

# Akkreditering i medicinsk teknologivurderingsperspektiv

Stud.scient.san. Grete Moth,  
stud.scient.san. Henriette Holm Stabel,  
stud.scient.san. Anne Zierau Kudsk,  
stud.scient.san. Lillian Hansen,  
stud.scient.san. Mette Trøllund Rask & projektleder Jan Mainz

Aarhus Universitet, Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse

I Økonomiaftalen 2002 for sundhedsvæsenet blev det besluttet at indføre en national dansk kvalitetsmodel, hvori akkreditering skal indgå. Ifølge aftalen skal offentlige sygehuse begynde implementering af modellen inden udgangen af 2006. Modellen indebærer, at sygehuse, og på længere sigt primærsektoren, skal evalueres ud fra fælles standarder. Der er derfor behov for at fokusere på vidensgrundlaget for akkreditering som metode til vurdering og udvikling af kvalitet i sygehusvæsenet.

I Danmark har der ikke været tradition for at kvalitetssikre vha. akkreditering, men metoden blev introduceret i 2002, idet H:S opnåede akkreditering ved Joint Commission on International Accreditation (JCIA). Sønderjyllands Amt samarbejder med en engelsk organisation, Health Quality Services (HQS), i et projekt om akkreditering af amtets sundhedsinstitutioner.

Denne artikel bygger på en medicinsk teknologivurdering (MTV), som beskriver akkreditering som metode til vurdering og udvikling af kvalitet i sygehusvæsenet [1]. Akkreditering betragtes i artiklen som teknologi og defineres som en procedure, der skal sikre, at en institution lever op til et kvalitetsniveau vurderet ud fra på forhånd fastlagte standarder.

## Metoder

Den refererede MTV er baseret på systematisk litteratursøgning i følgende databaser: PubMed/MEDLINE, The Database of Abstract of Reviewing Effectiveness, Health Technology Assessment Database, Economic Evaluation Database og The Cochrane Library.

## Teknologi

### Akkrediteringsprocessen

Akkrediteringsprocessen forløber forskelligt afhængig af akkrediteringsorganisation, men er grundlæggende karakteriseret ved følgende:

- Akkreditering foretages af en ekstern organisation og udføres af personer med sundhedsfaglig baggrund.
- Akkreditering baseres på opfyldelsen af fastlagte standarder. Standarder kan være kvalitative såvel som kvantitative og baseres på ekspertkonsensus eller forskningsresultater.

Sundhedsydelse vurderes ud fra kvalitative standarder, eller måles ud fra kvantitative standarder, f.eks. ved hjælp af indikatorer. Standarder relateres til struktur, proces eller resultat. Struktur omfatter sundhedsvæsenets resurser og organisation. Proces omfatter aktiviteter i patientforløbet, og resultat beskriver effekt vurderet ud fra patientens helbredstilstand. Standarder kan være generiske og vedrøre alle patienter uafhængigt af diagnose, eller de kan være sygdomsspecifikke og vedrøre specifik diagnose eller sygdomstilstand.

- Om standarder er opfyldt, vurderes ved et akkrediteringsbesøg forudgået af samarbejde mellem akkrediteringsorganisation og sundhedsinstitution. Et akkrediteringsbesøg foretages typisk hvert tredje år.
- Vurderingen gælder både sygehusets arbejde, kompetence og potentiale til at udvikle kvaliteten af sundhedsydelser.
- Vurderingens resultat fremgår af en rapport og kan være graderet med anbefalinger, udtrykt ved f.eks. akkrediteringsscore og bestå af delvis eller manglende godkendelse.
- Data, såsom akkrediteringsstatus, anbefalinger o.l., der er fremkommet ved akkrediteringsprocessen, offentliggøres med forskellig detaljeringsgrad afhængig af organisation [2-4].

### Akkrediteringsmodeller

På verdensplan findes forskellige akkrediteringsmodeller.

I **Tabel 1** vises nogle af de største med en kort beskrivelse af principielle forskelle.

Akkrediteringsorganisationerne har grundlæggende fælles træk, men adskiller sig på flere områder, afhængig af det sundhedsvæsen arbejdet udføres i. Følgende forhold har indflydelse på, hvordan akkrediteringsorganisationer fungerer:

- Private - offentlige. Akkrediteringsorganisationer fra f.eks. USA er private og uafhængige af det offentlige i modsætning til f.eks. den skotske, som er offentlig og landsdækkende.
- Frivillig - obligatorisk deltagelse. Akkreditering var oprindeligt frivillig, men i nogle modeller, f.eks. den skotske, er deltagelse obligatorisk.
- Typer af standarder. Der lægges forskellig vægt på valg af standarder: kvalitative i forhold til kvantitative, generiske i forhold til sygdomsspecifikke samt standarder på struktur-, proces- eller resultatniveau.
- Strukturelt - organisatorisk fokus. Der kan akkrediteres institutioner eller patientforløb, hvor flere institutioner eller sektorer inddrages.
- Selvevaluering inddrages i varierende grad. I den skotske model er selvevaluering central med det formål at sikre

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

kontinuerlig kvalitetsudvikling, hvorimod selvevaluering er i startfasen i Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO).

- Offentliggørelse. Akkrediteringsresultater offentliggøres i forskelligt omfang og på forskellige niveauer. Formålet kan være benchmarking eller sammenligning med egne tidligere resultater [2, 4, 5].

### Dokumentation af effekt

Trods års international erfaring med akkreditering, foreligger der sparsom litteratur om akkrediteringens betydning for kvaliteten af sundhedsydelse. Der er ikke evidens for, at akkreditering har effekt på proces- eller resultatniveau, idet der ikke foreligger klinisk kontrollerede undersøgelser [6]. Problemet med at påvise effekt er bl.a., at man ved akkreditering traditionelt har fokuseret på struktur og proces i sundhedsinstitutioner, og forbedring her forventedes at medføre forbedret resultat for patienterne. Denne sammenhæng er imidlertid ikke dokumenteret. Brug af kliniske retningslinjer på procesniveau sandsynliggør en sammenhæng, idet der sikres et evidensbaseret grundlag for behandling [4]. I enkelte amerikanske studier har man beskæftiget sig med effekt af akkreditering; eksempelvis studiet udført af *Griffith et al.*, hvor sammenhæng mellem kliniske data fra Medicare og akkrediteringsscore fra JCAHO blev undersøgt. Sammenfald mellem data betyder, at akkrediteringsscoren er et godt udtryk for klinisk kvalitet. I undersøgelsen indgik der data for 742 sygehuse. Korrelation for syv udvalgte variable blev undersøgt og afdækkede en generel mangel på overensstemmelse mellem data. Dette gjaldt især for mortalitetsrate ( $r=-0,085$ ,  $p=0,02$ ) og for komplikationsrate ( $r=-0,034$ ,  $p=0,35$ ), hvorfor forfatterne stiller spørgsmål ved, om akkreditering er effektiv til vurdering af kvalitetsniveau [6].

### Patient

Der er ikke fundet litteratur, som beskriver akkreditering set fra patientens synsvinkel. Ej heller litteratur, der beskriver, om patienters anvender offentliggjorte kvalitetsdata til eksempelvis valg af behandlingssted.

### Organisation

Den systematiske litteraturgennemgang resulterede i begrænset videnskabelig litteratur om konsekvenserne af indførelse af akkreditering for organisationen, dens struktur og ledelse. Akkreditering er primært et ledelsesværktøj til systematisk og kontinuerlig ledelse af kvalitetsområdet samt dokumentation af organisationens præstationer [7, 8].

Grundet manglende litteratur beskrives det følgende ud fra erfaringer fra akkrediteringsprocessen i H:S. Akkrediteringsprocessen medførte forbedret koordinering og prioritering og dermed bedre udnyttelse af de tilstedeværende resurser. Værdien af akkreditering ses i form af ledelsesmæssig forankring og systematisering af kvalitetsarbejdet [1, 8]. En interviewundersøgelse blandt ansatte i H:S understregede vigtigheden af medinddragelse, information og undervisning. Hovedparten af de ansatte gav udtryk for stor arbejdsbelastning i forbindelse med akkrediteringsarbejdet, og nogle oplevede, at der gik tid fra patienterne. Undersøgelsen viste desuden, at akkreditering medførte mere hensigtsmæssige procedurer i nogle afdelinger, mens andre efter akkreditering faldt tilbage til gamle rutiner. Det blev fremhævet, at akkreditering øgede samarbejdsrelationerne på tværs af afdelinger, faggrupper og sygehuse [9]. Erfaringer fra H:S bekræfter, at akkreditering er en omfattende proces, og de færreste organisationer er forberedt på, hvor omfattende resurser der kræves for at kunne efterleve standarderne [8]. Der er ikke fundet litteratur om erfaringer fra Sønderjyllands Amt.

Tabel 1. Akkrediteringsorganisationer (2, 5).

Land	Navn	Etablering	Organisation	Fokus	Incitament	Type af standard
USA	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisations (JCAHO)	1917	Uafhængig, nonprofit	Processer, sikkerhed	Økonomisk	Primært kvalitative
USA	Joint Commission International Accreditation (JCIA)	1996	Markedsbaseret	Ledelse og processer	-	Kvalitative
Canada	Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)	1958	Uafhængig, medlemsforening, nonprofit	Funktioner og selvevaluering	Frivillig, faglig udvikling	Kvalitative og kvantitative
Australien	Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)	1974	Uafhængig, nonprofit	Udvikling og resultatmåling	Frivillig, faglig udvikling	Kvalitative og kvantitative
Storbritannien	Health Quality Services (HQS)	1989	Uafhængig, nonprofit	Patientforløb over sektorer	Frivillig, faglig udvikling	Kvalitative
Skotland	National Health Services Quality Improvement Scotland (NHS QIS). Tidligere Clinical Standards Board for Scotland (CSBS)	1999	Offentlig	Kliniske retningslinjer og patientforløb	Obligatorisk	Kvalitative og kvantitative

### Økonomi

Litteratursøgningen resulterede i fund af fem artikler, der vedrører det økonomiske perspektiv. Der foreligger ikke kvalificerede opgørelser over de økonomiske konsekvenser ved akkreditering af henholdsvis et sygehus af en given størrelse eller et sundhedsvæsen. Ligeledes findes der ikke dokumentation for omkostningseffektivitet. En ofte refereret artikel om et sygehus' akkreditering gennem JCAHO i 1989 anslår omkostningerne til at være 1% af sygehusets samlede budget [10]. Der er ikke fundet opgørelser, hvor man sammenholder omkostninger ved akkreditering med eventuelle besparelser opnået ved kvalitetsforbedring.

### Diskussion

#### Effekt

Problemet med at evaluere effekten af akkreditering kan være, at den oprindelige hensigt var at forbedre struktur og proces i forventning om, at det ville bedre resultatet for patienterne. I *Griffiths* undersøgelse har man imidlertid sået tvivl herom, da den på centrale punkter dokumenterer, at sygehuse med god akkrediteringsstatus ikke har bedre resultater end sygehuse med dårlig akkrediteringsstatus. Det er relevant at stille spørgsmålstegn ved, om akkreditering har fokus på det essentielle – kerneydelser i form af behandling af patienter. De senere års fokus på dokumenteret effekt indebærer problemer for akkrediteringsorganisationerne, da disse i høj grad anvender kvalitative standarder, som sundhedsydelser vurderes – og ikke måles – ud fra. Dette indebærer en risiko for validitets- og reliabilitetsproblemer.

Spørgsmålet er, om det giver mening at efterspørge klinisk effekt af akkreditering. At effekt ikke er mulig at påvise, kan skyldes, at isolering af akkrediteringsindsatsen, så det er den eneste betydende faktor, ikke er mulig. At effekt ikke er påvist, er ikke ensbetydende med, at der ikke er effekt. Ved akkreditering fokuserer man primært på struktur og proces, hvorfor det kan diskuteres, om det er muligt at måle effekt på resultatniveau. Det vil eventuelt have større relevans at evaluere effekt på struktur- og procesniveau ud fra antagelsen om, at forbedret kvalitet på disse områder medfører øget kvalitet for patienterne.

### Organisation

Akkreditering kan opfattes som et ledelsesværktøj til systematisering af en institutions struktur og processer på kvalitetsområdet og til at tydeliggøre ledelse og ansvarsplacering. På trods af at erfaringer fra H:S tyder på, at forbedret kontinuitet og koordinering af patientforløb medfører øget effektivitet og bedre udnyttelse af resurser og dermed øget organisatorisk kvalitet, er det imidlertid ikke videnskabeligt dokumenteret.

### Økonomi

Sparsomme opgørelser over omkostninger ved akkreditering

og manglende dokumentation for effekt af akkreditering vanskeliggør kortlægning af det samlede resurseforbrug samt analyse af omkostningseffektivitet. Relevansen af den omtalte undersøgelse fra USA, hvor omkostningerne antog at beløbe sig til 1% af sygehusets samlede budget kan diskuteres, da den omhandler et psykiatrisk sygehus og ligger flere år tilbage. Det er derfor tvivlsomt, om den er repræsentativ for det øvrige nutidige sundhedsvæsen. Erfaringer fra H:S og udenlandske opgørelser tyder på en betragtelig merudgift samt brug af omfattende personaleresurser.

### Konklusion

På baggrund af ovenstående må det konkluderes, at der ikke er et entydigt svar på spørgsmålet om, hvorvidt akkreditering kan anvendes som metode til vurdering og udvikling af kvalitet. Formålet med og forventning til akkreditering varierer afhængigt af interesseforhold, hvilket gør det vanskeligt at fastlægge evalueringskriterier. Området er præget af mangel på overbevisende evidens for effekt på resultatniveau, om end erfaringer fra H:S tyder på, at akkreditering kan gavne kvaliteten af organisatoriske strukturer og processer i en sundhedsinstitution.

Det må konkluderes, at der er behov for udvikling af evalueringsmetoder til at dokumentere en eventuel effekt af akkreditering på såvel struktur-, proces- som resultatniveau samt yderligere forskning i relation til patienter, organisation og det økonomiske perspektiv.

Korrespondance: *Grete Moth*, Søndermarken 8, Søften, DK-8382 Hinnerup.  
E-mail: gmoth@nr8.dk

Antaget: 17. marts 2004  
Interessekonflikter: Ingen angivet

Ovenstående artikel bygger på en større litteraturgennemgang end litteraturlistens ti numre. En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.

### Litteratur

1. Hansen L, Stabel H, Rask M et al. Moth G. Akkreditering – i MTV-perspektiv. Aarhus Universitet, 2003.
2. Frölich A, Schiøler T, Lippert S et al. Akkreditering af hospitaler. Erfaringer og metoder fra USA, Australien og Canada. København: Evalueringscenter for Sygehuse i samarbejde med DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2000.
3. Mainz J, Krog B, Fog K et al. Sundhedsfaglige standarder i akkreditering. Ugeskr Læger 2002;164:4408-11.
4. Frölich A, Christensen M. Akkreditering af hospitaler. Ugeskr Læger 2002;164:4412-6.
5. Schiøler T, Christensen M, Lipczak H et al. Akkreditering – forskellige modeller. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 2002.
6. Griffith JR, Knutzen SR, Alexander JA. Structural versus outcomes measures in hospitals: a comparison of Joint Commission and Medicare outcomes scores in hospitals. Qual Manag Health Care 2002;10:29-38.
7. Scrivens E. Assessing the value of accreditation systems. Eur J Pub Health 1997;7:4-8.
8. De Neergaard L. Akkreditering i H:S – fra første tanke til fuld gennemførelse. Tidsskr Dansk Sundhedsvæsen 2003;2:44-52.
9. Erfaringer og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2002.
10. Rockwell D, Pelletier L, Donelly W. The cost of accreditation: one hospital's experience. Hosp Commun Psychiatr 1993;44:151-5.