

Den Danske Kvalitetsmodel

– set i et kvalitetsudviklingsperspektiv

Af Vibeke Krøll og Jan Mainz

Kvalitetsudvikling har igennem de sidste 15 år haft en central plads på den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske dagsorden i det danske sundhedsvæsen.

I 1993 fik Danmark som et af de første lande internationalt en national strategi for kvalitetsudvikling. I 1999 – 2000 blev der på nationalt niveau etableret en række vigtige initiativer, herunder Det Nationale Råd, Det Nationale Indikatorprojekt, Den Gode Medicinske Afdeling, De Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser, Sekretariatet for Referenceprogrammer og kompetencecentre for de kliniske databaser, og i årene efter projekter for de mellem menneskelige relationer og patientsikkerhed og senest nationale gennembrudsprojekter.

I internationalt perspektiv er Danmark således et af de lande, der er nået længst med systematisk kvalitetsudvikling. Intet andet land har iværksat så væsentlige nationale initiativer for kvalitetsudvikling som det danske sundhedsvæsen. I forhold til gennemsigtighed og gennemsommelighed er Danmark det land, hvor kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser er tilgængelig på detaljeret niveau

på offentligt tilgængelige hjemmesider, herunder www.sundhed.dk og www.sundhedskvalitet.dk.

I 2002 blev en ny strategi for kvalitetsudvikling iværksat. I strategien indgik mål om udvikling af en national model for kvalitetsvurdering. Formålet var at samle de danske nationale initiativer i en dynamisk, sammenhængende kvalitetsmodel, som havde til formål at understøtte akkreditering i det danske sundhedsvæsen.

Vejen fra formål til den færdige model har imidlertid været belagt med mange sten. Op-gaven med at udvikle en dansk akkrediteringsmodel har vist sig at være betydelig mere vanskelig, end de fleste havde forestillet sig. Denne artikel giver bud på nogle af årsagerne til, at udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel har været så vanskelig, og hvad der skal til, for at vi får en model, der kan anvendes til kvalitetsudvikling.

Fra idé til virkelighed

Den Danske Kvalitetsmodel indgik i økonomiaftalerne mellem regeringen og den daværende Amtsrådsforening i 2002 og 2003. En konkret samarbejdsaftale om kvalitetsmodellens organisation blev indgået i 2004 og i december 2004 forelå den såkaldte Modelbeskrivelse af Den Danske Kvalitetsmodel, der først og fremmest beskrev temaer, krav og rammer for Den Danske Kvalitetsmodel (1). Implementeringen, selvevalue-

ring, akkrediteringsforberedelse, den egentlige akkreditering samt vedligeholdelse af modellen blev ikke beskrevet på daværende tidspunkt.

Selv om Modelbeskrivelsen fra 2004 ikke gav svar på en række centrale spørgsmål, er den imidlertid stadig den eneste tilgængelige beskrivelse af Den Danske Kvalitetsmodel. Der foreligger endnu ikke nogen samlet plan for Den Danske Kvalitetsmodel. Det er ud fra en faglig synsvinkel bekymrende, at der ikke foreligger en masterplan for den endelige model og det er formentlig en af forklaringerne på, at der har været uklarhed om, hvilket indhold Den Danske Kvalitetsmodel skulle have. Det svarer til, at man bygger et hus uden tegninger, men på grundlag af en god ide.

Kvalitetsmodellen blev i 2005 etableret som en selvstændig institution, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS (2). IKAS iværksatte i 2006 et omfattende nationalt arbejde, som inddrog i størrelsesordenen 300-400 medarbejdere fra det danske sundhedsvæsen med repræsentation fra samtlige regioner.

Intentionen var, at dansk sundhedspersonale skulle udvikle standarder i relation til kvalitetsmodellens 37 temaer. Udgangspunktet var, at der skulle udarbejdes i størrelsesordenen 4 standarder pr. tema og max. 4 indikatorer pr. standard.

De udviklede standarder med tilhørende indikatorer skulle herefter revideres af det engelske akkrediteringsfirma, Health Quality Service (HQS), som tidligere har akkrediteret sundhedsvæsenet i Sønderjylland. Resultatet af arbejdet blev en model med 115 standarder og godt 800 indikatorer, mens forventningen var ca. 550 indikatorer.

Efter høringsperioden i foråret 2007 stod det klart, at der var behov for en opstramning af modellens indhold, omfang, sammenhæng og terminologi, såfremt det skulle være realistisk for det danske sundhedsvæsen at håndtere modellen i praksis.

Bestyrelsen for IKAS besluttede derfor i juni 2007 at nedsætte en revisionsgruppe, der skulle gennemgå og færdiggøre standardmaterialet til modellen på baggrund af den gennemførte høring.

Revisionsgruppen skal bl.a. fokusere på indhold og omfang af standarder og indikatorer, reduktion i omfang af indikatorer, specielt henset til antal af journalaudits osv. (3).

Arbejdet skal færdiggøres i december 2007. Efter en kort høringsperiode henover jul og nytår skal modellen testes på forskellige hospitaler, hvorefter det endelige sæt af standarder og indikatorer forventes at foreligge i sommeren 2008.

Som beskrevet tog arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel altså sin begyndelse i 2002. Vi skriver nu 2007 (snart 2008), og vi har endnu ikke set den model, der skal danne grundlag for akkreditering i det danske sundhedsvæsen. De centrale spørgsmål er: Hvorfor er det så svært at kreere modellen? Hvad er det, der står i vejen?

Formål med en særlig dansk kvalitetsmodel

Intentionen var at skabe en særlig dansk model, baseret på standarder og indikatorer, som



Vibeke Krøll, chefsygeplejerske MPH, Århus Universitetshospital Skejby. Er formand for Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Email: vkr@sks.aaa.dk



Jan Mainz, professor, overlæge, Ph.D., Syddansk Universitet.

var realistisk, relevant og nyttig for det danske sundhedsvæsen. Endvidere var intentionen at udvikle en model, hvor standarderne i så høj grad som muligt var operationelt målbare, dvs. at de skulle understøttes af relevante og informationsgivende indikatorer. Det fremgår af den oprindelige modelbeskrivelse fra 2004 (1).

Formålet med modellen var endvidere at sikre gode patientforløb til gavn for patienterne, således at patienterne oplever bedre kvalitet. Samtidig skal der sikres en fortsat faglig og organisatorisk forbedring af patientforløbene.

Endvidere skal modellen sikre synliggørelse af kvaliteten og fremme kontinuerlig forbedring af sundhedsvæsenets ydelser, dvs. at den skal understøtte gennemsigtighed og gennemsuelighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet, dvs. at resultatet skal kunne offentliggøres.

Det er værd at hæfte sig ved formålet – at modellen skal være til gavn for patienterne, at den skal være indikator-drevet og sikre fortsat kvalitetsfor-

bedring samt at resultaterne skal offentliggøres.

Modellen set i et kvalitetsteoretisk perspektiv

Set ud fra et kvalitetsteoretisk perspektiv rejser der sig en række problemstillinger i forhold til høringsudgaven af standarderne til Den Danske Kvalitetsmodel, herunder:

- Skal resultaterne af modellen kunne måles? Hvis ja, så skal der udvikles valide og reliable indikatorer med tilhørende datadefinitioner.
- Skal der af standarderne fremgå et specifikt standardniveau, dvs. en tærskelværdi, eller er det alene surveyors bedømmelse af, hvad der er godt nok, der skal gælde?
- Er samtlige standarder lige vigtige, når man betragter en organisation ud fra de 37 temaer, modellen foreskriver?
- Er kravet, at vi skal kunne sammenligne organisationen over tid og organisationen med andre?
- Skal standarderne være evi-

densbaserede? Hvis svaret er nej, kan vi ikke forvente, at kvaliteten forbedres, såfremt standarderne efterleves.

Fælles for disse spørgsmål er, at de repræsenterer en forskellighed i opfattelse af dokumentations- og målemetoder, om tilgang til kvalitetsudvikling, om krav til data, samt om sammenlignelighed og offentliggørelse.

Disse nævnte spørgsmål har ikke haft en central plads i udviklingen af Den Danske Kvalitetsmodel. Imidlertid er diskussionen heraf vigtig, idet svarene på spørgsmålene har konsekvenser for, hvordan modellen kommer til at se ud. Men diskussionen af kernespørgsmålene er udeblevet.

Det er endvidere et dilemma, at der ikke foreligger en samlet plan for Den Danske Kvalitetsmodel, som åbner og inviterer til diskussion af modellens konkrete elementer. Når det ikke er eksplicit formuleret, er det vanskeligt at forholde sig til dem.

Der er som bekendt gennemført akkreditering i mange lande, ligesom to af de daværende amter i Danmark har gennemgået en akkrediteringsproces (H:S og Sønderjylland). Der foreligger ikke dokumentation for, at akkreditering har betydning for patienterne, således at kvaliteten forbedres for den enkelte patient. Faktisk er konklusionen i de internationale studier, at der er manglende dokumenteret effekt på den faglige proceskvalitet og på de kliniske resultater (3).

De fleste internationale akkrediteringssystemer er baseret på mange og meget kvalitative standarder, som gør det vanskeligt at sammenligne kvaliteten, dels med sig selv, dels med andre. Undersøgelser har eksempelvis vist, at akkrediteringsscore er en dårlig prediktor for hospitalsmortalitet og komplikationsrater.

Med denne viden som grundlag var det derfor væsentligt, når vi skulle udarbejde en særlig dansk model, at den var standard- og indikatorbaseret, at den byggede på tydelige datadefinitioner, at den var baseret på patientforløb og baseret på anvendelse af kliniske retningslinier, samt at målinger og analyser var baseret på klinisk epidemiologiske principper.

Der er imidlertid ikke noget der tyder på, at vi får en særlig dansk kvantitativ indikatorbaseret akkrediteringsmodel, som det var målsætningen, og som gør det muligt for et hospital at sammenligne sig selv over tid og at sammenligne sig selv med andre. Dermed bliver det uhyre vanskeligt at finde ud af, om der finder en udvikling sted.

Indikatormonitorering

Når der i grundlaget for Den Danske Kvalitetsmodel er lagt vægt på, at den skal være indikatorbaseret, er det fordi, det er dokumenteret, at indikatormonitorering har dokumenteret effekt, dvs. at monitorering forbedrer proceskvalitet og det kliniske resultat (4,5).

Når indikatorer udvikles, er det nødvendigt, at de opfylder bestemte krav. En kvalitetsindikator skal bl.a. være meningsfuld og forståelig, valid (dvs. at den måler det, man vil måle) og reliabel (dvs. at forskellige personer vil nå frem til samme resultat, når de anvender den samme målemetode), og man skal kunne agere på baggrund af de data, der indsamles.

En indikator er fx ikke »relevant personale er instrueret i sygehusets dokumenterede strategier«. Udsagnet er uklart – hvad er relevant personale? Hvad skal der til for at en strategi er dokumenteret? osv. Det er også så uklart en formulering, at det er vanskeligt at anvende et sådant udsagn som

grundlag for selvevaluering internt i hospitalet, ligesom det er umuligt at anvende det som sammenligningsgrundlag med andre. Og endelig vil det i sidste ende være vanskeligt at offentliggøre resultatet af.

At sammenligne data over tid og at sammenligne data med andre kræver dokumentation og måling. Uden et tydeligt datagrundlag er det vanskeligt at finde ud af, om en forandring er en forbedring.

Indikatormonitorering på grundlag af tydelige indikatorer er en klar forudsætning for, at modellen kan gavne patienterne, som er et godt og ædelt mål i lyset af, at forberedelse og gennemførelse af akkreditering i det danske sundhedsvæsen er en omfattende og tidskrævende proces. Derfor må og skal borgere og politikere naturligvis stille krav om, at de ressourcer, der prioriteres til dette, har en nytteværdi.

Patientforløb

Intentionen i modellen er også, at den skal baseres på patientforløb. Det giver god mening og nytte. Fra litteraturen ved vi, at netop arbejdet med patientforløbsbeskrivelser har effekt. Flere undersøgelser peger på, at systematisk arbejde med patientforløb reducerer indlæggelsestid, reducerer ventetid på akut behandling (f.eks. trombolyse ved AMI), forbedrer diagnostik, nedsætter resourceforbrug, reducerer variationer, forbedrer dokumentation i journaler, forbedrer kommunikation mellem sundhedsprofessionerne og forbedrer udskrivningskoordination.

Forudsætningen for, at Den Danske Kvalitetsmodel kan understøtte nytten af patientforløbsbeskrivelser er, at modellen i sin udformning lægger op til dette, dvs. at standarder og indikatorer relaterer sig til patientforløb på det generelle og specifikke niveau og i en form, der gør det muligt for kliniker-

ne at sammenfatte og sammenstille de forskelle standarder og indikatorer. Det kræver et betydeligt fokus i modellens sammenhæng.

Kliniske retningslinier

En klinisk retningslinie defineres som »systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer« (6). Systematisk udarbejdede retningslinier betyder, at de er evidensbaserede og udarbejdet på grundlag af videnskabelig metode med opfyldelse af de krav, der er formuleret i AGREE-instrumentet (7).

Litteraturen dokumenterer, at anvendelse af kliniske retningslinier reducerer variationer, forbedrer den faglige proceskvalitet (diagnostik, behandling, pleje) og forbedrer de kliniske resultater for patienterne. Der er derfor god grund til at understrege betydningen af kliniske retningslinier i den danske model. Studier fra USA og Holland dokumenterer, at 30-40% af patienterne ikke modtager behandling, der er baseret på evidens og at 20-25% af udført behandling ikke er nødvendig eller direkte skadelig (8,9).

Dette betyder, at det ikke er tilstrækkeligt, at der i en dansk model er krav om, at givne retningslinier foreligger. For at modellen skal komme patienterne til gavn skal kravet i langt højere grad rette sig mod kvaliteten af retningslinierne, fx andelen af de foreliggende retningslinier, der er vurderet efter AGREE-instrumentet og krav om fx opdateringsinterval. Endelig skal den sikre, at der er standarder og indikatorer, der tager stilling til, hvordan efterlevelse eller afvigelser fra gældende retningslinier og instrukser dokumenteres.

Konklusion

For at kunne tale om udvikling og forbedring må man vide, om der reelt er tale om en forbedring. Det kræver dokumentation og måling. Det var intentionen i 2004, men det er vanskeligt indtil nu at se disse intentioner omsat i den nuværende model.

Den grundlæggende diskussion om kvalitetsmetoder set i lyset af den danske model er udeblevet, men er nødvendig, for at vi kan få en model, der vil gavne patienterne. Netop fraværet af denne grundlæggende diskussion gør, at præsentation af modellen har været så lang tid undervejs. Så skal vi nå målet, er vi nødt til at tage den.

Hvis ikke der levnes plads til denne diskussion ud fra et kvalitetsteoretisk perspektiv er faren, at vi kan ende med et indhold i en »særlig« dansk model, som i bedste fald kun får betydning for administratører og som i værste fald af kli-

nikerne opfattes som unødigt tidsforbrug og fravær fra kerneydelsen. Det er jo netop det, dokumentationen i den internationale litteratur viser.

Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen udtalte i september 2007, i forbindelse med Kvalitetsreformens offentliggørelse, at det er på tide, vi i højere grad måler på det, der kommer ud af det – effekten – end på hvordan vi får tingene til at ske. Uanset partifarve kan vi ikke være mere enige. Det må være resultaterne og patienternes gavn, der står øverst på dagsordenen i sundhedsvæsenets kvalitetsudvikling.

Det moderne sundhedsvæsen bør kunne dokumentere sit værd. Dette vil kun være muligt, såfremt Den Danske Kvalitetsmodel hviler på transparente kvalitetsmetoder, på klar terminologi, på tydelige datadefinitioner og på indikatormonitorering, der er funderet i klinisk epidemiologi. Almindelig sund fornuft gør det ikke alene.

Referencer

1. Den Danske KvalitetsModel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse, København: Sundhedsstyrelsen, december 2004
2. www.kvalitetsinstitut.dk
3. Moth. G et al. Akkreditering i MTV-perspektiv. Uge Skr Læger, 2004
4. Mainz J, Krog BR, Bjørnshave B, Bartels P. Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: The Danish National Indicator Project. International Journal for Quality in Health Care 2004.
5. Mainz J. Quality indicators: essential for quality improvement. International Journal for Quality in Health Care 2004
6. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren og Sundhedsstyrelsen, 2003
7. AGREE. Vurdering af kliniske vejledninger. AGREE-instrumentet. The AGREE Collaboration, september 2001. www.agreecollaboration.org
8. Grimshaw JM et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technology Assessment 2004;8:6:1-7
9. Grimshaw JM, Grol R. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. The Lancet 2003;362:October 11:1225-1230.