

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Professortiltrædelsesforelæsning

Professor Jan Mainz

Denne artikel er udarbejdet på grundlag af forfatterens professortiltrædelsesforelæsning. Artiklen beskriver kort status for kvalitetsudvikling i Danmark, afgrænsning til forskning og medicinsk teknologivurdering, beskrivelse af begreber og terminologi samt perspektiver for kvalitetsudvikling.

INDLEDNING

Kvalitetsudvikling har til formål at dokumentere, sikre og udvikle kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

I gennem de seneste 20 år har kvalitetsudvikling haft stigende opmærksomhed i det danske sundhedsvæsen. Fra at være en disciplin, som især ildsjæle beskæftigede sig med, repræsenterer kvalitetsudvikling i dag aktiviteter, som er obligatoriske for hele det danske sundhedsvæsen. Med Den Danske Kvalitetsmodel skærpes de obligatoriske krav yderligere.

I internationalt perspektiv er Danmark blandt de lande, der er nået længst med systematisk kvalitetsudvikling. Danmark er formentlig det land internationalt, hvor der er iværksat flest nationale initiativer, og et af de lande, der har det største omfang af aktuelle data vedrørende kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, som er tilgængelige via offentlige hjemmesider, eksempelvis sundhed.dk og sundhedskvalitet.dk.

AFGRÆNSNING: FORSKNING, MEDICINSK TEKNOLOGIVURDERING OG KVALITETSUDVIKLING

Den sundhedsvidenskabelige forskning, medicinsk teknologivurdering (MTV) og kvalitetsudvikling repræsenterer de begreber og metoder, som danner grundlaget for at beskrive og analysere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser [1]. Forskningen beskriver det eksisterende erkendelsesmæssige paradigme og tilvejebringer det evidensbaserede grundlag for klinisk praksis. Medicinsk teknologivurdering (MTV) beskriver, hvad man ideelt kan forvente at opnå ved implementering af forskningsresultater, og hvilke krav der skal opfyldes organisatorisk og økonomisk, samt de etiske problemstillinger, som er forbundet med at implementere konkrete forskningsresultater. Kvalitetsudvikling omfatter aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre

kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for det eksisterende paradigme. Kvalitetsudvikling omfatter kvalitetsvurdering, kvalitetssikring og kvalitetsmonitoring. Kvalitetsudvikling beskæftiger sig med at optimere det eksisterende paradigme ved at optimere de strukturelle rammer, herunder kompetencer, teknologi og fysiske rammer, optimere processerne, dvs. patientforløbet i relation til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering, samt optimere resultatet, dvs. helbredsgevinsten for patienterne.

På grundlag af forskningen og medicinsk teknologivurdering kan der udarbejdes referenceprogrammer og kliniske retningslinjer for at sikre, at klinisk praksis i videst mulig omfang er evidensbaseret. På områder, hvor der ikke findes forskning eller MTV, udarbejdes referenceprogrammer og kliniske retningslinjer af erfarne klinikere i en konsensusproces. Som led i kvalitetsudvikling kan der ligeledes på grundlag af forskningen og MTV udarbejdes indikatorer og standarder med henblik på at monitorere målopfyldelsen i daglig klinisk praksis [1, 2].

Sammenhængen mellem forskning, medicinsk teknologivurdering og kvalitetsudvikling fremgår af



FAKTABOKS

Forskning, medicinsk teknologivurdering og kvalitetsudvikling repræsenterer tilsammen grundlaget for analyse af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

I internationalt perspektiv er Danmark blandt de lande, der på nationalt niveau er nået længst med systematisk kvalitetsudvikling.

Internationale sammenligninger er vanskelige, fordi kun få lande har tilgængelige og sammenlignelige nationale data.

Danmark er blandt de lande, der har flest tilgængelige nationale data, der afspejler kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Der er dokumentationsproblemer vedrørende kvaliteten i det primære sundhedsvæsen, herunder i det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis.

Fra 2009 implementeres Den Danske Kvalitetsmodel med henblik på akkreditering i det danske sundhedsvæsen.

Forskningsmæssigt er kvalitetsudvikling svagt belyst. Der er behov for, at forskning i kvalitetsudvikling styrkes med henblik på videnskabelig udvikling af dette område.

STATUSARTIKEL

Syddansk Universitet, og
Aalborg Psykiatriske
Sygehus

Figur 1. Der er dialektik mellem forskningen, MTV og kvalitetsudvikling. Mens forskningen og MTV er grundlaget for kvalitetsudvikling, kan der via MTV og kvalitetsudvikling ligeledes identificeres områder, hvor der er behov for forskning. De metodemæssige krav til kvalitetsudvikling er de samme som dem, der gælder for den sundhedsvidenskabelige forskning, hvilket er grundlaget for at sikre, at dokumentationen for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser er troværdig, samt at kvalitetsudviklingsinitiativer hviler på et solidt datagrundlag [1-3].

BEGREBER OG TERMINOLOGI

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser omfatter den sundhedsfaglige kvalitet, den interpersonelle kvalitet og den organisatoriske kvalitet og kan beskrives i relation til struktur, proces og resultat [1-3].

HVORDAN STÅR DET TIL MED KVALITETEN AF SUNDHEDSVÆSENETS YDELSER?

I det danske sundhedsvæsen er der på en række områder intentioner om kvalitetsvurdering, kvalitets sikring og kvalitetsudvikling [1]. I Sundhedsloven understreges det, at borgerne skal have mulighed for behandling af høj kvalitet.

Som anført er der iværksat en række nationale kvalitetsudviklingsinitiativer, der specifikt har til formål at dokumentere og udvikle kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, herunder Det Nationale In-

dikatorprojekt (NIP), de kliniske databaser, de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser, referenciprogrammer, og patientsikkerhed samt nationale projekter efter gennembrudsmetoden [2].

Kvalitet på internationalt niveau

Der er kun få studier, der belyser kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser på internationalt niveau [4-6]. OECD har iværksat *Health Care Quality Indicators Project* i 2001, der har til formål at sammenligne kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser internationalt. Projektet illustrerer, at selv for velkendte indikatorer er det vanskeligt at tilvejebringe data, som er repræsentative, og som tegner et sandfærdigt billede af kvaliteten [7]. Nordisk Ministerråds projekt vedrørende kvalitetsmåling har ligeledes identificeret disse problemstillinger [8]. Danmark har unikke muligheder for at monitorere kvaliteten, fordi vi siden 1968 har haft individbaserede cpr-numre. De internationale undersøgelser illustrerer således det moderne sundhedsvæsenes begrænsede muligheder for at dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Det kan konkluderes, at det for store væsentlige sygdomsgrupper ikke er muligt at foretage retvisende sammenligninger på internationalt niveau. Der er således behov for en betydelig indsats i de enkelte lande, hvis det skal være muligt at foretage valide internationale sammenligninger og benchmarking.

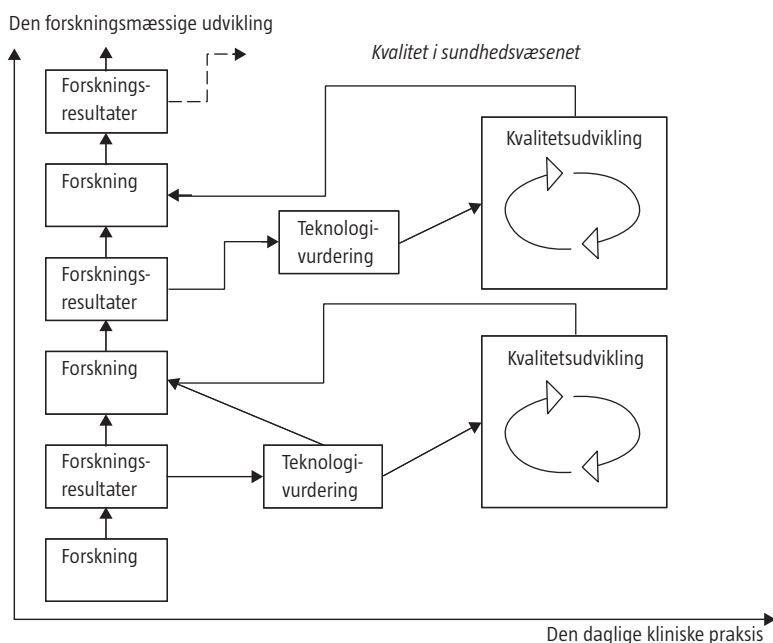
Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i Danmark

Som anført er Danmark et af de lande internationalt, der har den mest udførlige dokumentation af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i hospitalsvæsenet. I relation til den sundhedsfaglige og organisatoriske kvalitet sker dette især på grundlag af de ca. 45 offentligt finansierede kliniske databaser. NIP er etableret specifikt med henblik på at udvikle, implementere og rapportere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i relation til sygdomsspecifikke indikatorer for otte sygdomsområder. Erfaringer fra NIP viser, at der er dokumentation for løbende positiv udvikling af kvaliteten i relation til de valgte sygdomsområder [4]. I relation til den patientoplevede kvalitet gennemføres der i Danmark regelmæssigt nationale brugerundersøgelser på det somatiske og psykiatriske område [2]. Hovedparten af OECD-landene gennemfører ikke systematiske nationale brugerundersøgelser.

På store områder af sundhedsvæsenets virksomhed, eksempelvis den primære sundhedssektor og herunder det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis, findes der ikke på nationalt niveau data, der på tilfredsstillende vis kan belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Dette er særdeles tankevækkende, da en særdeles stor del af sundhedsvæsenets

FIGUR 1

Sammenhæng mellem forskning, medicinsk teknologivurdering og kvalitetsudvikling.



ydelse leveres på disse niveauer. Endvidere kan det konkluderes, at det på fokusområder – eksempelvis i relation til patientsikkerhed – ikke er muligt at foretage kvalificerede sammenligninger, fordi der mangler relevante data på trods af, at dette område har fået stor opmærksomhed. Konsekvensen heraf er, at det ikke vil være muligt at vurdere, om de tiltag, der er iværksat, vitterligt fører til større sikkerhed for patienterne.

Set i internationalt perspektiv er det danske sundhedsvæsen således godt i gang med at tilvejebringe løbende monitorering af sundhedsvæsenets ydelser på især hospitalsområdet, mens der eksisterer et alvorligt dokumentationsproblem i relation til den primære sundhedssektor, hvilket betyder, at vi ikke kender de potentielle kvalitetsproblemer eller disses omfang i vores sundhedsvæsen. Grundlæggende er det utilfredsstillende, at et moderne, rationelt sundhedsvæsen ikke er i stand til at dokumentere kvaliteten af sine ydelser.

I 2009 implementeres Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) i sundhedsvæsenet, som omfatter 104 akkrediteringsstandarder og 457 indikatorer i relation til 37 organisatoriske, generelle og sygdomsspecifikke temaer. Bortset fra det sygdomsspecifikke område er DDKM en traditionel akkrediteringsmodel. Den metodemæssige tilgang er hovedsagelig kvalitativ, hvilket indebærer betydelige begrænsninger med hensyn til dokumentation af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser samt kvalitetsudvikling på grundlag af modellen. Det centrale spørgsmål er således, om DDKM kan dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

EFFEKTEN AF SYSTEMATISK KVALITETSUDVIKLING

Som led i kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen er der blevet implementeret en række metoder og koncepter. Disse omfatter bla. strukturelle koncepter, herunder eksempelvis funktionsbærende enheder, kliniske retningslinjer og referenceprogrammer, indikatormonitorering, statistisk proceskontrol, audit, akkreditering, patientforløbsbeskrivelser, patienttilfredshedsundersøgelser, og patientsikkerhedskoncepter [9, 10].

Spørgsmålet er således, om de konkrete metoder og koncepter, der er implementeret i det danske sundhedsvæsen, har dokumenteret effekt på kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, dvs. om det kan forventes, at anvendelse af disse metoder fører til forbedret kvalitet?

For visse af de metoder og koncepter, der anvendes som led i systematisk kvalitetsudvikling, er der dokumentation for, at disse har effekt på kvaliteten af patientforløbet [9, 10].

PERSPEKTIVER FOR KVALITETSUDVIKLING

Forskningsmæssigt er kvalitetsudvikling svagt belyst. I Danmark er der således ikke etableret specifikke forskningsmiljøer på dette område. Som det eneste sted i Norden har Syddansk Universitet oprettet et professorat for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. Der er således behov for en betydelig forskningsmæssig indsats. Der er behov for dokumentation for, at de metoder, der anvendes i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, er robuste, således at den dokumentation, der tilvejebringes i relation til kvalitetsudvikling, vitterligt kan dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Ligeledes er der behov for nyudvikling af metoder samt validering af eksisterende. I takt med de obligatoriske krav om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er der brug for videnskabelige kompetencer, der kan være med til at sikre, at kvalitetsudvikling bliver en obligatorisk del af de sundhedsfaglige kerneydelser.

KORRESPONDANCE: Jan Mainz, Syddansk Universitet, DK-5000 Odense.

E-mail: jan.mainz@rn.dk

ANTAGET: 27. juni 2009

INTERESSEKONFLIKTER: Ingen

Artiklen er skrevet på basis af forfatterens professortiltrædelsesforelæsning for at belyse aktive frontlinjeforskningsområder i Danmark.

LITTERATUR

1. Mainz J. Problemidentifikation og kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenets. Teori. Metode. Resultater. København: Munksgaard, 1996.
2. Mainz J, Nordentoft M. Kvalitetsudvikling I: Jørgensen P, Mainz J, Rosenberg R. Psykiatri. Forskning, teknologivurdering og kvalitetsudvikling. København: Munksgaard, 2002.
3. Donabedian A. The quality of medical care. *Science* 1987;200:856-64.
4. Mainz J, Krogh BR, Bjørnshave B et al. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: Danish National Indicator Project. *Int J Qual Healthcare* 2004;16. Supplement. 1:145-150.
5. Mainz J, Bartels PD. Nationwide quality improvement. How are we doing and what can we do? *Int J Qual Healthcare* 2006;18:79-80.
6. McGlynn EA, Asch SM, Adams J et al. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348:2635-45.
7. Mainz J, Bartels P, Rutberg H et al. International Benchmarking. Option or illusion? *Int J Qual Health Care* 2009;21:151-2.
8. Mainz J, Hjulsgaard M, Eriksen M. et al. National Benchmarking between the Nordic Countries. *J Surg Oncol* 2009;99:505-7.
9. Mainz J. Quality measurement can improve the quality of care, when supervised by health professionals. *Acta Psychiatr Scand* 2008;117:321-2.
10. Ingeman A, Pedersen L, Hundborg H et al. Quality of care and mortality among patients with stroke. A nationwide follow-up Study. *Med Care* 2008;46:63-9.