

Psykisk helsetjeneste - utvikling av kvalitetsindikatorer

Notat fra Kunnskapssenteret
juni 2006

k Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Om notatet: Sosial- og helsedirektoratet har bedt Kunnskapssenteret om å kartlegge og lage en oversikt over metoder for å utvikle og videreutvikle kvalitetsindikatorer. Beskrivelsene av de ulike metodene skal knyttes til eksempler der det er tatt i bruk kvalitetsindikatorer på nasjonalt/lokalt nivå. Ut fra de erfaringene som andre land/regioner har gjort seg, skal Kunnskapssenteret foreslå 1-2 metoder som er aktuelle for den norske opptrappingsplanen. Et moment i beskrivelsen er forholdet mellom lokalt og nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid. **Hvordan:** Notatet tar utgangspunkt i en beskrivelse av formaliserte konsensusprosesser i utvikling og valg av kvalitetsindikatorer, og beskrivelse av akkrediteringsprosesser og utfordringer for implementering av kvalitetsindikatorer. Deretter presenteres noen trekk ved kvalitetsindikatorarbeidet i WHO, OECD, Canada, Danmark og USA. Avslutningsvis presenteres betraktninger om utfordringer for det norske prosjektarbeidet på kvalitetsindikatorområdet. **Hovedfunn:** • Et fellestrekk ved de landene vi har beskrevet, er at bruken av kvalitetsindikatorer er knyttet til systemer for akkreditering av institusjoner/enheter. Implemen-

(fortsetter på baksiden)

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 82-8121-095-8

juni 2006

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten



(fortsettelsen fra forsiden)

tering av kvalitetsindikatorer er mindre godt beskrevet. • Et annet fellestrekk er bruken av mer eller mindre formaliserte konsensusprosesser i valg og utvikling av kvalitetsindikatorer. De formaliserte prosessene er nesten gjennomgående en variant av RAND/UCLA sin metode for utvikling av kvalitetsindikatorer. • Eventuell innføring av akkreditering som system for kvalitets-sikring bør vurderes i forhold til behov, nytte og kostnader i lokal og nasjonal kontekst, og i forhold til bruk av andre virkemidler. • Kartleggingen av metodikken som er benyttet, viser at det i stor grad er internasjonale fellestrekk ved utviklingsarbeidet for kvalitetsindikatorer. De ulike fagpersonene som har vært/er ansvarlige for kvalitetsutviklingsrapporter i egne land, har vært/er aktive i det internasjonale planarbeidet til de store organisasjonene som WHO og OECD. Det er dermed et overlapp av fagfolk som deltar på ulike arenaer, og prosessene som beskrives kan være resultat av uformelle konsensusprosesser i internasjonale fagmiljø.

Tittel	Psykisk helsetjeneste - utvikling av kvalitetsindikatorer
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	John-Arne Røttingen, direktør
Forfatter	Ingrid Sperre Saunes
Prosjektgruppe	Liv Rygh og Berit Mørland
ISBN	82-8121-095-8
Notat	2006
Prosjektnummer	325
Antall sider	42
Dato oppstart/levert	22.03.06/15.05.06
Oppdragsgiver	Sosial- og helsedirektoratet

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt, nytte og kvalitet av metoder, virkemidler og tiltak innen alle deler av helsetjenesten.

Kunnskapssenteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet. Det har ingen myndighetsfunksjoner og kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Oslo, juni 2006

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	iii
Sammendrag	iv
1 Innledning	1
2 Kvalitetsindikatorer og begrepsbruk	5
3 WHO – Verdens helseorganisasjon	8
4 OECD	12
5 USA(/IOM).....	16
6 Canada.....	21
7 Danmark.....	23
8 Internasjonale fellestrekk og norske utfordringer.....	26
Litteraturliste	29
Vedlegg 1 – Formaliserte konsensusprosesser	32
Vedlegg 2 – Indikatorsett fra OECD	34
Vedlegg 3 – Den danske kvalitetsmodellen.....	37

Sammendrag

Sosial- og helsedirektoratet har bedt Kunnskapssenteret om en kartlegging og oversikt over metoder for utvikling og videreutvikling av kvalitetsindikatorer. Beskrivelsene av de ulike metodene skal knyttes til eksempler hvor det er tatt i bruk kvalitetsindikatorer på nasjonalt/lokalt nivå. Ut fra de erfaringene som andre land/regioner har gjort seg, skal Kunnskapssenteret foreslå 1-2 metoder som er aktuelle for den norske opptrappingsplanen. Et moment i beskrivelsen er forholdet mellom lokalt og nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid.

Notatet tar utgangspunkt i en beskrivelse av formaliserte konsensusprosesser i utvikling og valg av kvalitetsindikatorer, samt beskrivelse av akkrediteringsprosesser og utfordringer for implementering av kvalitetsindikatorer. Deretter presenteres noen trekk ved kvalitetsindikatorarbeidet i WHO, OECD, Canada, Danmark og USA. Avslutningsvis presenteres betraktninger om utfordringer for det norske prosjektarbeidet på kvalitetsindikatorområdet.

Et fellestrekk ved de landene vi har beskrevet, er at bruken av kvalitetsindikatorer er knyttet til systemer for akkreditering av institusjoner/enheter. Implementering av kvalitetsindikatorer er mindre godt beskrevet. Et annet fellestrekk er bruken av mer eller mindre formaliserte konsensusprosesser i valg og utvikling av kvalitetsindikatorer. De formaliserte prosessene er nesten gjennomgående en variant av RAND/UCLA sin metode for utvikling av kvalitetsindikatorer. Eventuell innføring av akkreditering som system for kvalitetssikring bør vurderes i forhold til behov, nytte og kostnader i lokal og nasjonal kontekst, og i forhold til bruk av andre virkemidler.

Kartleggingen av metodikken som er benyttet, viser at det i stor grad er internasjonale fellestrekk ved utviklingsarbeidet for kvalitetsindikatorer. De ulike fagpersonene som har vært/er ansvarlige for kvalitetsutviklingsrapporter i egne land har vært/er aktive i det internasjonale planarbeidet til de store organisasjonene som WHO og OECD. Det er dermed et overlapp av fagfolk som deltar på ulike arenaer, og prosessene som beskrives kan være resultat av uformelle konsensusprosesser i internasjonale fagmiljø.

1 Innledning

Sosial- og helsedirektoratet har i en konkretisering av oppdragsbrevet til Kunnskapssenteret bedt om en redegjørelse av ulike metodologiske tilnæringer til kvalitetsindikatorer for å videreutvikle kvalitetsstrategien for opptrappingsplanen for psykisk helse. Direktoratet ønsker også å etablere indikatorer som kan si noe om de generelle målsettingene i Nasjonal kvalitetsstrategi¹ i forhold til psykisk helse.

Oppdraget er å beskrive ulike metoder som kan nyttes for å videreutvikle kvalitetsindikatorer i kvalitetsstrategien til opptrappingsplanen for psykisk helse (OP). Redegjørelsen skal baseres på en presentasjon ulike strategier for utvikling av indikatorer og hvordan de er benyttet i ulike land/organisasjoner. Et moment i beskrivelsen er relasjonen mellom lokale og nasjonale strategier i arbeidet med å implementere kvalitetsindikatorer. Deretter skal det velges en til to tilnæringsmåter for kvalitetsutviklingsarbeid som er hensiktsmessig i en norsk kontekst, samt antyde ressursbruk ved de ulike metodene.

Kunnskapssenteret har utarbeidet dette notatet som beskriver metodikken som er anbefalt og/eller benyttet i utarbeidelse av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsetjeneste i noen utvalgte internasjonale organisasjoner og land. Videre har vi sett etter implementeringsprosesser for indikatorer i kvalitetsforbedringsarbeid.

Notatet gir innledningsvis en generell beskrivelse av ulike metoder/begreper som står sentralt i utvikling av kvalitetsforbedringssystemer og kvalitetsindikatorer. Deretter har vi sett nærmere på hvordan dette arbeidet er beskrevet i rapporter fra WHO og OECD, og hvordan Danmark og USA utvikler og vedlikeholder sine kvalitetsindikatorer.

Det er foretatt generelle søk på internett etter relevant litteratur, men størsteparten av kunnskapstilfanget har kommet via linker på nettsidene til kjente aktører på området. Kunnskapssenteret kartlegging av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsearbeid hvor man også hadde en oversikt over ulike nettsteder, ble benyttet som utgangspunkt for dette notatet.

¹ <http://www.shdir.no/kvalitetsforbedring/kvalitetsstrategi/>

I dette notatet beskrives:

- ▶ Kvalitetsindikatorer og begrepsbruk generelt
- ▶ WHO og OECDs anbefalinger med hensyn til utvikling av kvalitetsindikatorer for psykisk helse
- ▶ Utvikling av kvalitetsindikatorer i Canada, Danmark og USA
- ▶ Internasjonale fellestrekk og utfordringer for norsk arbeid med kvalitetsindikatorer

PRESISERINGER

I notatet har vi primært søkt etter informasjon om metoder for utvikling av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsetjeneste. Vi har ikke skilt mellom spesialist- og primærhelsetjenesten, men tatt utgangspunkt i indikatorer som på engelsk beskrives under fellesbetegnelsen: "mental health care", begrepet blir her oversatt med psykisk helse. I Norge skilles det i begrepsbruken mellom *psykisk helsevern* for helsetjenester og tiltak i tilknytning til spesialisthelsetjenesten, og tilsvarende *psykisk helsearbeid* om helsetjenester på kommunalt nivå. *Psykisk helsetjeneste* er en betegnelse som omfatter både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

En kvalitetsindikator er en målbar variabel som benyttes til å overvåke og vurdere kvaliteten på en tjeneste. Kvalitetsindikatorerne er aggregater av rådata som samles inn for eksempel i elektroniske registre, og skiller seg fra rådata ved at de har en nevner (denominator)². De gir bearbeidet informasjon om kvaliteten på en tjeneste i forhold til den gruppen som mottar tjenesten.

Kvalitetsindikatorer kan benyttes uavhengig av den kontekst de hentes fra, men valg av kvalitetsindikatorer har sammenheng med hvordan policy, planer og handlingsprogrammer utvikles og implementeres. Vi har derfor tatt med korte beskrivelser av overordnede målsettinger for de områdene hvor det er aktuelt. Notatet er deskriptivt i forhold til målinger av kvalitet, og vi tar ikke opp debatten om kvalitetsbegrepet³. Den enkelte organisasjon eller nasjon som er beskrevet her, har i større eller mindre grad benyttet tilnærmet like konseptuelle tilnærminger og rammer for indikatorarbeidet.

Kvalitetsutviklingsarbeid kan deles inn i ulike stadier eller utviklingstrinn. Første generasjon av kvalitetsindikatorer er gjerne basert på struktur og prosessmål, og tar ofte utgangspunkt i kartlegging av erfaringer med kvalitetsforbedringsarbeid.

² WHO Mental Health Information Systems 2005:24 og IOM Performance Measurement 2006:35.

³ Statistisk Sentralbyrå har i Notat 2004/77 en kort innføring i kvalitetsdebatten i tilknytning til kommunale tjenester. (Notat 2004/77: 3-4).

Forekomst av sykdom og ressursbruk på institusjonene er eksempel på indikatorer som er mye brukt, og en prioriterer gjerne eksisterende dataregister som datakilde. Den neste fasen henter i tillegg inn data fra brukere av helsetjenesten (pasienterfaringsundersøkelser) og bruker indikatorer for innhold og resultat av behandlingen, med andre ord inkluderes prosess og resultatmål. Det tredje stadiet kombinerer ulike indikatorer i form av mer sammensatte indikatorsett som tar sikte på å gi et mer helhetlig bilde av kvaliteten på tjenestene innenfor et område. Inndelingen er beskrevet i en artikkel av Hermann (Hermann 2003:38) som ledet arbeidet med en nasjonal gjennomgang av kvalitetsindikatorer for psykisk helsetjeneste i USA. Hermann ledet også arbeidet med OECD sin rapport om utvelgelse av kvalitetsindikatorer i 2004. Paneldeltagerne i OECDs ekspertpanel er alle sentrale aktører i utviklingen av kvalitetsindikatorer i eget land, og flere har vært involvert i WHO's arbeid med kvalitetsindikatorer for psykisk helsetjeneste.

En sammenstilling av ulike indikatorer til et kjernesett med indikatorer benyttes i flere sammenhenger for å gi et noe mer helhetlig bilde av kvaliteten på helsetjenester innenfor et land eller større geografisk avgrensede områder (OECD, WHO, CQAIMH og AHRQ) ⁴.

LITTERATURSØK

Med de knappe tidsrammene som var satt for dette prosjektet har det ikke vært anledning til å gjennomføre en fullstendig systematisk litteraturgjennomgang knyttet til utvikling av kvalitetsindikatorer innenfor psykiske helsetjeneste.

Det ble foretatt søk med utgangspunkt i hjemmesidene for kjente organisasjoner som WHO, Institute of Medicine (IOM), Rand Institute etc. samt departementale hjemmesider for de ulike nasjonene.

Mye av dokumentasjonen og linkene som er benyttet, er funnet ved snøballmetoden, dvs. at man finner et dokument som gir linker eller henviser til arbeid som er gjort andre steder.

Canada	Public Health Agency Canada Canadian Institute for Health Information	www.phac-aspc.gc.ca www.cihi.ca
USA	The Surgeon General Institute of Medicine Rand Institute	www.surgeongeneral.gov http://www.iom.edu/ http://www.rand.org/
WHO	World Health Organization Mental Health	http://www.who.int/mental_health/en/

⁴ Center for Quality Assessment and Improvement in Mental Health (CQAIMH) og Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ)

	PATH (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals)	http://www.euro.who.int/hosmgt/Publications/20041208_1
Danmark	Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS)	http://www.sst.dk/Tilsyn/Kvalitetsforbedring/Den_Danske_Kvalitetsmodel.aspx?lang=da
	Det Nationale Indikatorprojekt	http://www.nip.dk
	Den Danske Kvalitetsmodell	www.kvalitetsmodel.dk
OECD		www.oecd.org

Se litteraturliste for en fullstendig oversikt over dokument og internettsider som er benyttet som kilder.

2 Kvalitetsindikatorer og begrepsbruk

Kvalitetsforbedringsarbeid innenfor helsesektoren er et komplekst område og omfatter mange ulike prosesser som griper inn i hverandre. Forsøk på å beskrive deler av denne prosessen kan fort bli fragmentariske skildringer som ikke gir uttrykk for et helhetlig perspektiv. Her har vi valgt å gjøre nærmere rede for konsensusprosesser, som er en mye brukt metodikk ved utvikling av kvalitetsindikatorer. Deretter gies det en kort beskrivelse av akkreditering av helsetjenester som et overordnet system for kvalitetsarbeid, hvor kvalitetsindikatorer er et sentralt verktøy. Avslutningsvis presenteres noen utfordringer for implementering av kvalitetsindikatorer.

Valg av kvalitetsindikatorer og indikatorer generelt innenfor helsevesenet kan være påvirket av akkrediteringsprosesser som konkretiserer overordnede målsettinger. Implementering handler om forankring og iverksetting av tiltak og dermed også det som er nødvendig for tilrettelegging, tilslutning og bruk av kvalitetsindikatorer. Vi vil her kort gjengi hovedtrekkene i nevnte prosesser i forhold til valg av kvalitetsindikatorer. Beskrivelsene er basert framstillingen i WHO's veiledningspakke for mental helse, samt publikasjoner fra Rand Institute og en artikkel av Hermann (Hermann et al 2004).

KONSENSUSPROSESSER

Konsensusprosesser er en fellesbetegnelse for en arbeidsmetodikk hvor formålet er at deltagerne i størst mulig grad oppnår enighet. Metodikken er vanlig ved utvikling av kvalitetsindikatorer innenfor helsetjenesten. Et sentralt argument for å benytte konsensusprosesser som arbeidsmetode ved utvikling av kvalitetsindikatorer er at evidensgrunnlaget for valg av kvalitetsindikatorer er svakt.

Med svakt evidensgrunnlag menes det her at selv om en kvalitetsindikator kan ha god evidens som indikator på en egenskap ved kvalitet, vil evidensgrunnlaget for å velge den indikatoren framfor en annen være avhengig av hvilke andre indikatorer den skal benyttes i lag med. Evidensgrunnlaget til kvalitetsindikatoren må derfor sees i sammenheng med evidensgrunnlaget til de andre kvalitetsindikatorerne som velges. Denne koblingen mellom evidensgrunnlag og en ekspertvurdering er kjernen

i de konsensusprosessene som omtales her. Konsensusprosesser benyttes derfor for å komme til enighet om hvilke indikatorer som det oppnåes størst oppslutning om.

Formaliserte konsensusprosesser kan kort beskrives som en totrinns evalueringsprosess. I først trinn identifiseres og framskaffes dokumentasjon for eksisterende kvalitetsindikatorer, og deltagerne i et ekspertpanel vurderer ut fra dokumentasjonen indikatorene med hensyn til validitet og antatt nytteverdi (eng: feasibility). Deretter analyseres resultatene før de presenteres for ekspertpanelet. Deltagerne i panelet møtes og diskuterer indikatorene før de rangeres på nytt. Metodikken forutsetter et profesjonelt forarbeid av en tilrettelegger som administrerer og dokumenterer prosessene.

I **Vedlegg 1** er en kort beskrivelse av to grunnleggende og kjente metoder, Delphi-prosesser og Randmetodikk, begge utviklet ved RAND Institute i USA. Den første kjennetegnes ved at deltagerne ikke møtes i direkte samhandling, og den andre kombinerer Delphi-prosesser med etterfølgende ekspertgruppemøter.

Et annet aspekt man skal være oppmerksom på er sammensetningen av ekspertgruppen og rammebetingelser de arbeider under. Ved sammensetningen av ekspertgruppen skal faglig ekspertise og uavhengighet vektlegges. Arbeidsbetingelsene og sammensetningen av ekspertgruppene kan ha betydning for utfallet, det vil si hvilken konsensus, som oppnåes.

AKKREDITERINGSPROSESSER

Akkreditering er betegnelse for en offisiell anerkjennelse av en helsetjenesteleverandør av en instans med godkjenningfullmakt. Framstillingen her er en oppsummering av Verdens helseorganisasjons begrunnelse for å ta i bruk akkreditering av helsetjenesteinstitusjoner.

Akkreditering av en institusjon skjer på basis av at gitte kvalitetskriterier blir oppfylt, kriteriene kan betegnes som indikatorer eller kvalitetsindikatorer. Kriteriene kan være både myndighetskrav og andre kvalitetskriterier. De er også ofte påvirket av policyvalg og andre handlingsplaner for psykisk helsetjeneste. Hensikten med akkreditering innenfor helsetjenesten er at brukere skal sikres en gitt standard med hensyn til de tjenester de mottar. Et av formålene med akkrediteringskriterier er at det gir den enkelte institusjon mulighet til å sammenligne egne resultater med etablerte standarder og/eller andre institusjoner innenfor ulike områder.

Akkrediteringskriteriene kan også bidra til å identifisere områder med potensial for forbedringer. Verdens helseorganisasjon anbefaler å benytte akkreditering for å gi helsetjenesteleverandører anerkjennelse, de kan motta råd og hjelp med hensyn til kvalitetsutviklingsstrategier, hjelp til monitorering og evaluering av tjenestene, samt anerkjennelse som en ettertraktet arbeidsplass (WHO 2005).

Akkrediteringsstandarder og prosedyrer beskrives som kulturelle ettersom de har sammenheng med utvikling av policy og planer i hvert enkelt land. WHO anbefaler derfor et utviklingsarbeid for å identifisere relevante standarder og prosedyrer, etterfulgt av utvikling av egne prosedyrer ved behov. Utvikling av

akkrediteringsprosedyrer og standarder beskrives som samarbeidsprosjekt mellom sentrale helsetjenesteaktører, hvor både leverandører og brukere er representert.

Behov for å benytte akkreditering som metode for å kvalitetssikre tjenester er kanskje særlig aktuell i land hvor det er mange ulike helsetjenesteleverandører og mangfold i leverandører av helsetjenestepersonell. Akkreditering som system for kvalitetssikring bør vurderes i forhold til behov, nytte og kostnader, og sees i sammenheng med eventuell bruk av andre virkemidler som forskning, tilsyn og andre former for monitorering.

IMPLEMENTERING, -VIKTIGE UTFORDRINGER

Denne framstillingen er basert på WHO sin beskrivelse i Mental Health Information System og hovedrapporten Policy, Plans and Programs. utfordringer for implementering er mange, det skilles i hovedsak mellom de tekniske utfordringene for implementering og utfordringer for å skape støtte for de policymål/indikatorer som er valgt. De tekniske utfordringene knyttes til informasjonssystemet, hvilke datarapporteringssystem benyttes, hvilke informasjon som er lagret elektronisk, kvaliteten på data etc. Kvaliteten på data er viktig, og det bør sikres at informasjonssystemet for registreringen er best mulig, og at selve registreringen holder høy kvalitet.

En spesiell utfordring ved nye indikatorer er å sikre at systemene for innhenting av data er brukervennlige. WHO anbefaler blant annet at "brukere" som benytter systemene belønnes med å få direkte tilbakemelding/rapportering fra systemet på de data de har behov for. Datarapportering inn til systemet bør med andre ord sikre tilgang til data som kan benyttes til mer enn generering av nasjonale indikatorer. Multiple formål for data som blir samlet inn regnes som en styrke ved indikatoren og vil øke sannsynligheten for at kvaliteten på data blir god.

Det andre aspektet som vektlegges er hvordan man kan sikre at de politiske beslutninger, planer og programmer får støtte både blant brukere og ulike leverandører av helsetjenesten. Informasjonsspredning om arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer og åpenhet om prosessene for valg av indikatorer er to tiltak som vektlegges. Implementeringsprosesser knyttes ofte opp mot utvelgelse av indikatorer. Deltagelse i formaliserte konsensusprosesser er en metode for å sikre delaktighet og dermed eierskap til indikatorsettet. Videre vil krav om at indikatorer som velges skal medføre minimalt av ekstra arbeid for den enkelte tjenesteleverandør øke sannsynligheten for at indikatoren får støtte i fagfeltet.

3 WHO – Verdens helseorganisasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) har laget en veiledningspakke for utvikling av kvalitetsarbeid for psykisk helsetjeneste. Hovedformålet med veiledningspakken som består av i alt tretten rapporter med kryssreferanser, er å gi råd og veiledning i forbindelse med utvikling, implementering og evaluering av innsatsområder innenfor psykisk helsetjeneste. Veiledningspakken omtaler både policyplanlegging, handlingsplaner og programutvikling, og delrapportene tar for seg ulike ansvarsområder under psykisk helsetjeneste som finansiering, organisering av tjenester, informasjonssystem, utdanning etc. (http://www.who.int/mental_health/policy/en/).

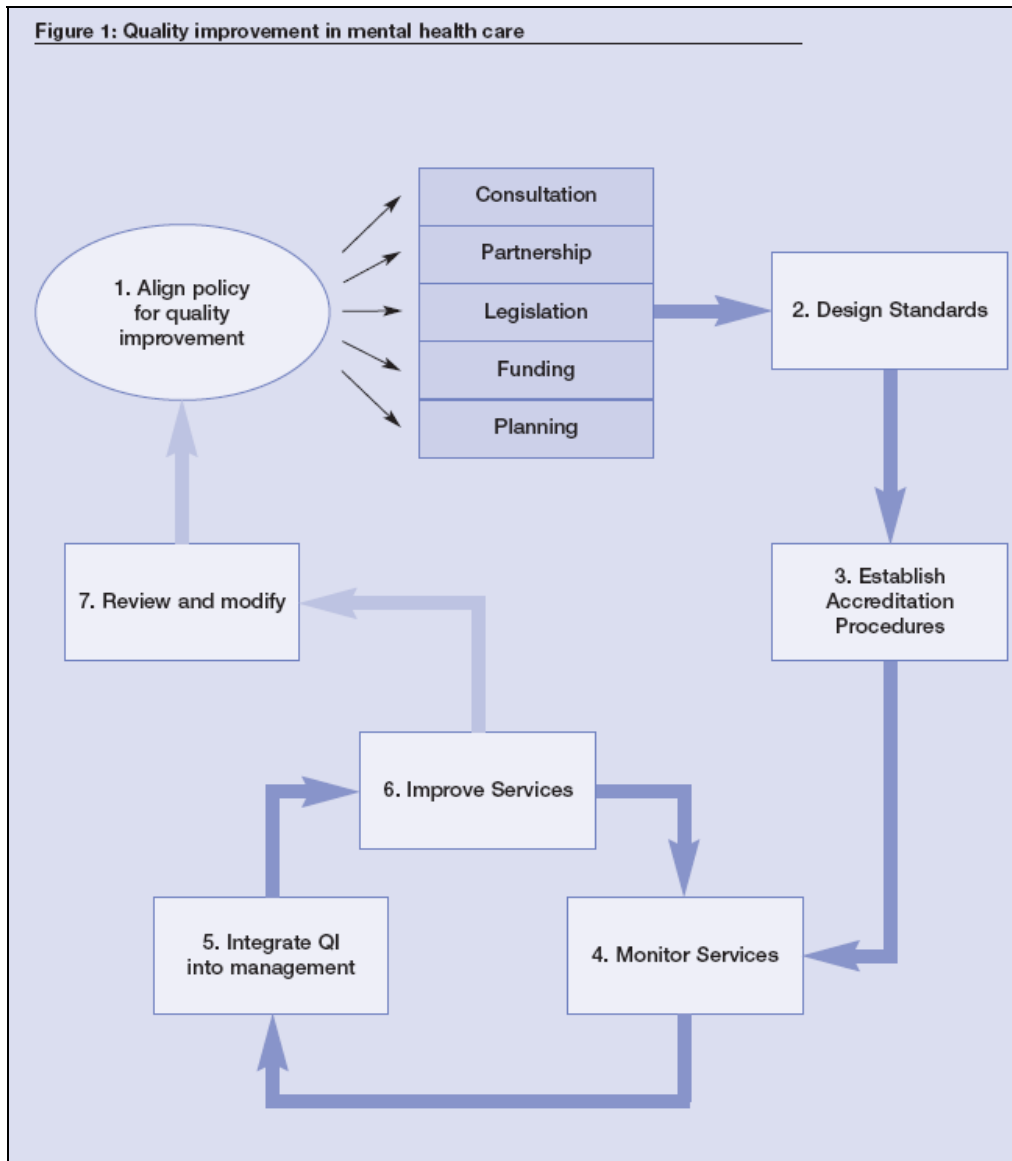
Her avgrensner vi oss til en overordnet beskrivelse av kvalitetsindikatorer, ved å vise hvordan WHO plasserer monitorering ved hjelp av indikatorer i det helhetlige bildet av kvalitetsutviklingsarbeidet⁵. Det er så langt vi kjenner til ingen anbefaling om bruk av bestemte indikatorsett innen psykisk helsetjeneste, eller utviklet egne indikatorsett. I WHO's veiledningsserie gis imidlertid en anbefaling om utvikling av strategier for utvikling av nasjonale eller regionale kvalitetsindikatorer. I 2005 kom det en anbefaling om innsamling av indikatorer på helsesystemnivå for psykisk helse (WHO-AIMS) (http://www.who.int/mental_health/evidence/WHO-AIMS/en/index.html). Indikatorene gir informasjon om helsesystemene i de ulike landene og ikke om kvaliteten på tjenestene.

WHO anbefaler å fastsette indikatorer som målepunkt for evaluering av de ulike initiativene enten det gjelder utvikling og implementering av policy, handlingsplaner eller programmer. Etter at man er blitt enig om visjon, målsetting og verdier velges indikatorene, både mer generelle målepunkt og kvalitetsindikatorer. Implementering av indikatorene omtales ikke spesielt, men det er gitt spesiell oppmerksomhet til utfordringer for implementering av

⁵ Framstillingen basert på WHO's rapporter: Mental health policy, plans and programmes – update (2004), Quality improvement for mental health (2003), Mental Health Information Systems (2005)

handlingsplaner og programmer. (WHO 2004). Figur 4.1 viser en skjematisk framstilling av WHO's anbefalinger for organisering av kvalitetsutviklingsarbeidet.

Figur 4.1: Framstilling av kvalitetsforbedringsarbeidet i psykisk helsetjeneste (WHO 2003: 8)



UTVIKLING AV KVALITETSINDIKATORER

Kvalitetsforbedringsprosesser er omtalt i en egen rapport (WHO 2003). Det beskrives en sjutrinns prosess for kvalitetsforbedring av psykisk helsevern. De syv trinnene er mer oppgaver/utfordringer som må løses og i mindre grad en beskrivelse av metodetilnærminger og anbefalinger av kvalitetsindikatorer (se figur 4.1).

Oppgaver/utfordringer:

- ▶ **Sett vide mål for kvalitetsforbedring i helsetjenesten:** Målsettingen må forankres i en felles plattform for de ulike brukergruppene og interessenter, og prosessen må nedfelles i ulike fagfelt. Utdanning og kompetanseutvikling for helseprofesjonene er viktig i denne prosessen. Økonomiske og juridiske konsekvenser må vurderes og justeres.
- ▶ **Utvikling av nasjonale standarder:** På basis av målsettingene bør man etablere en arbeidsgruppe som har til oppgave å administrere utvikling av standarder for alle aspekter ved den psykiske helsetjenesten. Kriteriene for hver standard må spesifiseres, og de bør være et middel for å vurdere eksisterende tjenester.
- ▶ **Etablere akkrediterings prosedyrer:** Akkreditering bør skje jevnlig og data fra akkrediteringsprosessen vil kunne benyttes som indikatorer.
- ▶ **Monitorering av helsetjenesten:**
 - Kvalitetsindikatorer som måler i forhold til nasjonale standarder
 - Kvalitetsindikatorer som måler i forhold til akkrediteringsprosedyrer
 - Kvalitetsindikatorer konstrueres ut fra data registrert i eksisterende databaser
 - Samarbeidsmøter med uavhengige støtte- og ressursgrupper for å høre deres vurderinger
- ▶ **Integrering av kvalitetsforbedringsarbeid i daglig drift og ledelse:**
 - Årlige tilbakemeldinger om kvaliteten på tjenesten
 - Inkludering av kvalitetskontroller i planleggingsfasen av tjenestene
 - Kvalitetsforbedring implementeres i klinisk praksis gjennom kunnskapsbasert praksis, retningslinjer, teamarbeid og kontinuerlig faglig utvikling.
 - Gjennomføring av kvalitetskontroller
- ▶ **Vurdere systematiske reformer for å forbedre tjenestene**
 - Revurdering av kvalitetsmekanismene. Anbefales at de revurderes hvert 5-8 år.

Etablering av målsetting, standarder, akkrediteringsprosedyrer, monitorering, implementering og videreutvikling av kvalitetsforbedringsprosessene har direkte

betydning for *hvilke* kvalitetsindikatorer som benyttes, *hvordan* de implementeres i helsetjenesten og *hvilken* sammenheng de tolkes ut fra. Forankringen av kvalitetsindikatorer i overordnede prosesser tydeliggjør behovet for og funksjonen til kvalitetsindikatorerne.

Selv om WHO, så vidt vi kjenner til, ikke har utarbeidet spesifikke indikatorer for evaluering av psykisk helsetjeneste, er det riktig å nevne her at WHO's regionale Europakontor siden 2003 har arbeidet med et prosjekt med sikte på å samle og systematisere evidens på området hospital performance generelt (PATH prosjektet: www.euro.who.int/hosmgt). Hovedmålet har vært å utvikle et teoretisk rammeverk og et praktisk verktøy som støtte til lokalt/nasjonalt kvalitetsforbedringsarbeid på frivillig basis i medlemslandene. Målgruppen er sykehusledelse på topp- og avdelingsnivå. Dette utviklingsprosjektet kan derfor også være aktuell modell for nasjonal utvikling av kvalitetsindikatorer innen psykisk helsevern.

PATH-modellen er en multidimensjonal og integrert tilnærming, og vil dermed fange opp kompleksiteten i sykehusenes funksjoner.

Det er utviklet et kjernesett av 24 kvalitetsindikatorer innen 6 dimensjoner:

- ▶ klinisk effekt (eng: clinical effectiveness),
- ▶ sikkerhet (eng: safety),
- ▶ pasientorientering (eng: patient centredness),
- ▶ effektivitet (eng: efficiency),
- ▶ personellorientering (eng: staff orientation),
- ▶ samt lærende/imøtekommende ledelse i forhold til samfunnsforpliktelser (eng: responsive governance).

Prosessene i utviklingsarbeidet har inkludert kartlegging av internasjonale modeller og kvalitetsindikatorer, litteraturgjennomgang samt konsensusprosesser. Kriterier for valg av indikatorer har vært at de skal være valide på ulike nivåer og kontekster, være basert på god vitenskapelig evidens og ha lett tilgjengelige datakilder i de fleste europeiske land. De utvalgte kvalitetsindikatorerne er ment å skulle måles samtidig og fortolkes i sammenheng. Som gjennomføringsstrategi pågår for tiden en testing av kvalitetsindikatorerne i noen utvalgte medlemsland. Som rapporteringsverktøy utvikles et "balanced dashboard" for kontinuerlig tilbakemelding til sykehusenes ledelse.

4 OECD

OECD har etablert et kvalitetsindikatorprosjekt med deltagelse fra 21 land, Verdens helseorganisasjon (WHO), European Commission (EC), Verdensbanken, og ledende forskningsinstitusjoner som International Society of Health Care (ISQua) og European Society of Health Care (ESQH). Formålet med prosjektet er å få bedre kunnskap på helsesystemnivå som kan benyttes til administrative formål i de ulike landene.

Mental helse er et av seks prioriterte områder som OECD ønsket å utvikle kvalitetsindikatorer for. Utvikling av nye kvalitetsindikatorer for de ulike områdene ble vurdert til å være for ressurskrevende for OECD-prosjektet. OECD-prosjektet ble derfor avgrenset til å vurdere eksisterende kvalitetsindikatorer. Hvert av de seks områdene har et eget ekspertpanel for utvikling av kvalitetsindikatorer.

OECD har arbeidet mye med sin konseptuelle tilnærming for kvalitetsindikatorer. Resultatet er publisert i en rapport om begrepsmessig tilnærming som ble offentliggjort i mars 2006. (www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf)

UTVIKLING AV KVALITETSINDIKATORER

OECD benyttet en metode som US Institute of Medicine (IOM) har utviklet for evaluering av kvalitetsindikatorer (Hermann in Press). Metoden er en modifisert RAND-metode for kvalitetsindikatorer (se vedlegg 1). Samme metode for utvelgelsen av kvalitetsindikatorer er benyttet for alle de seks områdene. Første trinn er å identifisere relevante kvalitetsindikatorer i de ulike landene, deretter følger en utvelgelsesprosess etter gitte kriterier. Kortlisten av indikatorer evalueres så etter bestemte kriterier.

For å sikre mest mulig dekning av relevante områdene for psykisk helsetjeneste avgrenset de seg å undersøke fire sentrale dimensjoner ved psykisk helsetjeneste:

- ▶ Behandling
- ▶ Kontinuitet i behandling
- ▶ Koordinering av tjenester
- ▶ Resultater for pasienter

Utvelgelse av indikatorer:

Kartleggingen til OECD identifiserte over 100 indikatorer, som ble videre vurdert ut fra følgende prinsipper:

- ▶ Indikatoren måler "tekniske kvalitet", ikke mål for samhandling eller brukerperspektiv
- ▶ Indikatorens fokus er kvalitet, ikke kostnader eller nytte (eng: utilisation)
- ▶ Indikatoren er direkte mål, ikke sammensatt skala
- ▶ Indikatoren antas å være anvendelig på systemnivå framfor det praksisnære nivå
- ▶ Indikatoren skal fortrinnsvis konstrueres ut fra administrative data, istedenfor særskilt innhenting av data, eller ustandardiserte innsamlinger

Etter denne kategoriseringen av indikatorene ble listen av indikatorer redusert til 24. Deretter benyttet ekspertpanelet konsensusprosesser i den videre utvelgelsen av det endelige indikatorsettet. Hver indikator ble vurdert etter følgende kriterier:

- ▶ Viktig/relevant performance aspekt:
 - Gunstig effekt på helse
 - Relevant for policy (administrasjon og brukere)
- ▶ Kan endringer i indikatoren knyttes til kvaliteten på tjenesten?
 - Vitenskaplig holdbar (eng: sound)
 - Umiddelbar validitet
 - Innholdsvaliditet
- ▶ Tilgang på data:
 - Finnes det internasjonalt sammenlignbare data?
 - Overstiger kostnadene ved datainnsamling og rapportering nytteverdien av kunnskapen?

De tre kriteriene ble vurdert for den enkelte indikator og gitt skår på en skala fra 1-9 av hvert enkelt medlem i ekspertpanelet. Indikatorer som i den endelige skåringsrunden hadde en medianskår på 7 eller høyere for de to første dimensjonene, og hvor datatilgangen ble vurdert som mulig av mer enn halvparten av paneldeltagerne, ble inkludert i indikatorsettet. Indikatorer med medianskår på 3 eller under, ble ekskludert fra listen, i lag med indikatorer hvor datagrunnlaget ble vurdert som dårlig. Indikatorer som endte opp med en skår mellom 3 og 7 ble særskilt vurdert med hensyn til hvorvidt de ble inkludert eller ekskludert fra indikatorsettet. Det endelige listen består av 12 kvalitetsindikatorer.

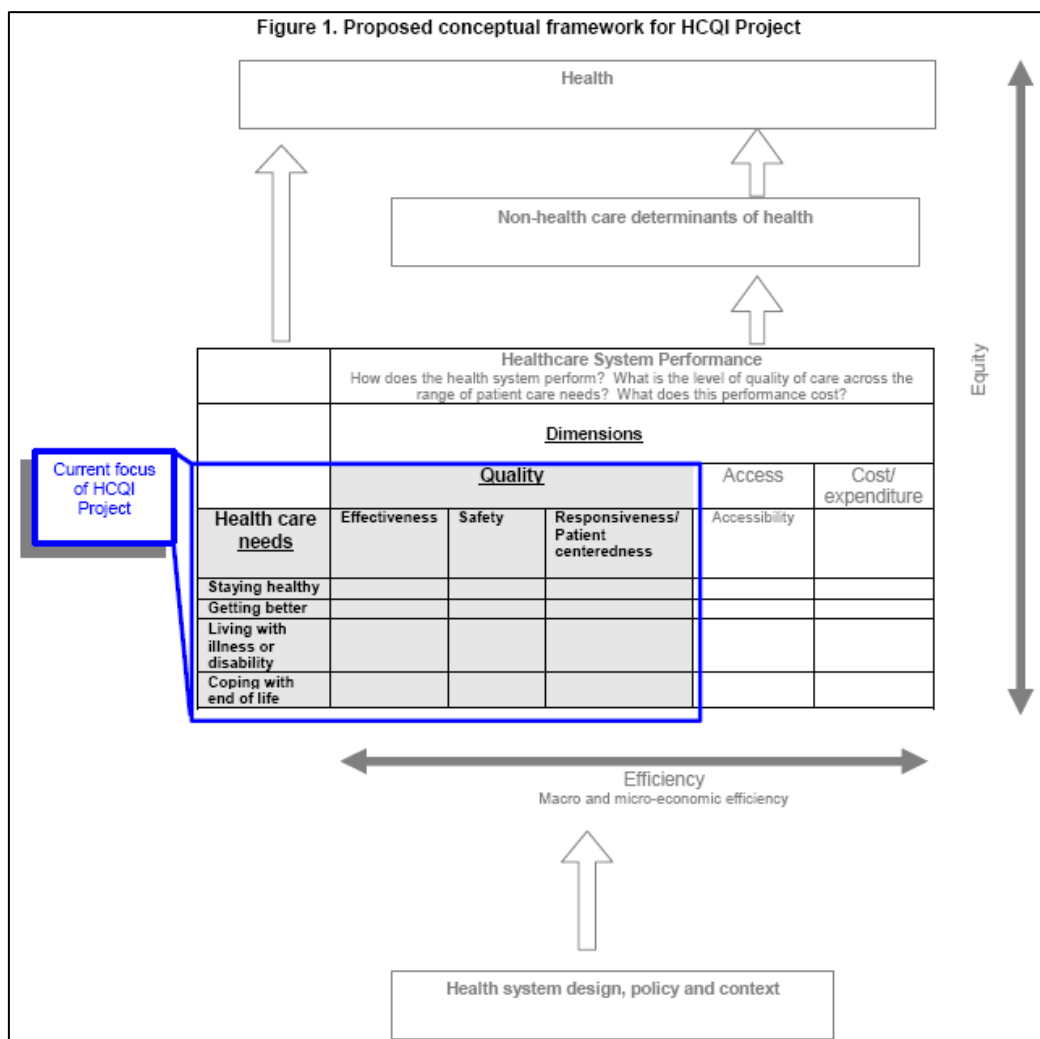
Konseptuel forankring

OECD har valgt å følge den samme konseptuelle forankring som Institute of Medicine (IOM) benyttet i USA. Det tar utgangspunkt i målsettinger for helsetjenesten på den ene siden, og pasientens tjenestebehov på den andre siden.

Helsetjenestens målsetting er å levere tjenester av god kvalitet, en inndeling av kvalitetsindikatorer etter målsetting for helsetjenesten tilsvarer derfor en inndeling av kvalitetsindikatorer etter kvalitetsdimensjoner som effekt, sikkerhet og brukerperspektiv. OECD deler indikatorene inn etter kvalitetsdimensjoner.

Begrepsapparatet som OECD benytter knytter kvalitetsindikatorerne for helsetjenestene til helseomsorg i et overordnet perspektiv. Figur 4.1 illustrerer den konseptuelle forankringen til kvalitetsindikatorprosjektet.

Figur 4.1: OECDs konseptuelle forankring i kvalitetsindikatorprosjektet (OECD 2006:15).



TILGJENGLIGE OG PLANLAGTE KVALITETSINDIKATORER

Åtte av indikatorene er for polikliniske behandling, og en indikator er for inneliggende behandling. Indikatorene dekker ulike aspekter ved psykisk helsetjeneste, men ingen av indikatorene dekker helsetjenester til barn og unge. Det

er ikke valgt kvalitetsindikatorer for primærhelsetjenesten, men rapporten sier at flere av indikatorene for spesialisthelsetjenesten også kan benyttes i den sektoren.

Det etterlyses bedre indikatorer med hensyn til psykoterapeutisk behandling, og indikatorer som gir mer kunnskap i forhold til sosial ulikhet. OECD har standardisering i diagnosesetting og vurdering av livskvalitet som viktige delmål i arbeidet med å videreutvikle kvalitetsindikatorer. OECD mener at det bør arbeides videre mot en større konsensus i forhold til et mindre utvalg av kliniske dataelement i et minstebasis datasett. Da får en flere sammenlignbare resultater i vurderingen av tjenstekvalitet og helsetjenestene bør motiveres til å benytte informasjon til eget kvalitetsforbedringsarbeid.

Indikatorsettet som OECD foreslår er lagt ved notatet (Vedlegg 2).

5 USA(/IOM)

I USA er kvalitetsindikatorer for helsetjenesten et område hvor det er satset mye og hvor det arbeides med å få bedre oversikt og mer kunnskapsbasert aktivitet. Institute of Medicine (IOM)⁶ er en sentral aktør i kvalitetsforbedringsarbeid i USA.

Performance Measurement: Accelerating Improvement (IOM 2006) er den første rapporten i en ny rapportserie; The Pathway series. Den nye rapportserien er en oppfølger til Quality Chasm serien, hvor fokus flyttes fra *hva* til *hvordan* når det gjelder å forbedre kvaliteten i helsetjenesten. Den nye rapportserien er resultatene av et utredningsoppdrag fra den amerikanske Kongressen.

(<http://www8.nationalacademies.org/cp/projectview.aspx?key=HCSX-H-04-01-A>).

Parallelt med IOM sitt initiativ har RAND Institute fått i oppdrag å evaluere kvalitetsindikatorerne til Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ er også ansvarlige for en gjennomgang av kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsetjeneste som Center for Quality Assessment in Mental Health Care (CQAIMH) ledet. For en nærmere omtale av prosjektet henvises leserne til kunnskapscenteret sin rapport fra 2005: Psykisk helsearbeid i kommunene, -kartlegging av eksisterende kvalitetsindikatorer.

Bakgrunnen for IOM sitt nye prosjekt er de mange aktører som arbeider med kvalitetsmålinger i helsevesenet. Mangfoldet av aktører som måler kvalitet fører også til et mangfold av målemetoder og mindre grad av sammenlignbare data. Den første rapporten har en historisk gjennomgang og status innenfor kvalitetsmonitorering i USA. Den anbefaler en gjennomgående omorganisering av kvalitetsmålinger innenfor helsesektoren. Den gir også en vurdering av eksisterende kvalitetsindikatorer. Psykisk helsetjeneste er ikke skilt ut som et eget ansvarsområde, og omfattes av anbefalingene i rapporten.

Rapporten anbefaler at det opprettes et nytt nasjonalt organ, National Quality Coordination Board (NQCB), som blant annet bør få ansvar for nasjonale

⁶ Opprettet i 1970 av The National Academy of Sciences, for å være et fritt og uavhengig rådgivende organ i helsepolitiske områder. De velger selv områder innenfor sitt fagfelt (helsetjeneste, forskning og utdanning).

kvalitetsindikatorer. Vi vet ikke om rapportens anbefalinger vil bli gjennomført på det nåværende tidspunkt. Rapporten tar imidlertid sterkt til orde for at man må ha en faglig koordinerende instans i forhold til alle aktørene som arbeider med kvalitetsforbedringsarbeid. NQCB skal ha nasjonal myndighet, samt understøtte og oppmuntre til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid.

IOM rapporten har også en gjennomgang av kvalitetsindikatorer (eng: performance measures) for helsetjenesten. Hovedtrekkene i deres prosess for utvelgelse av indikatorer gjengies her, og er sammenfallende med konsensusprosessene som beskrives for psykisk helsetjeneste av Hermann (Hermann 2004).

IOM anbefaler at en spesielt ser på de erfaringene som England og Australia har med å samordne kvalitetsforbedringsarbeidet på nasjonalt nivå.

UTVIKLING AV KVALITETSINDIKATORER

IOM har valgt å benytte en inndeling av kvalitetsindikatorerne som ikke følger den tradisjonelle inndelingen i kvalitetsdimensjonene struktur, prosess og resultatmål. I stedet ble indikatorerne systematisert etter en inndeling i pasientens behov for tjeneste i et livsløpsperspektiv kombinert med IOMs seks målsettinger for helsetjenesten⁷. Behov for tjenestene er en inndeling utviklet av FACCT⁸, som deler tjenestebehovet inn i opprettholde helse, oppnå bedring, leve med sykdom og verdighet i livets slutfase.

IOMs målsettinger for helsetjenesten

- ▶ Sikre
- ▶ Effektive
- ▶ Pasientsentrerte/brukerorienterte
- ▶ Til rett tid
- ▶ Effektive (rett behandling til rett tid)
- ▶ Lik tilgang (rettferdig fordelig)

Identifisering

Over 800 struktur, prosess og resultatmål for helsetjenesten ble identifisert fra mer enn 50 indikatorsett. Indikatorerne ble kategorisert i matrisen som er beskrevet i rammeverket. I så stor utstrekning som mulig ble indikatorernes opprinnelige kategoriseringer inkludert i matrisen. Denne kategoriseringen identifiserte områder i helsetjenesten som i større eller mindre grad var dekket av ulike helsetjenesteindikatorer. Indikatorerne ble deretter sortert etter kliniske områder.

⁷ Det er interessant å se at SHdirs kvalitetsstrategi har flere sammenfallende mål med IOMs målsetting.

⁸ FACCT: Foundation For Accountability. En ikke-statlig organisasjon.

Utvelgelse av indikatorer

IOM presenterer ti grunnleggende kriterier for nasjonale indikatorsystem og rapporteringer av indikatorer. Disse prinsippene kommer i tillegg til de kvalitetskriteriene som hver enkelt indikator vurderes i forhold til (IOM 2006:48).

- ▶ Sammensatte mål (skal dekke alle seks målsettingene for helsetjenesten)
- ▶ Kunnskapsbaserte mål
- ▶ Longitudinelle mål (langsiktige målsettinger både innenfor og på tvers av tjenestenivåene)
- ▶ Målene skal kunne nyttes til flere formål
- ▶ Målene skal være av betydning for tjenesten
- ▶ Målene bør ha sentral betydning for brukerne
- ▶ Mål på ulike nivå: individnivå, populasjonsnivå og systemnivå
- ▶ Mål på samordning av tjenestene
- ▶ Bidra til læring (institusjonenes egen evaluering av funksjon og kvalitet)
- ▶ Uavhengig og bærekraftig (eng: independent and sustainable), må sikres finansiering over tid

IOM besluttet å holde seg til de generelle indikatorkrav som er gjennomgående og som en kjenner igjen fra de fleste forskningsinstitusjoner. Ett kriterium som har vært benyttet i andre sammenhenger er imidlertid utelatt, nemlig kravet om at en enkelt aktør/leverandør skulle ha kontroll over målet. Med andre ord, en åpner for at andre enn tjenesteleverandøren kan ha innvirkning på resultatene av kvalitetsmålet. Kriteriene for indikatorene er (IOM 2006:83):

- ▶ **Vitenskaplig holdbar** (eng: Scientifically sound): reliabilitet, validitet og kunnskapsbasert (randomisert kontrollert studie, case-control studie, observasjonelle studier eller formaliserte konsensusprosesser)
- ▶ **Nyttig/anvendelig** (eng: Feasibility): Data må være tilgjengelig i systemet og vurderes med hensyn til omkostninger ved innsamling for de ansatte i helsetjenesten
- ▶ **Betydningsfull** (eng: Importance) antas å ha stor betydning for helsetilstanden, samt være knyttet til nasjonale målsettinger for helsetjenesten og antas å bli påvirket av kvaliteten på tjenestene.
- ▶ **Tilgjengelige** (eng: Alignment): Være i tilgjengelig (i bruk). Spesifikasjoner bør være i samme format som eksisterende data for å minske omkostningene ved rapportering.
- ▶ **Helhetlige** (eng: Comprehensiveness): hver indikator bør inngå i ett sett som totalt sett gir et relevant bilde av det utvalgte området for helsetjenesten, eller kombinasjon av tjenester for en gitt lidelse.

Det ble benyttet en modifisert Rand-metodikk for kvalitetsindikatorer for å velge ut indikatorsettet(Vedlegg 1).

FORANKRINGSPROSESSER (NASJONALT OG LOKALT)

Rapporten anbefaler at NBCQ får et koordinerende ansvar og at de samarbeider med ulike interessenter i utviklingen og implementeringen av kvalitetsindikatorer. Ved å benytte formaliserte konsensusprosesser har de ulike interessentene mulighet til å påvirke prosessen, og de får delaktighet i utviklingen. Dette har betydning for hvordan informasjonsspredningen fungerer. Hermann(2004) gjør rede for hvordan ekspertpanelet ble satt sammen av 12 ulike interessenter. De representerte geografiske regioner i USA, forskningssentra, helsetjenesteleverandører (offentlige/private), profesjoner. Samtidig var ulike etniske grupper representert og det var 50/50 fordeling mellom mannlige og kvinnelige eksperter. Denne sammensetningen sikret også at hver ekspert både var representant for en interesseorganisasjon, men samtidig bidro med erfaringer fra flere deler av helsetjenesten, og etnisk/kulturelle felt. Formaliserte konsensusprosesser redegjør for ekspertpanelenes sammensetning og bidrar til økt åpenhet og tydelighet i prosessene.

IOM anbefaler at NBCQ også får et særskilt mandat for å tilrettelegge for lokale nyvinninger i indikatorarbeidet for å nå nasjonale målsettinger. Samtidig skal de gi støtte til lokale aktører for å få identifisert lokale utfordringer i kvalitetsforbedringsarbeidet. Lokale initiativ regnes som en vesentlig kilde til videre forskning.

TILGJENGLIGE OG PLANLAGTE KVALITETSINDIKATORER

IOMs anbefaling om et nasjonalt kompetanseorgan med ansvar for utvikling, drift og koordinering av kvalitetsforbedringsarbeidet er basert på erkjennelsen av at det i USA ikke finnes en enkelt aktør med et nasjonalt ansvar og oversikt over tilgjengelige kvalitetsindikatorer. Ansvar for å identifisere og legge til rette for utvikling av nye indikatorer er dermed også spredt på flere aktører.

IOM sin rapport om Performance Improvement identifiserer svakheter ved den begrepmessige rammen på kvalitetsindikatorområdet, samtidig som den avdekker mangler og svakheter ved eksisterende kvalitetsindikatorsystem. Erfaringene med å sortere indikatorene etter denne matrisemodellen viser at prosess og utfallsmål var relativt enkle å sortere, mens strukturelle mål var vanskeligere å kategorisere. Prioritering av kvalitetsindikatorer framsettes som en viktig målsetting ettersom både tilgang på data og behov for indikatorer endres over tid. Indikatorer som i dag er kostnadskrevenne å samle inn kan i framtiden være lettere tilgjengelig og vil derfor vurderes som mer aktuelle. Samtidig kan det være indikatorer som blir mindre aktuelle i den forstand at kvaliteten er blitt universelt god på det området.

Rapporten etterlyser særskilt indikatorer som kan informere om kontinuitet i tjenesten, samhandling mellom ulike tjenesteleverandører og mål som sammenfatter ulike aspekter ved tjenesten. Det etterlyses også indikatorer som ikke bare er basert på enkelte behandlingsepisoder, men som sier noe om langtidseffekten av behandlingstiltak. Behovet for videre forskning og tilknytning til klinisk praksis er viet stor oppmerksomhet.

6 Canada

Canada har de siste femten til tjue årene satset mye på utvikling, bruk og evaluering av kvalitetsindikatorer i helsetjenestene. I 1997 ble det opprettet et eget fond, The Health Transition Fund (HTF) som hadde til formål å oppfordre til og understøtte bruk av kunnskapsbaserte beslutninger i helsetjenestereformen. En rekke pilotprosjekter og/eller evalueringsstudier ble gjennomført også innefor psykisk helsetjeneste. Et av delprosjektene var å utvikle og teste indikatorer som kunne benyttes til styring, planlegging og evaluering av psykisk helsetjeneste. Indikatorsettet er presentert i Kunnskapscenterets notat fra 2005 "Psykisk helsearbeid i kommunene, - kartlegging av eksisterende kvalitetsindikatorer".

Canada Institute of Health Information (CHIH) samarbeidet med Statistics Canada om det såkalte "Roadmap Initiativ", hvor hensikten var å konstruere et informasjonssystem som skulle dekke myndighetenes informasjonsbehov for å vedlikeholde og forbedre det kanadiske helsesystemet. Psykisk helse ble valgt som et prioritert område og arbeidet med å utvikle indikatorer startet i 1999.

Arbeidet med indikatorer for psykisk helsetjeneste i Canada inngår nå som en del av det overordnede arbeidet med "Health Indicators" som CHIH har ansvar for i samarbeid med Canadian Council of Health Services Accreditation (CCHSA). Deltakere i styringsgruppen for indikatorarbeidet er: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) og National Committee for Quality Assurance (NCQA) fra USA, samt the European Clearinghouse on Health Outcomes (ECCHO).

UTVIKLING AV KVALITETSINDIKATORER

The Roadmap Initiativ startet med å dele indikatorarbeidet i to faser. Første fase baserte seg på utvikling av indikatorer som kunne konstrueres med utgangspunkt i data registrert i eksisterende datakilder. Indikatorene fra denne fasen kan alle kobles til informasjon om kjønn, alder, helseregion, primær- og sekundær diagnose og år. Den neste fasen vil fokusere på utvikling av kvalitetsindikatorer fra kommunehelsetjenesten.

Fase en startet med en gjennomgang av mulige indikatorer. Deretter ble det foretatt en nasjonal survey til utvalgte nøkkelpersoner innenfor helsetjenesten, hvor de ble

bedt om å vurdere indikatorene. Analysen av survey-undersøkelsen ble deretter presentert for deltagerne i en konsultasjonsprosess, hvor mer enn førti fagfolk fra ulike organisasjoner og interessenter deltok. En sentral oppgave for konsultasjonsprosessen var å bli enige om kriterier for utvelging av indikatorer og fastsette kriterier indikatorene skulle måles etter. Dette er en variant av RAND-metodikk for utvikling av kvalitetsindikatorer.

For kvalitetsindikatorer generelt avholder CIHI konsensussamlinger hvert femte år. Formålet med konsensussamlingene er å gi råd om utviklingen og bruken av kvalitetsindikatorer, inkludert validering av indikatorsett som er i bruk i Canada. En del av formålet med samlingene er å revurdere indikatorer som er i bruk med hensyn til validitet. Hvis ikke indikatoren oppnår tilstrekkelig støtte i en formalisert konsensusprosess vil den bli ekskludert fra videre bruk. Et annet formål med samlingen er å identifisere behov for nye indikatorer.

Konseptuel forankring

I oversikten over tilgjengelige kvalitetsindikatorer for psykisk helsetjeneste presenteres indikatorene i henhold til den overordnede målsettingen for handlingsplanen for psykisk helse. Målsettingsbegrepene er felles for alle helsetjenester i Canada:

- ▶ Acceptability
- ▶ Accessibility
- ▶ Appropriateness
- ▶ Competence
- ▶ Continuity
- ▶ Effectiveness
- ▶ Efficiency
- ▶ Safety

Videre kategoriseres indikatorene etter tradisjonelle dimensjoner ved kvalitetsbegrepet som struktur, prosess og utfall, men også etter hvilket nivå indikatoren er anvendelig for (tilbakemelding til institusjon, mål for handlingsprogram, overordnet policymål).

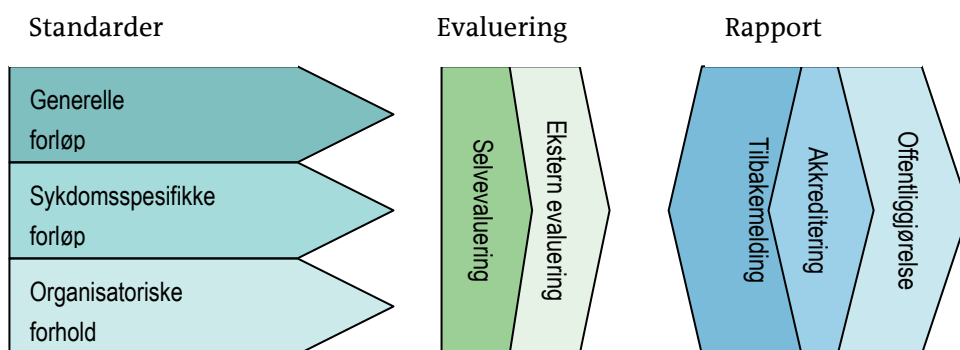
7 Danmark

I 2005 ble Institutt for kvalitet og akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS⁹) etablert som en selvstendig organisasjon i Danmark. IKAS har ansvar for drift og videreutvikling av "Den danske Kvalitetsmodel" som er et nasjonalt program for kvalitetsvurderinger i Sundhedsvæsenet.

Formålet med kvalitetsmodellen er å fremme kvaliteten på *pasientforløpet* i sundhedsvæsenet/helsevesenet. Instituttet er finansiert, med lik fordeling, av sentrale myndigheter og sykehuseierne (20 mill DKR for året 2006). For å oppnå målsettingen foretas det målinger og vurderinger av kvaliteten og resultatene offentliggjøres i form av en komparativ informasjon om tjenestene. Rapporteringene er basert på kvalitetsmål (indikatorer) og måloppnåelse i forhold til forhåndsbestemte standarder (normer for god praksis). I første omgang omfatter handlingsprogrammet alle offentlige sykehus og behandlende psykiatri.

Målarbeidet deles inn i tre grunnelementer: Felles standarder, felles evaluering og samlet rapportering. Fastsettelse av standarder har direkte betydning for hvilke mål man ønsker å belyse med kvalitetsindikatorer. Skjematisk framstilling av grunnelementene:

Figur 7.1 Grunnelementer i Kvalitetesmodellen



⁹ IKAS har fått den nasjonale rollen som akkrediteringsorgan for Sundhedsvæsenet.

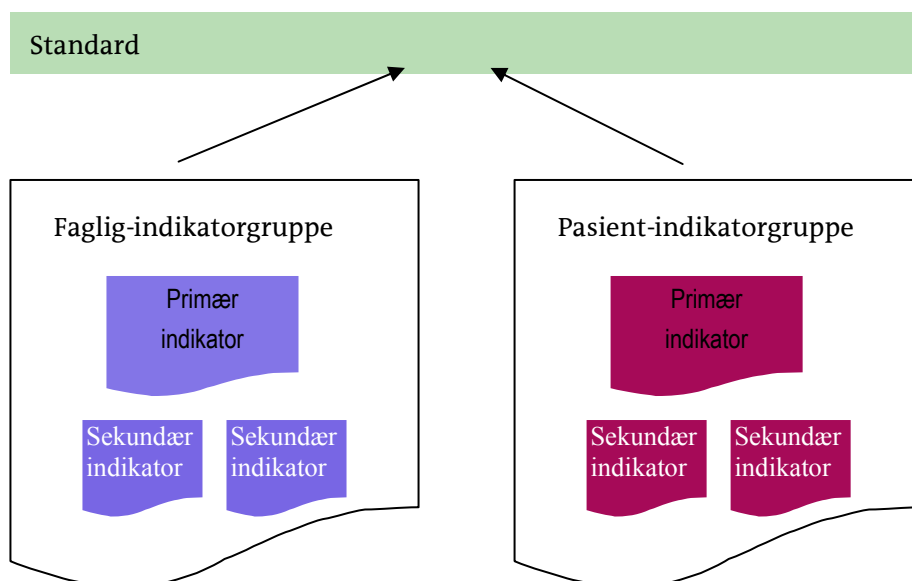
UTVELGELSE AV INDIKATORER

Danmark har basert seg på konsensusprosesser i utvikling og valg av indikatorer. Faglig konsensusprosess ser ut til å være en dansk presisering av det som ellers omtales som formaliserte konsensusprosesser, samtidig som det indikerer at deltagerne i konsensusprosessen er fageksperter. Fagekspertene bør representere ulike faggrupper. Videre anbefales det at ulike geografiske områder også blir dekket av ekspertgruppen. I det danske indikatorprosjektet varierer gruppestørrelsen på ekspertpanelet mellom åtte og 14 fagpersoner, hvorvidt brukerrepresentanter blir inkludert avhenger av fagområde. Ekspertgruppen deles i mindre arbeidsgrupper med egne møter. Det videre arbeidet starter med identifisering av eksisterende indikatorer, etterfulgt av en gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget/evidensbasert for indikatorene.

Kriteriene for valg av indikator kan variere. Kriteriene kan inkludere vurderinger av indikatorens informasjonsverdi på fagområdet, hvor godt evidensbasert den er, indikatorens validitet og reliabilitet, og variasjoner i tilgang på data som inngår i indikatoren. Hvor ressurskrevende det er å samle inn data blir også vurdert.

En erkjennelse av at den enkelte indikator isolert sett har en begrenset informasjonsverdi har bidratt til en utvikling hvor ulike enkeltindikatorer kombineres til en indikatorgruppe. En indikatorgruppe består i denne første kvalitetsmodellen av en sammenstilling av en primær- og opp til to sekundærindikatorer. Primærindikatoren vil belyse resultatet av en bestemt aktivitet (resultatindikator) eller innholdet i en prosess (prosessindikatorer) og sekundærindikatoren belyser årsaksforklarende prosesser eller bakenforliggende strukturelle årsaksforklarende prosesser. Denne inndelingen kan minne om inndelingen i refleksive og formative indikatorer, hvor refleksive indikatorer gjenspeiler/er resultat av kvalitet, og formative indikatorer er årsak til/former kvalitet. En ytterligere kategorisering som IKAS benytter er å skille mellom pasientindikatorgruppe og faglige indikatorgrupper.

Figur 7.2 Standarder og indikatorgrupper



På de områdene hvor det er relevant og mulig er det tilknyttet minst en indikatorgruppe for hver standard. For de standarder hvor det er relevant å benytte både faglige indikatorer og pasientindikatorer, knyttes det to indikatorgrupper til hver standard. Enkelte standarder kan da ha opptil seks indikatorer knyttet til seg.

Danmark har i flere år hatt et nasjonalt indikatorprosjekt, www.nip.dk. Hovedformålet er å skaffe data om det danske sykehusvesen som har god kvalitet, samt stå for analyse og fortolkning av data. Data fra indikatorprosjektet benyttes i den danske kvalitetsmodellen.

BRUK AV KVALITETSINDIKATORENE

Det samles inn et felles nasjonalt sett av indikatordata som alle institusjonene er forpliktet til å levere data til såfremt standarden man ønsker å måle i forhold til er gjeldende for institusjonen. Hensikten med å benytte et felles indikatorsett er å foreta sammenligninger mellom institusjonene og på den måten bidra til å spre informasjon om kvaliteten. I de tilfellene hvor det av ulike årsaker ikke er mulig å samle inn et fullstendig indikatorsett for hver enkelt standard, kan man velge å legge til andre indikatorer som belyser kvaliteten. Hvis det leveres tilleggsindikatorer må det leveres inn dokumentasjon om datainnsamlingen av tilleggsindikatorene.

Etter hvert som kvalitetsmodellen videreutvikles er det en målsetting at indikatordataene skal samles inn kontinuerlig fra elektroniske databaser i stedet for den periodevise innsamling som nå finner sted ved utfylling av standardskjema. Kvalitetsmodellens formål er å følge pasientforløpet på tvers av institusjoner. Indikatordata samles derfor inn som pasientidentifiserbare data, supplert med pasientkarakteristika. Det angis at dette er en forutsetning for å kunne justere data for forskjeller i pasientsammensetning, og sammenligne mellom institusjoner.

Det er institusjonenes ansvar å analysere egne indikatordata gjennom selvevaluering. Hvor ofte og hvor omfattende selvevalueringen er bestemmer institusjonene selv. En gang i året foretar institusjonen en selvevaluering som rapporteres nasjonalt. De mottar da en elektronisk tilbakemelding om utviklingen av egen selvevaluering, samt en anonym oversikt over alle de andre institusjonene i samme gruppe. Hvert tredje år finner det sted en ekstern evaluering av institusjonene hvor kvalitetsindikatorene danner grunnlaget for en dialog om kvalitetsutvikling.

Vedlegg 3 viser hvordan kvalitetsindikatoren for schizofreni er sammenfattet.

8 Internasjonale fellestrekk og norske utfordringer

Kunnskapssenteret finner at det er noen fellestrekk ved kvalitetsindikatorarbeidet til de organisasjonene og nasjonene vi har sett på i dette notatet. Dette gjelder blant annet at det arbeides med å utvikle indikatorsett som har til formål å gi et mer overordnet og helhetlig perspektiv av kvaliteten på helsetjenesten. Indikatorsettene er altså utvalgte kvalitetsindikatorer som gir informasjon om helsetjenesten på systemnivå eller nasjonalt nivå. I tillegg beskrives hvordan arbeid med kvalitetsindikatorer kan benyttes til kvalitetsutvikling på lokalt nivå, det vil si det mer praksisnære feltet, og til sammenligning mellom tjenester. Målsettingen med kvalitetsindikatorer er at de skal gi informasjon som kan benyttes på tre nivå; til intern kvalitetsforbedring, benchmarking mellom tjenesteytere og på et overordnet systemnivå. Kunnskapssenteret viser til noen utfordringer for det norske indikatorarbeidet, men har ikke foretatt noen særskilt vurdering av ressursbruk i indikatorarbeidet.

FELLESTREKK VED ARBEID MED KVALITETSINDIKATORER

Metodene som beskrives for utvelgelse av kvalitetsindikatorer er også tilnærmet identiske. Det dreier seg i stor grad om formaliserte konsensusprosesser, basert på en Rand-metodikk for utvikling av kvalitetsindikatorer. Vi har ikke sammenlignet variasjoner på detaljert nivå. Det er rimelig å anta at prosessene er ganske sammenfallende ettersom både OECD, Canada og Danmark benevner det som er en modifisert versjon av RAND-metodikken for utvikling av kvalitetsindikatorer og alle henviser til Institute of Medicine som kilde.

Det konseptuelle begrepsapparatet har også sammenfallende trekk. Både OECD, USA/IOM, Canada kategoriserer indikatorer etter tjenestebehov hos mottagerne. En deler behovene inn i kategorier alt etter formål med hjelpen fra helsevesenet: behov for å bevare helsen, behov for å forbedre helsen, behov for å lære å leve med sykdom og behov for verdighet ved enden av livet.

Et annen dimensjon som benyttes er inndeling etter helsepolitiske målsettinger, som ofte faller sammen med ulike dimensjoner ved kvalitetsbegrepet. Mål som sikre

og trygge tjenester er eksempel på dette. Utvikling av matriser for kriterier som dekker begge dimensjoner er derfor brukt mange steder.

Videre har organisasjoner og land alle valgt å ta utgangspunkt i allerede eksisterende kvalitetsindikatorer og da gjerne indikatorer hvor data hentes fra eksisterende systemer. Områder hvor dette ikke er mulig, som brukererfaringer med tjenesten, må samle informasjon på annet vis. Begrunnelsene for å basere utviklingsarbeidet på eksisterende indikatorer og datasett er knyttet til vurderinger av ressursbruk. En tar utgangspunkt i kvalitetsindikatorer som eksisterer og vurderer kunnskapsgrunnlaget, relevansen og nytten av indikatorene. Det er kostnadskrevenne å utvikle indikatorer, samt at det krever mer ressursinnsats fra helsetjenesten i å levere data til indikatorene. Indikatorer hvor man ikke oppnår konsensus utelates fra indikatorsettet.

Et annet fellestrekk fra prosessene er at de synliggjør områder som er mindre godt dekket, eller ikke har kvalitetsindikatorer. For de områdene anbefales å planlegge en videre utvikling av kvalitetsindikatorer med målsetning om at alle deler av helsetjenestetilbudet er dekket, og at det i større grad utvikles sammensatte mål som gir et mer utømmende inntrykk av kvaliteten på området.

Av de landene vi har sett på her har Canada kommet svært langt når det gjelder å ha en nasjonal overbygning for systematisk utvikling og revurdering av indikatorer. De har brukt store ressurser på å undersøke kunnskapsgrunnlaget til indikatorene, det benyttes formaliserte konsensusprosesser i valg av kvalitetsindikatorer, samt at de revurderes hvert femte år etter samme metodikk. Dette systematiske arbeidet hevdes å fremme aksept og bruk av indikatorene.

Det sterke fokuset på måling og monitorering ved bruk av kvalitetsindikatorer har imidlertid over tid også ført til at man blir oppmerksom på de uintenderte konsekvensene. Implementering av kvalitetsindikatorer bør derfor følges godt opp for å registrere for eksempel om fokus på et område fører til dårligere kvalitet på andre områder.

NORSKE UTFORDRINGER

Sosial- og helsedirektoratet har levert et forslag til mål og indikatorer som kan benyttes for psykisk helse. Direktoratet har sortert indikatorene etter målsettingen for helsetjenesten, samt forslag til en tidsplan for utvikling og implementering av nye indikatorer. Direktoratet har lagt ned et stort arbeide i dette forslaget, og har lagt et godt grunnlag for den videre prosessen med kvalitetsindikatorer.

Under lister vi opp noen av fellestrekkene som er viktig å vurdere i den videre norske prosessen:

- ▶ De landene vi har studert, har et utviklet et felles system for kvalitetsindikatorer, enten indikatorene gjelder for psykisk helsetjenester eller helsetjenesten for øvrig. En overordnet tilnærming til indikatorarbeidet vil kreve en del ressurser i startfasen med tanke på koordinering og samkjøring av

ulike initiativ. På sikt vil en felles ramme trolig lette arbeidet med kvalitetsindikatorer.

- ▶ Formaliserte konsensusprosesser har den fordel at de forutsetter en viss grad av enighet i et ekspertpanel om indikatorene.
- ▶ Kunnskapsgrunnlaget for indikatorene blir godt dokumentert i konsensusprosessene. Dette letter trolig implementeringen av indikatorsettet og skaper tillit til målingene.
- ▶ Et annet fellestrekk er at planarbeid for utvikling av nye kvalitetsindikatorer og revurdering av eksisterende indikatorsett settes inn i samme system som utvelgelse av eksisterende kvalitetsindikatorer. Ved innføring av nye kvalitetsindikatorer gjennomføres det som oftest større pilotprosjekt for uttesting av kvalitetsindikatorene.
- ▶ Konseptuelle tilnærminger er en tidkrevende prosess, men gir et viktig bidrag til å klarlegge policytilnærminger og faglige forankringer. Direktoratets inndeling etter helsepolitiske målsettinger bidrar til å klarlegge hvilke aspekt ved tjenesten man ønsker å måle. En videreutvikling av det konseptuelle grunnarbeidet som direktoratet allerede har startet, kan lette arbeidet med utvikling og implementering av indikatorer. En mulig tilnærming er å utvikle matriser hvor en inkluderer andre konseptuelle tilnærminger f.eks behov for helsehjelp, slik som det gjøres i OECD, USA, Canada og Danmark.
- ▶ Akkrediteringsprosesser er jevnt over anbefalt både som kilde til indikatorer og som et middel i kvalitetsutviklingsarbeid. Kunnskapsgrunnlaget er foreløpig for svakt til at man kan si noe om effekten av akkrediteringsprosesser, og det er mange forhold som man må ta hensyn til når man skal vurdere en eventuell effekt. Økende internasjonalisering og privatisering i norsk helsevesen kan føre til at dette blir aktualisert. Eventuell innføring av akkreditering som system for kvalitetssikring bør vurderes i forhold til behov, nytte og kostnader i lokal og nasjonal kontekst og i forhold til bruk av andre virkemidler.

Hvordan det videre kvalitetsindikatorarbeidet skal utvikles er en utfordring både med hensyn til hva som er målsettingen for arbeidet, og tilgangen til ressurser. De fellestrekkene vi har sett her knyttes til metodologiske tilnærminger som formaliserte konsensusprosesser, en konseptuel tilnærming til kvalitetsindikatorene og at en de fleste steder har ønsket å basere seg på indikatorer hvor data kan hentes fra eksisterende datasett. Det er også understreket at indikatorer må være basert på et kunnskapsgrunnlag som sier noe om nytte og relevans for helsetjenesten av de valgte indikatorer.

Litteraturliste

- The Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.qualityindicators.ahrq.gov/> . 2005.
- A report of the World Health Organization, D. o. M. H. a. S. A. i. c. w. t. V. H. P. F. a. t. U. o. M. 2004, *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practise: summary report*.
- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Shekelle, P. G. 2000, "Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers", *Int.J.Qual.Health Care*, vol. 12, no. 4, pp. 281-295.
- CIHI "Consultation on National Priority Information Needs for Mental Health and Addiction Services", Canadian Institute for Health Information.
- CIHI "Development of National Indicators and Reports for Mental Health and Addiction Services, External Field Review Results", Canadian Institute for Health Information.
- CIHI The Health Indicators Project: The Next 5 Years: Report from the second Consensus Conference on Population Health Indicators. 2006. Canadian Institute for Health Information.
- CIHI 2000, Mental Health and Addiction Services: Review of Health Information Standards, Canadian Institute for Health Information.
- Den danske kvalitetsmodel: www.kvalitetsmodel.dk
- Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Felles mål og handleplan 2002–2006. 2006.
- Donabedian, A. 1980, *The definition of quality and approaches to its assessment* Health Administration Press, Ann Arbor, Mich.
- Fitch K, Bernstein, S.J., Aguilar M.S., Burnand B., LaCalle J.R., Lazaro P., van het Loo M., McDonnell J., Vader J.P., Kahan J.P.: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual 2001. ISBN: 0-8330-2918-5 www.rand.org/health
- Gilbody, S. M., House, A. O., & Sheldon, T. A. 2003, *Outcomes measurement in Psychiatry; a critical review of outcomes measurement in psychiatric research and practice*, NHS Centre for Review and Dissemination, University of York.
- Hermann, R. & Mattke, S. 2004, Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD, 17.

- Hermann, R. C., Leff, H. S., Palmer, R. H., Yang, D., Teller, T., Provost, S., Jakubiak, C., & Chan, J. 2000, "Quality measures for mental health care: results from a national inventory", *Med.Care Res.Rev.*, vol. 57 Suppl 2, pp. 136-154.
- Hermann, R. C., Leff, H. S., & Lagodmos, B. A. 2002, *Selecting Process Measures for Quality Improvement in Mental Healthcare*, the Evaluation Center@HSRI.
- Hermann, R. C., Palmer, H., Leff, S., Shwartz, M., Provost, S., Chan, J., Chiu, W. T., & Lagodmos, G. 2004, "Achieving consensus across diverse stakeholders on quality measures for mental healthcare", *Med.Care*, vol. 42, no. 12, pp. 1246-1253.
- Institute of Medicine (IOM) 1997, *Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring. Executive Summary.*
- Kelley, E. & Hurst, J. Health Care Quality Indicators Project
Conceptual Framework Paper. No. 23. 9-3-2006. OECD. Health Working Papers. OECD.
- Kristensen, M. 2003, *Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet*, Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.
- Lehtinen, V. 2004, *Action for Mental Health: Activities co-funded from European Community Public Health Programmes 1997-2004*, European Commission.
- Mainz, J. 2003, "Defining and classifying clinical indicators for quality improvement", *Int.J.Qual.Health Care*, vol. 15, no. 6, pp. 523-530.
- Marshall, M. N., Shekelle, P. G., McGlynn, E. A., Campbell, S., Brook, R. H., & Roland, M. O. 2003, "Can health care quality indicators be transferred between countries?", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12, no. 1, pp. 8-12.
- MaryLou Harrigan, M. *Quest for Quality in Canadian Health Care: Continuous Quality Improvement*. 2006. Health Canada.
- McEwan, K. & Goldner, E. M. 2001, *Accountability and Performance Indicators for Mental Health Services and Supports*, Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit Department of Psychiatry, University of British Columbia.
- NIP, Det Koordinerende Sekretariat, 2004, *Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring av de sundhedsfaglige kerneytelser*.
- NIP, Det Koordinerende Sekretariat, 2004, *Modelbeskrivelse: Den Danske KvalitetsModel for Sundhedsvæsenet*. 2004.
- Nordentoft, M. & Voldsgaard, I. 2001, *Skizofreni: Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer*.
- Shield, T., Campbell, S., Rogers, A., Worrall, A., Chew-Graham, C., & Gask, L. 2003, "Quality indicators for primary care mental health services", *Qual.Saf Health Care*, vol. 12, no. 2, pp. 100-106.
- Sosial- og helsedirektoratet 2005, *-og bedre skal det bli! : nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten: til deg som leder og utøver*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo.
- Sosial- og Helsedirektoratet. *Forslag til mål og indikatorer for psykisk helse*. 2006.
- STAKES & EC, 1998, *Establishment of a set of mental health indicators for European Union : Final Report*, STAKES & EC.

STAKES & EC 2004, Minimum data set of European mental health indicators : Proposed set of mental health indicators; definitions, description and sources, European Commission.

Veillard, J., Champagne, F., Klazinga, N., Kazandjian, V., Arah, O. A., & Guisset, A. L. 2005, "A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project", *Int.J.Qual.Health Care*, vol. 17, no. 6, pp. 487-496.

WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005, "Mental Health Action Plan for Europe. Facing the Challenges, Building Solutions", Helsinki, Finland.

World Health Organization 2003, *Quality improvement for mental health* World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. 2005, Mental health information systems.

World Health Organization 2005, *Mental health policy, plans and programmes*, World Health Organization, Geneva.

Vedlegg 1 – Formaliserte konsensusprosesser

Kilder:

Hermann 2002, http://www.rand.org/research_areas/health/ og

Fitch et al (2001): The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual 2001. ISBN: 0-8330-2918-5 www.rand.org/health

DELPHI-PROSESSER

Fellesbetegnelse på konsensusprosesser hvor det *ikke* forutsettes at deltagerne møtes (deltar i ansikt til ansikts interaksjon). Hovedprinsippet er at en tilrettelegger/facilitator, i samarbeid med enkelte eksperter på et område, lager et knippe spørsmål eller påstander i form av et spørreskjema. Formålet med skjemaet kan være rangering og vurdering av validitet til kvalitetsindikatorer. Dette skjemaet sendes til en ekspertgruppe som tilretteleggerne har valgt ut. Ekspertgruppen, som ofte består av ulike brukergrupper/interessenter på et område, svarer på spørreskjemaet. Deretter analyseres og struktureres svarene. Så sendes skjemaet ut på nytt til svarerne, men nå i lag med resultatene fra første runde i Delphi-prosessen. Den enkelte svarer får vite gjennomsnittsskår, spredningsmål og egne skåringer for det enkelte spørsmål og blir bedt om å gi nye skåringer på de samme spørsmålene. Gjennom 2-3 runder får man identifisert de områdene hvor det oppstår konsensus.

Det finnes mange ulike varianter av Delphi-prosesser, hvor fellestrekket er at skårernes anonymitet bevares. Formålet er å unngå at gruppedynamikk får en selvstendig effekt på skåringsresultater og dermed mer pålitelige resultater. utfordringer for tilretteleggerne av Delphi-prosesser er både med hensyn til valg av spørsmålsstilling og indikatorer som velges for å vurderes. Videre bør de ha klare kriterier ved valg av ekspertgrupper.

RAND-METODIKK FOR UTVIKLING AV KVALITETSINDIKATORER

Rand-metodikk er betegnelsen for en bestemt metode som benyttes for utvikling av kvalitetsindikatorer. Det er en modifikasjon av det som er kjent som RAND/UCLA metoden for å fastsette kliniske retningslinjer/standarder. Den er utviklet for å sikre best mulig beslutningsgrunnlag for klinikere/praktikere gjennom en systematisk utvikling av retningslinjer

for behandling. Hovedprinsippet er å koble det evidensbaserte kunnskapsgrunnlaget med ekspertuttalelser/meninger for å gi retningslinjer for best mulig praksis. En modifisering av denne metodiske tilnærmingen har vært benyttet i flere land for til å velge best mulig kvalitetsindikatorer.

Prosesen:

For hver enkelt tilstand blir det iverksatt en omfattende gjennomgang av litteratur som ulike eksperter på området. På grunnlag av litteraturgjennomgangen samt konsultasjon med ekspertene, blir et foreløpig sett av indikatorer anbefalt av forfatter/prosjektleder.

Spesialister på området rekrutteres fra spesialforeninger/fagforeninger og inviteres til å delta i ekspertpanel for en totrinns prosess for rangering av indikatorer.

Foreslåtte indikatorer og litteraturgjennomgang sendes til deltagerne i ekspertpanelet. De rangerer indikatorene med hensyn til deres validitet som kvalitetsmål og mulighetene for å samle inn de data som er spesifisert i indikatoren. Tilgjengeligheten på data ble vurdert ut fra hvor sannsynlig det var å finne opplysningene i en pasientjournal. Paneldeltagerne gir hver indikator to skårer (validitet og tilgjengelighet) på en kontinuerlig skala fra 1-9.

Resultatene fra den første skåringen av indikatorene presenteres deretter for ekspertpanelet på et todagers fellesmøte. Hver enkelt deltager får vite sin opprinnelige skåre, gjennomsnittsskåren, samt frekvensfordelingen av skåringene. Alle indikatorene diskuteres, modifiseres om nødvendig og skåres på nytt.

Siste skåringsrunde blir benyttet for å velge de indikatorene som skåret høyest på validitet og tilgjengelighet hos paneldeltagerne.

For at en kvalitetsindikator skal regnes som valid må den både være vitenskaplig holdbar og understøttes av faglig konsensus, videre skal pasientene ha identifiserbare helsemessige fordeler ved å motta den behandling/tiltak som indikatoren spesifiserer.

Vedlegg 2 – Indikatorsett fra OECD

Kilde: Hermann, R. & Mattke, S. 2004, Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries, OECD, 17

Area	Indicator Name	Numerator	Denominator
Continuity of Care			
	Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation	Number of persons hospitalised for primary mental health diagnoses with an ambulatory mental health encounter with a mental health practitioner within i) 7 days and ii) 30 days of discharge.	Number of persons hospitalised for primary mental health diagnoses.
	Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/substance related conditions	Number of persons with at least four psychiatric and at least four substance abuse visits within the 12 months following discharge.	Number of hospital discharges for dual diagnosis of psychiatric disorder and substance abuse.
	Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates	Number of persons with at least one visit in 12 months after initial visit stratified by race/ethnicity.	Number of individuals with a mental health-related visit.
	Continuity of visits after mental health-related hospitalisation	Number of persons with at least one visit per month for six months following hospitalisation.	Number of persons hospitalised for psychiatric or substance-related disorder.
Coordination of Care			
	Case management for severe psychiatric disorders	Number in receipt of case management (all types).	Number of persons with specified severe psychiatric disorder in contact with the health care system.

Area	Indicator Name	Numerator	Denominator
Treatment			
	Visits during acute phase treatment of depression	Number of persons with at least three medication visits or at least eight psychotherapy visits in a 12-week period.	Number of persons with a new diagnosis of major depression.
	Hospital readmissions for psychiatric patients	Of the total number of discharges from psychiatric inpatient care during a 12 month reporting period, the total number of readmissions to psychiatric inpatient care that occurred within i) 7 days and ii) 30 days.	Total number of discharges from psychiatric inpatient care during a 12-month reporting period.
	Length of treatment for substance-related disorders	Number of persons with treatment lasting at least 90 days.	Number of persons initiating treatment for a substance-related disorder.
	Use of anti-cholinergic antidepressant drugs among elderly patients	Number of persons using an anti-cholinergic antidepressant drug.	Number of persons age 65+ prescribed antidepressants.
	Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase	Number of persons age 18 years and older who are diagnosed with a new episode of depression and treated with anti-depressant medication, with an 84-day (12 week acute treatment phase) treatment with anti-depressant medication.	Number of persons age 18 years and older who are diagnosed with a new episode of depression and treated with anti-depressant medication.

Area	Indicator Name	Numerator	Denominator
	Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase	Number of persons age 18 years and older who are diagnosed with a new episode of depression and treated with anti-depressant medication, with a 180-day treatment with anti-depressant medication.	Number of persons age 18 years and older who are diagnosed with a new episode of depression and treated with anti-depressant medication.
Patient Outcomes			
	Mortality for persons with severe psychiatric disorders	Standardised mortality rate for persons with specified severe psychiatric disorders.	Standardised mortality rate for the total population.

Vedlegg 3 – Den danske kvalitetsmodellen

Kilde: Nordentoft, M. & Voldsgaard, I. 2001, Skizofreni: Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer.

Skizofreni

En oversikt over standarder, målgruppe, formål, veiledning, måling (**indikatorer**), kriterier og akkrediteringsnivå. Temaet skizofreni omfatter nydiagnosticerede og kroniske (incidente og prævalente) patienter med diagnosen skizofreni (F20.0 til F20.9).

Patienter indlagt i regi af børn- og ungdomspsykiatri er ikke omfattet af standarderne.

Fortløbende behandling

1. Standarder:	Patienten modtager relevant fortløbende behandling.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle ambulante og indlagte patienter med skizofreni på sygehuse.
3. Formål:	At patienten med skizofreni modtager relevant, rettidig og fyldestgørende fortløbende behandling. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats i forhold til planlægning, gennemførelse og opfølgning på relevant, rettidig og fyldestgørende behandling i hele patientforløbets længde.

<p>4. Vejledning:</p>	<p>Det anbefales, at alle patienters behandling følger referenceprogrammet for skizofreni omfattende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farmakologisk behandling. • Psykosocial intervention, herunder psykoekation og psykoekativ familieintervention over mindst ni måneder. • Opsøgende psykoseteam, bl.a. specialiserede til patienter med førsteepisode-skizofreni. • Social færdighedstræning, f.eks. træning i gruppe eller i samfundet. • Kognitiv adfærdsterapi. • Psykodynamisk psykoterapi kan anvendes. • Miljøterapi som integreret del af indlæggelsesforløbet, med kontinuitet i relationen til behandlerne og mulighed for skærmning i et lille, velstruktureret miljø. • Kropslige behandlingsmetoder med fysisk træning mhp. at bedre den almene sundhed samt modvirke risikoen for overvægt netværksdannelse og afstigmatisering. • Psykosocial intervention hos børn og unge med psykoekation og psykoekativ familieintervention. <p>Behandlingseffekten vurderes ved patientens funktionsniveau og psykopatologi regelmæssigt, minimum én gang årligt og ved udskrivningen.</p>
<p>5. Målinger:</p>	<p>Indikatorer:</p> <p>Andel af skizofrene patienter, der er i regelmæssig kontakt med behandlingssystemet.</p> <p>Andel af patienter, der får antipsykotisk medikamentel behandling.</p> <p>Andel af patienter i antipsykotisk medikamentel behandling, der bliver undersøgt for bivirkninger.</p> <p>Andel af patienter, der får en produktiv psykose.</p> <p>Andel af patienter med en GAF funktionsscore på mindst 40 ved udskrivning eller årlig vurdering.</p> <p>Vurderinger</p> <p>Vurdering af andelen af patienter med skizofreni i alle psykiatriske afdelinger, der i praksis behandles svarende til de faglige anbefalinger på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning og vurdering af relevansen af motivationer for afvigelser fra de faglige anbefalinger på området</p>

<p>6. Kriterier:</p>	<p>Kriterie 1: Kvaliteten af behandlingen følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger.</p> <p>Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for behandling af skizofreni.</p> <p>Kriterie 3: Retningslinier for behandling er implementeret.</p> <p>Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af behandling.</p>
<p>7. Akkrediteringsniveau:</p>	<p>Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 4.</p>