

Mens vi venter på Den Danske KvalitetsModel

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)

Chefsygeplejerske Vibeke Krøll, læge Monica L. Kjær & læge Jan Mainz

Den Danske KvalitetsModel er nu på vej i udbud. Såvel form som design kan nu anes, og inden udgangen af 2006 skal alle danske sygehuse kvalitetsvurderes efter et fastlagt sæt standarder og indikatorer. Modellens 37 prioriterede temaer, som indgår i udbudsbekendtgørelsen, er fordelt på generelle forløbste-maer, sygdomsspecifikke grupper og organisatoriske temaer (se mere herom på www.kvalitetsmodel.dk). Inden for hvert tema vil der blive udviklet standarder, og for hver standard vil der være en eller flere indikatorer, som skal ligge til grund for måling og sammenligning af kvaliteten på de danske sygehus-afdelinger. Så modellens form er ved at kunne anes.

Designet for modellen er ligeledes ved at være på plads. I november underskrev parterne en aftale om at etablere en selvstændig institution ledet af en bestyrelse. Institutionen skal geografisk ligge i Århus Kommune, præcist hvor er i skrivende stund ikke afgjort. I december 2004 blev bestyrelsen konstitueret. Den består af medlemmer fra Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt sygehusejerne.

Form og design er væsentlige. Men hvis ikke Den Danske KvalitetsModel skal ende med alene at blive brugt som administrativ kvalitetskontrol, kræver det, at ejerne af modellen kan se anvendelsesmuligheder, så modellen reelt giver nytte for de patienter, der hver dag har kontakt med sygehusene.

I 2005 og 2006 vil Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) sætte fokus på, hvordan modellen kommer til anvendelse og gavn, og dermed hvordan man på de danske sygehusafdelinger integrerer modellens form og design i den kliniske praksis og i den daglige ledelse. Implementering og transformation er nøgleordene. Den Danske KvalitetsModel skal gøre en forskel, ellers bliver det alene en øvelse, som vil

tage resurser fra den daglige behandling og pleje af patienterne. Derfor sætter vi allerede på årsmødet i januar 2005 fokus på, hvilke resultater kvalitetsarbejdet giver.

Igennem de seneste år er grundlaget for kvalitetsvurdering lagt i sygehusene, dels via de danske kvalitetsinitiativer som Den Gode Medicinske Afdeling, Det Nationale Indikatorprojekt, Landsdækkende Patientundersøgelser, landsdækkende kliniske databaser og meget mere. Men erfaringen fra projekterne viser, at datavaliditeten, datakompletheden og ikke mindst nytten af rapporteringerne kan blive væsentligt bedre. Der er ud over projekterne lagt mange kræfter i udvikling af referenceprogrammer og kliniske retningslinjer, men igen viser erfaringerne, at ikke alle retningslinjerne anvendes i daglig klinisk praksis til gavn for patienterne.

Vi skal selvfølgelig fortsat være optaget af at udvikle standarder og indikatorer, referenceprogrammer og kliniske retningslinjer, men det er kun den ene side af kvalitetsudviklingen. Interessen fra både klinikerne og lederne på sygehusene må også rette sig mod, hvordan det hele integreres i dagligdagen. Hvad fremmer anvendelse, og hvilke barrierer er der? Data som grundlag for kvalitetsudvikling begynder og slutter i den daglige behandling og pleje af den enkelte patient.

Jo mere bevidst og struktureret vi kan sikre dataindsamlingen, jo bedre kan vi generere data på grupper af patienter, hvis resultater igen skal komme den enkelte patient til gavn.

Implementering er allerede et nøgleord i Den Nationale Strategi for Kvalitetsudvikling [1]. Der står bl.a. i strategien, at »Sundhedsstyrelsen iværksætter et analysearbejde, der skal identificere hæmmende og fremmende faktorer for implementering af referenceprogrammer«. Fra DSKS vil vi opfordre til, at dette arbejde får lige så stor opmærksomhed som selve udviklingen af Den Danske KvalitetsModel. Vi har brug for mere solid viden om, hvad der skal til, for at referenceprogrammer, standarder, retningslinjer mv. integreres i daglig klinisk praksis og i organisationen på de danske sygehuse. Uden den viden vil Den Danske KvalitetsModel henstå i rækken af initiativer, hvor vi igen må konstatere, at datagrundlaget ikke er tilstrækkeligt til, at vi kan vurdere og sammenligne resultaterne. DSKS vil derfor opfordre til, at analysearbejdet snarest iværksættes. Vi stiller os gerne til rådighed.

Korrespondance: *Monica L. Kjær*, Mave Tarm afdelingen, H:S Bispebjerg Hospital, DK-2400 København NV. E-mail: mlk@dadlnet.dk

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Det Nationale Råd for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. National Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006. København: Sundhedsstyrelsen, 2002.

