





# Kvalitets- måling i sundheds- væsenet i Norden

*Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe  
vedrørende kvalitetsmåling*

TemaNord 2007:519

## Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden

TemaNord 2007:519

© Nordisk Ministerråd, København 2007

ISBN 978-92-893-1475-6

Tryk: Arco Grafisk A/S, Skive 2007

Design: Kjell Olsson

Oplag: 700 stk

Trykt på miljøvenligt papir som opfylder kravene i den nordiske miljøsvanemærkeordning.

Publikationen kan bestilles på [www.norden.org/order](http://www.norden.org/order).

Flere publikationer på [www.norden.org/publikationer](http://www.norden.org/publikationer)

Printed in Denmark



### Nordisk Ministerråd

Store Strandstræde 18

1255 København K

Telefon (+45) 3396 0200

Fax (+45) 3396 0202

### Nordisk Råd

Store Strandstræde 18

1255 København K

Telefon (+45) 3396 0400

Fax (+45) 3311 1870

[www.norden.org](http://www.norden.org)

## Det nordiske samarbejde

Det nordiske samarbejde er en af verdens mest omfattende regionale samarbejdsformer. Samarbejdet omfatter Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige, samt de selvstyrende områder Færøerne, Grønland og Åland.

Det nordiske samarbejde er både politisk, økonomisk og kulturelt forankret, og er en vigtig medspiller i det europæiske og internationale samarbejde. Det nordiske fællesskab arbejder for et stærkt Norden i et stærkt Europa.

Det nordiske samarbejde ønsker at styrke nordiske og regionale interesser og værdier i en global omverden. Fælles værdier landene imellem er med til at styrke Nordens position som en af verdens mest innovative og konkurrencedygtige regioner.

# Indhold

Forord .....	7
Resume .....	9
I. KAPITEL .....	13
1.1 Indledning .....	13
1.2 Formål og kommissorium for gruppens virksomhed .....	14
1.2.1 Formål .....	14
1.2.2 Kommissorium .....	14
1.2.3 Mandatperiode og sammensætning .....	15
1.3 Arbejdsgruppens organisation .....	16
1.4 Nuværende nationale kvalitetsinitiativer i Norden .....	18
1.4.1 Danmark .....	18
1.4.2 Finland .....	22
1.4.3 Grønland .....	26
1.4.4 Island .....	29
1.4.5 Norge .....	35
1.4.6 Sverige .....	40
2. KAPITEL .....	45
2.1 Den nordiske arbejdsgruppes virksomhed .....	45
2.2.1 Oversigt over prioriterede kvalitetsindikatorer .....	47
2.2.3 Oversigt over data for prioriterede kvalitets- indikatorer .....	49
2.2.4 Diskussion .....	52
2.2.5 Oversigt over vigtige potentielle kvalitetsindikatorer .....	53
2.2.6 Forslag til spørgeskema vedrørende patientoplevelset kvalitet .....	55
2.2.7 Diskussion .....	56

2.5.1	Offentliggørelse og formidling af kvalitetsindikatorer i de nordiske lande .....	57
2.5.2	Nuværende offentliggørelsesinitiativer i Norden.....	58
2.5.3	Principper for offentliggørelse og formidling af data .....	66
2.5.4	Hvad ved vi om offentliggørelse og formidling af kvalitetsdata? .....	67
2.5.5	Forståelsesramme for præsentation af data om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser .....	68
2.5.6	Perspektiver .....	69
3.	KAPITEL .....	71
3.1	Konklusion og anbefalinger .....	71
	Tiivistelmä suomeksi .....	75
	Samantekt á íslensku .....	79
	Summary in English .....	83
	<b>BILAG</b>	
Bilag 1	Eksempler på indikatorer i Danmark .....	89
Bilag 2	Exempel på indikatorer presenterade i SOTKANet, Finland .....	95
Bilag 3	Exempel på indikatorer från sjukhusvårdens produktivetsdata (»benchmarking data«) .....	97
Bilag 4	Nasjonale kvalitetsindikatorer til måling i 2006 i Norge.....	99
Bilag 5	Sverige: Indikatorer presenterade i Öppna jämförelser .....	101
Bilag 6	Seminar om: Hvordan kan man måle kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande? .....	105
Bilag 7	Deltagere i seks nordiske undergrupper .....	107
Bilag 8	De seks undergruppers kommissorium og generelle arbejdsmetode .....	111
Bilag 9	Beskrivelse af sygdomsspecifikke indikatorer .....	113
Bilag 10	Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for sundhedsfremme og forebyggelse .....	119
Bilag 11	Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for primær sektor .....	123
Bilag 12	Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for psykiatri .....	127
Bilag 13	Datakilder til tabel 2 .....	129

# Forord

Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe har haft til opgave at identificere kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet i de nordiske lande, at indsamle data for disse indikatorer, samt at vurdere muligheden for hvorledes nordiske borgere, politikere, sundhedspersonale og myndigheder vil kunne indhente oplysninger om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. I projektet har arbejdsgruppen været bindeled til OECD-indikatorarbejdet bl.a. med henblik på et samarbejde om udvikling af indikatorer.

Projektet viser, at det er muligt at identificere relevante kvalitetsindikatorer i de nordiske lande, men de data, der er tilvejebragt under projektets forløb illustrerer også, at det er vanskeligt at indsamle tilstrækkeligt ensartede, tidstro data, med henblik på benchmarking, og at der er betydelige variationer i sundhedsvæsenets aktiviteter i relation til diagnostik, procedurer, behandlingsresultater, komplikationer og indlæggelsestid.

Der er derfor behov for en fortsat indsats for at sikre datakvaliteten, herunder validitet og tilvejebringelse af tidstro data med henblik på retvisende sammenligning og benchmarking i de nordiske lande. Arbejdsgruppen giver i rapporten anbefalinger på, hvorledes et fortsat udviklingsarbejde kan imødekomme dette behov.

Else Smith

*Konstitueret medicinaldirektør,  
formand for arbejdsgruppen*





# Resume

I de nordiske lande er der en erkendelse af behovet for dokumentation og monitorering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, samt formidling og offentliggørelse af resultater til belysning heraf. Den tilgængelige dokumentation er imidlertid begrænset. Der er således behov for at konsolidere og videreudvikle dette område med henblik på løbende at kunne forbedre kvaliteten på et dokumenteret grundlag.

Der er ligeledes et ønske om gennemsigtighed og gennemskuelse af kvaliteten i sundhedsvæsenet fra såvel brugerne, politikere, administratorer og sundhedsprofessionerne med henblik på at kunne træffe valg på et kvalificeret og informeret grundlag.

I 2003 udkom rapporten »Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet«<sup>1</sup>, og på baggrund heraf besluttede Ministerrådet, at der blev nedsat en ny arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling med det formål at give de nordiske borgere, politikere, sundhedspersonale og myndigheder mulighed for at vurdere og sammenligne ydelser på tværs af de nordiske landegrænser.

I arbejdsgruppens kommissorium blev det angivet, at der som et kerneområde skulle videreudvikles kvalitetsindikatorer samt indikatorer for forebyggelse og sundhedsfremme. Arbejdsgruppen skulle herudover fungere som bindeled for det samlede arbejde med kvalitetsindikatorer i de nordiske lande i OECD, og arbejdsgruppen skulle desuden identificere hensigtsmæssige redskaber til formidling af kvalitetsindikatorernes resultater<sup>2</sup>.

---

1. NHV-Rapport 2003:1. Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.

2. Notat af 29. oktober 2003. Forslag til videreførelse af det nordiske samarbejde om kvalitetsmåling, herunder oplæg til kommissorium for ny arbejdsgruppe.

Arbejdsgruppens mandatperiode blev fastsat til 3 år, og der blev udpeget tre–fire personer fra hvert land. For at sikre at kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser blev belyst på centrale områder, blev der nedsat seks tværnordiske undergrupper, der hver fik ansvar for udvikling af 6–12 indikatorer for 6 hovedområder:

- Generiske og sygdomsspecifikke indikatorer
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Primær sundhedssektor
- Psykiatri
- Patientsikkerhed
- Patientoplevelt kvalitet

Indikatorerne skulle være robuste og hvile på et solidt evidensgrundlag. Herudover skulle de være egnet til offentliggørelse. Udgangspunktet for det videre arbejde var en analyse af allerede eksisterende kvalitetsindikatorer, samt kvalitetsudviklingsinitiativer i de nordiske landes sundhedsvæsener.

Arbejdsgruppen har udarbejdet 36 indikatorer i relation til de ovennævnte 6 hovedområder. De 36 prioriterede kvalitetsindikatorer er udviklet med henblik på, at der allerede for disse indikatorer var tilgængelige data i de nordiske lande. Herudover er der udarbejdet 40 såkaldte potentielle indikatorer. De potentielle indikatorer repræsenterer indikatorer, for hvilke arbejdsgruppen anser det for realistisk at indrapportere data i løbet af de kommende år.

De data, der er tilvejebragt for de prioriterede kvalitetsindikatorer, illustrerer, at det er vanskeligt i de 6 nordiske lande at indsamle ensartede, tidstro data, ligesom det for en række indikatorer ikke er muligt for nogle lande at tilvejebringe data. Dette kan dels skyldes, at disse data ikke rutinemæssigt indsamles i de pågældende lande, dels at eksisterende lovgivning vanskeliggør dataindsamling. De indsamlede data illustrerer ligeledes, at der mellem de nordiske lande er betydelige forskelle i mulighederne for at tilvejebringe tidstro data.

De resultater, der således er tilgængelige for de prioriterede kvalitetsindikatorer, kan således næppe anvendes til retvisende sammenligninger og benchmarking, men snarere til at stille spørgsmål om, hvor-

vidt der vitterlig eksisterer reelle forskelle i kvaliteten af ydelser for de respektive sundhedsvæseners indikatorer.

Det kan konkluderes, at det er muligt at identificere relevante kvalitetsindikatorer i de nordiske lande. Der er imidlertid behov for en betydelig indsats for at sikre datakvaliteten, herunder validitet og tilvejebringelse af tidstro data med henblik på retvisende sammenligning og benchmarking mellem de nordiske lande.

Ligeledes er der behov for en dynamisk udvikling af såvel prioriterede, som potentielle kvalitetsindikatorer samt en målrettet indsats for løbende offentliggørelse af resultaterne med henblik på øget gennemsigtighed og gennemskuelse af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande.

Arbejdsgruppens arbejde illustrerer således det moderne sundhedsvæsenes begrænsede muligheder for at dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Det må imidlertid også konkluderes, at der på baggrund af arbejdsgruppens arbejde foreligger et konstruktivt udviklingspotentiale.

I forlængelse heraf anbefales det:

- at der etableres en arbejdsgruppe i Nordisk Ministerråds regi med formålet at konsolidere og videreudvikle fællesnordiske kvalitetsindikatorer, herunder sikre ensartet dataindsamling og offentliggørelse af resultater vedrørende kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande, samt i forlængelse heraf sikre fællesnordisk koordination med arbejdet med kvalitetsindikatorer i OECD
- at der etableres en arbejdsgruppe i Nordisk Ministerråds regi med henblik på at styrke det fællesnordiske samarbejde om patientsikkerhed
- at der iværksættes bestræbelser for at belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem løbende offentliggørelse i NOME-sco's regi
- at der etableres en arbejdsgruppe i Nordisk Ministerråds regi, som har til formål at udvikle og afprøve et instrument til belysning og benchmarking af den patientoplevede kvalitet



# 1. Kapitel

## 1.1 Indledning

Kvalitetsudvikling har en central plads på den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske dagsorden i de nordiske lande. Dette sker i erkendelse af et stigende behov for dokumentation af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, behov for monitorering og offentliggørelse af data, samt behov for effekt- og ressourcevurderinger, således at det i øget omfang bliver muligt at vurdere og sammenligne brugernes gevinst af sundhedsvæsenets ydelser, samt ressourceforbruget i relation hertil.

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser har endvidere fået fokus i erkendelse af, at der er betydelige variationer i sundhedsvæsenets aktiviteter i relation til diagnostik, procedurer, behandlingsresultater, komplikationer og indlæggelsestid.

Den tilgængelige dokumentation af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser er begrænset, og det er derfor nødvendigt at konsolidere og videreudvikle dette område som grundlag for løbende at forbedre kvaliteten.

Endelig er der stigende krav og forventninger til sundhedsvæsenet om gennemsigtighed og gennemskuelse, således at befolkningen, herunder brugerne af sundhedsvæsenet, politikere, administratorer og sundhedsprofessionerne kan være informeret om sundhedsvæsenets virksomhed og træffe valg på et kvalificeret og informeret grundlag.

I forlængelse af disse centrale problemstillinger blev Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe for kvalitetsmåling etableret i år 2000. Rapporten fra Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe »Kvalitetsmåling i sund-

hedsvæsenet« blev udgivet marts 2003<sup>3</sup>. Rapporten og dens anbefalinger blev gjort til genstand for temadiskussion på det årlige ministermøde for social- og sundhedsministrene i 2003, hvor der var opbakning til rapportens anbefalinger, herunder til forslag om videreførelse af det nordiske samarbejde. På baggrund af Ministerrådsbeslutningen blev det i oktober 2003 besluttet at nedsætte en ny arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling i Nordisk Ministerråds regi<sup>4</sup>.

## 1.2 Formål og kommissorium for gruppens virksomhed

### 1.2.1 Formål

Det overordnede formål med arbejdsgruppens virksomhed er at medvirke til afskaffelse af grænsehindringer mellem de nordiske lande. Ved at arbejde for, at de målemetoder, der anvendes i de nordiske landes sundhedsvæsen, bliver sammenlignelige, er målet at give de nordiske borgere, politikere, sundhedspersonale og myndigheder mulighed for at vurdere og sammenligne ydelserne på tværs af de nordiske landegrænser.

### 1.2.2 Kommissorium

Arbejdsgruppen har til opgave at udveksle viden og erfaringer om tiltag for kvalitetsmåling, både i nationalt, nordisk og i internationalt regi.

En central opgave for arbejdsgruppen er at koordinere nationale og nordiske initiativer vedrørende kvalitetsmåling med henblik på at fjerne grænsehindringer i Norden.

Arbejdsgruppen har til opgave at identificere meningsfulde måleredskaber til monitorering af sundhedsvæsenets ydelser.

En kerneopgave for arbejdsgruppen er at videreudvikle arbejdet med kvalitetsindikatorer. Dette arbejde skal blandt andet tage udgangs-

---

3. NHV-Rapport 2003:1. Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.

4. Notat af 29. oktober 2003. Forslag til videreførelse af det nordiske samarbejde om kvalitetsmåling, herunder oplæg til kommissorium for ny arbejdsgruppe.

punkt i de eksempler, der er givet i Nordisk Ministerråds rapport »Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet«, marts 2003. Arbejdsgruppen skal

- fungere som bindeled for det samlede arbejde i de nordiske lande på kvalitetsindikatorområdet i forhold til OECD
- identificere fællesnordiske fokusområder til brug for OECD-arbejdet vedrørende udarbejdelse af kvalitetsindikatorer på internationalt niveau
- koordinere arbejdet med kvalitetsindikatorer i forhold til det samlede arbejde med indikatorer i sundhedsvæsenet, herunder indikatorer, der vedrører forebyggelse og sundhedsfremme (public health og health promotion) m.m.

Arbejdsgruppen har endvidere til opgave at belyse implementeringen af meningsfulde måleredskaber, herunder kvalitetsindikatorer, til monitorering af sundhedsvæsenets ydelser. Endelig har arbejdsgruppen til opgave at identificere hensigtsmæssige redskaber til formidling af kvalitetsindikatorernes resultater.

Arbejdsgruppens virksomhed skal skabe grundlag for gennemsigtighed, gennemskuelighed og ansvarlighed i relation til sundhedsvæsenets ydelser.

### *1.2.3 Mandatperiode og sammensætning*

Mandatperioden blev fastsat til tre år, således at den endelige rapport skulle afleveres til Nordisk Ministerråd primo 2007. En midtvejsrapport skulle afgives i 2005.

For at kunne dække områderne i kommissoriet tilstrækkeligt bredt skulle gruppen bestå af tre–fire personer fra hvert land. Repræsentanterne skulle have godt kendskab til det i kommissoriet nævnte felt og på nationalt plan være beskæftiget inden for dette. Udgifterne til repræsentanternes deltagelse i den nordiske arbejdsgruppe blev afholdt af de enkelte lande. Arbejdsgruppen skulle selv træffe beslutning om formandskabet.

Arbejdsgruppens hovedsekretær skulle besidde kompetence inden for kvalitetsmålingsområdet på højt internationalt niveau, have national og international erfaring med udvikling af kvalitetsindikatorer, kva-

litetsmåling, implementering af indikatorer i sundhedsvæsenet, formidling af indikatorer, samt have et bredt netværk i relevante internationale miljøer, herunder i EU-, WHO- og OECD-regi.

### 1.3 Arbejdsgruppens organisation

Arbejdsgruppen blev sammensat af tre–fire repræsentanter fra Danmark, Finland, Grønland, Island, Norge og Sverige. Færøerne og Åland valgte at følge arbejdet uden at indgå i arbejdsgruppen. Hvert land forestod selv udpegningen af repræsentanterne, som skulle dække de faglige områder, arbejdsgruppen skulle beskæftige sig med.

Formandskabet og sekretariatsfunktionen blev varetaget af Sundhedsstyrelsen, Danmark. Nedenfor ses en oversigt over deltagere i den nordiske arbejdsgruppe, samt sekretariat:

#### DANMARK

*Else Smith*, konstitueret medicinaldirektør, Sundhedsstyrelsen,  
formand fra 25. november 2006

*Jens Kristian Gøtrik*, medicinaldirektør, Sundhedsstyrelsen,  
formand indtil 24. november 2006

*Johan Kjærgaard*, ledende overlæge, H:S Direktionen indtil nov. 2006

*Poul Brix Jensen*, speciallæge i almen medicin, Nykøbing F

*Susanne Zielke*, klinisk oversygeplejerske, Bispebjerg Hospital

*Jan Mainz*, professor, overlæge, Sundhedsstyrelsen

#### Suppleanter

*Frede Olesen*, alm. prakt. læge, professor, Århus Universitet

*Claus Munk Jensen*, adm. overlæge, Amtssygehuset i Herlev

#### FINLAND

*Ulla Idänpään-Heikkilä*, överläkare, STAKES

*Risto Pomoell*, medicinalrådet, Social- och hälsovårdsministeriet

*Kaj Rönnberg*, övertandläkare, Esbo Social- och hälsovård

#### GRØNLAND

*Anne Houmand Kristensen*, fuldmægtig, Direktoratet for Sundhed,  
fra juli 2005 indtil juli 2006



*Marianne Arnfjord*, afdelingschef, Direktoratet for Sundhed,  
fra sept. 2005

*Ann B Kjeldsen*, souschef, Direktoratet for Sundhed, indtil sept. 2004

*Anne-Marie Ulrich*, cheflæge, Dronning Ingrid's Hospital, indtil  
juni 2005

#### ISLAND

*Margrét Björnsdóttir*, afdelingschef, Sundheds- og Socialforsikrings-  
ministeriet

*Anna Björg Aradóttir*, chefsygeplejerske, Sundhedsstyrelsen,  
fra maj 2005

*Valgerður Gunnarsdóttir*, forstander for sundhedsinformatik,  
Reykjavíks primære sundhedstjeneste

*Leifur Bárðarson*, overlæge, Afdeling for kvalitetssikring, Landspítali –  
Universitetssygehus

*Vilborg Ingólfssdóttir*, chefsygeplejerske, Sundhedsstyrelsen,  
indtil maj 2005

*Sigríður Þormóðsdóttir*, forstander, Afdeling for kvalitetssikring  
Landspítali – Universitetssygehus indtil december 2004

#### NORGE

*Per Skretting*, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet

*Marit Kise*, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet

*Odd Søreide*, afdelingsdirektør, Helse Vest RHF

*Ewa Ness*, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet, indtil sept. 2005

*Pål Gulbrandsen*, afdelingsdirektør, Nasjonalt kunnskapssenter  
for helsetjenesten, indtil november 2004

Suppleant

*Ole-Bjørn Kolbjørnsrud*, seniorrådgiver, Sosial- og helsedirektoratet,  
fra april 2006

#### SVERIGE

*Magna Andreen Sachs*, medicinsk ekspert, Stockholms läns landsting

*Hans Rutberg*, medicinsk ekspert, Socialstyrelsen

*Marianne Holmberg*, samordnare vårdkvalitet, Socialstyrelsen

*Max Köster*, epidemiolog, Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen,  
fra september 2005

## SEKRETARIAT

*Jan Mainz*, professor, overlæge, Sundhedsstyrelsen, hovedsekretær

*Jytte Burggaard*, projektkoordinator, Sundhedsstyrelsen

*Kirsten Krag*, projektmedarbejder, Sundhedsstyrelsen indtil marts 2006

*Uffe Jon Ploug*, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen, fra maj til oktober 2006

*Pia Frøslev*, fuldmægtig, Sundhedsstyrelsen, fra september 2006

## 1.4 Nuværende nationale kvalitetsinitiativer i Norden

### 1.4.1 Danmark

Danmark fik i 1993 en National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet<sup>5</sup>, der understregede betydningen af kvalitetsudvikling, og som førte til en række initiativer i det danske sundhedsvæsen.

I 1999–2000 blev systematisk og formaliseret kvalitetsudvikling på nationalt niveau introduceret i sundhedsvæsenet med etablering af Det nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og en række landsdækkende kvalitetsinitiativer, herunder Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA) (nedlagt per 1. januar 2007), De Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP), Sekretariatet for Referenceprogrammer og Kompetencecentre for kliniske databaser.

I årene efter er der endvidere iværksat nationale kvalitetsinitiativer som f.eks. Patientens møde med sundhedsvæsenet<sup>6</sup> og en patientsikkerhedsdatabase, som drives og supporteres af Sundhedsstyrelsen<sup>7</sup>.

I 2002 blev der udgivet en ny strategi for kvalitetsudvikling fra Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen, hvor et af hovedbudskaberne var indvarsling af Den Danske Kvalitetsmodel med henblik på at koordinere danske nationale kvalitetsudviklingsaktiviteter.

---

5. National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, 1993

6. Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellem menneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet, Amtsrådsforeningen m. fl. juni 2003

7. Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD), [www.DPSD.dk](http://www.DPSD.dk)

I 2005 blev Institut for Kvalitet og Akkreditering etableret med henblik på at udvikle og implementere Den Danske Kvalitetsmodel, samt at forestå akkreditering af alle sundhedsinstitutioner (det primære og sekundære sundhedsvæsen) i Danmark.

#### 1.4.1.1 Igangværende danske kvalitetsudviklingsaktiviteter

*Det Nationale Indikatorprojekt (NIP)* ([www.nip.dk](http://www.nip.dk)) har til formål at dokumentere og udvikle den sundhedsfaglige kvalitet på grundlag af sygdomsspecifikke standarder og indikatorer i relation til de sundhedsfaglige kerneydelser, at skabe et kvalificeret grundlag for dialog, samt at skabe grundlag for faglig, ledelsesmæssig og politisk prioritering. Endelig har projektet til formål at skabe indsigt for borgerne og patienterne vedrørende den sundhedsfaglige kvalitet.

NIP er et landsdækkende, tværfagligt kvalitetsudviklingsprojekt, etableret i 2000. I perioden fra 2000 til 2007 er der udarbejdet og implementeret sygdomsspecifikke, evidensbaserede standarder og indikatorer for 8 sygdomsområder (apopleksi, hoftenære frakturer, hjerteinsufficiens, lungecancer, akut mave-tarm kirurgi, skizofreni, diabetes og kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL).

Projektet er implementeret på sygehusafdelinger og deltagelse er obligatorisk for alle afdelinger, der varetager behandlingen af ovennævnte sygdomme. Resultaterne offentliggøres på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

*Landsdækkende undersøgelser af Patientoplevelser* ([www.lup.dk](http://www.lup.dk)), gennemføres hvert 2. år i det danske sundhedsvæsen, hvor i størrelsesordenen 500 patienter på hvert af 54 sygehuse anmodes om at besvare et spørgeskema om deres forløb i sundhedsvæsenet. Resultaterne heraf offentliggøres på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

*De landsdækkende psykiatriundersøgelser.* Amterne gennemførte i 2005 landsdækkende undersøgelser af patienter med sindslidelse og deres pårørendes tilfredshed med den amtslige psykiatri (social- og sygehuspsykiatri). Hensigten er, at gennemføre disse undersøgelser med få års mellemrum og offentliggøre resultater fremover på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

I Danmark findes ca. 50 offentligt finansierede *landsdækkende kliniske databaser* ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)) i relation til de vigtigste sygdomme, der behandles i det danske sundhedsvæsen. Disse er tilknyttet tre kompetencecen-

tre. Databaserne er forpligtet til løbende at offentliggøre kvalitetsdata på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

*Det nationale projekt vedr de mellem menneskelige relationer mellem patienten og sundhedspersonalet* ([www.patient-relationer.dk](http://www.patient-relationer.dk)) har udarbejdet retningslinjer for information, kommunikation, omsorg og empati med henblik på implementering i det danske sundhedsvæsen.

*Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering* (CEMTV) har udviklet 8 *referenceprogrammer* ([www.sst.dk](http://www.sst.dk)) for alvorlige sygdomme og kliniske tilstande med konkrete anbefalinger i relation til forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering. Disse er i vid udstrækning implementeret i det danske sundhedsvæsen.

*Patientsikkerhed* i det danske sundhedsvæsen indebærer, ifølge Lov om patientsikkerhed, at utilsigtede hændelser skal indberettes i et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser [www.DPSD.dk](http://www.DPSD.dk). Hensigten hermed er, at de utilsigtede hændelser skal anvendes til analyse og organisatorisk læring med henblik på forebyggelse af lignende tilfælde i fremtiden. Ved alvorlige utilsigtede hændelser skal der gennemføres kerneårsagsanalyse med henblik på at identificere de grundlæggende årsager til, at en utilsigtet hændelse kunne ske.

*Det almenmedicinske kvalitetsudviklingsprojekt* (DAK) [www.CLI.dk](http://www.CLI.dk). Projektet er gennemført med henblik på: Udarbejdelse af kvalitetsindikatorer til brug i almen praksis, understøttelse af IT-anvendelse, herunder ICPC-kodning, udvikling af metoder til sikring af patientperspektivet og brugerinvolvering og kvalitetsudvikling af sammenhængende patientforløb mellem sygehuse og almen praksis. Disse projekter forventes at indgå i Den Danske Kvalitetsmodel.

På baggrund af resultaterne fra ovenstående projekter er der etableret en landsdækkende almenmedicinsk kvalitetsdatabase. Der er udviklet elektroniske datafangstmoduler, sygdomsspecifikke kvalitetsindikatorer for almen praksis (Diabetes, KOL og lænderygsmærter) samt generelle indikatorer for henvisning og epikrise. I samarbejde med DGMA har DAK udviklet tværfaglige kriterier for risikostratificering af kroniske patienter (Diabetes og KOL).

### 1.4.1.2 Planlagte kvalitetsudviklingsaktiviteter i Danmark

#### *Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)*

DDKM er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen, der baseres på et fælles sæt af standarder og indikatorer. DDKM fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutioner. DDKM varetages af Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS), som er en selvstændig institution etableret i 2005. Formålet med DDKM er at:

- udvikle et evalueringsgrundlag i form af standarder med tilhørende indikatorer
- fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene
- gennemføre en ekstern vurdering og akkreditering af de involverede institutioner
- understøtte gennemsigtighed og gennemskuelse af kvaliteten i sundhedsvæsenet

DDKM's evalueringsgrundlag (standarder med tilhørende indikatorer) omfatter 37 temaer, der beskrives indenfor tre hovedområder:

1. Generelle forløbsaktiviteter
2. Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter
3. Organisatoriske aktiviteter

Den Danske Kvalitetsmodel udvikles med udgangspunkt i nationale danske kvalitetsinitiativer, herunder NIP, DGMA (nedlagt efterår 2006), LUP, projektet vedr. de mellemenskelige relationer og de kliniske kvalitetsdatabaser. I relation til hvert tema udarbejdes 2–4 standarder, og for hver standard udarbejdes 2–4 indikatorer, der tilsammen udgør evalueringsgrundlaget for DDKM. Dette arbejde er gennemført i 2006.

De udviklede standarder og indikatorer i DDKM implementeres i 2007 i det danske sundhedsvæsen. I 2008 akkrediteres de danske sundhedsinstitutioner på baggrund af evalueringsgrundlaget. Efterfølgende vil resultater i forhold til relevante standarder og indikatorer blive offentliggjort. Perspektivet for patienten er, at det skal være muligt at

foretage kvalificeret valg vedrørende behandling på et informeret grundlag. I bilag 1 ses eksempler på nationale kvalitetsindikatorer i NIP-projektet.

#### 1.4.2 *Finland*

Forsknings- og udviklingscentralen for social- og helsevården (Stakes) arbejder på oppdrag av social- og helsevårdsministeriet att utvärdera hälso- och sjukvårdens verksamhet och resultat, samt att utveckla verktyg för serviceutveckling och för utvärdering av verkningsfullheten och kostnaderna. Stakes fungerar även som statistikmyndighet inom social- och helsevården. Datainsamling som stöd för kvalitetsuppföljning och förbättring sker genom vårdanmälningsregistret (Hilmo).

Stakes samarbetar med Finlands Kommunförbund, som stöder kommunerna i deras kvalitetsarbete genom att bl.a. organisera utbildning och genom att utveckla och sprida goda verksamhetsmetoder och -modeller, och Folkhälsoinstitutet, som stöder, effektiverar och förbättrar kvaliteten speciellt i moderskaps- och barnrådgivningarna och skolhelsevården.

År 1994 uppgjordes den första nationella kvalitetspolicyn för hälso- och sjukvården i Finland och i 1995 de första nationella rekommendationerna, som sporrade till ökad kundcentrering och till målinriktning enligt principerna för god kvalitetsledning. Dessa rekommendationer uppdaterades år 1999.

Utvärderingar av hur rekommendationerna omsatts i praktiken har gjorts åren 2000 och 2004. Organisationerna har ökat sin kompetens för ett målinriktat kvalitetsarbete. Stakes roll i att stöda kvalitetsledningen på organisationsnivå har minskat. Nationellt har tyngdpunkten flyttats till uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemets kvalitet och av rekommendationernas effekter samt till att använda resultaten som styrinstrument.

I uppföljningen av kvaliteten på nationell nivå har tyngdpunkten legat på kvalitet ur patientperspektivet, den organisatoriska kvaliteten samt på uppföljning av befolkningens hälsotillstånd. Den planerade utvecklingen av uppföljningen kommer att omfatta också den professionella kvaliteten som ett essentiellt tillägg till den nuvarande nationella uppföljningen.

#### 1.4.2.1 Pågående aktuella kvalitetsinitiativ

##### *Uppföljning/systematisk kvalitetsrapportering*

Stakes håller på att utarbeta en systematisk uppföljning av servicesystemets kvalitet. Syftet är att utnyttja redan existerande data och att utvidga datainnehållet i de fall där relevant information saknas. Slutmålet är en öppen gemensam portal, som ger beslutsfattare, ledningen och personal samt patienterna och befolkningen information om hälso- och sjukvården och dess kvalitet på ett för respektive grupp användbart sätt.

Arbetet görs i samarbete med utvecklingsprogrammet *Information 2000* med fokus på hela informationsförsörjningen inom social-, hälso- och sjukvården. *Information 2000* har resulterat i bl.a. utvecklingsarbete kring den elektroniska journalen. En lag om standarderna i den elektroniska journalen är under behandlingen i riksdagen vid årsskiftet 2006–2007.

Några av de befintliga databaser, som står som grund för utvecklandet av en gemensam kvalitetsdatabas, är:

*Indikatorbanken SOTKANet*, [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi), som är ett instrument för ledning och planering av hälso- och sjukvården på beställar- och utförarnivån. Databasen har utvecklats främst för att stöda planeringen, uppföljningen och beslutsfattandet i hälso- och sjukvården. Den innehåller på kommun- och sjukvårdsdistriktsnivå data om hälsa och välfärd, morbiditet samt utnyttjandet av social-, hälso- och sjukvårdens tjänster i olika åldersgrupper (några exempel på indikatorer för hälso- och sjukvård i bilag 2).

*Sjukhusvårdens produktivitet* (»benchmarking«). Patientregisterdata kombineras med uppgifter om sjukhusens kostnader och öppenvårdsdata och omarbetas till en mera användbar form. Data som ges ut årligen innehåller information om produktivitet samt andra parametrar, som sjukhusen kan använda för att utveckla sin verksamhet. Dessa data kan granskas på sjukhus-, specialitets- och patientgruppsnivåer samt ur sjukhusdistriktets och kommunens synvinkel (exempel på indikatorer i bilag 3).

*PERFECT (Vårdkedjans funktion, effektivitet och kostnader)* är ett forskningsprojekt, i vilket metoder utvecklas för att följa sjukhusvårdens hälsoeffekter genom att kombinera nuvarande nationella register. Databasen *Sjukhusvårdens produktivitet* är grund för datautvecklingen.

Målet är att kunna utveckla en fortlöpande databas för olika centrala sjukdomar och hälsoproblem. Utarbetade data finns redan för hjärtinfarkt för åren 2000–2003. Projektet skall omfatta uppgifter om stroke, bröstcancer, knä- och höftprotesoperationer, schizofreni, och vård av nyfödda < 1 500g.

*Tandvårdens kvalitet.* I SUHAT-projektet, som startade år 2000, har man skapat en indikatorbank, som tillsvidare har använts av deltagarna, men som senare avses bli ett riksomfattande verktyg för uppföljning av munhälsovårdens kvalitet.

*Patientregistret* innehåller för närvarande information om slutna sjukhusvård. Utvecklingen av ett register för uppföljning av den öppna vården pågår i ett pilotförsök.

#### *Kvalitetsrekommendationer*

Under åren 2002–2005 gav social- och hälsoministeriet ut kvalitetsrekommendationer för äldreomsorg, missbrukarvård, mentalvård, boende och hjälpmedel för handikappade, skolhälsovården samt för hälsofrämjande och prevention. Dessa innehåller indikatorer för uppföljning av hur rekommendationerna förverkligats och för vårdkvalitet inom de respektive områdena. Att mäta förverkligandet och effekterna av dessa rekommendationer är en central strävan år 2006.

#### *Strategi och verksamhetsplan för patientsäkerhet*

Social- och hälsovårdsministeriet har huvudansvaret och koordinerar utvecklingsarbetet inom det högprioriterade området patientsäkerhet. För att förbättra patientsäkerheten har en vision och en strategi utarbetats. En ansvarig tjänsteman och en styrgrupp utvärderar och stöder utvecklingen av patientsäkerheten. Arbetet stöds av ett nationellt nätverk som leds av ministeriet.

En central strävan är att ta i bruk ett gemensamt förfarande för insamling av information om negativa händelser. Betydelsen av att registrera komplikationer i vården har understrukits, och i det befintliga patientregistret har utvecklats ett nytt datafält, för att underlätta och säkra registrering. Färskt material med syfte att främja patientsäkerheten finns också för säker läkemedelsbehandling i form av en nationell handbok för genomförande av läkemedelsbehandling inom social-, hälso- och sjukvården.



### *Enhetliga grunder för ickebrådskande vård*

Finland fick en lag om vårdgaranti 2005. För att garantera enhetliga indikationer för vården i olika delar av landet, skapades i samarbete med experter inom medicin, vårdarbete och primärvård enhetliga grunder för behandling av 193 sjukdomar eller problem, som lagen om tillgång till ickebrådskande vård gäller. Dessa har tagits i bruk, evaluerats och vidareutvecklats.

### *Patienternas erfarenhet av vården*

Stakes upprätthåller ett koncept med 6 olika enkäter för uppföljning av patienternas erfarenhet av vården: hos allmänläkare, på hälsovårdscen- tral, på poliklinik, i sjukhusvård, i tandvården samt inom akutmedicin. Konceptet omfattar även databehandling och statistisk bearbetning av resultaten. Varje organisation får sina egna resultat, som kan jämföras med resultaten för alla som deltagit. Användandet av enkäterna är fri- villigt. I detta nu har över 200 organisationer använt dessa enkäter.

### *Utvärdering av metoder och teknologi*

Enheten FINOHTA koordinerar den evidensbaserade utvärderingen av medicinsk teknologi och metodik. Man stöder nationella utvärderings- projekt och förmedlar information om internationella utvärderingar i den egna publikationen samt genom en webbaserad informationskanal (<http://lib.stakes.fi/ohtanen/>). Syftet är att förbättra hälso- och sjuk- vårdens effektivitet genom att befrämja användandet av evidensbaserad teknologi och evidensbaserade vårdmetoder.

### *Nationella vårdrekommendationer*

Finska Läkarföreningen Duodecim utvecklar tillsammans med specia- listföreningarna nationella evidensbaserade vårdrekommendationer (*Gångse vård*). Duodecim utvecklar även ett elektroniskt stöd för besluts- fattandet, som utgör en del av det nationella projektet att utveckla den elektroniska patientjournalen.

#### 1.4.2.2 Planerade kvalitetsinitiativ

##### *Effektivare uppföljning – systematisk kvalitetsrapportering*

Utvärdering och utveckling av styrningsmetoder för hälso- och sjuk- vården pågår i Finland. En viktig del av detta är uppföljning och en sys-

tematisk rapportering av hälso- och sjukvårdens kvalitet samt utvärdering av kvalitetsrekommendationernas effekt. Ett av de första stegen är en överenskommelse av en konceptuell ram. Ramen står som grund för prioriteringen av data som samlas in och offentliggörs, samt för utvidgandet av registerdata. En del av utvecklingen i kvalitetsrapporteringen är att utarbeta metoder för uppföljning av patienternas och befolkningens erfarenheter i vården.

### 1.4.3 Grønland

Der blev i 2001 udarbejdet en National Strategi for Sundhedsvæsenet i Grønland, som understregede betydningen af kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Der blev udvalgt i alt ni strategiområder og udarbejdet konkrete mål i relation til disse. Et af de ni strategiområder var høj kvalitet i undersøgelse, behandling og pleje – og arbejdet med dette specifikke strategiområde har ført til iværksættelse af en lang række lokale og landsdækkende initiativer i sundhedsvæsenet.

#### 1.4.3.1 Igangværende kvalitetsudviklingsaktiviteter i Grønland

I det følgende oplystes nogle af de mange kvalitetsudviklingsinitiativer der er igangsat:

- Udarbejdelse af landsdækkende og lokale kliniske retningslinier for undersøgelse, behandling og pleje
- Kvalitetssikring af patientforløb i forbindelse med overflytning mellem sygehuse i Grønland og mellem sygehuse i Grønland og udenfor Grønland
- Etablering af en obstetrisk ledelse og implementering af perinatale retningslinier pr. 1. januar 2003 for at sikre den bedst mulige kvalitet i den perinatale omsorg og reducere spædbarnsdødeligheden i Grønland
- Udarbejdelse af National strategi for selvmordsforebyggelse i Grønland for at reducere det høje antal selvmord og selvmordsforsøg og kvalitetssikre det selvmordsforebyggende arbejde
- Udarbejdelse af et folkesundhedsprogram

- Udarbejdelse af Strategiplan for tandplejen 2005–2010 for at forbedre kvaliteten i tandplejen og den samlede tandsundhed i befolkningen
- Hjemtagning af onkologibehandling fra Danmark til Grønland
- Implementering af Telemedicin i sundhedsvæsenet med henblik på at forbedre adgangen til og kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser
- Opbygning af kliniske databaser i relation til de vigtigste sygdomme, der behandles i sundhedsvæsenet
- Kvalitetsudviklingsprojekt om luftvejsinfektioner i samarbejde med Audit Projekt Odense
- Implementering af Telemedicin i sundhedsvæsenet med henblik på at forbedre adgangen til og kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser
- Prioritering af midler til uddannelse og videreuddannelse af sundhedspersonale for at højne kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser
- Kvalitetsudviklingsprojekt om anvendelsen af røntgen undersøgelser på Kystens sygehuse i samarbejde med Audit Projekt Odense (2004)
- Kvalitetsudviklingsprojekt om forebyggelsespotentialet i Grønland (2005)
- Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland – et 3 årigt forskningsintegreret kvalitetsudviklingsprojekt – som havde til formål at anvise nye veje indenfor det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde
- Etablering af screening undersøgelse af alle gravide for CFG og PCCB Cholestasis Familiaris Groenlandica – en arvelig leversygdom og propionsyreæmi – en arvelig stofskiftesygdom) (2006)
- Deltagelse i Nordisk helseberedskabssamarbejde (Svalbardgruppen) mhp. at styrke og kvalitetsudvikle sundhedssamarbejdet og sundhedsberedskabet ift. at håndtere kriser og katastrofer

#### 1.4.3.2 Planlagte kvalitetsudviklingsaktiviteter i Grønland

Sundhedsvæsenet i Grønland har stor fokus på kvalitetsarbejde og kvalitetsudvikling. Der er foreløbig planer om følgende:

- Ledelseskonference, som afholdes i september 2007, og som har kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet som sit hovedtema
- NunaMed 2007, en grønlandsk medicinsk forskningskonference, som afholdes i september 2007, og har fokus på kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet
- Sygeplejerskeuddannelsen i Grønland omlægges pr. september 2006 til en professionsrettet bacheloruddannelse. Dette skal ses som en opfølgning og en efterlevelse af Landsstyrets uddannelsespolitiske målsætninger og beslutninger om, at mellemlange videregående uddannelser skal være på bachelorniveau i lighed med mellemlange videregående uddannelser udenfor Grønland
- Der arbejdes med et udviklingsprojekt, så sygeplejerskeuddannelsen i løbet af en 4 årig periode opfylder de kvalitetskrav, som er opstillet i henhold til EVA (Dansk Evaluerings Institut)
- Implementering af elektronisk patient journal (EPJ) på samtlige kystsygehuse, tandklinikker og Dronning Ingrid's Hospital, som forventes afsluttet indenfor de næste par år. Hermed får sundhedsvæsenet optimale muligheder for dataopsamling, udarbejdelse af sundhedsstatistik og kvalitetssikring af ydelser
- Udvidet brug af telemedicin for at sikre borgere i yderdistrikter adgang til sundhedsydelser og kvalificeret behandling, der hvor de bor
- Digitalisering af røntgen på samtlige kystsygehuse og Dronning Ingrid's Hospital, som forventes afsluttet medio 2007. Sundhedsvæsenet får et centralt billedarkiv med værdifulde aktivitets- og kvalitetsdata. Der bliver lettere adgang til sammenligningsbilleder – og dermed bedre diagnosticering
- Udarbejdelse af en ny røntgenlov for Grønland. I relation til denne skal der bl.a. uddannes røntgenpersonale samt udarbejdes en grønlandsk kvalitetshåndbog, som skal medvirke til at sikre patienter og andre brugere et ensartet højt kvalitetsniveau ved anvendelse af billeddiagnostik
- Kvalitetssikring af pædiatrisk service i Grønland
- Kvalitetssikring af speciallægebetjening i Grønland
- Kvalitetssikring af ungdomspsykiatrisk service i Grønland
- Diabetesprojekt
- Kvalitetssikringsprojekt vedr. forbrug af psykofarmaka

- Kvalitetsudviklingsprojekt vedr. sygeplejerskernes kliniske arbejde i primærsektoren
- Lægemedelrekommandationer for sekundærsektoren

#### 1.4.4 Island

##### *Nationell hälsoplan till året 2010*

Islands nationella hälsoplan till året 2010, antogs av Althingi år 2001 och utgör en grund för planering inom hälso- och sjukvårdssektorn på Island<sup>8</sup>. Den innehåller övergripande mål och kvalitetsindikatorer för hälso- och sjukvården. Policyn bygger bl.a. på WHO:s strategi, Health 21, och innehåller många av samma kvalitetsindikatorer. Hälsoplanen bygger dessutom på annan isländsk policy samt lagar och förordningar på Island.

Metoder och instrument för uppföljning av olika kvalitetsindikatorer i den nationella policyn har utvecklats under de senaste åren och en revidering av målen inom prioriterade områden har redan ägt rum. Syftet är poängtera faktorer inom hälsovårdens service för att förbättra folkhälsan och öka servicens kvalitet.

##### *Kvalitet i vården – ny policy*

En ny reviderad policy om vårdkvalitet har utarbetats av hälso- och socialförsäkringsministeriet och Medicinalstyrelsen på basis av en nationell plan för kvalitetsutveckling från år 1999. Det överordnade målet i den nationella planen från 1999 innebar att alla hälso- och sjukvårdsinstitutioner skulle tillämpa en kontinuerlig kvalitetsutveckling i sitt kvalitetsarbete och skulle formalisera sitt arbete senast i slutet av året 2002.

I den nya strategin prioriteras hälso- och sjukvårdsmyndigheterna och deras arbete på kvalitetsområdet där det bl.a. läggs stor vikt vid patientsäkerhet. Strategin ger också en god grund för arbete med kvalitetsindikatorer i hälso- och sjukvårdssektorn och man lägger vikt vid att välja nationella kvalitetsindikatorer för professionell, organisatorisk och patientupplevd kvalitet.

---

8. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (The Icelandic National Health Plan to the year 2010). Heilbrigðisráðuneytið, Reykjavík, 2001. [www.heilbrigdisraduneyti.is](http://www.heilbrigdisraduneyti.is)

Elektroniska patientjournaler, kliniska databaser och landsomfattande register är också viktiga element i den planerade nya kvalitetspolicyn som också bidrar till att öka genomskinligheten och allmänhetens tillgång till information i hälso- och sjukvården. Planet är att publicera den nya kvalitetspolicyn i början av år 2007.

### *Lagar och förordningar*

En viktig grund för kvalitet och organisering av hälso- och sjukvården i Island finns i lagstiftning på området. Det har skett en revidering av hälso- och sjukvårdslagen under de senaste två åren och Althingi behandlar det nya lagförslaget hösten 2006. I förslaget berörs de flesta kvalitetsaspekter både angående struktur, process och resultat i hälso- och sjukvården. Samtidigt har det framlagts ett speciellt förslag till lagar om Medicinalstyrelsen, där ökad aktivitet och ökat ansvar inom kvalitetsområdet samt patientsäkerhet accentueras. Althingi kommer också att behandla dessa lagförslag under hösten 2006.

### *Hälso- och sjukvårdsministerns nya grundprinciper och policy för äldreomsorgen och och policy för barn och ungdomar med psykiska störningar*

I juli 2006 publicerades ministerns nya grundprinciper inom äldreomsorgen. Ökad livskvalitet och kvalitet i omvårdnad på vårdhem och äldreboende och i hemtjänsten går som en röd tråd i ministerns policy. Speciell vikt läggs på utökad hemtjänst och olika nya valmöjligheter för äldre.

I september 2006 publicerade ministern sin policy och nya åtgärder på barnpsykiatriska området för att öka kvalitet i servicen inom detta område. Först och främst skall behandlingsmöjligheter på primärservicenivå förstärkas för att öka tillgång och kvalitet inom primärvården.

Förstärkningen på sekundärservicenivå skall också ske liksom en utökad och förbättrad behandling på tertiärservicenivå. Prevention, utbildning, rådgivning, forskning och ökat samarbete med andra sektorer i samhället är också viktiga element i denna nya policy.

### *Läkemedelspolicy*

Under senaste två åren har ministeriet samt många parter inom sektorn arbetat med att utveckla en nationell läkemedelspolicy. Läkemedelspolicyn baseras på tre moment: att garantera att alla medborgare har till-

gång till nödvändiga läkemedel, att garantera läkemedels samt läkemedelsservicens säkerhet, kvalitet och effektivitet och att garantera att läkemedel används på ett klokt och kostnadseffektivt sätt. Denna policy bygger på WHO:s grundprinciper samt den nationella hälsoplanen till året 2010. Målet är att den skall publiceras i december 2006.

#### *Patienterfarenhet*

Landsomfattande studier om patienterfarenheter planeras genomföras vart tredje år. Resultaten offentliggörs i rapporter och på olika hemsidor. Sjukvårdsinstitutioner uppmuntras av sjukvårdsmyndigheterna att använda resultaten för kvalitetsförbättring. Olika institutioner använder också egna enkäter och företar studier varje år.

#### *Kvalitetstipendier*

Varje år utdelar hälso- och sjukvårdsministeriet stipendier till projekt som skall främja kvalitetsutvecklings- och kvalitetsförbättringsarbete.

#### *Balanserat styrkort (Balanced Scorecard)*

Flera sjukhus i Island använder balanserat styrkort och ministeriet har motiverat sjukhus och sjukvårdsinstitutioner i detta syfte. På Landspítali – universitetssjukhus (LSH) har man en ny policy från 2006 och där invävs kvalitets- och säkerhetsfrågor i institutionens målsättning inom 5 dimensioner. Policyn omfattar sjukhusets framtidsvision, värderingar, uppgift och målsättning i 5 dimensioner samt åtgärder som stöder dessa dimensioner. Målsättningen har utarbetats enligt ideologin om en samordnad resultatanalys (Balanced Scorecard).

Primärvården i huvudstadsområdet använder ett balanserat styrkort, som utgör en formell del av resultatmätning och resultatstyrning och som bygger på en samordnad resultatanalys. Styrkortet består av 11 punkter som mäter enskilda vårdcentralers resultat. De viktigaste mätaspekterna rör många servicefaktorer på vårdcentralen, som t.ex om klienterna är nöjda med den service de fått, hur lång väntetiden för läkarbesök är, vårdcentralens image, avvikelse från driftsbudget, personalfrånvaro, de vitala datasystemens driftssäkerhet o.fl.

Styrkortet ger möjlighet till en jämförelse mellan vårdcentralernas verksamhet. Detta styrkort är länkat till Primärvårdens policykort, som i sin tur baseras på utvalda huvudpunkter ur Primärvårdens policyplan.

*Kliniska riktlinjer (evidence baserade riktlinjer)*

Arbetet med kliniska riktlinjer inleddes hos Medicinalstyrelsen år 2000 och därefter har olika typer av anvisningar offentliggjorts på dess hemsida. Anvisningarna har utarbetats i nära samarbete med andra parter inom detta område. Man har även lagt vikt vid att presentera utvalda utländska anvisningar. De kliniska riktlinjerna revideras regelbundet i enlighet med nyaste erkända kunskap.

*Kvalitetskontroll*

En av Medicinalstyrelsens uppgifter är att ha tillsyn med hälso- och sjukvårdspersonalens arbete och arbetsvillkor. Man har arbetat med att göra denna tillsyn mera effektiv och metodisk. När hälso- och sjukvårdsinstitutioner kontrolleras, företas bl.a. enkäter bland deras klienter, chefer och övrig personal. Föreliggande statistik om klagomål och disciplinära åtgärder granskas också.

*RAI-utvärdering av institutioner för äldre  
(Resident Assessment Instrument)*

Detta är ett internationellt samarbetsprojekt, som syftar till att utvärdera miljö och hälsotillstånd hos dem som bor på en äldreinstitution genom att använda en checklista. RAI-utvärderingen används i alla sjukhem på Island och anslagen till dessa sjukhem baseras bl.a. på resultatet av utvärderingen. Medicinalstyrelsen ansvarar för RAI-utvärderingen.

En av de viktigaste faktorerna i RAI-mätinstrumentet är kvalitetsindikatorer som utvecklats för att det skulle vara möjligt att garantera en viss vårdkvalitet och för att de skulle kunna användas i förbättringsarbetet. Kvalitetsindikatorerna består av 30 faktorer, vilka ger en indikation om omvårdnads-kvalitet på äldreinstitutioner.

Kvalitetsindikatorerna ger personal och chefer på institutioner en indikation om vad som är bra eller vad som kan förbättras. Man undersöker antingen frekvens/prevalence eller tillkomst/skapande av dessa indikatorer. Kvalitetsindikatorerna kan användas för att mäta service-resultat och starta projekt som syftar till förbättringar. Kvalitetsindikatorerna är också en viktig faktor i serviceavtalen med institutionerna. De är en mätsticka för den service som det betalas för.



### *Incidentrapportering (incident report)*

En blankett för incidentrapportering håller på att utarbetas, eftersom rapportering av alla incidenter är ett mycket viktigt instrument för revision och prevention. Denna blankett ska läggas ut på Medicinalstyrelsens hemsida och alla hälso- och sjukvårdsinstitutioner som inte har någon databas uppmanas att använda den. Man har även påbörjat utformningen av anvisningar om adekvat reaktion på incidenter, både gentemot patienter, anhöriga och inblandad hälso- och sjukvårdspersonal.

### *Patientsäkerhet*

*Arbetsgrupp.* Det har bildats en tvärvetenskaplig arbetsgrupp i Medicinalstyrelsen, vars arbete ska syfta till ökad patientsäkerhet.

*Studier om säkerhetskultur.* Det har företagits en studie om operations- och narkosköterskors attityder till säkerhet. Undersökningen gjordes i samarbete med Landspítali – universitetssjukhus och Islands universitet. Nu företas en liknande studie om läkares, sjuksköterskors och undersköterskors attityder till säkerhetskultur på intensivvårdsavdelningar på Landspítali – universitetssjukhus och Islands universitet. Detta är ett samarbetsprojekt mellan sjukhuset och Medicinalstyrelsen. Flera sådana studier planeras i samarbete mellan Landspítali – universitetssjukhus och Islands universitet och andra sjukhus.

### *Forskning om läkemedelsincidenter*

Det har företagits en undersökning om läkemedelsincidenter bland sjuksköterskor inom vissa avdelningar på Landspítali – universitetssjukhus. Undersökningen gjordes i samarbete med Landspítali – universitetssjukhus och Islands universitet. Det företogs även nyligen en undersökning om LHS:s läkares läkemedelsförskrivningsvanor.

### *Undersökning om frekvensen av oväntade skador (adverse events)*

Enligt planerna ska en undersökning om frekvensen av oväntade skador på tre sjukhus i Island företas nästa år.

### *Centrala databaser*

*Vaccinationsregister.* Det pågår ett arbete med att registrera alla vaccinationer i en central databas. Detta ska vara klart i år och denna databas kommer bl.a. att användas vid granskning av vaccinationsfrekvens.

*Läkemedelsdatabas.* Det används en landsomfattande läkemedelsdatabas med information om förskrivna läkemedel. Databasen kan bl.a. användas till kontroll med receptförskrivning och utveckling av användning av läkemedel och beroendeframkallande medel. Aspekter som antibiotikaallergi och antibiotikaanvändning liksom patienters totala behandlingssbild kan också granskas.

*Databas för statistik och analys.* Mångskiftande sjukhusinformation och information i sjukvården i hela landet såsom diagnos, behandling, adress, behandlingstid, ålder, kön registreras i en databas, som kan användas till många olika typer av översikter och kvalitetskontroller.

*Olycksfallsregister.* Medicinalstyrelsen har en central databas om olycksfall, vars uppgift är att koordinera registrering av olycksfall och ha översikt över antalet olycksfall, orsaker och konsekvenser. Databasen ger dessutom en möjlighet till olika typer av kvalitetskontroller och undersökningar.

*Landsomfattande register.* Det planeras vidare uppbyggnad av olika landsomfattande hälsovårdsregister och databaser. Syftet med sådana databaser är att samla information om hälsotillstånd och hälsovårdsservice, något som är nödvändigt för att hälsovårdsmyndigheter ska kunna administrera, kontrollera, planera och företa kvalitetsevalueringar.

### *Elektroniska recept*

Elektroniska recept planeras att lanseras 2007 efter ett pilotprojekt från 2003. I den första fasen blir det läkare inom primärvården och på sjukhusen som kommer att kunna skicka e-Recept. Vad man hoppas uppnå med e-Recepten är en ökad säkerhet genom färre fel i receptinformationen, mindre möjligheter för förfalskning av recept och bättre service genom en snabbare expediering i apoteken.

### *Elektronisk registrering – elektroniska patient journaler*

Elektronisk registrering och kommunikation kan ge en bättre hälsovårdsservice och en mera organiserad kontroll med servicens kvalitet. Enligt regeringens policy om informationssamhället för perioden 2004–

2007 skall målmedvetna steg tas mot införande av elektroniska journaler för all hälsovårdsservice. Målsättningen är dessutom att hälsovårdsnätet skall ha tagits i fullt bruk före utgången av 2006.

#### *Datavaruhus för äldrefrågor*

Man förbereder ett datavaruhus för äldrefrågor. Databasen är en central databas och ska omfatta information om äldre, utbudet av äldre-service, användning av äldreservice, personalstorlek inom äldreservice, anslag till äldreservice, jämte en kvalitets- och hälsochecklista. Datavaruhuset blir tillgängligt på nätet. Den första versionen av datavaruhuset beräknas bli klar våren 2007.

#### *1.4.5 Norge*

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten »... og bedre skal det bli« (2005–2015) ble vedtatt og lansert i 2005. Den er et overordnet rammeverk for det videre kvalitetsutviklingsarbeidet i sosial- og helsetjenesten. Strategien har som mål at tjenestene skal:

- Være trygge og sikre
- Være virkningsfulle
- Være samordnet og koordinert
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelige og rettferdig fordelt

For å nå disse målene peker strategien på fem innsatsområder:

Styrke brukeren, styrke utøveren, forbedre organisasjon og ledelse, forbedringskunnskap i utdanningen og følge med og evaluere tjenestene. Hvert innsatsområde følges med anbefalinger om hvordan målene kan nås. Anbefalingene er utarbeidet i arbeidsgrupper med deltage-re fra tjenesteutøvere, brukere og andre sentrale aktører.

Høsten 2006 ble Nasjonal helseplan for perioden 2007–2010 vedtatt av Stortinget. Den er et overordnet politisk rammeverk. Kvalitetsutvikling, pasientsikkerhet og prioritering er grundig omtalt. Betydningen av åpenhet om kvalitet i tjenestene blir understreket.

#### 1.4.5.1 Nåværende aktiviteter for å fremme kvalitetsutvikling

##### *Nasjonale systemer for kvalitetsindikatorer*

Nasjonale kvalitetsindikatorer for spesialisthelsetjenesten ble innført i 2003. I 2006 ble det registrert data for 21 indikatorer (11 for somatikk og 10 for psykiatri), herunder pasienterfaringsundersøkelser. Rapportering av data er obligatorisk. Publiseringen skjer på nettstedet for Fritt sykehusvalg Norge, [www.sykehusvalg.no](http://www.sykehusvalg.no), sammen med informasjon om forventede ventetider for ulike behandlinger og tiltak. Data presenteres på institusjonsnivå (sykehusnivå) sammen med tall for landsgjennomsnittet. Det vises også kurver med utvikling over tid.

I forbindelse med den nasjonale Opptappingsplanen for psykiske helse (1999–2008) utvikles det mål og indikatorer for spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester for å gi økt fokus på innholdet og kvaliteten i tjenester. Målet er kvalitetsforbedringsprosesser lokalt, følge utviklingen og å ha grunnlag for styringsprosesser. Tilgjengelig statistikk blir brukt, samtidig blir dagens systemer utviklet slik at de i større grad belyser kvalitative forhold.

Nasjonale kvalitetsindikatorer for kommunale pleie- og omsorgstjenester ble lansert i 2005. I 2006 publiseres seks indikatorer på nettstedet [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no). Data presenteres på kommune- og fylkesnivå i tillegg til landsgjennomsnitt, enten for det enkelte år eller som utvikling over tid. Det er lagt til rette for å kunne sammenligne resultater, men systemet legger ikke opp til rangering. Det pågår utvikling av flere indikatorer basert på pseudonymiserte data registrert på individnivå.

Det første komplette datasett fra alle kommuner vil være tilgjengelig for publisering i 2008. Kvalitetsindikatorer for offentlig tannhelse, sosiale tjenester og kommunehelsetjeneste er under utvikling. Samlet oversikt over alle nasjonale kvalitetsindikatorer i 2006, se bilag 4.

##### *Forskning om kvalitetsindikatorer*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten startet i 2006 et prosjekt med sikte på å innhente og systematisere kunnskap fra internasjonal forskning og erfaring om utvikling og bruk av kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten. Målet er å etablere en »informasjonsbank« med oppdatert informasjon om kvalitetsindikatorer.

### *Kvalitetsindikatorer i spesialisthelsetjenesten og allmennmedisin*

Etter oppdrag fra Kvalitetsforbedringsutvalget i Den norske Lægeforening la spesialforeninger i 2005 frem forslag på til sammen ca. 100 fag-spesifikke kvalitetsindikatorer. Kvalitetsutvalget for primærmedisin i Legeforeningen la i 2006 fram et forslag til 16 indikatorer for allmennmedisinen i Norge.

Det er i dag frivillig å levere statistikk fra allmennpraksis. Prosjektet »Sentrale data fra allmennlegetjenesten« (SEDA) samlet i 2005 statistikk fra 82 allmennleger for å teste mulighet for å lage offisiell statistikk fra allmennlegers pasientjournalssystemer. I 2006 benyttet ca 800 allmennleger tilbudet om å sende data for analyse av egen praksisprofil gjennom deltagelse i Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet (NO-KLUS Praksisprofil). Videre utvikling av offentlig statistikk fra allmennlegetjenesten er under vurdering.

### *Medisinske kvalitetsregistre*

Sosial- og helsedirektoratet ledet »Kvalitetsregisterprosjektet 2005« som omhandlet hovedområdene: Beskrivelse av de eksisterende medisinske kvalitetsregistre, prioritering av etablerte og planlagte medisinske kvalitetsregistre, juridisk hjemmelsgrunnlag og organisering/teknologiske løsninger. Sluttrapporten omfatter 50 registre innenfor somatisk spesialisthelsetjeneste. 36 registre er nasjonale, 14 er regionale.

Registrene fordeler seg på ulike fagområder og helseregioner, men dekker ikke alle fagområder. 11 registre er relatert til kreftsykdom.

Det er en målsetting å etablere nasjonale medisinske kvalitetsregistre innen alle viktige medisinske fagområder. Som hovedregel skal eierskap og databehandlingsansvar for registrene forankres i de regionale helseforetakene. Sosial- og helsedirektoratet har ansvar for å sikre nasjonal samordning ved etablering av nye og videreføring av etablerte registre.

### *Pasientsikkerhet*

»Meldesentralen« under Statens helsetilsyn mottar i dag lovpålagte meldinger fra helsetjenesten og institusjonene om alvorlige utilsiktede hendelser, eller nestenuhell ved pasientbehandling.

Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet la en arbeidsgruppe under Sosial- og helsedirektoratet i april 2006 fram en rapport

med anbefalinger for det videre arbeidet med pasientsikkerhet i Norge: Etablere nasjonal læring av uønskede hendelser basert på eksisterende meldeordninger i regi av et frittstående kompetansemiljø, etablere pasientsikkerhet som fag i den helsefaglige utdanningen, videreutvikle internkontrollen i helsetjenestene, gjennomgang av lovverket med relevans for pasientsikkerhet, også meldeplikter og rammeverk for sikkerhetsstyring, videreutvikle eierstyring og ledelsesfokus på pasientsikkerhet i helsetjenestene.

Dette er i tråd med anbefalingene fra WHO, EU og Europarådet om meldesystemer som skal fremme læring, og kjennetegnes ved »No shame, no blame, no name«, uten kopling til tilsynsmyndigheter. Analyse av årsaker til hendelser skal fremme læring og forebygge utilsiktede hendelser. Nasjonal helseplan støtter rapporten, og Nasjonal enhet for pasientsikkerhet etableres i 2007.

#### *Faglige retningslinjer*

Direktoratet har i 2006 utarbeidet en langsiktig plan for etablering, tilgjengeliggjøring og evaluering av normerende og veiledende publikasjoner. Planen skal bidra til avklaring av hvilke prosesser og kriterier som skal ligge til grunn ved utvelgelse av områder for faglige retningslinjer og veiledere.

Planen omfatter nasjonale normerende dokumenter, herunder Nasjonale retningslinjer, Nasjonale anbefalinger og Nasjonale kliniske retningslinjer. Disse publikasjonene omfatter områder der en ønsker en mest mulig lik praksis i hele landet, og er på denne måten normerende.

I tillegg vil det utvikles Nasjonale veiledninger som er rådgivende. All utarbeidelse skal skje i samarbeid med tjenestene, aktuelle fagmiljøer, brukerorganisasjoner og Kunnskapscenteret.

Direktoratet har startet arbeidet med å etablere en database for utarbeidede dokumenter og dokumenter under arbeid. Tjenestene er bedt om å melde inn eksisterende og planlagte retningslinjer og veiledere.

#### *Prioritering*

Rettferdig fordeling av tjenester er en viktig forutsetning for kvalitet. Det rettes fokus mot tiltak som skal redusere uønsket variasjon i tjenestetilbudet.

»Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten« er et toårig prosjekt som startet i 2006 i samarbeid mellom Sosial- og helsedirektoratet og de regionale helseforetakene. Målet er å lage felles retningslinjer for prioritering innen ulike fagområder samt et system for monitorering av faktisk prioritering i den enkelte institusjon og region.

Det er behov for å utvikle kunnskap om prioritering i kommunehelsetjenesten, og i 2006 ble en rapport lagt frem for Nasjonalt råd for prioritering som omfatter blant annet hvordan indikatorer og styringsdata kan brukes som grunnlag for prioritering i kommunehelsetjenesten som ikke er omfattet prioriteringsforskriften.

#### *Sertifisering og akkreditering*

Enkelte sykehus i Norge har på eget initiativ gjennomført prosessen med sertifisering etter ISO-9000 systemet. I en av helseregionene er det fattet vedtak om ISO-sertifisering av alle sykehusene, mens andre helseregioner vurderer ulike sertifiserings- og akkrediteringsordninger for sine institusjoner. Helse- og omsorgsdepartementet er i gang med å utrede bruk av akkreditering og sertifisering for å vurdere dette som nasjonalt virkemiddel for oppfølging av kvalitet.

#### 1.4.5.2 Planlagte aktiviteter

Den fremtidige organiseringen av ansvar og oppgaver vedrørende nasjonale kvalitetsindikatorer er under vurdering. Det vil bli lagt vekt på å se kvalitet, retningslinjer og prioritering i sammenheng. I 2007 etableres et eget nasjonalt råd for kvalitet og prioritering med formål å bidra til samordnet innsats på tema av overordnet karakter hvor det er behov for drøftinger på tvers av ansvarsposisjoner.

Ett av innsatsområdene i den nasjonale kvalitetsstrategien er å følge med i og evaluere tjenestene. Det forutsetter gode grunn- og nøkkeldata. I helseplanperioden (2007–2010) er det et mål å videreutvikle nasjonale indikatorsystem slik at det blir sett av overordnede nøkkeldata som sier noe om kvalitet ved tjenestene ut i fra kvalitetsstrategiens seks kjennetegn på god kvalitet.

## 1.4.6 Sverige

### 1.4.6.1 Nationell strategi för God Vård

Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting har identifierat ett antal viktiga utvecklingssteg i en nationell strategi för att förbättra vården, sammanfattat i begreppet »God Vård«<sup>9 10 11</sup>.

God Vård innebär att vården är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och att den ges i rimlig tid. Detta är ett långsiktigt arbete som kräver samordning på nationell, regional och lokal nivå. Utvecklingsinsatserna berör bland annat:

- Systematiskt framtagna kunskapsunderlag om nya och etablerade metoder i hälso- och sjukvården, som exempelvis nationella riktlinjer för vård och behandling
- IT-baserad och ändamålsenlig vårddokumentation, vilket kräver en nationell informationsstruktur med klassifikationer och enhetliga begrepp och termer samt tillförlitliga data
- Nationella kvalitetsindikatorer
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader
- Stöd till systematiskt kvalitetsarbete

### 1.4.6.2 Evidensbaserade kunskapsunderlag

*Utvärdering av metoder.* Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har regeringens uppdrag att utvärdera olika metoder i vården ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv. Syftet är att ta fram ett opartiskt och vetenskapligt baserat beslutsunderlag.

SBU:s rapporter ([www.sbu.se](http://www.sbu.se)) ska visa på bästa tillgängliga vetenskapliga underlag – *evidens* – om nytta, risker och kostnader som är förknippade med olika åtgärder.

---

9. SOSFS 2005:12. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

10. »GOD VÅRD – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården« ISBN 91-85482-05-6 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

11. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2005. InfoVU-rapport.



*Nationella riktlinjer.* Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utarbeta evidensbaserade riktlinjer för vård och behandling av sjukdomar som rör många människor och tar stora samhällsresurser i anspråk. Riktlinjerna skall ge nationellt stöd i landstingens/regionernas arbete med vårdprogram och prioriteringar. Nationella riktlinjer har hittills utarbetats inom följande områden ([www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)):

- Diabetes (första utgåvan 1996, reviderad 1999)
- Stroke (första utgåvan 2001, reviderad 2005)
- Höftfraktur (2003)
- Hjärtsjukdomar (första utgåvan 1998, reviderad 2001 och 2004)
- Venös tromboembolism/blodproppssjukdom (2004)
- Astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom (2004)

De senare nationella riktlinjerna inkluderar kvalitetsindikatorer som skall ligga till grund för löpande uppföljningar av hur riktlinjerna tillämpas.

#### 1.4.6.3 Informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning

##### *Nationell IT-strategi för vård och omsorg*

I mars 2006 presenterade den nationella ledningsgruppen för IT i vård och omsorg en nationell strategi för hur IT bör utvecklas för att stödja arbetet med att förbättra och effektivisera vården<sup>12</sup>.

##### *Nationell informationsstruktur*

En nationell informationsstruktur, enhetlig nationell terminologi och klassifikationer samt ändamålsenlig vårddokumentation är en nödvändig förutsättning för uppföljning och för att öppet kunna redovisa och jämföra verksamhetens resultat. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att ta ett strategiskt ansvar för samordning kring en nationell informationsstruktur.

---

12. Nationell IT-strategi för vård och omsorg ISBN 91-631-8541-5

*Hälsodataregister*

Epidemiologiskt Centrum, EpC, på Socialstyrelsen ansvarar för följande register:

- Patientregistret som omfattar alla patienter som blir inskrivna på sjukhus i Sverige samt viss öppen vård
- Medicinska födelseregistret där samtliga förlossningar i landet ingår med uppgifter om mor och barn
- Cancerregistret som omfattar alla patienter som diagnosticerats med en tumör eller ett tumörliknande tillstånd
- Läkemedelsregistret som innehåller uppgifter om samtliga uthämtade läkemedelsrecept
- Dödsorsaksregistret som ger underlag till den officiella dödsorsaksstatistiken och tillhandahåller data om orsaksspecifik dödlighet för beskrivning av befolkningens hälsa

*Nationella kvalitetsregister*

De nationella kvalitetsregistren, som för närvarande är drygt 60 till antalet, är en unik resurs för svensk hälso- och sjukvård. Registren har byggts upp och drivs av läkarprofessionen. De innehåller individbundna data om diagnoser, behandlingsåtgärder och utfall. Några exempel på väl etablerade nationella kvalitetsregister är

- RIKSSTROKE
- Nationella Diabetesregistret
- Nationalregistret för höftledsplastiker
- Nationellt register för hjärtintensivvård (RIKS-HIA)
- Nationella Kataraktregistret

Under senare år har tre kompetenscentra för de nationella kvalitetsregistren utvecklats. Eye-Net Sweden, NKO (Nationellt Kompetenscentrum för Ortopedi) samt UCR (Uppsala Clinical Research and Registry Center) som särskilt fokuserat på hjärtkärlsjukdomar och cancer.

*Nationella kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården*

Socialstyrelsen fick år 2005 uppdraget att utarbeta nationella kvalitetsindikatorer som skulle kunna spegla olika aspekter av kvalitet inom

hälso- och sjukvården. Ett 40-tal kvalitetsindikatorer togs fram inom stroke- och cancersjukvård. Socialstyrelsen utarbetar nu som en fortsättning på det tidigare uppdraget en nationell indikatorlista för God Vård.

#### *Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet*

I juni 2006 presenterade Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting den första sammanhållna rapporten av jämförelser av hälso- och sjukvårdens medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader.<sup>13</sup> Indikatorerna är sammanställda i bilaga 5.

#### *Hälso- och sjukvårdsrapport*

Socialstyrelsen har sedan 1994 haft regeringens uppdrag att återkommande rapportera om förhållandena i hälso- och sjukvården. Vart tredje år publiceras en hälso- och sjukvårdsrapport.

Hälso- och sjukvårdsrapport 2005 innehöll bland annat en analys av kvalitetsutvecklingen inom valda delar av vården med särskild uppmärksamhet på förekomsten av systematiskt förbättringsarbete. Rapporten inkluderade också jämförelser av hälsosystem i de nordiska länderna<sup>14</sup>.

#### *Folkhälso- och sjukvårdsrapport*

På uppdrag av regeringen publicerar Socialstyrelsen också en Folkhälso- och sjukvårdsrapport vart fjärde år. Den beskriver hur svenska folkets hälsa utvecklas samt hur levnadsvanor och faktorer i omgivningen hänger samman med hälsoutvecklingen<sup>15</sup>.

#### 1.4.6.4 Stöd till systematiskt kvalitetsarbete

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) stöder lokalt förbättringsarbete genom att utveckla och sprida metoder för systematiskt kvalitetsarbete. SKL driver också nationella förbättringsprojekt med hjälp av Genombrottsmetoden. Särskilt framgångsrika har projekten »Bättre

---

13. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

14. Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. ISBN 91-7201-984-0 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

15. Folkhälsa – lägesrapport 2005. ISBN 91-85482-13-7 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

flyt i vården I och II« varit, som syftat till att eliminera väntetider i vården.

Patientsäkerhetsarbetet har hög aktualitet i Sverige vilket bl.a. tar sig uttryck i nationella projekt för att minska smittspridning i vården (VRISS I och II) och för en säkrare läkemedelsanvändning bland äldre (SÄLMA).

Med utgångspunkt i de Nationella kvalitetsregistren har ett antal nationella förbättringsprojekt bedrivits sedan närmare tio år. Bl.a. har projekt initierats inom det nationella kataraktregistret för att belysa effekten av samtidig bilateral kataraktoperation och att fastställa hur länge den positiva effekten av en kataraktoperation håller. Inom hjärtinfarktvården ger RIKS-HIA årligen ut rapporter, som visar på stora skillnader i hur hjärtsjuka patienter behandlas mellan sjukhusen trots att Socialstyrelsen gett ut nationella riktlinjer för hur god hjärtsjukvård skall bedrivas.

I ett förbättringsprojekt Quality Improvement in acute Coronary Care har man med hjälp av registerdata försökt att öka följsamheten mot nationella riktlinjer. Projektet fick nyligen ett kvalitetspris.

## 2. Kapitel

### 2.1 Den nordiske arbejdsgruppes virksomhed

Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling har afholdt 11 møder i perioden fra juni 2004 til december 2006, samt et midtvejsseminar den 9.12.2005, hvor de nordiske lande sammen med repræsentanter fra OECD, WHO og europæiske netværksinstitutioner (ca.100 deltagere) inviteredes til at diskutere arbejdsgruppens arbejde og videre virksomhed. Seminaret havde titlen: *Hvordan kan man måle kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande?* Programmet kan ses i bilag 6.

Udgangspunktet for udvikling af fælles nordiske kvalitetsindikatorer var det igangværende indikatorarbejde i OECD og WHO, samt det grundlag, som blev foreslået i NHV-rapport 2003:1: Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet, herunder kvalitetsindikatorer. Den grundlæggende ide med inddragelse af det allerede igangværende arbejde i ovennævnte regier var at udvikle fælles nordiske indikatorer for at kunne belyse:

- *Den sundhedsfaglige kvalitet*, dvs. kvaliteten af forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering
- *Den organisatoriske kvalitet*, herunder planlægning og tilrettelæggelse af sundhedsvæsenets ydelser, bl.a. kontinuitet, koordination og effektiv ressourceudnyttelse
- *Den patientoplevede kvalitet*, dvs. brugerens oplevelse af den organisatoriske og faglige kvalitet, samt oplevelsen af det interpersonelle sammenspil mellem patienten og sundhedspersonalet

For at sikre at kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser blev belyst på centrale områder, nedsattes der seks tværnordiske undergrupper, der hver fik ansvar for udvikling af indikatorer indenfor nedenstående hovedområder:

- Generiske og sygdomsspecifikke indikatorer
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Primær sundhedssektor
- Psykiatri
- Patientsikkerhed
- Patientoplevelt kvalitet

De seks tværnordiske undergrupper skulle pege dels på indikatorer, hvor der allerede eksisterede tilgængelige data til belysning af de pågældende indikatorer, dels på potentielle indikatorer, som i fremtiden ansås for relevante at anvende, når det er muligt at tilvejebringe relevante data.

Indikatorerne skulle være robuste og hvile på et solidt evidensgrundlag. Herudover skulle indikatorerne være egnet til offentliggørelse mhp. gennemsigtighed og gennemskuelse af sundhedsvæsenets ydelser. Når samtlige forslag fra de seks undergrupper forelå, skulle Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe foretage det endelige valg af indikatorer.

Deltagere i undergrupperne, kommissorium og undergruppernes generelle arbejdsmetode er beskrevet i bilagene 7 og 8.

## 2. Udvikling af fælles nordiske kvalitetsindikatorer

På grundlag af forslag fra de seks undergrupper har Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe valgt 36 indikatorer som udgangspunkt for benchmarking mellem de nordiske lande. Indikatorerne er valgt på grundlag af følgende kriterier:

- Relevans. Indikatorerne skal fokusere på sundhedsydelser, sygdomme eller lidelser med et stort volumen, som repræsenterer et alvorligt sundhedsproblem

- Validitet. Indikatoren skal kunne afspejle kvalitetsforskelle i relation til en given problemstilling
- Målbarhed. Indikatoren skal være målbar
- Datatilgængelighed. Data skal være tilgængelige i de nordiske lande

Skematisk oversigt over definitioner og begrundelser for valg af kvalitetsindikatorer kan ses i bilagene 9 til 12.

### 2.2.1 Oversigt over prioriterede kvalitetsindikatorer

Tabel 1 angiver den nordiske arbejdsgruppes prioriterede kvalitetsindikatorer. Arbejdsgruppen har valgt at inkludere OECD-indikatorer, der indgår i OECD's Health Care Quality Indicators Project. Disse indikatorer indgår således som en delmængde af arbejdsgruppens indikatorer.

**Tabel 1 Prioriterede kvalitetsindikatorer**

Indikatornavn	Definition
Apoplexi <sup>1</sup> – hjerneblødning	Andel patienter med hjerneblødning der dør under indlæggelse indenfor 30 dage
Apoplexi – hjerneblødning	Andel patienter med hjerneblødning der dør indenfor 30 dage (case fatality)
Apoplexi <sup>1</sup> – blodprop i hjernen	Andel patienter med blodprop i hjernen der dør under indlæggelse indenfor 30 dage
Apoplexi – blodprop i hjernen	Andel patienter med blodprop i hjernen der dør indenfor 30 dage (case fatality)
Blodprop i hjertet <sup>1</sup>	Andel patienter med blodprop i hjertet der dør under indlæggelse indenfor 30 dage
Blodprop i hjertet	Andel patienter med blodprop i hjertet der dør indenfor 30 dage (case fatality)
Tyk- og endetarmskræft	Andel patienter med tyk – og endetarmskræft der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation
Tyk- og endetarmskræft	Andel patienter med tyk – og endetarmskræft der dør indenfor 30 dage efter 1. operation (case fatality)
Lungekræft	Andel patienter med lungekræft der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation
Lungekræft	Andel patienter med lungekræft der dør indenfor 30 dage efter 1. operation (case fatality)
Brystkræft	1 års observeret overlevelsesrate for kvinder med brystkræft
Brystkræft	1 års relativ overlevelsesrate for kvinder med brystkræft
Brystkræft <sup>1</sup>	5 års observeret overlevelsesrate for kvinder med brystkræft
Brystkræft <sup>1</sup>	5 års relativ overlevelsesrate for kvinder med brystkræft

Tabel 1 Prioriterede kvalitetsindikatorer (fortsat)

Indikatornavn	Definition
Prostatakræft	5 års observeret overlevelsrate for mænd med prostatakræft
Prostatakræft	5 års relativ overlevelsrate for mænd med prostatakræft
Hjertekirurgi	Andel patienter der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation
Hjertekirurgi	Andel patienter der dør indenfor 30 dage efter 1. operation
Percutan transluminal coronar angioplastik – PTCA	Andel patienter der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter første PTCA
Percutan transluminal coronar angioplastik – PTCA	Andel patienter der dør indenfor 30 dage efter første PTCA
Fødsler – perinealskader gr. III og IV	Andel kvinder med perinealskader gr. III og IV efter vaginal fødsel
Fødsler – børnedødelighed	Andel døde børn < 28 dage efter fødslen
Influenzavaccination <sup>1</sup>	Andel registrerede influenzavaccinationer for 65+årige
MMR Vaccination <sup>1</sup> (Mumps/Measels/Rubella)	Vaccinationsrate for MMR (1. vaccination) inden 2 års alderen
MMR Vaccination (Mumps/Measels/Rubella)	Vaccinationsrate for 2. MMR vaccination i 12 års alderen
Forbrug af bred- og smalt-spektret penicillin	Solgt mængde (DDD) pr. 1.000 indbyggere pr. døgn
Tobak <sup>1</sup>	Antal personer, der angiver at ryge cigaretter dagligt (15 år+)
Overvægt	Antal personer med selvrapporteret BMI $\geq 25$ < 30 og BMI $\geq 30$ (15 år+)
Alkohol	Gennemsnitligt antal genstande alkohol indtaget pr. uge (15 år+)
Klamydia infektion	Antal nye konstaterede tilfælde af klamydia infektion hos mænd og kvinder
Tvangsindlæggelse	Antal tvangsindlæggelser pr indlæggelser på psykiatrisk institution/-psykiatrisk afd. med formel godkendelse af brug af tvangsophold
Tvangsindlæggelse	Antal tvangsindlæggelser pr. 1.000 indbyggere
Ventetid på behandling i psykiatrisk amb.	Andel dage for alle henvisninger som bliver fulgt op med primærbehandling/ klinisk vurdering ved almen psykiatrisk ambulatorium
Selv mord – under indlæggelse	Antal selvmord under indlæggelser på psykiatrisk sygehus eller afdeling pr. 1.000 indlæggelser på psykiatrisk sygehus eller afdeling
Selv mord – under indlæggelse	Antal selvmord under indlæggelser på psykiatrisk sygehus eller afdeling pr. selvmord i alt
Selv mord – under indlæggelse	Antal selvmord under indlæggelser på psykiatrisk sygehus eller afdeling pr. 100.000 indbygger

Note 1: Indikatoren er en OECD-indikator



### 2.2.3 Oversigt over data for prioriterede kvalitetsindikatorer

Tabel 2 illustrerer oversigt over tilgængelige data for de prioriterede kvalitetsindikatorer, samt årstal for disse.

**Tabel 2 Oversigt over data og årstal for prioriterede kvalitetsindikatorer**

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Sverige
<b>Sygdomsspecifikke indikatorer</b>						
Apoplexi/hjerneblødning, død under indlæggelse indenfor 30 dage <sup>1</sup>	2005	2005	2005	2005	2005	2005
	23,6%	21,9%	25,0%	30,6% <sup>6</sup>	18,5% <sup>2,9,10</sup>	18,6%
Apoplexi/hjerneblødning, død indenfor 30 dage	2005	2004	2005	–	2001	2004
	32,0% <sup>2</sup>	26,5% <sup>2</sup>	25,0%	–	34,9% <sup>2,9</sup>	30,1%
Apoplexi/blodprop i hjernen, død under indlæggelse indenfor 30 dage <sup>1</sup>	2005	2005	2005	2005	2005	2005
	6,4%	9,3%	12,1%	5,8% <sup>6</sup>	7,9% <sup>9,10</sup>	8,4%
Apoplexi/blodprop i hjernen, død indenfor 30 dg	2005	2004	2005	–	2001	2004
	9,0%	11,5%	12,1%	–	13,1% <sup>9</sup>	10,6%
Blodprop i hjertet, død under indlæggelse indenfor 30 dage <sup>1</sup>	2005	2005	2005	2005	2005	2005
	7,2%	14,4%	30,0%	6,4% <sup>6</sup>	7,9% <sup>9,10,11</sup>	8,3%
Blodprop i hjertet, død indenfor 30 dage	2003–2005	2004	2005	–	2001	2004
	15,8%	19,0%	30,0%	–	13,8% <sup>9,11</sup>	13,1%
Tyk- og endetarmskræft, død indenfor 30 dg. efter 1. operation			2005			2004
	–	–	10,5%	–	–	1,6%
Tyk- og endetarmskræft, død under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation		2005	2005	2005		
	–	1,4%	10,5%	0,9%	–	–
Lungekræft, død indenfor 30 dage efter 1. opr.	2005		2005			
	3,2%	–	25,0%	–	–	–
Lungekræft, død under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation		2005	2005	2005		
	–	3,8%	17,8%	1,1%	–	–
Brystkræft, 1 års observeret overlevelsesrate	2005		2005	1996–2000	2005	2005
	95,0%		62,5%	96,0%	95,1%	96,0%
Brystkræft, 1 års relativ overlevelsesrate	2005	2004		1996–2000	2005	2005
	97,0%	97,0%	–	98,0%	97,3%	97,7%

Tablet 2 Oversigt over data og årstal for prioriterede kvalitetsindikatorer (fortsat)

	Danmark	Finland	Grøland	Island	Norge	Sverige
<b>Sygdomsspecifikke indikatorer</b>						
Brystkræft, 5 års observeret overlevelsese-rate <sup>1</sup>	2005		2005	1996–2000	2005	2005
	77,0%	–	46,7%	81,0%	76,5%	79,0%
Brystkræft, 5 års relativ overlevelsese-rate <sup>1</sup>	2005	2004		1996–2000	2005	2005
	85,0%	88,0%	–	89,0%	86,5%	87,0%
Prostatakræft, 5 års observeret overlevelsese-rate	2005		2005	1996–2000	2005	2005
	40%	–	0,0%	61,0%	61,9%	64,8%
Prostatakræft, 5 års relativ overlevelsese-rate	2005	2004		1996–2000	2005	2005
	53%	87,0%	–	82,0%	82,2%	83,0%
Hjertekarkirurgi, død indenfor 30 dage	2005	2004				2005
	3,5%	2,7%	– <sup>4</sup>	–	–	1,8%
Hjertekarkirurgi, død under indlæggelse indenfor 30 dage	2005	2005		2005	2005	
	2,2%	1,9%	– <sup>4</sup>	2,2%	1,1%	–
Percutan transluminal coronar angioplastik, PTCA, død indenfor 30 dage	2005	2004				2001–2003
	3,5%	2,1%	– <sup>4</sup>	–	–	1,6%
Percutan transluminal coronar angioplastik, PTCA, død u. indlæggelse indenfor 30 dg.	2005	2005		2005	2005	
	2,2%	1,2%	– <sup>4</sup>	0,0%	1,1%	–
Fødsler, antal perine-alskader gr. III+ IV pr. antal vaginale fødsler	2005	2005		2005	2004	2004
	3,4%	0,8%	–	6,0%	3,5%	4,2%
Fødsler, spædbørnsdødlighed, pr. 1.000 levende fødte	2001–2005	2001–2005	2000 og 2002	2005	1998	1996–2002
	3,6	3,2	10	1,6	2,2	2,3
<b>Forebyggelse og sundhedsfremme</b>						
Tobak, andel daglige rygere 15 år + <sup>1</sup>	2004	2005		2005	2005	2004
	26,0%	21,8%	–	19,5%	26,0% <sup>12</sup>	16,2%
Tobak, andel daglige rygere 15 år+, mænd <sup>1</sup>	2004	2005	2005	2005	2005	2004
	29,0%	26,0%	56,7% <sup>5</sup>	19,5%	27,0% <sup>12</sup>	15,0%
Tobak, andel daglige rygere 15 år+, (kv.) <sup>1</sup>	2004	2005	2005	2005	2005	2004
	23,0%	18,2%	58,1% <sup>5</sup>	19,5%	24,0% <sup>12</sup>	17,5%
Overvægt, andel personer 15 år + med BMI > 30	2005	2005	2005	2002	2003	2004
	11,4%	14,1%	23,1%	12,4%	7,9% <sup>13</sup>	9,8%
Alkohol, årligt forbrug i liter pr. pers. 15 år + <sup>1</sup>	2004	2004	2005	2005	2005	2004
	11,4	9,9	12,1	7,1 <sup>7</sup>	6,4 <sup>14</sup>	6,5

Tabel 2 (fortsat)

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Sverige
<b>Forebyggelse og sundhedsfremme</b>						
Klamydia, pr. 100.000 indbyggere	2004	2005	2004	2005	2005	2004
	341	243	3214	552 <sup>8</sup>	434	361
Klamydia, pr. 100.000 indbyggere (Mænd)	2004	2005	2004	2005	2005	2004
	220	197	2446	414 <sup>8</sup>	331	314
Klamydia, pr. 100.000 indbyggere (kvinder)	2004	2005	2004	2005	2005	2004
	460	287	4099	643 <sup>8</sup>	526	401
<b>Psykatri</b>						
Tvangsindlæggelser, pr. indlæggelser på psyk. sygehus/afd.	2005	2005		2005	2005	
	20,5%	32,2%	–	5,7%	21,9%	–
Tvangsindlæggelser, pr. 1.000 indbyggere	2005	2005		2005	2005	
	0,93	1,96	–	0,35	2,20	–
Ventetid på psyk. behandling – 0–17årige				2005	2005	
	–	–	–	105 dg	83 dage	–
Selvmord under psykiatrisk indlæggelse, pr. 1.000 indlæggelser på psyk. sygehus/afd.		2005		2005	2004	
	–	0,09	–	0,00	1,12	–
Selvmord under psykiatrisk indlæggelse, pr. selvmord i alt		2005		2005	2004	
	–	0,30%	–	0,00%	9,64%	–
Selvmord under psykiatrisk indlæggelse, pr. 100.000 indbyg.		2005		2005	2004	
	–	0,06	–	0,00	1,11	–
<b>Primær sektor</b>						
Influenzavaccination, andel vaccinerede personer 65 år +	2004	2004			2005	2004
	50,8%	46%	–	–	45% <sup>15</sup>	54%
MMR-vaccination, andel vaccinerede inden 2 årsalderen <sup>1</sup>	2005	2003	2004	2005	2005	2005
	95%	97%	92%	94%	90%	95%
MMR-vaccination, andel vaccinerede inden 12 årsalderen	2005			2005	2005	2004/2005
	95%	–	–	94%	91%	95%
Årligt salg af smalspektret penicillin i forhold til bredspektret penicillin	2005	2005		2005	2005	2005/2006
	1,9	0,5 <sup>3</sup>	–	0,7	1,8	2,9
Årligt salg af smalspektret penicillin i forhold til makrolider	2005	2005		2005	2005	2005/2006
	2,2	1,0 <sup>3</sup>	–	1,8	2,3	6,8

Tabel 2 Oversigt over data og årstal for prioriterede kvalitetsindikatorer (fortsat)

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Sverige
<b>Primærsektor</b>						
Årligt salg af smalspektret penicillin i forhold til bredspektret penicillin + makrolider	2005	2005		2005	2005	2005/2006
	1,0	0,3 <sup>3</sup>	–	0,5	1,0	2,0
Årligt salg af bredspektret penicillin i forhold til kinoliner	2005	2005		2005	2005	2005/2006
	9,3	3,6 <sup>3</sup>	–	7,1	4,9	1,4

Note 1: Indikatoren er en OECD-indikator

Note 2: Omhandler kun diagnosen I61

Note 3: Indeholder al forbrug i den åbne verden

Note 4: Disse patienter opereres ikke på Grønland, men i Danmark

Note 5: Omhandler aldersgruppen 18+ år

Note 6: Disse data omfatter ca. 85-90 af patienterne behandlet på Island

Note 7: Baseret på salgstal

Note 8: Baseret på caseundersøgelser pr. 100.000 indbyggere

Note 9: Data er baseret på indeks-tilfælde

Note 10: Data omfatter perioden maj-december

Note 11: Omhandler kun diagnosen I21

Note 12: Omhandler aldersgruppen 16-74 år

Note 13: Beregnet værdi ud fra selvrapporterede tal til SSB. Beregnet BMI>30 på basis af faktiske målinger i 2000-2003 viser at 18 % har BMI>30 (Folkesundhedsinst.)

Note 14: Registreret forbrug

Note 15: Antal doser solgt til alle i risikogruppen divideret med den totale risikogruppe (omfatter ikke kun personer > 65 år)

Kilde: Se bilag 13

## 2.2.4 Diskussion

De prioriterede kvalitetsindikatorer repræsenterer et bredt sæt af indikatorer, der er valgt på grundlag af videnskabelige og faglige kriterier, samt ikke mindst på grund af tilgængelighed af data i de nordiske lande. De prioriterede kvalitetsindikatorer afspejler således i høj grad de sundheds- og sygdomsområder, hvor det er muligt at indsamle data, mens en række områder er udeladt i erkendelse af, at der ikke findes tilgængelige data.

De præsenterede data i tabel 2 illustrerer imidlertid, at selv om der for visse indikatorer er tilgængelige data i nogle lande, indebærer dette ikke nødvendigvis, at disse er sammenlignelige.

Tabel 2 viser, at data ofte ikke er tilgængelige i alle lande eller ikke er tilgængelige for samme år. Hertil kommer, at der ikke er gennemført ensartede vurderinger af validiteten af data mellem de nordiske lande.

Valget af de såkaldte prioriterede indikatorer illustrerer også, at det for store områder i sundhedsvæsenet ikke er muligt at pege på relevan-

te kvalitetsindikatorer, der kan belyse de pågældende områder bredt. Dette gælder således den primære sundhedssektor, hvor det kun er muligt at beskrive kvaliteten i relation til vaccination.

Det må ligeledes konstateres, at omend patientsikkerhed har været et centralt tema i de nordiske sundhedsvæsener i de seneste år, er det kun i begrænset omfang muligt at indsamle data, der afspejler patientsikkerheden i sundhedsvæsenet i de nordiske lande.

Det er endvidere tankevækkende, at det ikke er muligt selv for velkendte indikatorer at foretage egentlige sammenligninger mellem de nordiske lande. De indsamlede data for de prioriterede indikatorer kan derfor kun anvendes til at stille spørgsmål om, hvorvidt der er forskel i kvaliteten mellem de nordiske lande. Data kan således ikke anvendes til at belyse, om der reelt er forskelle eller belyse eventuelle årsager hertil. Dertil er datakvaliteten for dårlig. Denne konklusion er samstemmende med den konklusion, der er draget i OECD's Health Care Quality Indicators Project.

Det er således tankevækkende, at det moderne sundhedsvæsen ikke er i stand til at tilvejebringe valide data med henblik på at foretage sammenligninger og følge udviklingen over tid selv for elementære kvalitetsindikatorer.

Forudsætningen for benchmarking mellem de nordiske lande er en målrettet fællesnordisk indsats med henblik på at tilvejebringe sammenlignelige data. Denne indsats indebærer bl.a., at der i de enkelte nordiske lande etableres monitoreringssystemer, der kan producere tidstro valide data samt, at der i fællesnordisk regi gennemføres validering efter ensartede principper.

### *2.2.5 Oversigt over vigtige potentielle kvalitetsindikatorer*

Tabel 3 illustrerer vigtige potentielle kvalitetsindikatorer, som arbejdsgruppen anbefaler videreudvikles med henblik på benchmarking i de kommende år mellem de nordiske lande.

**Table 3** Vigtige potentielle indikatorer

<b>Generiske og sygdomsspecifikke indikatorer</b>	
<b>Indikatornavn</b>	<b>Definition</b>
Visitation, vurdering og planlægning	Andel patienter der tidligt i forløbet er lægefagligt vurderet, og der foreligger en tværfaglig plan
Ernæring	Andel patienter som under indlæggelse har fået vurderet den ernæringsmæssige risiko
Kronisk obstruktiv lungelidelse KOL	Andel rygere som har fået rådgivning om rygestop indenfor det seneste år
Astma	Mortalitetsrate
Astma	Andel voksne patienter der indlægges med astma
Diabetes	Andel patienter som er fodundersøgt indenfor det seneste år
Diabetes	Andel patienter som er øjenbundsundersøgt indenfor det seneste år
Diabetes	Andel patienter som har fået målt HbA1c indenfor det seneste år
Diabetes	Andel uplanlagte indlæggelser af patienter med diabetes
Diabetes	Andel HbA1c-niveauer, der indikerer dårlig glucosekontrol
Hypertension	Andel patienter der indlægges med hypertension
Mammografi	Mammography screeningsrate
Livmoderhalskræft	Livmoderhalskræft screeningsrate
Livmoderhalskræft	5 års overlevelse
Aflysning af operation	Andel aflyste operationer indenfor det seneste år
Ekstremitetsamputation	Lav ekstremitetsamputationsrate for patienter med diabetes
Hoftefrakturer	Andel patienter der er døde indenfor 30 dage efter indlæggelse
Hofteprotesekirurgi	Andel patienter med hofteprotese der er reopererede indenfor 10 år
Brok	Andel patienter der er reopererede for brok indenfor det seneste år pga. recidiv
Transfusioner	Transfusionsreaktionsrate
Katarakt – grå stær	Forhold mellem planlagt og endelig refraktion
<b>Forebyggelse og sundhedsfremme</b>	
Fysisk aktivitet	Antal personer som oplyser at have været moderat fysisk aktive i mindst 30/60 minutter (i forhold til køn, alder og de nationale anbefalinger) dagligt i den sidste uge
Dagligt indtag af frugt og grøntsager	Selvrapporteret gennemsnitligt dagligt indtag af frugt og grøntsager (ekskl. frugtjuice og kartofler) i stykker af 100 gram
Passiv rygning	Andel af befolkningen der opgiver at være udsat for passiv rygning i dagligdagen (udsættelse både hjemme og på arbejde)
Forhøjet blodtryk	Andel af befolkningen der angiver at have et forhøjet blodtryk (>140/90 mm. Hg) eller at være i behandling herfor.
Ulykker	Antallet af hospitalsindlæggelser på grund af ulykker pr. 100.000 indbyggere pr. år (opgjort på alder og køn, Nomescokontaktsårsagskoder)
<b>Primærsektor</b>	
EUROPEP skemaet	De enkelte spørgsmål eller samling af spørgsmål
Diabetes – HgbA1c	Andel diabetespatienter der årligt undersøges for HgbA1c og andel HgbA1c hvor værdien er < 8%
Rygestatus for patienter i almen praksis	Andel søgbare journalantegninger over rygestatus
Ammestatus	Andel børn der i en alder af 6 måneder bliver fuldt ernæret ved amning
Tilgængelighed	Tredje tilgængelige tid målt i dage (fra kontakt til konsultation)
Influenza	Andel patienter med influenza

Tabel 3 (fortsat)

Indikatornavn	Definition
<b>Psykatri</b>	
Schizofreni	Møte m/ familien (pårørende, anhøriga). Behandlingsplan (individuell plan, vårdplan). Gjennomført diagnostisk intervju/bedømming ved bruk av anerkjent standardisert metodikk (f.eks. PANSS, SCI-PANSS, SCID I eller tilsvarende)
Follow-up	Poliklinisk oppfølging etter utskrivelse fra døgnavdeling 7 og 30 dager (OECD-indikator)
Samhandling	Samhandling og kontinuitet i behandlingsforløpet på tvers av avdelinger og forvaltningsnivåer (spesialisthelsetjenesten/primærhelsetjenesten mv.)
<b>Patientsikkerhed</b>	
Säkerhetskultur	HSPSC Hospital Survey on Patient Safety Culture (AHRQ) (Översättningar av indikatorn finns på, danska, isländska och norska. Erfarenheter finns från Danmark och Island)
Inhospital mortality	Sir Brian Jarmans modell (Adaption till svenska förhållanden pågår som blir förhoppningsvis användbar i de övriga nordiska länderna)
Audit av journalföring	IHIs ( Institute for Healthcare Improvement, USA) trigger tools (Adaption till svenska förhållanden pågår som blir förhoppningsvis användbar i de övriga nordiska länderna)
Postoperativ sepsis	Antal patienter som får sepsis efter definierad elektif operation där patienten vårdas minst 4 dygn på sjukhus (Indikatorn behöver begränsning med hensyn till OECD/AHRQs definition pga underreportering i befintliga administrativa datasystem)

### 2.2.6 Forslag til spørreskema vedrørende patientoplevelt kvalitet

I tabel 4 vises forslag til spørsmål i fælles nordisk spørreskema vedrørende patientoplevelt kvalitet.

**Tabel 4 Spørsmål om patientoplevelt kvalitet**

---

Pratade läkarna med dig så att du förstod vad de sa?	.....
Har du förtroende för läkarnas yrkeskunskap?	.....
Har du förtroende för omvårdnadspersonalens yrkeskunskap?	.....
Upplivede du att omvårdnadspersonalen tog väl hand om dig?	.....
Upplivede du att läkarna och omvårdnadspersonalen var intresserade när du beskrev din egen situation?	.....
Fick du tillräcklig information om hur provtagningar och undersökningar skulle gå till?	.....
Var omvårdnaden och behandlingen du fick på sjukhusets totalt sett tillfredsställande?	.....
Anser du att du på något sätt blev felbehandlad (utifrån det du själv kan bedöma)?	.....

---

Ovanstående frågor utgör tillsammans ett instrument (NorPeq) för mätning av patientupplevd kvalitet inom somatisk slutenvård, framtaget av den nordiska arbetsgruppen.

Instrumentet bygger på evidensbaserad kunskap om vad som betyder mest för patienternas upplevelse av kvalitet i vården. Instrumentet är utvärderat av den nordiska arbetsgruppen och har god reliabilitet och validitet<sup>16</sup>.

### 2.2.7 *Diskussion*

Nordisk Ministerråds arbetsgrupp har peget på 40 såkaldte potetielle kvalitetsindikatorer, samt indikatorer vedrørende sundhedsfremme og forebyggelse efter indstilling fra de respektive undergrupper.

Det er arbejdsgruppens vurdering, at det aktuelt ikke er muligt for disse indikatorer at tilvejebringe nationale data. Det er imidlertid ligeledes arbejdsgruppens vurdering, at det vil være relevant på sigt at indtage disse med henblik på at foretage benchmarking mellem de nordiske lande.

Det fremgår af valget af potentielle indikatorer, at det selv for store kroniske sygdomsgrupper, som eksempelvis astma og diabetes, og for store dele af sundhedsvæsenet, herunder psykiatri og den primære sundhedssektor samt for store fokusområder, herunder patientsikkerhed aktuelt ikke er muligt at foretage nationale sammenligninger mellem de nordiske lande. Såfremt dette skal være muligt, er det nødvendigt, at der nationalt i de enkelte nordiske lande indsamles repræsentative data, samt at der mellem de nordiske lande foregår en ensartet indsamling og validering af data.

Arbejdsgruppens forslag til potentielle indikatorer kan således være udgangspunktet for at beskrive kvaliteten på de pågældende områder.

---

16. Rapport från undergruppen för patientupplevd kvalitet i det nordiska samarbetet röranded mätning av kvalitet i hälso- och sjukvården ([www.norden.org](http://www.norden.org)).



## 2.5 Offentliggørelse og formidling af kvalitetsindikatorer

### 2.5.1 *Offentliggørelse og formidling af kvalitetsindikatorer i de nordiske lande*

I sundhedsvæsenet er der stigende krav til offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser kan have forskellige formål:

- At skabe grundlag og incitament for sundhedsprofessionerne til kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet
- At understøtte, at brugerne i sundhedsvæsenet kan træffe valg på et kvalificeret og informeret grundlag
- At understøtte og kvalificere patienters og pårørendes aktive inddragelse i behandlingsforløbene i sundhedsvæsenet
- At give offentligheden information og åbenhed om sundhedsvæsenet, som et centralt velfærdsområde i et moderne samfund
- At understøtte grundlaget for politiske og administrative prioriteringer i sundhedsvæsenet

Offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser har derfor forskellige målgrupper, som kan have forskellige informationsbehov grundet forskellige forudsætninger. Det er vigtigt, at data og andre informationer fokuseres i forhold til målgruppernes forudsætninger og behov. Målgrupperne vedrørende offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten i sundhedsvæsenet omfatter:

- Patienter og pårørende
- Borgere, patientinteresseorganisationer og medier
- Sundhedsprofessioner
- Administratorer og politikere

Internationale erfaringer viser, at patienters og pårørendes brug af information om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser hidtil har været begrænset. Valg af behandlingssted sker i stor udstrækning på baggrund af anbefalinger fra familie og venner, enkeltsagers omtale i medier, afstand til behandlingssted, samt rådgivning fra praktiserende læger og lignende.

Internationale erfaringer peger på, at patienter og pårørende er mere interesserede i informationer, der vedkommer den behandling, den enkelte har tæt inde på livet end informationer om behandlingsforløb på mere overordnede niveauer.

Det kan være relevant at skelne mellem offentliggørelse og formidling af informationer om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Ved offentliggørelse menes, at informationer stort set ubearbejdet stilles til rådighed for den brede offentlighed uden tilpasning til målgruppens behov. Med formidling menes, at informationer bliver udvalgt, bearbejdet og præsenteret med udgangspunkt i målgruppens behov.

## 2.5.2 Nuværende offentliggørelsesinitiativer i Norden

### 2.5.2.1 Danmark

I Danmark offentliggøres data hovedsageligt på sundhedsportalen [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), på [www.sundhedskvalitet.dk](http://www.sundhedskvalitet.dk) samt på Sundhedsstyrelsens hjemmeside [www.sst.dk](http://www.sst.dk).

*www.sundhed.dk*. Initiativet til Den fælles offentlige sundhedsportal er taget af centrale myndigheder og foreninger. Visionen er, at borgere, patienter og sundhedspersonale har direkte adgang til sundhedsvæsenet på flere niveauer. Sundhed.dk skal give borgerne bedre muligheder for at bruge deres sundhedsvæsen, og skal gøre det nemmere for sundhedsfaglige at kommunikere med hinanden. Formålet med sundhedsportalen er at

- samle elektronisk kommunikation mellem patienter og sundhedsvæsen
- fungere som kommunikationsredskab for sundhedsvæsenets parter

- stille faglig information til rådighed for sundhedsvæsenets professionelle parter
- give borgere/patienter overblik over sundhedsvæsenets organisering og informationer relateret til brugen af sundhedsvæsenet

*www.Sundhedsdata.sst.dk*. Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for drift og udvikling af en række registre inden for sundhedsområdet. De benyttes bl.a. inden for sundhedsovervågning og -planlægning samt til forskning og administration.

Sundhedsdata.sst.dk giver mulighed for at udtrække sundhedsstatistik på en mere fleksibel måde end i de trykte statistikudgivelser. Eksempler på registre vedrørende kvalitetsdata er:

- Landspatientregisteret
- Cancerregister
- Fødsler og fødselskomplikationer

*www.sundhedskvalitet.dk*. Sundhedskvalitet er udviklet i et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet med henblik på at understøtte det frie sygehusvalg og fremme patienternes inddragelse i eget forløb. Sundhedskvalitet skal give patienter og pårørende en nem og overskuelig adgang til relevante statistiske oplysninger. Der kan sammenlignes oplysninger om kvalitet og service på landets sygehuse. Ved at vælge og sammenligne oplysninger som indlæggelsesvarighed, antal genindlæggelser, ventetider, hygiejne, mv. for en række behandlinger, kan man se hvordan sygehuse placerer sig i forhold til hinanden og landsgennemsnittet. Sundhedskvalitet arbejder med to karakterer:

1. En sygehuskarakter, som er en opsummering af en række sygehusnøgletal
2. En behandlingskarakter, som er opsummering af en række behandlingsspecifikke nøgletal for hver enkelt behandling. Aktuelt er der beregnet behandlingskarakter for 12 forskellige behandlinger.

Sundhedskvalitet baserer sig på allerede eksisterende og offentliggjorte data: Landspatientregisteret (LPR), Patientinfo.sst.dk, Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP), m.fl. Data bliver opdateret løbende.

### 2.5.2.2 Finland

Folkhälsolagen och lagen om specialiserad sjukvård förutsätter att hälso-centraler och sjukvårdsdistrikt offentliggör väntetiderna till vården. Andra direktiv om offentliggörandet finns inte i Finland. Kraven på att redovisa hälso- och sjukvårdens kvalitetsdata offentligt för alla olika målgrupper ökar. Åtgärder för att göra data offentliga och mer lättanvända pågår. Från och med år 2007 blir datan från Sjukhusvårdens produktivitetdatabasen (se indikatorerna i bilaga 3) och Perfect forskningsprojektet öppna och kan nås på webben i info.stakes.fi. Den nationella databasen för uppföljning av hälso- och sjukvårdens kvalitet har offentlighet och transparens som ett viktigt mål.

Finland har flera nationella register, som publicerar data om hälso- och sjukvårdens kvalitet på nationell och regional nivå som publikationer och forskningsprojekt samt på Stakes och några registers egna webbsidor. Offentliggörande på organisationsnivå är sällsynt och sker mest som forskningspublikationer, varför dessa data når huvudsakligen bara de professionella.

SOTKANet är en offentlig databas, som innehåller data om hälsa och välfärd samt utnyttjandet av socialvårdens och hälso- och sjukvårdens tjänster och bland annat om läkemedelsbruket på kommun- och sjukvårdsdistriktsnivå. Databasen har utvecklats främst för att stöda planering, uppföljning och beslutsfattande, men är som sagt offentlig och av intresse också för allmänheten.

### 2.5.2.3 Grønland

Offentliggørelse af statistik og data er i øjeblikket under nøje overvejelse i det grønlandske sundhedsvæsen. Landstyremedlemmet for Sundhed ønsker et åbent, gennemsikteligt og gennemsigtigt sundhedsvæsen, hvor alt relevant datamateriale bringes til offentliggørelse.

Denne vision arbejder Direktoratet for Sundhed på at føre ud i livet så hurtigt og effektivt som muligt. Direktoratet har dog måttet erkende, at det er en meget bekostelig og tidskrævende opgave at generere,

behandle og offentliggøre data, og en noget langsommere proces end oprindeligt antaget.

I Grønland offentliggøres data hovedsageligt på embedslægeinstitutionens hjemmeside på [www.nanoq.gl/eli](http://www.nanoq.gl/eli) og på Grønlands Statistiks hjemmeside [www.statgreen.gl](http://www.statgreen.gl) samt i disse organisationers trykte udgivelser.

Sundhedsstatistik offentliggøres endvidere i NOMESCO's årlige publikationer, ligesom resultater fra sundhedsprofilundersøgelserne, den grønlandske del af HBSC undersøgelsen og andre forskningsresultater offentliggøres i INUSSUK – Arktisk forskningsjournal – samt andre relevante forskningstidsskrifter.

I foråret 2005 blev den grønlandske sundhedsportal [www.peqqik.gl](http://www.peqqik.gl) åbnet. Visionen er, at borgere, patienter, pårørende, patientorganisationer, sundhedsprofessionelle, politikere m.v. skal have direkte adgang til information om sundhedsvæsenet på flere niveauer, og at al relevant information og datamateriale skal kunne hentes her.

Opgaven har høj prioritet, men det er også en meget tidskrævende opgave at indsamle, udvælge og præsentere data i forhold til de forskellige målgruppers forudsætninger og behov. Direktoratet for Sundhed har således erkendt, at der må afsættes flere ressourcer til dette arbejde, hvis visionen med portalen skal kunne opfyldes.

Sundhedsvæsenet har en række registre, som indeholder kvalitetsdata på sundhedsområdet. Som eksempler herpå kan nævnes:

- Landspatientregister
- CFG og PCCB register (Cholestasis Familiaris Groenlandica – en arvelig leversygdom og propionsyreæmi – en arvelig stofskiftesygdom)
- Cancerregister
- Fødsler og fødselskomplikationer (perinatalstatistik)
- Patienthenvisningssystem

Disse registre benyttes bl.a. indenfor sygdomsforebyggelse, sundhedsovervågning, sundhedsplanlægning, forskning og administration.

#### 2.5.2.4 Island

I Island har myndigheterna en framåtsträvande offentlig policy i informationsfrågor, vilken bl.a. uppmanar institutioner liksom statliga och

privata företag att offentliggöra information om sin verksamhet på ett lättillgängligt sätt för allmänheten och att de även garanterar att handikappade får tillgång till information.

De flesta hälsovårdsinstitutioner och vårdcentraler har därför en egen hemsida med information om verksamheten, personal, och olika typer av upplysningar och rådgivning för patienter. Där offentliggörs bl.a. resultat av forskning och studier om t.ex. patienters erfarenhet av service och vård.

Hälso- och socialförsäkringsministeriet har en egen hemsida [www.heilbrigdisraduneyti.is](http://www.heilbrigdisraduneyti.is) med bl.a. information om de viktigaste lagarna och förordningarna om hälsovården t.ex. patienters rättigheter, då isländska lagar skapar en bestämd ram eller stomme för hur servicen ska organiseras.

I Island driver staten största delen av hälso- och sjukvården och på hemsidan finns information om vårdens hela organisation och alla institutioner inom vårdssektorn. Av det som syftar till att förmedla information om servicens kvalitet kan bl.a. nämnas resultat av en landsomfattande studie om patientupplevd kvalitet, olika typer av rapporter som företagits på ministeriets initiativ samt linkar till nationella och internationella institutioner.

Medicinalstyrelsen publicerar alla typer av statistisk information om kvalitet och resultat inom hälsovårdsservicen [www.landlaeknir.is](http://www.landlaeknir.is). Där insamlas och behandlas information i hälsovårdsfrågor. Denna information består t.ex. av information om antalet besök inom vård och vårdsinstitutioner, information om smittsjukdomar, aborter och steriliseringar, diagnoser och åtgärder och information om klagomål och disciplinära åtgärder. Medicinalstyrelsens målsättning är att ha aktuell, exakt och pålitlig statistik från vårdssystemet, vilket krävs för att hälsovårdsmyndigheterna ska kunna leda, kontrollera, bestämma en policy och planera.

Den statistik som offentliggörs rör: förlossningar och aborter, dödsorsaker, sjukdomar, åtgärder, vård, besöksfrekvens, personal och olycksfall. Denna statistik är olika aktuell men olyckorna uppdateras regelbundet (den nyaste statistiken är från 2005). Medicinalstyrelsen höll en översikt över väntelistor till år 2003, men nu samlar sjukhusen dessa upplysningar. Det finns även statistik om anmälningspliktiga sjukdo-

mar på hemsidan, och även de institutioner som skickat in information.

I Farsóttarfréttir (Epidemiologiska nyheter), som utges digitalt varannan vecka, finns bl.a. information om smittsjukdomar. En översikt över klagomål och disciplinära åtgärder finns tillgänglig på hemsidan, under klagomål och disciplinära åtgärder liksom myndighetens årsrapporter. Myndighetens läkemedelsbas kommer troligen att börja användas inom den närmaste framtiden för att ge vårdchefer, vårdpersonal och allmänhet information om läkemedelsanvändning.

På Medicinalstyrelsens hemsida finns också en internationell jämförelse med statistik om hälsotillstånd och hälsovård.

Folkhälsoinstitutet, som är en central institution, har på sin hemsida samlad information om undersökningar om frågor som rör Folkhälsoinstitutet [www.lydheilsustod.is](http://www.lydheilsustod.is). Det gäller bl.a. forskningsresultat om alkohol och drogmissbruk, hälsotillståndet i allmänhet, motion, näring och vikt, olyckor och preventiva åtgärder, tandhälsa och tobak och anti-rökinformation. Alla ovanstående parter publicerar också rapporter och broschyrer på papper för att informera allmänheten om servicens kvalitet.

#### 2.5.2.5 Norge

I Norge offentliggjøres nasjonale indikatorer for spesialisthelsetjenesten på nettstedet [www.sykehusvalg.no](http://www.sykehusvalg.no), og indikatorer for kommunehelsetjenesten (pleie- og omsorgstjenester) på nettstedet [www.ssb.no/KOSTRA](http://www.ssb.no/KOSTRA) og [www.bedrekommune.no](http://www.bedrekommune.no).

Viktige formål er:

- Grunnlag og insitament for helsepersonell for kvalitetsforbedring
- Grunnlag for ledere og eiere for styring
- Understøtte grunnlaget for politiske og administrative prioriteringer i helsetjenesten
- Gi offentligheten informasjon, og bidra til åpenhet om helsetjenesten
- Understøtte brukernes mulighet for å treffe valg, bl.a. av sykehus, på et kvalifisert og informert grunnlag

Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at en målsetting med nasjonale kvalitetsindikatorer er å måle og evaluere tjenestene og på denne måten styrke brukeren og bedre brukernes beslutningsgrunnlag, bl.a. for det frie sykehusvalget. Samtidig er målsettingen å bedre utøverens beslutningsgrunnlag, å gi grunnlag for ledelsesutvikling og kvalitetsforbedring og å styrke opplæringen om kvalitet i utdanningene. At data gjøres offentlig tilgjengelige er viktige forutsetninger for åpenhet og for å skape tillit hos befolkningen. På sikt kan det være aktuelt å etablere et nettsted med en »felles kvalitetsportal« med informasjon fra ulike områder i sosial- og helsetjenesten.

#### 2.5.2.6 Sverige

Vårdens resultat redovisas i økende omfang både på landstings og sjukehusnivå. I Sverige offentliggjøres data i hovedsak via Socialstyrelsens webbplats [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), og Sveriges Kommuner og Landstings webbplats [www.skil.se](http://www.skil.se).

Via nettstedene kan man søke og laste ned eller bestille de publikasjoner Socialstyrelsen og Sveriges Kommuner og Landsting gitt ut. Via Socialstyrelsens og Sveriges Kommuner og Landstings hemsider når man også kompetenscentra og de nasjonale kvalitetsregistrene, der man kan ta del av årsrapporter og visse data.

#### *Socialstyrelsens webbplats*

Socialstyrelsen publiserer statistikk innen områdene folkehelse, helse- og sjukvård, helsevern, smitteskydd og sosialtjenest. Statistikk finnes tilgjengelig i ulike former bl.a. som rapporter, databaser, ferdige tabeller og diagram.

#### *Statistikk etter emne*

Här publiceras statistik sorterad efter ämne såväl officiell som annan statistik: Aborter; Barn och unga; Cancer; DRG; Dödsorsaker; Ekonomiskt Bistånd; Familjerådgivning; Familjerätt; Folkhälsa; Funktionshinder; Graviditet; förlossning och nyfödda; Hjärtsjukdomar; Hälso- och sjukvårdspersonal; Läkemedel; Missbildningar; Missbruk; Samhälls-ekonomi, vård och omsorg; Skador, förgiftningar; Slutna vård; Tandvård; Äldre; Översiktlig statistik; Övrigt.



### *Statistikdatabaser*

Här kan man söka statistik och göra egna uttag om:

Aborter, Cancer, Diagnoser i sluten vård, DRG, Dödsorsaker, Ekonomisk bistånd, Familierådgivning, Förlösningar, Hjärtinfarkter, Hur mår Sverige? Missbruk, Operationer i sluten vård, Hälso- och sjukvårdspersonal, Äldreomsorg. (Statistikdatabaserna vänder sig främst till forskare och statistiker.) Man kan själv skapa tabeller, diagram och kartor. Statistiken redovisas över tid, efter kön och ålder samt för olika geografiska områden. Instruktioner finns i programmet.

I »Hur mår Sverige?« finns förutom uppgifter om befolkningens hälsa, sjuklighet och dödlighet även uppgifter om sociala förhållanden, levnadsvanor och vårdutnyttjande. Data presenteras även på kommunnivå.

### *Sveriges officiella statistik*

Här presenteras endast officiell statistik och en kortfattad information om den officiella statistiken och dess reglering.

### *Sveriges Kommuner och Landstings webbplats*

Sveriges Kommuner och Landsting har framförallt ansvar för produktion av personalstatistik samt landstingens ekonomi- och verksamhetsstatistik.

### *Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2005*

Här presenteras statistik om landstingens verksamhet och ekonomi för 2005. Bland annat framgår hur många besök invånarna i respektive landsting gjorde och hur kostnaderna varierade mellan landstingen inom primärvård och specialiserade vård.

### *Vårdbarometern*

Vårdbarometern är en rullande befolkningsundersökning som genomförs i nästan hela landet. Med hjälp av Vårdbarometern kan den vuxna befolkningens erfarenheter av, kunskaper om och attityder till hälso- och sjukvården kontinuerligt avläsas. Vårdbarometern fångar upp både de frekventa patienterna och de i befolkningen som sällan har anledning att kontakta vården. Resultaten av undersökningarna i Vårdbarometern finns tillgängliga på en webbplats (<http://www.vardbarome->

tern.nu/). Utifrån informationen på webbplatsen kan man lätt göra analyser och jämförelser. Jämförelser kan exempelvis göras mellan olika regioner och landsting och mellan olika tidsperioder.

#### *Väntetider i vården*

*Specialiserade vårdsjukhus och mottagningar.* Här finns kontinuerligt uppdaterade uppgifter om det aktuella väntetidsläget samt en återkommande uppföljning var fjärde månad med uppgifter om hur länge patienterna fått vänta på ett besök, undersökning eller behandling.

*Primärvård.* Här finns uppgifter om telefontillgänglighet och andel patienter – av de som omfattas av vårdgarantin – som får komma på ett läkarbesök inom sju dagar.

#### *Sjukvårdsdata i fokus*

I denna databas finns statistik om flera områden som rör landstingen, här finns uppgifter om patienter, diagnoser, vårdplatser, landstingens ekonomi, läkemedel, personal och mycket mer. Nomesco (Nordic Medico-Statistical Committee) använder samma webbapplikation som sjukvårdsdata i fokus. På Nomescos sida kan du göra Nordiska jämförelser inom hälso- och sjukvårdsområdet.

### *2.5.3 Principper for offentliggørelse og formidling af data*

Hvis offentliggørelse af kvalitetsdata skal bidrage til et åbent, gennemskueligt og gennemsigtigt sundhedsvæsen betyder det, at kvalitetsinformationerne skal formidles, således at de tager hensyn til brugernes behov og forudsætninger.

Nedenstående principper for offentliggørelse og formidling er udarbejdet af Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe på baggrund af erfaringer i de nordiske lande og den internationale litteratur. De overordnede principper er:

- Informationer om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser med særlig relevans for patienter, pårørende og andre borgere i de nordiske lande bør offentliggøres og formidles
- Informationerne skal være retvisende og have informationsværdi

- Informationer om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser skal være sammenlignelige, hvilket indebærer, at data skal være valide og reproducerbare
- Personhenførbare data i relation til patienter og behandlere offentliggøres og formidles ikke
- Offentliggørelse og formidling af kvalitetsdata bør ske således, at brugeren selv kan vælge detaljeringsgrad, kompleksitet og niveau (geografisk område)

Principper for behandling af information om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser:

- Data skal være valide og reproducerbare (afstemte datadefinitioner mellem de nordiske lande)
- Der skal være datakomplethed, således at data er repræsentative
- Rådata, mellemregninger og metodebeskrivelser bør være tilgængelige i relevant omfang
- Data, der vedrører resultater på patientniveau, bør justeres for patientsammensætning (case mix justering)

Ved præsentationen af data skal der lægges vægt på:

- Forståelighed – data skal give mening for den enkelte bruger
- Tilgængelighed – den enkelte bruger skal på en enkel måde kunne få adgang til data
- Relevans – brugeren skal have mulighed for »at genkende sig selv« i relation til de data, der præsenteres. Data skal kunne give patienten reelle handlemuligheder

#### *2.5.4 Hvad ved vi om offentliggørelse og formidling af kvalitetsdata?*

På grundlag af litteraturen er det muligt at identificere positive og negative effekter af offentliggørelse og formidling. De positive effekter omfatter:

- Offentliggørelse af kvalitetsdata kan medvirke til at forbedre patientbehandlingen (proces) og resultatet for patienten
- Offentliggørelse kan motivere sundhedssystemer til at sætte fokus på områder med kvalitetsforbedringspotentiale
- Offentliggørelse kan give patienterne mulighed for at foretage informeret frit sygehusvalg
- Offentliggørelse kan bidrage til den offentlige debat om kvalitet, prioritering og serviceniveau

De negative effekter omfatter:

- Voksende ventelister på successygehuse
- Personaleflugt som følge af negativ omtale
- Utryghed blandt patienterne
- Øget fokus på sygdomme, som kvalitetsdata vedrører
- Manglende fokus på sygdomme, der ikke er omfattet af kvalitetsdata
- Manglende fokus på sjældne sygdomme
- Fravælgelse af de mest syge

### *2.5.5 Forståelsesramme for præsentation af data om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser*

For at lette anvendeligheden og forståelsen af data om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser kan det være relevant at udvikle en forståelsesramme for offentliggørelse og formidling af kvalitetsdata.

Tankegangen er, at forståelsesrammen udbredes blandt såvel brugere som sundhedsprofessioner, administratorer og politikere, således at grundopfattelsen af, hvad kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i princippet omfatter, er den samme. Konsistent brug af en forståelsesramme vil forstærke budskabet til offentligheden om, hvilke oplysninger brugerne kan forvente at få kendskab til. Ligeledes vil det være muligt at tilpasse præsentationen af data indenfor en anerkendt forståelsesramme.

Forståelsesrammen gør det muligt at sætte de enkelte kvalitetsinformationer ind i en overordnet sammenhæng, som kan være med til at

øge forståelsen af, hvad informationerne betyder for den samlede kvalitet.

Ved hjælp af forståelsesrammen for kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser bliver det således muligt at gruppere indikatorer i relation til relevante kategorier. Det amerikanske Institute of Medicine har peget på en forståelsesramme, der omfatter seks hovedkategorier:

- Effectiveness (kvaliteten af de sundhedsfaglige kerneydelser)
- Safety (sikkerheden af de sundhedsfaglige kerneydelser)
- Patient centeredness (kommunikation)
- Timeliness (rettidighed, kontinuitet)
- Equity (lighed til sundhedsvæsenets ydelser)
- Efficiency (Effektrelateret ressourcevurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser)

Tankegangen er, at kategorierne tilsammen udgør det sæt af informationer, der skal hjælpe brugerne til at forstå vigtige aspekter af det samlede behandlingsforløb i sundhedsvæsenet.

Denne forståelsesramme anvendes allerede i en række lande og indgår ligeledes som en ramme i en række internationale kvalitetsprojekter.

### *2.5.6 Perspektiver*

Offentliggørelse og formidling af data mellem de nordiske lande om kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gør det muligt at overvåge, sammenligne og benchmarke væsentlige områder af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande. Herved skabes mulighed for at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, samt at lære af hinanden i en positiv dialog med hensyn til planlægning, organisation og formidling af sundhedsydelser.

I forlængelse heraf er det afgørende at offentliggørelse og formidling sker på baggrund af fastsatte principper samt præsenteres i en forståelsesramme, der giver mening for brugerne, sundhedsprofessionerne og administratorer og politikere i de nordiske lande.



# 3. Kapitel

## 3.1 Konklusion og anbefalinger

Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet har fokuseret på udvikling af fællesnordiske indikatorer med henblik på sammenligning og benchmarking i relation til kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande, samt på principper for formidling og offentliggørelse af resultater til belysning af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Det fremgår af arbejdsgruppens arbejde, at kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet har en central plads i de nordiske lande. Der er iværksat vigtige initiativer til belysning af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Der er således et godt udgangspunkt for et fællesnordisk samarbejde.

Arbejdsgruppen har udarbejdet 36 prioriterede kvalitetsindikatorer med henblik på, at der allerede for disse indikatorer var tilgængelige data i de nordiske lande. Herudover er der udarbejdet 40 såkaldte potentielle indikatorer. De potentielle indikatorer repræsenterer indikatorer, for hvilke arbejdsgruppen anser det for realistisk at indrapportere data i løbet af de kommende år.

De data, der er tilvejebragt for de prioriterede kvalitetsindikatorer, illustrerer, at det er vanskeligt at indsamle ensartede, tidstro data i de respektive nordiske lande, ligesom det for en række indikatorer ikke er muligt for nogle lande at tilvejebringe data. Dette kan dels skyldes, at disse data ikke rutinemæssigt indsamles i de pågældende lande, dels at eksisterende lovgivning vanskeliggør dataindsamling. De indsamlede

data illustrerer ligeledes, at der mellem de nordiske lande er betydelige forskelle i mulighederne for at tilvejebringe tidstro data.

De resultater, der således er tilgængelige for de prioriterede kvalitetsindikatorer, kan næppe anvendes til retvisende sammenligninger og benchmarking, men snarere til at stille spørgsmål om, hvorvidt der vitterlig eksisterer reelle forskelle i kvaliteten af ydelser for de respektive sundhedsvæsenets indikatorer.

Det kan konkluderes, at det er muligt at identificere relevante kvalitetsindikatorer i de nordiske lande.

Der er imidlertid behov for en betydelig indsats for at sikre datakvaliteten, herunder validitet og tilvejebringelse af tidstro data med henblik på retvisende sammenligning og benchmarking mellem de nordiske lande.

Ligeledes er der behov for en dynamisk udvikling af såvel de prioriterede som potentielle kvalitetsindikatorer samt en målrettet indsats for løbende offentliggørelse af resultaterne med henblik på øget gennemsigtighed og gennemskuelse af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande.

Arbejdsgruppens arbejde illustrerer således det moderne sundhedsvæsenes begrænsede muligheder for at dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Det kan konkluderes, at det for store væsentlige sygdomsgrupper, som eksempelvis diabetes og astma, ikke er muligt at foretage retvisende sammenligninger mellem de nordiske lande, idet der mangler relevante data.

Det kan ligeledes konkluderes, at der for store områder af sundhedsvæsenets virksomhed, eksempelvis psykiatri og den primære sundhedsvæsen, ikke findes data, der på tilfredsstillende vis kan belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Endvidere kan det konkluderes, at der på store fokusområder, eksempelvis i relation til patientsikkerhed, ikke er muligt at foretage kvalificerede sammenligninger, fordi der mangler relevante data, på trods af at dette område har fået stor opmærksomhed. Konsekvensen heraf er, at det ikke vil være muligt at vurdere, om de tiltag, der er iværksat vitterlig fører til større sikkerhed for patienterne i de nordiske lande.



Det må imidlertid også konkluderes, at der på baggrund af arbejdsgruppens arbejde foreligger et konstruktivt udviklingspotentiale.

I forlængelse heraf anbefaler Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe for Kvalitetsmåling :

- at der etableres en arbejdsgruppe i Nordisk Ministerråds regi med formålet at konsolidere og videreudvikle fællesnordiske kvalitetsindikatorer, herunder sikre ensartet dataindsamling og offentliggørelse af resultater vedrørende kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande samt i forlængelse heraf sikre fællesnordisk koordination med arbejdet med kvalitetsindikatorer i OECD
- at der etableres en arbejdsgruppe i Nordisk Ministerråds regi med henblik på at styrke det fællesnordiske samarbejde om patientsikkerhed
- at der iværksættes bestræbelser for at belyse kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser gennem løbende offentliggørelse i NOME-SCO's regi
- at der etableres en arbejdsgruppe i Nordisk Ministerråds regi, som har til formål at udvikle og afprøve et instrument til belysning og benchmarking af den patientoplevede kvalitet.

## Referencer

- Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD), [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk)
- Folkhälsa – lägesrapport 2005 ISBN 91-85482-13-7 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- »GOD VÅRD – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården« ISBN 91-85482-05-6 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (The Icelandic National Health Plan to the year 2010). Heilbrigðisráðuneytið, Reykjavík, 2001. [www.heilbrigdisraduneyti.is](http://www.heilbrigdisraduneyti.is)
- Hälso- och sjukvårdsrapport 2005. ISBN 91-7201-984-0 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)
- Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting; 2005. InfoVU-rapport
- National Strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, 1993
- Nationell IT-strategi för vård och omsorg ISBN 91-631-8541-5
- NHV-Rapport 2003:1. Kvalitetsmåling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe

Notat af 29. oktober 2003. Forslag til videreførelse af det nordiske samarbejde om kvalitetsmåling, herunder oplæg til kommissorium for ny arbejdsgruppe

Patientens møde med sundhedsvæsenet. De mellemmenneskelige relationer – anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet, Amtsrådsforeningen m.fl. juni 2003  
Rapport från undergruppen för patientupplevd kvalitet i det nordiska sam-

arbetet röranded mätning av kvalitet i hälso- och sjukvården ([www.norden.org](http://www.norden.org))

sosfs 2005:12. Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och säkerhet i hälso- och sjukvården.

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006 [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

# Tiivistelmä suomeksi

Pohjoismaissa tunnustetaan niin terveydenhuollon palvelujen laadun kuvaamisen ja seurannan kuin niiden tuloksia koskevan tiedon levittämisen ja julkaisemisen tarve. Saatavilla oleva tieto on kuitenkin rajallista. Tarvitaankin tämän alan vahvistamista ja edelleen kehittämistä, jotta tietopohjan laatua voitaisiin jatkuvasti parantaa.

Samalla toivotaan terveydenhuollon laadun läpinäkyvyyden ja avoimuuden parantuvan niin terveystalouden käyttäjien, poliittisten päättäjien, virkamiesten kuin terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkökulmasta, jotta päätökset olisivat harkittuja ja tietoon perustuvia.

Vuonna 2003 julkaistiin terveydenhuollon laadun mittaamista käsittelevä raportti<sup>17</sup>, jonka perusteella ministerineuvosto päätti uuden laadun mittaamista tarkastelevan työryhmän perustamisesta. Työryhmän tavoitteena on tarjota Pohjoismaiden kansalaisille, poliittisille päättäjille, terveydenhuollon ammattihenkilöille ja viranomaisille mahdollisuus arvioida ja verrata terveystalouksia eri Pohjoismaissa.

Työryhmän tehtävänkuvan mukaan työn pääpaino on laatuindikaattoreiden sekä ennaltaehkäisyn ja terveyden edistämisen indikaattoreiden edelleen kehittämässä. Työryhmä toimii myös Pohjoismaiden OECD-laatuindikaattoriyön yhdyssiteenä sekä etsii tarkoituksenmukaisia välineitä laatuindikaattoritulosten levittämiseen<sup>18</sup>.

Työryhmän toimikaudeksi vahvistettiin kolme vuotta. Jokaisesta maasta nimitettiin kolme tai neljä henkilöä varmistamaan, että tervey-

---

17. NHV-Rapport 2003:1. Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.

18. Notat af 29. oktober 2003. Forslag til videreførelse af det nordiske samarbejde om kvalitetsmåling, herunder oplæg til kommissorium for ny arbejdsgruppe.

denhuollon palvelujen laadusta tiedotetaan keskeisillä aloilla. Lisäksi perustettiin kuusi yhteispohjoismaista alaryhmää, jotka vastaavat 6–12 indikaattorin kehittämisestä kuudelle pääalalle:

- Geneeriset ja sairauskohtaiset indikaattorit
- Terveydenedistäminen ja ennaltaehkäisy
- Perusterveydenhuolto
- Psykiatria
- Potilasturvallisuus
- Potilaiden kokema terveydenhuollon laatu

Indikaattoreiden tulisi olla vahvoja ja niiden tulisi perustua vankkaan tietopohjaan. Lisäksi niiden tulisi soveltua julkaistaviksi. Jatkotyön lähtökohdana oli jo olemassa olevien laatuindikaattoreiden sekä Pohjoismaiden terveydenhuollon laadunkehittämisaloitteiden arvioiminen.

Työryhmä on laatinut 36 indikaattoria kuudelle edellä mainitulle pääalalle. Näiden 36 ensisijaisen laatuindikaattorin kehittämiseen vaikutti se, että Pohjoismaissa on jo olemassa indikaattoreiden määrittelyyn tarvittavaa lähtötietoa. Lisäksi laadittiin 40 niin sanottua potentiaalista indikaattoria. Potentiaaliset indikaattorit ovat indikaattoreita, joiden tarpeisiin työryhmän mukaan on realistista toimittaa tietoa tulevina vuosina.

Ensisijaisten laatuindikaattoreiden määrittelemiseen käytettävissä oleva tieto osoittaa, että kustakin kuudesta Pohjoismaasta on vaikeaa koota yhdenmukaista ja ajantasaista tietoa, eikä osa maista pysty hankkimaan tietoa kaikkia indikaattoreita varten. Tämä johtuu osittain siitä, että tällaista tietoa ei kyseisessä maassa kerätä säännöllisesti ja osittain siitä, että voimassa oleva lainsäädäntö vaikeuttaa tiedonkeruuta. Käytettävissä oleva tieto osoittaa myös, että ajantasaisen tiedon hankkimismahdollisuuksissa on Pohjoismaiden välillä huomattavia eroja.

Tärkeimpien laatuindikaattorien määrittelemiseen käytettävissä olevien tietojen pohjalta ei siten voida laatia tasapuolisia vertailuja ja bench-marking-analyyseja. Sen sijaan niitä voidaan hyödyntää pohdittaessa missä määrin on olemassa todellisia kunkin terveydenhuollon indikaattorin osoittamia terveydenhuollon laatueroja.

Yhteenvedona voidaan todeta, että merkityksellisten laatuindikaattoreiden määrittäminen on Pohjoismaiden mahdollista. Toisaalta Poh-

joismaiden välinen luotettava vertailu ja benchmarking vaativat vielä huomattavaa panostusta tiedon laadun sekä ajantasaisen tiedon validiteetin ja hankkimisen varmistamiseen.

Pohjoismaiden terveydenhuollon laadun läpinäkyvyyden ja avoimuuden parantaminen vaatii lisäksi sekä ensisijaisten että ehdotettujen potentiaalisten laatuindikaattoreiden tehokasta kehittämistä sekä tulosten säännöllistä julkaisemista.

Työryhmän työ osoittaa siten terveydenhuollon tämän hetkisen rajalliset mahdollisuudet kartoittaa terveydenhuollon palvelujen laadun.

Työryhmän työn perusteella voi kuitenkin sanoa, että laadun seurannan kehittämiseksi on jo vankka pohja.

Työryhmä suosittelee, että:

- Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisuuteen perustetaan työryhmä, jonka tavoitteena on vahvistaa ja kehittää edelleen yhteispohjoismaisia laatuindikaattoreita ja siten varmistaa yhdenmukaisen tiedonkeruun toteutuminen, Pohjoismaiden terveydenhuollon laatua koskevien tutkimustulosten julkaiseminen sekä OECD:n laatuindikaattorityön yhteispohjoismainen koordinaatio
- Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisuuteen perustetaan työryhmä vahvistamaan yhteispohjoismaista yhteistyötä potilasturvallisuuden alalla
- pyritään parantamaan terveydenhuollon palvelujen laadun tuntemusta jatkuvalla tiedottamisella NOMESCO:n alaisuudessa
- Pohjoismaiden ministerineuvoston alaisuuteen perustetaan työryhmä, jonka tavoitteena on kehittää ja kokeilla keinoja potilaiden kokeman terveydenhuollon laadun mittaamiselle ja siihen liittyvälle bench-marking-analyysille



# Samantekt á íslensku

Á Norðurlöndum er þörfin ljós fyrir skráningu og eftirlit með gæðum heilbrigðisþjónustunnar, sem og miðlun og birtingu upplýsinga til að varpa ljósi á árangur þjónustunnar. Aðgengileg skráning er eigi að síður takmörkuð. Það er því þörf fyrir að efla og þróa áfram þennan þátt til þess að geta aukið gæði þjónustunnar á grundvelli fyrirliggjandi skráningar.

Jafnframt eru uppi óskir um að gæði heilbrigðisþjónustunnar séu sýnileg og gegnsæ þannig að bæði notendur, stjórnámálmenn, stjórnendur og heilbrigðisstarfsmenn geti valið og tekið ákvarðanir á faglefum og upplýstum grundvelli.

Árið 2003 kom út skýrslan “Kvalitetsmáling i sundhedsvæsenet”<sup>19</sup> og á grundvelli hennar ákvað Norræna ráðherranefndin að skipa nýjan starfshóp á sviði gæðamælinga til að gefa norrænum borgurum, stjórnámálmönnum, heilbrigðisstarfsmönnum og stjórnvöldum kost á að meta og bera saman heilbrigðisþjónustu milli landanna.

Í erindisbréfi starfshópsins kemur fram að leggja beri ríka áherslu á þróun gæðavísa ásamt mælikvörðum sem að snúa að forvörnum og heilsueflingu. Enn fremur ber starfshópnum að vera tengiliður í því starfi sem fram fer á Norðurlöndunum við þróun gæðavísa innan OECD. Starfshópurinn átti auk þess að benda á hentugar aðferðir til að miðla niðurstöðum um gæðavísa.<sup>20</sup>

---

19. NHV-Rapport 2003:1. Kvalitetsmáling i Sundhedsvæsenet. Rapport fra Nordisk Ministerråds Arbejdsgruppe.

20. Notat af 29. oktober 2003. Forslag til videreførelse af det nordiske samarbejde om kvalitetsmáling, herunder oplæg til kommissorium for ny arbejdsgruppe

Starfshópurinn var skipaður til 3ja ára og voru tilnefndir þrír til fjórir einstaklingar frá hverju landi. Til að varpa ljósi á gæði á mikilvægum sviðum heilbrigðisþjónustunnar voru skipaðir sex norrænir undirhópar sem hver um sig skyldi ábyrgjast þróun á 6–12 gæðavísum á eftirfarandi sex megin sviðum:

- Almennir og sjúkdómstengdir mælikvarðar
- Heilsuefling og forvarnir
- Heilsugæsla
- Geðheilbrigðisþjónusta
- Öryggi sjúklinga
- Reynsla sjúklinga af gæðum þjónustunnar

Gæðavísarnir áttu að vera áreiðanlegir og byggja á haldbærri þekkingu. Auk þess þurftu þeir að vera hæfir til birtingar. Grundvöllur áframhaldandi starfs var greining á fyrirbyggjandi gæðavísu og gæðastarfi í heilbrigðisþjónustu Norðurlandanna.

Starfshópurinn hefur þróað 36 gæðavísa fyrir þau sex megin svið sem getið er um að framan. Þeir 36 gæðavísar, sem settir hafa verið í forgang hafa verið þróaðir með tilliti til þess að nú þegar eru til staðar nægileg aðgengileg gögn á Norðurlöndunum um þá. Auk þessa hafa verið tilgreindir 40 svokallaðir mögulegir gæðavísar. Með mögulegum gæðavísu er átt við að unnt verði að safna saman gögnum um þá innan fárra ára að mati starfshópsins.

Þær upplýsingar og gögn sem safnað hefur verið um þá gæðavísa sem settir hafa verið í forgang, bera með sér að erfitt er að safna samþærilegum og rauntíma upplýsingum í hverju landanna fyrir sig. Einnig á það við um suma gæðavísana að ekki er unnt að nálgast gögn um þá í einhverju landanna. Ástæðan er að hluta til sú að það tíðkast ekki í viðkomandi landi að safna þessum gögnum á kerfisbundinn hátt og að hluta til vegna þess að lagalegar forsendur gera mönnum erfitt fyrir að safna þeim. Þau gögn sem safnað hefur verið sýna sömuleiðis að verulegur munur er milli landanna hvað varðar möguleika á að nálgast gögn á hverjum tíma.

Þau gögn sem eru fyrir hendi um þá gæðavísa sem settir voru í forgang, sýna að erfitt getur reynst að nota þau til að fá raunhæfan saman-



burð, fremur nýtast þau til að spyrja spurninga um hvort um sé að ræða raunverulegan mun á gæðum heilbrigðisþjónustu landanna.

Draga má þá ályktun að það sé mögulegt að greina mikilvæga gæðavísá á Norðurlandanna. Það er samt sem áður þörf fyrir verulegar úrbætur til að tryggja gæði gagnanna, hér með talið gildi (validitet) og söfnun rauntíma upplýsinga í þeim tilgangi að fá réttmætan samanburð og viðmið milli landanna.

Jafnframt er þörf fyrir öfluga þróun á bæði gæðavísúm sem settir hafa verið í forgang og mögulegum gæðavísúm, sem og markvissum aðgerðum til að birta reglulega niðurstöður í þeim tilgangi að auka gegnsái og sýnileika gæða þjónustunnar í heilbrigðiskerfum Norðurlandanna.

Vinna starfshópsins sýnir því takmarkaða möguleika núverandi heilbrigðiskerfa á að skrá gæði þeirrar þjónustu sem boðið er upp á.

Einnig má draga þá ályktun, að á grundvelli vinnu starfshópsins liggi fyrir góður grunnur að áframhaldandi þróunarvinnu á þessu sviði.

Í framhaldi af því er lagt til að:

- Skipaður verði starfshópur á vegum Norrænu ráðherranefndarinnar með það að markmiði að efla og þróa áfram samnorræna gæðavísá, hér með talið að tryggja sambærilega söfnun gagna og birtingu niðurstaðna varðandi gæði heilbrigðisþjónustunnar á Norðurlöndunum. Jafnframt, og í tengslum við það, að stuðla að samhæfingu Norðurlandanna við vinnu á sviði gæðavísá innan OECD
- Skipaður verði starfshópur á vegum Norrænu ráðherranefndarinnar með það að markmiði að efla norrænt samstarf varðandi öryggi sjúklinga
- Leitast verði við að varpa ljósi á gæði heilbrigðisþjónustunnar með því að birta reglulega upplýsingar um hana á vegum NOMESCO
- Skipaður verði starfshópur á vegum Norrænu ráðherranefndarinnar með það að markmiði að þróa og prófa mælitæki til að lýsa og bera saman reynslu sjúklinga af gæðum heilbrigðisþjónustunnar



# Summary in English

The Nordic countries recognise the need to document and monitor the quality of health service performance and to procure and publish results to illuminate this performance. However, the available documentation is limited, and consequently there is a need to consolidate and further develop this area with a view to being able to continuously improve the quality of a documented basis.

There is also a desire for transparency and scrutinisability in the quality of the health service on the part of users, politicians, administrators and health professionals alike with a view to being able to take decisions on a qualified and informed basis.

On the basis of the report “Quality Mapping in the Health Service”<sup>21</sup>, published in 2003, the Council of Ministers decided to appoint a new working group for quality mapping with the aim of giving Nordic citizens, politicians, health workers and authorities the opportunity to evaluate and compare performance across the Nordic countries.

The working group’s mandate stated that, as a core area, there should be further development of quality indicators as well as indicators for health promotion and prevention. Furthermore, the working group should function as a link for the overall work with quality indicators in the Nordic countries within OECD, and it should also identify appropriate tools for procuring the results of the quality indicators<sup>22</sup>.

The working group’s mandate period was set at three years, and three to four persons were appointed from each country. In order to

---

21. NHV Report 2003:1. Quality Mapping in the Health Service. Report by the Nordic Council of Ministers’ Working Group.

22. Memorandum of 29 October 2003. Proposals for continuation of the Nordic cooperation on quality mapping, including a proposed mandate for a new working group.

ensure that the quality of health service performance was illuminated in key areas, six pan-Nordic subgroups were appointed with responsibility for developing six to twelve indicators for six main areas:

- Generic and disease-specific indicators
- Health promotion and prevention
- Primary health sector
- Psychiatry
- Patient safety
- Patient-experienced quality

The indicators needed to be robust and grounded in a solid evidence base. They also needed to be suitable for publication. The starting point for further work was an analysis of existing quality indicators and quality development initiatives in the Nordic countries' health services.

The working group has drawn up 36 indicators relating to the six main areas listed above. The 36 prioritised quality indicators were developed in consideration of the fact that data was already available for these indicators in the Nordic countries. Additionally, 40 'potential indicators' have been drawn up. These represent indicators for which the working group considers it realistic to report data in the coming years.

The data that has been obtained for the prioritised quality indicators illustrates that it is difficult in the six Nordic countries to gather uniform, current data and that for a number of indicators it is impossible for some countries to obtain data. This may be due partly to the fact that this data is not routinely gathered in the given countries, and partly to the fact that existing legislation makes data gathering difficult. The gathered data also illustrates that there are considerable differences between the Nordic countries in the possibilities for obtaining current data.

Consequently, the results that are available for the prioritised quality indicators cannot really be used for true comparisons and benchmarking, but rather to pose questions as to the extent to which real differences in quality of performance clearly exist for the respective health services' indicators.

It can be concluded that it is possible to identify relevant quality indicators in the Nordic countries. However, there is a need for a considerable effort to ensure data quality, including validity and the procurement of current data for the purpose of true comparison and benchmarking between the Nordic countries.

There is also a need for dynamic development of both prioritised and potential quality indicators and for a targeted effort towards continuous publication of the results with a view to increased transparency and scrutinisability of the quality of health service performance in the Nordic countries.

The work of the working group thus illustrates the modern health service's limited possibilities for documenting the quality of health service performance.

However, it must also be concluded on the basis of the work of the working group that there is constructive development potential.

Given the above, it is recommended:

- that a working group be established under the auspices of the Nordic Council of Ministers with the purpose of consolidating and further developing pan-Nordic quality indicators, including ensuring uniform data gathering and the publication of results relating to the quality of health service performance in the Nordic countries and, further to this, ensuring pan-Nordic coordination of the work with quality indicators within OECD
- that a working group be established under the auspices of the Nordic Council of Ministers with a view to strengthening pan-Nordic cooperation on patient safety
- that efforts be initiated to illuminate the quality of health service performance through continuous publication under the auspices of NOMESCO
- that a working group be established under the auspices of the Nordic Council of Ministers with the purpose of developing and testing an instrument for illuminating and benchmarking patient-experienced quality.



# Bilag

- BILAG 1 Eksempel på Kvalitetsindikatorer, Danmark
- BILAG 2 Eksempel på indikatorer presenterade i SOTKANet, Finland
- BILAG 3 Eksempel på indikatorer från sjukhusvårdens produktivitetsdata, Finland
- BILAG 4 Nationale kvalitetsindikatorer, Norge
- BILAG 5 Indikatorer presenterade i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Sverige
- BILAG 6 Program for seminar den 9. december 2005
- BILAG 7 Deltagere i undergrupper
- BILAG 8 De seks undergruppers kommissorium og generelle arbejdsmetode
- BILAG 9 Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for generiske og sygdomsspecifikke indikatorer
- BILAG 10 Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for sundhedsfremme og forebyggelse
- BILAG 11 Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for primærsektor
- BILAG 12 Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for psykiatri
- BILAG 13 Datakilder for tabel 2





## Bilag 1. *Eksempler på indikatorer i Danmark*

### Det nationale Indikatorprojekt

Indikatorer udformet i regi af Det Nationale Indikatorprojekt i Danmark og anvendt på patientgrupper angivet i 1. kolonne. I de tilfælde, hvor indikatoren kun gælder en del af patientgruppen, er dette specificeret under indikatorbeskrivelsen. Der er oplysninger om indikatorer, der er i anvendelse pr. 21. februar 2007.

Patientgruppe	Indikator	Indikatortype
Patienter med verificeret akut blødning fra ulcus i ventrikel eller duodenum	Andel af patienter med kredsløbspåvirkning, der gastroskoperes indenfor 3 timer efter indlæggelse/tidspunkt for 'in-hospital bleeding'	Proces
	Andel af patienter med risikofaktorer, der gastroskoperes indenfor 18 timer efter indlæggelse/tidspunkt for 'in-hospital bleeding'	Proces
	Andel af kredsløbsstabile patienter uden risikofaktorer, der gastroskoperes indenfor 48 timer efter indlæggelse/tidspunkt for 'in-hospital bleeding'	Proces
	Andel af patienter, der får foretaget endoskopisk primær hæmostase	Proces
	Andel af patienter, der rebløder indenfor 72 timer	Resultat
	Andel af patienter med reblødning, der behandles endoskopisk	Proces
	Andel af patienter, der opereres	Proces
	Andel af patienter, som dør indenfor 30 dage efter første indgreb	Resultat

Patienter med verificeret perforation i ventrikel eller duodenum	Andel af patienter, der opereres indenfor 6 timer fra indlæggelsestidspunkt eller tidspunkt for symptomdebut hos en indlagt patient	Proces
	Andel af patienter, der reopereres eller får foretaget perkutan abscesdrænage	Resultat
	Andel af patienter, der senest 72 timer efter operation har fået seponeret rutinemæssig antibiotika	Proces
	Andel af patienter, der vejes 1 gang pr. døgn i de 3 første postoperative døgn	Proces
	Andel af patienter, der får beregnet væskeregnskab i de 3 første postoperative døgn	Proces
	Andel af patienter, der får målt BT, puls, temperatur, saturation og bevidsthed minimum 2 gange dagligt de 3 første postoperative døgn	Proces
	Andel af patienter, som dør indenfor 30 dage efter første indgreb	Resultat
Patienter ( $\geq 18$ år) med akut apopleksi, der har haft et indlæggelsesforløb	Andel af patienter, der indlægges i en apopleksienhed	Proces
	Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren, der sættes i trombocythæmmerbehandling	Proces
	Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling	Proces
	Andel af patienter, der får udført CT / MR scanning	Proces
	Andel af patienter, der af fysioterapeut vurderes med henblik på rehabilitering	Proces
	Andel af patienter, der af ergoterapeut vurderes med henblik på rehabilitering	Proces
	Andel af patienter, der får vurderet ernæringsrisiko	Proces
	Andel af patienter, der dør indenfor 30 dage efter indlæggelse	Resultat
Patienter ( $\geq 18$ år) med diabetes (type 1 & 2)	Andel af patienter, der får målt HbA1C	Proces
	Andel af patienter, der får målt blodtryk	Proces
	Andel af patienter, der får foretaget lipidstatus	Proces
	Andel af patienter, der undersøges for albuminuri	Proces
	Andel af patienter, der får foretaget øjenundersøgelse	Proces
	Andel af patienter, der får foretaget fodundersøgelse	Proces

Patienter ( $\geq 18$ år) med førstegangs hjerteinsufficiens	Andel af patienter, der får foretaget ekkokardiografi / MUGA / ventrikulografi	Proces
	Andel af patienter, der får foretaget EKG	Proces
	Andel af patienter, der får foretaget røntgen af thorax	Proces
	Andel af patienter, der ernæringsrisikovurderes	Proces
	Andel af patienter, der NYHA-klassificeres	Proces
	Andel af patienter, der henvises til individualiseret fysisk træning	Proces
	Andel af patienter med nedsat systolisk funktion, der får ACE-hæmmer/ ATII-receptor antagonist	Proces
	Andel af patienter med nedsat systolisk funktion, der får betablokker	Proces
	Andel af patienter med nedsat systolisk funktion, der får spironolakton	Proces
	Andel af patienter, der gennemgår et struktureret undervisningsprogram	Proces
	Andel af patienter, der genindlægges indenfor 4 uger efter udskrivning eller afslutning på ambulante forløb	Resultat
	Andel af patienter, der dør indenfor et år af udskrivelse/1. ambulante kontakt	Resultat
Patienter ( $\geq 65$ år) med hoftenære frakturer (Medial, pertrochantær eller subtrochantær femurfraktur) som primær aktionsdiagnose (ekskl. patologiske frakturer)	Andel af patienter, der bliver ernæringscreenet	Proces
	Andel af patienter, der får vurderet ADL funktionen forud for knoglebruddet	Proces
	Andel af patienter, der får vurderet ADL funktionen før udskrivelsen	Proces
	Andel af patienter, der får vurderet deres smerter	Proces
	Andel af patienter, hvor der er taget stilling til brudprofylakse	Proces
	Andel af patienter, der får udarbejdet en genoptræningsplan inden udskrivelsen	Proces
	Andel af patienter, der dør indenfor 30 dage efter udskrivning	Resultat
	Andel af patienter med osteosynteret fraktur, der reopereres	Resultat
	Andel af patienter, med en hemi- eller totalalloplastik, der reopereres	Resultat
	Andel af patienter, der postoperativt reopereres pga. dyb sårinfektion	Resultat

Patienter med lungecancer	Andel af patienter, der er i live 30 dage efter kirurgi	Resultat
	Andel af udredte patienter, der er i live efter 1, 2, 5 år (NSCLC) (patientgruppen inddelt efter sygdomsstadier)	Resultat
	Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (SCLC – begrænset)	Resultat
	Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (SCLC – udvidet)	Resultat
	Andel af opererede patienter, der er i live efter 1, 2, 5 år (NSCLC)(patientgruppen inddelt efter sygdomsstadier)	Resultat
	Andel af patienter, der udredes, hvor ventetiden overholdes Andel af patienter, der behandles, hvor ventetiden overholdes Andel af patienter, der udredes og behandles, hvor den samlede ventetid overholdes	Proces
	Andel af patienter, hvor der er overensstemmelse mellem cTNM og pTNM (vurderingen af sygdomsstadiet hhv. før og efter operation)	Proces
	Andel af patienter, der er behandlet	Proces
	Andel af patienter, der er reseceret	Proces
	Andel af patienter, hvor indlæggelsestiden i de sidste 3 måneder af levetiden er < 24 dage	Proces
Patienter (>18 år) med skizofreni	Andel af incidente patienter, der udredes for: a. psykopatologi b. kognitiv funktion c. sociale støttebehov d. Varighed af ubehandlet psykose	a-c=proces    d=resultat
	Andel af patienter, der er i kontakt med behandlingssystemet	Proces
	Andel af patienter som har tilknyttet et fast medlem af behandlerteamet	Proces
	Andel af patienter, som får ordineret antipsykotisk behandling	Proces
	Andel af patienter, der bliver undersøgt for bivirkninger	Proces
	Andel af patienter, hvor pårørende tager imod tilbudet om kontakt	Proces
	Andel af patienter, der modtager psykoedukation	Proces
	Andel af patienter der deltager i planlagt støtteforanstaltning efter udskrivelsen	Proces
	Andel af patienter, der er undersøgt for selvmordsrisiko	Proces
	Patienter (≤18 år) med skizofreni	Andel af incidente skizofrene, der udredes for: a. psykopatologi b. kognitiv funktion c. sociale støttebehov d. Varighed af ubehandlet psykose
Andel af patienter, der er i kontakt med behandlingssystemet		Proces

	Andel af patienter, som har tilknyttet et fast medlem af behandlerteamet	Proces
	Andel af patienter, som får ordineret antipsykotisk behandling	Proces
	Andel af patienter, der bliver undersøgt for bivirkninger	Proces
	Andel af patienter, hvor pårørende tager imod tilbudet om kontakt	Proces
	a) Andel af patienter, der modtager psykoedukation i individuelle forløb b) Andel af patienter der modtager psykoedukation i manualiserede forløb c) Andel af patient og pårørende der får tilbudt psyko- edukativ familieintervention	Proces
	Andel af patienter, der deltager i planlagt behandling eller støtteforanstaltning efter udskrivelsen	Proces
	Andel af patienter, der er undersøgt for selvmordsrisiko	Proces

I Danmark findes ca. 50 landsdækkende kliniske databaser, som alle indeholder kvalitetsindikatorer. Indikatorerne kan ses på [www.Sundhed.dk](http://www.Sundhed.dk)



## Bilag 2. Exempel på indikatorer presenterade i SOTKANet, Finland

Data för hela landet och jämförelser kan göras mellan kommuner, sjukvårdsdistrikt, län och landskap, och kan relateras till befolkningen i respektive område.

### Mentalvård

---

Själv mord i åldrarna 0–17 år, antal

Själv mord i åldrarna 18–24 år, antal

Själv mord i åldrarna 25–64 år, antal

Själv mord i åldrarna 65 år och över, antal

Själv mord / 100 000 invånare

Nettokostnaderna för missbrukarvården, euro/invånare

Remisser till psykiatrisk sjukhusvård oberoende av vilja i åldrarna 18–24 år

Remisser till psykiatrisk sjukhusvård oberoende av vilja i åldrarna 25–64 år

Remisser till psykiatrisk sjukhusvård oberoende av vilja i åldrarna över 64

Tvångsåtgärder i psykiatrisk sjukhusvård i åldrarna 0–17 år

Tvångsåtgärder i psykiatrisk sjukhusvård i åldrarna 18–24 år

Tvångsåtgärder i psykiatrisk sjukhusvård i åldrarna 25–64 år

Tvångsåtgärder i psykiatrisk sjukhusvård i åldrarna över 64

---

### Kostnader

---

Hälsöväsensdets nettokostnader, euro/invånare

Kommunens totala nettokostnader i euro/invånare

Nettokostnaderna för den specialiserade sjukvården i euro/invånare

Nettokostnaderna för primärvården (inklusive tandvården) i euro/invånare

Social- och hälsöväsensdets nettokostnader i euro / invånare

Socialväsensdets nettokostnader, euro/invånare

---

**Reproduktiv hälsa**

---

Aborter i åldrarna 15–49 år/1000 kvinnor i samma åldrar

Aborter i åldrarna under 25 år/1000 kvinnor i åldrarna 15–24 år

Förlossningstal

Sterilisering av kvinnor i åldrarna 25–64 år/1 000 kvinnor i samma åldrar

Aborter i åldrarna 15–49 år/1000 kvinnor i samma åldrar

Aborter i åldrarna under 25 år/1000 kvinnor i åldrarna 15–24 år

---



## Bilag 3. Exempel på indikatorer från sjukhusvårdens produktivitetsdata (»benchmarking data«)

### **Producentdatabasen**

Episod- och vårdperioddatabasen (Data produceras på sjukvårdsdistrikts-, sjukhus- och specialitetsnivåer) Episoder\* i varje DRG-grupp

- Episodens svårighetsgrad
- Vårdperioder per episod
- Vård dagar per episod
- Öppenvårdsbesök per episod
- Kostnader per episod
- Kostnader per vårdperiod
- Medelåldern för patienter

\* Episod= patientens vård för samma problem (DRG-grupp) under ett år. En episod kan innehålla en eller flera vårdperioder och besök

### **Produktivitetsdatabasen**

(Data produceras på sjukhus- och specialitetsnivåer)

Produktivitet, sjukhus

Produktivitet, episod

Produktivitet, vårdperiod

Case mix – index (vårdens relativa svårighet)

### **Medicinska indikatorer**

*Patienter med akut hjärtinfarkt (Data – på sjukvårdsdistriktsnivå)*

Vård dagar på grund av akut infarkt under en episod (under ett år)

Besök på grund av akut infarkt under en episod (under ett år)

Patienter som haft PCI och/ eller CABG inom 30 dagar, ett år

Patienter som köpt betablockare inom 90 dagar

Patienter som köpt statiner inom 90 dagar

Patienter som köpt ACE-hämmare inom 90 dagar

Mortalitet inom 7 dagar, 30 dagar, ett år

## Bilag 4. Nasjonale kvalitetsindikatorer til måling i 2006 i Norge

Indikator	Det som bliver målt
<b>Indikatorer for spesialisthelsetjenesten</b>	
<b>Spesifikke for somatiske sykehus</b>	
Preoperative liggetider ved lårhalsbrudd	Andel pt. Med lårhalsbrudd op. innen 48 tm.
Sykehusinfeksjoner	Prevalens (endagsregistrering) av sykehusinfeksjoner
Strykninger fra opr.program	Andel pasienter med utsatt planlagt operasjon
Hypighet av keisersnitt	Andel keisersnitt utført planlagt og som øyeblikkelig hjelp
Individuell plan (barnehabilitering)	Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan
Ventetid operativ behandling for tykktarms-/endetarmskreft	Ventetid i dager før operasjon for tykktarms-/endetarmskreft
<b>Spesifikke for psykisk helsevern</b>	
Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon	Andel per institusjon og rater per 1000 per helseforetak innlagt til tvungen undersøkelse eller opphold
Ventetid til første konsultasjon	Ventetid i dager til første konsultasjon (unntatt ø-hjelp)
Andel diagnostisk vurdert innen barne- og ungdomspsykiatrien	Andel pasienter som har fått diagnose i diagnosesystemet som benyttes i barne- og ungdomspsykiatrien. (Multiaksialt diagnosesyst.)
Individuell plan (ADHD og Schizofreni)	Andel som har fått utarbeidet individuell plan
Varighet av ubehandlet psykose	Varighet (uker) fra første symptomer til adekvat behandling iverksettes (alder > 18 år)
Tilfredshet med samarbeidspartnere	Primærlegers erfaringer med distriktpsykiatriske sentra (DPS er) i 2005
<b>Somatikk og psykisk helsevern</b>	
Epikrisetid	Andel epikriser (legeopplysninger) sendt ut innen 1 uke
Korridorpasienter	Antall og andel korridorpasienter i registreringsperioden
Pasienterfaringer (undersøkelser hittil): – 2003 innlagte pas.(somatikk) – 2004 polikliniske pas.(somatikk) – 2004 polikliniske pas. psykiatri (v) – 2005 somat. barneavd. (pårørende) – 2005 innlagte pas. psykiatri (voksne)	Omfatter ulike områder målt ved spørreundersøkelser, blant annet grad av tilfredshet med standard, personale, informasjon, organisering, tilgjengelighet, erfaring før besøket og (for psykisk helsevern) utbytte av behandling og behandlerrelasjon
Fullstendige indikatorbeskrivelser/definisjoner vises på Sosial- og helsedirektoratets nettsider, <a href="http://www.shdir.no">www.shdir.no</a> , under tema kvalitetsforbedring	

<b>Indikatorer for pleie- og omsorgstjenester i kommunene</b>	
Andel plasser i enrom	Andel av institusjonsplassene i kommunen som er beregnet for en beboer
Andel plasser i tilrettelagte enerom med eget bad/wc	Andel av enerom i institusjonene som er tilrettelagt for aktuelle brukere og har eget bad/wc
Andel personell med fagutdanning	Andel av de ansatte i brukerretnede tjenester som har relevant fagutdanning
Andel beboere på tidsbegrenset opphold	Andel av beboerne i institusjon som har et korttidsopphold
Antall legetimer pr uke pr beboer	Gjennomsnittlig antall legetimer pr. Uke pr. beboer i sykehjem og boform med heldøgns omsorg og pleie
System for brukerundersøkelse institusjonstjeneste og hjemmetjeneste	Indikatoren viser om det er gjennomført undersøkelse blant beboerne eller deres pårørende for å kartlegge deres vurdering av tjenestetilbudet, hjemme eller i inst.
Fullstendige indikatorbeskrivelser/definisjoner vises på <a href="http://www.bedrekommune.no">www.bedrekommune.no</a> , Tjenestekvalitet (under kvalitetsindikatorer for pleie- og omsorgstjenesten)	

## Bilag 5

*Sverige: Indikatorer presenterade i Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landsting 2006:*

### **A Medicinska resultat (35 indikatorer)**

#### ÅTGÄRDBAR DÖDLIGHET

Åtgärdbar dödlighet per 100 000 inv – hälsopolitiskt relaterad, m/kv

Åtgärdbar dödlighet per 100 000 inv – sjukvårdspolitiskt relaterad,  
m/kv

#### ÖVERLEVNAD VID CANCERSJUKDOM

Tjocktarmscancer, 5-årsöverlevnad m/kv

Ändtarmscancer, 5-årsöverlevnad m/kv

Bröstcancer, 5-årsöverlevnad

#### LÄKEMEDELSANVÄNDNING

Andel äldre med tre eller flera psykofarmaka

Andel äldre med läkemedelsinteraktion av klass D

#### VACCINATIONER

Vaccinationsfrekvens barn, MPR = mässling, påssjuka, röda hund

Vaccinationsfrekvens av äldre > 65 år – influensa

#### FÖRLOSSNINGSVÅRD, MÖDRAHÄLSOVÅRD

Dödfödda per 1000 födda

Neonatal dödlighet – döda per 1000 levande födda

Andel barn med Apgar-poäng under 7

Andel perinealbristningar grad III och IV, vaginal förlossning

Andel sena aborter

#### DIABETESVÅRD

Andel som uppnår mål för HbA1c – primärvård

Andel som uppnår mål för blodtryck – primärvård

Andel ögonbottenfotograferade – medicinklinik

#### STROKESJUKVÅRD

28-dagarsdödlighet efter stroke, m/kv

ADL-förmåga 3 månader efter insjuknandet

Andel patienter vårdade vid strokeenhet, m/kv

#### HJÄRTSJUKVÅRD

28-dagars dödlighet efter hjärtinfarkt, m/kv

Andel direkt PCI vid ST-höjningsinfarkt, m/kv

Andel kranskärlsröntgen vid icke ST-höjningsinfarkt, m/kv

Andel clopidogrelbehandling vid icke ST-höjningsinfarkt, m/kv

Hjärtkirurgi – medianväntetid till operation, m/kv

#### ORTOPEDISK SJUKVÅRD

Knäledsplastik – revisioner inom 1 år pga. infektion

Knäledsplastik – revisionsrisk, 5 års

Total höftledsplastik – överlevnad implantat, 10 års

Total höftledsplastik – omoperation inom 2 år – alla orsaker

Total höftledsplastik – patientskattad effekt av operation

Höftfraktur – andel utskrivna till ursprungligt boende

Höftfraktur – medelväntetid till operation, dygn

#### ANNAN BEHANDLING

Ljumskbräck – andel omopererade inom 5 år

Kataraktoperation – andel med synskärpa under 0,5 på bästa ögat,  
m/kv

Prostatacancer – andel patienter som fått kurativ behandling

#### **B Patienterfarenheter (9 indikatorer)**

Andel i befolkningen som anser sig ha tillgång till den vård man  
behöver

Andel i befolkningen som har förtroende för vården och dess  
vårdcentraler (motsv)

Andel i befolkningen som har förtroende för vården vid sjukhus  
 Sammanfattande betyg på besök – vårdcentraler (motsv)  
 Sammanfattande betyg på besök – mottagningar/kliniker vid sjukhus  
 Lätt/svårt att komma fram till vårdcentral (motsv) per telefon  
 Andel som anser att väntetiden till besök var rimlig – vårdcentraler  
 (motsv)  
 Strokepatienter – andel nöjda eller mycket nöjda med vården på  
 sjukhuset, m/kv  
 Strokepatienter – andel nöjda eller mycket nöjda med rehabilite-  
 ringen, m/kv

### **C Tillgänglighet (4 indikatorer)**

#### PRIMÄRVÅRD

Andel patienter som fick läkarbesök inom 1 vecka  
 Andel patienter som fick läkarbesök samma dag

#### SPECIALISERAD VÅRD

Antal som väntat längre än 90 dagar per 100 000 inv – mottagning  
 Antal som väntat längre än 90 dagar per 100 000 inv – behandling

### **D Kostnader (9 indikatorer)**

#### KOSTNAD PER INVÅNARE

Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, exkl hemsjukvård och  
 tandvård, kr  
 Hälso- och sjukvårdskostnad per invånare, exkl tandv, rel till förvän-  
 tad kostnad  
 Primärvård, kostnad per invånare, exkl hemsjukvård, kr  
 Specialiserad somatisk verksamhet, kostnad per invånare, exkl  
 hemsjukvård, kr  
 Specialiserad psykiatrisk verksamhet, kostnad per invånare, exkl  
 hemsjukvård, kr  
 Hälso- och sjukvårdskostnad per inv, exkl hemsjukvård, tandvård.  
 Förändring 2002–2004

#### KOSTNAD PER PRESTATION

Kostnad per (konsumerad) prestation/DRG-poäng, spec somatisk  
 vård, kr

Produktivitetsutveckling 2002–2004, spec. somatisk vård  
Kostnad per vårdkontakt i primärvård, viktade kontakter



## Bilag 6. Seminar om: *Hvordan kan man måle kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser i de nordiske lande?*

Den 9.12. 2005 kl. 10.00–17.00 i København

### Program

*Velkomst og indledning til seminar*

Formand for Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe

Medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik, Sundhedsstyrelsen, Danmark

*Offentliggørelse og formidling af kvalitetsdata – en fælles strategi i Norden?*

Professor, læge Jan Mainz, Sundhedsstyrelsen

*The OECD Health Care Quality Indicators Project*

*Status and perspectives*

Health economist, MD Sandra Garcia Armesto, Health Division,  
OECD

*Quality Indicators for hospitals, WHO*

*Quality Indicator Project, Status and perspectives*

Medical Officer Oliver Groene, Regional Office for Europe

### DISKUSSION

*Kvalitetsindikatorer set fra et patientperspektiv*

Informationschef René Bøgh-Larsen, Diabetesforeningen, Danmark

*Public Disclosure of Performance Data in Health Care*

Professor dr. Gert Westert, National Institute of Public Health  
The Netherlands

DISKUSSION *Er vi på rette vej med måling af kvalitet i Norden?*

Workshop 1

*Forebyggelse og sundhedsfremme*

Fuldægtig Anne H. Kristensen, Direktoratet for Sundhed, Nuuk, Grønland

*Primærsektor*

Alment praktiserende læge Poul Brix Jensen, Nykøbing Falster, Danmark

*Patientsikkerhed*

Overlæge Leifur Bardason, Afdeling for kvalitetssikring, Reykjavík, Island

Ordstyrer: Medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik

Workshop 2

*Patientoplevelt kvalitet*

Overtandlæge Kaj Rönnberg, Esbo Social- och hälsovård, Finland

*Mental Health*

Seniorrådgiver Per Skretting, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo, Norge

*Generiske og sygdomsspecifikke indikatorer*

Cheflæge Magna Andreen-Sachs, Stockholms läns landsting, Sverige

Ordstyrer: Professor Jan Mainz

*Åbenhed og gennemsækelighed i sundhedsvæsenet*

– perspektiver for det nordiske indikatorarbejde

Medicinaldirektør Jens Kristian Gøtrik

## Bilag 7. Deltagere i seks nordiske undergrupper

### **Generiske og sygdomsspecifikke indikatorer**

*Jan Mainz*, professor, overlæge, Sundhedsstyrelsen, Danmark,  
formand

*Susanne Zielke*, klinisk oversygeplejerske, Bispebjerg Hospital,  
Danmark

*Paul Bartels*, cheflæge, leder af Det Nationale Indikatorprojekt NIP,  
Danmark

*Jørgen Steen Andersen*, overlæge, projektleder for Den Gode  
Medicinske Afdeling DGMA, Danmark

*Johan Kjærgaard*, ledende overlæge, H:S Direktionen, Danmark, indtil  
november 2006

*Thomas Schiøler*, projektleder, Sundhedsstyrelsen, Danmark, indtil  
december 2005

*Leifur Bárðarson*, overlæge, Landspítali – Universitetssygehus, Island

*Magna Andreen Sachs*, medicinsk ekspert, Stockholms läns landsting,  
Sverige

*Per Skretting*, seniorrådgiver, sosial- og helsedirektoratet, Norge

*Ulla Idänpään-Heikkilä*, överläkare, STAKES, Finland

*Anne Marie Ulrik*, cheflæge, Direktoratet for Sundhed, Grønland,  
indtil juni 2005

*Birgitte Schurizeks*, cheflæge, Dronning Ingrid's Hospital, Nuuk fra  
december 2005

### **Indikatorer vedr. sundhedsfremme og forebyggelse**

*Anne Houmand Kristensen*, fuldmægtig, Direktoratet for Sundhed,  
formand for undergruppen, indtil juli 2006

*Marianne Arnfjord*, afdelingschef, Direktoratet for Sundhed, Nuuk,  
fra september 2005

*Anna Björg Aradóttir*, chefsygeplejerske, Sundhedssyrelsen, Island,  
fra maj 2005

*Vilborg Ingólfssdóttir*, chefsygeplejerske, Sundhedsstyrelsen, Island,  
indtil maj 2005

*Ritva Prättälä*, docent, Folkhälsoinstitutet Helsingfors, Finland

*Arnhild H. Rimestad*, afdelingsdirektør, Sosial- og helsedirektoratet,  
Norge

*Barbara Hjalsted*, afdelingslæge, Sundhedsstyrelsen, Danmark

*Ingvor Bjugård*, t f sektionschef, Sveriges Kommuner och Landsting

*Susanne Öhrling*, utredare, Folkehälsoinstitutet, Sverige, fra januar  
2006

### **Indikatorer vedr. patientsikkerhed**

*Leifur Bárðarson*, overlæge, Landspítali – Universitetssygehus, Island,  
formand for undergruppen

*Ulla Idänpään-Heikkilä*, överläkare, STAKES, Finland

*Hans Rutberg*, medicinsk ekspert, Universitetsjukhuset, Linköbing,  
samt Socialstyrelsen, Sverige

*Anders Baalsrud*, projektleder, Sosial- og helsedirektoratet, Norge

*Paul Bartels*, cheflæge, leder af Det Nationale Indikatorprojekt, NIP,  
Danmark

*Beth Lilja Pedersen*, overlæge, Afd. for Patientsikkerhed og  
Risikostyring, Hvidovre Hospital, Danmark

*Jørgen Hansen*, afdelingslæge, Enhed for Tilsyn, Sundhedsstyrelsen,  
Danmark

*Max Köster*, epidemiolog, Socialstyrelsen, Sverige, fra juni 2005

*Jens Otto Veje*, cheflæge, Sundhedsvæsenets Kystledelse, Grønland,  
fra januar 2005

*Marianne Arnfjord*, afdelingschef, Direktoratet for Sundhed, Nuuk,  
fra september 2005

*Maybritt Andersen*, chefsygeplejerske, Dronning Ingrid's Hospital,  
Grønland, fra januar 2005 indtil juli 2005

### **Indikatorer vedr. psykiatri**

*Per Skretting*, seniorrådgiver, sosial- og helsedirektoratet, Norge,  
formand for undergruppen fra juni 2005

- Ewa Ness*, seniorrådgiver, Social- og helsedirektoratet, Norge,  
formand for undergruppen, indtil juni 2005
- Margrét Björnsdóttir*, afdelingschef, Sundheds- og  
Socialforsikringsministeriet, Island
- Ville Lehtinen*, professor, STAKES, Finland
- Helena Silfverhielm*, medicinalråd, Socialstyrelsen, Sverige
- Merethe Nordentoft*, overlæge, Bispebjerg Hospital, Danmark
- Anne-Marie Agerskov*, oversygeplejerske, Dronning Ingrid's Hospital,  
Grønland, fra januar 2005 til august 2005
- Fatuma Ali*, adm. overlæge, Dronning Ingrid's Hospital, Grønland,  
fra januar 2005 til maj 2005
- Marianne Lykke Nielsen*, oversygeplejerske, Dronning Ingrid's Hospital,  
Nuuk, fra august 2005
- Ole-Bjørn Kolbjørnsrud*, seniorrådgiver Sosial- og helsedirektoratet,  
Norge, fra april 2006

#### **Indikatorer vedr. primærsektor**

- Poul Brix Jensen*, speciallæge i almen medicin, Nykøbing F, Danmark,  
formand for undergruppen
- Valgerður Gunnarsdóttir*, forstander for sundhedsinformatik,  
Reykjavíks primære sundhedstjeneste, Island
- Marit Kise*, rådgiver, Sosial- og helsedirektoratet, Norge
- Pertti Soveri*, social- och hälsovårdsdirektör, Borgå, Finland
- Gösta Eliasson*, familjeläkare, direktör för Familjemedicinsk Institut,  
Falkenberg, Sverige
- Anders Lindman*, familjeläkare, vicedirektör för Familiemedicinsk  
Institut, Sverige, fra maj 2005
- Marianne Arnjford*, afdelingschef, Direktoratet for Sundhed, Grønland,  
fra juni 2005
- Jens Otto Veje*, cheflæge, Sundhedsvæsenets Kystledelse, Grønland,  
fra januar 2005

#### **Indikatorer vedr. patientoplevelt kvalitet**

- Magna Andreen Sachs*, medicinsk ekspert, Stockholms läns landsting,  
Sverige, formand for undergruppen
- Hans Rutberg*, medicinsk ekspert Socialstyrelsen, Sverige
- Marianne Holmberg*, samordnare vårdkvalitet, Socialstyrelsen, Sverige

*Margrét Björnsdóttir*, avdelingschef, Sundheds- og  
Socialforsikringsministeriet, Island

*Øyvind Andresen*, seniorrådgiver/prosjektleder, Nasjonal kunns-  
skapssenter for helsetjenesten, Norge

*Kaj Rönnberg*, övertandläkare, Esbo, Finland

*Morten Freil*, afdelingsleder, Enheden for Brugerundersøgelser,  
Amtssygehuset i Glostrup, Danmark

*Peter Rhode*, afdelingschef, Det nationale projekt: Kvaliteten i  
patientens møde med sundhedsvæsenet, Århus Amt, Danmark

*Anne B. Kjeldsen*, centerleder, Center for Sundhedsuddannelserne,  
Grønland, fra januar 2005 til juni 2005

*Jette Mohr Lyberth*, inspektør for sundhedsuddannelserne, Grønland,  
fra januar 2005 til juni 2005

*Ellen Kraglund Madsen*, chefsygeplejerske, Sundhedsvæsenets  
Kystledelse, Grønland, fra januar 2005 til juli 2005

*Britt Jølf Søndergaard*, sygeplejelærer, Center for  
Sundhedsuddannelser, Grønland, fra januar til juli 2005

*Lone Gøttler*, chefsygeplejerske, Sundhedsvæsenet – Kystlinien,  
Grønland, fra januar 2006

*Sifve Oltedal*, forsker, Kunnskapssenteret, Norge

*Andrew Garrat*, sagkyndig ekspert, Kunnskaåssenteret, Norge

## Bilag 8. *De seks undergruppers kommissorium og generelle arbejdsmetode*

### *Kommissorium*

Den enkelte undergruppe skal udarbejde forslag til 6–12 potentielle indikatorer, som kan danne grundlag for registrering og overvågning af feltet mhp. sammenligning af data på tværs af de nordiske lande. Følgende perspektiver bør indgå i valg af potentielle indikatorer:

- Faglig kvalitet
- Organisatorisk kvalitet
- Patientoplevels kvalitet

Undergruppen udpeger formand og sekretær. Der kan indkaldes ad hoc eksperter på området til den enkelte gruppes møder. Indikatorer udviklet i WHO- og OECD-regi kan naturligt indtænkes i forslagene.

### *Undergruppernes generelle arbejdsmetode*

Undergruppernes generelle arbejdsmetode med henblik på prioritering og valg af potentielle kvalitetsindikatorer til forelæggelse for den nordiske arbejdsgruppe, blev som beskrevet nedenfor:

1. Indsamling, udvælgelse og strukturering af indikatoremateriale
2. Rating og prioritering af potentielle indikatorer
3. Præsentation af potentielle indikatorer på seminar den 9. december 2005 mhp. feedback
4. Præcisering af data- og registreringsgrundlag for prioriterede potentielle indikatorer
5. Valg af indikatorer i nordisk arbejdsgruppe vedr. kvalitetsmåling

6. Definerings af og begrundelse for valg af kvalitetsindikator
7. Indsamling af data for valgte kvalitetsindikatorer
8. Udformning af liste over indikatorer som skønnes vigtige, men hvor tilgængelige data først er til stede indenfor 1–3 år

Kriterier for rating og prioritering af potentielle indikatorer var:

- Vigtighed af indikator (relevans)
- Mulighed for at indsamle troværdige data for indikator (validitet)
- Mulighed for at indsamle data for indikator (tilgængelighed)



## Bilag 9. Beskrivelse af sygdomsspecifikke indikatorer

### Apoplexi – hjerneblødning

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med hjerneblødning der dør under indlæggelse indenfor 30 dage

**Begrundelse for valg af indikator:** Cerebrovasculær lidelse var ansvarlig for et estimat på 114 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i år 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Prævalencen var 13,7 pr. 1000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter indlagt med hjerneblødning, ICD-10: I61-I62

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med hjerneblødning der dør under indlæggelse indenfor 30 dage.

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter indlagt med hjerneblødning

### Apoplexi – hjerneblødning

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** *Andel patienter med hjerneblødning der dør indenfor 30 dage (case fatality)*

**Begrundelse for valg af indikator:** Cerebrovasculær lidelse var ansvarlig for et estimat på 114 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i år 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Prævalencen var 13,7 pr. 1000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter indlagt med hjerneblødning, ICD-10: I61-I62

**Datadefinition af tæller (numerator):** Andel patienter med hjerneblødning der dør indenfor 30 dage (case fatality)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter indlagt med hjerneblødning

### Apoplexi – blodprop i hjernen

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med blodprop i hjernen der dør under indlæggelse indenfor 30 dage

Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator

**Inklusionskriterier:** Alle patienter indlagt med blodprop i hjernen, ICD-10: I63-I64

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med blodprop i hjernen der dør under indlæggelse indenfor 30 dage

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter indlagt med blodprop i hjernen

## Apoplexi – blodprop i hjernen

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med blodprop i hjernen der dør indenfor 30 dage (case fatality)

**Begrundelse for valg af indikator:** Cerebrovasculær lidelse var ansvarlig for et estimat på 114 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i år 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO.

Prævalencen var 13,7 pr. 1000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO.

Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter indlagt med blodprop i hjernen, ICD-10: I63-I64

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med blodprop i hjernen der dør indenfor 30 dage (case fatality)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter indlagt med blodprop i hjernen

## Blodprop i hjertet

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med blodprop i hjertet der dør under indlæggelse indenfor 30 dage

**Begrundelse for valg af indikator:** Iskæmisk hjertesygdom var ansvarlig for et estimat på 185 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Dette repræsenterer 18,7% af alle dødsfald. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter indlagt med blodprop i hjertet, ICD-10: I21, I22

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med blodprop i hjertet der dør under indlæggelse indenfor 30 dage

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter indlagt med blodprop i hjertet

## Blodprop i hjertet

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med blodprop i hjertet der dør indenfor 30 dage (case fatality)

**Begrundelse for valg af indikator:** Iskæmisk hjertesygdom var ansvarlig for et estimat på 185 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Dette repræsenterer 18,7% af alle dødsfald. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter indlagt med blodprop i hjertet, ICD-10: I21, I22

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med blodprop i hjertet der dør indenfor 30 dage (case fatality)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter indlagt med blodprop i hjertet

## Tyk- og endetarmskræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med tyk- og endetarmskræft der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation

**Begrundelse for valg af indikator:** Colorectal cancer var ansvarlig for et estimat på 34 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Dette repræsenterer 3,5% af alle dødsfald eller 13,4% af alle cancerdødsfald. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget 1. operation

ICD-10: C18.xx, C19.xx; C20.xx

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med tyk – og endetarmskræft der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget 1. operation

## Tyk- og endetarmskræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med tyk – og endetarmskræft der dør indenfor 30 dage efter 1. operation (case fatality)

**Begrundelse for valg af indikator:** Colorectal cancer var ansvarlig for et estimat på 34 dødsfald pr. 100 000 indbyggere i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Dette repræsenterer 3,5% af alle dødsfald eller 13,4% af alle cancerdødsfald. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget 1. operation

ICD-10: C18.xx, C19.xx; C20.xx

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med tyk – og endetarmskræft der dør indenfor 30 dage efter 1. operation (case fatality)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget 1. operation

## Lungekræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med lungekræft der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation

**Begrundelse for valg af indikator:** Hvert år får cirka 3.400 danskere lungekræft. (Cirka 2.000 mænd og 1.400 kvinder) 80–90 procent af patienterne er rygere eller eksrygere.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget 1. operation, ICD-10: C34.xx

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med lungekræft der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. op.

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget 1. operation

## Lungekræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter med lungekræft der dør indenfor 30 dage efter 1. operation (case fatality)

**Begrundelse for valg af indikator:** Hvert år får cirka 3.400 danskere lungekræft. (Cirka 2.000 mænd og 1.400 kvinder) 80–90 procent af patienterne er rygere eller eksrygere.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget 1. operation, ICD-10: C34.xx

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter med lungekræft der dør indenfor 30 dage efter 1. operation (case fatality)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget kirurgi

## Brystkræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** 1 års observeret overlevelsesrate for kvinder med brystkræft

**Begrundelse for valg af indikator:** Brystcancer er den mest almindelige for form cancer hos kvinder, med en risiko på 11% for at få sygdommen og en mortalitetsrate på 3%. Brystcancer var ansvarlig for et estimat på 43 dødsfald pr. 100 000 kvinder i 2000 i de Europæiske A lande indenfor WHO. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle kvinder med brystkræft, ICD-10: C50.x

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal kvinder med brystkræft der har overlevet 1 år (observeret)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal kvinder med brystkræft

## Brystkræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** 1 års relativ overlevelseshastighed for kvinder med brystkræft

**Begrundelse for valg af indikator:** Brystcancer er den mest almindelige form for cancer hos kvinder, med en risiko på 11% for at få sygdommen og en dødsrate på 3%.

Brystcancer var ansvarlig for et estimat på 43 dødsfald pr. 100 000 kvinder i 2000 i de

Europæiske A lande indenfor WHO. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator,

**Inklusionskriterier:** Alle kvinder med brystkræft, ICD-10: C50.x

**Datadefinition af tæller (numerator):** Observeret rate af kvinder med brystkræft der har overlevet 1 år (relativ)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Forventet overlevelseshastighed i forhold til en sammenlignelig population

## Brystkræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** 5 års observeret overlevelseshastighed for kvinder med brystkræft

**Begrundelse for valg af indikator:** Brystcancer er den mest almindelige form for cancer hos kvinder, med en risiko på 11% for at få sygdommen og en dødsrate på 3%.

Brystcancer var ansvarlig for et estimat på 43 dødsfald pr. 100 000 kvinder i 2000 i de

Europæiske A lande indenfor WHO. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle kvinder med brystkræft, ICD-10: C50.x

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal kvinder med brystkræft der har overlevet 5 år (observeret)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal kvinder med brystkræft

## Brystkræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** 5 års relativ overlevelseshastighed for kvinder med brystkræft

**Begrundelse for valg af indikator:** Brystcancer er den mest almindelige form for cancer hos kvinder, med en risiko på 11% for at få sygdommen og en dødsrate på 3%.

Brystcancer var ansvarlig for et estimat på 43 dødsfald pr. 100 000 kvinder i 2000 i de

Europæiske A lande indenfor WHO. Indikatoren er en anerkendt OECD-indikator.

**Inklusionskriterier:** Alle kvinder med brystkræft, ICD-10: C50.x

**Datadefinition af tæller (numerator):** Observeret rate af kvinder med brystkræft der har overlevet 5 år (relativ)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Forventet overlevelseshastighed i forhold til en sammenlignelig population

## Prostatakræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** 5 års observeret overlevelseshastighed for mænd med prostatakræft

**Begrundelse for valg af indikator:** Kræft i blærehalskirtlen er den næst hyppigste form for kræft hos mænd i Danmark. Man opdager cirka 1.500 nye tilfælde om året.

**Inklusionskriterier:** Alle mænd med prostatacancer, ICD-10: C61.9

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal mænd med prostatakræft der har overlevet 5 år (observeret)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal mænd med prostatakræft

## Prostatakræft

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** 5 års relativ overlevelseshastighed for mænd med prostatakræft

**Begrundelse for valg af indikator:** Kræft i blærehalskirtlen er den næst hyppigste form for kræft hos mænd i Danmark. Man opdager cirka 1.500 nye tilfælde om året.

**Inklusionskriterier:** Alle mænd med prostatacancer, ICD-10: C61.9

**Datadefinition af tæller (numerator):** Observeret rate af mænd med prostatakræft der har overlevet 5 år (relativ)

**Datadefinition af nævner (denominator):** Forventet overlevelseshastighed i forhold til en sammenlignelig population

## Hjertekirurgi

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation

**Begrundelse for valg af indikator:** Hjertekredsløbslidelser er årsag til op mod 40% af alle dødsfald i Danmark og op mod 20% af indlæggelsesdage på sygehuse.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget hjertekirurgi, proceduregruppe KFN

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget kirurgi

## Hjertekirurgi

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter der dør indenfor 30 dage efter 1. operation

**Begrundelse for valg af indikator:** Hjertekredsløbslidelser er årsag til op mod 40% af alle dødsfald i Danmark og op mod 20% af indlæggelsesdage på sygehuse.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget hjertekirurgi, proceduregruppe KFN

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter der dør indenfor 30 dage efter 1. operation

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget kirurgi

## Percutan transluminal coronar angioplastik – PTCA

---

**Indikatorområde:** Faglig kvalitet – outcome

**Definition af indikator:** Andel patienter der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter første PTCA

**Begrundelse for valg af indikator:** Hjertekredsløbslidelser er årsag til op mod 40% af alle dødsfald i Danmark og op mod 20% af indlæggelsesdage på sygehuse.

**Inklusionskriterier:** Alle patienter der har modtaget PTCA, KFNG00, KFNG02, KFNG05

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal patienter der dør under indlæggelse indenfor 30 dage efter første PTCA

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal patienter der har modtaget PTCA

## Percutan transluminal coronar angioplastik – PTCA

---

Indikatorområde: Faglig kvalitet – outcome

Definition af indikator: Andel patienter der dør indefor 30 dage efter første PTCA

Begrundelse for valg af indikator: Hjertekredsløbslidelser er årsag til op mod 40% af alle dødsfald i Danmark og op mod 20% af indlæggelsesdage på sygehuse.

Inklusionskriterier: Alle patienter der har modtaget PTCA, KFN00, KFN02, KFN05

Datadefinition af tæller (numerator): Antal patienter der dør indenfor 30 dage efter første PTCA

Datadefinition af nævner (denominator): Antal patienter der har modtaget PTCA

## Fødsler – perinealskader gr. III og IV

---

Indikatorområde: Faglig kvalitet – outcome

Definition af indikator: Andel kvinder med perinealskader gr. III og IV efter vaginal fødsel

Begrundelse for valg af indikator: Perinealbristninger gr. III og IV kan give kvinder inkontinensproblemer, smerter og vanskeligheder ved at gennemføre ny vaginal fødsel.

Indikatoren kan afspejle kvaliteten af ydelser i forbindelse med fødsel

Inklusionskriterier: Alle vaginale fødsler, ICD-10 kode: O 70.2, O 70.3

Datadefinition af tæller (numerator): Antal kvinder med perinealskader gr. III og IV efter vaginal fødsel

Datadefinition af nævner (denominator): Antal vaginale fødsler

## Fødsler – børnedødelighed

---

Indikatorområde: Faglig kvalitet – outcome

Definition af indikator: Andel døde børn < 28 dage efter fødslen

Begrundelse for valg af indikator: Spædbørnsdødelighed kan opfattes som en indikator, der giver udtryk for kvaliteten af fødselsbehandlingen samt den mere generelle sundhedstilstand i et land og kvaliteten af sundhedsvæsenet som sådan.

Inklusionskriterier: Alle fødsler

Datadefinition af tæller (numerator): Antal døde børn < 28 dage efter fødslen

Datadefinition af nævner (denominator): Antal levende fødte børn pr. 1000 fødsler

## Bilag 10. Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for sundhedsfremme og forebyggelse

<b>1. Indikatorområde: Outcomeindikator</b>						
<b>Definition:</b> Andel dagligrygere						
<p><b>Begrundelse for valg af indikator:</b> Tobaksanvendelse er den største forebyggelige dødsårsag ifølge WHO's European Health Report 2005. Det anslås, at halvdelen af alle tobaksforbrugere vil dø af tobaksrelaterede lidelser. Desuden medfører tobaksanvendelse øget morbiditet, særligt hjertekar-sygdomme og luftvejsygdomme (DELSA/ELSA/WD/http-(2004)16).</p> <p>Når man tager højde for alle indtægts- og udgiftskilder i en økonomisk beregning udgør tobaks-anvendelse et nettotab for samfundsøkonomien. Og samtidig er forebyggelsesindsatserne imod tobaksanvendelse særdeles effektive i et cost-efficiency perspektiv (WHO: The European Health Report 2005 p. 32). Derfor er indikatorer på tobaksanvendelse relevante både ud fra et klinisk per-spektiv og et policy perspektiv.</p> <p>Selvom individets nuværende tobaksforbrug kun er en proxy for tidligere eksponering, indikerer andelen af daglige tobaksforbrugere hvor stort et problem tobaksanvendelse udgør i befolkningen, herunder et estimat for hvor stor gruppen med tobaksbetinget øget morbiditet og mortalitet er.</p>						
<b>Datadefinition af tæller (numerator):</b> Antal personer, der angiver at ryge cigaretter dagligt						
<b>Datadefinition af nævner (denominator):</b> Stikprøvestørrelse						
<b>Bemærkninger:</b> Selvrapporterede data. Baggrundsvariable: Køn og Alder, fælles def. af inkl. aldersgr. Nødvendig. Data til sammenligning bør være indsamlet indenfor et år for sikre så høj sammenlige-lighed på denne faktor som mulig						
<b>Svar:</b>	DK	N	Se	IS	Fi	Gr
<b>Datatilgængelighed</b>						
Data for indikatoren kan konstrueres fra tilgæn-gelig register/database	Ja	Ja	ja	ja	Ja	Ja
<b>Bemærkninger:</b>						
Danmark:	Stikprøvedata. Voksne: data fra SUSY undersøgelsen, der foretages hvert 4.-5. år. Børn: data fra HBSC					
Norge:	Stikprøvedata. Datakilde: Voksne: data fra den årlige Tobaksbruksundersøgelsen.					
Sverige:	Stikprøvedata. Datakilder: Voksne: data fra årlige stikprøveundersøgelser (Undersök-ningen av levnadsförhållanden, SCB og Nationella folkhälsoenkäten) Børn: data fra HBSC					
Island:	Stikprøvedata. Datakilder: Voksne: data fra landsdækkende undersøgelser, der foreta-ges hvert 5. år. Børn: data fra HBSC					
Finland:	Stikprøvedata. Datakilder: Voksne: data fra den årlige undersøgelse Health and Health behaviour of the Finnish Adult Population. Børn: data fra HBSC					
Grønland:	Stikprøvedata. Datakilder: Voksne: data fra Sundhedsprofilen, der foretages hvert 5. år. Børn: data fra HBSC					

<b>2. Indikatorområde: Outcomeindikator</b>						
<b>Definition:</b> Prævalens af overvægt blandt voksne						
<p><b>Begrundelse for valg af indikator:</b> Overvægt har en stærkt negativ indflydelse på livskvalitet og forbindes med øget mortalitet. Overvægt øger risikoen for hypertension, dyslipidæmi, diabetes type II, hjertesygdom, hjerneinfarkt, galdeblæresygdom, knogleledsbetændelse, søvn-åpne, respirationsproblemer, cancer i livmoderslimhinde, bryst-, prostata- og coloncancer. (DELSA/ELSA/WD/http (2004)16 p. 17).</p> <p>Antallet af overvægtige individer er stærkt stigende og medfører dyre behandlinger samt overdødelighed. Dette, samt de gode muligheder for at forebygge, betyder at overvægt rangerer højt på listen over internationale fokusområder indenfor forebyggelse og sundhedsfremme (se WHO: The European Health Report 2005). Indikatoren måler både på BMI mellem 25 og 30 samt på 30 og derover, for at kunne skelne mellem overvægt og svær fedme mellem landene. Der fokuseres udelukkende på voksne, da der ikke fra officiel hånd er fastsat en definition af BMI-grænser for overvægt hos børn.</p>						
<b>Datadefinition af tæller (numerator):</b> Antal pers. med selvrangeret BMI $\geq 25$ < 30 og BMI $\geq 30$						
<b>Datadefinition af nævner (denominator):</b> Stikprøvestørrelse						
<p>Bemærkninger: Baggrundvariable: Køn og Alder – fælles definition af inkluderede aldersgrupper nødvendig. Selvrangerede data fra alle de nordiske lande undtagen Grønland, som dog fremover vil benytte Selvrangerede data. Data til sammenligning bør være indsamlet indenfor et år for sikre så høj sammenlignelighed på denne faktor som mulig.</p> <p>Det anbefales, at man, så snart det er muligt, supplerer BMI med taljemål, der i vide kredse opfattes som en mere valid målemetode for overvægt. Målet anvendes dog endnu ikke af alle nordiske lande. På sigt bør man stræbe efter objektive højde-vægt målinger hos børn</p>						
<b>Svar</b>	<b>DK</b>	<b>N</b>	<b>Se</b>	<b>IS</b>	<b>Fi</b>	<b>Gr</b>
Data for indikatoren kan konstrueres fra tilgængelig register	Ja	Ja	Ja	Ja	ja	Ja
<b>Bemærkninger:</b>						
Danmark:	Stikprøvedata. Selvrangerede data fra SUSY undersøgelsen, der foretages hvert 4.-5. år					
Norge:	Stikprøvedata. Datakilde: Levekårsundersøgelsen, der foretages hvert 5. år					
Sverige:	Stikprøvedata . Datakilde: Undersökningen av levnadsförhållanden, SCB og Nationella folkhälsoenkäten, FHI, som foretages hvert år					
Island:	Stikprøvedata. Datakilde: Landsdækkende undersøgelse der udføres hvert 5. år					
Finland:	Stikprøvedata. Datakilde: Den årlige undersøgelse Health and Health behaviour of the Finnish Adult Population					
Grønland:	Stikprøvedata. Objektivt målt (af interviewer), men fremover bliver data selvrangerede.					



<b>3. Indikatorområde: Outcomeindikator</b>						
<b>Definition:</b> Gennemsnitligt alkoholindtag pr. uge						
<b>Begrundelse for valg af indikator:</b> Den store sygdomsbyrde som skyldes skadeligt forbrug af alkohol samt tilstedeværelsen af effektive metoder til at reducere denne byrde betyder, at alkohol problemer er et vigtigt og relevant område for sundhedsfremme- og forebyggelsesarbejde.						
<b>Datadefinition af tæller (numerator):</b> Selvrapporteret gennemsnitligt antal genstande alkohol indtaget pr. uge						
<b>Datadefinition af nævner (denominator):</b> Stikprøvestørrelse						
<b>Bemærkninger:</b> Baggrundsvariable: Køn og Alder. Data til sammenligning bør være indsamlet indenfor et år for sikre så høj sammenlignelighed på denne faktor som mulig.						
<b>Svar:</b>	<b>DK</b>	<b>N</b>	<b>Se</b>	<b>IS</b>	<b>Fi</b>	<b>Gr</b>
Data for indikatoren indsamles løbende i offentlig landsdækkende register						
Data for indikatoren kan konstrueres fra tilgængelig register	Ja	Ja	ja	Ja	ja	Ja
<b>Bemærkninger:</b>						
Danmark:	Stikprøvedata. Datakilder: Voksne: data fra SUSY Undersøgelsen, der foretages hvert 4.-5. år. Børn: data fra HBSC.					
Norge:	Stikprøvedata. Voksne: data fra Statens Institutt for Rusmiddelforskning. Børn: data fra HBSC.					
Sverige:	Stikprøvedata . Voksne: data fra den årlige Nationella folkhälsoenkäten. Børn: data fra HBSC.					
Island:	Stikprøvedata. Voksne: data fra nationale stikprøveundersøgelser, der foretages regelmæssigt. Børn: data fra HBSC.					
Finland:	Stikprøvedata. Voksne: data fra den årlige undersøgelse Health and Health behaviour of the Finnish Adult Population. Børn: data fra HBSC.					
Grønland:	Stikprøvedata. Voksne: data fra Sundhedsprofilen, der foretages hvert 5. år. Børn: data fra HBSC.					

<b>4. Indikatorområde: Outcomeindikator</b>						
<b>Definition:</b> Registreret incidens af klamydia infektion						
<p><b>Begrundelse for valg af indikator:</b> Incidensen af seksuelt overførte sygdomme vedbliver at være af stor relevans både set fra en klinisk synsvinkel og fra en policy-relateret synsvinkel. Ubehandlet klamydia kan føre til nedsat fertilitet. Infektionen er dog let at behandle.</p> <p>Ændringer i incidensen af klamydia formidler desuden vigtig information om udbredelsen af seksuel risikoadfærd, herunder ubeskyttet samleje. Derfor kan incidens af klamydia og andre kønssygdomme fungere som proxy for et estimat for risikoen for HIV-smitte (se DELSA/ELSA/WD/HTP(2004)16).</p>						
<b>Datadefinition af tæller (numerator):</b> Antal nye konstaterede tilfælde af klamydia infektion						
<b>Datadefinition af nævner (denominator):</b> 100.000 indbyggere						
<b>Bemærkninger:</b> Populationsdata. Baggrundsvariable: Køn og Alder						
<b>Svar:</b>	<b>DK</b>	<b>N</b>	<b>Se</b>	<b>IS</b>	<b>Fi</b>	<b>Gr</b>
Datatilgængelighed:						
Data for indikatoren indsamles løbende i offentlig landsdækkende register	Ja		ja	Ja	ja	Ja
Data for indikatoren kan konstrueres fra tilgængelig register			ja			
Data for en variant af indikatoren kan konstrueres (beskriv varianten i Bemærkninger)			ja			
Data for indikatoren bliver måske tilgængelig indenfor de næste tre år		ja				
<b>Bemærkninger:</b>						
Danmark:	Data fra central database 1 gang årligt					
Norge:	Pt. ingen data. Forventet: database tilgængelig fra internettet					
Sverige:	Data 2 gange årligt fra Smittskyddsinstutet					
Island:	Data fra den statslige epidemiolog 1 gang årligt					
Finland:	Data fra statistisk database under Registeret over smitsomme sygdomme 1 gang årligt					
Grønland:	Data fra Embedslægeinstitutionen 1 gang årligt					

## Bilag 11. *Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for primær sektor*

### **Vaccination MMR 2-årige (Morbili, Measles, Rubeola)**

Der findes en OECD indikator for: Coverage for basic vaccination programme, Age 2.

NUMERATOR: Number of children who are fully immunised at age 2 for basic vaccination programme.

DENOMINATOR: Number of children age 2 years.

Vaccinationsprogrammerne er forskellige. De måler derfor compliance af det nationale program. Det er uigennemskueligt, hvordan data er indsamlede, og hvilke fejlkilder der er. Man skal sammenholde flere forskellige vaccinationsdatoer for samme barn. Det er ikke beskrevet, hvordan man gør dette. Nedenstående afgrænsning i forhold til OECD indikatoren er mest interessant set i nordisk perspektiv og giver en bedre datavaliditet.

### **Vaccination MMR 2-årige (Mumps, Measles, Rubella)**

---

Indikatorområde: Faglig

Definition af indikator: Vaccinationsrate for MMR (1. vaccination) inden 2-årsalderen

Begrundelse for valg af indikator: Der er høj dækning i Norden vedrørende småbørns-vaccinationerne, men MMR er dårligst dækket, derfor har den interesse frem for de øvrige vaccinationer. og det er vigtigt, at børnene får den første vaccination som små, fordi MMR sygdommene her kan have et alvorligt forløb.

Ifølge OECD var dækningsgraden i Norden for data indsamlet i perioden 2000–2005: Danmark 96%, Grønland: 87,7% (2000–2004), Finland 96,6%, Island 93%, Norge 88%, Sverige 94,5%

Inklusionskriterier: Registrerede MMR vaccinationer ved alderen 2 år

MMR vaccinationer foretages første gang: Danmark: 15 måneders alderen.

Grønland: 15 måneders alderen. Finland: 14–18 måneders alderen, Island: 18 måneders alderen. Norge: 15 måneders alderen. Sverige: 18 måneders alderen

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal børn indenfor en alder af 12 til 24 måneder, der i perioden 1.1.20xx–31.12.20xx har fået MMR vaccination

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal 2-årige i det pågældende land per seneste opgørelse i 20xx.

**Datatilgængelighed:** Data for indikatoren indsamles løbende i en offentlig landsdækkende register/database

Alle vaccinationer registreres i Danmark, Island, Norge, Sverige, Grønland.

I Finland registreres hvert andet år på basis af et repræsentativt udsnit (størrelse?). Senest for årgang 1999. Dækningsgraden meget høj. 80–100% i Grønland men ellers > 95%.

Datakvalitet er meget høj i alle lande. Inklusionskriterier: Ingen problemer.

## Vaccination MMR 12-årige

---

**Indikatorområde:** Faglig

**Definition af indikator:** Vaccinationsrate for 2. MMR vaccination I 12 års alderen

**Begrundelse for valg af indikator:** Der er høj dækning i Norden vedr. småbørnsvaccinationerne. Derimod er det vanskeligere at opnå høj dækningsgrad af de 12-årige.

Vaccinationsstrategien er forskellig i de nordiske lande. Grønland: 75,6% (2000–2004)

**Inklusionskriterier:** Registrerede vaccination i aldersgruppen 11–13 år inklusive.

MMR vaccinationer foretages anden gang:

Finland i 6 årsalderen + Danmark, Grønland, Island, Norge, Sverige i 12 års alderen

**Datadefinition af tæller (numerator):** Antal børn indenfor en alder af 11 til 13 år, der i perioden 1.1.20xx–31.12.20xx har fået MMR vaccination

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal 12-årige per seneste opgørelse i 20xx.

**Datatilgængelighed:** Data for indikatoren indsamles løbende i offentlig landsdækkende register/database: Danmark, Island, Sverige og Grønland. Konstrueres fra tilgængelig register/database: Norge Uoplyst: Finland

**Datakomplethed:** Tæt ved 100% for Danmark, Island og Grønland. Norge har data for 16 årige

**Datakvalitet:** Meget høj, ingen større fejlkilder.

**Inklusionskriterier:** Norge registrerer de 16 årige

## Influenza vaccination for 65+årige

OECD indikator: Influenza vaccination for adults over 65. Numerator: Number offered an annual influenza vaccination. Denominator: Number of adults over 65 years.

I OECD opgørelsen følgende data:

Danmark: 65+årige. 52% i 2004

Sverige: Anden aldersgruppe! 54% i 2004

Norge: Kan kun opgøre på 65+årige samt risikogruppe (yngre aldersgrupper). Ingen opgørelse.

Island: Data vil blive tilgængelige i 2007 gennem ny database.

Finland: 65+årige 46% i 2003. Tallet er muligvis for lavt.

## Influenza vaccination for 65+årige

---

**Indikatorområde:** Faglig

**Definition af indikator:** Vaccinationsrate for Influenza for 65+årige

**Begrundelse for valg af indikator:** Alle nordiske lande anbefaler årlig influenzavaccination af ældrepopulationen. Men der er forskellig strategi for dennes gennemførelse. Grænsen er almindeligvis 65+årige. Evidensgrad: A.

**Inklusionskriterier:** Årlig registrerede udleverede vacciner til 65+årige i det pågældende land.

Kan opfyldes for Danmark, Finland og Island men ikke Norge og Grønland

**Datadefinition af tæller (numeratør):** Antal årlig registrerede influenzavaccinationer for 65+årige

**Datadefinition af nævner (denominator):** Antal årlig registrerede 65+årige

**Datatilgængelighed:** Data for indikatoren indsamles løbende i offentlig landsdækkende register/database Danmark, Finland og Island (90%) registrerer givne vaccinationer.

Norge kan kun registrere antal leverede doser uanset alder jf. ovenfor.

Sverige kan konstruere data fra tilgængelig register / database (ikke nærmere beskrevet).

Grønland har ikke tilgængelige data, men måske konstrueres indenfor de næste tre år

**Datakomplethed:** Nær 100% eksklusiv Grønland

**Datakvalitet:** God for de lande, der kan registrere

## Forbrug af bred- og smalspektret penicillin

---

**Indikatorområde:** Faglig

**Definition af indikator:**

Forholdet mellem

1. totale årlige salg af smalspektret og bredspektret penicillin til human brug ordineret i primær sektor
2. totale årlige salg af smalspektret og makrolider til human brug ordineret i primær sektor
3. totale årlige salg af smalspektret og bredspektret penicillin + makrolider til human brug ordineret i primær sektor
4. totale årlige salg af bredspektret penicillin og kinoliner til human brug ordineret i primær sektor

**Begrundelse for valg af indikator:** Risikoen for resistensudvikling betyder at smalspektret penicillin bør foretrækkes hvor muligt

**Inklusionskriterier:** Primær sektor, hele landet alle aldersgrupper og køn, Solgt mængde (DDD)

pr. 1.000 indbyggere pr. døgn for følgende ATC-koder:

J01CE (Beta-lactamase følsomme penicilliner), J01CA (Penicilliner med udvidet spektrum)

J01FA (Makrolider), J01MA (Fluoroquinoloner)

**Datadefinition af tæller (numeratør):** 1. Primær sektor, hele landet alle aldersgrupper og køn, Solgt mængde (DDD) pr. 1.000 indbyggere pr. døgn for følgende ATC-koder: J01CE, J01CE, J01CE, J01CA

**Datadefinition af nævner (denominator):** Primær sektor, hele landet alle aldersgrupper og køn, Solgt mængde (DDD) pr. 1.000 indbyggere pr. døgn for følgende ATC-koder: 1. J01CA, J01FA, J01CA + J01FA, J01MA

**Evidensgraduering for indikator:** Evidensgraduering for indikator – styrke A – B – C eller D

The Copenhagen Recommendations (1) konkluderer, at resistens overfor antibiotika er et væsentligt problem i Europa. Forbruget er meget forskelligt blandt landene, og der bør indsamles nationale data

Et Cochrane studie (2) påviser, at der er et overforbrug af antibiotika mod virale infektioner samt valg af antibiotika for bakterielle infektioner. Der er behov for gode målemetoder til at belyse forbruget.

Disse anbefalinger støttes fra Danmark af Kolmos (3).

Frimodt-Møller og Kampmann finder de foreslåede indikatorer interessante (personlig meddelelse).

*Referencer:*

1. Roshdal VP, Pedersen KB. The Copenhagen Recommendations Report from the Invitational EU Conference on The Microbial Threat. Copenhagen, Denmark 9–10 September 1998.
2. Arnold SR, Straus SE. Interventions to improve antibiotic prescribing practices. The Cochrane Database of Systemic Reviews 2006 Issue 2.
3. Kolmos HJJ. Kvalitetssikring af antibiotikabehandling. Nyttet det – og hvad har størst effekt? Ugeskr Læger 2006; 168/44: 3808 – 12.

**Datatilgængelighed:** Data for indikatoren indsamles løbende i offentlig landsdækkende register/database: Danmark, Finland, Island, Norge, Sverige. Data trækkes fra apoteksoplysninger.

Grønland kan opgøre det samlede indkøb af bred- og smalspektret penicillin til Grønland.

**Datakomplethed:** 100%

**Datakvalitet:** God

**Inklusionskriterier:** Kan opfyldes (eksklusiv Grønland)

## Bilag 12. Beskrivelse af kvalitetsindikatorer for psykiatri

### Tvang – Tvangsinnleggelse (Tvangsvård)

---

**Indikatorområde:** Organisasjon

**Definisjon av indikator:** Antall tvangsinnleggelse (per 1000 innbyggere) og andel tvangsinnleggelse av totalt antall innleggelse

**Begrunnelse for valg av indikator:** Det er vist store geografiske forskjeller i bruk av tvang, og som ikke nødvendigvis kan tilskrives pasientsammensetningen.

Tvangsinnleggelse/tvangsopphold er et alvorlig inngrep i personlig frihet. Det er derfor etisk, faglig og samfunnsmessig viktig å overvåke bruk av tvang for å begrense denne til situasjoner der det er helt nødvendig.

En uforholdsmessig høy andel tvangsinnleggelse kan indikere at pasientenes rettsikkerhet ikke blir tilstrekkelig ivarett. Det er et overordnet helsepolitisk mål å redusere og kvalitetssikre bruken av tvang. Undersøkelser, bl.a. »Gjennombruddsprosjekt Psykiatri« (Den norske lægeforening 2002), har vist at økt fokus på tvang medførte klar reduksjon av tvangsbruken og større grad av kvalitetssikring rundt bruk av tvang

**Inklusjonskriterier (fx ICD-10 koder):** Alle tvangsinnleggelse/vedtak om tvangsopphold registret i henhold til lov og forskrift om psykisk helsevern (mental vård) i det enkelte land.

Vedtak om tvangsopphold i psykiatrisk sykehus kan skje ved innleggelse, eller innleggelsen kan være frivillig med senere konvertering til tvangsopphold (Danmark). Begge kategorier tvangsopphold inngår i registreringen. (1)

(1) *På grunn av ulikt lovverk i de nordiske landene foreslås det å registre tvangsopphold uavhengig av tidspunkt for bruk av tvang under oppholdet (f.eks. om tvang skjer ved innleggelse eller om det var frivillig innleggelse og senere konvertering til tvangsopphold etter vedtak)*

**Eksklusjonskriterier:**

- Pasienter som innlegges med hjemmel i dom, jf. Straffeloven.
- Avdelings-/institusjonsoverføringer under samme opphold ved bruk av tidligere vedtak om tvangsopphold (slik overføring registreres som ett vedtak)

**Datadefinisjon av teller (numerator):** Antall innleggelse og sykehusopphold i psykiatrisk institusjon/ psykiatrisk avdeling med formelt vedtak om bruk av tvangsopphold

**Datadefinisjon av nevner (denominator):** Totalbefolkningen og totalt antall innleggelse (sykehusopphold) i psykiatrisk institusjon/ psykiatrisk avdeling i løpet av et kalenderår

**Bemerkninger:** Data oppgis som antall tvangsinnleggelse per 1000 innbyggere, og som andel tvangsinnleggelse (i prosent) av totalt antall innleggelse

## Ventetid

---

### Ventetid til første konsultasjon for barn og ungdom

**Indikatorområde:** Organisasjon, pasientopplevd kvalitet

**Definisjon av indikator:** Gjennomsnittlig ventetid (antall dager) til 1. konsultasjon ved psykiatrisk poliklinikk (øppenvård) for barn og ungdom

**Begrunnelse for valg av indikator:** Det er et mål at tjenestene har god tilgjengelighet for brukerne. I alle de nordiske landene har det vært fokusert på kapasitet og tilgjengelighet til psykiatrisk vurdering/behandling for barn og ungdom. Det er en forventning og et ønske at tilgjengeligheten er god for denne pasientgruppen. God tilgjengelighet og kort ventetid kan bidra til å øke tilliten til psykisk helsevern i befolkningen. Man har her valgt å sette fokus på tilgjengelighet og benytte ventetid som indikator.

Siden de fleste pasientene behandles poliklinisk (i øppenvård) er det naturlig å velge poliklinisk behandling. Lang tid fra pasienten er henvist til primærvurdering/klinisk vurdering finner sted, kan medføre at tilstanden og prognosen forverrer seg. Det er indikasjon på at tidlig intervensjon kan gi bedre resultat og prognose på lengre sikt i mange tilfelle.

**Inklusjonskriterier (fx ICD-10 koder):** Alle barn og ungdommer (under 18 år) som er henvist til vurdering/behandling ved psykiatrisk poliklinikk for barn og ungdom.

*(Etter fylte 18 år inngår pasientene ikke i lenger i populasjonsgrunnlaget)*

**Eksklusjonskriterier:** Innleggelse/henvisninger som øyeblikkelig.

**Datadefinisjon av teller (numerator):** Sum ventetid (antall dager) for alle henvisninger som blir fulgt opp med primærbehandling/klinisk vurdering ved allmennpsykiatriske poliklinikker.

**Definisjon av ventetid:** Tid (antall dager) fra institusjonen mottar henviing (i »postmottak») til primærbehandling/ klinisk vurdering finner sted, eller skulle funnet sted om pasienten ikke møter.

**Datadefinisjon av nevner (denominator):** Totalt antall pasienter som er fulgt opp med primærbehandling/klinisk vurdering ved allmennpsykiatriske poliklinikker i den samme perioden.

**Bemerkninger:** Data oppgis som gjennomsnitt (mean) ventetid i dager for hele gruppen i den aktuelle perioden.

## Selv mord etter innleggelse i psykiatrisk institusjon

---

**Indikatorområde:** Faglig.

**Definisjon av indikator:** Andel selvmord under opphold i psykiatrisk institusjon/psykiatrisk avdeling.

**Begrunnelse for valg av indikator:** Selvmordsrisiko er høy under innleggelsen. Å redusere antall selvmord i befolkningen er en viktig målsetting i alle de nordiske landene. Det psykiske helsevernet har en viktig rolle her. Det er viktig at man i psykisk helsevern vurderer risiko for selvmord hos pasienter som er under behandling, og iverksetter tiltak som kan forhindre selvmord under opphold i institusjon.

Systematisk kartlegging av selvmordsrisiko under innleggelsen er relevant.

Det fysiske behandlingsmiljøet (vårdmiljøen) må utformes slik at det minsker risiko for at det begås selvmord under oppholdet. Det er en viss dokumentasjon for at adekvat diagnostikk og behandling av psykiske lidelser reduserer selvmordsrisiko.

**Inklusjonskriterier (fx ICD-10 koder):** Alle registrerte selvmord under opphold i psykiatrisk institusjon. *(Fremskaffing av data forutsetter i de fleste tilfelle kopling av pasientadministrative registre og det sentralt dødsårsaksregisteret).*

**Datadefinisjon av teller (numerator):** Antall selvmord under opphold.

**Datadefinisjon av nevner (denominator):** – Antall innlagte totalt i perioden.

– Antall selvmord i befolkningen

Totalbefolkning

**Bemerkninger:** Data oppgis som rate per 1000 innleggelse, andel selvmord (i prosent) av totalt antall selvmord i befolkningen per år, og som antall selvmord under innleggelse pr. 100.000 innbyggere.



## Bilag 13. Datakilder til tabel 2

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Sverige
<b>Sygdomsspecifikke indikatorer</b>						
Apoplexi, hjerneblødning, død under indlæggelse indenfor 30 dg.	LPR	Hosp. Udskrivnings Registeret	LPR	Landspítali – Universitetssjukhus	Norsk Patientregister	Patient Registry
Apoplexi, hjerneblødning, død indenfor 30 dg.	NIP	Hosp. Udskrivnings Registeret	LPR	–	Kunnskapscenteret, Report no 4-2005	Patient Registry and Cause of death register
Apoplexi, blodprop i hjernen, død under indlæggelse indenfor 30 dage	OECD Health Quality WP	Hosp. Udskrivnings Registeret	LPR	Landspítali – Universitetssjukhus	Patientregister	Patient Registry
Apoplexi, blodprop i hjenen, død indenfor 30 dage	NIP	Hosp.Udskrivnings Registeret/ Dødsårsagsregister	LPR	–	Kunnskapssenteret, Report no 4-2005	Patient Registry and Cause of death register
Blodprop i hjertet, død under indlæggelse indenfor 30 dage	LPR	Hosp. Udskrivnings Registeret	LPR	Landspítali – Universitets sjukhus	Patientregister	Patient Registry
Blodprop I hjertet, død indenfor 30 dg.	Dansk Hjerteregister	Hosp.Udskrivnings Registeret/ Dødsårsagsregister	LPR	–	Kunnskapssenteret, Report no 4-2005	Patient Registry and Cause of death register
Tyk- og endetarmskræft, død indenfor 30 dage efter 1. operation	–	–	LPR	–	–	National health quality register for cancer colon/rectum (klin. database)

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Sverige
<b>Sygdomsspecifikke indikatorer</b>						
Tyk- og endetarmskræft, død under indlæggelse indenfor 30 dg. efter 1. operation	-	Hospitals Udskrivnings Registeret	LPR	Landspítali - Universitetssjukhus	-	
Lungekræft, død indenfor 30 dage efter 1. op.	NIP	-	LPR	-	-	
Lungekræft, død under indlæggelse indenfor 30 dage efter 1. operation	-	Hospitals Udskrivnings Registeret	LPR	Landspítali - Universitetssjukhus	-	
Brystkræft, 1 års observeret overlevelsesrate	LPR	-	LPR	Isländsk Cancerforening	Kreftregisteret	Cancer Register
Brystkræft, 1 års relativ overlevelsesrate	LPR	Cancer Registeret	-	Isländsk Cancerforening	Kreftregisteret	Cancer Register
Brystkræft, 5 års observeret overlevelsesrate	LPR	-	LPR	Isländsk Cancerforening	Kreftregisteret	Cancer Register
Brystkræft, 5 års relativ overlevelsesrate	LPR	Cancer Registeret	-	Isländsk Cancerforening	Kreftregisteret	Cancer Register
Prostatakræft, 5 års observeret overlevelsesrate	LPR	-	LPR	Isländsk Cancerforening	Kreftregisteret	Cancer Register
Prostatakræft, 5 års relative overlevelsesrate	LPR	Cancer Registeret	-	Isländsk Cancerforening	Kreftregisteret	Cancer Register
Hjertekirurgi, død indenfor 30 dage	Dansk Hjerteregister	Hospitals Udskrivnings Registeret	-	-	-	Svenska hjärtkirurgi registret (klin. database)
Hjertekirurgikirurgi, død under indlæggelse indenfor 30 dage	Dansk Hjerteregister	Hosp. Udskrivnings Registeret	-	Landspítali - Universitetssjukhus	Patientregister	-
PTCA, død indenfor 30 dage	Dansk Hjerteregister	Hosp. Udskrivningsregisteret og Finlands Statistik	-	-	-	Patient Registry
PTCA, død under indlæggelse indenfor 30 dage	Dansk Hjerteregister	Hosp. Udskrivnings Registeret	-	Landspítali - Universitetssjukhus	Patientregister	-

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Sverige
<b>Sygdomsspecifikke indikatorer</b>						
Fødsler, perineal-skader gr. III + IV	LPR	Hosp. Udskrivn. registeret + Med. Fødselsregister	-	Fødselsregisteret	Med. Fødselsregister (Folkehelseinstituttet)	Med. Birth Register
Fødsler, spædbørnsdødelighed	LPR	Dødsårsagsregisteret	Embedslægeinstitutionen	Fødselsregisteret og National Statistik	Med. Fødselsregister (Folkehelseinstituttet)	Med. Birth Register
<b>Forebyggelse og sundhedsfremme</b>						
Tobak	OECD Health Data 2006	OECD Health Data 2006	SIF, København og Nuuk	OECD Health Data 2006	StatBank, Statistics Norway	OECD Health Data 2006
Tobak (Mænd)	OECD Health Data 2006	OECD Health Data 2006	SIF, København og Nuuk	OECD Health Data 2006	StatBank, Statistics Norway	OECD Health Data 2006
Tobak (Kvinder)	OECD Health Data 2006	OECD Health Data 2006	SIF, København og Nuuk	OECD Health Data 2006	StatBank, Statistics Norway	OECD Health Data 2006
Overvægt	Statens Institut for folkesundhed	OECD Health Data 2006	SIF, København og Nuuk	OECD Health Data 2006	The Norwegian Institute of Public Health	OECD Health Data 2006
Alkohol	OECD Health Data 2006	OECD Health Data 2006	Grønlands Statistik	OECD Health Data 2006	Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research	OECD Health Data 2006
Klamydia, begge køn	Nomesco	Nomesco	Nomesco	The Directorate of Health	Institute of Public Health	Nomesco
Klamydia, mænd	Nomesco	Nomesco	Nomesco	The Directorate of Health	Institute of Public Health	Nomesco
Klamydia, kvinder	Nomesco	Nomesco	Nomesco	The Directorate of Health	Institute of Public Health	Nomesco
<b>Psykatri</b>						
Tvangsindlæggelser pr. indlæggelser på psyk. sygehus/afdeling	Register for anvendelse af tvang i psykiatri	Hosp. Udskr. Registeret	-	Landspitæli – Uni. Hosp.	SINTEF Helse	
Tvangsindlæggelser pr. 1.000 indbyggere	Register for anv. af tvang i psykiatri	Hosp. Udskr. Registeret	-	Landspitæli – Uni. Hosp.	SINTEF Helse	

	Danmark	Finland	Grønland	Island	Norge	Danmark
<b>Psykatri</b>						
Ventetid	-	-	-	Landspitali – Uni. Hosp.	SINTEF Helse	
Selv mord under psyk. indlæggelse pr. indlæggelser på psyk. sygehus/afd.	-	Hosp. Udskr. Register	-	Landspitali – Uni. Hosp.	SINTEF Helse	
Selv mord under psyk. indlæggelse, pr. selvmord i alt	-	Hosp. Udskr. Reg.	-	Landspitali – Uni. Hosp.	Statens Helsetilsyn	
Selv mord under psyk. indlæggelse, pr. 100.000 indbyggere.	-	Hosp. Udskr. Register	-	Landspitali – Uni. Hosp.	Social- og Helse- direktoratet-/ Statens helsetilsyn	
<b>Primær sektor</b>						
Influenza-vaccination	OECD Health Data 2006	OECD Health Data 2006	-	-	Institute of Public Health	Svenska smittskydds-institutet
MMR-vaccination, inden 2 årsalderen	Serum-instituttet	Folkhälsö-institutets survey	Embedslæge-institutionen	The Directorate of Health	National vaccination register	Svenska smittskydds-institutet
MMR-vaccination, inden 12 årsalderen	Serum-instituttet	-	-	The Directorate of Health	National vaccination register	Svenska smittskydds-institutet
Årligt salg af smalspektret penicillin i forhold til bredspektret penicillin	Lægemiddelstyrelsen	Läkemedelsverkets statistik	-	The Directorate of Health Medicin-databas	Institute of Public Health	Socialstyrelsen
Årligt salg af smalspektret penicillin i forh. til makrolider	Lægemiddelstyrelsen	Läkemedelsverkets statistik	-	The Directorate of Health Medicin-databas	Institute of Public Health	Socialstyrelsen
Årligt salg af smalspektret penicillin i f.t. bredspektret penicillin+makrolider	Lægemiddelstyrelsen	Läkemedelsverkets statistik	-	The Directorate of Health Medicin-databas	Institute of Public Health	Socialstyrelsen
Årligt salg af bredspektret penicillin i forhold til kinoliner	Lægemiddelstyrelsen	Läkemedelsverkets statistik	-	The Directorate of Health Medicin-databas	Institute of Public Health	Socialstyrelsen