- håndtering af svar på resultater
- lægernes faglige kompetence
- lægernes håndtering af patientkontakten
- kompetencer hos hjælpepersonale
- kollegialt, professionelt teamwork

Vurdering af opfyldelsen af standarder og indikatorer på disse måleområder skal varetages af kompetente organisationer og fagpersoner.

Royal College of Australian Practitioners (RCAGP) har udarbejdet et akkrediteringssystem, hvor vurderingen er baseret på gennemgang af faktiske forhold, interviews med læger og andet personale samt spørgeskemaer til patienterne.

Også i de etablerede internationale akkrediteringsmodeller er udviklet særlige standardsæt for almen praksis. Der er de fleste steder tale om særskilte akkrediteringsprogrammer for hhv. sygehuse og lægepraksis, mens der i den modellen fra Scotland Board of Health (beskrevet i kap. 2.5) tages udgangspunkt i vurdering af hele patientforløb for specifikke sygdomsgrupper - på tværs af sektorer. Målet hermed er at sikre ansvarlighed overfor hele ydelsen i et patientforløb.

Blandt andet de australske og skotske modeller indeholder elementer og metoder, der kan anvendes i en national model.

Praksissektoren skal tilsvarende sygehussektoren kunne dokumentere kvaliteten af den indsats, der ydes. 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.

Model for kvalitetsudvikling i 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 på diagnosekategorier
- registrering af aktiviteter og registrering af indikatorer for god klinisk praksis

Modellen er således i overensstemmelse med projektgruppens model for sygehusvæsenet, men de løsninger, man vælger og de emner, man prioriterer, vil være noget forskellige betinget af de strukturelle forskelle og forskelle i pålagte opgaver mellem almen praksis og sygehusvæsenet.

4.3 Ekstern kvalitetsvurdering i hjemmesygeplejen

Hjemmesygeplejen har ikke tradition for udvikling af standarder, trods et stort behov for kontinuerlig dokumentation, registrering og vurdering af hjemmesygeplejens ydelser. Det skal dog nævnes, at man enkelte steder i landet er i gang med eller påtænker udvikling af standarder, hvor projektgruppens forslag til tre perspektiver vedrørende både den

sundhedsfaglige kvalitet, patientens perspektiv og det organisatoriske perspektiv vil være af betydning for, at udvikling af standarder kan initieres inden for primærsektoren.

Projektgruppens model lægger op til at sikre sammenhæng mellem ydelser i sygehusvæsenet og ydelser i primærsektoren.

Det vurderes, at nationale standarder kan være medvirkende til en forbedret indsats i kontinuiteten fra sekundær til primær sundhedssektor. Inden for det sundhedsfaglige perspektiv ved standardområde: vurdering og fastlæggelse, vil dette ske på baggrund af en visitation fra eller videreførelse fra sekundær sundhedstjeneste og/eller fra praktiserende læge. Der er behov for, at dette sker i et samarbejde mellem de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne.

De konkretiseringer, som ses angivet ved eksempler for standarder, anbefales også anvendt i primær sundhedstjenesten, da den sundhedsfaglige indsats over for patienten eller klienten er den samme.

Projektgruppen vurderer således, at de angivne konkretiseringer af standardområder og tilhørende eksempler på eksisterende internationale standarder inden for plejeområdet (del A, 4.2) er direkte overførbare til både ekstern kvalitetsvurdering, og til selvevaluering af den sygeplejefaglige kvalitet i hjemmesygeplejen.

Projektgruppen vurderer endvidere, at det er væsentligt, at der initieres et samarbejde mellem primær og sekundær praksis i forhold til udvikling af både de generiske og de fagspecifikke standarder.

Både de praktiserende læger og hjemmesygeplejerskerne er fælles om generiske standarder inden for eksempelvis ernæringsområdet, og er ligeledes fælles om udvikling af fagspecifikke standarder, eksempelvis inden for type 2 diabetes.

Inden for udvikling af de generiske standarder anbefales, at denne udvikling har baggrund i Virginia Hendersons teoretiske ramme om sygeplejens grundlæggende principper, som har fokus i menneskets grundlæggende behov (kilde).

5. GRUNDLAG FOR PROJEKTGRUPPENS VALG AF STANDARDOMRÅDER

Udmøntning af modellens tre perspektiver

Undervejs i processen for udformning af nærværende rapport har været nedsat to arbejdsgrupper, som for hvert af de tre perspektiver - det sundhedsfaglige perspektiv, patientens perspektiv og det organisatoriske perspektiv har udarbejdet konkrete bud på indhold i de områder af et patientforløb, hvor projektgruppen anbefaler standarder som grundlag for kvalitetsvurdering – idet følgende benævnt **standardområder**.

Efterfølgende giver projektgruppen et kvalificeret bud på konkret 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 krav, projektgruppen anbefaler bør følges.

I henhold til kommissoriet har projektgruppen haft til opgave at inddrage såvel nationale som internationale erfaringer vedrørende kvalitetsvurdering i sin modelbeskrivelse. Projektgruppen har på den baggrund vurderet de eksisterende standarder nationalt og internationalt og giver for hvert standardområde eksempler på relevante standarder herfra.

I arbejdet med at konkretisere standardområderne i modellen har projektgruppen forholdt sig til eksisterende standarder fra udenlandske akkrediteringsorganisationer, herunder den canadiske Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA), den australske Australian Council on Healthcare Standards (ACHS), den amerikanske Joint Commission on Accreditation, den skotske Scotland Board of Health, den franske Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) og den engelske Health Quality Services (HQS). Standarderne dækker typisk sygehusområdet.

Det er projektgruppens vurdering at der herigennem er skabt grundlag for beslutning om et fælles grundlag for kvalitetsvurdering set i et internationalt og fremadrettet perspektiv samt at projektgruppens forslag til konkretiseringer kan danne grundlag for en videre udvikling til egentlige standarder efter de i rapportens del A skitserende metoder.

Særlige forhold vedrørende det organisatoriske perspektiv

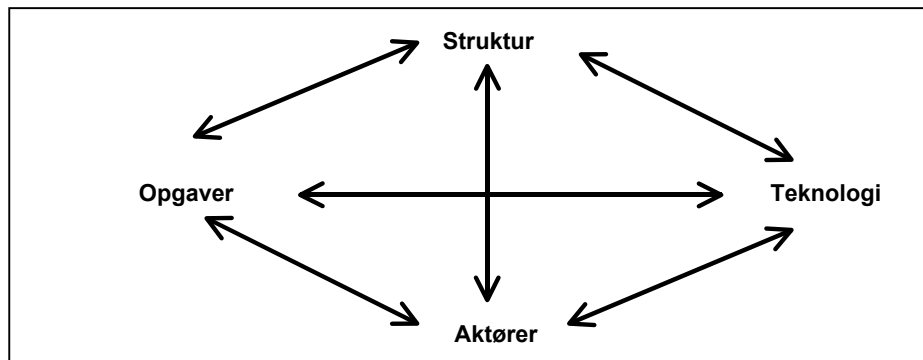
I projektgruppens arbejde med at identificere standardområder vedrørende det organisatoriske perspektiv valgte gruppen at basere formuleringen af standardområder ud fra Leavitt's model, som beskriver en organisation ved hjælp af dens struktur, dens opgaver, dens aktører og dens teknologi⁴. I Leavitt's model er disse fire variable gensidigt afhængige og endvidere under påvirkning af omgivelserne.

For at opnå konsistens i beskrivelsen af modellen har projektgruppen udmøntet hvert af disse overordnede elementer i standardområder på linie med de standardområder, der indgår i modellen vedrørende det faglige perspektiv og det patientoplevede perspektiv.

Processen herfor er beskrevet nedenfor.

⁴ Jensen P-E D. Organisationsteoretiske modeller og perspektiver. Samfundslitteratur 1981

Fig. X. Leavitt's organisationsmodel



Projektgruppen har valgt at undlade yderligere beskrivelse af "omgivelser", idet der i modellen er taget udgangspunkt i beskrivelsen af områder, som organisationen selv kan påvirke. Det skal bemærkes, at der foreligger standarder for sygehusets kontakt til og samspil med omgivelserne, bl.a. i de canadiske standarder. I modellen indgår standardområdet 'samarbejde med interessenter', idet der her er tale om forhold, som organisationen selv kan påvirke og som har betydning for koordinering på tværs af sektorer.

Love, regulativer og planer indgår på tilsvarende vis, som del af strukturen for organisationen. I projektgruppens model indgår love, regulativer og planer som del af de grundlæggende krav, sygehusene allerede skal forholde sig til.

Opgaver er organisationens grundlag og kan omfatte udvikling, produktion og salg af bestemte produkter, serviceydelser af forskellig art m.m. alt sammen med specifikke formål for øje.

Teknologi er de redskaber, som organisationen bruger for at udføre opgaverne. De omfatter maskiner, værktøjer, instrumenter, edb-anlæg, fysiske lokaliteter samt procedurer.

Aktører er organisationens medarbejdere, som er i besiddelse af viden og holdninger. I projektgruppens model betragtes aktører som personale i sygehusvæsenet på alle niveauer.

Struktur er de stabile adfærdsmønstre i organisationen og viser sig i opbygningen af afdelinger, og stillinger (arbejdsdelingen), autoritets- og kommunikationsmønstre, regler m.v.

Disse fire variable er som nævnt i Leavitt's model gensidigt afhængige. Det vil sige ændres f.eks. organisationens struktur vil det påvirke opgaver, aktører og teknologi, og ændringer i disse variable vil virke tilbage i strukturen.

Projektgruppen har indenfor **struktur** prioriteret følgende 6 standardområder:

- Organisatorisk opbygning (sygehusstruktur og afdelingsstruktur)
- Ledelse og ledelsessstruktur
- Arbejdstilrettelæggelse
- Kommunikation og datastyring
- Kvalitets og risikostyring
- samarbejde med interessenter

Projektgruppen har indenfor **personale** prioriteret følgende 3 standardområder:

- Uddannelse og kompetence
- Rekruttering og fastholdelse
- Kultur

Projektgruppen har indenfor **teknologi** prioriteret følgende 2 standardområder:

- Fysiske rammer og indretning
- Teknologi- og teknologianvendelse

Opgaver opfattes i projektgruppens model som de aktiviteter, der foregår relateret til patientens vej gennem sygehusvæsenet og er beskrevet med standardområderne under "det sundhedsfaglige perspektiv.

6. 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
Evaluatorer	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 især indenfor sygeplejen

7. 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 sygehussvæsenet, 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.

Knudsen JL, Kjærgaard J, Mainz J. Fra kvalitetscirkler til evidensbaseret klinisk praksis – statusartikler om kvalitetsudvikling. III Ansvar og opgaver, Videnskab og praksis. Ugeskr Læger 1998; 160:9645.

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 i H:S. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen. In press.

Krøll, V., Mortensen, P.F. (1994) "Kvalitet i alle led". Vejledning til en hospitalsafdeling i opbygning af et kvalitetsstyringsystem 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 Press.

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.

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