

Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet II

Akkreditering som model

Ledende overlæge Johan Kjærgaard,
udviklingschef Janne Lehmann Knudsen &
kvalitetschef Anne-Mette Fugleholm

H:S Bispebjerg Hospital,
H:S Enhed for Klinisk Kvalitet, Københavns Amt, Sundhedsfor-
valtningen, og
Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, FoQUS Afdeling for
Forskning, Kvalitet, Kompetenceudvikling og Uddannelse

I artikel I beskrives de seneste års udvikling, der har ført til, at der nu arbejdes med en dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet [1]. Nærværende artikel II beskriver akkreditering som model for kvalitetsvurdering og -udvikling. Artikel III beskriver fem europæiske landes tilgang til eksternt vurdering af sygehuse [2].

Patientforløbet

Det overordnede mål er at sikre høj kvalitet i hele patientens forløb ud fra såvel et sundhedsfagligt som et organisatorisk og patientoplevelt perspektiv, således som det også fremgår i den foreliggende modelbeskrivelse for Den Danske Kvalitetsmodel [3].

I forbindelse med et tidligt forarbejde til Den Danske Kvalitetsmodel udført af en projektgruppe under Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet blev der udarbejdet en model [4], der beskriver relevante områder for kvalitetsvurdering af patientforløbet i ovennævnte tre klassiske perspektiver (**Figur 1**).

Modellens første perspektiv indeholder elementerne i patientens kliniske forløb. Hvert klinisk element underinddeles i et generelt delelement, der gælder for alle patientforløb, f.eks. at føre journal, og et sygdomsspecifikt delelement, f.eks. den specifikke behandling, pleje og rehabilitering af en patient med apopleksi. Modellens andet perspektiv beskriver elementerne i patientens syn på behandlingen vedrørende opnået helbredsstatus, information, koordination, etc. Modellens tredje perspektiv indeholder de organisatoriske elementer, der er en nødvendig forudsætning for, at patientforløbet kan realiseres: f.eks. finansiering, ledelse, uddannelse, fysiske rammer mv.

For at en sundhedsorganisation kan opfylde målet om kvalitet i det samlede patientforløb, skal kvaliteten kunne dokumenteres og vurderes i hvert af disse elementer.

Akkreditering

Akkreditering inden for sundhedsvæsenet defineres lidt for-

Akkreditering

Definition og bemærkninger efter »Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner« [6].

Definition

Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.

Bemærkninger

Akkreditering indeholder følgende grundelementer:

- Vurderingen foretages af et eksternt organ.
- Vurderingen foretages af personer med samme kompetence som de personer, der lader sig vurdere (*peer-review*).
- Vurderingen baseres på opfyldelsen af et sæt krav til kvaliteten (standarder), som dels er forhåndsdefineret og dels er fælles for alle sundhedsorganisationer, der lader sig vurdere.
- Vurderingen omfatter både det faktiske resultat af sundhedsorganisationens arbejde, og hvorvidt sundhedsorganisationen har den fornødne kompetence til fortsat at kunne udføre sine opgaver tilfredsstillende. I akkrediteringsprocessen indgår anvendelse af forskellige metoder til kvalitetsudvikling.

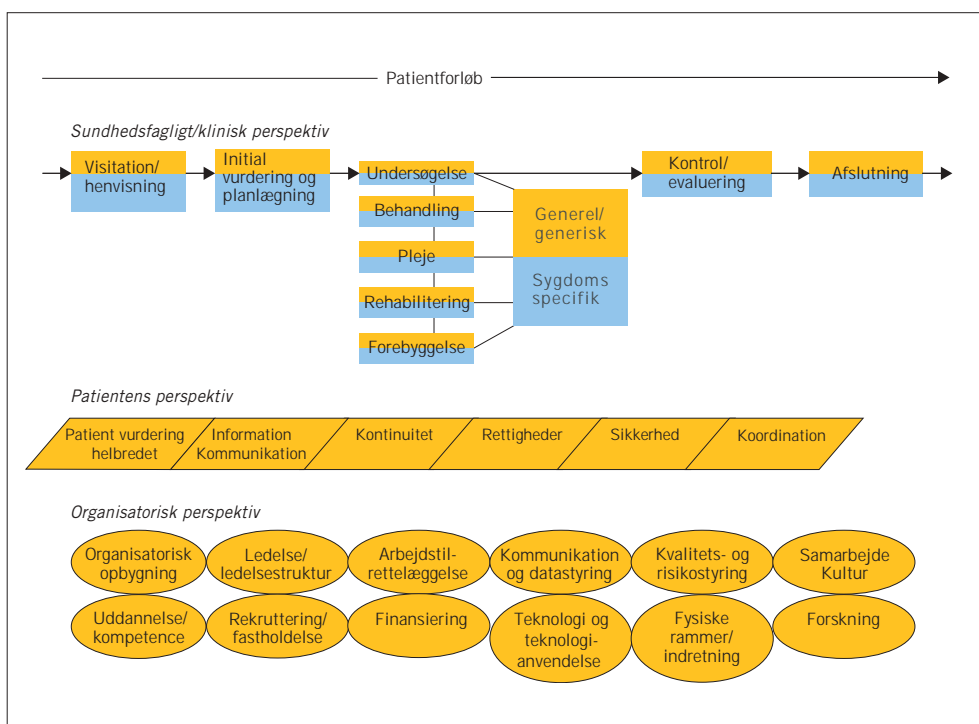
skelligt afhængig af den pågældende akkrediteringsorganisation [5]. I Danmark [6] afgrænses akkreditering som anført i boksen.

Det gælder generelt, at akkrediteringsorganisationerne har programmer, der er specifikt rettet mod hospitaler [2, 5]. Det enkelte akkrediteringsprogram repræsenterer en række prioriterede valg inden for de tre ovennævnte perspektiver. For hvert prioriteret område er der fastsat et kvalitetsmål i form af en akkrediteringsstandard, og for hver standard er det specificeret, hvilke observationsmetoder der anvendes til at vurdere, om akkrediteringsstandarderne opfyldes (**Tabel 1**).

I akkrediteringsprogrammer lægger man vægt på, at sundhedsorganisationen kontinuerligt skal dokumentere sin kvalitet og sin evne til kvalitetsudvikling herunder risikostyring med vægt på det generelle kliniske patientforløb, patientperspektivet og det organisatoriske perspektiv. Akkrediteringsorganisationernes rolle i den løbende kvalitetsudvikling er ty-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Figur 1. Model for sundheds-væsenet. I modellen beskrives elementer, som skal være i funktion for samlet at sikre »det gode patientforløb«. Modellen har tre perspektiver: sundhedsfagligt/klinisk (underinddelt i generelt og sygdoms-specifikt), patientens og organisatorisk. Figuren er modificeret efter [4].



pisk at rådgive og vejlede, frem for at observere, vurdere og kontrollere kvaliteten. Akkreditering i denne forstand er en langvarig proces (2-4 år), hvor eksempelvis hospitalet gennem brug af standarderne, dokumentation, selvevaluering og kvalitetsforbedring forbereder sig til den eksterne vurdering. Vurderingen foretages af et fagligt team fra akkrediteringsorganisationen og afsluttes med en bedømmelse af, hvilken akkrediteringsstatus hospitalet kan tildeles.

Akkrediteringsprogrammer indeholder ikke standarder, der fordrer et bestemt kvalitetsniveau - kvantitativ standard [6] - for sygdomsspecifikke områder.

Kvalitetsvurdering af den sygdomsspecifikke kvalitet

Årsagerne til, at akkrediteringsprogrammer ikke indeholder standarder for konkrete sygdomme, er bl.a. følgende:

- Da der er et betydeligt antal relevante sygdomsområder, vil udarbejdelse og vedligeholdelse af evidensbaserede

standarder fra et centralt niveau være en vanskelig og ressourcekrævende opgave.

- Sygdomsområder med tilgængelig evidens vil let komme i fokus frem for områder uden, med risiko for at sidstnævnte nedprioriteres.
- Hvis der foreskrives bestemte kliniske retningslinjer, standarder og indikatorer for god klinisk praksis, kan det reducere den enkelte sundhedsorganisations og klinikers mulighed for at tilpasse behandlingen til de vilkår, der gælder lokalt, og til de specifikke karakteristika for den enkelte patient.
- Hvis der foreskrives bestemte retningslinjer, er der risiko for at cementere bestemte behandlinger og dermed at reducere incitamentet til fornyelse og forbedring.

For at undgå sådanne uhensigtsmæssige effekter griber akkrediteringsprogrammer typisk den sygdomsspecifikke kvalitet an ved at vurdere, om der internt i sundhedsorganisationen

Tablet 1. Metoder til at observere kvalitet til brug ved intern vurdering (f.eks. intern audit eller selvevaluering) og ved ekstern vurdering (f.eks. ekstern audit, peer review eller akkrediteringsbesøg). Tabellen angiver typiske eksempler inden for de i Figur 1 nævnte perspektiver.

Observationsmetode	Eksempel	Klinisk generelt	Sygdoms-specifikt	Patient-perspektiv	Organisatorisk perspektiv
1. Inspektion	Inspicere hjertestopudstyr				X
2. Dokumentgennemgang	Gennemgang af kliniske og administrative retningslinjer	X	X		X
3. Interview af ledere	Spørge til ledelsens arbejde med audit og kvalitetsforbedring				X
4. Interview af medarbejdere	Medarbejderens anvendelse af lokale kliniske retningslinjer	X	X		
5. Interview af patienter	Patientens kendskab til behandlingsansvarlig				X
6. Patientspørgeskema	Indsamles systematisk oplysning om patienters vurdering og tilfredshed			X	
7. Gennemgang af personalemapper	Har personalet foreskrevne autorisationer?				X
8. Journalaudit	Indeholder journalen formelt korrekt medicinordination?	X			
9. Indikatorovervågning	Kontinuerte observationer af kritiske kliniske processer og resultater		X		

Det danske sundhedsvæsen er midt i arbejdet med at udforme en dansk model for kvalitetsvurdering. Den vil, når den bliver færdig og virkeliggjort, indebære aktiv deltagelse af alle klinikere og ledere i sundhedsvæsenet. Der er derfor god grund til at sætte sig ind i, hvad akkreditering står for som baggrund for at tage stilling til den danske model i relation til eget arbejdsområde og stæsted. Tre artikler i dette nummer af Ugeskrift for Læger har til formål at give læseren denne baggrundsviden.

fungerer et system, der sikrer vedvarende udvikling og forbedring, dvs. at principperne i *continuous quality improvement* fungerer på området. I akkrediteringsstandarder stiller man således krav om, at der foreligger:

I) Program for kliniske retningslinjer

I akkrediteringsstandarder foreskriver man typisk, at der på relevante sygdomsområder foreligger lokale retningslinjer for god klinisk praksis, som er opdaterede, evidensbaserede og i daglig brug, men man foreskriver ikke bestemte kliniske retningslinjer.

Begrundelsen for at gøre programmer for kliniske retningslinjer til en del af akkrediteringen er, at der er belæg for, at korrekt brug af kliniske retningslinjer har gunstig virkning på det kliniske arbejde og patientens helbredsresultat [7].

II) Program for kliniske indikatorer

I akkrediteringsstandarder stiller man generelt krav til, at der på relevante områder med eksempelvis høj risiko og/eller stor hyppighed anvendes retvisende indikatorer. For flere akkrediteringsprogrammer har man udarbejdet kataloger med sådanne indikatorer, som organisationen kan vælge blandt (f.eks. i Australien, Canada og USA), men man foreskriver ikke brug af bestemte kliniske indikatorer.

Det foreskrives endvidere, at det lokale indikatorarbejde understøttes af relevant datavalidering, analyse og rapportering med kvalificeret vurdering af de observerede indikator-

værdier med iværksættelse og overvågning af påkrævede forbedringer [8].

I akkrediteringsstandarder foreskriver man således ikke overholdelse af bestemte grænseværdier for indikatorer (kvantitative standarder [6] af den type, der anvendes i Det Nationale Indikatorprojekt [9]: > 95% patienter med sygdom Y behandles med medicin R; og < 5% patienter dør efter operation Q), men foreskriver, at sundhedsorganisationen fastsætter egne kvalitetsmål og vedvarende foretager vurdering af, om disse mål er opfyldt, og iværksætter relevante forbedringsinitiativer.

Begrundelsen for at stille krav om brug af kliniske indikatorer er, at der er belæg for, at akkreditering integreret med kliniske indikatorer har gunstig virkning på patienternes helbredsresultat. På hospitaler, hvor der i mange år er foregået akkreditering integreret med selvvalgte kliniske indikatorer, er der påvist relation mellem akkreditering og bedre helbredsstatus. Relationen er fundet i USA i et (ikke-randomiseret) studie ved sammenligning af akkrediterede og ikkeakkrediterede hospitaler [10] og i Australien i tidsseriestudier af akkrediterede hospitaler [11].

Perspektiver

Formålet med en teoretisk model er bl.a. at tilgodese, at alle relevante områder tages i betragtning, når en sundhedsorganisation vurderes. I litteraturen er der beskrevet modeller, der udtømmende kan anvendes af en hvilken som helst organisation (f.eks. Balanced Scorecard og EFQM: The European Foundation for Quality Management). Det særlige ved akkrediteringsmodellen er, at den er tilpasset det unikke ved sundhedsvæsenet, nemlig patientforløbet.

På World Health Organizations europakontor arbejder man med en model for vurdering af hospitaler med de i **Tabel 2** anførte prioriterede dimensioner. Det bemærkes, at nøgleelementer i modellen vist i Figur 1 er i god overensstemmelse med den europæiske.

Sammenfattende vil det fra en klinikers synsvinkel være særlig relevant at vurdere den kommende danske model for kvalitetsvurdering med hensyn til, om den sikrer:

Tabel 2. WHO's dimensioner i sundhedsvæsenet som udgangspunkt for vurdering [www.euro.who.int/ihb >Hospital management> Hospital performance assessment>Publications].

Clinical effectiveness	Technical quality, evidence-based practice and organization, health gain, outcome (individual and population)
Patient centeredness	Responsiveness to patients: client orientation (prompt attention, access to social support, quality basic amenities, choice of provider), patient satisfaction, patient experience (dignity, confidentiality, autonomy, communication)
Production efficiency	Resources, financial (financial systems, continuity, wasted resource), staffing ratios, technology
Safety	Patients and providers, structure, process, staff health, welfare, satisfaction, development (e.g. turnover, vacancy, absence)
Responsive governance	Community orientation (answer to needs and demands), access, continuity, health promotion, equity, adaptation abilities to the evolution of the population's demands (strategy fit)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

- Relevante områder i patientforløbet
- Organisatoriske midler og processer til udøvelse af klinisk virksomhed
- Evidensbaseret klinisk praksis
- Retvisende måling af kvaliteten, herunder patienters vurdering
- Vedvarende kvalitetsforbedring
- Omkostningseffektiv dokumentation og vurdering.

Korrespondance: *Johan Kjærgaard*, H:S Enhed for Klinisk Kvalitet, H:S Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV.
E-mail: jk02@bbh.hosp.dk

Antaget: 23. marts 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Knudsen JL, Fugleholm AM, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2004;166:1779-83.
2. Fugleholm AM, Knudsen JL, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet III. Akkreditering i europæisk perspektiv. Ugeskr Læger 2004;166:1787-91.
3. Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. Version 1.2. Sundhedsstyrelsen 2003. www.kvalitetsmodel.dk/aug 2003
4. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Forslag til en national model, del A og B. Udarbejdet af en projektgruppe under Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. http://www.sst.dk/publ/Publ2002/del_A.pdf og http://www.sst.dk/publ/Publ2002/del_B.pdf/nov 2001
5. Frølich A, Schiøler T, Lippert S et al. Akkreditering af hospitaler. Evalueringscenter for sygehuse og DSI. København: Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
6. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. www.dsk.suite.dk - Kvalitetsbegreber- og definitioner/ jan 2003.
7. Woolf SH, Hutchinson A, Eccles M et al, Grimshaw J. Clinical guidelines. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318:527-30.
8. Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Kapitel KP i: Standarder for Hospitaler. Officiel dansk oversættelse ved H:S efter Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Second Edition. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2003.
9. Mainz J, Bartels P, Rhode P. Accountability and measurement in the Danish healthcare system. I: Kazandjian VA, ed. Accountability through measurement. Milwaukee, Wisconsin: American Society for Quality 2003: 204-217.
10. Chen J, Rathore SS, Radford MJ et al. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. Health Affairs 2003;22:243-54.
11. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. Int J Qual Health Care 2000;12:211-6.

Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet III

Akkreditering i europæisk perspektiv

Kvalitetschef Anne Mette Fugleholm,
udviklingschef Janne Lehmann Knudsen &
overlæge Johan Kjærgaard

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, FoQUS Afdeling for
Forskning, Kvalitet, Kompetenceudvikling og Uddannelse,
Københavns Amt, Sundhedsforvaltningen, og
H:S Bispebjerg Hospital, Enhed for Klinisk Kvalitet

I artikel I beskrives udviklingen, der har ført til, at der nu arbejdes med en dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet [1], og i artikel II beskrives akkreditering som teoretisk model for kvalitetsvurdering og -udvikling [2]. Nærværende artikel III beskriver fem europæiske landes tilgang til ekstern vurdering af sygehuse perspektiveret i forhold til den kommende danske kvalitetsmodel [3].

Akkreditering i Europa

I atten europæiske lande har man indført nationale eller regionale akkrediteringsprogrammer i dele af eller hele sundhedsvæsenet [4]. De fleste lande har hentet inspiration fra eller bygger på en af de tre store internationale akkrediteringsorganisationer: Joint Commission on Accreditation of Health

Care Organizations (JCAHO)/Joint Commission International (JCI), Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) og Australian Council on Healthcare Standards (ACHS).

I 2001 nedsatte Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet en projektgruppe, som fik til opgave at udarbejde en beskrivelse af forskellige tilgange til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet [5]. Der blev herunder gennemført en spørgeskemaundersøgelse i fire europæiske lande med det formål at synliggøre fordele og ulemper ved forskellige akkrediteringsprogrammer. I undersøgelsen deltog Fundacio

Det danske sundhedsvæsen er midt i arbejdet med at udforme en dansk model for kvalitetsvurdering. Den vil, når den bliver færdig og virkeliggjort, indebære aktiv deltagelse af alle klinikere og ledere i sundhedsvæsenet. Der er derfor god grund til at sætte sig ind i, hvad akkreditering står for, som baggrund for at tage stilling til den danske model i relation til eget arbejdsområde og stæsted. Tre artikler i dette nummer af Ugeskrift for Læger har til formål at give læseren denne baggrundsviden.