

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

- Relevante områder i patientforløbet
- Organisatoriske midler og processer til udøvelse af klinisk virksomhed
- Evidensbaseret klinisk praksis
- Retvisende måling af kvaliteten, herunder patienters vurdering
- Vedvarende kvalitetsforbedring
- Omkostningseffektiv dokumentation og vurdering.

Korrespondance: *Johan Kjærgaard*, H:S Enhed for Klinisk Kvalitet, H:S Bispebjerg Hospital, Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV.
E-mail: jk02@bbh.hosp.dk

Antaget: 23. marts 2004
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Knudsen JL, Fugleholm AM, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2004;166:1779-83.
2. Fugleholm AM, Knudsen JL, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet III. Akkreditering i europæisk perspektiv. Ugeskr Læger 2004;166:1787-91.
3. Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. Version 1.2. Sundhedsstyrelsen 2003. www.kvalitetsmodel.dk/aug 2003
4. Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Forslag til en national model, del A og B. Udarbejdet af en projektgruppe under Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. http://www.sst.dk/publ/Publ2002/del_A.pdf og http://www.sst.dk/publ/Publ2002/del_B.pdf/nov 2001
5. Frølich A, Schiøler T, Lippert S et al. Akkreditering af hospitaler. Evalueringscenter for sygehuse og DSI. København: Institut for Sundhedsvæsen, 2001.
6. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. www.dsk.suite.dk - Kvalitetsbegreber- og definitioner/ jan 2003.
7. Woolf SH, Hutchinson A, Eccles M et al, Grimshaw J. Clinical guidelines. Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines. BMJ 1999;318:527-30.
8. Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Kapitel KP i: Standarder for Hospitaler. Officiel dansk oversættelse ved H:S efter Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals. Second Edition. København: Hovedstadens Sygehusfællesskab, 2003.
9. Mainz J, Bartels P, Rhode P. Accountability and measurement in the Danish healthcare system. I: Kazandjian VA, ed. Accountability through measurement. Milwaukee, Wisconsin: American Society for Quality 2003: 204-217.
10. Chen J, Rathore SS, Radford MJ et al. JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. Health Affairs 2003;22:243-54.
11. Collopy BT. Clinical indicators in accreditation: an effective stimulus to improve patient care. Int J Qual Health Care 2000;12:211-6.

Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet III

Akkreditering i europæisk perspektiv

Kvalitetschef Anne Mette Fugleholm,
udviklingschef Janne Lehmann Knudsen &
overlæge Johan Kjærgaard

Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, FoQUS Afdeling for
Forskning, Kvalitet, Kompetenceudvikling og Uddannelse,
Københavns Amt, Sundhedsforvaltningen, og
H:S Bispebjerg Hospital, Enhed for Klinisk Kvalitet

I artikel I beskrives udviklingen, der har ført til, at der nu arbejdes med en dansk kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet [1], og i artikel II beskrives akkreditering som teoretisk model for kvalitetsvurdering og -udvikling [2]. Nærværende artikel III beskriver fem europæiske landes tilgang til ekstern vurdering af sygehuse perspektiveret i forhold til den kommende danske kvalitetsmodel [3].

Akkreditering i Europa

I atten europæiske lande har man indført nationale eller regionale akkrediteringsprogrammer i dele af eller hele sundhedsvæsenet [4]. De fleste lande har hentet inspiration fra eller bygger på en af de tre store internationale akkrediteringsorganisationer: Joint Commission on Accreditation of Health

Care Organizations (JCAHO)/Joint Commission International (JCI), Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA) og Australian Council on Healthcare Standards (ACHS).

I 2001 nedsatte Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet en projektgruppe, som fik til opgave at udarbejde en beskrivelse af forskellige tilgange til kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet [5]. Der blev herunder gennemført en spørgeskemaundersøgelse i fire europæiske lande med det formål at synliggøre fordele og ulemper ved forskellige akkrediteringsprogrammer. I undersøgelsen deltog Fundacio

Det danske sundhedsvæsen er midt i arbejdet med at udforme en dansk model for kvalitetsvurdering. Den vil, når den bliver færdig og virkeliggjort, indebære aktiv deltagelse af alle klinikere og ledere i sundhedsvæsenet. Der er derfor god grund til at sætte sig ind i, hvad akkreditering står for, som baggrund for at tage stilling til den danske model i relation til eget arbejdsområde og stæsted. Tre artikler i dette nummer af Ugeskrift for Læger har til formål at give læseren denne baggrundsviden.

Avedian Donabedian (FAD), Spanien (Catalonien); Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), Holland; Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), Frankrig og Health Services Accreditation Implementation Steering Group (IHSAB), Irland.

I nærværende artikel er der endvidere inddraget erfaringer fra Clinical Standards Board for Scotland (CSBS), der gennemfører ekstern vurdering af sygehuse. Det skotske program har mange paralleller med et akkrediteringsprogram, men er det ikke, idet sygehuset ikke som resultat af den eksterne vurdering tildeles akkrediteringsstatus. CSBS er inddraget i denne artikel, da det i væsentlig grad vægter den sygdomsspecifikke kvalitet.

Status

I hvert af de fem programmer er der foretaget bevidste valg vedrørende organisation, vurderingsgrundlag (standarder), observations- og målemetoder (indikatorer), modellens fokus (patientforløb eller organisation), selve vurderingstilgangen (selvevaluering og ekstern vurdering) samt inddragelse af journalmateriale mv.

I **Tabel 1** vises resultater fra spørgeskemaundersøgelsen suppleret med data, som ikke er offentliggjort i den tidligere udgivne rapport [5]. Viderebearbejdningen er foretaget med fokus på de temaer, som særligt er væsentlige at afklare i det videre arbejde med en dansk kvalitetsmodel, herunder organisation, form og indhold af program, praktisk gennemførelse af de eksterne vurderinger etc. Data er suppleret med informationer fra relevante artikler. Supplerende oplysninger kan hentes på de angivne hjemmesider.

Der er et stort overlap mellem de standarder, der indgår i de enkelte programmer. Standarderne vedrører adgang til behandling og sammenhængende patientforløb, patient- og pårønderrettigheder, vurdering og behandling af patienten, vejledning og information, kvalitetsstyring og ledelse, risikostyring og patientsikkerhed, fysiske rammer, personalets kvalifikationer og uddannelse, data og informationsstyring samt forebyggelse og kontrol af infektioner.

Standarderne er helt overvejende generiske, det vil sige vedrører forhold af betydning for alle patienter, men i stigende omfang indgår der også sygdomsspecifikke standarder. Dette er særlig udtalt i det skotske program, hvor man har bygget den eksterne vurdering op omkring sundhedspolitisk højt prioriterede sygdomsområder [9]. I alle programmer indgår der standarder rettet mod såvel struktur, proces som resultat.

Evaluatorene udgøres af et team af fagpersoner med klinisk og ledelsesmæssig erfaring, typisk en administrator, en læge og en sygeplejerske. De har alle supplerende uddannelse af varierende omfang i at gennemføre ekstern vurdering af sygehuse. Evaluatorene er deltidsansatte og fortsat erhvervsaktive. Antallet af vurderingsforløb for den enkelte evaluator varierer fra et til femogtyve pr. år [4]. Der er således stor for-

skel på den erfaring, den enkelte evaluator opnår. Selvevaluering indgår i de fleste programmer og vægtes særlig højt i det irske akkrediteringsprogram.

Som led i den eksterne vurdering af sygehuset besøges et varierende antal kliniske afdelinger, og der gennemføres interview med ledelse, medarbejdere og patienter. Kun i det spanske akkrediteringsprogram indgår der gennemgang af konkrete patientforløb på baggrund af journalmateriale som et obligatorisk element i den eksterne vurdering.

Den eksterne vurdering afsluttes med en mundtlig rapport, som efterfølges af en skriftlig tildeling af akkrediteringsstatus, herunder anbefalinger om igangsættelse af kvalitetsforbedringsaktiviteter på områder med observeret kvalitetsbrist. I det skotske program udfærdiges der en tilsvarende rapport, men sygehuset får som tidligere nævnt ikke en samlet bedømmelse af standardernes målopfyldelse.

Programmernes valg vedrørende metode og indhold rummer fordele og ulemper, som skitseres i **Tabel 2**. Oplysningerne er indhentet og viderebearbejdet som beskrevet for Tabel 1.

Perspektiver

Akkreditering er et udviklings- og ledelsesværktøj, der har til formål at sikre kontinuerlig kvalitetsudvikling på alle niveauer som en integreret del af arbejdet for at sikre den kliniske kvalitet. Dette er sigtet med de omtalte fem programmer, og det er målet med Den Danske Kvalitetsmodel. I det følgende perspektiveres udvalgte elementer af de fem programmer til den foreliggende modelbeskrivelse for Den Danske Kvalitetsmodel [1].

Internationalt samarbejde

Aftalegrundlaget for Den Danske Kvalitetsmodel tilsiger, at udvikling og drift skal ske i samarbejde med en eller flere internationale akkrediteringsorganisationer, som det er sket i Irland, Holland og Catalonien.

Udvikling af egne standarder er en resursekrævende proces. I Spanien (Catalonien) og Irland har man i samarbejde med en international akkrediteringsorganisation tilpasset et sæt af allerede udviklede standarder til lokale forhold. Bag de eksterne standarder ligger et betydeligt udviklingsarbejde med inddragelse af en lang række interessenter. Ved at anvende disse har det været muligt at mindske resurseforbruget i udviklingsprocessen, samtidig med at der i tilpasningsprocessen er opnået lokalt ejerskab til standarderne [5].

Et internationalt samarbejde bidrager endvidere til at sikre kvalificeret uddannelse og vedligeholdelse af evaluatorernes kompetencer. Struktureret uddannelse er nødvendig for at sikre ensartethed i evaluatorernes vurdering af grad af målopfyldelse af de enkelte standarder.

Organisation

Den Danske Kvalitetsmodel er besluttet som et led i økono-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. Sammenligning af programmer til ekstern kvalitetsvurdering af sygehuse.

	Spanien (Catalonien)	Holland	Irland	Frankrig	Skotland
Første akkreditering/eksterne vurdering	1998	1999	2002	1999	2000
Organisation	<p>Foundacio Avedian Donabedian (FAD), etableret i 1988</p> <p>Samarbejde med Joint Commission International (JCI)</p> <p>Akkreditering er frivillig</p>	<p>Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), etableret i 1998</p> <p>Akkreditering var initialt frivillig. I 2001 har hospitalssammenslutningen vedtaget, at alle hospitaler skal akkrediteres inden udgangen af 2005</p>	<p>Health Services Accreditation Implementation Steering Group (IHSAB) etableret i 1998</p> <p>Samarbejde med Canadian Council on Health Services Accreditation (CCHSA)</p> <p>Akkreditering er frivillig</p>	<p>Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), oprettet i 1996</p> <p>Akkreditering er obligatorisk</p>	<p>Clinical Standards Board (CSBS), etableret i 1998. CSBS er i 2002 integreret i NHS Quality Improvement Scotland (QIS)</p> <p>Den eksterne vurdering er frivillig</p>
Ledelse	<p>Akkrediteringskomité med repræsentanter fra FAD, lægeforeningen, sygeplejefora, sammenslutningen af ledere i sundhedsvæsenet og en repræsentant for sundhedsministeriet</p>	<p>NIAZ-bestyrelse med repræsentanter fra hospitalssammenslutningen, lægeforeningen og sammenslutningen af universitetshospitaler</p> <p>Herudover er nedsat et rådgivende råd med repræsentanter fra patientforeninger, forsikringselskaber, primærsektoren og et ekspertpanel af faglige specialister</p>	<p>Styregruppe med repræsentanter fra videnskabelige selskaber og faglige fora, sundhedsministeriet, en international kvalitetseksper, en ekspert i organisation og strategi samt repræsentanter fra brugerne. Herudover er etableret et rådgivende råd med 15-35 medlemmer</p>	<p>Selvstændig bestyrelse. Herudover er etableret et Accreditation College (udpeget af sundhedsministeriet) som godkender akkrediteringsrapporter</p> <p>Den faglige rådgivning leveres af et fagligt råd</p>	<p>Selvstændig bestyrelse, med repræsentanter fra NHS trusts, sygehuse, primærsektoren og patienter</p>
Finansiering	Privat organisation	Hospitalssammenslutningen, lægeforeningen og sammenslutningen af universitetshospitaler	Regeringen	Regeringen	Regeringen
Programfokus	Patientforløb	Organisatoriske forhold	Organisatoriske forhold	Patientforløb	Patientforløb
Standarder	<p>Initialt udviklet egne</p> <p>I 1996 indledtes et samarbejde med Joint Commission on Accreditation of Health Care Organisation (JCAHO). Siden 2000 har de internationale standarder fra JCI dannet grundlag for den eksterne vurdering. Der indgår 89 standarder</p>	<p>Udviklet i samarbejde med CCHSA</p> <p>Der indgår 39 standarder</p>	<p>Udviklet i samarbejde CCHSA</p> <p>Der indgår 36 standarder. CCHSA deltager i den løbende revision</p>	<p>Egne.</p> <p>Der indgår 86 standarder</p>	<p>Egne</p> <p>Der indgår 12 standarder i de sygdomsspecifikke standardsæt. Herudover et sæt af generiske standarder</p>
Krav om overvågning af sygdomsspecifikke indikatorer	Ja, efter eget valg på 3 sygdomsområder	Nej	Nej	Nej	Ja, der er krav til specifikke indikatorer
Selvevaluering	Frivillig som led i forbedelse til den eksterne vurdering	Er obligatorisk	Er obligatorisk. Gennemføres som grundlag for den eksterne vurdering. 16-20 selvevaluerings-team på hvert hospital	Er obligatorisk	Er obligatorisk
Ekstern vurdering – gennemgang af kliniske afdelinger	Omkring halvdelen af de kliniske afdelinger, alle intensiv anæstesi-afdelinger samt afdelinger med akut funktion (skadestue, akutmodtageafdelinger), besøges	Afdelinger der skal modtage besøg, udvælges på baggrund af de indsendte selvevalueringsrapporter	Alle kliniske afdelinger modtager besøg	Afdelinger der skal modtage besøg, udvælges på baggrund af de indsendte selvevalueringsrapporter	Afhængig af det pågældende sygdomsområde

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. (Fortsat).

	Spanien (Catalonien)	Holland	Irland	Frankrig	Skotland
Gennemgang af konkrete patientforløb på baggrund af journalmateriale	Obligatorisk	Nej	Nej	Nej	Nej
Evaluatorteam	Team består af 2 evaluatore fra FAD og 1 fra JCI	Team består af 1-4 hollandske evaluatore	Team består af 4 irske evaluatore og 2 fra CCHSA	Team består af 3 franske evaluatore	Den eksterne vurdering foregår som en kollegial audit. Auditteamet (4-6 personer) sammensættes af QIS. Teamet bistås af 1-2 fuldtidsansatte fra QIS samt patientrepræsentant
Sammensætning og antal uddannede	Uddannet ca. 20 spanske evaluatore	Uddannet ca. 40 hollandske evaluatore	Uddannet ca. 40 irske evaluatore	Uddannet ca. 400 franske evaluatore	Uddannet ca. 1.000 evaluatore (fagfolk) og 500 patientrepræsentanter
Yderligere oplysninger	http://www.fad.org [4, 6]	http://www.niaz.nl [4, 7]	http://www.ihsab.ie [4]	http://www.anaes.fr [4, 8]	http://www.nhshealthquality.org [4, 9]

miforhandlinger mellem amterne og regeringen [2]. Den omfatter i første omgang alle sygehuse – offentlige som private. Akkreditering er således obligatorisk, og alle sygehuse skal med udgangen af 2006 være koblet til Den Danske Kvalitetsmodel.

Af de fem europæiske lande, der har programmer, er det kun i Frankrig, der stilles lovmæssigt krav om akkreditering

Tabel 2. Fordele og ulemper ved forskellige programmer i relation til valg af standarder og evaluatore.

Standarder	Egne	Eksterne
Fordele	Ejerskab og høj accept Afspejling af nationale forhold I udviklingsprocessen etableres kvalitetskultur	Standarder udviklet af professionelle med stor ekspertise og metodekendskab Løbende opdatering Minimalt resurseforbrug Sammenlignelige internationalt
Ulemper	Tids- og resursekrævende udviklingsproces Standarder ikke sammenlignelige internationalt Resursekrævende at vedligeholde standarder	Behov for at tilrette standarder til nationale forhold/egen kultur Behov for at etablere ejerskab
Evaluatore	Nationale	Internationale
Fordele	Uddannelse af evaluatore giver læring på flere niveauer Kendskab til sundhedsvæsen, lovgivning, regler og kultur Ingen sprogbarriere	Betydelig erfaring og ekspertise i uddannelse af evaluatore samt vedligeholdelse af deres kompetencer Betydeligt erfaringsgrundlag i gennemførelse af ekstern vurdering International accept og anerkendelse Bidrage med læring fra anden kultur
Ulemper	Resursekrævende at uddanne og vedligeholde evaluatorernes kompetencer Modstand ved at blive kigget over skuldrene af kolleger – <i>peer-review</i> i mindre specialer	Sprogbarrierer Mangler kendskab til sundhedsvæsen, lovgivning og kultur

af sygehuse. I flere andre lande er det vedtaget at stille mod national udbredelse af programmer vedr. akkreditering. Det gælder f.eks. i Holland, hvor alle hospitaler skal akkrediteres inden 2005 [4].

Ledelse og finansiering

Finansiering og ledelse af Den Danske Kvalitetsmodel er endnu ikke fastlagt.

De fem beskrevne europæiske programmer har valgt etablering af selvstændige organisationer, som har ansvaret for at gennemføre akkrediteringsforløb på de enkelte sygehuse og varetager den fortsatte udvikling af programmet. Der er udpeget en overordnet bestyrelse/råd/komité og etableret rådgivende udvalg, hvori der deltager videnskabelige selskaber og faglige fora. I den skotske model har patientrepræsentanter en fremtrædende plads. Sygehusejere og andre væsentlige interessenter er repræsenteret i bestyrelse/styregruppe knyttet til programmerne.

Gennemførelse af akkrediteringsforløb og den fortsatte udvikling af de enkelte akkrediteringsprogrammer varetages af en daglig driftsledelse uafhængigt af det politiske niveau [5].

Programfokus og standarder

Akkreditering har historisk været målrettet hospitaler, men flere af de internationale akkrediteringsorganisationer har nu udviklet programmer til primærsektoren. Den Danske Kvalitetsmodel omfatter i første omgang alle sygehuse – offentlige som private, men vil senere blive udbredt til alle udbydere af sundhedsydelser også i primærsektoren [2].

Modelbeskrivelsen af Den Danske Kvalitetsmodel tager udgangspunkt i patientforløbet som de øvrige europæiske og foreskriver et fælles vurderingsgrundlag for kvaliteten baseret på standarder og tilhørende indikatorer [1].

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

De fem europæiske programmer er overvejende rettet mod det generelle patientforløb på sygehuse. Standarderne for henholdsvis den patientrelaterede, den sundhedsfaglige og den organisatoriske kvalitet er tæt sammenhængende. Andre former for ekstern vurdering på sygehuse foregår parallelt med de i denne artikel skitserede akkrediteringsprogrammer, f.eks. visitate-systemet i Holland [8], ligesom man i alle de fem lande i dele af sundhedsvæsenet på laboratorieområdet arbejder med ISO-certificering [4].

Udvikling af et samlet akkrediteringsprogram tager tid. De programmer, som beskrives i denne artikel, har været under udvikling mellem et år (QIS, som byggede på det tidligere program fra Clinical Standard Board of Scotland) og ti år (ANAES og NIAZ) [4]. Udviklingstiden kan afkortes gennem internationalt samarbejde. Erfaringer fra Spanien (Catalonien) og Irland [5] viser samtidig, at brug af eksterne standarder giver faglig accept i organisationen, ligesom det betragtes som en fordel, at man i organisationen efterfølgende kan sammenligne sig internationalt. Erfaringerne fra de europæiske lande viser, at der er et fagligt incitament i at gennemføre en akkrediteringsproces, særlig når denne relaterer sig til klinisk betydningsfulde processer.

Løbende revision og opdatering af standarderne er nødvendig for at sikre, at standarderne fortsat lever op til nyeste viden. I de internationale akkrediteringsorganisationer foretages der systematisk metodeudvikling og revision af standarder med en gennemsnitlig tid mellem revision af standarder på 2,7 år [4].

Krav om overvågning af sygdomsspecifikke indikatorer

Der er generelt stigende fokus på integration af programmer for sygdomsspecifikke indikatorer i akkrediteringsprogrammer [3]. I Den Danske Kvalitetsmodel vægter man løbende overvågning af den sygdomsspecifikke kvalitet med indikatorer på relativt mange sygdomsområder højere, end man gør i de europæiske.

Fire af de fem europæiske programmer, som beskrives i nærværende artikel, indeholder ikke krav om overvågning af specifikke indikatorer, mens det skotske program stiller særlige krav om overvågning af et samlet sæt af fælles indikatorer for enkelte sygdomsområder [9].

Selvevaluering, ekstern vurdering, gennemgang af konkrete patientforløb og evaluatorsteam

Den Danske Kvalitetsmodel foreskriver en fælles evaluering-metode baseret på selvevaluering og ekstern vurdering samt en samlet rapportering baseret på løbende tilbagemeldinger, akkrediteringsstatus og offentliggørelse [1]. I modelbeskrivelsen lægges der op til et internationalt samarbejde omkring uddannelse af evaluatore og til, at gennemførelse af de eksterne vurderinger sker i et team af danske og internationale evaluatore [1].

I Spanien (Catalonien) og Irland har arbejdet med de inter-

nationalt godkendte standarder, og det faktum, at de eksterne evaluatore med sundhedsfaglig uddannelse fortsat er erhvervsaktive, bidrager til at skabe lokal accept hos klinikerne [5]. Udviklingen af kliniske retningslinjer til udmøntning af standarderne har bidraget til at skabe synlighed og lokal forankring af kvalitetsarbejdet.

Regelmæssig opfølgning på målopfyldelsen af standarderne gennem selvevaluering bidrager til at synliggøre opnåede kvalitetsforbedringer og understøtter etablering af en kvalitetskultur. Hvis selvevaluering imidlertid samles på få personer, som det er tilfældet i det irske akkrediteringsprogram, hvor 16-20 selvevalueringsgrupper varetager den fortsatte kvalitetsudvikling, er der risiko for, at kvalitetskulturen ikke breder sig ud i hele organisationen.

Erfaringer fra de europæiske lande viser, at samarbejde omkring uddannelsen af evaluatore har stor værdi. Både i Spanien (Catalonien) og Irland har man herudover valgt at indgå formelt samarbejde om gennemførelse af de eksterne vurderinger med henholdsvis den internationale amerikanske akkrediteringsorganisation JCI og den canadiske akkrediteringsorganisation CCHSA. Som led i uddannelsen og den efterfølgende supervision finder der en udveksling sted, hvor irske evaluatore deltager i akkrediteringsforløb i Canada, og catalanske evaluatore deltager i akkrediteringsforløb i USA (fortrinsvis spansk-talende områder).

Konklusion

De europæiske erfaringer udgør et væsentligt grundlag for de beslutninger, der skal træffes vedrørende den fortsatte udformning af Den Danske Kvalitetsmodel.

Korrespondance: *Anne Mette Fugleholm*, FoUQS Afdeling for Forskning Kvalitet, Kompetenceudvikling og Uddannelse, Frederiksborg Amts Sundhedsvæsen, Helsevej 2, DK-3400 Hillerød. E-mail: amf@fa.dk

Antaget: 29. marts 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Knudsen JL, Fugleholm AM, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2004;166:1779-83.
- Kjærgaard J, Knudsen JL, Fugleholm AM. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet II. Akkrediteringsprogrammer. Ugeskr Læger 2004;166:1784-7.
- Sundhedsstyrelsen. Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse. 2003. www.kvalitetsmodel.dk/sept 2003
- Shaw C. Accreditation in Europe: a summary of results of a survey of data for 1999 and 2001. <http://www.caspe.co.uk/dec> 2003
- Sundhedsstyrelsen. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Forslag til en national model del A og B. Udarbejdet af en projektgruppe under Det Nationale Råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. November 2001. <http://www.sst.dk/pub/Publ2002/delA.pdf> og <http://www.sst.dk/pub/Publ2002/delB.pdf>;sept 2003
- Bohigas L, Sunol R. Accreditation in Spain: the FAD-joint Commission Program. Barcelona: Avedis Donabedian Foundation, 2001. Vienas Serveis Editorials, S.L.
- Van Gennip EM, Smitt PA Sr. The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals. Int J Qual Health Care 2000;12:259-62.
- Accreditation Manual for Health Care organisations. Paris: Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé, 1999.
- Clinical Standard Board for Scotland. I) Clinical Standards for Lung Cancer. II) Clinical Standards for Schizophrenia. III) Generic Standards. Edinburgh: Clinical Standard Board for Scotland, 2001.