

NATIONAL STRATEGI

for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Fælles mål og handleplan
2002 – 2006

Det nationale råd for kvalitetsudvikling
i sundhedsvæsenet

Forord

I 1993 udgav Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i samarbejde en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, som siden har fungeret som en fælles ramme for indsatsen.

For yderligere at fremme kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet og styrke den overordnede koordinering blev der i 1999 etableret et nationalt råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Rådet har bl.a. haft til opgave at revidere og videreudvikle den nationale strategi.

Forventningerne til kvaliteten i det danske sundhedsvæsens ydelser er ikke blevet mindre siden 1993. Det forventes således i dag, at der sker en kontinuerlig og systematisk kvalitetsvurdering, og at kvalitetsoplysninger stilles til rådighed for borgerne som grundlag for det frie valg.

Der er derfor med den nye strategi lagt op til et højt ambitionsniveau, der også omfatter udvikling af en fælles dansk model for kvalitetsvurdering.

Det overordnede mål med strategien er at bidrage til en høj kvalitet både i forhold til de enkelte sundhedsydelser og med hensyn til at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløbene. Dette forudsætter udvikling af en kvalitetskultur på de enkelte arbejdspladser i sundhedsvæsenet, og et tæt samarbejde mellem sundhedsvæsenets forskellige sektorer.

Kvalitetsudvikling er en kontinuerlig proces, hvor nye kvalitetsforbedrende aktiviteter og værktøjer til stadighed udvikles og afprøves,

inden de integreres i den daglige drift. Den nye strategi omfatter derfor også en bred vifte af forskellige indsatsområder, der skal styrkes i årene fremover.

Implementeringen af strategien påhviler både de centrale og de decentrale sundhedsmyndigheder og i særlig grad lederne i sundhedsvæsenet. Det er i høj grad op til lederne i sundhedsvæsenet at skabe de nødvendige rammer for, at sundhedspersonalet kan yde en indsats på et højt kvalitetsniveau.

Vi har i Danmark en god tradition for et positivt og konstruktivt samarbejde mellem sundhedspolitikere, sundhedsmyndigheder, de sundhedsfaglige miljøer og de faglige organisationer. Et samarbejde som mange andre lande misunder os.

Nærværende strategi er også et udtryk for dette samarbejde, og det er derfor et ønske, at den nye nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet må blive godt modtaget blandt alle sundhedsvæsenets aktører.

Lars Løkke Rasmussen
Indenrigs- og
sundhedsminister

Jens Kristian Gøtrik
Medicinaldirektør

Indhold

1. Indledning 5
2. Forventninger, grundlæggende principper og mål 6
3. Udvikling af en kvalitetskultur 8
4. Patientforløb – flere perspektiver 10
5. Kvalitetsmåling, vurdering og formidling 12
6. Uddannelse og kompetenceudvikling 15
7. Dokumentation og IT 16
8. Indsatsområder 18
 - 8.1 Patientindflydelse og brugerinddragelse 18
 - 8.2 Patientsikkerhed 20
 - 8.3 Formidling af viden og åbenhed i systemerne 21
 - 8.4 Kompetenceudvikling 23
9. Koordination og implementering 26
10. Referencer 27

Bilag

1. Oversigt over indsatsområder/aktiviteter (kort version) 29
2. Oversigt over medlemmer i Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet 31

1. Indledning

I 1993 udsendte Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen i fællesskab en national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Strategien var udarbejdet af Sundhedsstyrelsens udvalg for kvalitetsudvikling og omfattede en generel præsentation af kvalitetsudvikling som begreb, en præcisering af ansvarsfordelingen på de forskellige niveauer i sundhedsvæsenet samt udvalgte eksempler på kvalitetsudviklingsaktiviteter (1).

Formålet med den nationale strategi fra 1993 var dels en præsentation af området dels et ønske om at få kvalitetsudvikling mere systematisk integreret i sundhedsvæsenet. Det var samtidig et første forsøg på at etablere en fælles forståelse og begrebsanvendelse som grundlag for det videre arbejde. Strategien var primært målrettet de politiske og administrative beslutningstagere og det ledende sundhedspersonale, men også det øvrige sundhedspersonale.

Som opfølgning på strategien blev der i Sundhedsstyrelsens regi udgivet en række publikationer omfattende konkrete metoder og redskaber, og i forlængelse af de centrale initiativer blev der i de efterfølgende år iværksat mange decentrale kvalitetsprojekter. Mange amter har i dag etableret kvalitetsenheder i amts- eller sygehusregi, og der er etableret amtslige kvalitetsudviklingsudvalg med henblik på at fremme kvaliteten af ydelserne i praksissektoren.

Den øgede sundhedspolitiske opmærksomhed på området har medvirket til, at der indenfor de senere år er etableret en række større

landsdækkende projekter og initiativer i nært samarbejde med de videnskabelige selskaber og faglige sammenslutninger. Derudover indgår kvalitetsudvikling også som en integreret del i de årlige økonomiaftaler mellem regeringen og amterne.

Interessen for kvalitetsudvikling er ikke kun et dansk fænomen, og der eksisterer i dag et europæisk forum og et internationalt selskab, hvor der arbejdes med metodeudvikling. De internationale erfaringer på området bekræfter, at der ikke er én enkel metode, der er bedst egnet til at sikre den samlede kvalitet i sundhedsvæsenet, og at Danmark – på lige fod med de øvrige lande – kan være med til at bidrage til den fortsatte udvikling.

For at sikre en overordnet landsdækkende koordinering og styring blev der i 1999 etableret et nationalt råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet med medicinaldirektøren som formand. Rådet er sammensat af repræsentanter for alle væsentlige aktører indenfor sundhedsvæsenet, og til støtte for rådets virke er der etableret et projektkoordineringsudvalg, der sammen med Sundhedsstyrelsens kvalitetssekretariat varetager det løbende arbejde.

Rådet afholdt i efteråret 2000 en konference, hvor strategier og opgaver blev drøftet, herunder forventninger og krav til en ny national strategi for kvalitetsudvikling. Det fremgik af konferencen, at en ny national strategi skulle afspejle udviklingen på området samt omfatte fælles nationale indsatsområder, der inddrog både den primære og sekundære sundhedssektor.

2. Forventninger, grundlæggende principper og mål

Den nationale strategi skal – i lighed med den nationale strategi fra 1993 – fungere som en fælles ramme for det fortsatte arbejde med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Kvalitet i sundhedsvæsenet er ikke en statisk størrelse, der en gang for alle kan fastlægges. Det er en kontinuerlig proces, hvor ny viden og nye metoder løbende inddrages. Det overordnede mål for indsatsen er fortsat inspireret af WHO's kvalitetsmål:

- Høj professionel standard
- Effektiv ressourceudnyttelse
- Minimal patientrisiko
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet

Ved udarbejdelse af strategien er der derfor lagt vægt på, at alle dimensioner i WHO's kvalitetsmål er medtænkt, og at resultater af de iværksatte landsdækkende kvalitetsinitiativer målrettet kan inddrages. Det er ligeledes tilstræbt, at strategien kan understøtte den fortsatte integration af kvalitetsarbejdet i sundhedsvæsenets drift og fremme udviklingen af en kvalitetskultur i de enkelte enheder og i sundhedsvæsenet generelt.

Udvikling af en kvalitetskultur forudsætter en aktiv involvering af alle aktører og ansatte i sundhedsvæsenet, og det er derfor også et mål, at strategien bliver formidlet bredt ud for at sikre kendskab til strategien og for at fremme strategiens implementering.

De grundlæggende principper for kvalitetsudvikling, der omfatter: Kvalitetsudvikling som en systematisk kontinuerlig proces, hvor erfaringer og ny viden løbende og målrettet anvendes, egenkontrol, fælles ansvar og inddragelse af brugersynspunkter – er ikke ændret i forhold til den tidligere strategi. Den udvikling, der har fundet sted siden 1993 i retning af større åbenhed, har imidlertid tilført området en yderligere dimension, der også influerer på de grundlæggende principper.

Der er i dag en klar forventning om øget information vedrørende sundhedsvæsenets ydelser, herunder et krav om sammenlignelighed mellem sundhedsvæsenets forskellige institutioner og enheder målt i forhold til udvalgte kvalitetsparametre. Det er således ikke længere tilstrækkeligt at arbejde med kvalitetsudvikling som et internt anliggende for sundhedsvæsenet.

STRATEGIENS OPBYGNING, OMFANG OG TIDSPERSPEKTIV

Første del af strategien indeholder en kort præsentation af centrale tværgående temaer, hvor omdrejningspunktet er det gode patientforløb. Ved beskrivelsen er det tilstræbt at synliggøre, hvordan det enkelte tema bidrager til at fremme kvalitetsudvikling, men derudover også at synliggøre de problemstillinger, der er knyttet til temaet.

Anden del af strategien indeholder en beskrivelse af konkrete indsatsområder og aktiviteter, der skal iværksættes, hvoraf nogle allerede

er iværksat eller er undervejs. Aktiviteterne er sat ind i en ramme, der samtidig signalerer karakteren af den indsats, der skal fremmes i strategiperioden.

Kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenets indsats omfatter alle de aktiviteter, der finder sted i sundhedsvæsenet. Det vil sige både diagnostik, behandling og pleje, den forebyggende og sundhedsfremmende indsats samt genoptræning og rehabilitering. Når der fremover i strategien anvendes begreberne afdeling eller enhed refererer det således både til sygehusafdelinger og enheder i den primære sundhedssektor f.eks. en hjemmeplejeenhed eller en lægepraksis.

Det er vigtigt at pointere, at strategien ikke tilsigter at give et udtømmende billede af alle de kvalitetsudviklingsaktiviteter og projekter, der aktuelt pågår i sundhedsvæsenet. Det er heller ikke muligt – indenfor strategiens ramme – at give detaljerede metodeanvisninger. Der henvises i stedet til de angivne referencer.

Strategiperioden er fastlagt frem til år 2006, og udviklingen indenfor de enkelte indsatsområder vil blive fulgt af Det nationale råd for kvalitetsudvikling, der også vil have mulighed for at justere strategien undervejs, såfremt det vurderes, at der er aktiviteter, der yderligere skal fremmes, og/eller der er behov for iværksættelse af nye aktiviteter.

3. Udvikling af en kvalitetskultur

En nødvendig og grundlæggende forudsætning for at sikre en kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet er knyttet til organisationen og den kultur, der præger den enkelte sygehusafdeling, hjemmeplejeenhed eller lægepraksis.

Patienternes og de pårørendes forventninger til sundhedsvæsenets indsats omfatter alle de områder, der er indeholdt i WHO's mål for kvalitet i sundhedsvæsenet. I arbejdet med kvalitetsudvikling af indsatsen er det derfor ikke tilstrækkeligt at fokusere på kvaliteten af et enkelt aspekt. Omvendt kan det være nødvendigt i en afgrænset periode at sætte fokus på enkeltområder uden dog at miste helhedsperspektivet i forhold til kvaliteten af det samlede patientforløb.

Der er i litteraturen beskrevet mange forskellige modeller for, hvordan man kan udvikle en organisation med henblik på at fremme kvaliteten af organisationens ydelser. Det centrale og gennemgående tema i alle modellerne indenfor sundhedsvæsenet er dog betydningen af den menneskelige faktor. Det vil sige den enkelte medarbejders forståelse, accept og adfærd i forhold til det valgte kvalitetskoncept.

Udvikling af en kvalitetskultur i en afdeling/enhed stiller derfor særlige krav til ledelsen, der rækker udover anvendelse af hensigtsmæssige metoder, redskaber og procedurer.

Man kan for en kortere periode få medarbejderne i en organisation til at handle på en bestemt måde i forhold til konkrete enkelt

opgaver, men udvikling af en kvalitetskultur er andet og mere end en afvikling af enkeltopgaver.

Ledelsen har ansvar for at skabe en kultur, hvor alle påtager sig et medansvar for enhedens samlede kvalitetsniveau og til stadighed er opmærksom på mulige forbedringer.

Et karakteristisk kendetegn ved det danske sundhedsvæsen er den decentrale struktur og den relative autonomi, hvormed den enkelte medarbejder varetager sine opgaver i samarbejde med patienten og de pårørende. En autonomi der er mulig, fordi Danmark har et veludviklet uddannelsessystem for alt sundhedspersonale.

Det er vigtigt, at denne tradition fastholdes samtidig med, at der implementeres fælles mål for de sundhedsfaglige ydelser, og at der arbejdes med at udvikle en kultur, hvor fejl og uhensigtsmæssige forløb åbent kan drøftes, og hvor patientens og de pårørendes vurdering løbende inddrages.

Kendetegn for en kvalitetskultur i sundhedsvæsenet:

- En behandlings-, pleje- og omsorgsideologi, hvor patient og pårørende er i fokus for enhedens aktiviteter
- En arbejdstilrettelæggelse, der tager udgangspunkt i patientforløb, og hvor patientsikkerhed er i højsæde
- En anerkendelse af patienten og de pårørende som værende vigtige samarbejdspartnere
- En ledelsesform, der fremmer en åben dialog, hvor udvikling, refleksion og læring er væsentlige elementer i afdelingens/ enhedens målsætning
- En fælles interesse for ledelse og medarbejder i hele tiden at være ajour med ny viden indenfor enhedens område
- En organisatorisk fleksibilitet, der sikrer at ny viden implementeres, herunder også teorier og metoder for kvalitetsudvikling

Ansvar for udvikling af en kvalitetskultur påhviler ikke alene den enkelte leder/mellemleder i samspillet med medarbejderne, men i lige så høj grad sygehusets/institutionens ledelse, det overordnede forvaltningsniveau og det politiske niveau. Kvalitet i patientforløbene skal efterspørges og tilstræbes på alle niveauer.

4. Patientforløb – flere perspektiver

Som anført indledningsvis er målet for kvalitetsudviklingsindsatsen det gode patientforløb. Et patientforløb kan kort beskrives som summen af alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som patienten oplever i mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med håndteringen af et givet sundhedsproblem.

Fokuseringen på patientforløb er vigtig at fastholde for at sikre helhed og kontinuitet indenfor og imellem de forskellige sektorer i sundhedsvæsenet.

Begrebet "patientforløb" kan anskues fra forskellige perspektiver, og arbejdet med kvalitetsudvikling må tage afsæt i patientens behov og problemer, den faglige kontekst og de organisatoriske rammer og muligheder.

PATIENTFORLØB I FORHOLD TIL PATIENTENS OG DE PÅRØRENDES PERSPEKTIV

Patienten er den eneste, som gennemgår et helt sygdomsforløb – lige fra de første symptomer opstår og egen læge eller vagtlæge kontaktes til evt. indlæggelse, undersøgelse, behandling, efterbehandling og rehabilitering. Ofte vil forløbet tillige blive fulgt på nært hold af de pårørende.

Patienten og de pårørende har deres egen oplevelse af forløbet. De vurderer henvisningsprocedurer, hvordan pleje- og behandlingsteamet fungerer, om arbejdstilrettelæggelsen virker hensigtsmæssig, om der er en fornuftig kontinuitet og samordning af undersøgelse,

behandling og pleje, og om der gives relevant og tilstrækkelig information undervejs i forløbet.

De medmenneskelige relationer, kvaliteten af omsorgen i behandlingen og plejen, personalets inddragelse af patienten og de pårørende, den interne kommunikation – vil blive opfanget, registreret og vurderet af patienten.

Patienten og de pårørende vurderer ligeledes den anvendte teknologi og resultaterne af behandlingen, om indsatsen bidrog til at løse eller mindske hans/hendes sundhedsproblem og/eller om den samlede indsats virkede fremmende i forhold til opretholdelse af funktionsevne og livskvalitet.

Både som et led i det konkrete patientforløb og som et led i den generelle kvalitetsudvikling er det derfor vigtigt at opsamle og tage ved lære af patientens og de pårørendes vurderinger, og der findes flere modeller for og erfaringer med, hvordan og hvornår i processen dette kan ske mest hensigtsmæssigt (2,3).

PATIENTFORLØB I FORHOLD TIL ET SUNDHEDSFAGLIGT PERSPEKTIV

Den enkelte fagperson oplever og vurderer den enkelte patients sygdoms- og behandlingsforløb ud fra et fagligt og etisk perspektiv. I et afdelingsperspektiv vil patientforløbene være afdelingens patientgrupper med karakteristiske sygdomsbilleder og de dertil knyttede pleje- og behandlingsprogrammer. Perspektivet forskydes herved fra et individorienteret niveau til et patientgruppeniveau.

For den praktiserende læge, den kommunale hjemmepleje og i sundhedsplejen vil begrebet patientforløb ofte blive opfattet som værende forløbet for den enkelte patient/klient, men kvalitetsudviklingsindsatsen i den primære sundhedssektor vil også kunne omfatte definerede patient- og klientgrupper, der enten alene behandles i den primære sektor eller i et samarbejde mellem primærsektoren og sygehussektoren.

Det vil som regel være på patientgruppeniveauet arbejdet med den systematiske kvalitetsudvikling foregår, og hvor det er vigtigt at kvalitetssikre det samlede patientforløb (4).

Kvalitetsudvikling af patientforløb kan understøttes af referenceprogrammer, som omfatter en beskrivelse af de elementer, der bør indgå i undersøgelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter med en bestemt sygdom eller symptomkompleks samt de organisatoriske aspekter, der er forbundet med forløbet. Det vil sige det samlede patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

Referenceprogrammer, der almindeligvis udarbejdes på nationalt plan, kan danne baggrund for mere detaljerede behandlingsanvisninger i form af kliniske vejledninger og lokale retningslinier (5).

PATIENTFORLØB I FORHOLD TIL ET ORGANISATORISK PERSPEKTIV

For ledere, embedsmænd og politikere vil patientforløbsbegrebet også blive anskuet ud fra et mere organisatorisk perspektiv omfattende organisation, produktivitet, effektivitet og den samlede kvalitet i forhold til en økonomisk forsvarlig drift. Her indgår udvikling af sundhedsfaglig- og produktionsrelateret opsamling af data, patientforløbsregistre og den generelle IT-udvikling.

Kvalitetsudvikling i forhold til det organisatoriske perspektiv omfatter også den overordnede koordinering af den tværinstitutionelle og tværsektorielle indsats, herunder anvendelse af centrale anbefalinger vedrørende forskellige behandlingsområder, forebyggelsespolitiske tiltag samt anvendelse af medicinske teknologivurderinger og evalueringer.

Ved udarbejdelse af visitationsretningslinier, ved specialeplanlægning og den mere generelle sundhedsplanlægning skal der også tages højde for hensigtsmæssige patientforløb.

Det samme gør sig gældende ved organiseringen af praksissektoren og specielt samarbejdet mellem sygehusene, praksissektoren og den kommunale sundhedstjeneste.

5. Kvalitetsmåling, vurdering og formidling

Hvad er tilfredsstillende kvalitet? Hvordan skal man konkret måle og dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets mangeartede ydelser? Hvilke redskaber kan anvendes? Hvem skal vurdere kvaliteten, og hvordan skal resultaterne af de forskellige typer af kvalitetsmåling-er formidles til sundhedsvæsenets mange aktører og interessenter?

KVALITETSMÅLING – ANVENDTE REDSKABER

Mange af de kvalitetsmål, der i dag anvendes i sundhedsvæsenet, har karakter af kvantitative produktionsmål og afspejler derfor ikke nødvendigvis kvaliteten af de sundhedsfaglige ydelser og kvaliteten af de samlede patientforløb (6).

Kvalitetsmåling af sundhedsvæsenets ydelser forudsætter udvikling og fastlæggelse af kvalitetsmål og standarder med tilhørende målbare indikatorer, der kan anvendes til at belyse, i hvilken grad kvalitetsmålet er opfyldt. Ved systematisk at indsamle data vedrørende udvalgte standarder og indikatorer kan man identificere områder, hvor kvaliteten ikke lever op til de fastsatte kvalitetsmål, og hvor der er behov for at igangsætte kvalitetsforbedrende aktiviteter (7,8,9).

Udvikling af standarder og indikatorer for de forskellige elementer i det gode patientforløb er en ressourcekrævende aktivitet, som der – på forskellig vis og med forskellig tilgang – arbejdes med i de landsdækkende kvalitetsinitiativer¹.

Arbejdet omfatter udvikling af standarder og indikatorer for både strukturelle elementer i patientforløbet, den sundhedsfaglige og forebyggende indsats og for resultater af det samlede forløb målt i forhold til patientens sundhedstilstand.

Standarder og indikatorer kan udarbejdes centralt og/eller lokalt, og der er fordele og ulemper ved begge valg, men under alle omstændigheder er det vigtigt, at standarderne og indikatorerne – så vidt det er muligt – lever op til gængse krav om gyldighed og pålidelighed. De standarder og indikatorer, der udvikles i de landsdækkende kvalitetsinitiativer valideres med henblik på, at de kan anvendes i alle de afdelinger/enheder, der har ansvar for de pågældende patientforløb, så der er mulighed for sammenlignelighed.

¹ Det Nationale Indikatorprojekt (www.nip.dk), Den Gode Medicinske Afdeling (www.dgma.dk), Kliniske Kvalitetsdatabaser, Sundhedsstyrelsen (www.sst.dk), Nationale standarder for sygehushygiejne, Statens Seruminstitut (www.ssi.dk), Referenceprogramsekretariatet, Dansk Medicinsk Selskab (www.sfr.dk), Netværket af forebyggende sygehuse i Danmark (www.forebyggendesygehuse.dk).

KVALITETSVURDERING – INTERN OG EKSTERN EVALUERING

Kvalitetsvurdering af sundhedsvæsenet indebærer en vurdering af de mange forskellige aktiviteter, der knytter sig til patientforløbet, herunder også en vurdering af de mere organisatoriske og strukturelle forhold, der har betydning for at patientforløbet bliver af god kvalitet.

Kvalitetsvurdering kan foretages af institutionen selv – intern evaluering – eller af personer udenfor den pågældende institution – ekstern evaluering. Interne og eksterne evalueringer kan foregå på forskellige måder afhængig af det konkrete formål med evalueringen, og ofte vil der i evalueringen indgå både elementer af intern og ekstern karakter.

Faglig audit er en af de mest anvendte metoder til at vurdere den sundhedsfaglige indsats af konkrete patientforløb, og metoden kan anvendes som et led i den løbende interne evaluering, men metoden kan også udvides til at omfatte ekstern deltagelse (10).

Den løbende overvågning af den sundhedsfaglige indsats via landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser muliggør sammenlignelighed af resultaterne af den sundhedsfaglige indsats i forhold til konkrete patientgrupper. Den enkelte afdeling kan således sammenligne sig med tilsvarende afdelinger, og data-baserne fungerer derved som et element i den interne kvalitetskontrol.

Landsdækkende og tværgående evalueringer af indsatsen i forhold til specifikke sygdomsgrupper er også en anvendt metode til opfølgning på større fælles nationale indsatsområder.

Patienttilfredshedsundersøgelser er indenfor de senere år i stigende grad taget i anvendelse. Den mest almindelige form er spørgeskemaundersøgelser, men også andre metoder, der muliggør mere nuancerede vurderinger, er under udvikling.

Ekstern evaluering i form af akkreditering har i en årrække været anvendt i udlandet specielt i USA, Canada og Australien. En række europæiske lande tager i disse år akkreditering eller akkrediteringslignende metoder i brug. Princippet ved akkreditering er, at en akkrediteringsorganisation leverer forud formulerede standarder, som den institution, der ønsker akkreditering, søger at implementere. Den efterfølgende vurdering af institutionens opfyldelse af standarderne foretages af akkrediteringsorganisationen og ender med en samlet vurdering (11).

Kritikken af akkrediteringsmodellen har hovedsageligt drejet sig om, at akkrediteringsorganisationerne ikke vægtede den sundhedsfaglige kvalitet tilstrækkeligt med risiko for, at et meget væsentligt aspekt af kvalitetsarbejdet blev nedprioriteret. Dertil kommer en opfattelse af, at akkreditering medfører en øget bureaukratisering. Som et positivt element ved akkreditering fremdrages den generelle erfaring med at udvikle og anvende standarder, som et internationalt samarbejde kan bidrage med.

I Danmark er der ikke tradition for at anvende systematisk ekstern kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet, men interessen har været stigende, og der indhentes i disse år erfaringer med forskellige udenlandske samarbejdspartnere bl.a. i H:S og i Sønderjyllands amt.

Der er i forbindelse med økonomiaftalerne for 2002 mellem regeringen og sygehusejerne truffet aftale om, at der skal udvikles en fælles dansk model for kvalitetsvurdering, som skal omfatte en kerne af fælles kvalitetsstandarder,

som alle parter forpligtiger sig overfor. Målet er, at alle sygehuse skal være parate til at lade sig vurdere efter de fælles standarder senest i 2006 (12).

Der skal derfor foreligge en model for det videre arbejde medio 2003, og der arbejdes med forskellige modeller, herunder også muligheden for et samarbejde med udenlandske samarbejdspartnere. Udgangspunktet for en dansk model for kvalitetsvurdering skal være det danske sundhedsvæsen med inddragelse af de nationale kvalitetsudviklingsprojekter og initiativer, anvendelse af såvel intern som ekstern evaluering og fastholdelse af patientforløbsstanskegangen. Det skal ligeledes sikres, at arbejdet med de fremtidige kvalitetsstandarder kan integreres i den daglige praksis, så vægtningen kommer til at ligge på den kontinuerlige kvalitetsudvikling, og at de anvendte kvalitetsstandarder opleves meningsfulde for de sundhedsprofessionelle og de øvrige aktører på området.

FORMIDLING

Der har i sundhedsfaglige og sundhedspolitiske kredse igennem årene været en del debat om, hvem der skulle have adgang til resultaterne af sundhedsvæsenets kvalitetsmålinger. Debatten udspringer af, at mange af de "resultater", der i dag er tilgængelige specielt i forhold til den kliniske kvalitet, endnu kun er velegnede til intern information til brug for kvalitetsudvikling i den pågældende afdeling/enhed. Et særligt problem knyttet til offentliggørelse af kvalitetsdata er bl.a. tidsperspektivet, når registrerede data skal kunne anvendes til at træffe fremadrettede beslutninger f.eks. i form af valg vedrørende sygehusindlæggelse.

I Det nationale råd for kvalitetsudvikling har formidlingsspørgsmålet været drøftet, og der er enighed om, at der er et generelt behov for større åbenhed vedrørende sundhedsvæse-

nets ydelser – en større gennemsækelighed – også i forhold til kvaliteten af indsatsen. Det er rådets opfattelse, at der er behov for en generel debat om spørgsmålet, og at det vil være nødvendigt at indhente yderligere erfaringer i forhold til hvilken form og detaljeringsgrad, der vil være mest hensigtsmæssig (13).

Derfor ønsker rådet bl.a. at følge udviklingen og afprøvningen af Sundhedsstyrelsens projekt med kvalitetsdeklarationer, der bygger på de muligheder for formidling af standarder og indikatorer, der er under udvikling. Kvalitetsdeklarationer, der kan formidles via internettet, vil kunne øge interessen for en mere proaktiv anvendelse af data, og deklARATIONERNE vil også kunne inddrage de fælles standarder, der kommer til at indgå i en dansk model for kvalitetsvurdering. Projektet har vakt stor interesse i de nordiske lande, og det overvejes at indlede et samarbejde med afprøvninger af deklARATIONEN på udvalgte nordiske sygehusafdelinger (14).

I første fase omfatter projektet kun sygehusafdelinger, men på sigt er det tanken, at deklARATIONERNE også skal omfatte den primære sundhedssektor. Kvalitetsdeklarationer i forhold til almen praksis og speciallægepraksis forudsætter dog et yderligere udviklingsarbejde, hvor der tages hensyn til de særlige forhold, der kendetegner praksissektoren.

I den kommunale sundhedssektor er der gode erfaringer med at udvikle kvalitetsstandarder og at anvende servicedeklarationer – specielt indenfor hjemmeplejen (15).

Set i forhold til den generelle kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet vil den øgede tilgængelighed af kvalitetsdata alt andet lige fremme interessen hos sundhedspersonalet for kvalitetsudvikling og anspore til at udnytte de løbende resultater fra de landsdækkende projekter.

6. Uddannelse og kompetenceudvikling

Uddannelse af sundhedspersonale er en væsentlig og ressourcekrævende del af sundhedsvæsenets funktion, der også bør omfattes af en kontinuerlig kvalitetsudvikling. Ligeledes er en hensigtsmæssig dimensionering af de sundhedsfaglige uddannelser en nødvendig forudsætning for, at den sundhedsfaglige indsats kan varetages på et højt kvalitetsniveau. Sundhedsvæsenet er derfor meget afhængig af en velfungerende uddannelsessektor, og der er og bør fortsat være et nært samarbejde mellem uddannelsessektoren og sundhedssektoren.

Traditionelt set er uddannelse af det sundhedsfaglige personale specifikt målrettet det fagområde, den pågældende uddannelse sigter mod. Det betyder, at uddannelserne giver en dybtgående faglig indsigt og en stærk fagidentitet. Den faglige viden om fagets principper og metoder er nødvendig for at sikre, at de sundhedsfaglige ydelser gives på et højt og ensartet niveau, og at der sker en fortsat udvikling af fagområderne.

En stærk fagidentitet kan imidlertid også virke hæmmende for en hensigtsmæssig udvikling af den samlede opgavevaretagelse i sundhedsvæsenet. Kvalitetsudvikling af patientforløb forudsætter bl.a. forståelse for, at de enkelte faglige bidrag skal samordnes og koordineres, og at den enkelte patients oplevelse af forløbet påvirkes af mange faktorer.

Det er derfor ikke tilfældigt, at begrebet kompetenceudvikling, der omfatter mere end specifikke faglige kvalifikationer, i stigende grad inddrages i uddannelsestænkningen. Kompetenceudvikling omfatter således også udvikling af mere generelle kompetencer, her-

under kommunikative færdigheder, organisationsforståelse, ledelse, samarbejdsevne og IT-færdigheder.

I kvalitetsarbejdet indenfor det kirurgiske område har behandlingsplaner og sikkerhedsinstrukser igennem en årrække udgjort væsentlige redskaber, hvor man inden for primærsektoren og indenfor det medicinske og psykiatriske område i højere grad har anvendt audit og supervision. Denne opdeling i forhold til forskellige fagområder er dog ikke så udtalt mere. De enkelte metoder og redskaber kan med de nødvendige tilpasninger anvendes indenfor alle områder, hvilket udviklingen af bl.a. referenceprogrammer og kliniske databaser er gode eksempler på.

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet erhverver viden om forskellige metoder og redskaber til brug ved kvalitetsudvikling. Kvalitetsudvikling som fag og tværfaglig disciplin skal derfor fremover i højere grad integreres i både den teoretiske og den kliniske uddannelse, så sundhedspersonalet allerede i deres grunduddannelse får lejlighed til at arbejde med kvalitetsudvikling. Kvalitetsudvikling bør også indgå i sundhedsvæsenets efter- og videreuddannelsesaktiviteter.

Selvom udviklingen indenfor de senere år har givet øget viden og erfaring med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, må området dog fortsat betragtes som en relativ ny tværfaglig disciplin, der er under fortsat udvikling. Det er derfor også nødvendigt, at der i årene fremover arbejdes med at videreudvikle teorier og metoder – herunder udvikling af en fælles faglig terminologi.

7. Dokumentation og IT

På alle niveauer i sundhedsvæsenet er dokumentation af de sundhedsfaglige ydelser essentiel som basis for kvalitetsudvikling, og dokumentation indgår da også som en integreret del af sundhedsvæsenets arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse (16).

Igennem en årrække har der været satset på at inddrage de fordele, der er forbundet med anvendelsen af ny informationsteknologi til brug ved dokumentation af sundhedsvæsenets ydelser.

Allerede i 1993 anbefalede Sundhedsstyrelsen, at der skulle arbejdes med at udbrede anvendelsen af landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser til brug ved kvalitetsudvikling (17). Udviklingen af kliniske kvalitetsdatabaser har siden da været et prioriteret område, og i år 2000 var der 57 kliniske kvalitetsdatabaser i drift. Antallet af kliniske databaser er dog langt fra tilstrækkeligt, og specielt er der brug for, at der etableres flere kliniske databaser indenfor de alvorlige, ressourcetunge og risikofyldte sygdomsområder (18).

På sigt vil opsamling og strukturering af data til de kliniske databaser foregå via den elektroniske patientjournal (EPJ), der i fremtiden bliver grundstammen for dokumentation i sundhedsvæsenet.

Opsamlingen af data til de kliniske kvalitetsdatabaser vil derved blive væsentligt forenklet i takt med implementeringen af EPJ. Det vil fortsat i nogle år være nødvendigt at arbejde med

separat dataregistrering til data-baserne, hvilket dog ikke må forhindre udvikling og anvendelse af nye databaser.

Da de sundhedsfaglige resultater af sygehusenes indsats – set i forhold til patientens sundhedstilstand – ofte først vil kunne måles efter udskrivelse, er det vigtigt, at de kliniske kvalitetsdatabaser i højere grad end hidtil også omfatter registreringer fra den primære sundhedssektor. For at nå dette mål, er der behov for en større samordning af dokumentationsforløbet, herunder en samordning af de klassifikationer, der anvendes i de to sektorer.

Ved udbygning af IT-systemerne skal det sikres, at der kan kommunikeres over sektorgrænserne. Dette gælder både i forhold til den elektroniske patientjournal, de kliniske kvalitetsdatabaser og de fælleskommunale sundhedsdatasystemer, der også på sigt bør omfatte data vedrørende sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering. Omlægningen af Landspatientregistret (LPR) fra kontaktmodel til forløbsmodel, der forventes tilendebragt i løbet af 2003, understøtter denne udvikling.

Overgangen til den elektroniske patientjournal forudsætter, at der sker en væsentlig udbygning af sundhedsvæsenets IT-udstyr for at opnå tilgængelighed og tilstrækkelig hurtig adgang til netværk og de bagvedliggende informationssystemer. Ligeledes forudsættes det, at udviklingen af EPJ sker med baggrund i fælles faglige og tekniske standarder, der også tager højde for, at de sikkerhedsmæssige for-

hold vedrørende videregivelse af informationer overholdes (19,20).

Kravet om validitet af såvel indrapporterede data som af de metoder og rutiner, der anvendes til indrapporteringen, vil blive skærpet fremover, og den øgede anvendelse af de elektroniske medier vil påvirke den eksisterende arbejdstilrettelæggelse herunder arbejdsfordelingen blandt faggrupperne. Der ligger således en stor ledelsesmæssig udfordring ved indførelsen af ny informationsteknologi.

Set i forhold til den generelle kvalitetsudvikling åbner overgangen til elektroniske medier nye muligheder for en løbende kvalitetsovervågning af de sundhedsfaglige ydelser, og der kan opnås en større effektivitet og sikkerhed i informationsudveksling af patientdata internt i sygehusene, i primærsektoren og på tværs af sektorerne.

På sigt vil indførelsen og anvendelsen af de elektroniske patientjournaler også åbne op for andre samarbejdsformer mellem sundhedspersonale, patienter og pårørende.

8. Indsatsområder

En national strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet må nødvendigvis omfatte brede indsatsområder, der sikrer rum og mulighed for at inddrage de løbende resultater af de mange igangsatte initiativer. Strategiens indsatsområder og konkrete aktiviteter er organiseret og samlet under overskrifterne:

- Patientindflydelse og brugerinddragelse
- Patientsikkerhed
- Formidling af viden og åbenhed i systemerne
- Kompetenceudvikling.

De valgte indsatsområder og de enkelte aktiviteter vil alle kunne bidrage til den kontinuerlige kvalitetsudvikling og derved medvirke til at opfylde dimensionerne i WHO-målene. Som fremført indledningsvis er der ikke én enkel metode, der alene kan sikre den samlede kvalitet i sundhedsvæsenet.

Indsatsområderne skal i øvrigt ses i sammenhæng med de aftaler regeringen og amterne/H:S har indgået vedrørende en række service-mål bl.a. omfattende ventetidsgarantier, kontaktpersonordninger og behandlingsplaner. Derudover har de enkelte amter, H:S og kommunerne yderligere fastlagt forskellige mål og politikker for indsatsen på kvalitetsområdet.

I forhold til almen praksis og speciallægepraksis gør der sig særlige forhold gældende. Sektoren omfatter mange små enheder med et selvstændigt driftsansvar, og kvalitetsudvik-

ling i praksissektoren er derfor tæt forbundet med de aftaler, der er indgået i regi af Sygesikringens Forhandlingsudvalg. Dette kunne tale for, at nærværende strategi blev suppleret med en samlet handlingsplan for praksissektoren, hvor de udmeldte indsatsområder og modeller blev yderligere konkretiseret.

8.1 Patientindflydelse og brugerinddragelse

Med henblik på at fremme patientperspektivet i kvalitetsarbejdet skal der indenfor strategiperioden etableres bedre muligheder og rammer for patienternes og de pårørendes aktive medvirken og indflydelse. Indflydelsen skal ske på alle niveauer, det vil sige både i forhold til det enkelte individuelle patientforløb, i arbejdet med tilrettelæggelsen af pleje- og behandlingsforløb for grupper af patienter og i forhold til den mere generelle planlægning af sundhedsvæsenet.

Mange patientklager vedrører manglende information og en oplevelse af, at man ikke bliver ordentligt inddraget i beslutninger vedrørende behandling, pleje og rehabilitering.

- Øget information vedrørende behandling, pleje og rehabilitering

Det skal tilstræbes, at alle patienter – udover den løbende information og kommunikation – også får skriftlig vejledning/materiale om undersøgelse

ser og behandling samt en skriftlig plan for efterbehandling og kontrol.

Den øgede formaliserede og skriftlige information skal ses som et supplement til den løbende dialog mellem sundhedspersonalet, patienten og de pårørende. Sigtet er at fremme patienternes og de pårørendes mulighed for aktiv deltagelse i behandling, pleje og rehabilitering samt at give bedre mulighed og forudsætninger for en mere ligeværdig dialog mellem patient og behandler.

Sundhedsstyrelsen har tidligere udgivet en række pjecer, hvor konkrete metoder og redskaber til kvalitetsudvikling er blevet behandlet. I tråd hermed er der behov for at samle erfaringerne med audit som redskab i kvalitetsudviklingen, og samtidig få beskrevet, hvordan patienter og pårørende kan inddrages.

- Patientinddragelse i auditprocessen

Sundhedsstyrelsen nedsætter en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de sundhedsfaglige selskaber, praksiskonsulentordningen og patientrepræsentation, der skal samle og beskrive erfaringer med audit som redskab i kvalitetsarbejdet, herunder hvordan patienter og pårørende kan inddrages.

Mange afdelinger/enheder har i dag erfaring med audit som et godt redskab for kvalitetsvurdering og udvikling af patientforløb, men der er behov for en systematisk bearbejdelse af de indvundne erfaringer, herunder også en beskrivelse af, hvordan patientperspektivet mere eksplicit kan indgå.

Den første landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse af sygehusene blev gennemført i år 2000 og undersøgelsen viste bl.a., at der var problemer i forhold til de interne ventetider, og at især akut indlagte patienter oplevede manglende sammenhæng i patientforløbet (21).

- Patienttilfredshedsundersøgelser

I 2002 vil den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse af sygehusene blive gentaget, og derudover skal der i strategiperioden udvikles forskellige modeller og metoder til at opfange patienternes vurdering af sundhedsvæsenets indsats.

Nogle amter og kommuner har allerede udviklet lokale patienttilfredshedsundersøgelser, og der er gode erfaringer med, hvordan undersøgelsesresultaterne kan inddrages i arbejdet med kvalitetsudvikling. I almen praksis er der udviklet en særlig model til at opfange patienternes vurdering af indsatsen, og modellen er under afprøvning i flere amter. Ved udvikling af nye modeller og metoder vil det fremover være muligt at opfange nye aspekter vedrørende patienternes vurdering af sundhedsvæsenets indsats.

Indsatsområdet: **Patientindflydelse og brugerinddragelse**, omfatter iværksættelse af både centrale og decentrale aktiviteter, og der planlægges en landsdækkende konference i Det nationale råds regi, når bl.a. resultaterne af den nye landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse foreligger.

8.2 Patientsikkerhed

En særlig opmærksomhed skal rettes mod patientsikkerheden. Behovet for en øget opmærksomhed er steget i takt med udviklingen af stærkere virkende medicinske præpa-

rater og avanceret teknologisk udstyr kombineret med kravet om øget effektivitet. Denne kombination nødvendiggør en skærpelse af sikkerhedsprocedurer og arbejdsgange samt en effektiv og sikker udveksling af sundhedsfaglige data.

Mange afdelinger/enheder har etableret forskellige former for sikkerhedsprocedurer, men der er fortsat problemer med at sikre den løbende revision og information til nye medarbejdere både på sygehusområdet og i den kommunale sundhedstjeneste.

- Sikkerhedsprocedurer

Indenfor strategiperioden skal det sikres, at der i de enkelte afdelinger/enheder foreligger procedurer for alle væsentlige risikobetonede processer, herunder procedurer for medicinordination og administration, apparaturanvendelse og vedligeholdelse samt hygiejniske forholdsregler.

Procedurebeskrivelser og sikkerhedsanvisninger skal også omfatte klare retningslinier vedrørende ansvar og kontrol for den løbende ajourføring herunder sikring af, at relevant lovgivning og vejledning fra sundhedsmyndighederne implementeres.

I efteråret 2001 forelå resultaterne af en dansk undersøgelse vedrørende omfanget af utilsigtede hændelser baseret på en journalgennemgang af ca. 1000 patientjournaler. Undersøgelsen gav et billede af omfanget og karakteren af skader i en dansk patientpopulation med det forbehold at undersøgelsen var et pilotprojekt, der primært havde som formål at afprøve det valgte design.

Derudover viste undersøgelsen, at omfanget af utilsigtede hændelser belyst med den valgte undersøgelsesmetode var på niveau med tilsvarende udenlandske undersøgelser (22).

- Forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser

I løbet af 2002 skal der etableres systemer for rapportering af fejl og utilsigtede hændelser til brug for iværksættelse af forebyggende initiativer.

Det overordnede sigte med at etablere registreringssystemer for fejl og utilsigtede hændelser er at fremme et større kendskab og en større åbenhed, og at anvende den øgede indsigt til at iværksætte forebyggende initiativer. Rapporteringssystemerne skal derfor opbygges på en sådan måde, at en forebyggende indsats hurtigt kan iværksættes via lokale foranstaltninger. Derudover vil der i forhold til særlige udvalgte hændelser skulle ske en indberetning til et centralt register i Sundhedsstyrelsen. Det centrale register vil fungere som et supplement til styrelsens allerede etablerede hændelsesdatabase og dermed styrke Sundhedsstyrelsens muligheder for at iværksætte mere generelle forebyggende tiltag f.eks. i form af udmelding af landsdækkende faglige retningslinier.

Den løbende dokumentation i sundhedsvæsenet skal i henhold til den nationale strategi for IT-udvikling i sundhedsvæsenet indenfor en årrække overføres til det elektroniske medie for derved at fremme en større sikkerhed i informationsudvekslingen både internt i sygehusene og mellem sygehusene og den primære sundhedssektor (23).

- Elektroniske patientjournaler

Der skal i indsatsperioden ske en gradvis udbygning af elektroniske patientjournaler (EPJ), der bygger på fælles faglige og tekniske standarder.

Amterne og H:S har forpligtiget sig til at anvende de fælles standarder, som Sundhedsstyrelsen har udviklet og afprøver i samarbejde med amterne. Standarderne skal sikre en hensigtsmæssig og effektiv udvikling af informationssystemer i sundhedsvæsenet, så der kan sikres en hurtig og sikker udveksling af informationer mellem de forskellige enheder og sektorer i sundhedsvæsenet og imellem sundhedsvæsenet og patienterne.

Overgangen til den elektroniske patientjournal vil i de kommende år lægge beslag på mange ressourcer, men på sigt vil den elektroniske dokumentation – udover sikkerhedsperspektivet – langt mere aktivt kunne anvendes i den generelle kvalitetsudvikling af patientforløbene i det samlede sundhedsvæsen.

Aktiviteterne indenfor indsatsområdet: **Patient-sikkerhed**, involverer både de centrale og decentrale sundhedsmyndigheder. Sundhedsstyrelsen arbejder derudover med at udvikle et sæt af nationale standarder for patientsikkerhed, der på sigt vil kunne indgå i den danske model for kvalitetsvurdering. Udviklingen indenfor området patientsikkerhed vil fremover også være i fokus for det nyetablerede tværfaglige selskab: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

8.3 Formidling af viden og åbenhed i systemerne

Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet handler i vid udstrækning om at sikre implementering af ny viden. Formidling af ny viden indenfor det sundhedsfaglige område foregår kontinuerligt i de faglige miljøer, men det er nødvendigt, at der fremover sikres en mere systematisk vidensopsamling på tværs af de faglige områder og sektorer, og at den ny viden formidles ind i direkte handlingsanvisende rammer f.eks. via referenceprogrammer, kliniske vejledninger, faglige centrale udmeldinger og medicinske teknologivurderinger.

Formidling af viden er ikke kun et internt fagligt anliggende, og der skal årene i fremover også arbejdes med at øge den generelle information om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser til patienter og borgere.

Udvikling og brug af nationale referenceprogrammer og kliniske retningslinier fremmer implementeringen af ny viden, og resultaterne af de landsdækkende initiativer vedrørende kvalitetsindikatorer kan direkte indarbejdes i programmerne.

- Referenceprogrammer

Der skal i strategiperioden ske en intensivering af arbejdet med at udvikle referenceprogrammer med en særlig vægt på programmer, der kan medvirke til at samordne patientforløb mellem primær og sekundær sundhedssektor, og der bør indledes et samarbejde i nordisk regi.

Dansk Medicinsk Selskab har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i efteråret 2000 etableret et sekretariat for referenceprogrammer (24). Da udarbejdelse af referenceprogrammer er en ressourcekrævende proces, vil et nordisk

samarbejde kunne fremme udviklingen, idet det sundhedsfaglige grundlag for de enkelte programmer i vid udstrækning bygger på resultater af international forskning. En arbejdsdeling mellem de nordiske lande vil derfor kunne øge hastigheden i udviklingen af programmer, og muligheden har været drøftet i den nordiske kvalitetsgruppe, hvor Sundhedsstyrelsen deltag



Sideløbende med udviklingen af flere referenceprogrammer er det vigtigt, at de enkelte afdelinger/enheder i sundhedsvæsenet arbejder med at implementere programmerne i form af nødvendige ændringer og justeringer i lokale behandlings- og plejeprogrammer.

- Implementering af referenceprogrammer

Sundhedsstyrelsen iværksætter et analysearbejde, der skal identificere hæmmende og fremmende faktorer for implementering af referenceprogrammer.

Der er specielt behov for at få udarbejdet anbefalinger, der kan medvirke til at forkorte tidsforløbet, fra et referenceprogram er udarbejdet, til det pågældende faglige område har iværksat og implementeret programmet. Sundhedsstyrelsen vil tage initiativ til iværksættelsen af ovennævnte analyse med baggrund i den igangværende evaluering af implementeringen af referenceprogrammet for hoftebrud (25,26).



Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har siden 1998 udarbejdet og udsendt kliniske vejledninger til de praktiserende læger. De kliniske vejledninger har efterfølgende dannet udgangspunkt for implementerings- og efter-uddannelsesaktiviteter.

- Udvikling og implementering af kliniske vejledninger i almen praksis

Der skal i strategiperioden udvikles yderligere kliniske vejledninger til brug i almen praksis.

De hidtidige erfaringer med kliniske vejledninger peger på, at det er et godt redskab for de praktiserende læger, og dette arbejde bør derfor fortsætte og intensiveres i indsatsperioden i regi af de lægevidenskabelige selskaber.



Implementering af referenceprogrammer og kliniske vejledninger vil fremover i langt højere grad skulle følges via de kliniske kvalitetsdatabaser for de enkelte sygdomsområder.

- Kliniske kvalitetsdatabaser

Indenfor strategiperioden skal det tilstræbes at de store sygdomsgrupper bliver omfattet af landsdækkende kliniske databaser til løbende overvågning af den kliniske kvalitet.

Amterne og H:S har i 2001 indgået en ny aftale om en solidarisk finansieringsmodel, der også omfatter etablering af 3 kompetencecentre tilknyttet universitetshospitalerne. Det vil fortsat være amterne og H:S, der har ansvaret for, at de nødvendige driftsmæssige forudsætninger er til stede. Med den nye aftale er der lagt op til, at der indenfor en årrække vil kunne etableres en række nye databaser, og tilknytningen af kompetencecentre vil medvirke til at sikre en løbende udvikling af de kliniske kvalitetsdatabasers anvendelighed i kvalitetsovervågningen (27).



Med henblik på at følge og vurdere den generelle kvalitetsudvikling i sundhedsvæse-

net vil der blive udarbejdet en dansk model for kvali-tetsvurdering.

- Udvikling af en dansk model for kvalitetsvurdering

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.

Den danske model skal omfatte en kerne af fælles kvalitetsstandarder, som alle amter og H:S forpligtiger sig til at anvende. De fælles standarder skal omfatte væsentlige og relevante områder af sundhedsvæsenet med inddragelse af de landsdækkende initiativer og give mulighed for ekstern evaluering og formidling (28).

I arbejdet med at udvikle en dansk model vil principperne i nærværende strategi naturligt indgå, og det skal bl.a. sikres, at patientforløbstankegangen fastholdes.

For at fremme den interne og eksterne formidling af sundhedsvæsenets virksomhed samt for at øge interessen for kvalitetsudvikling generelt, skal der udvikles et fælles informationsredskab, som kan anvendes af alle afdelinger/enheder i sundhedsvæsenet.

- Kvalitetsdeklarationer

I løbet af 2002 skal der udvikles og afprøves en model for en kvalitetsdeklaration, der på sigt kan anvendes af alle sygehusafdelinger.

I foråret 2002 afprøves en model for en kvalitetsdeklaration for sygehusafdelinger i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og udvalgte afdelinger. Kvalitetsdeklarationen

omfatter udover en præsentation af afdelingen også en dokumentationsdel, hvor den enkelte afdeling præsenterer afdelingens målopfyldelse i forhold til udvalgte kvalitetsstandarder. I projektforløbet vil modellen blive evalueret af patienter, pårørende og de praktiserende læger med henblik på dens egnethed som kilde for information generelt, og til brug ved beslutning vedr. valg af indlæggelse på sygehus. Det er målet, at der også skal udvikles en model til brug i almen praksis og speciallægepraksis.

Kvalitetsdeklarationerne vil – udover formidlingsaspektet – også fungere som inspiration og udviklingsredskab for den enkelte afdeling/enhed i det fortløbende kvalitetsarbejde.

Aktiviteterne under indsatsområdet: **Formidling af viden og åbenhed i systemerne**, påhviler i første fase specielt de centrale og decentrale sundhedsmyndigheder i nært samarbejde med de videnskabelige selskaber og faglige sammenslutninger. Det nationale råd vil i efteråret 2002 afholde en konference om temaet kvalitetsvurdering.

8.4 Kompetenceudvikling

En grundlæggende forudsætning for at sundhedspersonalet til stadighed kan yde en indsats på et højt fagligt niveau er at de sundhedsfaglige uddannelser er af høj kvalitet. Dertil kommer, at der skal være en nær sammenhæng mellem uddannelse og forskning. Kompetenceudvikling skal i denne sammenhæng opfattes som en målrettet indsats for at fremme sundhedspersonalets generelle og specifikke forudsætninger til at medvirke i kvalitetsarbejdet, herunder også medvirke til den fortsatte udvikling af området.

For at fremme sundhedspersonalets kompetencer specifikt i forhold til kvalitetsudvikling er det nødvendigt, at området inddrages i samtlige sundhedsuddannelser.

- Kvalitetsudvikling som obligatorisk fag

Kvalitetsudvikling skal i strategiperioden søges indarbejdet i alle de sundhedsfaglige grunduddannelser som et obligatorisk fagområde, og alle udbydere af efter- og videreuddannelser i sundhedssektoren skal medtage området som en integreret del af undervisningen.

Kvalitetsudvikling, som en selvstændig disciplin, indgår allerede i dag i nogle af sundhedsuddannelserne og mere sporadisk i andre. Sundhedsstyrelsen vil tage initiativ til at området tages op i forhold til de grundlæggende og de mellemlange videregående sundhedsuddannelser. Derudover vil styrelsen medvirke til at sikre, at kvalitetsudvikling indgår som et væsentlig element i arbejdet med målbeskrivelserne for de lægelige specialuddannelser og de specialuddannelser, der er etableret i henhold til Sundhedsministeriets bekendtgørelse om videreuddannelser i sundhedsvæsenet.

Kompetenceudvikling er ikke alene knyttet til formelle uddannelsesaktiviteter. Hovedparten af den uddannelse, der foregår i sundhedsvæsenet, sker løbende på arbejdspladsen. Det er derfor vigtigt, at der i de enkelte afdelinger/enheder er en arbejdstilrettelæggelse, der fremmer det personlige faglige ansvar, og at den enkelte medarbejder gives mulighed for at bruge og udvikle sine kompetencer i samspillet med patienten og de pårørende.

- Arbejdstilrettelæggelse

I strategiperioden skal arbejdstilrettelæggelsen gives en særlig opmærksomhed med henblik på

at fremme hensigtsmæssige patientforløb og en løbende udvikling af medarbejdernes kompetencer.

Der er i sundhedsvæsenet – i lighed med andre organisationer – etableret mange rutiner og traditioner. Hensigtsmæssige rutiner og traditioner kan have en positiv værdi i forhold til organisationens opgavevaretagelse, men rutiner og traditioner kan også medvirke til at fastlåse personalet og hæmme udviklingen af nye modeller for tilrettelæggelsen af arbejdet. Målet er at fremme gode patientforløb og samtidig sikre, at de forskellige faglige og personlige kompetencer udvikles og anvendes bedst muligt (29,30).

Alle strategiens indsatsområder tager sigte på at fremme hensigtsmæssige og gode patientforløb, men en vigtig forudsætning for helhed og kontinuitet i forløbene er også det konkrete, daglige samarbejde mellem personalet i de forskellige sektorer. Der har igennem mange år været arbejdet med dette område bl.a. ved udbygning af praksiskonsulentordninger.

- Øget samarbejde mellem sektorerne

Der skal i indsatsperioden ske en fortsat udvikling af hensigtsmæssige samarbejdsmodeller mellem den primære og sekundære sundhedssektor.

Sundhedsstyrelsen vil – inspireret af Amtsrådsforeningens analyse – tage initiativ til at iværksætte et udvalgsarbejde, der skal kortlægge og beskrive nye samarbejdsmodeller med udgangspunkt i primær praksis (31). Det planlagte udvalgsarbejde skal specielt omfatte kvalitetsudvikling af den forebyggende og sundhedsfremmende indsats, herunder muligheden for at udvikle nye samarbejdsrelationer mellem de praktiserende læger og andre sundhedsprofessionelle grupper.

I takt med den øgede anvendelse af ny informationsteknologi i sundhedsvæsenet er det nødvendigt, at der sker en oprustning af de generelle og specifikke kompetencer i forhold til brug af IT-værktøjer.

- Udvikling af IT-kompetencer

Indenfor strategiperioden skal der ske en oprustning af sundhedspersonalets IT-kompetencer i sammenhæng med de nødvendige omlægninger af arbejds gange.

En forholdsmæssig stor gruppe af de ansatte i sundhedsvæsenet har ikke gennem deres uddannelse og faglige arbejdsliv erhvervet de nødvendige kompetencer til at anvende de nye IT-værktøjer som dagligt redskab og vil derfor have brug for grundig introduktion og oplæring. Indførelse af nye IT-teknologier medfører derudover en kritisk stillingtagen til afvikling af hidtidige informations-systemer/redskaber, ændringer i arbejdstilrettelæggelsen og arbejdsfordelingen mellem de enkelte faggrupper (32).

Kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet er et nyt tværfagligt udviklings- og forskningsfelt, og der er derfor behov for at fastholde og understøtte den positive igangværende udvikling. Både deltagelse i udviklingsprojekter, deltagelse og løbende erfaringsudveksling i de internationale fora vil medvirke til at øge sundhedspersonalets kompetencer.

- Udvikling og forskning

De landsdækkende kvalitetsinitiativer vil fortsætte, og derudover vil der i strategiperioden blive sat yderligere fokus på udvikling af indikatorer også indenfor de mere bløde værdier i sundhedsvæsenet.

Det etablerede samarbejde mellem de landsdækkende initiativer, de sundhedsfaglige selskaber og sundhedsmyndighederne vil fortsætte i årene fremover – også som et led i udviklingen af den danske model for kvalitetsvurdering. Derudover vil udvikling af standarder og indikatorer indenfor etik, omsorg, kommunikation samt kontinuitet og helhed i patientforløb søgt fremmet i indsatsperioden (33).

Den relativt hurtige udvikling indenfor kvalitetsområdet i sundhedsvæsenet har øget behovet for at få udviklet en fælles faglig terminologi. Tidligere anvendte begreber har fået ny betydning, og der er udviklet nye begreber.

- Udvikling af en fælles faglig terminologi

Der skal i indsatsperioden udvikles en fælles faglig terminologi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, som efterfølgende skal søges implementeret.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren har påbegyndt arbejdet, og det forventes, at første udgave vil kunne foreligge medio 2002. Det er aftalt, at Sundhedsstyrelsen vil stå for udgivelsen og i samarbejde med selskabet sikre den løbende nødvendige revision (34).

Aktiviteterne under indsatsområdet: **Kompetenceudvikling**, påhviler i særlig grad de decentrale sundhedsmyndigheder og specielt den enkelte leder i sundhedsvæsenet, de faglige selskaber samt uddannelsessektoren. Nærværende strategi vil derfor også blive formidlet til de sundhedsfaglige uddannelsesinstitutioner.

9. Koordination og implementering

Som det fremgår vil indsatsen i de kommende år omfatte mange forskellige aktiviteter, der tilsammen skal medvirke til at fremme og videreudvikle en kvalitetskultur i sundhedsvæsenet.

De anførte tidsrammer for iværksættelse og implementering af de konkrete aktiviteter afspejler, hvor i udviklingsprocessen den enkelte aktivitet befinder sig. Nogle af aktiviteterne er en videreførelse af tidligere igangsatte projekter, der nu befinder sig i en implementeringsfase. Andre aktiviteter vil først kunne implementeres, når udviklingen er længere fremme. Implementeringen af den samlede strategi vil ikke fuldt ud kunne opnås inden 2006, og der vil være aktiviteter, der skal videreføres i den efterfølgende strategiperiode. Kvalitetsudvikling er ikke en proces der afsluttes, men en proces der skal fastholdes og videreudvikles løbende.

Den overordnede koordinering og opfølgning af strategiens indsatsområder påhviler som tidligere anført Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og projektkoordineringsudvalget under rådet. Den nationale strategi fungerer således også som et arbejdsredskab for det nationale råd, og det er også op til rådet at vurdere, om der i strategiperioden skal tages yderligere fælles nationale initiativer og/eller sættes ekstra fokus på udvalgte aktiviteter.

Den faglige koordination og styring af de enkelte aktiviteter vil fortsat være forankret i de forskellige organisatoriske enheder centralt og decentralt i nært samarbejde med de videnskabelige selskaber, de faglige sammenslutninger og de sundhedsfaglige organisationer.

10. Referencer

- 1 National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, 1993.
- 2 Brugerinddragelse og brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen, 1996.
- 3 Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaards Forlag, 2001.
- 4 Patientforløb og kvalitetsudvikling. Sundhedsstyrelsen, 1999.
- 5 Referenceprogrammer – en vej til kvalitet. Sundhedsstyrelsen, 1992.
- 6 Udvalget for kvalitetsmåling i sygehusvæsenet. Sundhedsstyrelsen, 2000.
- 7 Kriterier, standarder og indikatorer for kvalitet. Sundhedsstyrelsen, 1996.
- 8 Overvågning og forbedring af lægefaglige kerneydelser. Klaringsrapport nr.12. Ugeskrift for Læger, 1999.
- 9 Sygeplejefaglig Klaringsrapport. Grundlag og metode for dokumentation og måling af sygeplejefaglig kvalitet. Brug af kvalitetsmål og indikatorer. Tidsskrift for Sygeplejersker, April 2002.
- 10 Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. Klaringsrapport Nr. 9, Ugeskrift for Læger, 2000.
- 11 Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet. Det nationale råd for kvalitetsudvikling. Sundhedsstyrelsens kvalitetssekretariat, 2001.
- 12 Aftale om amternes økonomi for 2002 mellem Regeringen og Amtsrådsforeningen. Finansministeriet, juni 2001.
- 13 Offentliggørelse af informationer om kvalitet i sundhedsvæsenet. Ugeskrift for Læger, 18.februar, 2002.
- 14 Kvalitetsdeklarationer – projektbeskrivelse. Sundhedsstyrelsen, 2001.
- 15 Kvalitetsstandarder i hjemmeplejen – eksempler på god praksis. Socialministeriet, 2002.
- 16 Dokumentation og kvalitetsudvikling. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2000.
- 17 Principper for udvikling, etablering og anvendelse af databaser for klinisk kvalitet. Sundhedsstyrelsen, 1993.
- 18 Kliniske Kvalitetsdatabaser. Status 2000. Sundhedsstyrelsen, 2001.
- 19 Grundstruktur for udvikling af oplysninger i elektronisk patientjournal. Vers. 1.0. Sundhedsstyrelsen, 2002.
- 20 IT-sikkerhedsvejledning for sygehuse. Udkast. Høringsversion aug. 2001. Sundhedsstyrelsen 2001.
- 21 Patienters vurdering af landets sygehuse. Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse år 2000. Amterne, H:S. Sundhedsministeriet, 2001.
- 22 Utilsigtede hændelser på danske sygehuse. DSI Institut for Sundhedsvæsenet, 2001.
- 23 National strategi for IT i sygehusvæsenet 2000-2002. Sundhedsministeriet, 1999.
- 24 Notat om Dansk Medicinsk Selskabs Sekretariat for Referenceprogrammer. Dansk Medicin Selskab november, 2000.
- 25 Referenceprogram om hoftebrud. Behandling, pleje og genoptræning af patienter med hoftebrud. Tillæg til Tidsskriftet for Sygeplejersker og Ugeskrift for Læger, Juni 1999.

- 26 “Hoftebrud”- en effektiv implementering af et referenceprogram. Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, Sundhedsstyrelsen, under udarbejdelse, forventes færdig medio 2002.
- 27 Programbeskrivelse for sygehusejernes fælles finansiering af de kliniske databaser – Organisation og beslutningsproces. Amtsrådsforeningen og H:S, sept. 2001.
- 28 Notat om landsdækkende kvalitetspolitik. Amtsrådsforeningen, 4.maj 2001.
- 29 Rekruttering, fastholdelse og faggrænser i sundhedssektoren- en analyse af arbejdsmarkedet for læger og sygeplejersker. Sundhedsministeriet, 2001.
- 30 Fremtidens plejeprofil – rapport fra udvalget vedrørende den fremtidige plejeprofil. Amtsrådsforeningen, 2001.
- 31 Analyse og strategiarbejde på sygesikringsområdet. Amtsrådsforeningen, 2001.
- 32 IT kræver organisationsudvikling. Teknologisk Institut – Human Resources Development. Arbejdsliv nr.19, 2000.
- 33 De bløde værdier – i samspillet mellem patient og sygehus. Debatoplæg. Service og kvalitetskontoret i Århus amt, oktober 2001.
- 34 Definition af begreber og terminologi i relation til kvalitetsudvikling. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren i samarbejde med Sundhedsstyrelsen (under udarbejdelse, forventes færdig medio 2002).

Bilag 1

Oversigt over indsatsområder/aktiviteter (kort version)

Øget information vedrørende behandling, pleje og rehabilitering.

Det skal tilstræbes, at alle patienter – udover den løbende information og kommunikation – også får skriftlig vejledning/materiale om undersøgelse og behandling samt en skriftlig plan for efterbehandling og kontrol.

Patientinddragelse i auditprocessen.

Sundhedsstyrelsen nedsætter i samarbejde med Dansk Selskab for Kvalitetsudvikling i Sundhedssektoren en arbejdsgruppe, der skal samle og beskrive erfaringer med audit som redskab i kvalitetsarbejdet, herunder hvordan patienter og pårørende kan inddrages.

Patienttilfredshedsundersøgelser.

I 2002 vil den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse af sygehusene blive gentaget, og derudover skal der i strategiperioden udvikles forskellige modeller og metoder til at opfange patienternes vurdering af sundhedsvæsenets indsats.

Sikkerhedsprocedurer.

Indenfor strategiperioden skal det sikres, at der i de enkelte afdelinger/ enheder foreligger procedurer for alle væsentlige risikobetonede processer, herunder procedurer for medicinordination- og administration, apparaturanvendelse og vedligeholdelse samt hygiejniske forholdsregler.

Forebyggelse af fejl og utilsigtede hændelser.

I løbet af 2002 skal der etableres systemer for rapportering af fejl og utilsigtede hændelser til brug for iværksættelse af forebyggende aktiviteter.

Elektroniske patientjournaler.

Der skal i strategiperioden ske en gradvis udbygning af elektroniske patientjournaler (EPI), der bygger på fælles faglige og tekniske standarder.

Referenceprogrammer.

Der skal i strategiperioden ske en intensivning af arbejdet med referenceprogrammer med en særlig vægt på programmer, der kan medvirke til at samordne patientforløb mellem primær og sekundær sundhedssektor, og der bør indledes et samarbejde i nordisk regi.

Implementering af referenceprogrammer.

Sundhedsstyrelsen iværksætter et analysearbejde, der skal identificere hæmmende og fremmede faktorer for implementering af referenceprogrammer.

Udvikling og implementering af kliniske vejledninger i almen praksis.

Der skal i strategiperioden udvikles yderligere kliniske vejledninger til brug i almen praksis.

Kliniske kvalitetsdatabaser.

Indenfor strategiperioden skal det tilstræbes at de store sygdomme bliver omfattet af landsdækkende af kliniske databaser til brug ved overvågningen af den kliniske kvalitet.

Udvikling af en dansk model for kvalitetsvurdering.

Inden udgangen af 2003 skal der træffes beslutning om en dansk model for kvalitetsvurdering af sygehusenes indsats inden udgangen af 2005.

Kvalitetsdeklarationer.

I løbet af 2002 skal der udvikles og afprøves en model for en kvalitetsdeklaration, der kan anvendes af alle sygehusafdelinger.

Kvalitetsudvikling som obligatorisk fag.

Kvalitetsudvikling skal i strategiperioden søgt indarbejdet i alle de sundhedsfaglige grunduddannelser, som et obligatoriske fagområde, og alle udbydere af efter- og videreuddannelser i sundhedssektoren skal medtage området, som en integreret del af undervisningen.

Arbejdstilrettelæggelse.

I strategiperioden skal arbejdstilrettelæggelsen ofres en særlig opmærksomhed med henblik på at fremme hensigtsmæssige patientforløb og en løbende udvikling af medarbejdernes kompetencer.

Øget samarbejde mellem sektorerne.

Der skal i indsatsperioden ske en fortsat udvikling af hensigtsmæssige samarbejdsmodeller mellem den primære og sekundære sundhedssektor.

Udvikling af IT-kompetencer.

Indenfor strategiperioden skal der ske en oprustning af sundhedspersonalets IT-kompetencer i sammenhæng med de nødvendige omlægnings af arbejdsgange.

Udvikling og forskning.

De landsdækkende kvalitetsudviklingsprojekter vil fortsætte, og derudover vil der i strategiperioden blive sat yderligere fokus på udvikling af indikatorer indefor de mere bløde værdier i sundhedsvæsenet.

Udvikling af en fælles faglig terminologi.

Der skal i indsatsperioden udvikles en fælles faglig terminologi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, der efterfølgende skal søges implementeret.

Bilag 2

Oversigt over medlemmer af Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet:

Medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik,
 Sundhedsstyrelsen (Formand)
 Afdelingschef Vagn Nielsen,
 Sundhedsministeriet
 Afdelingschef Kjeld Kjeldsen,
 Sundhedsministeriet
 Kontorchef Steen Werner Hansen,
 Sundhedsstyrelsen
 Kontorchef Arne Kverneland,
 Sundhedsstyrelsen
 Centerchef Finn Børlum Kristensen,
 Sundhedsstyrelsen
 Sundhedspolitiskmedarbejder Margrethe
 Nielsen, Forbrugerrådet
 Amtssundhedsdirektør Karsten Hundborg,
 Amtsrådsforeningen (Næstformand)
 Amtssygehusdirektør Jesper Christensen,
 Amtsrådsforeningen
 Kontorchef Lars Hagerup,
 Amtsrådsforeningen
 Kvalitetschef Janne Lehmann Knudsen,
 Hovedstadens Sygehusfællesskab
 Socialchef Ole Pedersen,
 Ringkøbing kommune, udpeget af
 Kommunernes Landsforening
 Kontorchef Lars Bülow,
 udpeget af Københavns – og Frederiksbergs
 kommuner
 Formand Jesper Poulsen,
 Den Almindelige Danske Lægeforening
 Almen praktiserende læge Michael Dupont,
 Den Almindelige Danske Lægeforening
 Praktiserende speciallæge Jørgen Meibom,
 Den Almindelige Danske Lægeforening

Formand Connie Kruckow,
 Dansk Sygeplejeråd
 Landsformand Tina Voltelen, Sundhedskartellet
 Uddannelseskonsulent Gitte Meltofte,
 Forbundet af Offentligt Ansatte
 Forskningsleder Frede Olesen,
 Dansk Medicinsk Selskab
 Overlæge Ib Abildgaard Jacobsen,
 Dansk Medicinsk Selskab
 Overlæge Leif Panduro,
 Dansk Medicinsk Selskab
 Ledende oversygeplejerske Merete Dick,
 De Faglige Sammenslutninger under DSR
 Professor Jens Christian Djurhuus,
 Statens Sundhedsvidenskabelige Forsk-
 ningsråd
 Direktør Finn Kamper-Jørgensen,
 Statens Institut for Folkesundhed
 Speciallæge Majbritt Christensen,
 DSI - Institut for Sundhedsvæsen

Sekretariat: Sundhedsstyrelsen, Kontoret for
 Sundhedsplanlægning og Kvalitetsudvikling



NATIONAL STRATEGI

for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, 2002

ISBN: 87-91232-19-8

Tilrettelæggelse: Komiteen for Sundhedsoplysning

Layout: Trojka / Scales

Tryk: Bording A/S

For yderligere eksemplarer henvises til

Sundhedsstyrelsens hjemmeside: www.sst.dk.

Desuden vil den kunne rekvireres (mod betaling af porto og ekspedition) hos:

Sundhedsstyrelsens Publikationer

c/o Schultz Information

Herstedvang 12

2620 Albertslund

Tlf: 7026 2636

E-mail: sundhed@schultz.dk