

# Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I

## Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel

Udviklingschef Janne Lehmann Knudsen,  
overlæge Anne Mette Fugleholm & overlæge Johan Kjærgaard

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

### Resumé

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 ståsted. Tre artikler i dette nummer af Ugeskrift for Læger har til formål at give læseren baggrundsviden.

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

Beslutningen om en fælles dansk kvalitetsmodel blev konfirmeret juni 2001 som led i aftalen om amternes økonomi for 2002:

»Medio 2002 fastlægges en fælles dansk model for kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, som baseres på en kerne af fælles standarder for kvalitet. De fælles standarder skal relatere sig til såvel struktur (fysiske rammer), udstyr, patientforløb, udførelse af processer som resultater. De skal dække bredt, være relevante, forståelige og om muligt målbare. Standarderne skal muliggøre offentliggørelse og sammenligning på baggrund af eksterne vurderinger. Arbejdet med patientsikkerhed skal indgå« [1].

En dansk kvalitetsmodel vil fungere som prioriteringsgrundlag og som ramme for fremtidige lokale og fælles kvalitetsprojekter, men den findes endnu ikke i sin endelige form. Den første version af Den Danske Kvalitetsmodel forelå i maj 2003. Herefter blev der gennemført en bred høring, hvorefter anden version blev offentliggjort [2]. Der skal nu indgås aftale med en eller flere internationale samarbejdspartnere, hvorefter en konkret tids- og handleplan udarbejdes. Modellens mål og principper er imidlertid besluttet i henhold til aftalegrundlaget, der beskriver, at:

- det samlede patientforløb er omdrejningspunkt for indsatsen
- kvaliteten ansues ud fra patientens, det kliniske og det organisatoriske perspektiv, og niveaet synliggøres for offentligheden
- den generelle og den sygdomspecifikke indsats inddrages med integration af de eksisterende nationale projekter
- standarder og indikatorer er de primære vurderings- og måleredskaber
- bedømmelse af kvaliteten gennemføres internt ved selv-evaluering og eksternt ved et fagligt team med international deltagelse.

Den Danske Kvalitetsmodel er konsekvensen af en ca. 15-årig læringsproces med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. I det følgende gives der en kort beskrivelse af hovedlinjerne i denne udvikling. Herefter omtales den konkrete politisk-administrative proces, der førte frem til den første version af Den Danske Kvalitetsmodel.

### Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet generelt

Inspireret af udviklingen i bl.a. USA, England, Holland og Sverige blev der fra midten af 1980'erne igangsat projekter, der indebar, at kvalitetsudvikling blev systematisk og metodebaseret. Projekterne fandt primært sted i sygehusvæsenet, inden for almen praksis og på sektorforskningsinstitutioner.

Interessen førte til, at Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren blev oprettet i 1991, og i 1992 etablerede Sundhedsstyrelsen et nationalt råd, der året efter publicerede den første strategi for området [3]. I strategien beskrev man principper, ansvar og opgavefordeling ud fra den overordnede målsætning om, at kvalitetsudvikling blev en integreret del af driften på alle niveauer.

Frem til 1998 var kvalitetsudvikling drevet af personer med særlig interesse inden for området, og den var uden markant ledelsesforankring. Kvalitetsarbejdet var kun undtagelsesvist en del af driften [4]. De seneste fem år er der blevet etableret flere fælles projekter, og nye organisatoriske enheder er oprettet. De videnskabelige selskaber, faglige sammenslutninger og organisationer, sygehusejerne og sundhedsmyndighederne har alle bidraget hertil. Det er imidlertid klart, at der ikke er arbejdet efter samme strategi, aktiviteterne har ikke været koordineret eller tilstræbt fælles mål.

**Figur 1** oplister udvalgte beslutninger og større aktiviteter af landsdækkende karakter, som forfatterne vurderer har haft

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

1991	Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren oprettes Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
1993	National strategi for kvalitetsudvikling, Sundhedsstyrelsen
1995	Aftale om principper for og finansiering af landsdækkende kliniske databaser: Amtsrådsforeningen, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet Projekt Den Gode Medicinske Afdeling påbegyndes
1999	Center for Evaluering af sygehuse Amtsrådsforeningens temagrube for service og kvalitet Det Nationale Indikatorprojekt Sekretariatet for referenceprogrammer Konference om akkreditering af sygehus ved DSI-Dansk Institut for Sundhedsvæsen og Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren
2000	Rapport fra Sundhedsstyrelsens udvalg for kvalitetsmåling Sygehusejerne indgår en finansieringsaftale om Den Gode Medicinske Afdeling Det nationale råd for kvalitetsudvikling reetableres Den første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse
2001	Ny finansieringsaftale vedr. landsdækkende kliniske databaser og tre kompetencecentre oprettes Beslutning om en fælles dansk model for kvalitetsvurdering Resultater fra en dansk pilotundersøgelse vedr. utilsigtede hændelser offentliggøres i Ugeskrift for Læger Dansk Selskab for Patientsikkerhed
2002	Revideret national strategi for kvalitetsudvikling Det nationale råd for kvalitetsudvikling afholder konference om kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet
2003	Første version af Den Danske KvalitetsModel i høring Folketinget vedtager lov om et nationalt indrapporteringsystem for utilsigtede hændelser Afrapportering af nationalt projekt om de mellem menneskelige relationer

Figur 1. Udvalgte landsdækkende aktiviteter af betydning for kvalitetsudvikling i Danmark 1991-2003.

betydning for fremdriften i kvalitetsarbejdet. Listen suppleres i efterfølgende tekst med beskrivelse af andre mere afgrænsede aktiviteter.

I regi af almen praksis er der etableret tolvmandsforeninger, ansat efteruddannelsesvejledere og konsulenter, der understøtter audits, samt etableret funktioner, der yder kollegial rådgivning primært på medicinområdet. Praksiskonulentordninger, inden for hvilke tværsektorielle forløbsprogrammer beskrives og evalueres, er etableret. I den seneste overenskomst er der afsat betydelige midler til at understøtte arbejdet, og der er igangsat fire overordnede udviklingsprojekter, bl.a. som grundlag for praksissektorens aktive medvirken i Den Danske Kvalitetsmodel.

Foreningen af Speciallæger gennemførte i 2003 et projekt i samarbejde med Amtsrådsforeningen med det formål at kortlægge kvalitetsudvikling blandt praktiserende speciallæger og afdække ønsker og holdninger til den fremtidige indsats på området [5].

Amterne/H:S og de enkelte sygehuse har ansat kvalitetskonsulenter, uddannet nøglepersoner og etableret kvalitets- og udviklingsenheder. Kvalitetsmål er indarbejdet i kontrakter og aftaler. På alle niveauer arbejdes der med patientforløbsbeskrivelser, kliniske retningslinjer, indberetninger til kliniske databaser, audit og brugerevalueringsundersøgelser. Tværgående afdelinger som f.eks. klinisk kemiske afdelinger certificeres i stigende grad i henhold til ISO-standarder.

Sygehusejerne har sikret finansiering af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, projektet Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) og den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse. Det samlede årlige budget er på ca. 22 mio. kr. til de nævnte aktiviteter. Endvidere finansieres sekretariatet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der blev oprettet i 2002. Nationale referenceprogrammer er udarbejdet i regi af Dansk Medicinsk Selskab og Sundhedsstyrelsens Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering.

Mens DGMA har udviklet generelle kliniske og organisatoriske standarder inden for det medicinske område, vedrører de kliniske kvalitetsdatabaser, NIP og referenceprogrammerne specifikke patientgrupper og sygdomsområder. **Tablet 1** viser, hvilke sygdomsområder der dækkes af de nationale kvalitetsinitiativer, og hvilke der dækkes af regionale akkrediteringsinitiativer.

Med statsministerens tale ved Folketingets åbning i 1997 kom kvalitetsudvikling for alvor på regeringens dagsorden. Herefter fulgte en række initiativer med det sigte at øge offentlighedens kendskab til kvaliteten bl.a. som grundlag for borgerens frie valg. Evalueringscenteret for sygehuse blev oprettet i 1998 og overflyttet til Sundhedsstyrelsens regi i 2001. Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser blev iværksat og gennemføres nu hvert andet år. Sundhedsstyrelsen igangsatte udvikling af kvalitetsdeklarationer i samarbejde med en række pilotafdelinger og genetablerede Det nationale råd for kvalitetsudvikling efter flere års hvile. Endelig har krav til kvalitetsområdet efterfølgende været en del af økonomiaftalerne mellem amterne og regeringen.

I 2002 udgav Det nationale råd for kvalitetsudvikling en revideret national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet [6]. Strategien slår fast, at »inden udgangen af 2003, skal der træffes beslutning om en dansk model for kvalitetsvurdering, der skal danne grundlag for landsdækkende kvalitetsvurdering af sygehusenes indsats inden udgangen af 2005«. Baggrunden herfor beskrives i det følgende.

#### Den politisk-administrative proces

Interessen for akkreditering blev vakt i efteråret 1999, hvor Hovedstadens Sygehusfællesskab indledte samarbejde med den amerikanske organisation Joint Commission International med henblik på akkreditering af de enkelte hospitaler, hvilket blev opnået primo 2002. Året efter iværksatte Sønderjyllands Amt et samarbejde med den engelske organisation

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

**Tabel 1.** Sygdomsområder dækket af nationale kvalitetsinitiativer og regionale akkrediteringsprogrammer.

1. Landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser (LKD)
2. Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)
3. Regional akkreditering i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S)
4. Regional akkreditering i Sønderjyllands Amt (KISS)
5. Referenceprogram fra Sekretariatet for Referenceprogrammer (SfR)

Sygdom/Procedure	Indikatorer	Indikatorer	Indikatorer	Referenceprogram
	kliniske databaser	nationale standarder	regional akkreditering	
Akut koronar syndrom				SfR
Akut mave-tarm-kirurgi		NIP		
Anæstesi			H:S	
Apopleksi		NIP	KISS	SfR
Astma – pædiatri			H:S	
Crohns tarmbetændelse	LKD			
Diabetes: børn og unge	LKD			
Diabetes: voksne			H:S	
Diskusprolaps	LKD			
Dissemineret sklerose	LKD			
Elektromyografi	LKD			
Epilepsi: voksne og børn	LKD		H:S	
Øsofagus-, kardio- og ventrikelcancer	LKD			
Galdestenssygdomme/behandling	LKD			SfR
Geriatrici	LKD		H:S	
Gynækologisk cancer	LKD			
Hereditær non polypøs cancer i colon	LKD			
Hernier	LKD			
Hjerteinsufficiens		NIP		
Hjertestop uden for hospital	LKD			
Hoftealloplastik	LKD			
Hoftefraktur		NIP	H:S	SfR
Hysterektomi på benign indikation	LKD			
Hysteroskopi	LKD			
Invasive kardiologiske procedurer	LKD			
Karkirurgi	LKD		H:S	
Katarakt	LKD			
Knæalloplastik	LKD			
Kolorektalcancer	LKD			
Lever: hepatitis B og C	LKD		H:S	
Levercirrose	LKD			
Lungecancer	LKD	NIP		
Mammacancer			KISS	
Neonatalogi	LKD			
Nyresvigt	LKD			
Obstetrik			H:S	
Pneumoni			H:S	
Polypose	LKD			
Postoperativ sygepleje (kirurgisk-gastroenterologisk)			H:S	
Prostata	LKD			
Psykiatrici: ambulant	LKD			
Psykiatrici: børn og unge	LKD			
Psykiatrici: depression (LKD)			H:S	
Psykiatrici: skizofreni		NIP		
Reumatologiske sygdomme	LKD			
Terminalbehandling			KISS	
Transfusion	LKD			
Trombosebehandling	LKD			
Urinblærecancer	LKD			
Varicebehandling	LKD			

Health Quality Services med henblik på akkreditering af sygehusene, et mindre antal almen praksis og en sundhedsforvaltning samt at opnå erfaring med tre diagnosespecifikke patientforløb.

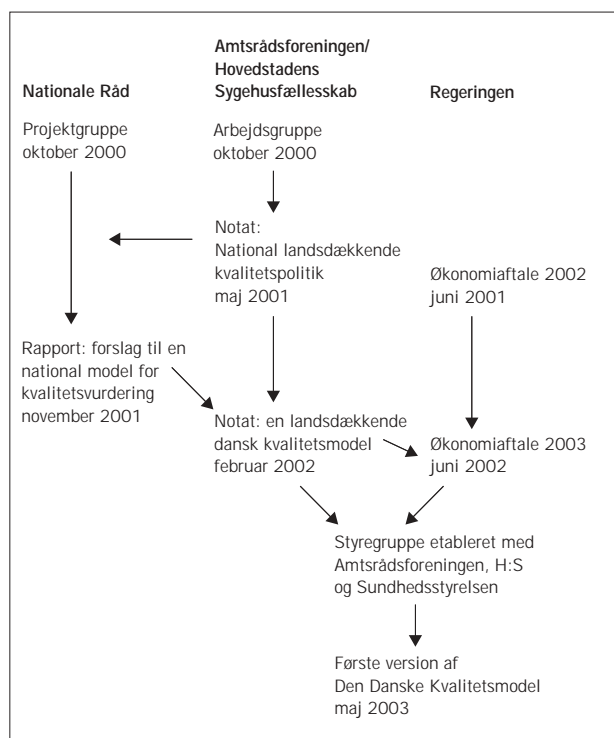
I november 1999 blev den første danske konference om akkreditering afholdt af DSI – Dansk Institut for Sundhedsvæsen i samarbejde med Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Det nationale råd for kvalitetsudvikling fulgte op og etablerede i oktober 2000 en tværfaglig projektgruppe, der skulle komme med forslag til model(ler) for kvalitetsvurdering i sygehusvæsenet [7]. På samme tid etablerede sygehusejerne i regi af Amtsrådsforeningen en arbejdsgruppe vedrørende akkreditering med deltagelse af en række amtsundhedsdirektører og den administrerende direktør for H:S. Formålet var at

få en vurdering af, om der var behov for at supplere de igangværende aktiviteter på kvalitetsområdet med eksterne vurderingsmetoder, herunder akkreditering, og i bekræftende fald, om de igangværende projekter kunne indgå.

**Figur 2** illustrerer processen frem til første version af modelbeskrivelsen af Den Danske Kvalitetsmodel, der blev sendt i høring i maj 2003. I teksten redegøres der for de enkelte beslutningselementer.

Økonomiaftalen for 2002 var fundamentet for den konkrete aftale om Den Danske Kvalitetsmodel. I den var det fastlagt, at den videre drøftelse af en dansk model skulle tage udgangspunkt i notatet fra Amtsrådsforeningens arbejdsgruppe »Landsdækkende kvalitetspolitik«, der blev vedtaget af Amtsrådsforeningens bestyrelse den 4. maj 2001 [8] og i afrapporte-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL



Figur 2. Landsdækkende aktiviteter af betydning for kvalitetsudvikling i Danmark 1991-2003.

ringen fra projektgruppen under Det nationale råd for kvalitetsudvikling [7]. Notatet om den landsdækkende kvalitetspolitik beskriver bredere Økonomiaftalens indhold, bl.a:

- at der bør etableres en sammenhængende model baseret på udvikling frem for kontrol
- at alle amter og H:S bør forpligtige sig til en eksternt uafhængig vurdering baseret på et minimum af fælles standarder, efterhånden som de udvikles
- at de landsdækkende initiativer, der hidtil var truffet aftale om, inddrages.

Økonomiaftalen betød, at projektgruppen, der var nedsat af Det nationale råd for kvalitetsudvikling, fik et mere konkret grundlag at arbejde ud fra. Projektarbejdet resulterede i rapporten »Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet« [7], som Det nationale råd tilsluttede sig. Rapporten beskriver det teoretiske grundlag og internationale modeller for eksternt vurdering. Erfaringer fra internationale akkrediteringsorganisationer blev, som led i projektgruppens arbejde, indhentet og beskrives i en anden artikel [9]. Rapporten støtter op om de grundlæggende principper i notatet om den landsdækkende kvalitetspolitik og indeholder uddybende forslag til en evalueringsmodel [10], standardområder, samarbejde med eksternt partner samt organisering.

Rapporten anbefaler endvidere, at den nationale model lever op til de internationale anerkendte kvalitetskrav til akkrediteringsprogrammer (ALPHA-standarder), som den interna-

tionale kvalitetsorganisation ISQua har defineret. Det er nu en forudsætning for Den Danske Kvalitetsmodel. I rapporten peges der endvidere på, at ansvaret for udvikling og drift af en dansk model bør placeres i en selvstændig organisation, der sikrer, at opgaven varetages i tæt samarbejde med sygehusejerne, de faglige organisationer, videnskabelige selskaber, brugerne og sundhedsmyndighederne. For tiden finder der en debat sted mellem de centrale aktører om den konkrete forankring.

Modellens indhold og principper blev konkretiseret i notatet: »En landsdækkende dansk kvalitetsmodel«, der blev udarbejdet af en efterfølgende arbejdsgruppe nedsat af Amtsrådsforeningen og H:S [11]. Notatets indhold blev tiltrådt i økonomiaftalen for 2003, hvor man slog fast, at den danske model for kvalitetsvurdering i første omgang omfatter sygehuvæsenet, og at der påbegyndtes et sideløbende arbejde med speciallægepraksis, almen praksis og kommunerne.

En styregruppe med deltagelse fra Amtsrådsforeningen, H:S, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet fik og har fortsat det overordnede ansvar for modellens videre udvikling, herunder ansvaret for at udarbejde et udbudsmateriale som grundlag for valg af international samarbejdspartner.

I vinteren 2002/2003 oprettede Sundhedsstyrelsen et sekretariat for styregruppen, og en projektleder blev ansat med reference til medicinaldirektøren, som er formand for styregruppen.

Den første version af Den Danske Kvalitetsmodel [1] forelå i maj 2002. Tidsrammen er nu, at alle sygehuse skal være i gang med akkreditering inden udgangen af 2006.

### Perspektiv

Beslutning om en fælles forpligtigende tilgang til vurdering, udvikling og offentliggørelse af kvaliteten i sundhedsvæsenet er en naturlig konsekvens af det fokus, der har været på kvalitetsområdet igennem det seneste årti. Kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet har fået stigende opmærksomhed som følge af den generelle samfundsudvikling med øget brugerbevidsthed og større frihed til at vælge, kravet om bedre dokumentation og øget gennemskuelse samt en stigende internationalisering inden for sundhedsvæsenet.

Internationalt anvendes akkreditering i stigende grad som fundamentet for kvalitetssikring og udvikling regionalt og nationalt [9].

I aftalegrundlaget og i de foreliggende versioner af Den Danske Kvalitetsmodel vægtes patientsikkerhed højt. Erkendelsen af, at et sygehus er en kompleks organisation, hvor risikoen for utilsigtede hændelser og patientskader er høj, har motiveret beslutningen. For yderligere at styrke patientsikkerheden blev loven om patientsikkerhed i sundhedsvæsenet af 4. juni 2003 vedtaget [12].

Denne lov gav samtidig det formelle grundlag for, at data til brug for kvalitetsudvikling på givne betingelser kan indrapporteres til kliniske kvalitetsdatabaser og -registre uden ind-

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

hentning af forudgående samtykke fra patienten [13]. Dette er en væsentlig forudsætning for, at Den Danske Kvalitetsmodel kan virkeliggøres.

Den Danske Kvalitetsmodel er unik derved, at den meget specifikt er målrettet mod det danske sundhedsvæsen, og ved at den stiller betydelige krav til brug af indikatorer også på det sygdomsspecifikke område. Opgaven med at implementere kvalitetsmodellen vil i høj grad påvirkes af, på hvor mange områder indrapportering kræves, og hvor tilgængelige de grundlæggende data vil være.

Med implementering af kvalitetsmodellen vil data om kvalitet i højere grad end hidtil blive et styringsredskab som supplement til den nuværende økonomistyring.

Beslutningen om en dansk kvalitetsmodel er skelsættende. Den er truffet i enighed af de lokale og centrale sundhedsmyndigheder med opbakning fra de store faglige organisationer. Dens virkeliggørelse forudsætter betydelig ledelsesinvolvering og vil indebære, at kvalitetsudvikling bliver en integreret del af driften. Den vil synliggøre, at kvaliteten på nogle områder skal styrkes, men vil også føre til effektivisering, idet akkreditering forudsætter, at der arbejdes ud fra fælles mål, og at indsatsen koordineres på tværs af organisationer og mellem sektorerne.

Den Danske Kvalitetsmodel har som mål at sikre høj kvalitet i den samlede indsats i hele patientens forløb. Det er i første fase sygehusvæsenets opgave at efterleve dette, men det er afgørende, at praksissektoren og primærkommunerne snarest inddrages, for at dette mål kan opfyldes.

## Litteratur

1. Aftalen om amternes økonomi for 2002 mellem Amtrådsforeningen og regeringen. Finansministeriet, 2001.
2. Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. 2. version. København: Sundhedsstyrelsen, 2003.
3. Sundhedsstyrelsen. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 1993.
4. Knudsen JL, Kjærgaard J, Mainz J. Fra kvalitetscirkler til evidensbaseret klinisk praksis – statusartikler om kvalitetsudvikling. III Ansvar og opgaver. Ugeskr Læger 1998;160:6945-50.
5. Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis (KVIS). Rapport fra fase 1 af KVIS projektet. København: CVL/Med consult og Accenture, 2003.
6. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.
7. Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Forslag til en national model del A og B. Udarbejdet af en projektgruppe. København: Sundhedsstyrelsen, 2001. [www.sst.dk/publ.2002/delApdfogdelbpdf](http://www.sst.dk/publ.2002/delApdfogdelbpdf)
8. Amtrådsforeningen. Notat om landsdækkende kvalitetspolitik. København, Amtrådsforeningen, 2001.
9. Fugleholm AM, Knudsen JL, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet III. Akkreditering i europæisk perspektiv. Ugeskr Læger 2004;166:1787-91.
10. Kjærgaard J, Knudsen JL, Fugleholm AM. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet II. Akkreditering som model. Ugeskr Læger 2004;166:1784-7.
11. Amtrådsforeningen og H:S. En landsdækkende dansk kvalitetsmodel. Notat udarbejdet af en arbejdsgruppe. København: Amtrådsforeningen, 2002.
12. Loven om patientsikkerhed af 4. juni 2003. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
13. Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser m.v. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse nr. 900 af 10. november 2003.

Korrespondance: *Janne Lehmann Knudsen*, Sundhedsforvaltningen, Københavns Amt, Stationsparken 27, DK-2600 Glostrup. E-mail: [jalekn@shf.kbhamt.dk](mailto:jalekn@shf.kbhamt.dk)

Antaget: 31. marts 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet