

Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet IV

Standarder vedrørende sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse

Kvalitetschef Anne Mette Fugleholm, MPH Lillian Møller & lægelig direktør Svend Juul Jørgensen

FoQUS, Forskning, Kvalitet, Kompetenceudvikling, Uddannelse i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, H:S Bispebjerg Hospital, Sekretariatet for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark og Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse

Forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering indgår som del af sygehusenes driftsopgave. Kvalitetsudvikling af denne indsats skal således integreres i sygehusets overordnede kvalitetsstyringssystem på linje med andre af sygehusets kerneydelser.

Formålet med denne artikel er at beskrive udviklingen af standarder for forebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse. Udviklingsarbejdet er sket parallelt i regi af det danske og det tilsvarende europæiske netværk af forebyggende sygehuse og har taget afsæt i to forhold.

Det første er, at der mellem regeringen og amterne er indgået aftale om en fælles dansk kvalitetsmodel til implementering i amterne med udgangen af 2006 [1]. Forebyggelse og sundhedsfremme indgår som tema i modellen. Det andet forhold er, at man i WHO's netværk af forebyggende sygehuse (Health Promoting Hospitals Network) har erkendt et behov for at definere fælles kvalitetsmålsætninger for de sygehuse, der indgår i netværket.

Beslutningen om at igangsætte et udviklingsarbejde vedr. fælles standarder og indikatorer blev taget på det europæiske netværksmøde i maj 2001, og der blev efterfølgende på repræsentantskabsmødet i det danske Netværk af forebyggende sygehuse i november 2001 nedsat en dansk arbejdsgruppe, der skulle udvikle og afprøve standarderne. I det følgende redegøres der for udvikling og pilottest af fem kernestandarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme på sygehuse.

Udvikling af standarder

De fem standarder tager udgangspunkt i patientforløb og definerer ansvar og indsats vedrørende sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme som led i alle patientforløb på et sygehus. Standarderne er rettet mod patienter, personale og samarbejdspartnere.

Standarderne omhandler udelukkende indsatsen vedr. forebyggelse og sundhedsfremme og inddrager ikke andre

aspekter, såsom behandling, pleje, patientsikkerhed, koordination, kontinuitet, ledelse, infektionsprofylakse, dokumentation, it-struktur etc. Disse formodes dækket af andre tilgængelige standarder og af sygehusets generelle kvalitetssikringssystem.

Sundhedsfremme defineres som »en proces der gør mennesker i stand til at øge herredømmet over og forbedre deres sundhedstilstand« [2] og forstås i nærværende sammenhæng som en indsats, der omfatter information, uddannelse, sygdomsforebyggelse og genoptræning.

Standarderne vedrører overvejende kvalitetsmålsætninger for tværgående og grundlæggende aspekter, som relaterer sig til alle patientforløb uanset diagnose (den generiske kvalitet).

Standarderne bygger på den foreliggende evidensbaserede videnskabelige dokumentation. Standarderne retter sig primært mod struktur, proces og i et vist omfang resultat i den sundhedsfaglige, den organisatoriske og den patientrelaterede kvalitet. Standarderne kan anvendes af alle sygehuse.

Standarderne er udviklet i overensstemmelse med krav i ALPHA-programmet, der er udviklet af The International Society for Quality in Healthcare (ISQua) [3]. ALPHA udgør en international anerkendt ramme for udvikling af standarder, og i dem stilles der krav om beskrivelse af standardernes fokus, standardtype (struktur-, proces- og resultatstandarder) samt standardformulering, herunder krav om inddragelse af fagpersoner, involvering af interessenter, integration af eksisterende love og aftaler samt inddragelse af gældende evidens. Endvidere beskrives krav til pilottest og løbende revision af standarderne.

Opfyldelse af ALPHA-krav indgår i beslutningsgrundlaget for Den Danske Kvalitetsmodel [1].

Udviklingsprocessen er skitseret i **Figur 1**.

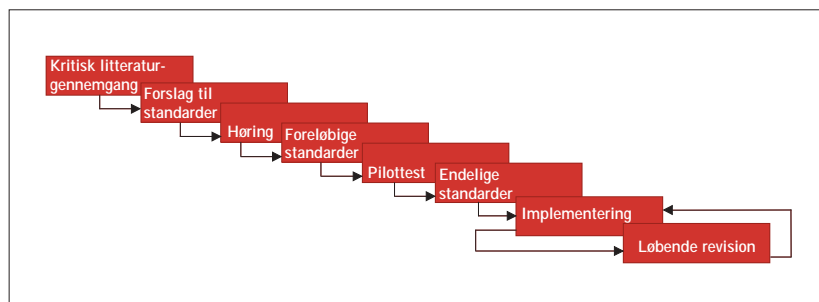
Evidens vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme

Første trin i udviklingsprocessen var en gennemgang af den foreliggende videnskabelige litteratur vedr. forebyggelse og sundhedsfremme relateret til en indsats i sygehusvæsenet. Dette skete ved søgninger i MEDLINE, Cinahl og Cochrane Library men også mere bredt gennem www.google.com (med hits på f.eks. www.nhs.uk). På tilsvarende vis blev eksisterende danske politikker, sundhedsplaner og lovgivning samt danske og internationale referenceprogrammer og kliniske retningslinjer vedr. forebyggelse i relation til specifikke behandlingsforløb gennemgået.

Der fandtes sikker dokumentation for betydningen af syg-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Figur 1. Udvikling af standarder.



domsforebyggelse og sundhedsfremme ikke kun for forebyggelse af sygdom men også for resultat af en given behandling [4-6]. Den evidens, som foreligger f.eks. om betydningen af tobaksrygning [7] for komplikationer i forbindelse med operation og betydningen af hjerterehabilitering [8] og anden intervention, er med til at sætte fokus på det væsentlige i, at patienter ikke alene modtager information, men også støttes med sundhedsfaglig rådgivning og relevant intervention i form af struktureret patientuddannelse og livsstilsintervention.

Folkesundhedsprogrammet 1999-2008 og regeringens udmeldinger vedrørende de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010 [9] stiller skarpt på betydningen af forebyggelse i alle patientforløb og peger på behovet for organisatorisk at sikre alle patienter adgang til relevant intervention vedr. forebyggelse og sundhedsfremme.

Foreliggende standarder vedr. forebyggelse og sundhedsfremme

I forbindelse med udviklingen af de fem kernestandarder gennemgik arbejdsgruppen de etablerede standardsæt fra fem store akkrediteringsorganisationer: Joint Commission of Accreditation International, USA (JCI), Canadian Council on Health Services Accreditation, Canada (CCHSA), Australian Council on Healthcare Standards, Australien (ACHS), Health Quality Services, England (HQS) og Clinical Standard Board for Scotland (QIS).

Ingen af de fem organisationer havde udviklet standarder specifikt for forebyggelse og sundhedsfremme. Nogle standardsæt indeholdt imidlertid temaer, der kunne relateres til forebyggelse og sundhedsfremme, som det fremgår af **Figur 2**.

Alle fem programmer indeholder derudover standarder vedrørende information, risikostyring og andre generelle temaer, som ikke er medtaget her.

Med udgangspunkt i ALPHA-programmets krav valgte arbejdsgruppen »det optimale patientforløb« som ramme for identifikation af områder, hvorpå der skulle beskrives standarder.

På baggrund af ovenstående blev beskrevet et sæt af seks kernestandarder, der hver omfatter følgende: titel, formulering af standarden, beskrivelse af formål, definition af kriterier (delstandarder) samt definition af målbare elementer. De seks kernestandarder er efterfølgende reduceret til fem standarder,

idet det fandtes hensigtsmæssigt at beskrive krav til patientinformation og intervention sammen i en standard.

Standarderne stiller krav til ledelse, til vurdering af patienter, til patientinformation og intervention, til en sundhedsfremmende arbejdsplads og til kontinuitet og samarbejde. De fem kernestandarder er gengivet i **Figur 3**.

Pilotaftprøvning

Standarderne er i februar 2003 valideret gennem pilotaftprøvning på fem sygehuse i Danmark:

- Helsingør Sygehus, Medicinsk Afdeling,
- Amtssygehuset i Glostrup, Geriatrisk Afdeling
- Aalborg Sygehus, Thoraxkirurgisk Afdeling,
- Storstrømmens Sygehus, Nykøbing Falster, Pædiatrisk Afdeling,
- H:S Bispebjerg Hospital

Prioriteringen af patientens behov for forebyggende, palliative, kurative og genoptræningsmæssige ydelser er baseret på patientens tilstand ved ankomst (JCI).

Patienter som er i ernæringsmæssig risiko, får ernæringsterapi (JCI).

Hospitalet samarbejder med relevante områder i primærsektoren for at fremme sundhed og forebygge sygdom ved hjælp af information og vejledning (JCI).

Prioriteringen af patientens behov for forebyggende, palliative, kurative og genoptræningsmæssige ydelser er baseret på patientens tilstand ved ankomst (JCI).

Det udgående team, som samarbejder med primærsektoren, yder sundhedsfremme og forebygger eller afdækker sundhedsproblemer på et tidligt stadium, med henblik på at optimere klienternes velbefindende (CCHSA).

På afdelingen har man foretaget en vurdering af risikofaktorer i forbindelse med den ydede behandling og pleje inden for de forløbne 12 mdr. og registreret resultaterne (HQS).

Hospitalet gennemfører individuelle indledende vurderinger tilpasset specielt patientgrupper (herunder patienter som mistænkes for stof- og alkoholafhængighed) (JCI).

JCI: Joint Commission of Accreditation International, USA
CCHSA: Canadian Council on Health Services Accreditation, Canada
HQS: Health Quality Services, England

Figur 2. Eksisterende internationale standarder vedr. sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Standard 1 – Ledelse

Sygehuset har en skriftlig politik for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme. Politikken indgår i den overordnede kvalitetsudviklingspolitik, som har til formål at forbedre sygehusets resultater. Politikken er rettet mod patienter, pårørende og personale.

Formål: at beskrive rammerne for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme som en integreret del af sygehusets kvalitetspolitik.

- 1.1 Ledelsen identificerer lederskab og fordeler resurser og ansvar med henblik på gennemførelse, evaluering og regelmæssig revidering af politikken.
- 1.2 Personalet er bekendt med politikken for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og politikken indgår i introduktionen af nyansatte.
- 1.3 Ledelsen sikrer, at der foreligger en plan for kvalitetsvurdering, herunder retningslinjer for indsamling og analyse af data vedr. sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, og at der sker løbende overvågning af opfyldelse heraf.
- 1.4 Ledelsen sikrer, at medarbejderne har den nødvendige kompetence til at varetage sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme og støtter personalets kompetenceudvikling i det omfang, der er behov for.
- 1.5 Ledelsen sikrer tilstedeværelse af strukturer og faciliteter, herunder resurser, plads, udstyr mv. med henblik på gennemførelse af sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

Standard 2 – Vurdering af patienter

Ledelsen sikrer, at det sundhedsfaglige personale i samarbejde med patienten systematisk vurderer behovet for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Formål: at understøtte patientbehandlingen og forbedre prognoser samt at fremme patienternes sundhed og velvære.

- 2.1 Ledelsen sikrer, at der foreligger retningslinjer og/eller procedurer til vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme for alle patienter uafhængigt af diagnose.
- 2.2 Ledelsen sikrer, at der foreligger retningslinjer og/eller procedurer til vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme rettet mod specifikke patientgrupper (f.eks. hjertepatienter eller patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)).
- 2.3 Vurderingen af en patients behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme sker første gang, patienten kommer i kontakt med sygehuset. Behovet revideres i overensstemmelse med ændringer i patientens tilstand eller efter anmodning fra patienten.
- 2.4 Identifikation af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme sker med respekt for patientens sociale og kulturelle baggrund.
- 2.5 Oplysninger fra samarbejdspartnere (henvisende læge, speciallæge mv.) indgår i vurderingen af patientens behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Standard 3 – Patientinformation og intervention

Patienten informeres om væsentlige faktorer vedrørende vedkommendes sygdom eller sundhedstilstand, muligheder for og effekt af sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme samt tilbydes systematisk intervention som en del af alle patientforløb.

Formål: at styrke patientens medvirken som aktiv deltager og at understøtte integrationen af systematisk sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme i alle patientforløb.

- 3.1 På grundlag af en vurdering af behov for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme informeres patienten om en mulig indsats, og sammen med patienten opstilles en plan for relevante aktiviteter.
- 3.2 Ledelsen sikrer, at den gennemførte intervention dokumenteres og evalueres, herunder om forventede og planlagte resultater er opnået.
- 3.3 Patientens evaluering af den givne information og intervention i relation til sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme vurderes regelmæssigt.
- 3.4 Ledelsen sikrer, at data indberettes til alle relevante regionale og nationale kliniske kvalitetsdatabaser og/eller registre.
- 3.5 Ledelsen sikrer, at der foreligger skriftlig patientinformation om de væsentligste sygdomme på alle relevante afdelinger, herunder relevant information om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.
- 3.6 Ledelsen sikrer, at patienter, pårørende, personale og besøgende har adgang til generel sundhedsinformation herunder sygehusets sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende aktiviteter.

Standard 4 – En sundhedsfremmende arbejdsplads

Ledelsen skaber vilkår for udviklingen af sygehuset/afdelingen som en sundhedsfremmende arbejdsplads.

Formål: at understøtte etableringen af en sund og sikker arbejdsplads for personalet og at understøtte sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

- 4.1 Ledelsen sikrer fastlæggelse og implementering af en politik for en sund og sikker arbejdsplads for personalet. Denne målsætning dækker sundheds- og sikkerhedsspørgsmål.
- 4.2 Ledelsen sikrer, at der sker løbende udvikling af sygehuset som en sundhedsfremmende arbejdsplads.

Standard 5 – Kontinuitet og samarbejde

Ledelsen har en plan for samarbejde med andre dele af sundhedsvæsenet og andre samarbejdspartnere om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Formål: at sikre samarbejde på tværs af sundhedsvæsenet og med relevante samarbejdspartnere med henblik på optimering af den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats i patientforløbene.

- 5.1 Ledelsen sikrer, at sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme er i overensstemmelse med gældende love og sundhedsplaner.
- 5.2 Ledelsen identificerer nøglesamarbejdspartnere og muligheder for samarbejde i omgivelserne (den primære sundhedssektor, patientsammenlutninger, politikere og andre organisationer i omgivelserne) og udfærdiger en plan for samarbejdet.
- 5.3 Ledelsen sikrer, at der foreligger og implementeres retningslinjer og/eller procedurer for opfølgning af den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats efter udskrivelsen.
- 5.4 Ledelsen sikrer, at oplysninger om given information og intervention vedr. sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme tilsendes relevante instanser og samarbejdspartnere, som indgår i opfølgning efter patientens udskrivelse.

Figur 3. Standarder for sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme.

Formålet med afprøvningen var at vurdere brugbarhed, forståelighed og relevans af de enkelte standarder. Det var ikke formålet at evaluere målopfyldelsen af de deltagende sygehuse. Der blev til brug i pilotafprøvningen udviklet et særligt selvevalueringsskema. På hvert af de deltagende sygehuse blev der udpeget en kontaktperson, der varetog den lokale planlægning af pilottesten. På alle sygehuse blev standarderne 1 og 4 testet med deltagelse af repræsentanter fra den lokale sygehusledelse, mens pilottesten af standard 2, 3 og 5 blev gennemført som en intern audit af en tværfaglig gruppe af sundhedsfagligt personale fra den udvalgte testafdeling. Her-

udover deltog repræsentanter fra sygehusledelse eller sygehusets kvalitetsorganisation. Der indgik journalmateriale fra 20 patientforløb omfattende udskrevne patienter, der var indlagt inden for de forudgående 3 mdr. Journalmateriale dækkede såvel stamjournal, sygeplejekardex, materiale fra diætister som plan over rehabilitering mv.

Alle de afdelinger, der deltog i pilottesten, indleverede et fuldt udfyldt selvevalueringsskema. De deltagende klinikere og ledelsesrepræsentanter tilkendegav, at de fandt standarderne forståelige, brugbare og relevante, og 30 ud af 35 delstandarder (86%) fik samme bedømmelse. Der var i selvevalu-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

ringsskemaet mulighed for at fremkomme med bemærkninger til de enkelte standarder. En gennemgående kommentar var, at der var behov for en betragtelig implementeringsindsats for at kunne leve op til de krav, der stilles i de fem standarder. Der er efterfølgende på baggrund af afprøvningen foretaget justeringer i selve formuleringen af standarder og delstandarder.

De udviklede kernestandarder er diskuteret på tre internationale workshopper med deltagere fra 11 europæiske lande i maj og november 2002 samt i april 2003. Standarderne har endvidere været diskuteret på repræsentantskabsmødet i det danske Netværk af forebyggende sygehuse i oktober 2002. De reviderede standarder er præsenteret på repræsentantskabsmødet i oktober 2003 og godkendt efterfølgende i Forretningsudvalget for netværket.

Parallelt med pilotafprøvningen i Danmark blev standarderne testet på 36 sygehuse i otte andre lande, som er medlemmer af det europæiske Health Promoting Hospitals netværk (Tyskland, Irland, Polen, Slovakiet, Litauen, Finland, Schweiz og Italien). Det udviklede selvevalueringsredskab blev oversat til engelsk. De nationale netværkskoordinatorer fra hvert af de deltagende lande fungerede som nationale testkoordinatører og fik til opgave at oversætte selvevalueringsredskabet fra engelsk til eget sprog. De nationale testkoordinatører udvalgte efterfølgende to til fire sygehuse af forskellig størrelse og med passende geografisk spredning. For hvert sygehus blev der udpeget en kontaktperson, som deltog i den lokale del af pilottesten. Resultatet af pilottesten blev efter endt test oversat til engelsk af testkoordinatøren og indskrevet i den engelske udgave af selvevalueringsredskabet. Gennemførelse af selvevalueringen, herunder klinisk audit, blev foretaget efter samme principper som beskrevet under den danske pilottest. Resultatet af pilottesten fra de otte øvrige europæiske lande var helt overensstemmende med resultaterne fra den danske pilottest.

Efter pilotafprøvningen fandt den endelige justering sted på en workshop med deltagelse fra alle deltagende lande. Det samlede resultat af den europæiske pilottest er beskrevet andetsteds [10].

Næste led i udviklingsprocessen er udvikling og validering af et sæt af fælles indikatorer på udvalgte områder. Samtidig hermed vil det anvendte selvevalueringsredskab blive forbedret. Dette arbejde vil fortsætte i såvel dansk som europæisk regi med henblik på offentliggørelse og implementering i foråret 2004.

Perspektiver for anvendelse af standarder

Forebyggelse og sundhedsfremme skal indgå som kvalitetsparameter på linje med andre områder (herunder undersøgelse, behandling og pleje), som vil blive beskrevet i de standarder, der kommer til at danne grundlag for kvalitetsvurdering af danske sygehuse i Den Danske Kvalitetsmodel.

Standarderne for forebyggelse og sundhedsfremme vil,

uanset hvordan kvalitetsmodellen konkretiseres, danne et godt grundlag for tilrettelæggelse og evaluering af den sygdomsforebyggende og sundhedsfremmende indsats på det enkelte sygehus. De redskaber, der er udviklet, herunder det anvendte selvevalueringsredskab, vil kunne bidrage hertil.

Vurdering af opfyldelse af de enkelte standarder kan foretages ved intern eller ekstern audit eller ved brugervurderinger forstået i bred betydning: patient, pårørende, personale, raske brugere mv. Der vil i et fortsat arbejde i det europæiske netværk blive udviklet indikatorer til løbende monitorering af mål opfyldelsen. Danske erfaringer med indikatorudvikling vil blive inddraget i dette arbejde.

I udviklingen af de foreliggende standarder vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme har man fulgt de internationalt anerkendte retningslinjer, som er beskrevet i ALPHA-programmet. Standarderne er alene rettet mod sygehuse, men fokuserer også på samarbejde på tværs af sektorer.

Der er efterfølgende udarbejdet en manual, som beskriver indhold og formål med standarderne samt de tilgrundliggende principper og metode for selvevaluering. Standarderne er således brugbare og kan umiddelbart integreres i det videre arbejde med udmøntning af en fælles dansk model for kvalitetsvurdering på landets sygehuse, ligesom de i den engelsksprogede version nu er ved at blive integreret i de irske akkrediteringsstandarder.

Korrespondance: *Anne Mette Fugleholm*, FoQUS, Forskning, Kvalitet, Kompetenceudvikling, Uddannelse i Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, Helsevej 2, DK-3400 Hillerød. E-mail: amf@fa.dk

Antaget: 13. april 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. København: Sundhedsstyrelsen 2003. www.kvalitetsmodel.dk
2. Ottawa Charter for Health Promotion, An International Conference on Health Promotion, Ottawa, Canada, 17-21 November. København: World Health Organization, Regional Office for Europe, 1986.
3. ALPHA standards for accreditation and external assessment. www.isqua.org.au/juni 2003
4. Jørgensen T, Borch-Johnsen K, Iversen L. Klinisk håndbog i forebyggelse på sygehuse. København: Munksgaard, 2001.
5. Fugleholm AM, Tønnesen H. Livsstil og sygdomsforebyggelse på sygehuse. *Ugeskr Læger* 2003;165:1121-3.
6. The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. The International Union for Health Promotion and Education. Frankrig: 1999.
7. Møller Ann, Tønnesen H. Effect of preoperative smoking cessation on post operative complications: a randomised clinical trial. *Lancet* 2002;359: 114-7.
8. Hjerterehabilitering på danske sygehuse. København: Sekretariatet for Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark, Hjerteforeningen og Dansk Cardiologisk Selskab, marts 2004.
9. Sundhedsministeriet. Sund hele livet. København: Sundhedsministeriet, 2002.
10. Grøne O, Jørgensen SJ, Fugleholm AM et al. Standards for health promotion in hospitals: development and pilot test in nine European countries. *Int J Qual Health Care* 2004 (i trykken).