

Ulike modeller for kvalitetssystem – kort oversikt

Notat fra Kunnskapsenteret
Desember 2014

Tittel Ulike modeller for kvalitetssystem – kort oversikt
English title Different models for qualitysystems – brief overview
Institusjon Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig Magne Nylenna, direktør
Forfattere Saunes, Ingrid, *prosjektleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

ISBN 978-82-8121-929-8
Prosjektnummer 753
Publikasjonstype Notat
Antall sider 26 (30 inklusiv vedlegg)
Oppdragsgiver Helsedirektoratet
Nøkkelord Helsesystem, kvalitet, kvalitetsmodeller, kvalitetsrammeverk, kvalitetssikring, kvalitetsanalyse, kvalitetsmåling
Sitering Saunes,IS. Måle kvalitet i helsetjenesten: i og mellom land. Notat fra Kunnskapssenteret,2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Helse- direktoratet, men har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i rapporten.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, desember 2014

Innhold

SAMMENDRAG	4
INNLEDNING	5
KVALITET, INDIKATORER OG MÅLING	6
Begrepsavklaring - dimensjoner	6
Hva kan/skal måles	7
Datakilder og analyse	8
Rapportering og bruk	8
Historikk	10
WHO	12
OECD HCQI	14
EU - ECHI	16
CANADA	17
DANMARK	19
ENGLAND	21
SVERIGE	23
USA	24
LITTERATURLISTE	25
VEDLEGG: FELLESTREKK I KLASSIFIKASJONSSYSTEM	27
Forkortelsene som benyttes for å identifisere institusjoner	30
Fotnoter	30

Sammendrag

Helsedirektoratet ga Kunnskapssenteret et oppdrag våren 2014 om å lage en kort oversikt over klassifikasjonssystem for kvalitetsindikatorer. Oppdraget ble avgrenset til WHO, OECD og EU, samt Canada, Danmark, England, Sverige og USA. I dette notatet gir vi en kort oversikt over teori og begrepsbruk knyttet til indikatorer, en oversikt over epoker i kvalitetsmålingens historie og en beskrivelse av nasjonale og overnasjonale rammeverk for måling av kvalitet i helsetjenesten.

Utfordringen ved å beskrive rammeverk i ulike helsesystem, er at systemene er designet for å løse helsepolitiske målsettinger i sin kontekst. Nasjonale rammeverk brukes i styring av helsesystemet. Formålet til nasjonale system vil variere fra å være rene styringssystem til å bidra i regulering av system.

Kvalitetsmåling er å bruke statistisk informasjon for å følge med på om det er endringer i en prosess for å nå en ønsket målsetting. Den underliggende prosessen, aktivitetene for måling av kvalitet, kan deles inn i fire stadier: Begrepsavklaring og strategi, valg og utvikling av mål/indikatorer, datainnsamling og analyse, rapportering og bruk. De to siste stadiene blir ikke omtalt i dette notatet.

Innledning

Helsedirektoratet har bedt Kunnskapssenteret om hjelp til å identifisere og presentere klassifikasjonssystem for kvalitetsindikatorer. Kunnskapssenteret skal velge ut enkelte internasjonale organisasjoner og land og se på hvordan de har klassifisert sine kvalitetsindikatorer. Det er rammeverk for måling av kvalitet i helsetjenesten som skal kartlegges.

Utfordring når en skal beskrive rammeverk i ulike helsesystem er at systemene er designet til å løse helsepolitiske målsettinger i sin kontekst. Konteksten tas for gitt i de ulike landene, og beskrives sjelden eksplisitt. Eksempel: USA kan pålegge det enkelte sykehus å ha et meldesystem for uønskede hendelser, føderalt nivå har ikke anledning til å be om resultater fra systemene. En relevant indikator i USA vil da bli «har sykehuset et meldesystem», de kan, etter hva vi har forstått, ikke be om «antall meldinger i meldesystemet». Grunnlaget for det er at de ikke har styringsrett/plikt, det faller utenfor deres policyområde.

Indikatorer er koblingen/møtestedet mellom de politiske utfordringene som skal løses (hva skal en tjeneste være/utføre) og hva som er tilgjengelig informasjon om tjenesten (tilgjengelig data). I dette notatet gir vi kort oversikt over begrepsbruk knyttet til indikatorer og deretter en beskrivelse av rammeverkene.

Her beskrives både internasjonale og nasjonale rammeverk, og det er klare forskjeller mellom dem. De internasjonale rammeverkene skal dekke det som er felles for landenes/organisasjonenes målsetting og det som konstituerer et helsesystem, og favner derfor vidt med hensyn til interessegrupper. Internasjonale organisasjoner har en avgrenset rolle i det å endre helsepolitiske målsettinger i et land, derfor er deres målsettinger rettet mot områder som de kan påvirke. Formålet med internasjonale sammenligninger er å bidra til åpenhet og ansvarlighet (accountability), strategibyggning og gjensidig læring(1).

Nasjonale rammeverk brukes i styring av helsesystemet. Formålet til nasjonale system vil variere med systemet, fra å være rene styringssystem til å bidra i regulering av system. Uavhengig av funksjon de er tiltenkt har de en annen evne enn de internasjonale til å påvirke helsepolitiske beslutninger og ytelsene i systemet. De må derfor reflektere styringssystem og organisatoriske særtrekkene som er i landet. Selv om nasjonale og internasjonale rammeverk har ulike målsettinger så er de ofte felles egenskaper og dimensjoner ved helsetjenesten i rammeverkene(2).

Kvalitet, indikatorer og måling

Måling av kvalitet er en tverrfaglig disiplin, og en systematisk gjennomgang av litteraturen på området som omfatter både økonomisk og helsefaglig litteratur, viser at det er begrepsbruken varierer. Det er ikke et entydig skille mellom måling av «ytelse» (performance measurement), «kvalitet» (quality measurement) eller «kvalitetsforbedring» (quality improvement), heller ikke er det ensartet bruk av begrepene. I beskrivelser av kvalitetsforbedring er det en forutsetning at en måler ytelser, og omvendt: måling av kvalitet kobles til kvalitetsforbedring(3). Begrepene henger tett sammen, og benyttes til dels om hverandre.

Kvalitetsmåling er å bruke statistisk informasjon til å avgjøre om det er framdrift i å oppnå en ønsket målsetting. Den underliggende prosessen, aktivitetene for måling av kvalitet, kan deles inn i fire stadier (3-5):

1. Begrepsavklaring og strategi,
2. Valg og utvikling av mål/indikatorer,
3. Datainnsamling og analyse,
4. Rapportering og bruk.

Begrepsavklaring - dimensjoner

Kvalitet er et samlebegrep som omfatter aktivitet og resultat av aktivitet som har som formål å gi pasienter best mulig helsetjeneste. Å måle kvalitet er derfor et indirekte mål. Innholdet i kvalitetsbegrepet, egenskapene, defineres av aktørene/stakeholders. Den norske kvalitetsstrategien har identifisert følgende seks egenskaper:

- virkningsfulle (effective)
- trygge og sikre (safe and secure)
- involvere brukere og gi dem innflytelse (user involvement, influence)
- samordnet og preget av kontinuitet (coordinated and continuous services)
- utnytte ressursene på en god måte (resource efficient)
- tilgjengelige og rettferdig fordelt (available and evenly distributed)

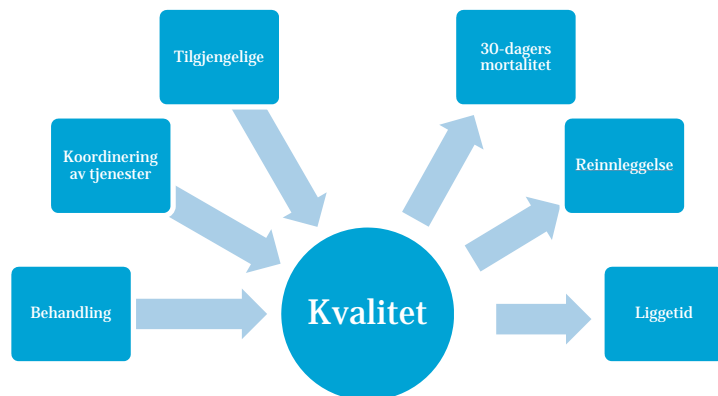
Engelsk oversettelse er tatt med i parentes for å vise relasjonen til utenlandske rammeverk.

Valg av strategi er å velge hvilke tiltak som iverksettes for å nå de strategiske målene. Å måle om tiltak er iverksatt eller utfall av tiltak, gir informasjon om kvalitet i tjenesten.

Hva kan/skal måles

En bruker indirekte og noen ganger sammensatte mål for kvalitet. Et generelt skille for indikatorer som oppsummerer abstrakte egenskaper, er at en skiller mellom det som former/danner en egenskap, og det som er refleksjoner av egenskaper (Figur 1). Det er et kille mellom formative og summative indikatorer. Det er et skille mellom forutsetninger for kvalitet, det som bidrar til å forme kvaliteten på den ene siden, og resultatet, utfallet av kvalitet på den andre siden. Dette er samme modell som i struktur-prosess og resultat framstillingen til Donabedian.

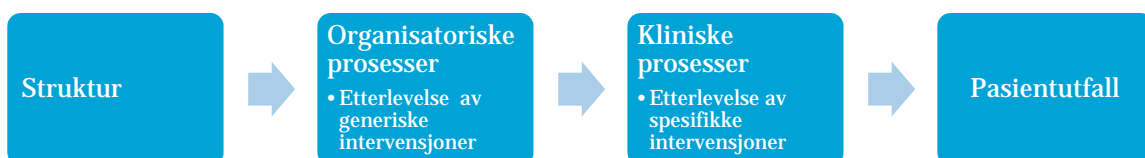
Figur 1 Eksempel på formative og summative indikatorer



Struktur, prosess og resultatindikatorer

Kvalitet er både det som former kvalitet og det som er resultatet av tjenestene som er ytt. En inndeling er å beskrive det som en kausal prosess med ulike struktur-, prosess og resultatmål (Figur 2). Sammenhengen mellom ulike struktur, prosess og resultatmål beskrives som elementer med en lineær sammenheng hvor struktur påvirker prosesser, som igjen påvirker utfall (3). Det forutsettes dermed en indirekte sammenheng mellom struktur og resultat. Resultatmål kan igjen påvirke hvilke ressurser og midler som stilles til rådighet, og sammenhengen mellom de ulike målene vil da kunne framstilles som sirkulær. Merk at dette er en analytisk modell med antatt kausalitet.

Figur 2 Relasjonen mellom struktur, prosess og resultat



Struktur omfatter både materielle og menneskelige ressurser i tillegg til egenskaper ved organisasjonen og formelle føringer, som lover og retningslinjer. Prosess omfatter både de kliniske aktiviteter som utgjør helsetjenesten, som diagnose, behandling, rehabilitering, forebygging og informasjon til pasienter, samt styringsprosesser som er knyttet til tilrettelegging/organisering av tjenestene. En kan skille mellom kliniske og organisatoriske prosesser (4). Pasientsikkerhetskultur er eksempel på et prosessmål som måler organisatoriske prosesser, det er uttrykk for hvordan de ansatte vurderer sin organisasjon med hensyn til ivaretagelse av pasienters sikkerhet.

I kvalitetsstyring måles både struktur, prosesser og resultat, og frekvensen av målingene avhenger av type mål. Prosessmål registreres regelmessig, det kan være daglig, ukentlig eller månedlig, og viser hvorvidt en oppnår en forbedring av prosesser. Når forbedring har er oppnådd anbefales det å trappe ned til periodiske målinger, en gang hver 2. – 3. måned. Når målingene er stabile, reduseres målinger til et par ganger om året. Målingene kan stoppes når ytelsene blir ansett å være pålitelige, stabile og har god kvalitet. Prosessmål benyttes ofte lokalt (på avdeling ved foretakene) ettersom de ofte viser forbedringer før en kan se det på utfallsmål (gitt at tiltaket virker). En stiller krav om at prosessmål må vise forbedring og holde seg på et gitt nytt nivå i x-antall rapporteringer før en kan vurdere å redusere på kravet om rapportering.

Resultatmål for kvalitet kan ha ulike utfallsmål, for eksempel overlevelse og grad av funksjonsdyktighet.

Datakilder og analyse

Ulike datakilder gir ulik informasjon. Et sentralt moment er at jo høyere nivå (avstand til tjenestene) en måler på, desto mindre informasjon gir målinger. Dette ligger utenfor dette notatets formål.

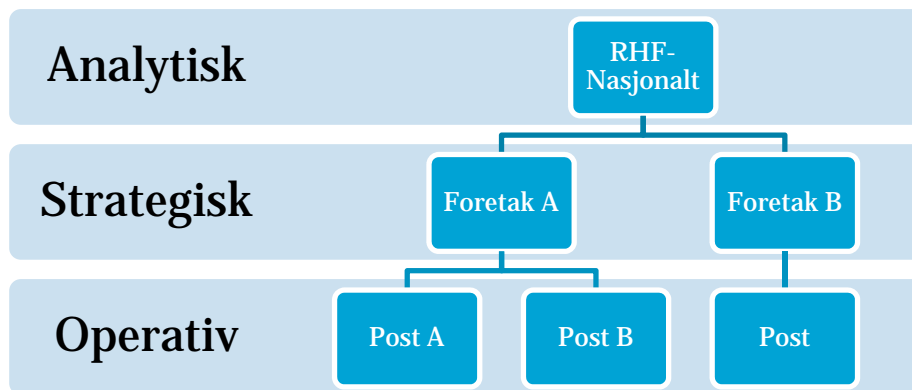
Rapportering og bruk

Å måle kvalitet gir informasjon som kan benyttes til ulike formål. Formålet med indikatorne bør beskrives og være klart. Figur 3 -5 illustrerer bruk av indikatorer til ulike formål. Nært tjenesten kan indikatorer gi operativ informasjon, og krever ikke statistisk bearbeidelse eller analyse.

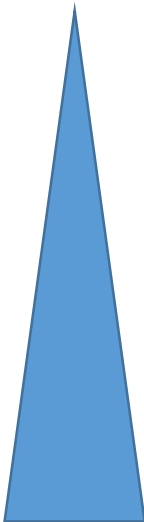
Figur 3 Indikatorer som styringsinformasjon

Operativ	Strategisk	Analytisk
<ul style="list-style-type: none">• Monitorere funksjoner som krever konstant, her og nå, minutt for minutt oppmerksomhet• <i>Umiddelbar og anvendbar</i>• Ingen statistikk eller analyse	<ul style="list-style-type: none">• Raskt oversikt: organisasjonens tilstand• <i>Beslutningstøtte for ledere</i>• Hva som skjer i øyeblikket er ikke viktig, det som betyr noe er hva som <i>har</i> skjedd	<ul style="list-style-type: none">• Sammenligne, granske omfattende historier, vurdere ytelse• Støttes ved data analyser• Retrospektive data

Figur 4 Informasjonsbehov på ulike nivå



Figur 5 Indikatorer og informasjonsbehov etter nivå

Nivå for datainnsamling	Datamengde	Informasjonsbehov	Informasjons kilder
Global/ regional		indekser, oppsummerende indikatorer for global rapportering. BNP/Gini etc	Globale /regionale oppsummeringsrapporter
Nasjonal		indekser, oppsummerende indikatorer for nasjonalt bruk, strategisk planlegging og ressursvurdering	Nasjonale oppsummeringsrapporter
Distrikt		indikatorer for regionalt bruk (RHF) og nasjonal rapportering og planlegging	Regionale oppsummeringer/register
Institusjon/tjenestested		organisasjonsstyring, revisjoner, planer etc	Institusjonsrapporter, register etc
Pasient		Pasientbehandling	Pasientjournaler
Familie/samfunn		forekomst og risiko for sykdom i befolkning, følge med og evaluere	Spørreundersøkelser, offentlige register etc

Basert på rammeverk fra WHO: <http://www.who.int/healthmetrics/documents/framework/en/>

Historikk

Det er foretatt enkelte oppsummeringer av epoker/trender innen måling av kvalitet i helsetjenesten. Framstillingen er i hovedsak basert på to artikler og to rapporter(4-7). Måling av kvalitet kan deles inn i tidsperioder, og periodeinndeling er stort sett sammenfallende, men merkelappene på periodene kan variere. Se tabell 1.

Registrering av kvaliteten i helsetjenesten er ikke noe nytt, hverken i USA eller Norge. I USA undersøkte de så tidlig som i 1754 hvordan utfallet av behandlingen ble for ulike pasientgrupper som ble behandlet på sykehuset i Pennsylvania, og i Skandinavia på slutten av 1700-tallet ba kongen av Danmark om rapporter fra amtene i Norge på hvilke tiltak som ble benyttet mot pest og hvilke erfaringer de hadde(8). Som en del av framveksten av offentlig statistikk økte også rapportering om helse og helsevesen. Særlig slutten av 1800-tallet ble preget av det som ble betegnet som taylorisme, eller «vitenskapelig ledelse» hvor målinger av individuell effektivitet var sentral. Perioden fra 1910-30 betegnes som byråkratisering og organisering i USA. Den faller sammen med vekst og profesjonalisering av helsesektoren. Profesjonsforeninger for helsepersonell ble sentrale aktører. Formelle krav til utdanning, organisering av institusjoner rundt profesjoner og dokumentering av helsetjenester (skrive pasientjournaler) inngikk i de første krav til standardisering av sykehusene.

Tabell 1 Perioder i kvalitetsmålingens historie

Tidsperiode	Beskrivelse
-1910	Industriell revolusjon og taylorisme
1910-1930	Byråkratisering og organisering
1930-1960	Personell, statistisk prosesskontroll, ekspansjon av tjenester
1960-1980	Status quo /The golden age
1980-2000	Kvalitetssikring og kvalitetsforbedring Informasjonsflom og «helse som vare»
2000→	

Joint Commission on Accreditation of Hospital ble dannet ved at ulike medisinske foreninger i USA og Canada gikk sammen i 1952. Fram til midten av 1960-tallet målte de kvalitet i sykehus etter minimumsstandard.

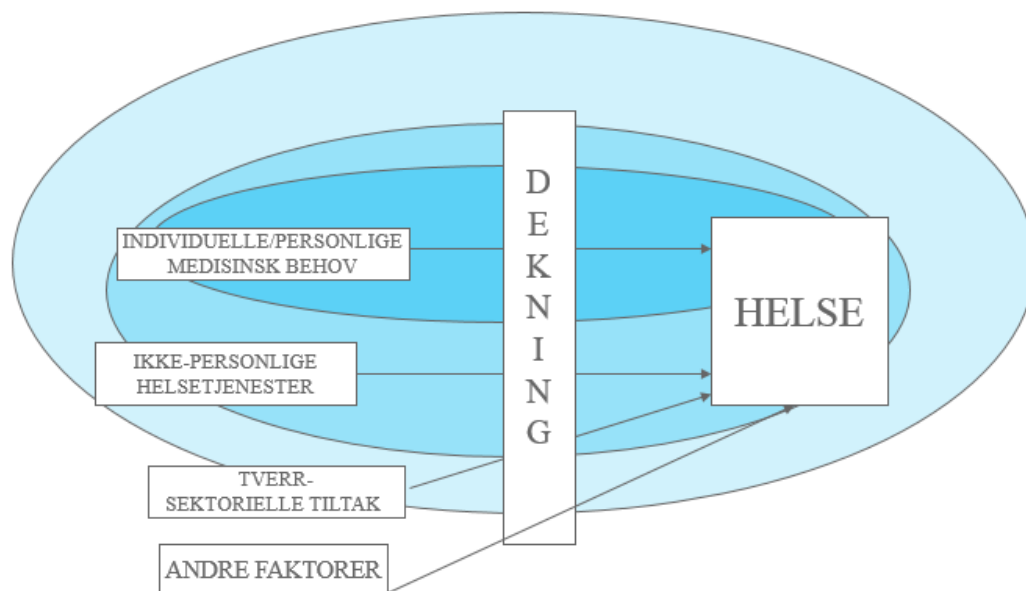
Etableringen av Medicare (offentlige helsetjenester) i USA utvidet kvalitetskravene som ble stilt til sykehus (9). På slutten av 1970-tallet ble måling av kvalitet en tverrfaglig disiplin, tyngdepunktet flyttet seg til kvalitetsforbedring og tilgang på informasjon om kvalitet økte.

Det er ikke satt noen merkelapp på den siste epoken, det kan se ut som den preges av en profesjonalisering av kvalitetsmålinger. Det ser ut til å bli færre, store aktører med klare mandat, samt større åpenhet om målinger(9).

WHO

Ved årtusenskiftet publiserte Verdens helseorganisasjon (WHO) The World Health Report 2000. Rapporten bidro til utvikling av rammeverk for helsesystemanalyse og måling av helsetjenester, et rammeverk som WHO publiserte i 2003(10). Rapporten starter med en avklaring av hva som legges i begrepet helsesystem. Helsesystem kan defineres på ulike nivå, hvor den smaleste definisjonen avgrenser seg til tjenester som direkte sorterer under helsedepartement, som regel avgrenset til behandling av sykdom, og den mest omfattende definisjonen omfatter alle forhold som kan bidra til å bedre helsetilstanden (figur 6).

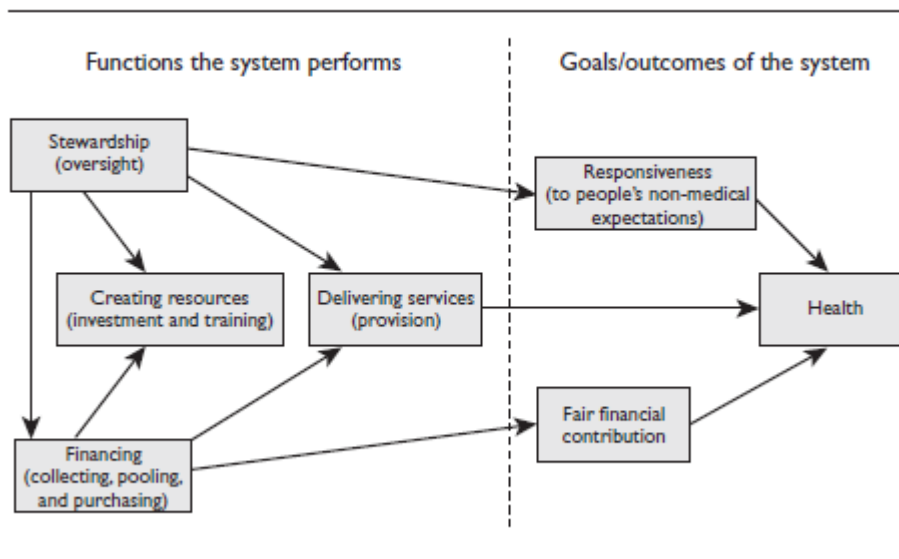
Figur 6 Helsesystemets grenser



Helsesystem vurderes opp mot målsetting, hva det er laget for å oppnå. Helsesystemets målsetting er å bedre helse, hvilket innebærer å bedre gjennomsnittlig helsetilstand i befolkningen, samt redusere sosial ulikhet i helse. WHO identifiserer i tillegg to andre målsettinger som indirekte påvirker helsetilstanden - det er responsiveness (hvor godt systemet svarer til de ikke-medisinske forventninger) og rettferdig økonomisk fordeling (at de som har mindre midler skal betale en mindre andel). For å kunne realisere utfallsmålene er det fire grunnleggende funksjoner som bidrar: styring, finansiering, skape ressurser og gi helsehjelp (figur 1.2).

Figur 7 WHO rammeverk fra 2003

Figure 1.2 From functions to outcomes



Rammeverket til WHO benyttes for å vurdere hvor godt helsesystemet lykkes med å oppnå sin målsetting. Det er et overordnet rammeverk for helsesystem. WHO samarbeider med OECD, både når det gjelder kvalitetsindikatorer og helseregnskap (system for health accounts). I 2007 justerte WHO rammeverket(11). Endringen består i hovedsak av å spesifisere kategorien «å skape ressurser» i arbeidsstyrke, medisinske teknologiske produkter og informasjonssystem.

Figur 8 WHO rammeverk fra 2007

THE WHO HEALTH SYSTEM FRAMEWORK

SYSTEM BUILDING BLOCKS



OVERALL GOALS / OUTCOMES



THE SIX BUILDING BLOCKS OF A HEALTH SYSTEM: AIMS AND DESIRABLE ATTRIBUTES

WHO har et program for kvalitetsforbedring i sykehus [PATH](#). Det ble initiert i 2003 og har 140 sykehus i ni nasjoner som deltakere. Det har totalt 17 indikatorer som brukes til kvalitetsforbedring i sykehus.

OECD HCQI

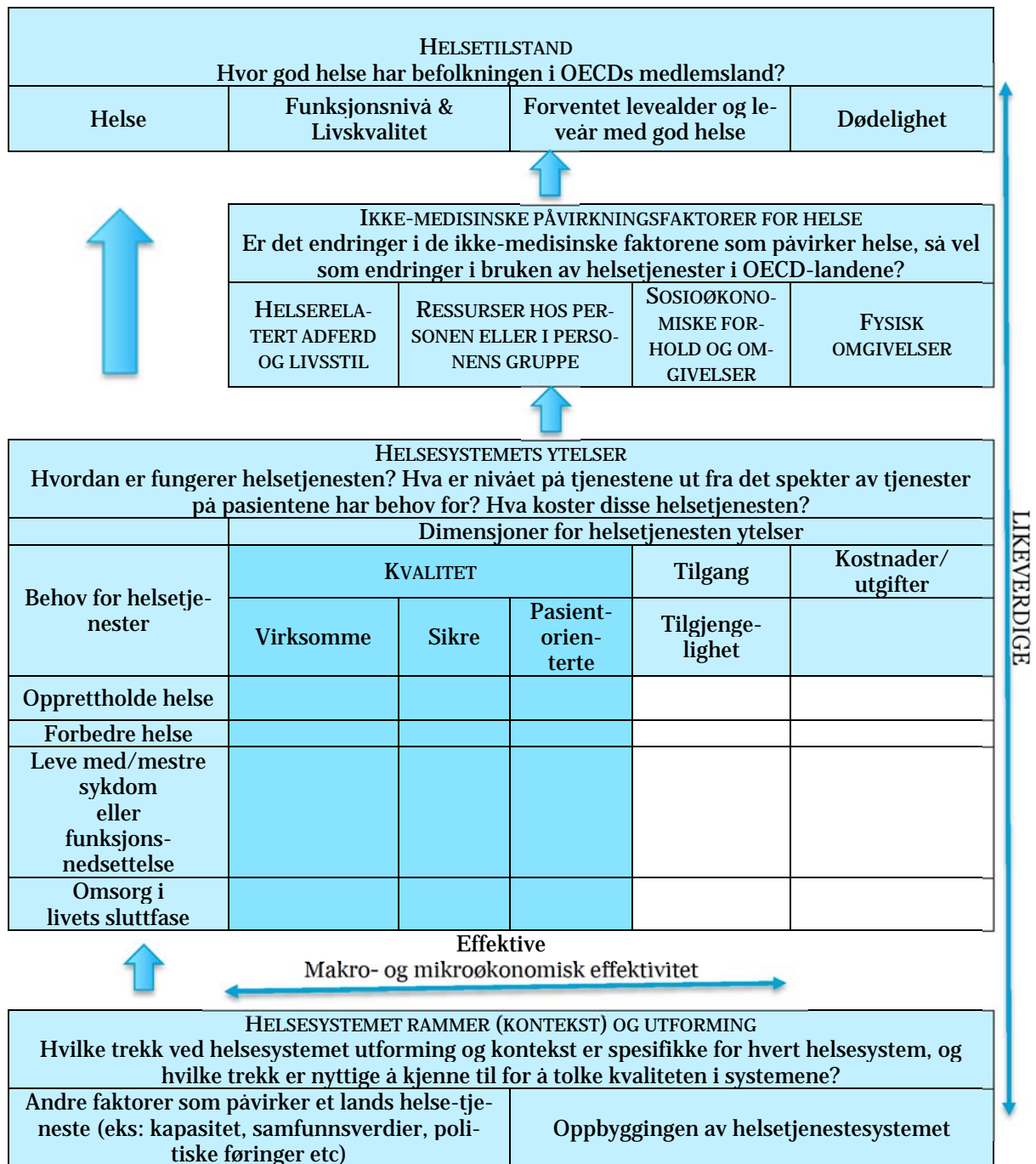
OECDs kvalitetsindikatorprosjekt, Health Care Quality Indicators (HCQI), har utviklet et konseptuelt rammeverk for kvalitetsindikatorer for helsesystem. Prosjektet startet i 2001 og baserte seg på to allerede etablerte internasjonale samarbeidsprosjekt, henholdsvis The Commonwealth Funds og Nordisk ministerråds indikatorprosjekt.

Selve rammeverket er basert på det kanadiske rammeverket, men er ytterligere spesifisert ved å ta utgangspunkt i brukerens behov for helsehjelp. OECDs kvalitetsbegrep avgrenses til virkningsfulle tjenester, pasientsikkerhet og brukerorientering. Tilgang og kostnader er egenskaper ved helsesystemet som måles for seg, men på linje med kvalitetsdimensjonene. Hvorvidt tjenestene er rettferdig fordelt (equity) er en analyse av alle de andre dimensjonene, det er ikke eget område, men er et overordnet analyse.

OECD publiserer rapporten Health at a Glance annethvert år, hvor indikatorer fra HCQI inngår. Der er brukernes behov operasjonalisert til helsetjenesteområder som yter den tjenesten: primærhelsetjenesten, akutte tjenester, psykisk helse, kreftomsorg og forebygging av smittsomme sykdommer.

OECD sitt HCQI-prosjekt er i tett samarbeid med WHO og EUs indikatorprosjekt.

Figur 9 OECDs rammeverk for analyse av helsetjenester



EU - ECHI

European Core Health Indicators (ECHI)¹ er EUs indikatorprosjekt. EU har valgt ut 88 indikatorer, som skal bidra til helsepolitiske beslutninger. Det er ikke noe eksisterende rammeverk for vurdering av helsesystemet(12), men et sett med indikatorer som sorteres etter helsepolitisk ansvarsområde:

- *Sustainable health care system,*
- *Health system performance/Quality of care/Efficiency/patient safety,*
- *Planning of health care resources and cost*

Indikatorene deles inn i:

- *Demographic and socio-economic factors,*
- *Health status,*
- *Determinants of health,*
- *Health interventions: health services,*
- *Health interventions: health promotion*

EU sin database HEIDI gir tilgang på data på 50 av 88 indikatorer.

http://ec.europa.eu/health/indicators/indicators/index_en.htm

For kvalitet i helsetjenesten viser EU til OECDs kvalitetsindikatorprosjekt. EU-landene har en samarbeidsavtale med OECD og har bidratt i finansiering av kvalitetsindikatorprosjektet og utvikling av indikatorer.

¹ Tidligere var ECHI en forkortelse for European Community Health Indicators

Canada

I 1999 presenterte Canada sitt første rammeverk for kvalitetsindikatorer (13), som var tilnærmet identisk med det som den kanadiske helseministeren Marc Lalonde presenterte i 1974(14). Rammeverket (Tabell 1) ligger til grunn for OECDs rammeverk for indikatorer, og ble i 2010 anerkjent som internasjonal teknisk standard av ISO.

Tabell 1. Kanadisk rammeverk for kvalitetsindikatorer fra 1999.

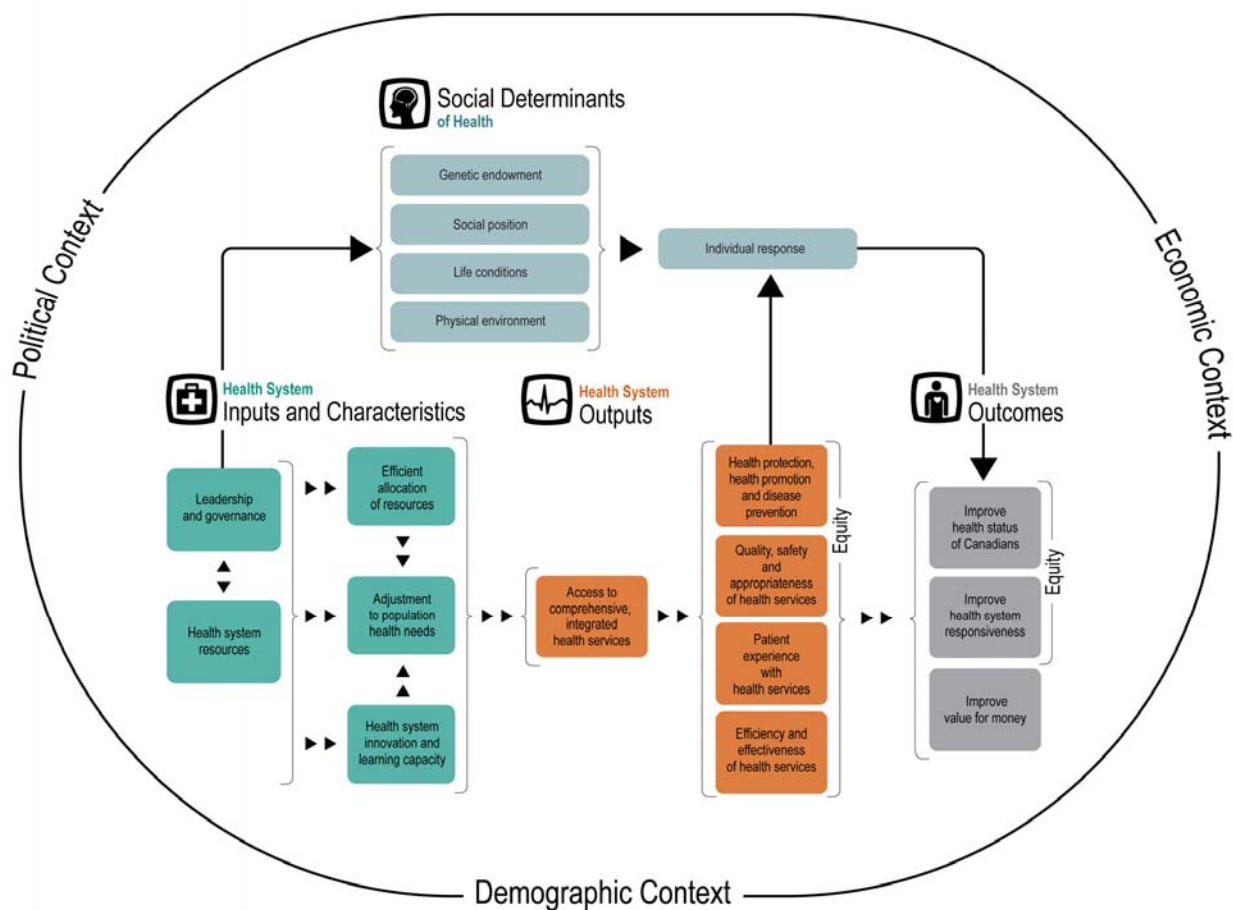
Table 1: Health Indicators—A Framework*

Health Status			
Deaths	Health Conditions	Human Function	Well-Being
A range of age-specific (e.g. infant mortality) and condition specific (e.g. AIDS deaths) mortality rates, as well as derived indicators (e.g. life expectancy and potential years of life lost).	Alterations or attributes of the health status of an individual which may lead to distress, interference with daily activities, or contact with health services; it may be a disease (acute or chronic), disorder, injury or trauma, or reflect other health-related states such as pregnancy, aging, stress, congenital anomaly, or genetic predisposition. (WHO)	Levels of human function are associated with the consequences of disease, disorder, injury and other health conditions. They include body function/structure (impairments), activities (activity limitations), and participation (restrictions in participation). (ICIDH-2, Beta 2 version)	Broad measures of the physical, mental, and social well-being of individuals.
Non-Medical Determinants of Health			
Health Behaviours	Living and Working Conditions	Personal Resources	Environmental Factors
Aspects of personal behaviour and risk factors that epidemiological studies have shown to influence health status.	Indicators related to the socio-economic characteristics and working conditions of the population, that epidemiological studies have shown to be related to health.	Measures the prevalence of factors, such as social support and life stress, that epidemiological studies have shown to be related to health.	Environmental factors with the potential to influence human health.
Health System Performance			
Acceptability	Accessibility	Appropriateness	Competence
All care/service provided meets the expectations of the client, community, providers and paying organizations, recognizing that there may be conflicting, competing interests between stakeholders, and that the needs of the clients'/patients' are paramount. (CCHSA)	The ability of clients/patients to obtain care/service at the right place and the right time, based on respective needs. (CCHSA)	Care/service provided is relevant to the clients'/patients' needs and based on established standards. (CCHSA)	An individual's knowledge and skills are appropriate to the care/service being provided. (CCHSA)
Continuity	Effectiveness	Efficiency	Safety
The ability to provide uninterrupted, coordinated care/service across programs, practitioners, organizations, and levels of care/service, over time. (CCHSA)	The care/service, intervention or action achieves the desired results. (CCHSA)	Achieving the desired results with the most cost-effective use of resources. (CCHSA)	Potential risks of an intervention or the environment are avoided or minimized. (CCHSA)
Community and Health System Characteristics			
Characteristics of the community or the health system that, while not indicators of health status or health system performance in themselves, provide useful contextual information.			

I 2012 publiserte Canadian Institute for Health Information (CIHI) en oppdatert versjon av rammeverket basert på de samme fire hovedkomponentene, men med en noe annen grafisk framstilling av relasjonene i det(15). Komponentene omtales som kvadranter og er basert på en antatt kausalitet.

Rammeverkets formål er å være et klassifikasjonssystem for indikatorer, og være et verktøy for policybeslutninger og ledelse. Health system outcomes (grått) svarer til de overordnede forventningene befolkning og interessenter (stakeholders) har til helsesystemet. De sosiale betingelsene for helse (blågrå) inkluderer her også de genetiske forutsetningen til individene. Health system outputs (oransje) omfatter både resultat fra helsetjenester og fra folkehelseiltak. Outputs har to hovedkomponenter 1) kapasitet (tilgang til tjenester) og 2) kvalitet (egenskaper ved tjenestene som blir levert og samhandling). Den siste kvadranten (grønn) beskriver innsatsfaktorer og egenskaper (kvalitet) ved helsesystemet.

Figur Canada

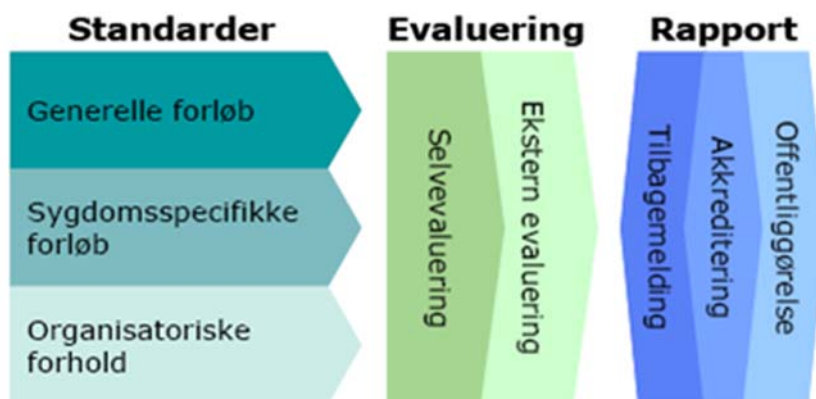


Danmark

Danmark har utviklet et nasjonalt kvalitetssystem, «sundhedsvæsenet», som fra 2004 har blitt betegnet som "Den danske kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet" (DDKM).

Modellen er et felles kvalitetsutviklings- og akkrediteringssystem som skal utvikles for hele helsetjenesten. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, ble opprettet i 2005 og har ansvar for akkreditering av helsetjenesten. I kvalitetsmodellen er alle indikatorene knyttet til en standard. De belyser enten pasientopplevd kvalitet (pasientindikatorer) eller faglig kvalitet (faglige indikatorer)(16). Det er tre hovedgrupper av standarder: det er generelle pasientforløp, sykdomsspesifikke pasientforløp og organisatoriske forhold(17). I 2.versjon av DDKM legges det mindre vekt på organisatoriske forhold.

Figur: Grunnelementer i DDKM



Standarder (dimensjoner) som inngår i DDKM

- Organisatoriske forhold
 - Ledelse
 - Kvalitets- og risikostyring
 - Dokumentation og datastyring
 - Ansættelse, arbeidstilrettelæggelse og kompetenceudvikling
 - Hygiejne og infektionsprofylakse
 - Beredskab
 - Apparatur og teknologi

- Bygninger og forsyninger
- Generelle forløp
 - Patientinddragelse
 - Patientinformation og kommunikation
 - Koordinering og kontinuitet
 - Henvisninger
 - Modtagelse, vurdering og planlægning
 - Diagnosticering
 - Medicinering
 - Observation
 - Invasiv behandling
 - Intensiv behandling
 - Genoplivning
 - Ernæring
 - Rehabilitering
 - Forebyggelse og sundhedsfremme
 - Overdragelse
 - Patienttransport
 - Ved livets afslutning
- Sygdomsspecifikke standarder
 - Udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper
 - Behandling på intensiv terapienhed
 - Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb

England

England har en offentlig finansiert helsetjeneste, National Health System (NHS). Helsetjenesten ble omorganisert i 2013, og det er opprettet en rekke nye uavhengige organ som skal bidra til styring og sikring av kvalitet. Department of Health har utviklet et «Outcomes Framework» som er styrende for arbeid med indikatorer og kvalitetsforbedring(18). Det tar utgangspunkt i den overordnede målsettingen til NHS, og spesifiserer videre de tre kvalitetsområdene som er nedfelt i lovverket og ytterligere konkretisert i fem områder/dimensjoner for kvalitetsindikatorer.

Figure 1 NHS Outcomes Framework 2013-2014

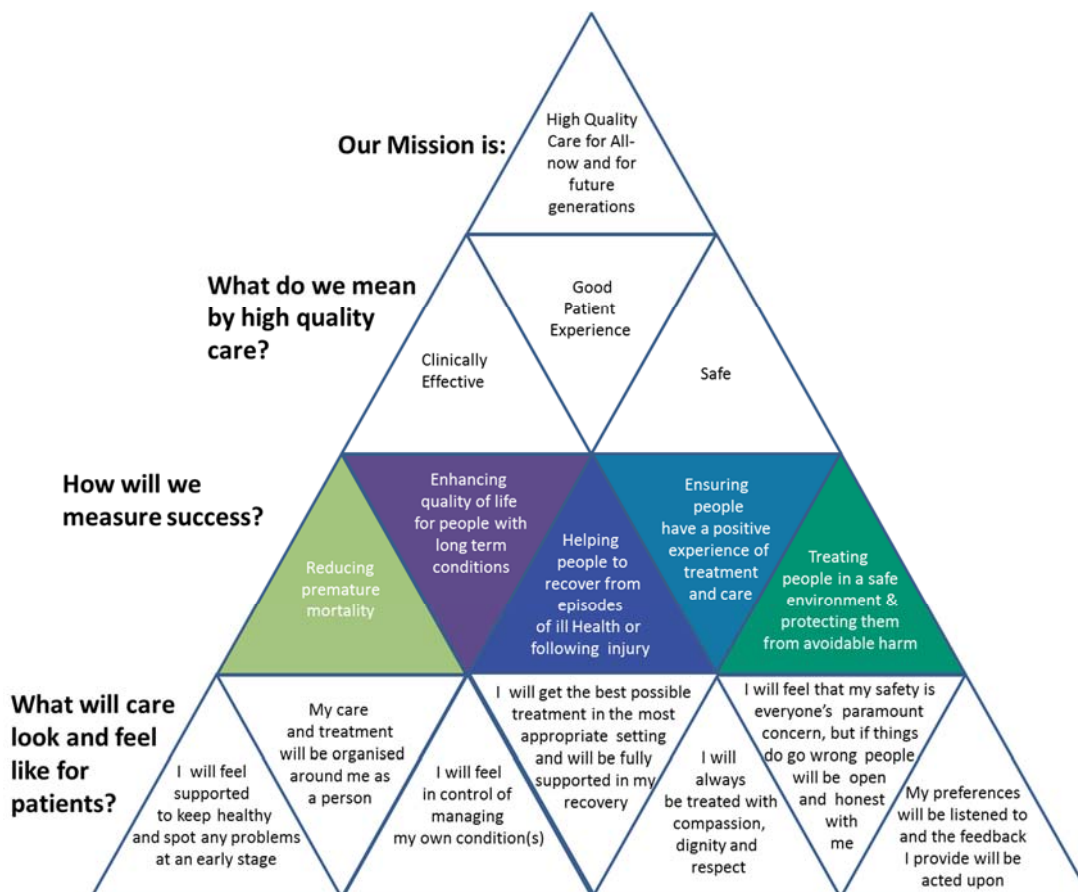


Figure 2: Kvalitetsdimensjoner i NHS

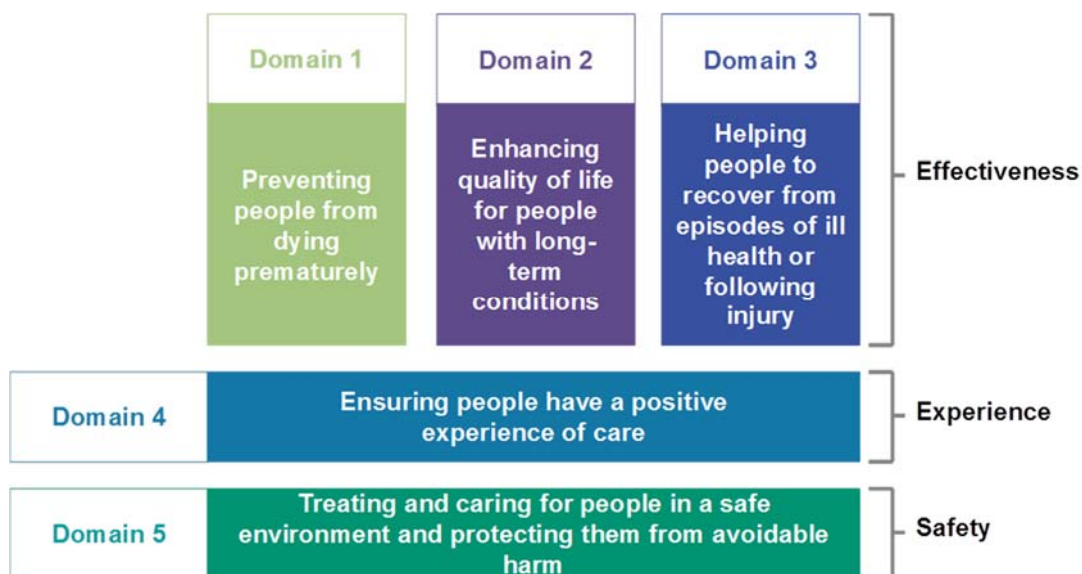


Figure 3 Oversikt indikatorer, analysenivå og mulige sosio-demografiske analyser

Indicator details

	International comparisons	Sub-national breakdown				Equality and Inequality Strands (National Only)							
		Regional	CCG level	Local Authority	Provider	Deprivation (via postcode or area)	Socio-economic group (NSSEC)	Age	Ethnicity	Religion or belief	Gender	Disability	Sexual orientation
1. Preventing people from dying prematurely													
1a Potential Years of Life Lost (PYLL) from causes considered amenable to health care i adults ii children and young people	P	P*	P*	P*	N/A	P	P*	P	N	N	P	N	N
1b Life expectancy at 75	Y	Y*	N	Y*	N/A	Y	P*	N/A	N	N	Y	N	N
1.1 Under 75 mortality rate from cardiovascular disease	Y	Y*	Y*	Y*	N/A	P	P*	Y	N	N	Y	N	N
1.2 Under 75 mortality rate from respiratory disease	Y*	Y*	Y*	Y*	N/A	P	P*	Y	N	N	Y	N	N
1.3 Under 75 mortality rate from liver disease	Y	Y*	N	Y*	N/A	P	P*	Y	N	N	Y	N	N

Sverige

I Sverige publiserer Socialstyrelsen «Öppna jämförelser» for hälso- och sjukvård, hvor landstingene sammenlignes. De har ikke noe rammeverk for analyse av kvalitet. Indikatorene grupperes som overordnede indikatorer, legemiddelbehandling, pasientenes tillit til og erfaringer med helsetjenesten, tilgang til helsetjenesten, kostnader, samt elleve sykdomsgrupper (fødselsomsorg, kvinnesykdommer, sykdommer i muskel-skjelettsystemet og bindevev, diabetes, hjertesykdommer, slag og MS, kreftbehandling, psykisk helse, kirurgisk behandling, intensivbehandling og øyesykdommer). Det rapporteres både prosess og resultatindikatorer innen de ulike områdene.

INDIKATOROMRÅDEN	
Övergripande indikatorer	
Dödlighet, med mera	Tillgänglighet
Läkemedelsbehandling	Kostnader
Förtroende och patienterfarenheter	
Områdesvisa indikatorer	
Graviditet, förlossning m m	
Kvinnosjukvård	Cancersjukvård
Rörelseorganens sjukdomar	Psykiatrisk vård
Diabetesvård	Kirurgisk behandling
Hjärtsjukvård	Intensivvård
Stroke och MS	Ögonsjukvård

Svenske Kommuner og Landsting (SKL) publiserer resultater fra pasienterfaringsundersøkelser som gjennomføres av Institutet för Kvalitetsindikatorer (Indikator). SKL har ikke publisert noe rammeverk for kvalitet på sitt nettsted.

Det er et erkjent behov for koordinering og standardisering av målinger i de ulike kvalitetsregistrene i Sverige(19).

USA

National Quality Forum (NQF) er en ideell organisasjon hvor medlemmene er private og offentlige helsetjenesteaktører. Organisasjonens hovedmålsetting er å bedre kvaliteten på helsetjenesten ved å samle ulike interessenter om felles målsettinger. NQF har posisjon som rådgivende organ både for offentlige og private aktører. Fast oppdrag fra myndigheter. De har en portal hvor de presenterer indikatorer som det er oppnådd konsensus om. En kan velge om en vil ha indikatorer som er relevante etter ulike egenskaper som helsetjenesteleverandør, nivå for analyse, datakilde, diagnosegrupper, generiske områder med mere. Indikatorene presenteres også etter prioriteringer i kvalitetsstrategien:

- Affordable Care
- Effective Communication and Care Coordination
- Health and Well-Being
- Patient Safety
- Person- and Family-Centered Care
- Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease

Joint Comission, akkrediteringsselskap, bruker indikatorer som er delt inn etter diagnosegrupper.

Litteraturliste

1. Veillard Jea. International health system comparisons: from measurement challenge to management tool. I: Smith P, red. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. s.
2. Papanicolas I, Smith PC. Health system performance comparison. An agenda for policy, information and research European Observatory on Health Systems and Policies Series: Open University Press; 2013.
<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/studies/health-system-performance-comparison.-an-agenda-for-policy,-information-and-research>
3. Adair CE, Simpson E, Casebeer AL, Birdsell JM, Hayden KA, Lewis S. Performance measurement in healthcare part I: Concepts and trends from a State of the Science Review. Healthc Policy 2006;1(4):85-104.
4. Smith P. Performance measurement for health system improvement: experiences, challenges and prospects. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
5. Loeb JM. The current state of performance measurement in health care. Int J Qual Health Care 2004;16 Suppl 1:10.1093/intqhc/mzh1007.
6. Adair C, Simpson L, Birdsell J, Omelchuk K, Casebeer A, Gardiner H, et al. Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness. Calgary2003.
7. McIntyre D. RL, Heier EJ. Overview, History, and Objectives of Performance Measurement. Health Care Financ Rev 2001;22:15.
8. Bore RR. På liv og død, Helsestatistikk i 150 år. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2007. (Statistiske analyser).
<http://www.ssb.no/emner/03/00/sa94/sa94.pdf>
9. Dennis McIntyre MD, Lisa Rogers, M.H.S., and Ellen Jo Heier, M.H.S. Overview, History, and Objectives of Performance Measurement. HEALTH CARE FINANCING REVIEW Spring 2001;22(3):15.

10. Murray CJL, Evans DB. Health systems performance assessment : debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003.
11. Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.
12. Health system performance comparison In: Smith IPaPC, editor. An agenda for policy, information and research World Health Organization 2013; 2013. p. 417.
13. CIHI. National Consensus Conference on Population Health Indicators. Canadian Institute for Health Information; 1999.
<http://www.cihi.ca>
14. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians, a working document.
15. CIHI. A Performance Measurement Framework for the Canadian Health System. Canadian Institute of Health Information. [Lest 10.06.2014].
Tilgjengelig fra:
<https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC853>.
16. Rygh LH, Saunes IS. Utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten. nr 6-2008. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2008.
17. Historik for 1. version af DDKM for sygehuse. IKAS. Tilgjengelig fra:
<http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Sygehuse/Historik/1.-version.aspx>.
18. Health Do. The NHS Outcomes Framework 2013/14. [Lest 10.07.2014].
Tilgjengelig fra: <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-outcomes-framework-2013-to-2014>.
19. Anell A, Glenngård AH, S. M. Sweden: Health system review. 2012. (Health Systems in Transition).

Vedlegg: Fellestrekk i klassifikasjonssystem

I Adairs litteraturoversikt fra 2003(6) er det en tabell som viser hvilke områder av kvalitet i helsetjenesten som er inkludert i rammeverk til ulike land eller organisasjoner. Oversikten inkluderer rammeverk fra Verdens helseorganisasjon, Australia, Canada, Storbritannia og USA. OECD sitt rammeverk for kvalitetsindikatorer ble publisert etter at denne oversikten er laget og er derfor ikke inkludert i tabellen. Rammeverket til OECD er sammenfallende med det rammeverket til Canadian Institute of Health Information(CIHI) benytter som er vist i tabellen. Se for øvrig beskrivelse av Canada. Områdene er altså elementer av kvalitetsbegrepet, som i denne rapporten er satt tilnærmet synonymt med måling av helsetjenestens ytelser.

Oversikten er todelt og skiller mellom rammeverk for helsetjenesten og rammeverk for psykisk helsevern. Det er viktig å være oppmerksom på at tabellen er en oppsummering av litteraturen som ligger til grunn for beskrivelsen. Tabellen er altså rent deskriptiv og begrepene som beskriver områdene (første kolonne) er ikke gjensidig utelukkende og kan være til dels synonyme betegnelser.

Psykisk helsetjeneste USA og Canada: Fellestrekk ved klassifikasjonssystem(6)

Major domains	MHECCU Resource Toolkit CANADA	BC MOH CANADA	CARF USA	PERMS 2.0 USA	VA USA	MHSIP USA	NCI USA	Permes Georgia USA	COI OHIO USA
Accessibility / responsiveness / timeliness	X	X	X	X	X	X	X	X	
Quality / appropriateness	X	X	X	X	X	X			
Acceptability	X								
Competence	X								
Continuity/ coordination	X						X		
Efficacy / effectiveness	X		X						
Efficiency	X	X							
Safety	X						X		X
Availability							X	X	
Patient / clinical /health Outcomes		X	X			X		X	X
Satisfaction / perception of care only				X	X		X	X	
Clinical / health status							X		
Population health / determinant /outcomes									
Participation		X					X		
System management / Integration		X					X		
Utilization			X	X	X		X	X	
Cost efficiency / financial performance					X				
Adequate									
Prevention						X			
Sustainability									
Equity									

Somatisk helsetjeneste: Fellestrekk ved klassifikasjonssystem: Australia, Canada, Storbritannia, USA og Verdens helseorganisasjon(6)

Major domains	AIHW AUS	CIHI CANADA	CCHHSA CANADA	OHA CANADA	NHS UK	NCQA/ HEDIS USA	JCAHO / ORYX / OASIS USA	WHO INT
Accessibility / responsiveness / timeliness	X	X	X		X		X	X
Quality / appropriateness	X	X	X			X	X	
Acceptability		X	X					
Competence	X		X					
Continuity/ coordination	X	X	X				X	
Efficacy / effectiveness	X	X	X		X	X	X	
Efficiency	X	X	X		X	X	X	
Safety	X	X	X				X	
Availability							X	
Patient / clinical /health Outcomes ⁱ					X			
Satisfaction / perception of care only ⁱⁱ				X	X		X	
Clinical / health status ⁱⁱⁱ	X	X		X	X			
Population health / determinant /outcomes ^{iv}	X	X						X
Participation								
System management / Integration				X				
Utilization				X				
Cost efficiency / financial performance				X				
Adequate						X		
Prevention								
Sustainability	X							
Equity					X			

Forkortelsene som benyttes for å identifisere institusjoner

MHECCU Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit;
BC MOH British Columbia Ministry of Health;
CARF Rehabilitation Accreditation Commission;
PERMS 2.0 Performance Measures for Managed Behavioural Healthcare Programs;
VA Veterans Affairs;
MHSIP;
NCI;
Permes, Georgia Performance Measurements and Evaluation System;
Ohio COI Consumer Outcomes Initiative;
AIHW Australian Institute of Health and Welfare;
CIHI Canadian Institute of Health Information;
Canadian Council Health Services Accreditation;
OHA Ontario Hospitals Association;
WHO World Health Organization;
NHS Commission for the Accreditation of Healthcare Organizations;
ORYX / OASIS Outcome Assessment and Information Set

Fotnoter

ⁱ symptoms/clinical status, quality of life, functioning, satisfaction

ⁱⁱ includes respect and caring

ⁱⁱⁱ mortality / morbidity, life expectancy

^{iv} determinants of health

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-929-8

Desember 2014