

# **Kvalitetsudvikling af ambulant alkoholbehandling**

**af**

**Bent Nielsen & Anette Søgaard Nielsen**



# Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse .....	3
Forord .....	5
Kapitel 1 .....	7
Sammenfatning .....	7
1.1 Baggrund.....	7
1.2 Formål.....	8
1.3 Projektforløb .....	9
1.4 Kvalitetsarbejdet.....	10
1.5 Væsentlige resultater .....	13
1.6 Konklusion og perspektiv .....	15
Kapitel 2 .....	17
Den ambulante alkoholmisbruger .....	17
2.1 Offentlig behandling i Danmark .....	17
2.2 Materiale og metode .....	18
2.3 Henvendelse og visitation .....	19
2.3 Demografiske og sociale karakteristika.....	19
2.4 Alkoholmisbrug.....	21
2.5 Psykiske forhold .....	24
2.6 Behandlingsbehov .....	26
2.7 Typiske karakteristika hos patienterne ved ambulatorierne.....	28
Kapitel 3 .....	29
Alkoholbehandlingscenteret .....	29
3.1 Organisation .....	29
3.2 Optageområdet .....	30
3.3 Evidensbaseret praksis.....	30
3.4 Akut behandling .....	32
3.5 Udredning og kortlægning .....	33
3.6 Visitation (odensemodellen) .....	33
3.7 Psykosocial behandling.....	35
Kapitel 4 .....	37
Kvalitetsudviklingsbegreber .....	37
4.1 Kvalitet i behandlingen.....	37
4.2 Kvalitetsudvikling .....	38
4.3 Patientforløb.....	39
4.4 Kriterier og standarder.....	40
4.5 Indikatorer.....	42
4.6 Kvalitetsmålinger .....	44
4.7 Kvalitetscirkler .....	45
4.8 Audit .....	46
4.9 Kvalitetsudviklingsprocessen.....	46
4.10 Forskning og kvalitetsudvikling .....	48
Kapitel 5 .....	49
Den danske kvalitetsmodel.....	49
5.1 Baggrund.....	49
5.2 Kvalitetsmodellens grundelementer .....	50

5.3 Temaer i Kvalitetsmodellen .....	51
5.4 Standardernes opbygning .....	52
5.5 Indikatorer og selvevaluering .....	53
5.6 Rapportering og akkreditering .....	54
5.7 Organisering af DDKM .....	55
Kapitel 6 .....	57
Kvalitetsudvikling i alkoholbehandling: En litteraturgennemgang .....	57
Kapitel 7 .....	61
Projektets forløb .....	61
7.1 Kvalitetsudviklingsstrategi .....	61
7.2 Målsætning .....	63
7.3 Organisation og medinddragelse .....	64
7.4 Førmålinger og kvalitetvurderinger .....	65
7.5 Prioritering og udviklede standarder .....	70
7.7 Implementering .....	76
7.8 Audit og feedback .....	79
Kapitel 8 .....	81
Resultater .....	81
8.1 Evalueringsinstrumenter .....	81
8.2 Patienter og opfølgning .....	85
8.3 Analysemetoder .....	88
8.4 Modtagelsen og Den akutte behandling .....	89
8.5 Den psykosociale behandling .....	92
8.6 Patienttilfredshed .....	96
Kapitel 9 .....	99
Diskussion .....	99
9.1 Generel diskussion .....	99
9.2 Metode diskussion .....	101
9.3 Afslutning .....	103
Litteratur .....	105
Appendiks I .....	113
Standard 1 .....	114
Standard 2 .....	115
Standard 3 .....	116
Standard 4 .....	117
Standard 5 .....	118
Standard 6 .....	119
standard 7 .....	120
Standard 8 .....	121
Appendiks II .....	123
Tjekliste .....	124
Appendiks III .....	127
Statusskema .....	128
Appendiks IV .....	137
Eksempler på journalaudit .....	138

# Forord

I de senest år har der været fokus på kvaliteten af de sundhedsydelse, som det offentlige tilbyder, og der bliver i stigende omfang stillet krav til dokumentation og synliggørelse af kvaliteten overfor borgere, administratorer og politikere.

Sundhedsstyrelsen har i 2006 kortlagt den danske alkoholbehandling i en medicinsk teknologivurdering. Rapporten fremhæver at den danske alkoholbehandling er præget af uensartede tilbud, varierende dokumentation af indsatsen og manglende systematisk kvalitetsudvikling.

I herværende bogudgivelse søger vi at rette op på dette ved at beskrive et kvalitetsudviklingsprojekt omhandlende ambulante alkoholbehandling.

Projektet omhandler en analyse af over 1000 patientforløb ved AlkoholBehandlingsCenteret i Fyns Amt. Da mange patienter blev geninterviewet flere gange efter henvendelsen til centeret, indeholder projektet data fra mere end 2000 personlige interview. Et så omfattende projekt har kun kunnet gennemføres ved en stor indsats fra de mange medarbejdere i AlkoholBehandlingsCenteret. Behandlerne og sekretærene i de deltagende alkoholambulatorier har ydet en stor indsats ved indsamling af data igennem hele patientforløbet. De har endvidere været meget engagerede i udviklingen af kvalitetsforbedringer og deltagelse i overvågningen af indsatsen.

Kvalitetsudvikling er en kontinuerlig proces, og i skrivende stund er alle tiltag som beskrives fortsat i gang, samtidig med at der løbende, udvikles nye indsatsområder og sker en fortsat implementering af nye evidensbaserede behandlingsmetoder.

Vi har valgt at præsentere resultaterne af projektet i en form, der også kan læses af ikke videnskabeligt interesserede. Den videnskabelige formidling og diskussion af resultaterne er eller vil blive publiceret i faglige tidsskrifter. Bogen er ikke tænkt som en lærebog i alkoholbehandling eller kvalitetsudvikling, men snarere som en beskrivelse af et kvalitetsudviklingsforløb med henblik på at inspirere andre behandlingsinstitutioner til at igangsætte lignende projekter.

Sekretær gennem hele perioden har været Susanne Høyer Jensen, manuskriptet er redigeret af sekretær Eli Vestergaard.

Projektet har modtaget støtte fra Alkoholpolitisk Kontaktudvalg, Sundhedsstyrelsen.  
Kvalitetsudviklingsprojektet blev tildelt året kvalitetspris 2005 af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren.

Januar 2007

Projektleder, overlæge, ph.d

Bent Nielsen

Enheden for klinisk alkoholforskning

Psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital

Centerleder ph.d

Anette Søgaard Nielsen

AlkoholBehandlingsCenteret, Fyns Amt

## KAPITEL 1

# Sammenfatning

---

I kapitlet fremhæves projektets aktualitet ved henvisning til Den Danske Kvalitetsmodel, der implementeres i sundhedsvæsenet i 2007, samt en ny publikation fra USA's Institute of Medicine. I begge publikationer fremhæves kravet til synliggørelsen af kvaliteten hos alle udbydere med offentligt finansierede sundhedsydelser.

I nærværende kapitel vil der blive sat fokus på betydningen af, at kvaliteten i "mikrosystemer" som de danske alkoholambulatorier har betydning for den samlede kvalitet af de kommunale og regionale sundhedsydelser. Det demonstreres, at en kontinuerlig kvalitetsudvikling ved ambulante behandling af mennesker med alkoholproblemer kan forbedre patienternes udbytte af behandlingen og deres tilfredshed med behandlingsforløbet.

---

### 1.1 BAGGRUND

I Danmark skønnes omkring 500.000 mennesker at drikke mere end sundhedsstyrelsens anbefalinger, som er maksimalt 21 genstande om ugen for mænd og 14 genstande for kvinder. Af disse skønnes 160.000 at være afhængige af alkohol og burde derfor modtage professionel hjælp (Sundhedsstyrelsen, 2006). Det primære offentlige tilbud til denne stor gruppe borgere tilbydes af landets alkoholambulatorier, men andelen der er i behandling udgør kun 10 % af den samlede gruppe, der burde behandles. Behandlingen der tilbydes er præget af stor variation, hvad angår kvalitetsudvikling og dokumentation for behandlingens virkning (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002, Milner et al., 2004). Dette på trods af, at der i de sidste årtier er dokumenteret betydelige behandlingsfremskridt, inden for såvel den medicinske som den psykosociale behandling af alkoholmisbrug (Sundhedsstyrelsen, 2006).

I USA har man konstateret lignende forhold som i Danmark. I en større undersøgelse konkluderes, at personalet ved de amerikanske behandlingenheder mangler ekspertviden, og at infrastrukturen i

behandlingsprogrammerne medfører manglende anvendelse af de nye og effektive behandlingsmetoder (McLellan et al., 2003).

I to omfattende publikation fra det anerkendte Institute of Medicine (IOM, 2001, IOM, 2006) konstateres, at der er en ”kløft” mellem den forskningsbaserede viden, vi har, og den behandling som patienterne tilbydes. Man anbefaler at der indenfor alkoholområdet stilles et øget krav til måling af indsatsen og patienternes udbytte af denne. Man forventer, at sådanne målinger kan bidrage til udvikling af kvalitetsprogrammer der kan hjælpe beslutningstagere og patienter med at udvælge behandlingstilbud med god kvalitet.

Et lignende krav er indeholdt i Den Danske kvalitetsmodel (DDKM) (Sundhedsstyrelsen, 2004) der i 2007 indføres i det danske sundhedsvæsen. Modellen er obligatorisk for alle udbydere af sundhedsydelser med offentlig finansiering. I første fase vil modellen omfatte de offentlige sygehuse, men i de efterfølgende år vil de øvrige områder i sundhedsvæsenet også skulle implementere elementerne i modellen.

I sygehusvæsenet har man de sidste 10 år arbejdet med kvalitetsudvikling, og erfaringerne fra dette arbejde danner grundlaget for DDKM. Alkoholområdet kan kun i begrænset omfang deltage i denne udvikling men der er ingen tvivl om, at der i de kommende år vil blive krævet, at der også udvikles kvalitetsprogrammer indenfor dette område.

## 1.2 FORMÅL

Såvel Institute of Medicine som DDKM anbefaler anvendelse af kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU) som udgør en vifte af aktiviteter målrettet en minimering af variationen i behandlingsprocesser, samt synliggørelse og forbedring af kvaliteten (Sundhedsstyrelsen, 2004, IOM, 2006).

Elementerne i kontinuerlig kvalitetsudvikling er 1) *Ledelse*: ledelsen skal opstille tydelige mål for indsatsen, motivere og involvere medarbejderne, samt stille tilstrækkelige ressourcer til rådighed. 2) *Handlinger baseret på faktuelle data*: Der skal indsamles aktuelle data, der beskriver de aktiviteter patienterne tilbydes, og patienternes tilfredshed med samt udbytte af den. 3) *Systematik*: Der skal anvendes metoder og strategier, der kontinuerligt indebærer analyser af kvalitetsproblemer og iværksættelse af forbedringer ved kvalitetsbrist, såkaldt læring af praksis. 4) *Medinddragelse*: Alle medarbejder skal involveres, så der skabes et ”lokalt ejerskab” til processen.

I Danmark behandles alkoholmisbrugere oftest i mindre ambulatorier, og kvaliteten af den ambulante behandling er afgørende, da den kvalitet der leveres af det samlede regionale eller kommunale system er helt afhængig af den service og kvalitet der leveres af disse ”mikrosystemer”. Vi har gennemført et omfattende projekt med det formål at studere hvilken betydning implementeringen af KKU havde for kvaliteten af behandlingen og patienternes udbytte af denne ved fire mindre alkoholambulatorier i Danmark.

### **1.3 PROJEKTFORLØB**

Kvalitetsudviklingsarbejdet er gennemført ved de fynske alkoholambulatorier i Nyborg, Odense, Svendborg og Middelfart. De fire ambulatorier er organiseret under AlkoholBehandlingsCenteret (ABC) i Fyns amt.

Projektet var en direkte følge af en omfattende sundheds-tjenesteforskning ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg. Forskningen blev udført af Enheden for Klinisk Alkoholforskning, Psykiatrisk afdeling, Odense Universitetshospital. Formålet var at udvikle en visitations- og behandlingsstrategi for ambulante alkoholmisbrugere.

Forskningsprocessen startede med udvikling og implementering af en dansk udgave af det internationale kortlægnings og evalueringsinstrument: Addiction Severity Index (ASI) (McLellan et al., 1980). Herefter blev der gennem 10 år gennemført tre studier: En randomiseret, kontrolleret undersøgelse, en prospektiv undersøgelse og en kvasiexperimentel undersøgelse. I det første studie blev der afprøvet metoder, som skulle øge kompliance hos ambulante alkoholmisbrugere (Nielsen et al., 1998,2000). I det andet studie blev indført en evidensbaseret praksis ved alkoholambulatorierne, og der blev udviklet en datastyret visitationsprocedure.

Resultaterne fra de to studier dannede basis for en visitations- og behandlingsmodel (Odense-modellen), der blev evalueret i det tredje studie (Nielsen & Nielsen, 2001).

I 1999 besluttede det Fynske Amtsråd at udskille alkoholbehandlingen fra sygehusene og i stedet samle behandlingen i ét center. AlkoholBehandlingsCenteret (ABC) har afdelinger i Odense, Middelfart og Svendborg. Herudover omfatter ABC en satellit i Assens, som betjenes af afdelingen i Middelfart, samt et ambulatorium i Nyborg, som hører under afdelingen i Odense. Ledelsen af alkoholbehandlingen blev placeret hos en centerleder, og behandlingsansvaret hos den specialeansvarlige psykiatriske overlæge i ABC.

Før sammenlægningen var behandlingen meget forskellig ved de enkelte ambulatorier, og man besluttede at den fremtidige behandling ved ABC skulle ske ud fra den udviklede Odensemodel. De

grundlæggende principper i Odensemodellen omhandler et ASI-kortlægningsinterview som danner basis for patienternes visitation til evidensbaserede behandlingsmetoder (Nielsen & Nielsen, 2001).

I løbet af 2000 blev Odensemodellen udbredt til alle afdelinger af ABC, og en begyndende kompetenceudvikling af personalet på hele Fyn blev grundlagt.

Som det første led i kvalitetsudviklingsprojektet blev der i 2000 opstillet mål for behandlingen af patienterne der henvender sig til ABC. Med udgangspunkt i målsætningen blev der gennemført undervisning i kvalitetsudviklingsbegreber og alkoholbehandling. Det blev endvidere besluttet at det primære måleinstrument i kvalitetsudviklingsarbejdet skulle være ASI. Herefter blev der i perioden 01.01. 2001 – 30.06. 2002 gennemført kvalitetsmålinger, der havde til formål at beskrive det aktuelle kvalitetsniveau ved ABC. (I det følgende betegnet som førmålinger).

I det efterfølgende halve år blev nedsat kvalitetscirkler der på basis af kvalitetsmålingerne, samt kendskab til ”best praksis” udarbejdes kvalitetsforbedringer som blev implementeret i ABC frem til den 31.12. 2002.

I perioden 01.01. 2003 – 30.06. 2004 fortsatte kvalitetsmålingerne og der blev igangsat en kvalitetssikringsproces, der indebar en løbende kvalitetsovervågning, og kvalitetsvurderinger i en nedsat auditgruppe. Som led i dette blev der oprettet en kvalitetsdatabase.

## **1.4 KVALITETSARBEJDET**

Ved udarbejdelse af forslag til kvalitetsforbedringer af indsatsen over for patienterne blev forslagene beskrevet i specifikke standarder med tilhørende struktur, proces og resultat.

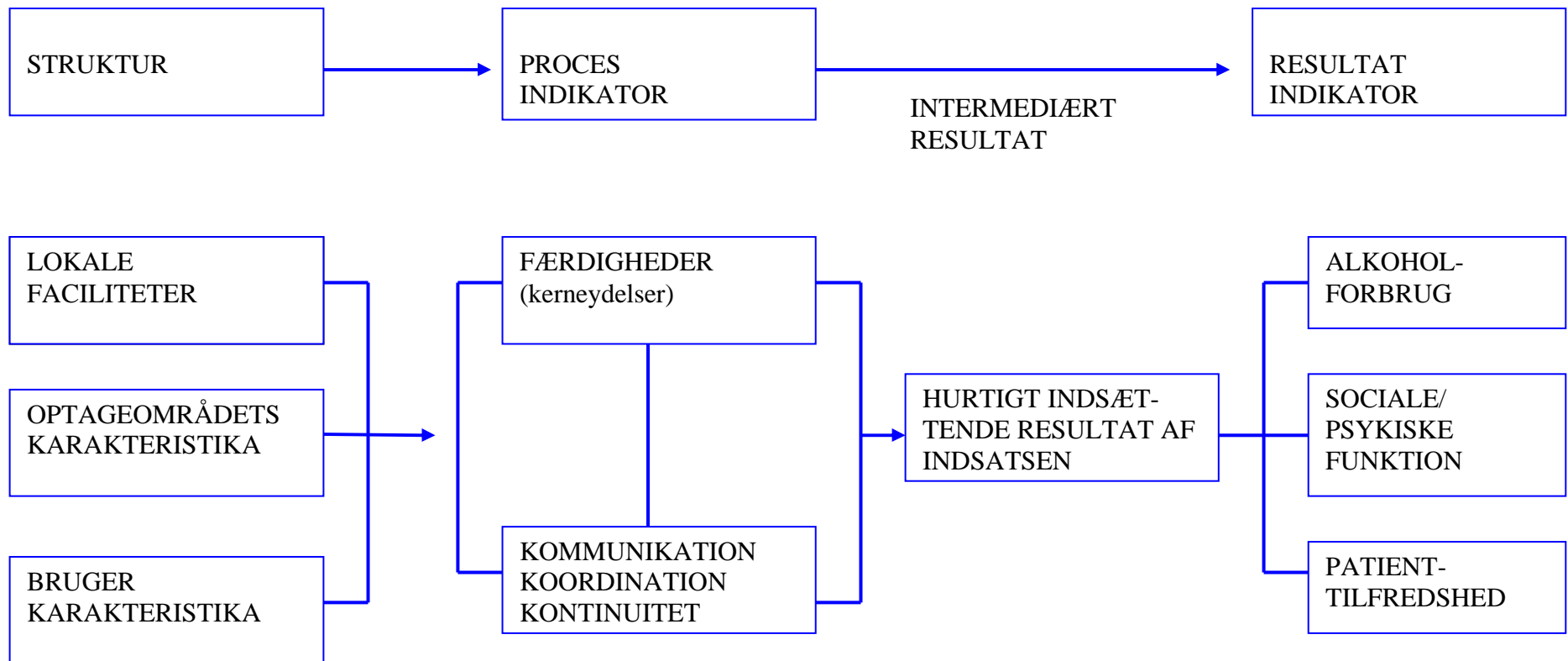
Fastlæggelse af de enkelte standarder skete på basis af litteraturstudier, anerkendte kliniske retningslinier samt kendskab til de lokale forhold, der blev belyst ved kvalitetsmålingerne.

Der blev udviklet standarder vedrørende den akutte behandling, kortlægning og psykosocial behandling samt standarder omhandlende patienternes tilfredshed med behandlingen.

Hvorvidt vi efterlevede de enkelte standarder blev belyst ved kvalitetsmålinger, og dette blev udtrykt i såkaldte indikatorer. Indikatorer er variable, der belyser i hvilken grad, den valgte standarden er opfyldt (Derose et al., 2002, Sundhedsstyrelsen, 2004).

I figur 1.1 er elementerne i ABC's indikatormålinger skematiske fremstillet. Som det ses skelner man mellem struktur, proces og resultatindikatorer. Det antages, at der er en funktionel sammenhæng mellem de enkelte elementer således, at en høj kvalitet af struktur og proces medfører et godt resultat for patienterne. Dette er det såkaldte struktur-proces-resultat paradigme.

Fig. 1.1 elementer i ABC's kvalitetsudvikling



*Strukturindikatorer* omhandler infrastrukturen i ABC og beskriver forudsætningerne for behandlingen. Strukturelementet beskriver bla. faciliteter, personalekompetence, målgrupper for indsatsen og deres adgang til institutionens tilbud. Strukturtiltag er særligt vigtige, når man skal udvikle og styrke infrastrukturen. Strukturfaktorer kan imidlertid sædvanligvis ikke styres alene af institutionen, da de også afhænger af tildeling af ressourcer og politiske beslutninger.

I forbindelse med etableringen af ABC var det specielt etablering af en god kvalitet i strukturen der var omdrejningspunktet. Vi har ikke haft specielt fokus på strukturindikatorer i herværende kvalitetsarbejdet. Kvalitetsudviklingen af strukturen vil typisk blive varetaget af det politiske og administrative system, mens det i højere grad er elementerne proces- og resultat, der er omfattet af den faglige kvalitetsudvikling.

*Procesindikatorerne* har til formål at besvare spørgsmålet ” Er der implementeret en behandling, som svarer til god praksis”. Fokus er således på udførelsen af en given intervention i forhold til en given patientgruppe. Processen kræver, at man beskriver den evidensbaserede intervention, herunder standarder og kliniske retningslinier, der skal sikre, at evidensbaserede behandlingsmetoder anvendes i praksis. Under processen hører de faglige tiltag, som ydes i forbindelse med patientens kontakt med ABC, og disse tiltag omhandler udover kerneydelsen også koordination, kontinuitet og kommunikation.

I vores kvalitetsarbejde har vi overvåget 5 procesindikatorer omhandlende: 1) Efterlevelse af kliniske retningslinier, 2) Patientundervisning, 3) Behandlingskonferencer, 4) Håndtering af udeblivelser, 5) Afslutning af patienten.

*Resultatet* af en god kvalitet i struktur og proces ved ABC antages at føre til at patienterne efter endt behandling har reduceret deres alkoholforbrug, og forbedret deres psykosociale funktion. Endelig må det også formodes at god kvalitet medfører større patienttilfredshed. Ofte ses det endelige resultat af en given indsats først efter en årrække, og man mangler derfor en aktuel og øjeblikkelig vurdering af institutionens kvalitetsniveau. I sådanne situationer anvender man såkaldte intermediære resultater. Forudsætningen for at kunne gøre dette er, at man har solid viden om, hvorledes de intermediære resultater relaterer sig til det endelige resultat af indsatsen.

Vi har i kvalitetsudviklingsprojektet overvåget 5 resultatindikatorer omhandlende: 1) Patienternes alkoholforbrug ved afslutningen af behandlingen 2) Patienttilfredsheden samt tre intermediære resultatindikatorer 3) Gennemførelsen af den akutte behandling, 4) Påbegyndelse af den psykosociale behandling, 5) gennemførelse af de første 6 måneder af den psykosociale behandling.

Analyse af de indsamlede data og tolkning af indikatorerne er sket ved kliniske epidemiologiske metoder. Der er således taget hensyn til effekt-forveksling (confounding). Analyse af data er foretaget af fagpersoner med epidemiologisk/statistisk viden.

## **1.5 VÆSENTLIGE RESULTATER**

Projektet omfatter alle de patienter, som udgør den typiske målgruppe for ABC. Vi ekskluderede patienter under 18 år, patienter med psykotiske sygdomme og svære kognitive forstyrrelser, patienter hvor alkohol ikke var hovedproblemet, og patienter som ikke var etniske danskere.

Blandt de 571 patienter, der henvendte sig ved ambulatorierne før implementeringen af kvalitetsforbedringerne, påbegyndte 297 patienter (52 %) afrusning og 121 patienter (41 %) gennemførte denne, blev kortlagt og påbegyndte psykosocial behandling. I alt var der 287 patienter, der blev kortlagt, hvoraf 59 patienter blev visiteret til anden psykosocial behandling end den, ambulatorierne selv kunne tilbyde. (18 patienter blev visiteret til gruppebehandling og 41 patienter til indlæggelse på private behandlingshjem). Der var således 228 patienter, der påbegyndte en individuel psykosocial behandling ved ABC.

Efter implementeringen af kvalitetsforbedringerne gennemførtes efterundersøgelsen. Denne omfattede 597 patienter. I efterundersøgelsen påbegyndte 378 (63 %) afrusning og 287 (49 %) patienter gennemførte. I alt blev 357 patienter kortlagt, og 48 patienter blev henvist til anden behandling. Der var således 309 patienter, der påbegyndte psykosocial behandling ved ambulatorierne.

I det følgende beskrives de væsentligst resultater i relation til proces og resultatindikatorerne.

### *Procesindikatorer*

Alle procesindikatorer omhandler målinger på de 309 patienter, der påbegyndte en psykosocial behandling efter implementering af kvalitetsforbedringerne. Som det fremgår af tabel 1.1 efterlevede vi ikke nogle af de fastsatte standarder, og da vi ikke havde indført standarderne eller foretaget målinger i perioden forud kan vi ikke umiddelbart vide om der er sket en kvalitetsforbedring i forhold til procesindikatorerne. Vi har dog analyseret om der skete ændringer i den periode hvor vi foretog målinger, og vi kunne da se, at der skete forbedringer i efterlevelse af standard 1, hvor man lige efter implementeringen efterlevede den i 55 % af tilfældene, medens man 4 måneder senere efterlevede den i 64 % af tilfældene.

Tabel 1,1. Efterlevelse af udviklede proces standarder

<b>Standarder (acceptabel kvalitet)</b>	<b>Indikator (Andel patienter hvor standard er udført)</b>
<b>Standard 1:</b> I mindst 75 % af patientforløbene er der dokumentation for, at man har fulgt de kliniske retningslinier	59 %
<b>Standard 2:</b> Mindst 85 % af patienterne modtager patientundervisning i samtaleforløbet	52 %
<b>Standard 3:</b> Mindst 90 % af patienterne visiteret til psykosocial behandling drøftes ved behandlingskonference	60 %
<b>Standard 4:</b> Mindst 90 % af patienterne modtager en henvendelse ved udeblivelse	61 %
<b>Standard 5:</b> Mindst 60 % af patienterne gennemfører afslutningsfasen med behandleren	24 %

For standard 3 vedkommende skete der i samme periode en forbedring fra 58 % til 72 %, denne forbedring var statistisk signifikant ( $P = 0.01$ ).

*Resultatindikatorer:*

Hvad angik alle resultatindikatorer havde vi også foretaget kvalitetsmålinger i perioden før implementering af forbedringer. Det var derfor muligt at vurdere om forbedringerne havde øget kvaliteten og dermed udbyttet for patienterne. Forbedringerne udtrykkes i en Odds ratio, som er ét estimat af hvor mange patienter der har oplevet en forbedret eller forringet kvalitet i forhold til patienter der henvendte sig før kvalitetsforbedringerne blev iværksat.

Tabel 1.2 Odds ratio<sup>1</sup> for efterlevelse af resultatstandarder efter implementering af kvalitetsforbedringer.

<b>Resultatindikatorer</b>	<b>Odds ratio (95 % sikkerhedsinterval)<sup>3</sup></b>
Gennemførelsen af afrusningen	1,2 (0,8 – 2,3)
Kortlagt efter afrusning	1,5 (1,1 – 2,0)
Gennemførelsen af den psykosociale behandling	1,3 (0,9 – 4,5)
Positivt drikkemønster <sup>2</sup> (maksimalt 21 genstande om uge)	1,9 (1,2 – 3,1)
<b>Patienttilfredshed</b>	
Tilfredshed med ventetiden	1,3 (0,8 – 2,0)
Tilfredshed med behandlingsforløbet	2,0 (1,3 – 3,1)
Tilfredshed med kontakten til behandler	1,4 (0,8 – 2,1)
Tilfredshed med informationen	1,6 (1,2 – 2,4)

<sup>1</sup> Reference gruppe er andel patienter hvor resultatstandarderne er efterlevet før implementering af kvalitetsforbedringer.

<sup>2</sup> LOCF, justeret for case-mix, effektforveksling (andel patienter gennemført afrusning)

<sup>3</sup> er tallet "1" ikke med i sikkerhedsintervallet er forbedringen signifikant.  $P < 0,05$ .

I tabel 1,2 er vist Odds ratio for de vurderede indikatorer. De første to indikatorer omhandler alle 297 patienter der blev afruset ved ABC. Det ses, at der ikke var flere patienter, som gennemførte afrusningen efter kvalitetsforbedringerne, men der var 50 % flere, som blev kortlagt og påbegyndte den psykosociale behandling (OR = 1,5 (1,1 – 2,0)).

Blandt de 309 patienter der påbegyndte den psykosociale behandling i eftermålingsperioden var der ikke flere, der gennemførte behandlingen, end vi så blandt de 228 patienter der modtog behandling før implementering af kvalitetsforbedringerne. Der var imidlertid dobbelt så mange af de 309 patienter, der havde et positivt drikkemønster ved afslutningen af behandlingen (OR= 1,9 (1,2-3,1)). Et positivt drikkemønster medførte at patienterne samtidig havde markant færre psykosociale problemer.

Før implementering af kvalitetsforbedringer udfyldte 523 patienter et tilfredshedsskema (besvarelsesprocent = 64 %), efter implementeringen af forbedringer udfyldte 544 patienter (besvarelsesprocenten = 80 %) et sådan. Tilfredsheden med behandlingsforløbet og informationen blev signifikant øget efter implementering af kvalitetsforbedringer.

## **1.6 KONKLUSION OG PERSPEKTIV**

I herværende undersøgelse demonstreres, at implementering af kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU) i ambulant alkoholbehandling medfører at patienterne får et forbedret udbytte af den psykosociale behandling og de bliver også mere tilfredse med behandlingen. Der er få eksempler i litteraturen hvor man har anvendt indikatormålinger i alkoholbehandlingen. De indikatormålinger som hidtil er beskrevet omhandler tidlig indsats og henvisning fra hospital til ambulant behandling.

Vi har ikke kendskab til indikatormålinger og KKU som omhandler den ambulante psykosociale behandling. Erfaringerne fra vores implementering af KKU i den ambulante alkoholbehandling viser, at det er muligt at igangsætte en KKU uden anvendelse af belønning eller sanktioner.

Succesfuld implementering af KKU kræver dog, at man tager sig tid til at kompetenceudvikle og motivere personalet i tankegangen bag kvalitetsudvikling. En klog strategi er samtidig at undgå at implementering af en stor mængde standarder og overvågning af multiple indikator på én gang.

Hvis principperne i KKU ønskes anvendt i mindre ambulante enheder som de her beskrevne, er det en god ide at starte med udvikling og overvågning af afgrænsede proces-standarder med tilhørende indikatorer. Procesindikatorer har flere fordele i forhold til resultatindikatorer.

Proces-indikatorerne genereres dagligt og der kan hurtigt gives tilbagemeldinger til personalet. Ud fra et økonomisk synspunkt er det også billigere at overvåge den daglige kliniske proces frem for at

indsamle data til belysning af resultatindikatorer, der oftest kræver opfølgende interview med patienterne flere gange i behandlingsforløbet.

Det er vigtigt at begrænse dataindsamlingen, så der ikke bruges mere energi på dette end der bruges på at forbedre kvaliteten af indsatsen overfor patienterne. Kvalitetsmålingerne skal være handlingsrelaterede og bruges til at fremme ændringer i behandlingen ved kvalitetsbrist. Man skal derfor kun vælge målinger som både kan relateres til kvaliteten og som man har mulighed for at påvirke.

En implementering af KKKU kan bidrage til, at der i den ambulante alkoholbehandling etableres en Kvalitetskultur, der bygger på en arbejdstilrettelæggelse, der tager udgangspunkt i patientforløb, og dokumentation af de ydelser som gives i forløbet samt patienternes udbytte af ydelserne. Det kan medvirke til en ledelsesform, der fremmer en åben dialog, hvor udvikling, refleksion og læring er væsentlige elementer i ambulatoriets målsætning. Til slut kan det fremme en fælles interesse for ledelse og medarbejdere i hele tiden at være ajour med ny viden indenfor alkoholområdet og en organisatorisk fleksibilitet, der sikrer at ny viden implementeres.

I den nærmeste fremtid vil elementerne i Den Danske Kvalitetsmodel også blive obligatorisk for alkoholområdet, og der vil være brug for at flere alkoholambulatorier anvender principperne i kontinuerlig kvalitetsudvikling, så man kan sammenligne kvaliteten af de behandlingstilbud der gives til mennesker med alkoholproblemer.

## KAPITEL 2

# Den ambulante alkoholmisbruger

---

Fyns amts er fremhævet som en repræsentativ stikprøve af den danske befolkning, omfattende godt 10 %. Det antages derfor, at patientkarakteristika ved de fire alkoholambulatorier i Fyns amt kan generaliseres til alle alkoholambulatorier i Danmark. I kapitlet præsenteres de typiske karakteristika, og der beskrives forskelle og ligheder mellem patienterne ved små ambulatorier med få ansatte behandlere og store ambulatorier med mange ansatte og et optageområde på over 100.000 indbyggere.

---

### 2.1 OFFENTLIG BEHANDLING I DANMARK

I Danmark har det siden 60'erne været hensigten, at landets alkoholambulatorier skulle være det primære offentlige tilbud til mennesker med alkoholproblemer. Der er ca. 65 alkoholambulatorier, hvoraf en tredjedel er private, som har en overenskomst med et amt (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2002).

Behandlingen er gratis, man kan henvende sig direkte fra gaden, og hvis man ønsker det, kan man være anonym. De centrale elementer i behandlingen er afrusning, antabus og psykosocial behandling. I nogle ambulatorier tilbydes familiebehandling, gruppeterapi og deltagelse i patientgrupper. Der er sjældent begrænsning i behandlingens varighed, men patienterne er typisk i behandling mellem 6 og 12 måneder. Efter og under behandlingen kan patienterne deltage i selvhjælpsgrupper, men mindre end 10 % er i kontakt med Anonyme Alkoholikere. Hvis patienterne får tilbagefald efter afsluttet behandling, kan de igen blive afruset og starte psykosocial behandling. I det offentlige system er der begrænsede muligheder for hospitalisering. Nogle patienter indlægges, men antallet har været markant faldende igennem de senere år, og indlæggelse på hospital sker kun hvis patienterne udviser svære abstinenssymptomer, psykoser eller selvmordsadfærd. Der findes få private behandlingsinstitutioner som tilbyder indlæggelse. Den private sektor omhandler selvejende institutioner eller behandling efter Minnesota modellen. Mindre end 5 % af behandlingen finder sted hos disse institutioner.

Patienter, der møder til ambulante behandling ved de danske alkoholambulatorier, er indenfor de sidste 10 år beskrevet i nogle få danske undersøgelser. I 1996 indsamlede Sundhedsstyrelsen data fra landets ambulatorier og fandt at ca. 10.000 personer var indskrevet i behandlingen (Sundhedsstyrelsen, 1999). Vi har tidligere beskrevet karakteristika hos patienter der blev behandlet ved alkoholambulatorierne i Odense og Nyborg i 1998 (Nielsen & Nielsen, 2001), og den sidste undersøgelse omhandlede opgørelser fra Danske ambulatorier i 2002 (Milter et al., 2004). Når man skal tilrettelægge kvalitetsudvikling af den ambulante alkoholbehandling er det naturligvis af betydning, at man har empiriske data på patienterne og dermed et overblik over, hvilke problemer patienterne har, når de opsøger behandling. Vi har valgt at præsentere væsentlige karakteristika hos de patienter, der møder til behandling ved AlkoholBehandlingsCenteret (ABC) i Fyns amt. Befolkningen i Fyns amt udgør ca. 10 % af Danmarks befolkning, og den antages at være repræsentativ for hele landet. Vi mener derfor, at de nedenfor beskrevne karakteristika er dækkende for patienter, der møder til offentlig ambulante alkoholbehandling i Danmark.

## **2.2 MATERIALE OG METODE**

Vi har udført analyser på samtlige patienter, der henvendte sig i de to perioder vi foretog kvalitetsmålinger. I begge perioder er der tale om konsekutive og individuelle undersøgelser af alle patienter der henvendte sig ved alkoholambulatorierne i Odense, Nyborg, Middelfart og Svendborg. Den første periode omhandler såkaldte "førmålinger" før iværksættelse af kvalitetsudvikling, data blev indsamlet fra 1. januar 2001 til 30. juni 2001. Den anden periode omhandler målinger foretaget efter implementering af kvalitetsudvikling og dataindsamlingen fandt sted i perioden 01. 01.03. til 30.06.03.

Ved henvendelsen til ambulatorierne blev der oprettet en journal, hvor der blev registreret interventioner før kortlægning og visitation til den individuelle psykosociale behandling, data for denne indledende behandling er begrænsede. Hos patienter, der blev kortlagt, er der imidlertid en omfattende datamængde baseret på et personligt interview i henhold til The Addiction Severity Index (ASI) (er udførligt beskrevet i afsnit 8.1), og der blev stillet psykiatriske diagnoser i henhold til ICD-10-R (forskningskriterierne) (ICD-10R, 1993). Interviewene blev gennemført af behandlerne i ABC. Kvaliteten af databehandlingen blev sikret ved, at alle behandlere blev oplært i ASI og ICD-10-R, og der blev også udarbejdet en fyldig dansk manual. For at sikre at de enkelte behandlere ikke ændrede praksis undervejs og for at kunne vurdere interraterreliabiliteten, blev der jævnlige foretaget testinterviews, hvor alle behandlere deltog.

Vi har valgt at præsentere data fordelt på de 4 ambulatorier, der indgår i ABC. Det gør det muligt at vurdere, om der er forskel på patientprofilen ved ambulatorier af tre forskellige størrelser:

1. Mindre ambulatorier med under 5 ansatte (Nyborg) og et befolkningsgrundlag under 50.000 indbyggere.
2. Mellemstore ambulatorier med 5 til 10 ansatte (Svendborg, Middelfart) og et befolkningsgrundlag mellem 50 og 100.000 indbyggere.
3. Store ambulatorier med over 10 ansatte (Odense) og et befolkningsgrundlag på over 100.000 indbyggere.

## 2.3 HENVENDELSE OG VISITATION

I de to halvårslige undersøgelsesperioder var der 1168 patienter som henvendte sig til ABC. I tabel 2.1 er patienterne fordelt på ABC's fire ambulatorier, Odense havde langt de flest henvendelser (54 %) og Nyborg de færreste (10 %). På trods af, at Svendborg og Middelfart havde stort set samme befolkningsgrundlag var der dobbelt så mange patienter, som henvendte sig i Svendborg (24 % versus 12 %).

Tabel 2.1 Andelen af patienter visiteret til behandling ved afdelingerne i Alkoholbehandlingscentret

	<b>Odense</b> <b>(N=632)</b> <b>%</b>	<b>Middelfart</b> <b>(N=144)</b> <b>%</b>	<b>Svendborg</b> <b>(N=279)</b> <b>%</b>	<b>Nyborg</b> <b>(N=113)</b> <b>%</b>	<b>P-værdier</b>
Afrusning	50	45	46	59	0,405
Psykosocial behandling	53	63	54	58	0,060

Halvdelen af patienterne blev afruset og 644 (55 %) patienter blev kortlagt og visiteret til psykosocial behandling, der omhandlede en individuel/gruppe behandling ved ABC eller behandling under indlæggelse på behandlingshjem. Andelen af patienter, der blev afruset og visiteret til psykosocial behandling, var stort set ens ved de fire ambulatorier (tabel 2.1). I det følgende beskrives karakteristika hos de 644 patienter, der blev kortlagt ud fra ASI.

## 2.3 DEMOGRAFISKE OG SOCIALE KARAKTERISTIKA

Patientgruppen bestod af 475 (73 %) mænd og 169 (27 %) kvinder. Mændene var i gennemsnit 42 år, og kvinderne var 46 år (P = 0,001). I tabel 2.2 ses at køns- og aldersfordelingen var ens ved de fire ambulatorier. Næsten halvdelen af patienterne var samboende, men der var flere enlige ved

Tabel 2.2 Sociodemografiske data hos 644 patienter, der visiteres til psykosocial behandling

	<b>Odense</b> (N=338)	<b>Middelfart</b> (N=90)	<b>Svendborg</b> (N=150)	<b>Nyborg</b> (N=66)	<b>P-værdier</b>
	%	%	%	%	
<b><u>Køn</u></b>					
Mænd	72	79	73	79	0,426
Kvinder	28	21	27	21	
<b><u>Alder</u></b>					
15-24 år	3	3	5	9	0,149
25-44 år	54	56	44	46	
45 år+	43	41	51	45	
<b><u>Civilstand</u></b>					
Samboende	41	51	51	38	0,076
Enlige	59	49	49	62	
<b><u>Tilknytning arbejdsmarkedet</u></b>					
I arbejde	44	48	47	32	0,027
Arbejdsløs/kontanthjælp	38	37	32	33	0,752

ambulatorierne i Odense og Nyborg. Næsten halvdelen af patienterne (45 %) var i arbejde ved henvendelsen og 17 % modtog understøttelse fra arbejdsløshedskasse eller fik kontanthjælp. Der var således 62 % af patienterne, som havde tilknytning til arbejdsmarkedet. Der var signifikant flere patienter ved det mindre ambulatorium i Nyborg, som var udenfor arbejdsmarkedet (tabel 2.2 ).

## **2.4 ALKOHOLMISBRUG**

I tabel 2.3 er vist udvalgte alkoholdata. Hos patienter, der henvendte sig til ABC, opfyldte 85 % ICD – 10 – kriterierne for et alkoholafhængighedssyndrom, hvilket indebærer, at patienterne oplever en øget trang til alkohol, har en svækket evne til at styre drikkeriet, og alkohol har en dominerende rolle i deres tilværelse.

Tabel 2.3 Alkoholdata hos 644 patienter, der visiteres til psykosocial behandling

	<b>Odense</b> <b>(N=338)</b> <b>%</b>	<b>Middelfart</b> <b>(N=90)</b> <b>%</b>	<b>Svendborg</b> <b>(N=150)</b> <b>%</b>	<b>Nyborg</b> <b>(N=66)</b> <b>%</b>	<b>P-værdier</b>
<b><u>Alkoholdiagnose (ICD 10)</u></b>					
Skadeligt brug (%)	12	22	15	20	0,209
Afhængighed (%)	88	78	85	80	
<b><u>Drikkemønster de sidste 6 mdr.</u></b>					
Drukket hver dag (%)	55	50	51	62	0,381
Ofte morgendrikning (%)	28	21	23	32	0,248
Ofte kontroltab (%)	94	88	95	93	0,023
<b><u>Alkoholforbrug sidste 30 dage</u></b>					
Dage med alkoholforbrug (gennemsnit)	16	15	16	20	0,535
Dage med overforbrug* (gennemsnit)	13	13	13	13	0,935

\* over 3 genstande dagligt

Patienterne oplever abstinenser og toleransudvikling og fortsætter ofte med at drikke trods erkendte skadevirkninger af alkoholindtagelsen. Alkoholmisbruget sværhedsgrad illustreres ved, at 93 % af patienterne havde oplevet kontroltab, og over halvdelen havde drukket hver dag det sidste halve år før henvendelsen. Den typiske patient havde drukket alkohol siden 17 års alderen (tabel 2.4) og i gennemsnit varede det 13 år, fra patienterne begyndte at drikke alkohol jævnligt, til et regulært alkoholoverforbrug var udviklet.

Tabel 2.4 Misbrugshistorie hos 644 patienter visiteret til psykosocial behandling

	<b>Odense</b> <b>(N=338)</b> <b>%</b>	<b>Middelfart</b> <b>(N=90)</b> <b>%</b>	<b>Svendborg</b> <b>(N=150)</b> <b>%</b>	<b>Nyborg</b> <b>(N=66)</b> <b>%</b>	<b>P-værdier</b>
Alder ved alkoholdebut (gennemsnit i år)	16	18	17	16	0,001
Alder ved misbrugsdebut (gennemsnit i år)	30	30	31	29	0,025
Varighed af alkoholmisbrug (gennemsnit i år)	13	13	14	13	0,953
Første gang i behandling (%)	53	52	49	30	0,007

Som det fremgår af tabel 2.4, var der signifikant flere patienter ved ambulatoriet i Nyborg, der tidligere havde været i behandling for deres alkoholmisbrug (70 %). Dette var blot tilfældet for godt halvdelen af patienterne ved de andre ambulatorier.

## **2.5 PSYKISKE FORHOLD**

Vores kvalitetsudviklingsarbejde har ikke haft specifikt fokus på psykiske forhold hos patienterne. Men vi har igennem en årrække indsamlet data omhandlende psykiatriske diagnoser og i dette afsnit beskrives forekomsten af de hyppigste forekommende psykiatriske sygdomme. Beskrivelsen bygger på tidligere publikationer eller udarbejdede artikler, der er ved at blive forberedt til publikation i det kommende år (tabel 2.5).

Tabel 2.5 Undersøgelser omhandlende psykiske forhold hos kortlagte patienter ved ABC

<b>Undersøgelser</b>	<b>Psykiske forhold (ICD-10-R)</b>	<b>Deltagende patienter</b>	<b>Væsentlige fund</b>
Nielsen & Nielsen, 2001	Angst, depression, personlighedsforstyrrelser	550	Over halvdelen af patienterne har en psykiatrisk sygdom
Nordholm & Nielsen, 2006	Personlighedsforstyrrelser	363	34 % har en personlighedsforstyrrelse. De har samme udbytte af behandlingen som de øvrige patienter.
Rask et al., 2006	Angst og depression	1692	14 % har en angstdiagnose og 10 % en depressionsdiagnose.
Potefee et al., 2006	Social angst	1561	7 % har en social angst og det ses dobbelt så hyppigt hos kvinder.
Bjørk et al., 2006	Suicidal adfærd	1692	24 % har forsøgt selvmord og 42 % har haft selvmordstanker.

I de nævnte undersøgelser blev patienterne diagnosticeret i henhold til ICD-10-R kriterierne.

Behandlerne havde modtaget undervisning i psykiatiske sygdomme og var oplært i anvendelsen af det diagnostiske instrument. Ved hvert kortlægningsinterview afkrydsede behandleren om patienten opfyldte de enkelte kriterier for de respektive diagnoser og efterfølgende blev diagnosen godkendt af ABC's psykiatere. Var der tvivlsspørgsmål foretog psykiateren et klinisk interview med patienten.

For at sikre validiteten af diagnosen blev der regelmæssigt afholdt testinterviews, hvor alle behandlere deltog. Endvidere blev der først foretaget en diagnostisk afklaring efter at patienten havde været ædru i mindst 2 uger, hvilket skulle sikre at eventuelle abstinenssymptomer ikke påvirkede de psykiatiske symptomer. Tidsperioden blev valgt ud fra studier der havde vist at alkoholmisbruger i abstinensfasen ofte har depressions og angstsymptomer der forsvinder efter 2 uger afholdenhed (Brown et al., 1991).

I det første studie fandt vi, at psykiske lidelser var hyppigt forekommende hos patienterne. Blandt kvinderne var der 63 % som havde en psykisk lidelse, og det samme havde 43 % af mændene (P = 0,001).

Personlighedsforstyrrelser var den hyppigste lidelse hos begge køn. Sådanne lidelser kan sædvanligvis ikke behandles medikamentelt, men godt halvdelen af patienterne med personlighedsforstyrrelser havde også angst- eller depressionstilstande, der kan behandles med psykofarmaka.

Blandt de 34 % af patienterne, som havde en personlighedsforstyrrelse (Nordholm & Nielsen, 2006), tilhørte langt de fleste (62 %) den impulsive, emotionelle, dramatiserende type, der omfatter dyssociale personlighedsforstyrrelser og patienter med borderline og histrioniske personlighedsforstyrrelser. Patienter med personlighedsforstyrrelser havde lige så stor effekt af den ambulante alkoholbehandling, som de øvrige patienter, men de havde stadig relativt flere psykiske problemer ved afslutningen af behandlingen.

Udover personlighedsforstyrrelser var de hyppigste psykiatriske lidelser angsttilstande (14 %) og depressive sygdomme (10 %) (Rask et al., 2006). I et studie har vi haft særlig fokus på patienter med social angst da denne angsttilstand ofte er forbundet med alkoholmisbrug. Studiet viste, at der var 7 % af patienterne ved alkoholambulatorier, der havde social angst, og at denne angstlidelse var dobbelt så hyppig blandt kvinder som blandt mænd (Portefee et al., 2006).

Slutteligt har vi belyst forekomsten af suicidal adfærd hos patienterne (Bjørk et al., 2006). Ved suicidal adfærd forstås selvmordstanker og selvmordsforsøg. Blandt mændene var der 21 % som havde foretaget selvmordsforsøg på et eller andet tidspunkt i deres liv, hvilket var tilfældet for 33 % af kvinderne. Der var betydelig flere patienter der havde haft selvmordstanker (40 % blandt mændene og 50 % blandt kvinderne).

## **2.6 BEHANDLINGSBEHOV**

Patienternes behandlingsbehov ved visitationen til den psykosociale behandling blev vurderet af behandlerne ud fra kortlægningsinterviewet baseret på ASI. ASI giver et multidimensionelt billede af patienternes situation gennem livet og inden for den sidste måned før interviewet. I løbet af interviewet spørges til 7 dimensioner af patientens liv: Fysisk helbred, erhverv og økonomi, alkohol, andet misbrug, kriminalitet, familie og sociale forhold, og endelig psykisk helbred.

Ud fra patienternes subjektive oplevelse af alvorlighedsgraden og de oplysninger, som patienten har givet, foretager behandlerne en vurdering af patientens aktuelle behandlingsbehov. Denne vurdering udtrykkes i en kortlægningscore. Scoren skal alene udtrykke behovet for behandling, hvad enten der findes nogen effektiv behandling af tilbyde eller ej. Såfremt patienten allerede modtager

behandlingen indenfor et af de syv områder, skal scoren udtrykke, hvor vidt patienten har behov for yderligere behandling.

Kortlægningsscoren foretages ud fra en manual og omfatter følgende vurderinger af behandlingsbehovet:

- 0-1 Intet problem, behandling ikke nødvendig
- 2-3 Mindre problem, behandling sædvanligvis ikke nødvendigt
- 4-5 Moderat problem, nogen behandling nødvendig
- 6-7 Væsentligt problem, behandling nødvendig
- 8-9 Svært problem, behandling absolut nødvendig

I tabel 2.6 er vist andelen af patienter med et væsentligt behandlingsbehov indenfor de syv problemområder. Det er ikke overraskende, at det største behandlingsbehov gjaldt alkoholmisbruget. Desuden viser kortlægningsscoren at mange patienter havde behov for behandling vedrørende familiære/sociale forhold og psykiske lidelser.

Tabel 2.6 Patienter med væsentligt behandlingsbehov<sup>1</sup> ved visitation til psykosocial behandling

	<b>Odense</b> <b>(N=338)</b>	<b>Middelfart</b> <b>(N=90)</b>	<b>Svendborg</b> <b>(N=150)</b>	<b>Nyborg</b> <b>(N=66)</b>	<b>P-værdier</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
Fysisk Helbred	12	7	11	20	0,081
Erhverv/økonomi	12	9	12	20	0,231
Alkohol	89	70	85	77	0,001
Andet misbrug	7	6	2	5	0,219
Kriminalitet	2	2	2	1	0,994
Familie/socialt	20	13	24	20	0,261
Psykisk helbred	13	6	12	18	0,103

<sup>1</sup> ASI-kortlægningsscore på 6 og derover.

Som det fremgår af tabel 2.6 er der ingen væsentlig forskel i behandlingsbehovet hos patienterne der henvender sig på henholdsvis ambulatorierne i store og små byer. Behandlerne ved ambulatoriet i Middelfart vurderer dog, at færre patienter har et væsentligt behov for behandling af deres alkoholmisbrug.

## **2.7 TYPISKE KARAKTERISTIKA HOS PATIENTERNE VED AMBULATORIERNE**

Den typiske patient, der henvender sig til de offentlige alkoholambulatorier, har drukket alkohol jævnligt siden 16 års alderen og har haft et overforbrug af alkohol (over 21 genstande om ugen) i 13 år, før de henvender sig. Patienten er tilknyttet arbejdsmarkedet og ofte i arbejde. De fleste patienter er omkring de 40 år og lever i et parforhold. Halvdelen af patienterne påbegynder behandling for første gang og deres væsentligste problemer ud over alkoholmisbruget er af social og psykisk karakter.

Der er forbavsende få forskelle mellem patienterne ved mindre ambulatorier og større ambulatorier. Den væsentligste forskel er, at patienterne ved de mindre ambulatorier oftere er gengangere. En af årsagerne kan være, at de får personaler, der er ved de mindre ambulatorier, medfører at patienterne kender dem alle. Dette kan formentlig give større tryghed og dermed gør det nemmere for patienterne at henvende sig igen, hvis de oplever tilbagefald af deres alkoholmisbrug.

Samlet set er patienterne ved de offentlige ambulatorier en gruppe mennesker, som forsat har mange ressourcer, der kan være til gavn for samfundet. Det er derfor vigtigt, alene ud fra en samfundsøkonomisk vurdering, at kvaliteten af den ambulante behandling er på et højt niveau.

## KAPITEL 3

# Alkoholbehandlingscenteret

---

Kapitlet beskriver optage-området for behandlingen, samt den organisering, som alkoholbehandlingen på Fyn har. Organiseringen er præget af en overgang fra mindre selvstændige enheder ved sygehusene til en samlet, større institution. Derefter gennemgås grundelementerne i en evidensbaseret praksis, og det beskrives, hvorledes organiseringen har taget afsæt i en sådan. Sluttelig beskrives behandlingsmetoderne og rationalet for valget af disse.

---

### 3.1 ORGANISATION

Indtil 1999 var alkoholbehandlingen på Fyn organiseret som afdelinger under de psykiatriske afdelinger ved henholdsvis Odense Universitetshospital, Svendborg Sygehus og Middelfart Sygehus. Afdelingen i Middelfart tilbød udover ambulans behandling desuden døgnbehandling, samt satellit-ambulatorier i Assens, Otterup, Bogense og Sønderø. Afdelingen i Odense omfattede udover to ambulatorier i byen desuden et ambulatorium i Nyborg. Den geografiske fordeling af personaleressourcer på alkoholområdet i Fyns Amt var meget skæv, idet afdelingen i Svendborg havde meget lille kapacitet i forhold til befolkningsunderlaget i området, mens afdelingen i Middelfart havde forholdsvis stor kapacitet. På grund af alkoholbehandlingens forankring under forskellige sygehuse, var der samtidig tale om temmelig forskellige behandlingstilbud, alt efter om man befandt sig i den ene eller anden ende af øen.

Amtsrådet besluttede derfor at udskille alkoholbehandlingen fra sygehusene og i stedet samle behandlingen i ét center. Centret har afdelinger i Odense, Middelfart og Svendborg. Herudover omfatter AlkoholBehandlingsCentret (ABC) en satellit i Assens, som betjenes af afdelingen i Middelfart, samt et ambulatorium i Nyborg, som hører under afdelingen i Odense. Satellit-ambulatorierne i Otterup, Bogense og Sønderø blev lukket i efteråret 2000 i erkendelse af, at etableringen af en behandlingssektor, der omfatter en vifte af behandlingstilbud, så man kan tilpasse behandlingen til den enkelte patient, kræver afdelinger af en vis størrelse. Ledelsen af alkoholbehandlingen blev placeret hos en centerleder, og behandlingsansvaret hos den specialeansvarlige psykiatriske overlæge i ABC.

Under udarbejdelsen af målsætningen for ABC blev det besluttet, at de grundlæggende principper for alkoholbehandlingen i Fyns Amt bør være evidensbaserede behandlingsmetoder, kortlægningsinterviewet og en stringent visitation efter matchningstanken. Disse principper, som er beskrevet i Odensemodellen (se senere), blev i løbet af 2000 udbredt til alle afdelinger under ABC, og en begyndende kompetenceudvikling af personalet på hele Fyn blev grundlagt. Omorganiseringen af alkoholbehandlingen i Fyns Amt tilstræbte dermed dels et mere ensartet tilbud over hele Fyn med færre, relativt store afdelinger, en rationel drift af den ambulante behandling, og dels en delvis omlægning fra døgnbehandling til behandling i ambulante regi.

### **3.2 OPTAGEOMRÅDET**

ABC på Fyn blev med omorganiseringen det ambulante alkoholbehandlingstilbud til borgerne i Fyns Amt, i alt ca. 485.000 indbyggere. Odense og Nyborg-afdelingen modtog primært borgere fra Midt, Nord og Østfyn, Middelfart-afdelingen fra Vestfyn og Svendborgafdelingen fra Sydfyn og øerne i det fynske øhav. Fyns Amt dækkede 32 fynske kommuner. Med kommunalreformen den 1. januar 2007 ændres dette til 10 større kommuner.

### **3.3 EVIDENSBASERET PRAKSIS**

På Fyn blev det som tidligere nævnt politisk besluttet, at man så vidt muligt skulle tilbyde borgerne evidensbaseret alkoholbehandling. Evidensbaseret alkoholbehandling betyder, at personalet anvender en evidensbaseret praksis. Elementerne i evidensbaseret praksis er beskrevet i tabel 3.1

**Tabel 3.1 Elementer der indgår i en evidensbaseret praksis**

---

Patienternes behov (kortlægning)  
Evidensbaserede behandlingsmetoder  
Kompetenceudvikling af personalet  
Kvalitetsudvikling

---

Implementering af en evidensbaseret praksis i alkoholbehandling indebærer, at ABC valgte at basere behandlingen på en grundig og systematisk kortlægning af patientens behov i forbindelse med behandlingsstart (Nielsen & Nielsen, 2001).

Den evidensbaserede praksis indebærer endvidere, at man efter en systematisk vurdering af patienternes behov visiterer dem til en evidensbaseret behandling. Evidensbaseret behandling

betyder, at man anvender behandlingsmetoder, der har en videnskabelig dokumenteret effekt over for en given lidelse. Beslutninger i forhold til visitation og behandling af den enkelte patient skal med andre ord baseres på videnskabelige resultater frem for at være bygget på tro, holdninger og traditioner.

Evidensbaseret behandling kræver således i praksis, at enhver behandler har kendskab til de forskningsresultater og metoder, der giver den højeste evidens (viden) (tabel 3.2 ).

**Tabel 3.2 Niveauer for evidens med højeste kvalitet øverst.**

<b>Metode/publikationstype</b>	<b>Evidensniveau</b>
Evidens fra metaanalyser af randomiserede kontrollerede undersøgelser	1a
Evidens fra mindst en randomiseret kontrolleret undersøgelse	1b
Evidens fra mindst et kontrolleret studie uden randomisering	2a
Evidens fra mindst en anden type kvasiexperimentelt studie	2b
Evidens fra deskriptive studier, som feks. Komparative studier, case-kontrol studier.	3
Evidens fra ekspertkomite-rapporter eller meninger (konsensusrapporter) eller klinisk erfaringer fra respekterede autoriteter, eller begge dele	4

Kilde: Eccles et al., 1998.

Blandt de forskningsmetoder, der skaber den største pålidelighed af resultaterne, indtager den randomiserede, kontrollerede og blindede undersøgelse en særstilling og bør udgøre det væsentligste grundlag for valg af behandling (Gøtzche, 1998). Specielt skal man vælge behandlingsmetoder baseret på metaanalyser, der kombinerer resultaterne fra mange forskellige studier af samme patientbehandling.

Ved ABC er indført flere behandlingsmetoder, der har evidens 1a. For at sikre at de anvendes i daglig praksis er der udarbejdet kliniske retningslinier for de enkelte behandlingstiltag.

Herudover er der sket en omfattende kompetenceudvikling af personalet. Det handler dels om målrettet undervisning og supervision indenfor de valgte behandlingsmetoder, dels om at personalet til stadighed inddrages i forskning og formidling.

I det følgende beskrives i oversigtsform indholdet af de akutte og psykosociale behandlingstilbud ved ABC, en mere detaljeret beskrivelse findes andetsteds (Nielsen & Nielsen, 2001).

### 3.4 AKUT BEHANDLING

Væsentlige abstinenssymptomer kan udgøre en betydelig barriere for at gå i ambulans behandling, og lede til kompliance-problemer, simpelthen fordi patienten ikke kan udholde abstinenssymptomerne. ABC tilbyder derfor akut behandling af abstinenser. Det betyder i praksis, at selve behandlingen ofte begynder med en afrusning, som foregår i ABC's akutte åbningstid. Den akutte åbningstid er nogle få timer om formiddagen, hvor man kan henvende sig akut uden på forhånd at have truffet en aftale med behandlingscentret. Den akutte åbningstid er med andre ord en slags åben skadestuefunktion på alkoholområdet, men med fokus på akut behandling af abstinenser. På baggrund af en kort samtale, undersøgelse og klinisk vurdering, foretaget af en erfaren sygeplejerske, konfereres med ABC's læge om udlevering af abstinensmedicin, b-vitaminer og evt. antabus.

For at kunne gennemføre en sufficient afrusningsfase, undersøger sygeplejersken dels patientens fysiske tilstand, dvs. måler promille, puls og blodtryk, samt tage bestik af objektive symptomer i forhold til tremor, rødmen etc. Sygeplejersken spørger desuden patienten om hvor meget han har drukket og hvor længe, samt om hans sociale forhold (bor han alene, er der nogen til at tage sig af ham derhjemme, har han børn og i givet fald, er der nogen, der tager sig af dem).

Alkohol abstinenserne behandles med benzodiazepiner. Der vælges et benzodiazepin-præparat med lavt misbrugspotentiale, dvs med forholdsvis lang optagelsestid. Samtidig vælges et præparat med lang halveringstid, da disse tilsyneladende er bedst til at forebygge kramper (sundhedsstyrelsen, 2006).

Patienten ordineres samtidig vitaminer for at forebygge Wernicke-Korsakoff's syndrom og nervebetændelse.

Patienter, der har for høj promille til at påbegynde ambulans medicinsk behandling for abstinenser, kan tilrådes at 'drikke ned', dvs. nedtrappe alkoholforbruget, indtil patienten har så lav en promille, at abstinensbehandling kan iværksættes.

Næsten, men ikke alle patienter kan behandles ambulans for deres abstinenser. Patienten henvises til indlæggelse, hvis han har

- meget svære abstinenssymptomer som sved, kraftig tremor, takykardi eller feber
- forsøgt afruset gentagne gange ambulans uden det er lykkedes.
- promille på over 3 med samtidige abstinenssymptomer.
- komplicerende sygdomme ved siden af misbruget, fx hjertesygdomme, sukkesyge, kroniske leversygdomme.

- samtidig svær psykiatrisk sygdom (psykoser)
- truende delirium tremens (hallucinationer, bevidsthedsplumring, er desorienteret)
- alvorlige selvmordstanker
- svær motorisk uro

Når patienten er uden abstinenser, og såfremt han ønsker en egentlig behandling for selve misbrugsadfærden, gives han en tid til kortlægning.

### **3.5 UDREDNING OG KORTLÆGNING**

Kortlægningen omfatter de tidligere nævnte syv hovedområder der indgår i ASI. Kortlægningen omfatter desuden en vurdering af patientens tro på fremtiden/selvmondsrisiko, samt en vurdering af psykiatrisk co-morbiditet, dvs. om patienten har psykiske lidelser parallelt med misbruget.

Kortlægningsinterviewet er grundigt og varer op mod 2 timer. En mindre delmængde af spørgsmålene fra kortlægningsinterviewet vil senere i behandlingsforløbet blive stillet igen, nemlig hver tredje måned. Det drejer sig om de spørgsmål, der vedrører hvordan patienten aktuelt har det på de enkelte områder.

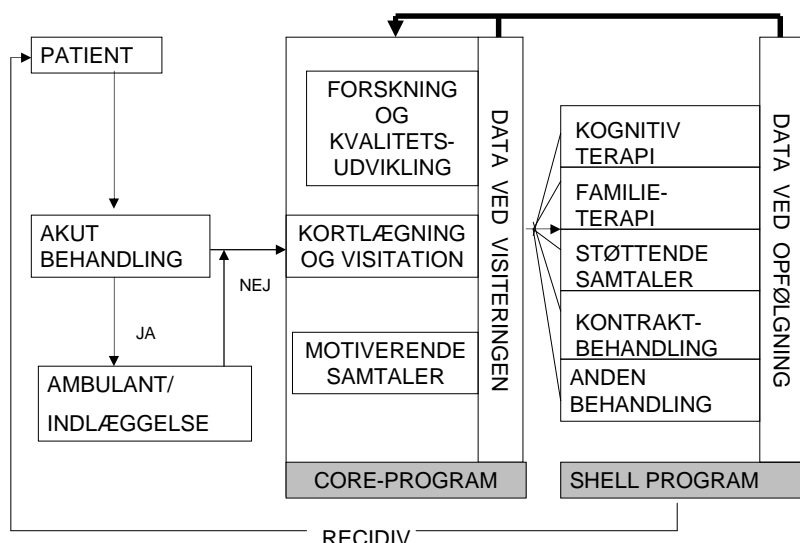
De oplysninger, man indsamler ved kortlægningen anvendes til at skabe sig et overblik over patientens situation, som anvendes til at planlægge behandlingsindsatsen. Men data anvendes også til at systematisk at analysere/overvåge, hvorvidt der senere sker fremskridt eller ej. Herudover anvendes data til at give den enkelte patient løbende feedback på, hvordan hans situation udvikler sig.

### **3.6 VISITATION (ODENSEMODELLEN)**

Kortlægningen danner grundlag for visitation til de enkelte behandlingstilbud. Visitationen foregår på baggrund af den patient-profil, der tegner sig under kortlægningen, og visitationen tager udgangspunkt i erfaringer fra de mange patienter, der har deltaget i tidligere forskningsprojekter (Nielsen & Nielsen, 2001). Visitationsproceduren bygger således på den indsamlede viden om, at en patient med præcist den og den problemstilling i kombination, har den bedste prognose indenfor dette eller hint specifikke behandlingstilbud. Der er med andre ord tale om en visitationsmodel, der er udviklet på baggrund af analyser af statistiske data på, hvordan det går forskellige patienter, der er behandlet med forskellige behandlingsmetoder. Grundtanken i visitationsmodellen er således en 'core-shell'-tænkning, som beskrevet af Institute of Medicine (Institute of Medicine, 1990), hvor

indgangsporten til behandling er en systematisk, central visitations- og udrednings-blok (ofte grafisk afbilledet som en 'kerne i midten'), der danner basis for visitation til behandling ud fra den til enhver tid bedst kendte viden om, hvilket behandlingstilbud, der giver den bedste prognose. Behandlingstilbuddene beskrives ofte som befindende sig i en 'skal' (Shell), der folder sig ud efter udrednings/visitationsfunktionen. Core-shell-modellen, som den er blevet tilpasset vore forhold, er vist i figur 3.3.

Figur 3.3 Odensemodellen



Efter kortlægning bliver patienten visiteret til en af de behandlingsmetoder, der har vist sig at have god effekt på (grupper af) alkoholmisbrugere (se nedenfor), eller til anden behandling (såfremt patienten har en ringe prognose i det ambulante behandlingssystem).

‘Odense-modellen’ handler imidlertid ikke blot om kortlægning og valg af behandling. ‘Odense-modellen’ handler også om at tilpasse behandling til patientens parathed til at indgå i behandlingsforløbet. Mange patienter afbryder nemlig behandlingsforløbet, inden de rigtigt kommer i gang. Grundene til dette kan være mange, men en hyppig grund er, at patienten ikke har gjort op med sig selv, hvorvidt behandling er nødvendig, hensigtsmæssig eller i det hele taget muligt at

gennemføre. Patienten er med andre ord ofte stadig ambivalent i forhold til gå i behandling og måske også i forhold til at ændre sine alkoholvaner i det hele taget.

Fordi ambivalens både er en naturligt element af enhver beslutningsproces – også beslutningsprocesser i forhold til at gå i behandling – prøver Odensemodellen at tage højde for dette. Modellen forsøger ikke bare at matche patienten til det rette behandlingstilbud, men også at tilrettelægge behandlingstilbuddet således, at det tilpasses patientens parathed til behandling. Det betyder konkret, at man forud for iværksættelsen af den behandling, som patienten tilbydes, forsøger at styrke patientens beslutning om gå i behandling, og venter med at sætte behandling i værk, til patienten føler sig parat til det og aktivt beslutter det. Det gør man ved at begynde et behandlingsforløb med et antal samtaler, der fokuserer på selve overvejelserne om at ændre alkoholvaner og beslutningen om at gå i behandling. Samtalerne har til hensigt at hjælpe patienten til at blive mere klar over, hvad han ønsker og regner med at få ud af behandling - og en hjælp til at se, at der ikke er andre end ham selv, der kan træffe de valg, der skal til. Samtalerne kaldes motiverende samtaler (Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2004)).

### **3.7 PSYKOSOCIAL BEHANDLING**

De psykosociale behandlingstilbud, som patienterne kan visiteres til indenfor rammerne af Odensemodellen, er kognitivadfærdsterapi, familieterapi, kontraktbehandling (dvs. højt struktureret behandling, der bla. omfatter skriftlige aftaler om behandlingsmål og evalueringer undervejs), støttende samtaler (mindre strukturerede samtaler, der i højere grad tager udgangspunkt i patientens situationer her og nu). Hertil kommer som nævnt de motiverende samtaler, som alle behandlingstilbuddene indledes med.

Behandlingstilbuddene er udvalgt på baggrund af den viden, man havde i slutningen af 90'erne om, hvilke psykosociale behandlingstilbud, der kunne dokumentere effekt. Det drejede sig om motiverende samtaler, kognitivadfærds terapi samt familiebehandling.

Kontraktbehandlingen og de støttende samtaler havde Enheden for Klinisk alkoholforskning tidligere som led i en randomiseret undersøgelse vist, var effektive overfor grupper af patienter (Nielsen et al., 1998, 2000) og eftersom alkoholbehandlingscentret allerede mestrede disse behandlingsmetoder, blev de bibeholdt som tilbud til de patientprofiler, der havde en god prognose i forhold til dem. For alle behandlingstilbud er udarbejdet kliniske retningslinier.

Behandlingstilbuddene er individuelle og blev for alle patienters vedkommende individuelt planlagt. Det betød rent praktisk, at behandleren sammen med den enkelte patient aftalte hyppighed for patientens fremmøde, varighed af behandling, mål med behandlingen etc. For de fleste patienters vedkommende indebar det relativt hyppigt fremmøde i begyndelsen af et behandlingsforløb, hvorefter tidsintervallet mellem samtalerne stille og roligt blev øget. Et behandlingsforløb varer i gennemsnit 7 måneder, men kan svinge fra få måneder til flere år. Der er i skrivende stund stadig konsensus om, at motiverende samtaler, behandling indenfor den kognitive referenceramme og familiebehandling kan dokumentere effekt på alkoholbehandlingsområdet (sundhedsstyrelsen, 2006).

## KAPITEL 4

# Kvalitetsudviklingsbegreber

---

I kapitlet gennemgås de vigtigste begreber og værktøjer indenfor kvalitetsområdet. Der er specielt lagt vægt på de værktøjer, som vi har anvendt i vores projekt. Afsnittene omhandlende standarder og indikatorer, er helt centrale for at kunne forstå vores projektforsøg.

---

### 4.1 KVALITET I BEHANDLINGEN

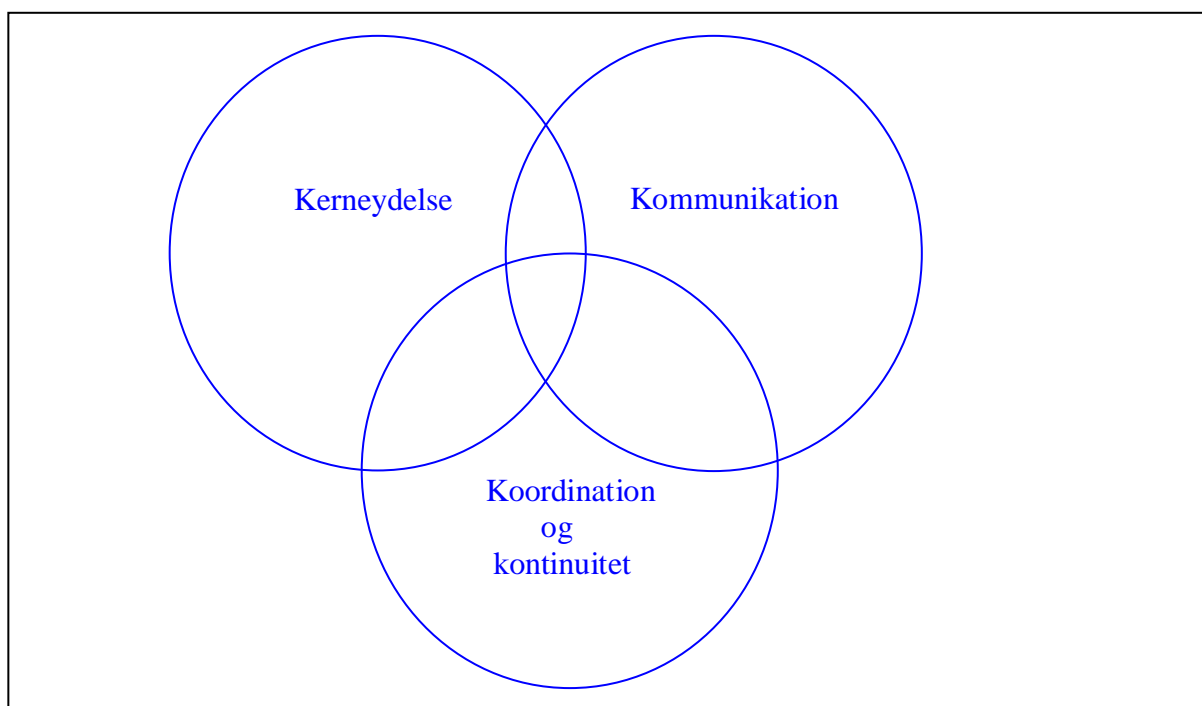
*Kvalitet* er et udtryk for, i hvilken grad resultatet af en given indsats svarer til opstillede mål eller standarder (Chassin & Gravin, 1998). God kvalitet er høj målopfyldelse, medens dårlig kvalitet er lav målopfyldelse.

Set fra et patientsynspunkt vil kravet til god kvalitet dække både kerneydelser, kommunikation, koordination og kontinuitet (figur 1) (Kjærgård et.al., 1998). Kerneydelser er et udtryk for de færdigheder, som den enkelt behandler udviser i varetagelsen af sin behandling, og dermed patientens udbytte af behandlingen.

Kvaliteten af kerneydelser er afhængig af, hvor god man i den pågældende institution er til at stille den rette diagnose, vurdere patienternes behov og iværksætte den behandling, der bedst kan tilgodeses, at disse behov bliver afhjulpes. Patienternes forventninger til kerneydelser er at blive raske eller få lindret deres symptomer, og det er oftest den ydelse, patienterne prioriterer højest.

Kravet til kommunikationen er, at patienterne oplever sig velinformerede omkring deres sygdom og behandling, mens koordination og kontinuitet indebærer, at patienterne får sikkerhed for at relevante samarbejdspartnere f.eks. pårørende inddrages, samt en hensigtsmæssig rækkefølge af de faglige ydelser med acceptable ventetider og uden aflysninger og overflødige kontakter.

Figur 4.1 Patientperspektivet på kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser



Som det fremgår af figur 4.1 er de enkelte kvalitetselementer nært forbundet. Kvaliteten af kerneydelsen i form af en vedvarende medicinsk behandling af en kronisk sygdom er blandt andet helt afhængig af, at patienterne oplever sig grundigt informeret om virkninger og bivirkninger, og hvilken konsekvens det får, hvis de ophører med behandlingen. I vores kvalitetsudviklingsprojekt har vi inddraget de fire elementer i behandlingsforløbet, og vi har søgt at tilgodese de forskellige kvalitetsopfattelser hos de direkte involverede personer, nemlig patienterne og behandlerne.

## 4.2 KVALITETSUDVIKLING

Kvalitetsudvikling kan ifølge verdenssundhedsorganisationen WHO beskrives som hele den proces, der gennemløbes for at afgrænse og forbedre de bedste resultater af behandlingen. Formålet er at opnå den bedst tænkelige kvalitet af den indsats, man i dagligdagen yder patienterne.

I litteraturen anvendes ofte begreber som kvalitetskontrol og kvalitetssikring, vi foretrækker ordet ”udvikling” som en positiv indfaldsvinkel. Kvalitetsudvikling bør være en kontinuerlig del af daglig praksis og for at synliggøre de dynamiske og progressive elementer, der er forbundet med dette arbejde, har vi i vores projekt anvendt metoder beskrevet under betegnelsen kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU). På alkoholområdet, ligesom på andre områder indenfor sundhedsvæsenet, består

KKU af en vifte af aktiviteter målrettet en minimering af variationen i behandlingsprocesser, samt synliggørelse og forbedring af indsatsen (Berwick, 1990).

Elementerne i KKU er 1) *Lederskab*: ledelsen skal opstille tydelige mål for indsatsen, motivere og involvere medarbejderne, samt stille tilstrækkelige ressourcer til rådighed. 2) *Handlinger baseret på faktuelle data*: Der skal indsamles aktuelle data, der beskriver de aktiviteter patienterne tilbydes, og patienternes tilfredshed med samt udbytte af den. 3) *Systematik*: Der skal anvendes metoder og strategier, der kontinuerligt indebærer analyser af kvalitetsproblemer og iværksættelse af forbedringer ved kvalitetsbrist, såkaldt læring fra daglig praksis. 4) *Medinddragelse*: Alle medarbejdere skal involveres, så der skabes et "lokalt ejerskab" til processen.

Vi vil flere gange i forbindelse med vores kvalitetsudviklingsprojekt beskrive, hvordan vi har anvendt de nævnte elementer. De elementer, der indgår i de systematiske tiltag, er imidlertid så centrale i forståelsen af hele projektføreløbet, at vi nedenfor vil beskrive dem mere detaljeret.

### **4.3 PATIENTFORLØB**

"Patientforløb kan beskrives som summen af alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som patienten oplever i mødet med sundhedsvæsenet i forbindelse med håndtering af et givet sundhedsproblem" (Sundhedsstyrelsen, 2004, Campbell et al., 1998).

Et patientforløbsprogram bør ideelt omhandle hele patientforløbet lige fra de første symptomer opstår, og hvor egen læge, vagtlæge eller de sociale myndigheder kontaktes, efterfulgt af henvisning, modtagelse og behandlingsforløbet ved behandlingsinstitutionen og indtil forløbet afsluttes med en given efterbehandling eller rehabilitering.

Når man i forbindelse med KKU taler om et patientforløb, menes en grafisk beskrivelse af de forskellige trin i interventionen, rækkefølgen og papirgangen. Det er altså et struktureret redskab der har til hensigt at skabe et overblik, som man kan anvende ved analyse og løsning af kvalitetsproblemer. Forløbsbeskrivelsen kan således være med til at synliggøre, hvor problemer kan opstå, samt hvilke data der skal indsamles for at belyse, om kvalitetsproblemer løses.

Udarbejdelse af patientforløb bør involvere alle medarbejdere, hvilket giver mulighed for teamdannelse og etablering af en fremtidig kvalitetskultur på det lokale niveau (Huby and Rees, 2005).

Man bør starte kvalitetsarbejdet med udarbejdelse af patientforløb, der, som omtalt ovenfor, ideelt vil omhandle forløbet fra patientens første kontakt med sundhedssystemet til hans sundhedsproblem er afhjulpet. I virkelighedens verden er det dog ofte mere realistisk, at man vælger

patientforløbsbeskrivelser, der starter med patientens henvendelse til institutionen og slutes med patientens afslutning fra denne. Ved udarbejdelse af patientforløb tages udgangspunkt i nuværende forløb ("nu-forløb"), hvor der identificeres problemer, herefter beskrives hvordan man forestiller sig et ideelt forløb ("bør-forløb") (Sundhedsstyrelsen, 1999). Som led i den systematiske tilgang er næste trin at beskrive de væsentlige aktiviteter i patientforløbet i såkaldte standarder.

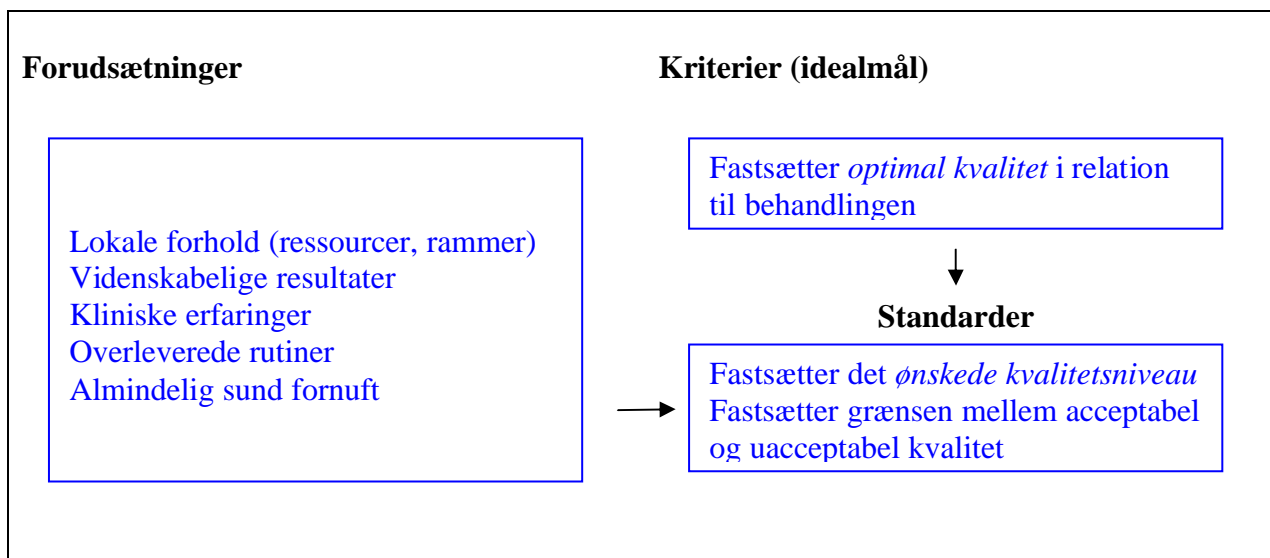
#### **4.4 KRITERIER OG STANDARDER**

Kvalitetsudvikling forudsætter, som omtalt, at man fastsætter målelige og dokumenterbare mål for den kvalitet, man ønsker at opnå. Kriterier, standarder og indikatorer betegner de mål for kvalitet, der skal defineres som led i kvalitetsudvikling (Donabedian, 1986, Gaebel, 1997, Mainz et al., 1999) .

*Kriterier* angiver det *ideelle* mål for den kvalitet, man ønsker at opnå. Sædvanligvis skelner man mellem eksplicite og implicite kriterier. Eksplicite kriterier er baseret på foreliggende dokumenteret viden og relaterer sig typisk til kerneydelsen. Mål for kerneydelsen skal således beskrives på et evidensbaseret grundlag, der tager udgangspunkt i de bedste kliniske og epidemiologiske forskningsresultater beskrevet i metaanalyser, og systematiske litteraturrelevante evalueringer (f.eks. Berglund et al., 2003, Carmer et al., 2004, Sundhedsstyrelsen, 2006). Det kræver, at de enkelte behandlingsinstitutioner har kendskab til videnskabelig tankegang og er i stand til at anvende moderne informationsteknologi til at søge efter systematiske litteraturoversigter. Findes der ikke sikker videnskabelig dokumentation, bør målene fastsættes ud fra konsensusbeslutninger baseret på eksperterens erfaringer.

Implicite kriterier har baggrund i den enkelte behandlers erfaringer, kvalifikationer og sund fornuft, og vil typisk danne basis for målformuleringen ved kommunikation, koordination og kontinuitet. I daglig praksis vil man sjældent kunne leve op til de ideelle mål grundet lokale forhold som patientsammensætning, begrænsede ressourcer, manglende uddannelse osv. I stedet for det ideelle mål fastsættes derfor en *Standard*, der angiver det mål for kvalitet, som man i den konkrete situation og inden for en afgrænset tidsperiode og ressourceramme arbejder efter at nå eller fastholde. Standarden udvikles på baggrund af de ovennævnte videnskabelige resultater, kliniske erfaringer og lokale forudsætninger – herunder organisatoriske og økonomiske forhold. Relationen mellem kriterier og standarder er vist i figur 4.2.

Figur 4.2 Relation mellem kriterier og standarder



Standarder beskrives kvantitativt, da de er det mål for kvalitet på et konkret område, man ønsker at arbejde efter at nå eller fastholde. Arbejdet med standarder kræver, at man systematisk beskriver, hvorledes man vil opfylde en given standard, til dette formål anvendes ofte elementerne struktur, proces og resultat (figur 4.3) (Donabedian, 1986, Københavns Sundhedsvæsen, 1992).

Figur 4.3 Standard: Det ønskelige, opnåelige, generelle kvalitetsniveau

STRUKTUR	PROCES	RESULTAT
Tids- og personaleforbruget samt krav til omgivelserne i forbindelse med tilrettelæggelse af behandling	Beskrivelse af de aktuelle aktiviteter med fokus på aktivitetens kvalitative indhold.	Beskrivelse af det ønskede resultat.
<i>Ledeord:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvem er målgruppen</li> <li>- hvem skal gøre hvad</li> <li>- hvilken aktivitet</li> <li>- hvornår skal det ske</li> <li>- hvor skal det foregå</li> </ul>	<i>Ledeord:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvad er det konkrete indhold</li> <li>- hvordan skal det udføres</li> <li>- prioritering af indsatsen</li> <li>- fastlæggelse af række-følgen</li> </ul>	<i>Ledeord:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- hvad er det ønskede resultat</li> <li>- hvordan kommer det til udtryk</li> <li>- hvordan og hvornår måles resultatet</li> </ul>

Begrebet Struktur vedrører organisationen, de økonomiske vilkår og de tilknyttede ressourcer i form af personale, lokaler o.l. I praksis vil det betyde, at man for en given indsats først beskriver, hvem der skal udføre den, hvornår, hvor og hvordan det skal foregå. Næste trin er at beskrive

*processen*, der i detaljer angiver de aktiviteter, der skal udføres. Processen bør indeholde en konkret beskrivelse af indholdet i aktiviteten, hvordan den skal udføres samt eventuelt en prioritering af indsatsen og fastlæggelse af rækkefølgen. Processen er således udtryk for, på hvilken måde man vælger at løse en given behandlingsopgave og vil ofte omhandle en henvisning til lokale eller nationale retningslinier for en given behandling. Til slut beskrives *resultatet*, der er et udtryk for, hvad man vil opnå med en given indsats, der typisk vil relatere sig til den forandring i patienternes helbred, der kan tilskrives struktur og proces.

Det er af stor betydning, at der er en funktionel sammenhæng mellem de nævnte elementer, da kvaliteten på det ene område vil påvirke kvaliteten på de andre. Struktur og proces skal således beskrives i relation til det ønskede resultat og den angivne standard. Resultatet såvel som standarden skal være konkret og målelig, således at man ved registrering af utilfredsstillende kvalitet (standard ikke opnået) er i stand til at gennemgå de enkelte elementer i struktur og proces i forhold til den givne indsats for at finde ud af, hvad der er gået galt. Fremgangsmåden vil da virke som problemløsningsmetode og samtidig kunne dokumentere den givne indsats.

## 4.5 INDIKATORER

*Indikatorer* er centrale elementer i KGU (Mainz et al., 1999, Flowers et al., 2005). Indikatorer er målbare variable, der belyser i hvilken grad standarden er opfyldt (Derose et al., 2002). Indikatoren har en *tærskel*, der angiver afstanden mellem kriteriet og standarden, hvis denne tærskel overskrides, bør dette føre til kvalitetsvurderinger og handling, som det fremgår af nedenstående eksempel.

*En ideel psykosocial behandling af alkoholmisbrugere bør omhandle en anvendelse af manual-baserede evidensbaserede metoder til alle patienter. Kriteriet ville således være at 100 % af alle ambulante patienter skulle behandles ud fra sådanne manualer. Det realistiske mål (standard) kan f.eks. være, at 75% af et ambulans klientel behandles efter disse retningslinier. Tærsklen for indikatoren er derfor 25 % ( $100-75=25$ ) og en måling, der viser højere værdier, bør indebære kvalitetsvurderinger og beskrivelse af strategier, der medfører forbedringer.*

*Frem for at beskrive tærskelværdier kan man vælge at beskrive indikatoren i relation til det faktiske mål for standarden, og har man ikke nået dette mål, bør iværksættes kvalitetsforbedringer. Vi har valgt den sidstnævnte metode.*

Kvalitetsindikatorer er således strategiske variable, som gør det muligt at overvåge kvaliteten på et givet område, og oftest vil der være flere indikatorer relateret til en given standard.

Indikatorer beskrives som standarder i henhold til struktur, proces og resultat.

*Strukturindikatorer* omhandler infrastrukturen i en behandlingsinstitution og beskriver forudsætningerne for behandlingen. Strukturindikatorer beskriver således faciliteter, personalekompetence, kvaliteten af udstyr, målgruppen for indsatsen og deres adgang til institutionens tilbud. Strukturmålinger er særlig vigtige, når man skal udvikle og styrke infrastrukturen. Strukturindikatorer kan sædvanligvis ikke påvirkes alene af institutionen, da de også afhænger af tildeling af ressourcer og politiske beslutninger.

I et kvalitetsudviklingsperspektiv har strukturindikatorer stor betydning for administratorer og politikere, medens proces- og resultatindikatorer har større betydning for det faglige personale.

*Procesindikatorer* har til formål at besvare spørgsmålet ” Er der implementeret en behandling, som svarer til god praksis”. Fokus er således på udførelsen af en given intervention i forhold til en given patientgruppe. Procesindikatorer belyser, om man i daglig praksis har anvendt de evidensbaserede interventioner beskrevet under standarderne. Udover selve behandlingen kan procesindikatorer også omhandle ventetider, patientinformation og -undervisning.

*Resultatindikatorer* belyser, om de interventioner, man har beskrevet under de enkelte standarder, fører til øget patienttilfredshed, forbedret sundhedstilstand og en reduktion af de økonomiske omkostninger for patienterne i form af reduceret ventetid, færre genindlæggelser og dermed færre sygedage. Ofte ses det endelige resultat af en given indsats først efter en årrække, og man mangler derfor en aktuel og øjeblikkelig vurdering af institutionens resultater. I sådanne situationer anvender man såkaldte *intermediære resultatindikatorer*. Forudsætningen for at kunne gøre dette er, at man har solid viden om, hvorledes de intermediære resultater relaterer sig til det endelige resultat af indsatsen.

*Performanceindikatorer* er et mål for institutionens samlede organisatoriske og behandlingsmæssige kvalitet og kan udover målinger af struktur, proces og resultat også omhandle beskrivelser af omkostninger set i forhold til resultatet af indsatsen.

Performanceindikatorer giver således et billede af, om institutionen er lige så god, bedre eller værre end lignende institutioner nationalt og internationalt.(Freeman, 2002, Loeb, 2004).

Performansindikatorer vil ofte være dem, som man offentliggør, så brugere, politikere og administratorer kan sammenligne behandlingskvaliteten af en given patientgruppe.

## 4.6 KVALITETSMÅLINGER

Måling af kvaliteten ved hjælp af indikatorer kan ske ved, at den enkelte behandler indsamler oplysninger om patienternes tilstand og de givne interventioner igennem behandlingsforløbet. Målingerne kan også ske for grupper af patienter. Det vil altid være en fordel, hvis de valgte målinger både kan anvendes i daglig praksis f.eks. til at give den enkelte patient feedback på hans fremgang i behandlingen og samtidig bruges til at beskrive kvaliteten på gruppeniveau, dvs. for alle institutionens brugere.

Ved udvælgelse af målevariabel bør man tage hensyn til, om de skal formidles til brugerne, behandlerne eller beslutningstagerne; det bedste er naturligvis, at alle kan forstå og forholde sig til de valgte variable. Det er af afgørende betydning, at variablene (indikatorerne) er meningsfulde, mulige at måle og handlingsrelaterede (Hermann and Palmer, 2002).

Ved meningsfulde målinger forstås, at de skal være relevante for aktørerne i behandlingsinstitutionen. Målinger bør i særdeleshed være patientcentrerede (Long, 1997), hvilket indebærer, at de skal kunne sige noget om andelen af patienter, der får udbytte af behandlingen, varigheden af behandlingen, anvendelsen af de nyeste evidensbaserede behandlingsmetoder, samt patienternes tilfredshed med institutionen.

Udvælgelse af indikatorer og en vurdering af, om det er muligt at måle dem, er en kompliceret proces. En indikator skal naturligvis kunne måle det, der er intentionen, den skal måle, man skal derfor altid belyse validitet og reliabilitet af data, når man vurderer kvaliteten. (Lilford et al., 2004). En måling, der ikke er valid, giver et falsk resultat, en bias og man risikerer som led i KKV at foretage unødvendige eller fejlagtige ændringer i behandlingstilbudene. Det vil også kunne medføre, at beslutningstager og brugere vil udvælge behandlingstilbud på forkerte præmisser. Det kræver ofte klinisk epidemiologisk ekspertise for at vurdere, om der er bias i et materiale. Reliabiliteten af målinger bør sikres ved anvendelse af anerkendte evalueringsinstrumenter, og jævnligt træning af behandlerne i deres anvendelse.

Konfoundere eller case-mix er et andet fænomen, som kan påvirke tolkningen af målingerne, specielt når man sammenligner flere institutioners kvalitet, eller ændring af kvaliteten over tid. Case-mix omhandler det fænomen, at værdien af en indikator helt eller delvis kan forklares af uens sammensætning i de patientpopulationer, man undersøger. Det er muligt ved brug af statistiske analyser at justere for case-mix, hvilket ofte er nødvendigt både for proces og resultatindikatorer. Efter valg af måling er det næste skridt at udvælge datakilden. Man vil ofte udvælge administrative data, der indsamles rutinemæssigt, da det er mindre omkostningskrævende. Typisk vil man anvende

journaldata, der dog ofte er indsamlet med andet formål end kvalitetsvurderinger, hvorfor der kan være problemer med validiteten. Det vil have større værdi, hvis man indhenter oplysninger ved personligt interview af patienterne, men det er naturligvis også mere ressourcekrævende.

Det er vigtigt at begrænse mængden af data, så man ikke bruger mere tid og penge på at indsamle data end til at yde patienterne en god behandling.

Kvalitetsmålingerne skal være handlingsrelaterede og bruges til at informere og stimulere til ændringer i institutionen. Man bør derfor kun vælge målinger, hvor resultatet kan påvirkes af institutionens stab. En indikatormåling, der omhandler andelen af patienter, der efterbehandles i privat regi, kan have informativ værdi, men hvis et kvalitetsbrist skyldes manglede kapacitet i det private regi og institutionens ledelse ikke har autoritet til at ændre dette, har en sådan indikator ikke større betydning i kvalitetsudviklingsøjemed.

## **4.7 KVALITETSCIRKLER**

En af de grundlæggende ideer i forbindelse med kvalitetsudvikling er, at alle medarbejdere har ansvaret for, at kvaliteten af institutionens samlede indsats lever op til de valgte standarder.

Etablering af kvalitetscirkler har til hensigt at inddrage og ansvarliggøre alle medarbejdere.

Definitionen på en kvalitetscirkel er følgende: ” en kvalitetscirkel er en gruppe bestående af 3 til 10 personer, som arbejder på samme afdeling eller institution, og som mødes regelmæssigt i arbejdstiden for at løse kvalitetsproblemer på en systematisk måde.

Den grundlæggende ide med kvalitetscirkler er, at den person, som udfører arbejdet, også er eksperten”. (Blomberg, 1989).

Formålet med kvalitetscirkler er at engagere, uddanne og udvikle personalet, så det bliver i stand til at gennemføre kvalitetsløsninger og kvalitetsforbedringer i det daglige arbejde.

I kvalitetscirklerne udarbejdes standarder med tilhørende beskrivelse af struktur, proces og resultat.

Kvalitetscirklernes arbejde kan struktureres ved anvendelse af ide-skabende og ide-samlende metoder (Kjærgaard et al., 2001).

De ide-skabende metoder omhandler brainstorming, hvor man starter med at fastlægge, hvilket kvalitetsproblem der skal analyseres og løses. Efterfølgende udtrykker cirkelns medlemmer på skift tanker, opfattelser og oplevelser i relation til løsning af problemet. De enkelte forslag nedskrives på kort, et tiltag (en ide) på hvert kort. Kortene sorteres herefter i beslægtede temaer, forslagene diskuteres, og de tiltag, der bedst kan lede frem til løsning af et givet kvalitetsproblem, prioriteres.

Prioriteringen (ide-samlende metode) sker ud fra en matrix hvor man opstiller de enkelte tiltag, afhængig af om de er svære eller lette at iværksætte, og hvorvidt dette vil medføre en lille eller stor øgning af kvaliteten.

## 4.8 AUDIT

Når man har udviklet de enkelte standarder og påbegyndt indikatormålingerne, er det vigtigt, man etablerer et forum, hvor man kontinuerligt kan vurdere, om de enkelte standarder overholdes. Dette forum kaldes *audit* (Shaw 1980, Mainz, 2000). Audit kan oversættes med revision og er en metode til kvalitetsvurdering. Audit gennemføres af en auditgruppe bestående af repræsentanter fra medarbejdere og ledelse. Audit vurderer kvaliteten ud fra kvantitative og kvalitative data. I den *kvantitative audit* gøres brug af opgørelser over udvalgte indikatorer, mens den *kvalitative audit* foretages ud fra journaldata, hvor man gennemgår tilfældigt udvalgte patientforløb. Gruppen foretager en vurdering af de komplicerede problemstillinger, der kan opstå i et patientforløb, og ud fra en samlet vurdering opnås konsensus, som danner basis for en kvalitativ klassifikation af den ydede kvalitet i det samlede behandlingsforløb.

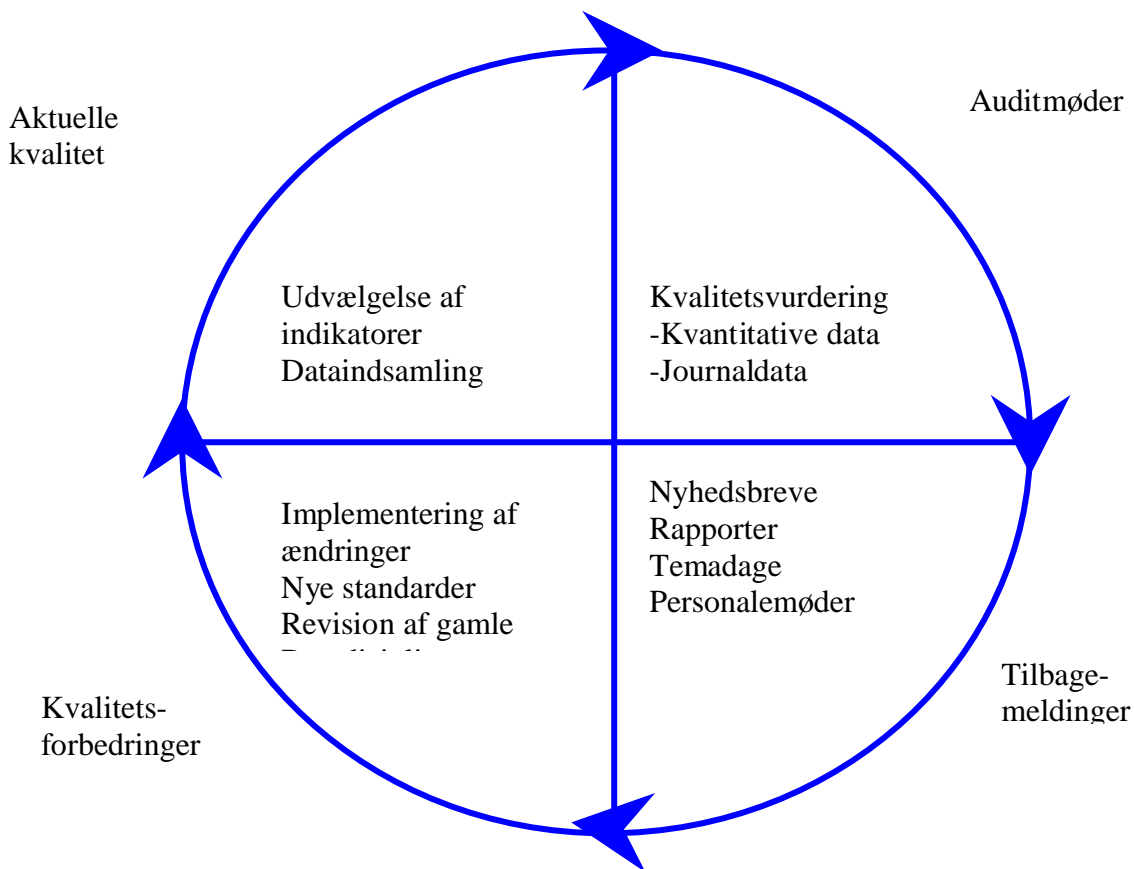
En meget væsentlig opgave for auditgruppen er at sikre feedback til det øvrige personale og foreslå kvalitetsforbedrende tiltag eller ændring af praksis, hvis der er behov for det.

## 4.9 KVALITETSUDVIKLINGSPROCESSEN

Det er erfaringen, at oprettelse af standarder ikke nødvendigvis medfører en forbedring af en given indsats, fordi manglende systematik, metoder og viden kan medføre, at standarderne ikke overholdes i dagligdagen.

Det er derfor afgørende for hele kvalitetsudviklingsforløbet, at der etableres en struktureret proces, der kontinuerlig overvåger kvaliteten, så der hurtigt kan skabes opmærksomhed, hvis der er kvalitetsbrist (manglede overholdelse af standarderne).

Figur 4.4 Kvalitetsudviklingsprocessen



I figur 4.4 er skematisk fremstillet en sådan kvalitetsudviklingsproces, der samler alle de elementer, der er nævnt i tidligere afsnit i dette kapitel. Som det ses af figuren, er kvalitetsudviklingsprocessen opdelt i fire faser.

I fase 1 sker der en kvalitetsovervågning af den aktuelle kvalitet ud fra data, der belyser de enkelte indikatorer. Til opbevaring og databehandling oprettes en kvalitetsdatabase bestående af et software-program, der både kan bruges til indtastning og analyse af data. Databasen skal udarbejdes, så den sikres maksimalt mod indtastningsfejl.

De indtastede data gennemgås og vurderes i fase 2, hvor formålet er at undersøge årsager til eventuelle kvalitetsbrist, dette arbejde foretages af auditgruppen. Resultaterne fra analyserne i fase 2 tilgæmendes til personalet (fase 3) via nyhedsbreve, personalemøder, teamdage eller rapporter. Formålet er, som nævnt tidligere, at synliggøre kvalitetsbrist eller manglende datadisciplin og tilpasse institutionens standarder ud fra de problemer, der er identificeret. Det skulle medføre yderligere kvalitetsforbedringer (fase 4).

Som det fremgår af ovennævnte, er hensigten med kvalitetsudviklingsprocessen, at hver gang man gennemløber cirklen, sker der en forbedring af kvaliteten; eller fastholdelse af kvaliteten, såfremt den er i orden.

#### **4.10 FORSKNING OG KVALITETSUDVIKLING**

Forskning har til formål at tilvejebringe viden, der kan danne grundlaget for den daglige behandling af patienterne. Blandt de forskningsmetoder, der sikrer den største pålidelighed af resultaterne, indtager den randomiserede og blindede kliniske undersøgelse en særstilling (Gørtzhe, 1998) og bør udgøre det væsentligste grundlag for valg af en evidensbaseret behandling. Denne forskningsmetode indebærer, at den specifikke intervention undersøges under optimale og kontrollerede forhold. Man tester på forhånd fastsatte hypoteser, og det er centralt at undgå unøjagtigheder eller bias, der kan medføre fejltolkning af resultaterne.

Til forskel fra forskning er kvalitetsudvikling almindeligvis en kontinuerlig proces, hvor forskning er en afsluttet aktivitet. Kvalitetsudvikling omhandler undersøgelser af daglig praksis og kan sædvanligvis ikke gennemføres under kontrollerede og blindede forhold. Kvalitetsudvikling har ikke som det væsentlige formål at skabe ny viden men, at øge opmærksomheden på, om de faglige ydelser udføres korrekt i dagligdagen.

Ved evaluering af en given indsats anvender kvalitetsudvikling imidlertid de samme metoder, som anvendes i den traditionelle forskning. Man anvender evalueringsredskaber, der er præcise og valide, og man skal også i kvalitetsudvikling vurdere bias, variation og systematiske fejlkilder ved brug af deskriptive og analytiske metoder.

## KAPITEL 5

# Den danske kvalitetsmodel

---

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et fælles dansk system, der skal understøtte en kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU) i det danske sundhedsvæsen. Den implementeres i sygehusvæsenet i 2007, og i de efterfølgende år vil den blive implementeret i alle institutioner, der udbyder offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark.

Modellen vil om få år skulle anvendes indenfor såvel offentlig som privat alkoholbehandling. I kapitlet beskrives DDKM's grundelementer og en række værktøjer og støtteaktiviteter, som stilles til rådighed for sundhedsinstitutionerne.

---

### 5.1 BAGGRUND

Den danske kvalitetsmodel (DDKM) (Sundhedsstyrelsen, 2004) for sundhedsvæsenet er udsprunget af økonomaftalen for 2003 mellem regeringen og amterne. Modellen er et fælles dansk system, der skal understøtte en kontinuerlig kvalitetsudvikling i hele det danske sundhedsvæsen.

Kvalitetsmodellen omfatter principielt alle patientforløb i sundhedsvæsenet.

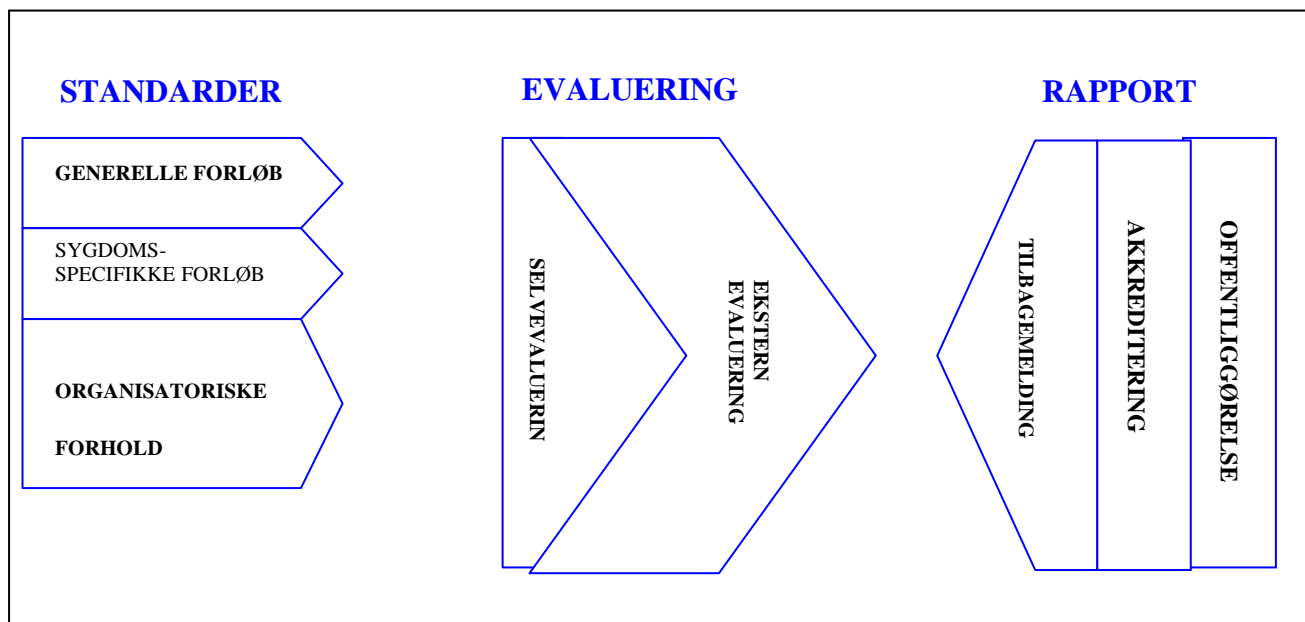
Formålet med modellen er at sikre gode patientforløb til gavn for patienterne, så patienterne oplever en bedre kvalitet. Der skal samtidig sikres fortsat faglig organisatorisk forbedring af patientforløbene. Kvalitetsmodellen skal sikre en synliggørelse af kvaliteten og fremme en kontinuerlig forbedring af sundhedsvæsenets ydelser. Kvalitetsmodellen er obligatorisk og omfatter alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark. Herunder også private sundhedsinstitutioner og leverandører, der indgår aftaler med det offentlige sundhedsvæsen.

Kvalitetsmodellen fokuserer særligt på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, mellem institutioner og internt i institutionerne. Der lægges vægt på aktiviteter, der påvirker patientens oplevelse af forløbet, det sociale og sundhedsmæssige resultat af forløbet samt de organisatoriske aktiviteter, der understøtter forløbet.

## 5.2 KVALITETSMODELLENS GRUNDELEMENTER

Den kontinuerlige kvalitetsudvikling (KKU) af sundhedsvæsenets ydelser skal sikres ved at inddrage de grundlæggende elementer i KKU (se afsnit 4.2). Der skal således foretages løbende eller periodiske målinger af kvaliteten, såkaldte indikatormålinger. Målingerne skal efterfølgende systematisk analyseres og vurderes. Det er helt centralt, at man handler på de indsamlede kvalitetsmål, så man kan fremme kvalitetsforbedringer og minimere kvalitetsvariationen både i den enkelte institution og imellem institutioner. Med henblik på at fremme ovennævnte indeholder modellen nogle fælles kvalitetsværktøjer, der gør det muligt at foretage en ekstern vurdering af de enkelte institutioners kvalitet og sammenligne kvaliteten institutionerne imellem. Slutteligt er det hensigten, at kvaliteten skal synliggøres for borgerne.

Figur 5.1 Grundelementer i den danske kvalitetsmodel



I figur 5.1 er vist kvalitetsmodellens grundelementer. Der skal udvikles standarder for tre former for forløb. Ved generelle forløbsstandarder forstås elementer i patientforløb, der bør gælde, uanset hvilken sygdom patienten har. Det kan f.eks. være sikkerhedsprocedurer ved administration af medicin.

De sygdomsspecifikke forløb omhandler forløb og standarder, der er specifikke for afgrænsede patientgrupper, i vores tilfælde alkoholmisbrugere. Organisatoriske standarder forholder sig til tværgående organisatoriske aktiviteter, der er en nødvendig forudsætning for gode patientforløb.

### 5.3 TEMAER I KVALITETSMODELLEN

Standarderne udgør det fælles evalueringsgrundlag og kan betragtes som foruddefinerede krav til en given aktivitet. Standarderne er beskrivende, og der stilles ikke konkrete krav til, hvordan de enkelte institutioner vil efterleve dem. Det er således den enkelte institutions ansvar at udvikle løsninger, der kan fremme opfyldelse af de fastlagte standarder. De prioriterede aktiviteter, der indgår i kvalitetsmodellen, er rubriceret i 37 temaer. Inden for hvert tema beskrives 2 til 4 standarder, der har særlig betydning for den faglige og patientoplevede kvalitet. De 37 temaer eller aktiviteter er inddelt under de tre forløb. (tabel 5.1).

Tabel 5.1 Temaer i Den Danske Kvalitetsmodel

<b>Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter</b>	<b>Generelle forløbsaktiviteter</b>	<b>Organisatoriske aktiviteter</b>
Apopleksi	Henvisning	Hygiejne
Brystkræft	Visitation	Beredskab og forsyning
Diabetes	Modtagelse	Patienttransport
Fødsler	Vurdering og planlægning	Apparatur og teknologi
Hjerteinsufficiens	Koordinering	Kvalitetsstyring
Hoftenære frakturer	Overdragelse	Risikostyring
Lungebetændelse	Diagnosticering	Dokumentation og datastyring
Mavesår	Observation	Rekruttering, uddannelse og kompetencesikring
Skizofreni	Patientinddragelse	Ledelse
Tyk- og endetarmskræft	Patientinformation og kommunikation	Politikere og retningslinier
	Intensiv behandling	
	Invasiv behandling	
	Rehabilitering	
	Medicinering	
	Forebyggelse og sundhedsfremme	
	Ernæring	

Kilde: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, 2006.

På nuværende tidspunkt er der nedsat nationale arbejdsgrupper, som i løbet af foråret 2007 vil udpege strategisk vigtige aktiviteter indenfor hvert tema. Der vil blive beskrevet standarder for hver aktivitet, og efterfølgende bliver det de enkelte institutioners opgave at etablere en kvalitetsorganisation, som sikrer implementering og overvågning af aktiviteter, der efterlever standarderne. Overvågningen vil som omtalt ske ud fra indikatorer, der belyser i hvilken grad man efterlever de udvalgte standarder.

## 5.4 STANDARDERNES OPBYGNING

Kvalitetsmodellens standarder er ikke opbygget på helt samme måde, som vi har beskrevet i afsnit 4.4, der er således ikke krav om, at man beskriver elementerne struktur, proces og resultat. Man tilstræber dog at standarderne skal være operationelt målbare, så de kan relateres til indikatorer. Standarderne omhandler en række konkrete krav til den aktivitet de omhandler, de vil således omhandle fire kriterier som igen opdeles i en række delkriterier. Kriterierne vil være gennemgående for alle kvalitetsmodellens standarder. I tabel 5.2 er angivet opbygningen af DDKM's standarder. Hvis vi skal relatere de enkelte elementer i DDKM's standarderne til struktur, proces og resultat vil elementerne 1 og 2 typisk henregnes til strukturen, medens elementerne 5, 6 og 7 kan henregnes til resultat. Selve udførelsen af aktiviteten, der er knyttet til den enkelte standard, omhandler element 4, der er udformet som en vejledning til, hvordan man kan tilrettelægge udførelsen af de tidligere nævnte kriterier.

Tabel 5.2 Standardernes opbygning.

- 
1. Angivelse af standarden
  2. Angivelse af målgruppen for standarden
  3. Angivelse af formålet med standarden
  4. Vejledning til standarden (hvilke handlinger skal udføres ved en given aktivitet)
  5. Angivelse af målinger
  6. Angivelse af standardens 4 kriterier
    - Kriterium 1: Selvevaluering
    - Kriterium 2: Retningslinier o.l.
    - Kriterium 3: Implementering
    - Kriterium 4: Kvalitetsstyring og -forbedringer.
  7. Angivelse af kriterieniveau for at opnå akkreditering
- 

De 4 kriterier og vejledningen er således centrale elementer ved udførelsen af en given aktivitet. Det første kriterium omhandler selvevaluering og beskriver krav til en systematisk og regelmæssig

vurdering af kvaliteten. De 3 andre kriterier omhandler, hvilke handlinger, der skal udføres (kriterium 2), hvordan de implementeres og fastholdes (kriterium 3), samt strategier for kvalitetsstyring og -forbedringer (kriterium 4).

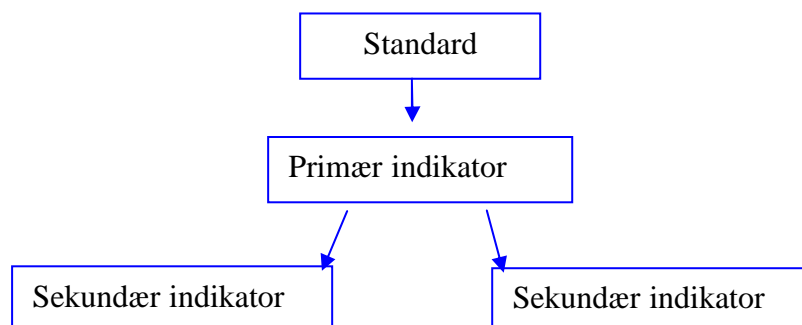
Kriterium 2 vil ofte stille krav til udførelsen af aktiviteten ud fra retningslinjer, instrukser, vejledninger eller standarder med tilhørende struktur, proces og resultat. Hvorledes man opfylder disse krav er angivet under standardens vejledning (standardelement 4).

## 5.5 INDIKATORER OG SELVEVALUERING

Vi har tidligere beskrevet, at kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU) indebærer handlinger baseret på faktuelle data efterfulgt af en systematisk vurdering af de indsamlede data, som foretages af lokale medarbejdere. Evalueringen i DDKM tager udgangspunkt i ovennævnte, idet der anbefales en selvevaluering ud fra indikatorer. Man skelner mellem patientindikatorer og faglige indikatorer. Patientindikatorer stammer fra vurderinger foretaget af patienterne, f.eks. tilfredshedsundersøgelser, de faglige indikatorer kan stamme fra tværsnitsundersøgelser, kliniske databaser eller journalgennemgange.

Indikatoren skal give information om, hvorvidt man har udført den faglige aktivitet beskrevet i en given standard. Det er ikke altid muligt at opnå en tilstrækkelig information ved brug af blot en indikator. Derfor anbefales at man benytter en gruppe af sammenhængende indikatorer, som, ud over at belyse et konkret kvalitetsniveau, også belyser en mulig årsagssammenhæng. En sådan gruppering kan indeholde en indikator, der forholder sig til resultatet af aktiviteten (primær indikator), og en eller flere indikatorer der belyser mulige årsager til resultatet, såkaldte sekundære indikatorer. De sekundære indikatorer vil ofte belyse processer, der leder frem til resultatet. (figur 5.2).

Figur 5.2 Standard og indikatorgruppe



I figur 5.2 kunne standarden for eksempel beskrive andelen af patienter, der har et positivt drikkemønster ved afslutningen af behandlingen. Den primære indikator i denne situation vil være et mål for, hvor mange patienter der opfylder standarden. Herudover kunne der være to sekundære indikatorer som belyste, om man havde fulgt de kliniske retningslinier for den psykosociale behandling og indkaldt patienterne ved udeblivelse.

I DDKM må en indikatorgruppe højst bestå af tre faglige indikatorer, typisk en resultatindikator og to procesindikatorer. Herudover kan der til nogle standarder også være knyttet op til tre patientindikatorer. Modellen stiller krav om, at der skal opstilles nogle fælles indikatorer, hvor alle institutioner er forpligtet til at indsamle data, der belyser indikatoren. Formålet er at kunne foretage sammenligninger mellem institutioner, der er omfattet af samme standarder.

Udover de fælles indikatorer kan den enkelte institution vælge lokale indikatorer. For både de fælles og lokale indikatorer stilles krav om dokumentation af dataindsamling, men det er kun de fælles indikatorer, der skal offentliggøres.

Indsamling af indikatordata kan ske kontinuerligt eller periodisk, og det er den enkelte institutions ansvar at etablere en organisation, der sikrer indsamling, analyser og vurderinger af data.(jf. standardens kriterium 1 og 4).

Evalueringen af kvalitetsniveauet og variationer er knyttet konkret til hver standard. Hensigten er at understøtte det lokale medejerskab i den kontinuerlige kvalitetsudvikling. Der kan anvendes flere metoder til vurderinger, hvor de typiske metoder vil være audit, dokumentanalyser, individuelle eller fokusgruppeinterviews.

## **5.6 RAPPORTERING OG AKKREDITERING**

Kriterierne i de enkelte standarder er udgangspunktet for de enkelte institutioners kvalitetsniveau, der rapporteres en gang årligt til en central kvalitetsorganisation (se nedenfor). Indberetningerne fra alle institutioner offentliggøres i anonymiseret form en gang årligt, men den enkelte institution modtager sine egne resultater, der kan anvendes til intern evaluering.

Den eksterne evaluering gennemføres af "Surveyors", som er en gruppe uvildige danske og udenlandske fagpersoner, udvalgt af den centrale kvalitetsorganisation. Surveyoerne besøger den enkelte institution hver tredje år. Besøget omhandler dialog og interview med ledelsen og medlemmer af kvalitetsorganisationen om kvalitetsforbedringer og standardopfyldelse, Der vil også være besøg i institutionens enkelte afsnit, hvor der vil blive foretaget interviews af personale og

patienter, foretaget stikprøver af journaler, vejledninger, procedurer og casebaserede audits.

Udgangspunktet for den eksterne evaluering er følgende:

- Institutionens selvevaluering af standardopfyldelse
- Arbejdet med kvalitetsforbedringer (kvalitetsstyring)
- Indikatormålinger og vurderinger.

I forbindelse med den eksterne evaluering af standardopfyldelse foretages en akkreditering af institutionen. Akkreditering er defineret som en procedure ” hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder”. I den første akkrediteringsrunde for sygehuse kræves for samtlige standarder, at kriterium 1 og 2 er opfyldt for at opnå anerkendelse. For særlig kritiske områder, der har betydning for patientsikkerheden, vil man også kræve at kriterium 3 er opfyldt. Der kræves endvidere, at den enkelte institution for hver treårige periode øger kriterieopnåelsen for hver standard, indtil alle kriterier er fuldt opnået.

I tabel 5.3 er angivet hvilke akkrediteringsniveauer, der kan opnås ved besøgene.

**Tabel 5.3 Akkrediteringsniveauer**

- 
- Standarderne opfyldt
  - Standarderne opfyldt med vejledende bemærkninger
  - Standarder delvis opfyldt, men ”mangler” kræver dokumentation
  - Standarder ikke opfyldt, fokuseret genbesøg
  - Ingen akkreditering
- 

Hvis standarderne er opfyldt, betyder det, at de enkelte kriterier i standarden er tilfredsstillende gennemført. Er dette ikke tilfældet, kan gives anbefalinger til forbedringer, og der kan blive fulgt op med et senere besøg. Efter afrapportering og akkreditering offentliggøres status og udvikling for den enkelte institution, samt sammenligner på tværs af institutioner.

## **5.7 ORGANISERING AF DDKM**

Til varetagelse af drift og udvikling af DDKM er der i 2005 etableret en selvstændig central institution: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). IKAS skal forestå analyse af de indsendte indikatormålinger, tilbagemeldinger til institutionerne og den fremtidige

akkrediteringsproces. Som international samarbejdspartner er valgt den engelske kvalitets- og akkrediteringsorganisation Health Quality Service (HQS) (Rasmussen et al., 2006).

## KAPITEL 6

# Kvalitetsudvikling i alkoholbehandling: En litteraturgennemgang

---

Litteraturen giver kun få eksempler på aktiv anvendelse af indikatormålinger i alkoholbehandlingen og vi fandt kun et studie, der fulgte strategien for kontinuerlig kvalitetsudvikling. En dansk undersøgelse viser, at den danske alkoholbehandling er præget af stor variation i behandlingstilbudene, manglende dokumentation af indsatsen og patienternes udbytte af behandlingen.

---

Ved udarbejdelse af kapitlet har vi gennemgået faglitteraturen omhandlede kvalitetsudvikling indenfor alkoholområdet. Litteratursøgningen er sket ved gennemgang af peer-reviewed tidsskrifter angivet i MEDLINE, lærebøger og citerede tidsskrifter. Vi har overvejende valgt peer-review publikationer, da de stiller størst krav til kvaliteten af undersøgelserne.

Vi har kun medtaget publikationer som omhandler indikatormålinger eller på anden måde beskriver metoder svarer til kvalitetsbegreberne omtalt i kapitel 4.

Institute of Medicine angiver i sin omfattende gennemgang af alkoholbehandlingen, at kvalitetsudvikling er et afgørende tiltag der skal sikre at behandlingen ikke præges af modeluner og idiosynkratiske interventioner (IOM, p. 146, 1990).

Først i 80'erne gennemførtes nogle omfattende system tiltag hvor proces og resultat målinger anvendes indenfor alkoholsektoen (IOM, p. 335-40, 1990), som et eksempel på dette fremhæves ”The Core-Shell Treatment System Project” (Glaser et al., 1984), der blev udviklet i årene 1976 til 1981 og som navnet angiver bestod behandlingssystemet af en ”kerne” og en ”skal”. I kernen modtages patienterne og der sker en individuel kortlægning som har til formål at vurdere om patienterne har brug for en intensiv behandling. Ved behov visiteres til forskellige behandlingstilbud der udgør skallen. Efterfølgende evalueres patienternes udbytte af de enkelte behandlingstilbuds. Ambitionen var man ud fra den individuelle kortlægning og opfølgingsresultatet kunne opstille empiriske motiverede rekommandationer for visitation af nye patienter.

Core- Shell systemet baserer sig således på proces – resultat paradigmet, hvor et givet behandlingstilbud (processen) forventes at være forbundet med et givet resultat for en given gruppe af patienter. Projektet er imidlertid aldrig blevet evalueret.

Et lignende proces- resultat paradigme var også udgangspunktet for McLellan og medarbejders undersøgelse af alkoholmisbrugere visiteret til fire forskellige rehabiliteringsprogrammer (McLellan et al.,1983). Hjørnesteinen i programmet var en omfattende kortlægning af patienterne ud fra The Addiction Severity Index og en efterfølgende 6 måneders opfølgning af patienterne. Ud fra resultatet af opfølgningen kunne man beskrive hvilke patientkarakteristika ved behandlingsstart der var relateret til godt udbytte af de enkelte programmer. I dette projekt blev gennemført en prospekt evaluering, der havde til hensigt at belyse ”matchingshypotesen” (Mattson 1994), og projektet havde således ikke kvalitetsudvikling som fokus. Det er også uvist om resultaterne senere blev implementeret i daglig praksis.

I Holland har man igennem de sidste år gennemført en omfattende reform af misbrugsbehandlingen inspireret af Core-Shell modellen (Schippers et al., 2002). Reformen omhandler også kvalitetsudvikling og der er beskrevet standarder samt metoder til kvalitetsovervågning. Programmet startede som et pilotprojekt i perioden 1999 til 2003, men på nuværende tidspunkt er ikke publiceret erfaringer og resultater fra projektet.

Det er der imidlertid fra to projekter gennemført i USA indenfor de sidste år. I Washington gennemførtes en pilot-test af tre performanceindikatorer omhandlende identifikation, iværksættelse og behandlingsengagement for misbrugsbehandling af voksne tilknyttet den kommercielle manage care organizations (MCO) (Garnick et al., 2002). Man tog udgangspunkt i en model (McCorry et al., 2000) hvor man beskrev elementer i et patientforløb der var nøje forbundne og burde indgå i ethvert forløb. I pilotfasen valgte man at undersøge de ovenfor nævnte tre elementer ud fra administrative data fra seks MCOs: Identifikations frekvensens angav den procentvise andel af voksne indlagte med en misbrugsdiagnose gennem et år. Målet for iværksættelse var et udtryk for hvor mange der mødte i et misbrugscenter indenfor 14 dage efter identifikationen, og det varierede fra 26 % til 46 % ved de 6 deltagende MCOs, endelig målte man behandlingsengagement der var et udtryk for hvor mange af de identificerede misbrugere som gennemførte 2 behandlingssessioner indenfor 30 dage efter henvisning. Dette var tilfældet for 14 % til 29 % af samtlige identificerede. I artiklen gennemgår man de mulige tolkningsproblemer ved anvendelse af administrative data, og man anbefaler at fremtidige indikatormålinger omhandler de tre undersøgte som vurderes meningsfulde for forbedring af daglig praksis.

I det andet projekt blev gennemført en omfattende undersøgelse af en tilfældig gruppe mennesker der boede i 12 stater i USA (McGlynn et al., 2003). Undersøgelsergruppen bestod af patienter der igennem en to årig periode havde haft kontakt til behandlingssystemet enten som værende indlagt eller ambulant. Man udvalgte 439 kvalitetsindikatorer indenfor 30 kliniske områder, og ud fra interview og journalgennemgange blev beskrevet om sundhedsvæsenet levede op til disse kvalitetsindikatorer. Indikatorene var baserede på nationale retningslinier, den aktuelle evidensbaserede litteratur og rådgivning fra ekspertgrupper. Ved vurdering af den samlede kvalitet af sundhedsvæsenet viste det sig at man kun opfyldte halvdelen af indikatorerne.

Indenfor alkoholområdet indgik to standarder omhandlende vurdering af alkoholmisbrug hos alkoholfhængige og henvisning til yder behandling. Disse to indikatorer blev efterlevet i 10 % af tilfældene og alkohol var således det kliniske område hvor man var dårligst til at efterleve de evidensbaserede anbefalinger.

I vores gennemgang fandt vi kun et studie som fulgte strategien for kontinuerlig kvalitetsudvikling (Pletcher et al., 2005). Studiet omhandlede en lokal implementering af retningslinier for afrusning af alkoholmisbrug. Retningslinierne blev udformet ud fra lokale erfaringer og evidensbaserede anbefalinger. Efter implementeringen af retningslinierne blev der ud fra administrative data og journalgennemgange gennemført en overvågning af behandlingstilbudet (proces målinger) og resultatet af behandlingen. Overvågningen viste at behandlingsstrategien blev ændret efter implementering af retningslinierne, der var dog manglende dokumentation for anvendelsen af retningslinien i over halvdelen af patientforløbene. Ved måling af patienternes udbytte fandt man at færre patienter blev overført til en mere intensiv medicinsk behandling, men varigheden af indlæggelsen blev øget og det samme gjaldt dødeligheden. Der blev efterfølgende foretaget analyser af årsagerne til disse ændringer, og ved disse analyser blev justeret for case-mix. Man kunne dog ikke finde forklaringen på den øgede dødelighed.

Kvalitetsovervågningen medførte at man ændrede praksis ved at eliminere den del af retningslinien som ikke var evidensbaseret. Man fortsatte kvalitetsovervågningen der nu viste et fald i patienter der blev overført til intensiv medicinsk behandling, men dødeligheden blev ikke ændret. Man har fortsat kvalitetsovervågningen men resultatet af denne er ikke beskrevet i artiklen.

I konklusionen foreslår forfatterne at man altid overvåger proces og resultat ved indførelse af nye retningslinier i en institution og der diskuteres problemer med at generalisere resultaterne fra randomiserede kontrollerede undersøgelser til daglig praksis.

I 2006 publicerede USA's Institute of Medicine den mest omfattende gennemgang af kvalitetsudvikling indenfor misbrugsområdet (IOM, 2006). Man fremhæver at langt de fleste behandlingsinstitutioner indenfor alkoholområdet ikke i tilstrækkelig grad anvender evidensbaserede retningslinier og at der er stor variation i den behandling der tilbydes. På trods af at der er beskrevet et betydeligt antal indikatorer anvendes de ikke i praksis, hvilket skyldes at kontinuerlig kvalitetsudvikling ikke er implementeret og accepteret af de forskellige institutioner eller den enkelte behandler.

I Danmark er forholdene ikke meget anderledes end beskrevet ovenfor. En undersøgelse af 22 danske alkoholambulatorier viste, at kun 4 ambulatorier anvendte elementerne fra kontinuerlig kvalitetsudvikling (Milter et al., 2004). I artiklen efterlyses diskussion af danske succeskriterier for god alkoholbehandling og etablering af en national kvalitetsdatabase.

## KAPITEL 7

# Projektets forløb

---

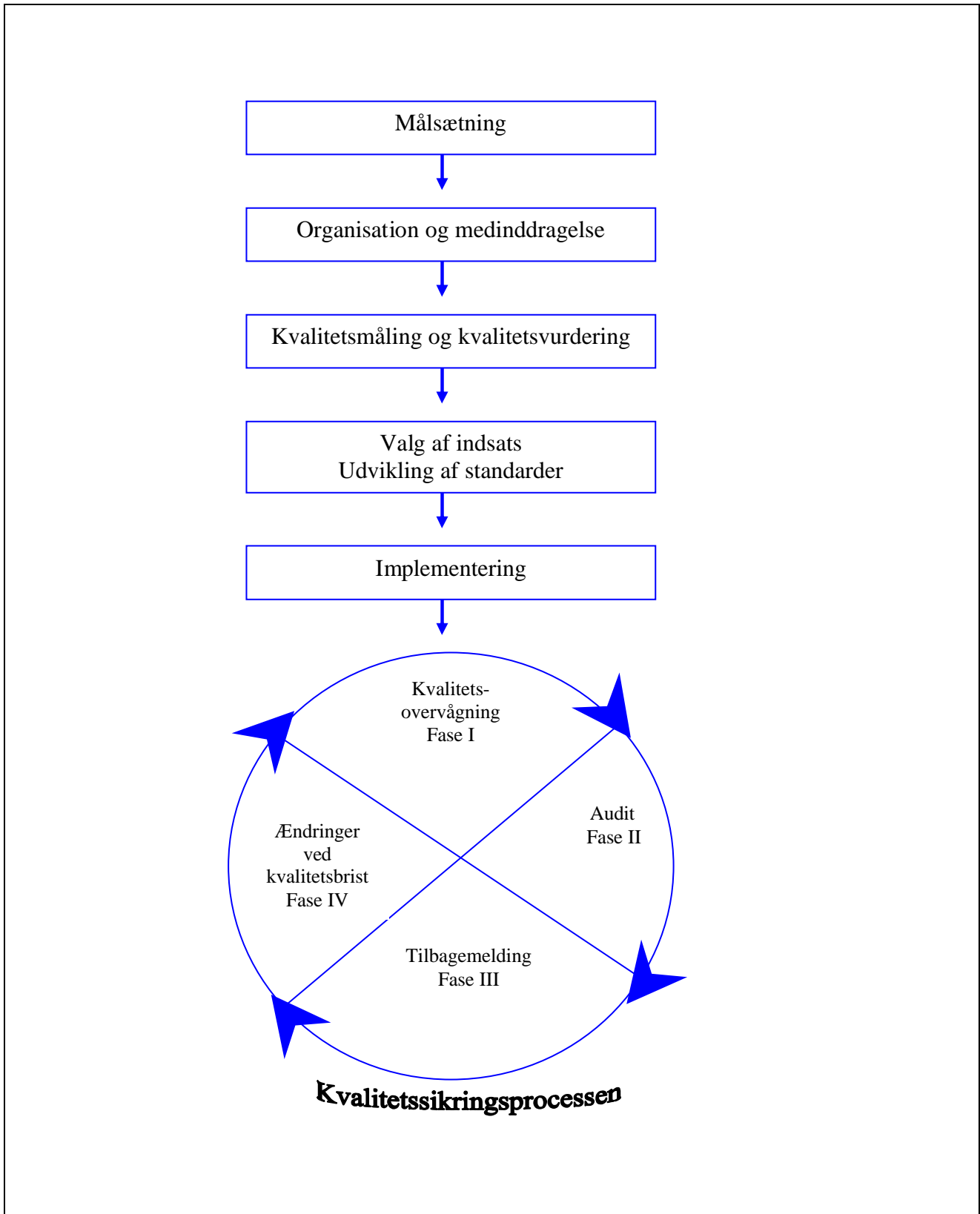
Projektet forløb i henhold til en kvalitetsudviklingsstrategi, hvor vi først omstillede den overordnede målsætning for ABC's indsats. Efterfølgende blev projektet organiseret med det overordnede mål at sikre synlighed i beslutningsprocessen og medinddragelse af alle medarbejdere. Der blev valgt evalueringsinstrumenter og i første halvår af 2001 blev gennemført kvalitetsmålinger, der havde til formål at beskrive den aktuelle kvalitet i ABC. På basis heraf blev foretaget kvalitetsvurderinger med efterfølgende forslag til forbedringer, hvor dette var påkrævet. Forbedringerne blev beskrevet i standarder der blev implementeret i hele ABC, og der blev herefter igangsat en kvalitetssikringsproces, der indebar løbende kvalitetsovervågning, auditvurderinger, tilbagemeldinger, og ændringer ved kvalitetsbrist.

---

### 7.1 KVALITETSUDVIKLINGSSTRATEGI

Som tidligere beskrevet omhandler arbejdet med kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU) anvendelse af en systematisk strategi, der skal være overskuelig og anvendelig i daglig praksis. I figur 7.1 er projektets kvalitetsudviklingsstrategi skematisk fremstillet. Det første led i strategien var opstilling af den overordnede målsætning for ABC. Efterfølgende blev projektet organiseret ved oprettelsen af en styregruppe, kvalitetscirkler og auditgruppe.

Figur 7.1 Kvalitetsudviklingsstrategi



I projektets første år blev gennemført målinger, som havde til opgave at beskrive det aktuelle kvalitetsniveau ved ABC. På basis heraf blev foretaget kvalitetsvurderinger med efterfølgende forbedringer, hvis dette var påkrævet. Valget af indsats som led i kvalitetsforbedringerne blev beskrevet i standarder med tilhørende struktur, proces og resultat.

Efter udviklingen af standarder blev de implementeret i daglig praksis, og der blev etableret en kontinuerlig kvalitetsovervågning med indsamling og analyse af data i en kvalitetsdatabase.

Den kontinuerlige kvalitetsudvikling blev sikret ved kvartalsvise auditmøder, hvor man vurderede de indsamlede data og gav tilbagemeldinger til alle medarbejderne med henblik på at ændre indsatsen hvis der var konstaterede kvalitetsproblemer. De enkelte elementer i kvalitetsudviklingsstrategien vil udførligt blive beskrevet nedenfor.

## 7.2 MÅLSÆTNING

I starten af projektet blev der afholdt temadage og redaktionsgruppemøder med henblik på beskrivelse af den fremtidige behandlingsindsats ved ABC. Det blev besluttet, at ABC skulle tilbyde en relevant behandling, som skulle bidrage til at patienterne reducerede deres alkoholforbrug væsentligt, øgede deres evne til mestring af alkoholrelaterede problemer og sikrede en bedre livskvalitet.

På baggrund af denne overordnede målsætning for alkoholbehandlingen ved ABC blev opstillet følgende delmål for behandlingen:

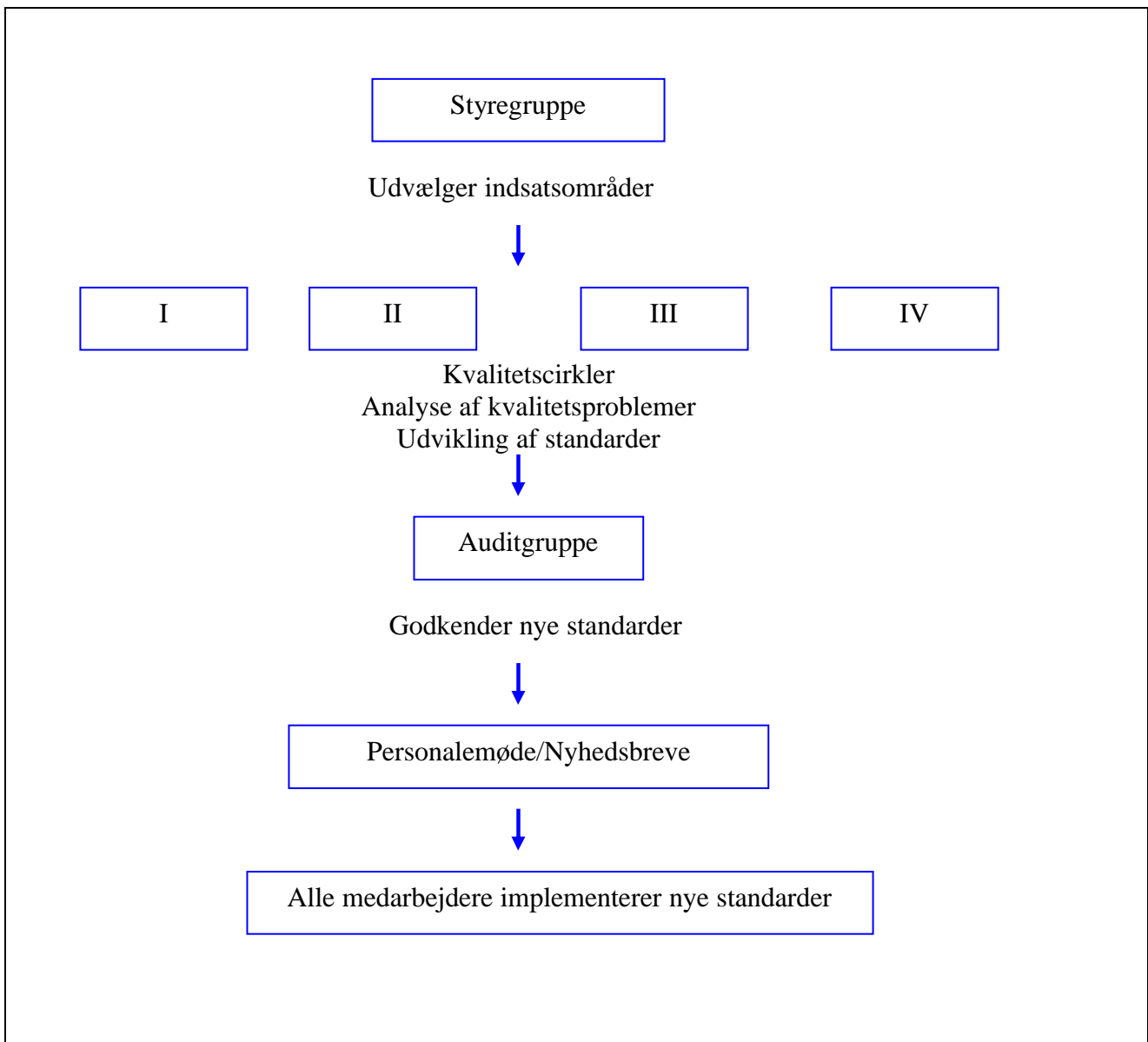
- Reduktion af alkoholforbruget til maksimalt 21 genstande om ugen (herefter betegnet som positivt drikkemønster).
- Reduktion af tilbagefald (mestring).
- Forbedret livskvalitet (psykisk og socialt).
- Sikre en evidensbaseret behandling.
- Sikre koordinering og samordning af behandlingen.
- Sikre relevante tilbud til pårørende.
- Øge patienttilfredsheden.

Delmålene dannede udgangspunkt for udarbejdelse af standarder og indikatorer. Som det fremgår, vedrører de fire første områder overvejende ABC's kerneydelse (jf. afsnit 4.1) og de sidste områder omhandler kommunikation, koordination og kontinuiteten i behandlingen.

### 7.3 ORGANISATION OG MEDINDDRAGELSE

Ved opstart af projektet blev det organiseret, så det sikrede en synliggørelse af ledelses- og beslutningsprocesser for de enkelte medarbejdere. I figur 7.2 er vist en skematisk fremstilling af organisationen og beslutningsprocessen.

Figur 7.2 Organisation og beslutningsprocesser



Der blev som det første nedsat en styregruppe bestående af centerlederen, behandlingsansvarlige overlæge og afdelingslederne fra de enkelte ambulatorier. Herudover blev tilknyttet en kvalitetskoordinator med indgående kendskab til kvalitetsudvikling. Styregruppen afholdte to temadage for hele personalet. På den første temadag blev personalet indført i kvalitetsudviklingsbegreberne, strategier og metoder. Der blev nedsat kvalitetscirkler bestående af 6 til 8 medarbejdere på tværs af de enkelte ambulatorier. Herudover blev nedsat en auditgruppe bestående af styregruppens medlemmer samt 4 medarbejdere. Som det fremgår af kvalitetsudviklingsstrategien (figur 7.1) er udgangspunktet for kvalitetscirklerne og auditgruppen arbejde data fra kvalitetsmålingerne. Da der i starten ikke var gennemført sådanne målinger, blev det besluttet, at arbejdet i første omgang skulle bestå i udarbejdelse af standarder og procedurer for supervision, personaletræning og fokus på børn af misbrugere. Disse tiltag var ikke direkte relateret til behandlingsarbejdet, men var udmærkede område at træne udvikling af standarder og auditfunktionen på.

Efter temadagen blev iværksat kvalitetsmålinger, såkaldte før-målinger (se nedenfor) og resultaterne blev vurderet i auditgruppen der på den anden temadag præsenterede resultatet af førmålingerne og fremhævede hvilke kvalitetstiltag, der var behov for at iværksætte.

På temadagen blev nedsat fire kvalitetscirkler der ud fra de identificerede kvalitetsproblemer skulle udarbejde 2 til 3 standarder med tilhørende struktur, proces og resultat. Standarderne blev efterfølgende godkendt af auditgruppen og som det fremgår af figur 7.2 blev de herefter ved personalemøder implementeret i dagligdagen.

## **7.4 FØRMÅLINGER OG KVALITETVURDERINGER**

Projektets første kvalitetsmålinger omhandlede alle patienter, der henvendte sig ved de ABC i perioden 01.01.01 – 30.06.01. og efterfølgende blev fulgt i 12 måneder.

De indsamlede data kan betragtes som førmålinger, hvilket betyder at data refererer til kvaliteten ved ABC, før der blev iværksat kvalitetsforbedringer.

Ved udvælgelse af måleredskaber var det væsentligt, at de afspejlede virkningen af behandlingen. Dataindsamlingen måtte imidlertid ikke blive så omfattende at den overskyggede det væsentlige, nemlig selve behandlingen/kontakten med patienterne, og løsning af de kvalitetsproblemer der blev identificeret.

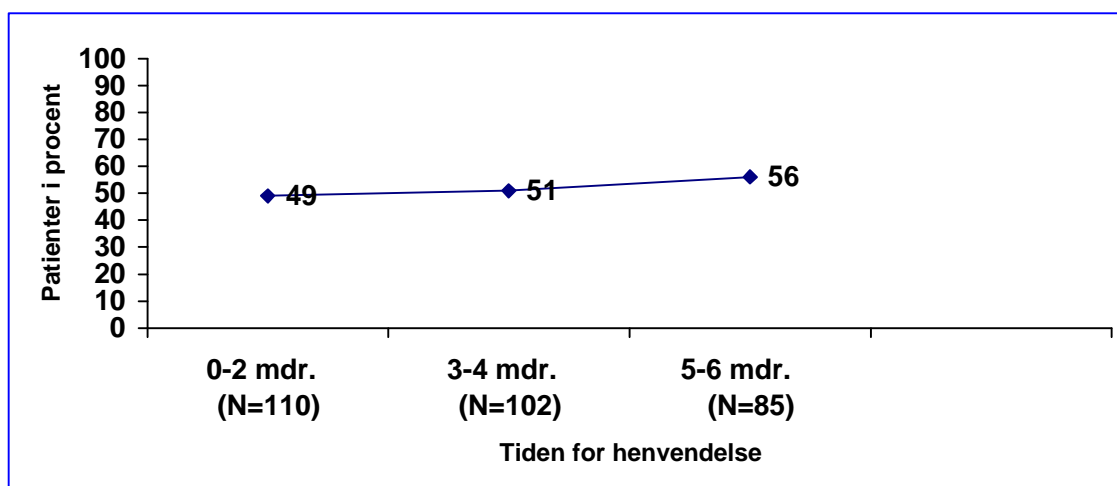
Ambulatorierne i Odense og Nyborg havde gennem de forudgående 10 år anvendt Addiction Severity Index (ASI), som er et internationalt anerkendt kortlægningsinstrument. Vi valgte derfor at

anvende ASI som det centrale måleredskab. ASI har den fordel, at det udover anvendelsen som kortlægnings og visitationsredskab også kan anvendes til at evaluere effekten af den ambulante behandling. Dette kan ske ved et kortfattet statusinterview omhandlende patientens alkoholproblemer og psykosociale funktion de sidste 30 dage forud for interviewet (Appendiks III). Vi besluttede at gennemføre statusinterview efter at patienten havde været i behandling 3 og 6 måneder, samt ved afslutningen af behandlingen eller efter 12 måneders behandling. En ASI evaluering i de nævnte perioder betyder, at man kan overvåge kvaliteten af den ambulante behandling i relation til patienternes alkoholforbrug, recidivfrekvens og psykosociale funktion, der alle er områder, som relaterer sig til den overordnede målsætning for ABC (jf. afsnit 7.2). Overvågning af kvaliteten vedrørende de øvrige målsætninger skete ved registrering af journaldata. Man kan her få oplysninger om afrusningsfasen, afbrydelse af behandlingen og hvorvidt patienten har modtaget en evidensbaseret psykosocial behandling ud fra ABC's retningslinier. Udover de nævnte data besluttede vi årligt i uge 10 og 40 at gennemføre en patienttilfredshedsundersøgelse hvor patienterne anonymt besvarer nogle få spørgsmål omhandlende deres oplevelse af den ambulante behandling. De nævnte måleinstrumenter er nærmere beskrevet i afsnit 8.1, hvor de statistiske analyser anvendt i det følgende også er beskrevet.

### Resultatet af formålingerne

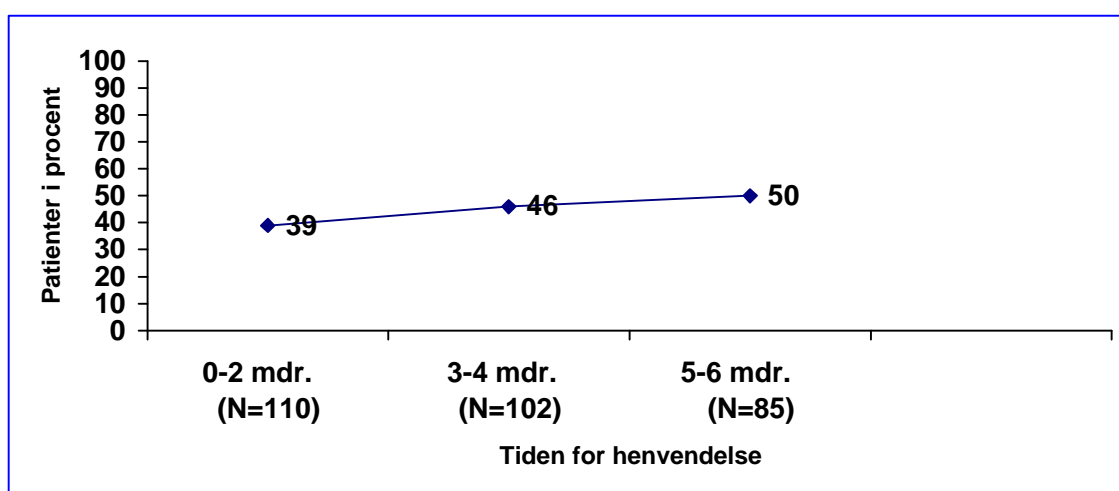
Formålingerne omhandlede 571 patienter og i figur 7.3 og figur 7.4 ses resultatet af ABC's interventioner før visitation til den psykosociale behandling.

Figur 7.3 Patienter der gennemførte afrusningen, før implementering af kvalitetsforbedringer



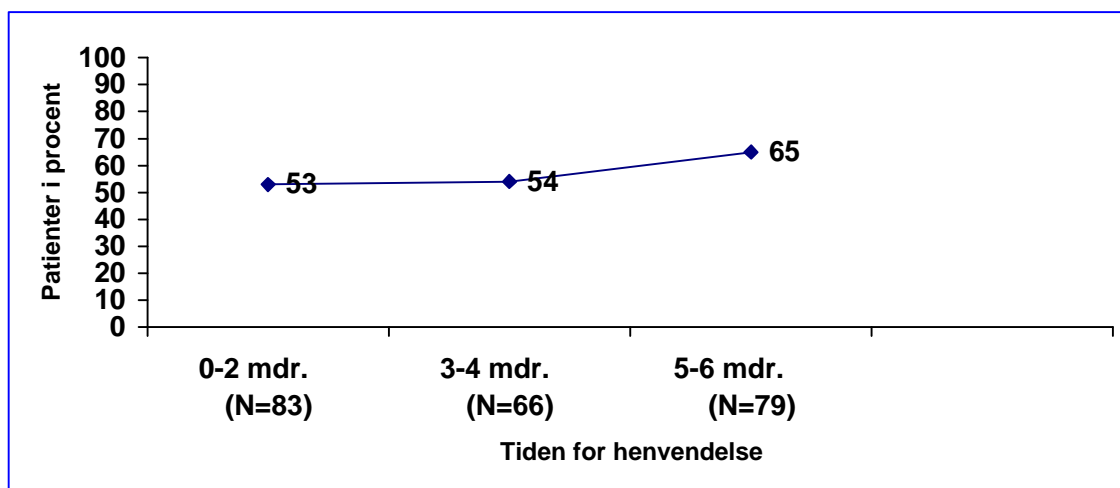
Der var 297 (52 %) patienter som påbegyndte en afrusning og i figur 7.3 er vist hvor stor en andel af patienterne der gennemført afhængig af hvornår de henvendte sig ved ABC. Blandt patienter der henvendte sig de første to måneder i førmålingsperioden var der 49 % af de, der påbegyndte afrusning, som gennemførte denne, og sidst i perioden var der 56 % der gennemførte, denne forskel er dog ikke signifikant. I perioden var der var således ingen signifikant variation i andelen af patienter der gennemførte afrusningen. Et forløb af denne karakter siges at være i statistisk kontrol.

Figur 7.4 Patienter der blev kortlagt efter afrusning, før implementering af kvalitetsforbedringer



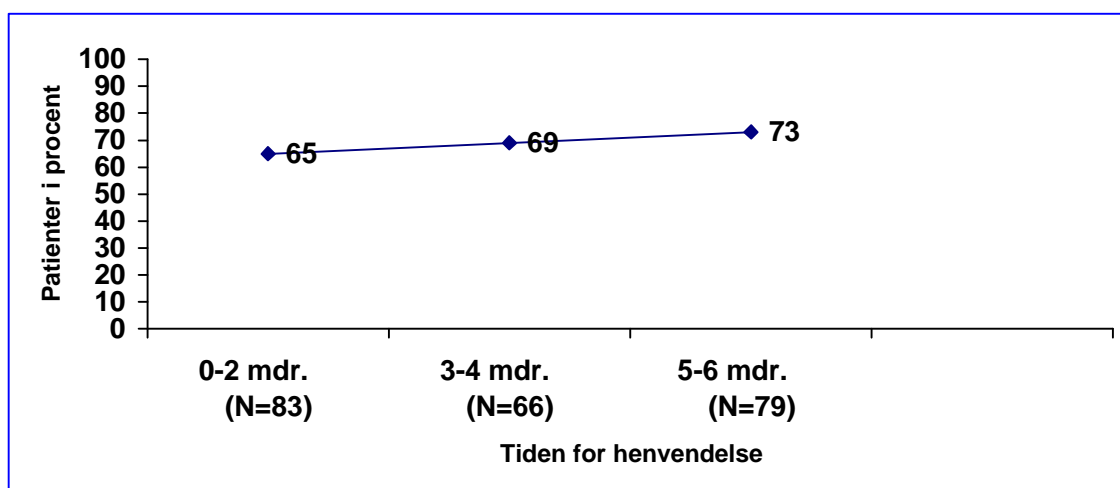
I figur 7.4 ses hvor mange af de 297 patienter der efter afrusningen blev kortlagt og påbegyndte en psykosocial behandling. I perioden var der ikke nogen signifikant ændringer i andelen af patienter der blev kortlagt efter afrusning. Der var samlet 41 % af de afrusede patienter der blev kortlagt. I alt var der 287 patienter der blev kortlagt, hvoraf 59 patienter blev visiteret til anden psykosocial behandling end den, ambulatorierne selv kunne tilbyde. (18 patienter blev visiteret til gruppebehandling og 41 patienter til indlæggelse på private behandlingshjem). Der var således 228 patienter som påbegyndte en individuel psykosocial behandling ved ABC.

Figur 7.5 Patienter der gennemførte de første 6 måneder af den individuelle psykosociale behandling, før implementering af kvalitetsforbedringer



I figur 7.5 er vist hvor mange af disse patienter der gennemførte de første 6 måneder af behandlingen afhængig af, hvornår de startede. Andelen af patienter der gennemført sidst i perioden var lidt større end først i perioden (65 % versus 53 %) forskellen var dog ikke signifikant. Der var 58 % af patienterne som gennemførte den psykosociale behandling på ambulatorierne, dvs at de mødte til mindst 75 % af de aftalte samtaler og blev afsluttet i overensstemmelse med behandleren.

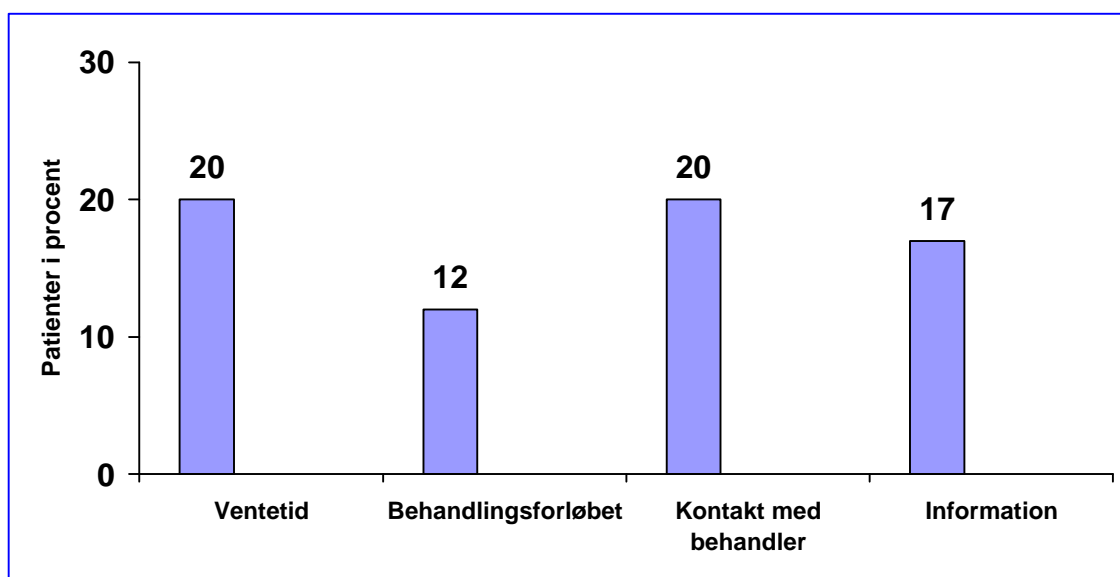
Figur 7.6 Patienter med et positivt drikkemønster (<21 genstande om ugen) ved afslutning eller 12 måneders status, før implementering af kvalitetsforbedringer (LOCF)



I figur 7.6 ses hvor mange af de 228 patienter der havde et positivt drikkemønster (< 21 genstand om ugen) den sidste måned før 12 måneders status eller ved afslutning af behandlingen. Der er en tendens til at lidt flere har et positivt drikkemønster sidst i førmålingsperioden.

Ud over målingerne af behandlingsforløbet blev der i uge 10 og 40 gennemført en patienttilfredshedsundersøgelse hvor patienter der mødte i ABC udfyldte et skema hvor spørgsmålene er gengivet i afsnit 8,1.

Figur 7.7 Patienter der angav, at de ikke var helt tilfredse med behandlingen <sup>1</sup>, før implementering af kvalitetsforbedringer



<sup>1</sup> Andel patienter, der svarer nej til kategori 1 og 2 i patienttilfredsskemaet (se afsnit 8,1)

Figur 7.7 viser resultatet fra de to perioder. Der var generelt en stor tilfredshed med ABC's indsats, men der var dog 20 % af patienterne, som var mindre tilfredse med ventetiden og kontakten til deres behandler.

#### *Kvalitetsvurdering*

Som det fremgår af ovennævnte førmålinger var der flere kvalitetsproblemer ved den ambulante behandling i ABC (tabel 7.1). En meget stor del af patienterne afbrød behandlingen, hvilket indebærer, at der fortsat var mange patienter, som havde betydelige problemer med alkohol og psykosociale forhold efter henvendelsen til ABC. Der var ligeledes en betydelig andel af patienterne, som efter

en afrusning ikke påbegyndte en psykosocial behandling, hvorfor de ikke kunne forventes at få varige reduktion af deres alkoholproblemer. Slutteligt var der for få patienter, der havde et positivt drikkemønster ved afslutning/12 måneders statusinterviewet.

**Tabel 7.1. Identificerede kvalitetsproblemer**

---

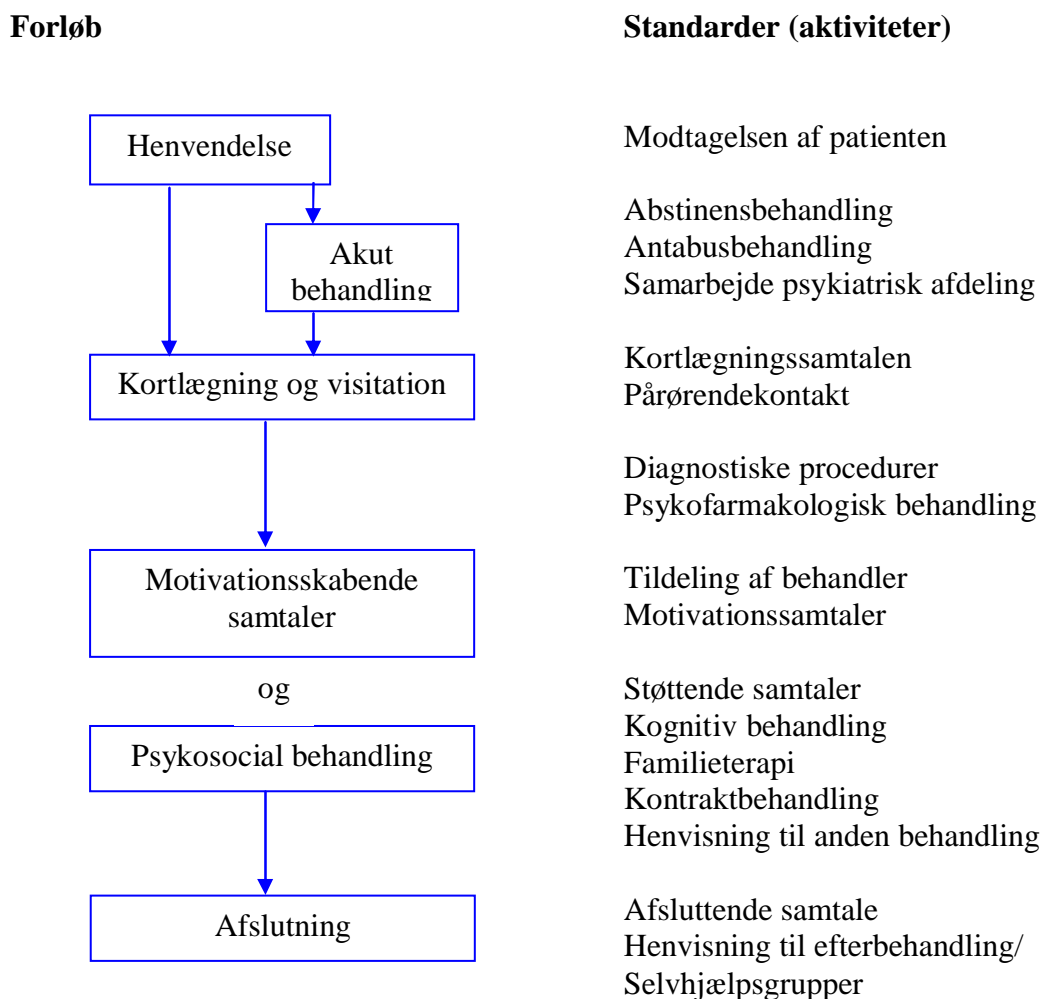
- Der er for få patienter, som gennemfører afrusningsfasen
  - Der er for få patienter, der fastholder kontakten fra afrusning til kortlægning
  - Der er for mange patienter, der afbryder behandlingen
  - Der er for få patienter, der drikker under 21 genstande om ugen ved afslutning/status efter 12 mdr.
- 

## **7.5 PRIORITERING OG UDVIKLEDE STANDARDER**

Ved planlægning af kvalitetsforbedringer var det væsentligt at få beskrevet patientforløbet ved ABC (figur 7.8). Forløbet er beskrevet skematisk. Der er angivet, hvilke aktiviteter som finder sted i forløbet. Ud fra patientforløbet og resultaterne fra før-målingerne udvalgte ledelsen og personalet fire overordnede temaer der havde betydning for kvaliteten af patientforløbet:

- Modtagelsen og den akutte behandling.
- Forbedret alkoholforbrug (forbedret sundhedstilstand).
- Fastholdelse af kontakten
- Patienttilfredshed

Figur 7.8 Patientforløbsbeskrivelse



Der blev som omtalt nedsat kvalitetscirkler, som påtog sig at udvikle relevante standarder indenfor disse forskellige temaer. Kvalitetscirklerne bestod udelukkende af behandlere, og arbejdet med udarbejdelsen foregik i fritiden. Cirklerne havde i alt 6 måneder til at udarbejde standarderne. I alt blev 10 standarder udviklet. Baggrund for og indhold i de 10 standarder vil kort blive gennemgået i det følgende. De færdige standarder kan ses i appendiks I.

*Standard 1: gennemførelse af afslutningsforløbet*

Man ved fra litteraturen, at ubehandlede abstinenser i værste fald dels kan være livstruende, dels kan være en hindring for deltagelse i det videre behandlingsforløb. AlkoholBehandlingsCentret har på den baggrund valgt at udvikle en standard for afrusningsforløbet med henblik på at sikre, at flest muligt gennemfører forløbet. Denne standard kaldes Standard 1, og angiver, at det er ABCs mål at 85% af de patienter, der påbegynder akutbehandling, gennemfører afrusningsforløbet.

Målgruppen for standarden er alle, som henvender sig i den akutte åbningstid med ønske om afrusning. Alle patienter, der møder frem i åbningstiden, skal vurderes af sygeplejerske, idet der muligvis er behov for afrusningsmedicin.

Standarden beskriver sygeplejerskens opgaver i forhold til at skabe sig et nødvendigt billede af pt.s helbredssituation, incl. den fysiske tilstand og graden af abstinenser, som baggrund for en vurdering af hvilken behandling der skal sættes i værk. Standarden understreger, at der skal spørges til hjemmeboende børn under 18 år, jvf. den skærpede underretningspligt, eftersom mange alkoholmisbrugere har hjemmeboende børn, der er påvirket af forældrenes misbrug.

Mange er ambivalente overfor beslutningen om at ændre alkoholvaner, enten fordi de er usikre på, om det er nødvendigt, eller fordi de er usikre på, om de kan gennemføre det. Gentagne undersøgelser har vist, at det derfor er hensigtsmæssigt at indlede behandling med Motiverende samtaler og dermed have fokus på ambivalensen i begyndelsen af et behandlingsforløb. Dette skaber bedre kompliance senere i behandlingsforløbet. I standarden fremhæves derfor, at personalet skal optræde empatisk og patientcentreret i erkendelse af, at patienterne ofte føler store barrierer overfor alkoholbehandling, og oplever at fremmødet er forbundet med risiko for stigmatisering, skyld og skam. Standarden indskærper desuden brugen af motiverende samtaler, samt fokus på tilstrækkelig information til patienterne om behandlingstilbuddene.

Tidligere undersøgelser har viste, at patienter, der indtage antabus i begyndelsen af den psykosociale behandling, har markant større effekt af den efterfølgende behandling (Nielsen et al., 2000). Standarden understreger derfor, at sygeplejersken skal anbefale antabus i en periode på 1-3 måneder, og såfremt patienten ikke ønsker dette, tilråde denne total afholdenhed de første måneder af behandlingen.

God klinisk praksis tilskriver, at patienterne er velinformerede om medicin og behandlingstilbud. I standarden fremhæves derfor, at patienten skal informeres mundtligt, men også medgives skriftlig information om både medicin og behandlingstilbud.

Ordinationerne som led i afrusningen følger evidensbaserede viden på området. Lægen ordinerer afrusningsmedicin i tilstrækkelige doser, afpasset pt.s symptomer (eller forventelige abstinenser)

med henblik på hurtig og effektiv reduktion af abstinenssymptomerne. God praksis tilsiger samtidig ordination af B-vitamin.

Standard 1 skulle således gerne lede til, at patienterne bedst muligt får reduceret abstinenserne, undgår abstinenskramper og delirium tremens, og at de kliniske retningslinier omkring akut behandling er fulgt.

*Standard 2: fastholdelse af kontakten fra akut behandling til kortlægning*

Overgangen fra et trin i behandling til et andet trin i behandling rummer altid risiko for, at patienten dropper ud af behandling, især når skiftet indebærer, at patienten fremover skal tale med andre mennesker end dem, han var vant til på trin 1.

I standarden er lagt vægt på at patienten hurtigt får tid til en kortlægning og kender navnet på den behandler som skal udfører kortlægningen.

*Standard 3: dokumentation for, at de kliniske retningslinjer følges*

Man ved fra utallige undersøgelser, at der er stor variation mellem udbytte af behandlingen alt efter, om det er den ene eller anden behandler, der behandler. Behandleren i sig selv er således en faktor, der påvirker behandlingsresultatet.

Denne variation i behandlingsresultaterne kan man til en vis grad minimere, hvis man anvender kliniske retningslinjer i behandlingen, dvs anvender skriftlige vejledninger for, hvordan behandling skal gribes an. I Alkoholbehandlingscentret har vi derfor udarbejdet udførlige manualer og kliniske retningslinjer vedrørende de forskellige behandlingsformer og tilbud. Der er således udarbejdet kliniske vejledninger for motiverende samtaler, kognitiv terapi, familiebehandling, kontraktbehandling, støttende samtaler, abstinensbehandling, kortlægningssamtalen, håndtering af selvmordsadfærd.

Det springende punkt i kvalitetsudviklingsøjemed er derfor udvikling af standarder, der bidrager til at sikre, at de kliniske retningslinjer bliver fulgt. Som det ses i standard 3, beskriver denne strategier for både sekretæren og behandleren med henblik på at dokumentere dette. Sekretæren anvises således nogle journaliseringsmæssige retningslinjer. Behandleren anvises udover dette nogle behandlingsmæssige principper.

*Standard 4: anvendelse af patientundervisning i behandlingsforløbet*

Moderne alkoholbehandling bygger på et princip om, at patienten har ansvaret for ændringen af sine alkoholvaner, og løbende i behandlingen skal træffe de nødvendige valg. Dette kan imidlertid kun ske, hvis patienten har den nødvendige viden. Med henblik på at sikre, at patienten har den nødvendige viden til rådighed, så han kan træffe beslutninger for sit eget liv på et informeret

grundlag, er patientundervisning en naturlig del af behandlingen. Patientundervisning er således ikke behandling i sig selv, men noget, der trækkes ind i behandlingen, hvor det er relevant.

Patientundervisning kan omfatte emner som virkning og bivirkninger ved medicin, skadevirkninger ved alkoholindtagelse, alkoholindtagelsens indflydelse på familien etc. Patientundervisning kan både være planlagt eller spontan efter behov, hvor spørgsmål enten besvares med det samme (f.eks. feedback på kortlægningen) eller planlægges til næste gang pga. behov for mere tid/uddybende forklaring ud fra patientundervisningsmaterialet.

Hensigten med udviklingen af en standard for patientundervisning er at sikre, at patientundervisning pågår, hvor det er relevant. Standarden suppleres med en patientundervisnings-mappe, som alle behandlere har til rådighed og som indeholder en vifte af relevant informationsmateriale, plancher o.l. som kan anvendes i patient-undervisningen.

#### *Standard 5: regelmæssig drøftelse af behandlingsforløbene på behandlingskonferencer*

For at sikre, at behandlingsforløbet er på rette kurs, og for at sikre, at behandleren ikke overser væsentlige faktorer, er det hensigtsmæssigt at etablere en regelmæssig vurdering og drøftelse af forløbet i behandlingen. Dette kan ske ved løbende behandlingskonferencer, hvor der er repræsentation af de forskellige personalegrupper, og hvor den behandlingsansvarlige læge er til stede.

Forud for behandlingskonferencen forbereder behandleren fremlæggelsen af behandlingsforløbet. Dette inkluderer en kort status, udfærdiget sammen med patienten, hvor behandleren og patienten har udfyldt et statusskema, der rapporterer patientens oplevelse af fremgang. På konferencen inkluderer desuden behandlerens vurdering, samt en kort gennemgang af det hidtidige behandlingsforløb. På baggrund af dette, drøftes behandlingsforløbet og lægen dikterer eventuelle beslutninger om ændringer i behandlingsforløbet.

Der er ikke umiddelbart videnskabelig evidens for, at en sådan struktureret, regelmæssig drøftelse af behandlingsforløbene bedrer kvaliteten af dem. Men almindelig sund fornuft siger, at udviklingen af en sådan systematik forebygger, at de forskellige behandlingsforløb kan bevæge sig ud af forskellige tangenter alt efter, hvilken behandler, der varetager behandlingsforløbene. Standard 5 beskriver derfor strukturen, proces og forventet resultat af sådanne regelmæssige drøftelser på behandlingskonferencer.

#### *Standard 6: henvendelse til patienten ved udeblivelse eller afbud*

Udeblivelser fra behandling er et stort problem i behandling for alkoholmisbrug. Fra et behandlingsmæssigt synspunkt er det derfor af stor betydning hurtigt at få genetableret kontakten til

patienten. Flere undersøgelser tyder på, at en direkte henvendelse fra behandleren per brev eller telefon øger sandsynligheden for at patienten vender tilbage til behandlingsforløbet (NIAAA, 1997). Standard 6 beskriver derfor strategier, der skal benyttes ved patientens udeblivelse eller afbud.

#### *Standard 7: gennemførelse af afslutningsfasen i behandling*

Undersøgelser tyder på, at prognosen for patienten er bedst, såfremt han fuldfører behandling frem til planlagt afslutning. Samtidig ved man generelt fra samtalebehandling, at afslutningsfasen er meget central for såvel patienten som behandleren.

Kortvarige behandlings- og rådgivningsforløb kan have en tendens til at glide ud. Der kommer en række praktiske og gode grunde til, at aftalerne kiksler nogle gange, og pludselig er behandlingen ophørt, uden at der er foregået en egentlig afslutning.

Det er den ansvarlige beholders opgave i samarbejde med patienten at være opmærksom på, hvornår en afslutning af behandlingsforløbet er relevant samt at sikre, at afslutningsforløbet sker forsvarligt. Ideelt set er patienten den, der først skal nævne afslutning. Samtidig er det behandlerens opgave at tage det op, hvis patienten ikke gør det.

Behandlingen bør afsluttes, når han gennem et rimeligt stykke tid har haft et fornuftigt drikkemønster, herunder såfremt han i tilsvarende stykke tid har været afholdende. Der bør således foretages en realistisk vurdering af, om behandlingen er nået til et punkt, hvor udbyttet er aftagende. Når patienten er blevet afsluttet, vil patienten skulle håndtere sine nye alkoholvaner på egen hånd. For nogle patienter kan dette virke skræmmende og nogle patienter oplever relativt hurtigt tiltagefald eller frygter at havne i ét. Ved afslutning orienteres patienten derfor om, at han altid er velkommen til at henvende sig til Alkoholbehandlingscentret igen. Ved genoptagelse af et behandlingsforløb indenfor ½ år efter at patienten er afsluttet i journalen, kan det oprindelige behandlingsforløb suppleres med 1 – 3 booster samtaler, med henblik på at forebygge tilbagefald eller for hurtigt at få patienten tilbage på sporet igen, uden at pt. kortlægges på ny. Disse samtaler følger den oprindelige visitation og behovet herfor tages op på konference.

#### *Standard 8: fastholdelse i behandling de første 6 måneder*

Vi ved fra tidligere undersøgelser og overvågninger af behandlingsforløbene, at det er af vital betydning for patientens prognose, at han deltager i minimum de første seks måneders behandling. Dropper han ud af behandlingen inden for de første seks måneder, er der kun ringe sandsynlighed for, at han ændrer alkoholvaner i denne omgang.

Standarden beskriver strategier til at sikre, at patienten bliver i behandling de første seks måneder og således kommer godt i gang med sin ændring af alkoholvaner. Standarden skal selvfølgelig ses i sammenhæng med standarden for afrusningsforløbet (standard 1), og standarden for fastholdelse til kortlægning (standard 2).

Standarden beskriver praktiske strategier med fokus på, at der ikke skal være ventetid i begyndelsen af behandling, hvor patienten stadig kan være ambivalent. Antabus anbefales samtidig fortsat, evt indtaget i andre regier end ABC's eller af patienten selv.

Betydningen af etablering af en god alliance mellem behandler og patient understreges desuden i standarden, eftersom man ved, at kvaliteten af kontakten mellem patient og behandler har stor betydning for kompliance i behandlingen.

De to sidste standarder er ikke beskrevet med struktur, proces og resultat. Det forventes, at overholder vi de 8 nævnte standarder vil resultatet være at man lever op til standard 9 og 10.

#### *Standard 9: Forbedret drikkemønster*

I forhold til tidligere forskningsresultater fra ambulatorierne (Nielsen et al., 2000) bør 75 % af patienterne have et positivt drikkemønster (< 21 genstande om ugen) ved 12 måneders status eller afslutning af behandlingen. Et positivt drikkemønster er forbundet med en forbedret psykosocial funktion

#### *Standard 10: Patienttilfredshed*

Ud fra almindelig sund fornuft antages at patienter der er tilfredse med behandlingsforløbet også gennemfører det og har størst udbytte af behandlingen.

## **7.7 IMPLEMENTERING**

Der er generelt enighed om, at indlæring af ny og især aflæring af gammel viden er et stort problem i sundhedssektoren. Der er efterhånden også ved at være enighed om værdien af de udarbejdede kliniske retningslinier og standarder med tilhørende struktur og proces. Imidlertid er man også gennem de senere år blevet opmærksom på, at disse kun anvendes i dagligdagen, såfremt man foretager en aktiv implementering.

Implementeringsprocessen starter allerede på det tidspunkt, hvor man tager initiativ til indførelse af KKV. Processen kan ikke siges at være gennemført, før de valgte kvalitetsforbedrende metoder og de aktuelle standarder er kendt af alle og anvendes af samtlige medarbejdere.

Erfaringerne fra vores implementering af KKU i den ambulante alkoholbehandling viser, at hvis nedenstående elementer inddrages (tabel 7.2) er der mulighed for at igangsætte en KKU uden anvendelse af belønning eller sanktioner.

Tabel 7.2 Elementer i implementering af KKU ved alkoholambulatorierne

Ledelse	Ledelsen skal være primus motor, konstant omtale og demonstrere KKU, sikre et fælles kvalitetssikringsprog, samt sikre de fornødne ressourcer.
Systematik	indførelsen af systematikker og klare rutiner for dataindsamling, feedback-procedurer, gennemførelsen af patienttilfredshedsundersøgelser etc
Medinddragelse	Al personale skal deltage via temadage, deltagelse i arbejdsgrupper, og ikke mindst udformning af standarder, så der skabes ejerskab til interventionerne.
Audit og feedback	Regelmæssige audit med deltagelse af ledelse, medarbejdere og eksterne forskere/patientorganisationer til overvågning og analyse af kvalitetsniveauet og efterfølgende systematisk feedback til personalet
Tjeklister	Tjeklister, hvor personalet i hvert patientforløb markerer, om en given standard er udført eller ej, hvornår og af hvem.
Personalepolitik	KKU kan integreres i personalepolitikker som fx kursuspolitikker og lønpolitikker, så det bliver synligt at KKU er central og styrende for organisationens/medarbejdernes faglige udvikling.
Integration	Dataindsamlingen som led i monitoreringen af indikatorerne kan udformes på en måde, så personalet samtidig kan udnytte data direkte i den faglige dialog til patienten og/eller til kolleger på behandlingskonferencer. Dataindsamlingen opleves derved som en nødvendig forudsætning for godt, fagligt arbejde.

Implementering af KKU kræver, at man tager sig tid til at kompetenceudvikle og motivere personalet i tankegangen bag KKU. En klog strategi er samtidig at undgå at implementere en stor mængde standarder og overvågning af multiple indikator på én gang.

Succesfuld implementering af KKU kræver en koordineret og samlet indsats, bestående af flere elementer. For det første, at ledelsen konstant fokuserer på projektet og demonstrerer, at indsatsen har høj prioritet. Ledelsen skal være primus motor i skabelsen af et internt fælles 'kvalitetsudviklings-sprog' og sikre, at der konsekvent og systematisk indsamles data, rapporteres fra arbejdsgrupper i nyhedsbreve, tales om projektet på alle personalemøder etc. For det andet er det en forudsætning, at alle i organisationen kender den overordnede handleplan for projektet, dvs.

hvornår projektets forskellige faser løber af stablen. For det tredje må medarbejderne inddrages kontinuerligt, fx udgøre de arbejdsgrupper, der formulerer kvalitetsstandarder for de enkelte kerneydelser. Dette medfører, at standarderne ikke opleves som pålagte udefrakommende retningslinjer, men derimod som faglige retningslinjer, som medarbejderne har haft indflydelse på og som passer i den kliniske hverdag.

For det fjerde skal medarbejdere på skift og på lige fod med ledelsen være repræsenteret i Audit, som er det forum, der har kompetence til at implementere standarderne og som samtidig løbende monitorerer og analyserer kvaliteten af det daglige arbejde på baggrund af målinger og ved gennemgang af stikprøver af journaler. Såvel deltagelse i arbejdsgrupper som deltagelse i Audit medfører stor kompetenceudvikling blandt medarbejderne, dels for de, der i en given periode deltager konkret, dels til kollegerne gennem dialog, feedback på personalemøder og gennem nyhedsbreve.

For det femte er anvendelsen af tjek-lister et vigtigt element i succesfuld implementering.

Tjeklisterne betyder dels, at den enkelte medarbejder er nødt til løbende at repetere standarderne, så hun kan udfylde tjeklisten (og dermed kommer til at kende standarderne), dels at der dermed etableres en huskeliste, som den enkelte behandler bruger for at sikre sig, at hun ikke overser noget. Tjeklisten giver samtidig mulighed for, at man bagefter kan analysere eventuel dårlig kvalitets sammenhæng med manglende udførelse af standarder.

Et sjette element, vi har anvendt, er indførelse af personalepolitikker (fx kursus- og lønpolitik) der er kædet sammen med KKV I dagligdagen vil personalets ansøgninger om kurser således blive vurderet i forhold til målrettethed overfor de kvalitetsbrister, som Audit har identificeret, ligesom lønpolitikken honorerer personalet for engagement i KKV, f.eks. god datadisciplin etc.

Sluttelig er det af central betydning at integrere KKV i den daglige arbejdsdag på den måde, at de data, som medarbejderne indsamler til monitorering af indikatorerne, også anvendes til at give feedback til den enkelte patient og til løbende statusvurderinger i det enkelte behandlingsforløb. I dagligdagen indsamles data således ikke blot for projektets skyld, men for den gode fagligheds skyld, data bliver dermed en fælles platform for dialog med både patienten selv og med andre kolleger. Når struktureret dataindsamling og feedback til både ledelse, kolleger og patienter er en integreret del af den kliniske praksis, kan man begynde at tale om succesfuld KKV.

## 7.8 AUDIT OG FEEDBACK

Efter at vi havde implementeret de enkelte standarder var det afgørende for den kontinuerlige kvalitetsudvikling at det blev overvåget om standarderne efterleves og resultatet af indsatsen kom patienterne til gavn.

I vores projekt igangsatte vi efter implementeringen af standarderne en sådan overvågningsproces, der i figur 7.1 er beskrevet som kvalitetssikringsprocessen.

De indsamlede data blev analyseret i en kvalitetsdatabase og fremlagt på kvartalvise auditmøder. I tabel 7.3 er vist dagorden for auditmøderne.

Tabel. 7.3 Dagsorden ved auditmøderne

- 
1. Datakvalitet
  2. Præsentation af indikatormålinger
  3. Journalaudit (Kvalitativ audit)
    - Kort resume af behandlingsforløbet
    - Vurdering af forløbet i forhold til målsætning og standarder
    - Kvalitetsvurdering af indsatsen:  
1 = meget dårlig, 2 = dårlig, 3 = middel, 4 = god, 5 = meget god.
  4. tilbagemeldinger (nyhedsbreve, personalemøder)
- 

Ved hvert auditmøde valgtes en ordstyrer og en referent. Mødet startede med en vurdering af om alle data var indsamlet for hver patient der havde været i behandling i det foregående kvartal, det blev også vurderet om de enkelte statuskemaer var korrekt udfyldt. Vurderingen af datakvaliteten havde således til formål at beskrive datas validitet og personales datadisciplin.

Det næste punkt var en præsentation af de kvantitative analyser af data, specielt blev lagt vægt på resultatindikatoren omhandlende 1) andelen af patienter der gennemførte afrusningen, 2) andelen af patienter der blev kortlagt efter afrusning, 3) andelen af patienter der gennemførte de første 6 måneder af behandlingen og endelig 4) andelen af patienter der ved 12 måneders/afslutningsstatus havde et positivt drikkemønster.

De kvantitative data er imidlertid utilstrækkelige til at belyse de mangfoldige aspekter, der knytter sig til patientforløbet ved ABC. Vi valgte journalaudit, der er en case-baseret metode til vurdering

af om man har dokumenteret sin indsats i journalen og fulgte de beskrevne standarder. Journalaudit blev udført på 6 til 8 tilfældigt udtrukne journaler. På forhånd blev de udtrukne journaler fremsendt til auditmedlemmerne, så de kunne lave et resume af patienternes kontakt til ABC og hvilken indsats der var udført i patientforløbet og om den tidligere omtalte tjekliste var udfyldt.

Gennemgangen af de enkelte patientforløb sket i anonymiseret og auditgruppens medlemmer foretog en kvalitetsvurdering af det enkelte forløb ud fra en 5- klasses kvalitetsscore (tabel 7.3).

I appendiks IV er givet eksempler på journalaudit af tre patientforløb.

Auditgruppens konklusioner og vurderinger blev efterfølgende tilbagemeldt til hele personalegruppen.

Tilbage meldingerne blev givet så hurtigt som muligt efter auditmødet, enten i form af et nyhedsbrev eller ved de efterfølgende personale møder.

Tilbage meldingerne havde til hensigt, at der blev iværksat kvalitetsforbedringer, såfremt der var fundet kvalitetsbrist. Det kunne være ændringer af de enkelte processer og strukturer omkring en aktivitet, eller ændring af de enkelte standarder samt udarbejdelse af nye standarder. Forbedringerne sket i ad hoc nedsatte kvalitetscirkler, hvor man reviderede gamle standarder eller udarbejdede nye.

## KAPITEL 8

# Resultater

---

I kapitlet beskrives kvalitetsmålinger, analyser og resultater af kvalitetsudviklingen ved AlkoholBehandlingsCenteret. Der blev gennemført kvalitetsmålinger ud fra Addiction Severity Index, tjekliste, journaldata og patienttilfredsskemaer. Det første år efter implementeringen af de 5 processtandarder viste kvalitetsmålingerne en signifikant forbedring af en processtandard. Efter implementeringen af de 5 resultatstandarder var der signifikant flere patienter, som havde et positivt drikkemønster (< 21 genstande om ugen) ved afslutningen af behandlingen, og der var signifikant flere patienter, der var tilfredse med behandlingen.

---

### 8.1 EVALUERINGSINSTRUMENTER

Som led i kvalitetsudviklingsstrategien blev samtlige patienter, der ønskede en psykosocial behandling ved AlkoholBehandlingsCenteret (ABC), kortlagt via personlige interview senest 14 dage efter, at de havde accepteret en psykosocial behandling. Kortlægningsinterviewene blev foretaget af behandlerne ved ABC ud fra spørgsmålene i Addiction Severity Index (McLellan et al. 1980).

*Addiction severity Index (ASI)* er et interview-instrument, som er udviklet specielt til visitation, behandling og forskning/evaluering på misbrugsområdet. ASI giver et multidimensionelt billede af patientens situation indenfor den sidste måned forud for interviewet. I løbet af interviewet spørges til syv dimensioner af patientens liv: fysisk helbred, arbejde og økonomi, alkohol, narkotika og medicin, kriminalitet, familiære og sociale forhold samt endeligt psykisk helbred.

På disse syv områder undersøges først for episoder livet igennem, derefter hvorledes situationen har været den sidste måned forud for interviewet. For eksempel spørges der i afsnittet om fysisk helbred først om, hvorvidt patienten nogensinde har været indlagt på hospital på grund af et fysisk problem og i givet fald hvornår. Dernæst forespørges om forekomsten af kroniske helbredsgener, om tilbagevendende indtagelse af ordineret medicin, om hvorvidt patienten har fået bevilliget pension på grund af fysisk helbred. Efter denne hurtige screening for problemer med det fysiske helbred i løbet af patientens livsforløb, spørges til den aktuelle helbredssituation: Har patienten været syg inden for den sidste måned? I givet fald, i hvor mange dage? I givet fald, hvor plaget af fysiske

gener har patienten været inden for den sidste måned? Hvor stort oplever patienten, at behandlingsbehovet aktuelt er?

Undersøgelsen af de syv områder af patientens liv er alle opbygget på samme måde, så der for alle områders vedkommende først spørges til forekomsten af problemer igennem livet, dernæst til den seneste måned, til hyppigheden den seneste måned, til patientens subjektive oplevelse af alvorsgraden samt patientens oplevelse af det aktuelle behandlingsbehov og behandlerens faglige vurdering af det aktuelle problemfelt, den såkaldte kortlægningsscore.

ASI indeholder en kortlægningsscore og en evalueringsscore. Interviewscoren på de syv problemområder anvendes til visitation af patienten. I herværende kapitel anvendes udelukkende evalueringsscoren, som kan måle forandringer af patientens situation over tid. På hvert af de syv områder, som man undersøger ved hjælp af ASI, kan man ved hjælp af udvalgte spørgsmål udregne en såkaldt score, baseret på hvordan patienten havde det på det pågældende område den sidste måned forud for interviewet. Evalueringsscoren påvirkes både af mere objektive data (f.eks. antal dage inden for den seneste måned, patienten har brugt alkohol overhovedet, hvor mange dage patienten har haft et storforbrug af alkohol, og hvor mange penge patienten har brugt på dette) og af mere subjektive data (patientens oplevelse af drikkeriets alvorsgrad og behandlingsbehov pga. drikkeriet). For hvert område kan man udregne en sådan score, der ligger mellem værdien "0" og værdien "1". Jo tættere på "0", jo bedre har patienten haft det i den sidste måned på det pågældende område. Ved at gentage et ASI-interview med regelmæssige mellemrum, f.eks. hver tredje eller sjette måned, kan man således måle, hvorvidt der sker en bedring i patientens situation. Dette har særlig interesse, hvis man ønsker at vurdere effekten af sit behandlingstilbud på tværs af en stor gruppe patienter. De forskellige scoringssystemer er nærmere beskrevet i henholdsvis den amerikanske manual til ASI og den danske udgave (McGahan et al., 1996, Nielsen & Nielsen, 2001).

Data om behandlingen indsamles fra den kliniske patientjournal, hvorfra registreres: Dato for henvendelse, afrusningsforløb, visitation, psykosocialt behandlingsforløb, og afslutningsmåde. Der indsamles yderligere data undervejs i det psykosociale behandlingsforløb, hvor behandleren ud fra follow-up-versionen af ASI hver 3. måned gennemfører et statusinterview med patienten for at vurdere patientens tilstand. Formålet med statusvurderingen er dels at indsamle data til kvalitetsvurderingerne, dels at give patienten feedback på, hvordan han/hun klarer sig i behandlingsforløbet.

Efter implementeringen af de udviklede standarder for elementerne i god behandling, indførtes en tjekliste, som behandleren skulle udfylde for hver enkelt patient, for at markere, hvorvidt de forskellige standarder var blevet efterlevet. Tjeklisten indgik ligeledes som datakilde (appendiks II). Slutteligt gennemføres kontinuerligt to gange årligt patienttilfredshedsundersøgelser, der omhandler alle patienter som møder op ved de fire ambulatorier i uge 10 og uge 40. Patienterne får i disse uger udleveret et spørgeskema, som udfyldes anonymt og afleveres i en postkasse. Spørgsmålene har følgende ordlyd:

**Ventetid:** Har du oplevet ventetid i begyndelsen eller undervejs i din behandling ved ambulatoriet? Svarmuligheder: 1) Meget, 2) En hel del, 3) Noget, 4) Lidt, 5) Slet ikke.

**Behandlingsforløb:** Hvordan har dit forløb ved alkoholambulatoriet været indtil nu? Svarmuligheder: 1) Strålende, kunne ikke være bedre, 2) Godt, 3) Både godt og skidt, 4) Ret dårligt, 5) Elendigt, kunne ikke være værre.

**Kontakt:** Har du fået de samtaler med din behandler, du har haft behov for? Svarmuligheder: 1) Ja, lige så mange jeg kunne ønske, 2) Ja, i høj grad, 3) Ja, til en vis grad, 4) Ja, en smule, 5) Nej, slet ikke.

**Information:** Har du fået den information du havde brug for? Svarmuligheder: 1) Ja, lige så mange jeg kunne ønske, 2) Ja, i høj grad, 3) Ja, til en vis grad, 4) Ja, en smule, 5) Nej, slet ikke.

I Tabel 8.1 er vist en oversigt over datakilder i relation til standarder og indikatorer, herudover blev der stillet misbrugsdiagnoser i henhold til ICD-10 R (ICD, 1993).

Tabel 8.1. Standarder og indikatorer ved ABC

Indikatorområde	Indikatorer	Type	Standard	Datakilder
1. Akut behandling	Andel af patienter der gennemfører afslutningsforløbet	Resultat	Mindst 85% af patienterne gennemfører afslutningsforløbet	Journal
2. Kortlægning	Andelen af patienter der kortlægges efter afslutning	Resultat	Mindst 75% af patienterne fastholder kontakten fra afslutning til kortlægning	Journal
3. Psykosocial behandling	Andelen af patienter hvor man har fulgt de kliniske retningslinier	Proces	I mindst 75% af patientforløbene er der dokumentation for, at man har fulgt de kliniske retningslinier	Tjekliste
4. Patientundervisning	Andelen af patienter der modtager patientundervisning	Proces	Mindst 85% af patienterne modtager patientundervisning i samtaleforløbet	Tjekliste
5. Behandlingskonference	Andel af patienter drøftet ved behandlingskonference	Proces	Mindst 90% af patienterne visiteret til psykosocial behandling drøftes ved behandlingskonference	Tjekliste
6. Udeblivelse	Andelen af patienter som modtager henvendelse ved udeblivelse	Proces	Mindst 90% af patienterne modtager en henvendelse fra behandleren ved udeblivelse	Tjekliste
7. Afslutning	Andelen af patienter der gennemfører afslutning	Proces	Mindst 60% af patienterne gennemfører afslutningsfasen med behandleren	Tjekliste
8. Compliance	Andelen af patienter der gennemfører de første 6 mdr. af den psykosociale behandling	Resultat	Mindst 60% af patienterne gennemfører de første 6 mdr. af den psykosociale behandling	Journal
9. drikkemønster	Andelen af patienter med positivt drikkemønster og forbedret psykosocial funktion ved afslutning eller 12 mdr. efter påbegyndt behandling. (Vurderet ud fra LOCF-metoden)	Resultat	Mindst 75% af patienterne har et positivt drikkemønster og forbedret psykosocial funktion ved afslutning eller 12 mdr. efter påbegyndt behandling	A.S.I.
10. Patienttilfredshed	Andelen af patienter der angiver tilfredshed med behandlingsforløbet	Resultat	Mindst 80% af patienterne angiver tilfredshed med behandlingsforløbet	Tilfredshedsskema

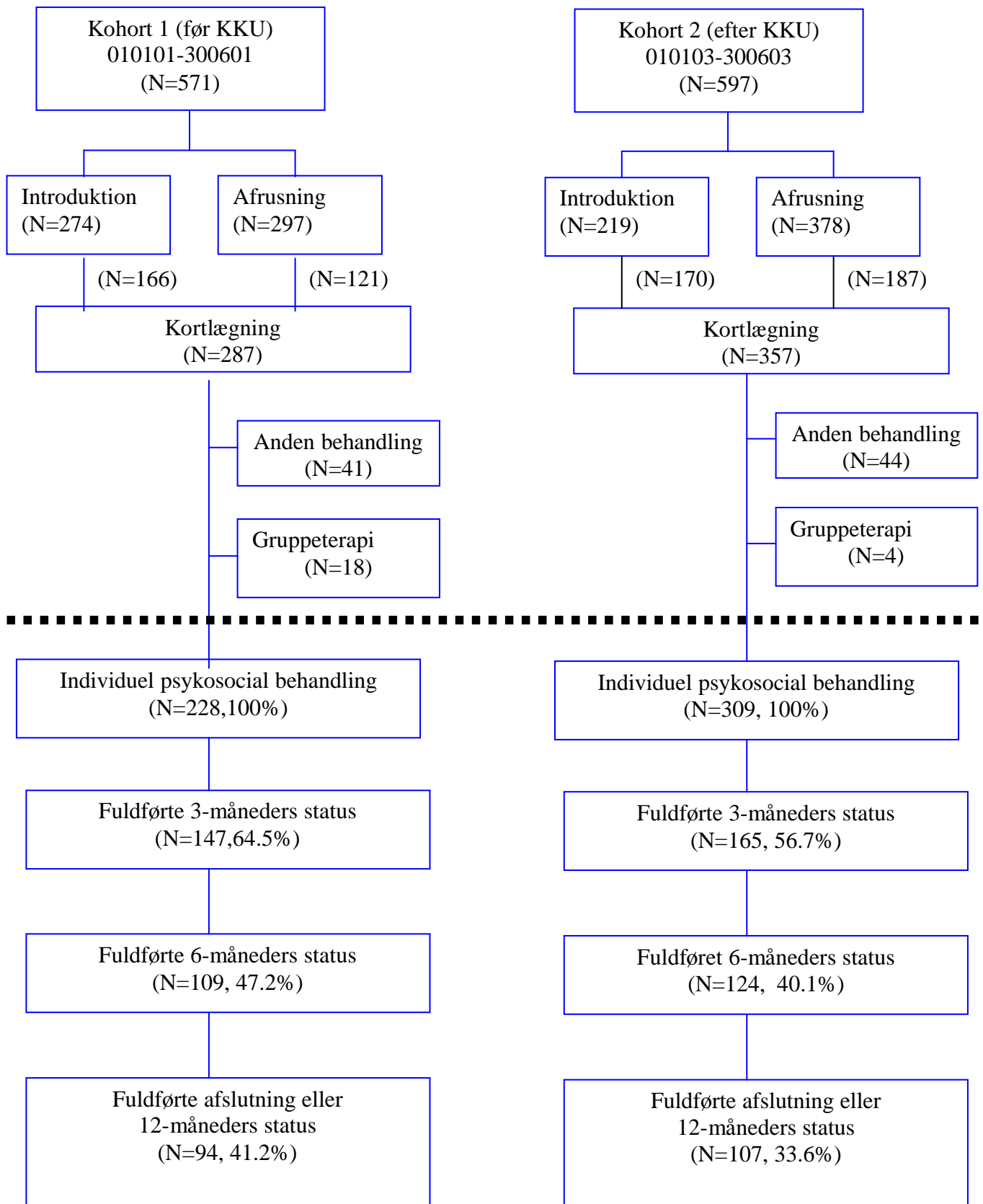
LOCF-metoden = last observation carried forward

A.S.I. = Addiction Severity Index de sidste 30 dage før afslutning eller ved 12 mdr. status.

## **8.2 PATIENTER OG OPFØLGNING**

Nærværende undersøgelse i forbindelse med kvalitetsudviklingen omfatter alle patienter, som udgør den typiske målgruppe for AlkoholBehandlingsCenteret. Vi ekskluderede patienter under 18 år, patienter med psykotiske sygdomme og svære kognitive forstyrrelser, patienter hvor alkohol ikke var hovedproblemet, og patienter som ikke var etniske danskere. I figur 8.1 er skematisk beskrevet flowet af patienter, der deltager i undersøgelsens to kohorte: før-undersøgelse (kohort 1) og efterundersøgelse (kohort 2).

Figur 8.1 Patientforløbet gennem undersøgelsen.



Blandt de 571 patienter (kohort 1), der henvendte sig ved ambulatorierne før implementeringen af KKKU, påbegyndte 297 (52 %) afslutning og 121 (41 %) gennemførte denne, blev kortlagt og påbegyndte psykosocial behandling. I alt var der 287 patienter, der blev kortlagt, hvoraf 59 patienter blev visiteret til anden psykosocial behandling end den, ambulatorierne selv kunne tilbyde. (18 patienter blev visiteret til gruppebehandling og 41 patienter til indlæggelse på private behandlingshjem).

Figur 8.1 illustrerer, at der var data for alle 228 patienter ved påbegyndelse af den psykosociale behandling, medens data var mangelfulde ved de efterfølgende statusbedømmelser, hvor kun 41, 2% af patienterne gennemførte den afsluttende bedømmelse. Efter implementeringen af standarderne gennemførtes efterundersøgelsen i perioden 01.01.03 til 30.06.04. Denne omfattede 597 patienter (kohort 2) (figur 8,1). I efterundersøgelsen påbegyndte 378 (63 %) afslutning og 287 (49 %) patienter gennemførte. I alt blev 357 patienter kortlagt, og 48 patienter blev henvist til anden behandling. Der var således 309 patienter, der påbegyndte psykosocial behandling ved ambulatorierne. I denne gruppe var der kun 33,6 %, som gennemførte den afsluttende bedømmelse. Manglende statusbedømmelse er ikke nødvendigvis udtryk for manglende compliance fra patienterne, men kan også skyldes behandlerens forglemmelse, sygdom hos behandler eller patienten o.l.

Tabel 8.2 Karakteristika hos patienter visiteret til individuel psykosocial behandling ved ABC

<b>Variable</b>	<b>Kohort 1 (før KKU) (N=228)</b>	<b>Kohort 2 (efter KKU) (N=309)</b>	<b>P værdier</b>
<b>Sociodemografiske</b>			
Kvinder (%)	27.6	29.4	0.645
Alder	43.2 (10.5)	44.1 (10.7)	0.364
Uddannelse (år)	9.6 (1.5)	9.6 (1.5)	0.818
Aktuelt samlevende (%)	46.9	49.2	0.604
<b>Fysisk helbred</b>			
Evaluerings score <sup>a</sup>	0,317 (0,336)	0.321 (0.351)	0.954
<b>Erhverv/økonomi</b>			
Evaluerings score <sup>a</sup>	0.557 (0.290)	0.540 (0.302)	0.496
<b>Alkohol</b>			
År med alkoholmisbrug	12.3 (8.8)	13.6 (9.4)	0.124
Første behandling for alkoholmisbrug (%)	48.2	54.0	0.184
Evaluerings score <sup>a</sup>	0.538 (0.235)	0.604 (0.238)	0.002
<b>Andet misbrug</b>			
År med misbrug	1.6 (5.0)	1.3 (4.2)	0.292
Første behandling for misbrug(%)	93.4	97.7	0.013
Evaluerings score <sup>a</sup>	0.015 (0.050)	0.012 (0.046)	0.052
<b>Kriminalitet</b>			
Evaluerings score <sup>a</sup>	0.032 (0.100)	0.028 (0.083)	0.978
<b>Familie/socialt</b>			
Evaluerings score <sup>a</sup>	0.220 (0.221)	0.217 (0.236)	0.453
<b>Psykisk helbred</b>			
Evaluerings score	0.226 (0.227)	0.219 (0.219)	0.685

<sup>a</sup> Baseret på addiction severity index – evaluerings score. Scores varierer fra 0 (intet problem) til 1 (ekstremt problem) de sidste 30 dage.

I tabel 8.2 er angivet udvalgte patientkarakteristika ved kortlægning af henholdsvis kohort 1 og kohort 2. Tabellen viser, at patienterne i kohort 2 havde signifikant sværere alkoholproblemer ved henvendelsen til ambulatorierne (ASI-composite score 0,538 versus 0,604, P = 0.002).

### 8.3 ANALYSEMETODER

I forbindelse med analyserne vedrørende proces- og resultatindikatorer blev kohort 2 inddelt i 3 tidsperioder, hver af 2 måneders varighed. Inddelingen blev foretaget ud fra, hvornår patienterne henvendte sig til ambulatorierne.

Et afbrudt tids-serie design (Sperdoff & O'Connor, 2004) blev anvendt ved analyse af resultatindikatorerne omhandlende a) akut behandling, b) kortlægning c) compliance og d) drikkemønster. Referencegruppen var patienter, der indgik i førmålingen (kohort 1).

Der blev anvendt en logistisk regressionsmodel til at kontrollere for case-mix (sværhedsgraden af alkoholmisbruget ved henvendelsen). Odds ratio blev angivet med 95 % sikkerhedsgrænser (95 CL).

Ved analyse af indikatorer omhandlende drikkemønster, blev endvidere anvendt Intention-to-treat analyses, hvor alle patienter blev medtaget i analyserne uafhængigt af, hvorvidt de havde fuldført behandlingen eller gennemført statusopfølgningerne.. Ved manglende data blev anvendt data ud fra "last observation carried forward" (LOCF) princippet anvendt (Shao & Zhong, 2002). Det indebar, at de sidst indsamlede data blev anvendt, hvilket ofte var data fra den første kortlægning. Man antager med andre ord i disse tilfælde, at patienten ikke har fået bedret sin situation som følge af behandling. Ændringer i niveauet for patienternes tilfredshed med behandlingen blev analyseret i et før-efter design.

Ved normalfordelte data er anvendt students t-test. Når dette ikke var tilfældet, er anvendt non-parametriske tests. Ved bivariate analyser er anvendt chi2-test. Som signifikansniveau for alle test er valgt  $P < 0.05$ .

## 8.4 MODTAGELSEN OG DEN AKUTTE BEHANDLING

I tabel 8.3 er vist, hvilke behandlingstilbud patienterne modtog før kortlægningen og den efterfølgende visitation til psykosocial behandling.

Tabel 8.3 Patienter behandlet før kortlægning og visitation

Intervention	Kohort 1		Kohort 2		P-værdier
	(N=571)		(N=597)		
	n	%	n	%	
Introduktionsamtale	274	48,0	219	36,7	0,001
Afrusning	297	52,0	378	63,3	
Antabus	284	49,7	366	61,3	0,001
Vitaminer	217	38,0	308	51,6	0,001

Der var markant flere patienter i kohort 2 som blev behandlet med antabus og vitaminer (P= 0,001).

I kohort 1 var der 297 patienter (52 %), der påbegyndte afrusning, hvor dette var tilfældet for 378 patienter (63 %) i kohort 2 (P= 0,001).

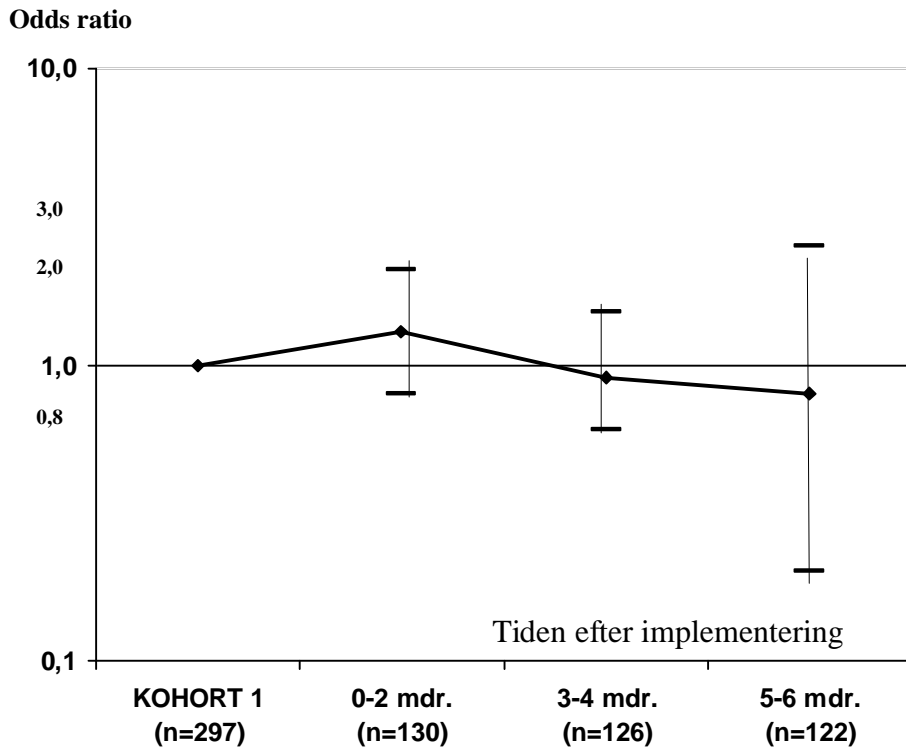
Tabel 8.4 Patienter behandlet under afrusning.

Intervention	Kohort 1		Kohort 2		P-værdier
	(N=297)		(N=378)		
	n	%	n	%	
Afrusning under indlæggelse	30	10,1	44	11,6	0,525
Antabus	224	75,4	300	79,4	0,222
Vitaminer	204	68,7	292	77,2	0,012

Blandt patienter, der påbegyndte afrusning (tabel 8.4), var der i begge kohorte godt 10 %, som måtte indlægges. Der var i begge kohorte en meget stor andel, der blev behandlet med antabus (> 75 %) og vitaminer. Efter implementering af KGU var der signifikant flere patienter i afrusning, der blev behandlet med vitaminer (P= 0,012).

Indikatoren vedrørende ambulant afrusning viste ingen signifikant ændring i andelen af patienter, der gennemførte afrusning efter implementeringen af KGU (figur 8.2). 69 % af patienterne gennemførte afrusningen, hvor standarden var 85 %.

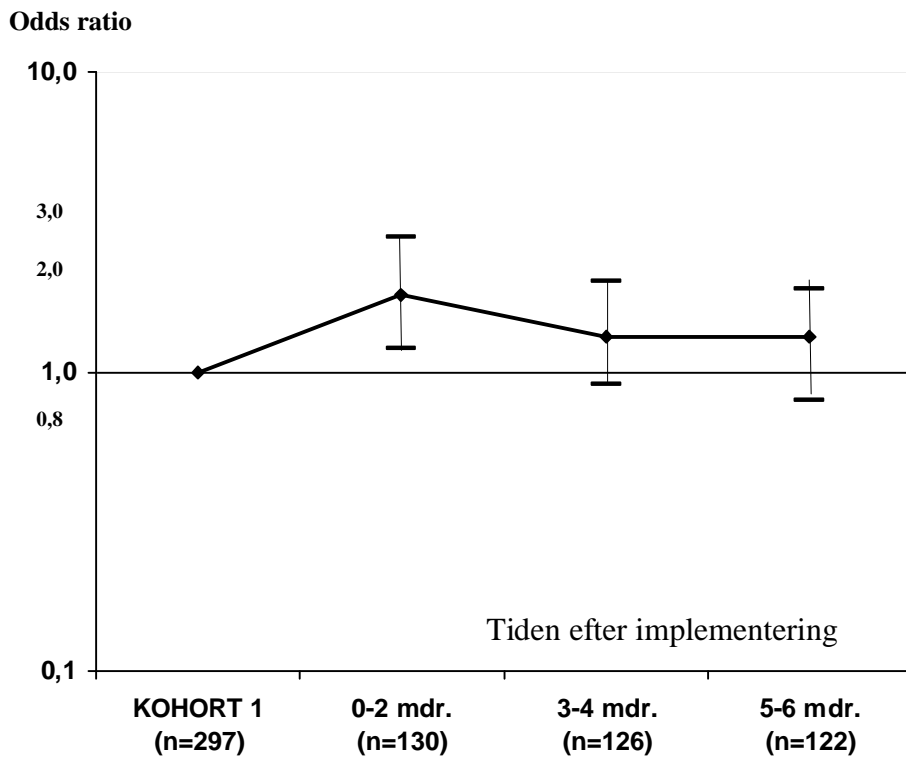
Figur 8.2 Odds ratio<sup>1</sup> (95% CL) for gennemført afrusning



<sup>1</sup>Referencegruppe er kohort 1, før KGU

Signifikant flere patienter i kohort 2 fastholdt kontakten fra afrusning til kortlægning, sammenlignet med Kohort 1 (OR = 1,5 (1,1-2,0)). Tidsserieanalysen viser imidlertid, at det kun var patienter, der henvendte sig de først to måneder, som bidrog til forbedringen (jfr fig 8.3). Efter implementering af KGU viste indikatormålingen, at standarden blot blev opfyldt for 49 % af patientforløbene, selvom standarden var 75 %.

Figur 8.3 Odds ratio<sup>1</sup> (95% CL) for kortlægning efter afrusning



<sup>1</sup>Referencegruppe er kohort 1, før KGU

## 8.5 DEN PSYKOSOCIALE BEHANDLING

I kohort 1 blev 15 % af patienterne visiteret til støttende samtaler, 10 % til familierapi og resten til kontraktbehandling eller kognitivadfærdsterapi (KKAT). I kohort 2 var fordelingen henholdsvis 14 %, 10 % og resten til KKAT, der var ingen signifikant forskel i visitationen mellem de to perioder ( $P=0.942$ ). Patienterne i kohort 1 deltog i gennemsnit i 6.6 behandlingssessioner, medens patienterne i kohort 2 deltog i gennemsnitlig 6.1 ( $P=0.227$ ). Den gennemsnitlige varighed af behandlingen for patienterne i kohort 1 var 149 dage og i kohort 2 144 dage ( $P=0.607$ ).

Procesindikatorerne beskriver kun de patienter, der påbegyndte en individuel psykosocial behandling. I tabel 8,5 er disse patienter fordelt i forhold til deres respektive henvendelsestidspunkt, så det ses, hvorvidt ambulatorierne efterlevede de 5 processtandarder for de 107 patienter, der påbegyndte psykosocial behandling de første 2 måneder efter implementeringen, de 104 patienter der påbegyndte 3 til 4 måneder efter og til slut de 98

patienter, der påbegyndte efter 5 til 6 måneder. Alle patienter, der blev kortlagt og påbegyndte psykosocial behandling, blev forsøgt statusmålt efter 3 og 6 måneders samt ved afslutning eller 12 måneder efter henvendelsen. Der blev afholdt auditmøder hvert kvartal, hvor indikatorer fra det foregående kvartal blev analyseret, og der blev endvidere gennemgået 8 tilfældigt udvalgte journaler.

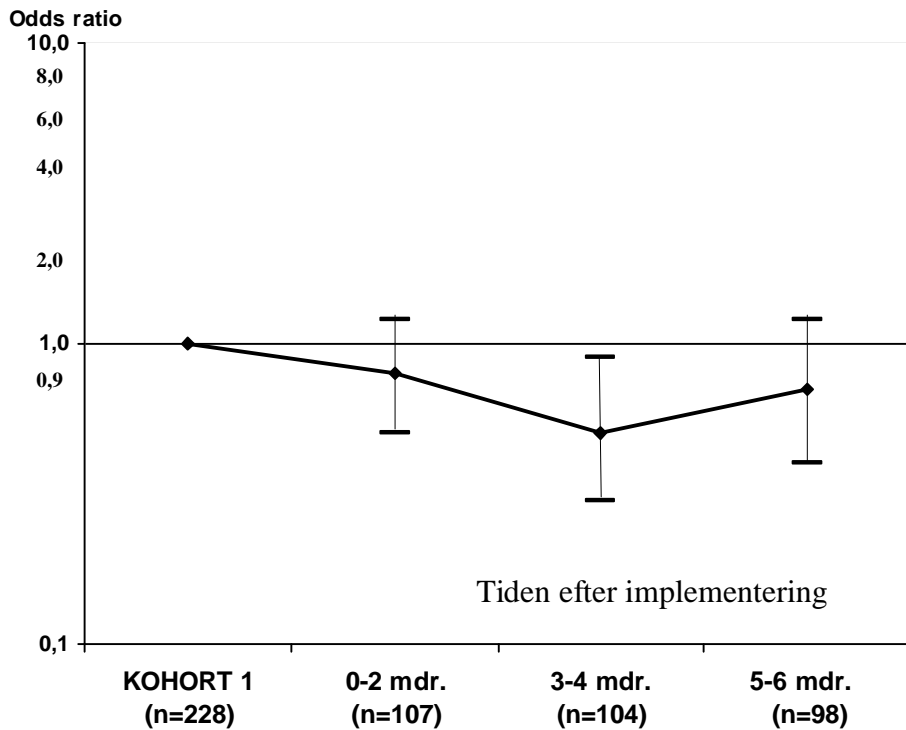
Tabel 8.5 Efterlevelse af udviklede processtandarder

<b>Standarder (acceptabel kvalitet)</b>	<b>Indikator (Andel patienter hvor standard er udført)</b>		
	<b>0 -2 mdr. (N=107) %</b>	<b>3-4 mdr. (N=104) %</b>	<b>5-6 mdr. (N=98) %</b>
I mindst 75 % af patientforløbene er der dokumentation for, at man har fulgt de kliniske retningslinier	55	59	64
Mindst 85 % af patienterne modtager patientundervisning i samtaleforløbet	55	48	53
Mindst 90 % af patienterne visiteret til psykosocial behandling drøftes ved behandlingskonference	58	50	72
Mindst 90 % af patienterne modtager en henvendelse ved udeblivelse	64	57	63
Mindst 60 % af patienterne gennemfører afslutningsfasen med behandleren	30	18	24

Som det fremgår af tabel 8.5 efterlevede man de første måneder efter implementering ingen af processtandarderne. Men efter afholdelsen af flere auditmøder og tilbagemelding til personalet om den manglende kvalitet, er der sket en signifikant forbedring i forhold til efterlevelse af standarden omhandlende drøftelser af psykosocial behandling (fra 58 % i første periode til 72 % i sidste periode,  $P < 0.05$ ).

Eventuelle forbedringer af den psykosociale behandling som følge af KKU fremgår af figur 8,4 og figur 8.5. Der ses ingen signifikant forbedring af compliance (figur 8.4), men patienterne fik et markant bedre udbytte af behandlingen.

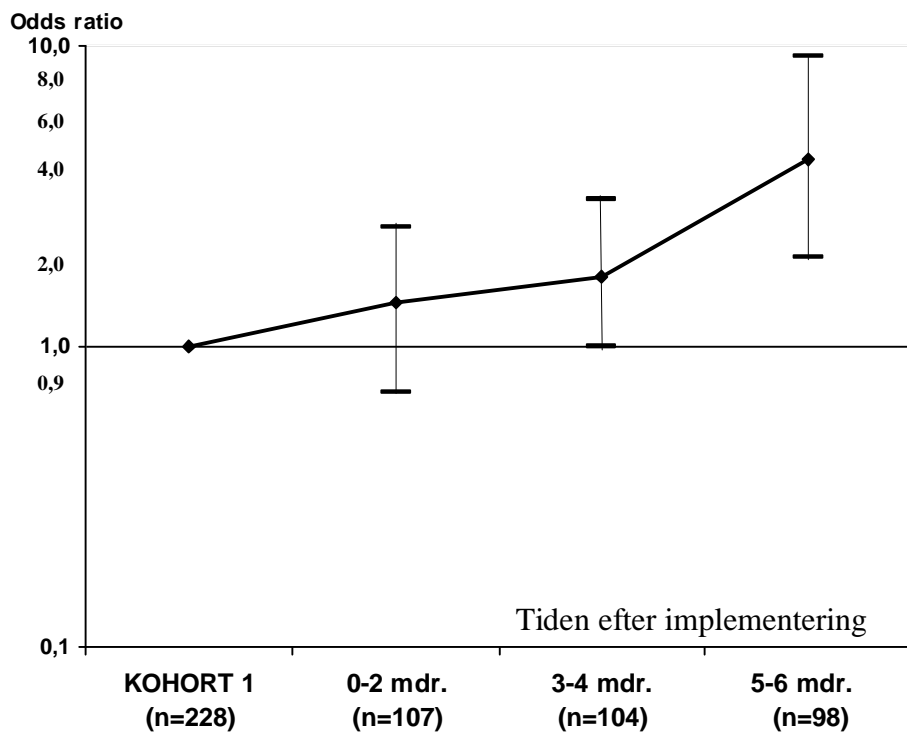
Figur 8.4 Odds ratio<sup>1</sup> (95% CL) for gennemførelse af de første 6 måneder af den psykosociale behandling



<sup>1</sup>Referencegruppe er positivt drikkemønster i kohort 1, før KGU, justeret for case-mix

Efter implementeringen af KGU var der dobbelt så stor sandsynlighed for, at patienterne havde et positivt drikkemønster ved afslutningen af behandling eller 12 måneders status (OR = 1,9 (1,2-3,1)). Tidsserieanalysen vist i figur 8.5 viser, at en løbende forbedring fandt sted igennem undersøgelsesperioden. Ingen af de to standarder blev fuldt opfyldt, idet blot 47 % af patienterne gennemførte de første 6 måneder af behandlingen (standard var 60 %), ligesom kun 70 % af patienterne opnåede et positivt drikkemønster ved afslutning eller 12 måneders status (standard var 75 %).

Figur 8.5 Odds ratio<sup>1</sup> (95% CL) for positivt drikkemønster<sup>2</sup> (LOCF)



<sup>1</sup>Referencegruppe er positivt drikkemønster i førmålingsperioden justeret for case-mix

<sup>2</sup>Maksimalt 21 genstande om ugen den sidste måned før afslutning/12 mdr.

Hvorvidt patienter med et positivt drikkemønster også forbedres på andre områder i livet er vist for de 309 patienter, der påbegyndte en individuelt psykosocial behandling, ses i tabel 8,6.

Patienter, der ved afslutningen eller 12 måneders status har et positivt drikkemønster, har også markant færre problemer på stort set alle de syv ASI-områder.

Tabel 8.6 Problemer hos patienter med og uden positivt drikkemønster (< 21 genstander om ugen) ved 12 måneders status/afslutning (LOCF).

<b>ASI-problemområder <sup>a</sup></b>	<b>Positivt drikkemønster (N=218) Gennemsnit</b>	<b>Negativt drikkemønster (N=91) Gennemsnit</b>	<b>P-værdier</b>
Fysisk helbred	0,320	0,350	0,517
Erhverv/økonomi	0,517	0,616	0,010
Alkohol	0,186	0,670	0,000
Andet misbrug	0,004	0,014	0,035
Kriminalitet	0,007	0,018	0,119
Familie/socialt	0,145	0,226	0,008
Psykisk helbred	0,125	0,218	0,001

<sup>a</sup> Baseret på addiction severity index – evaluerings score. Scores varierer fra 0 (intet problem) til 1 (ekstremt problem) de sidste 30 dage.

## 8.6 PATIENTTILFREDSHED

I tabel 8,7 ses patienternes tilfredshed med behandlingen, belyst i et før-efter design. Før implementering af KGU udfyldte 523 patienter tilfredshedseskemaet (besvarelsesprocent = 64 %), efter implementeringen af KGU udfyldte 544 (besvarelsesprocenten = 80 %). Efter implementeringen af KGU var tilfredsheden med behandlingsforløbet og informationen signifikant øget.

Tabel 8.7 Odds ratio for ændringer i patienttilfredshed<sup>1</sup> efter CQI

<b>Variabel</b>	<b>Tilfredse i kohort 1 (Før KKU) (N=523) %</b>	<b>Tilfredse i kohort 2 (Efter KKU) (N=544) %</b>	<b>Odds Ratio (2) (95 CL)</b>
Ventetid	80	83	1.3 (0.8-2.0)
Behandlingsforløbet	88	93	2.0 (1.3-3.1)
Kontakt med behandler	80	84	1.4 (0.8-2.1)
Information	83	89	1.6 (1.2-2.4)

<sup>1</sup>) Antal patienter der svarer ja til kategori 1 og 2 i patienttilfredshedsskemaet (se side 82).

<sup>2</sup>) Reference gruppe kohort 1 , før CQI.



## KAPITEL 9

# Diskussion

---

I kapitlet diskuteres hvilke barrierer vi har oplevet ved implementering af kvalitetsudvikling i den ambulante alkoholbehandling. Der påpeges væsentlige forskelle mellem forskning og kvalitetsudvikling, men det fremhæves også hvor vigtigt det er at anvende præcise og valide målinger, og efterfølgende korrekte analysestrategier.

Det anbefales at den danske alkoholsekter omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet.

---

### 9.1 GENEREL DISKUSSION

Herværende kvalitetsudviklingsprojekt er det først inden for dansk alkoholbehandling, som systematiske har anvendt principperne i kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU). Resultaterne viser, at KKU kan føre til forbedringer af det offentlige behandlingstilbud til mennesker med alkoholproblemer.

KKU er gennem det sidste årti implementeret i store dele af sundhedsvæsenet, men alkoholområdet har ikke fulgt med denne udvikling. Det kan skyldes flere forhold: Der er således manglende enighed om hvad der er god behandlingspraksis, manglende konsensus om valg af valide og reliable måleinstrumenter, samt traditioner præget af holdninger fra ætiologiske skoler, og sociale teorier der påvirker de beslutninger man tager ved behandlingen af alkoholmisbrugere.

Med den øgede dokumentation af evidensbaserede behandlingsmetoder indenfor alkoholområdet (Sundhedsstyrelsen, 2006), udviklingen af en hel række valide evalueringsinstrumenter og introduktion af computer teknologien i dagligdagen er der imidlertid ingen kundskabsmæssige eller tekniske hindringer for implementering af KKU i alkoholbehandling.

Vores projekt viser, at hvis ledelsen og frontliniepersonalet er parate til at implementere KKU kan det ske over få år. Parathed kan skabes hvis ledelsen accepterer, nødvendigheden af information om patientpopulationens behov, behandlingsforløb og prognose. Informationen kan medvirke til beslutninger om institutionsændringer og evaluering af disse. Den kan også

bruges til at vurdere om de anvendte ressourcer tilgodeser patienternes behov. KKKU bliver ud fra ovennævnte et vigtigt ledelsesværktøj.

Behandlerne vil på den anden side have brug for lignende information, så de kan foretage rationelle beslutninger om valg af behandling, i forhold til behandlingsforløb og prognose. Endelig vil det ud fra et patientperspektiv betyde, at elementerne i behandlingen synliggøres og de får større viden om hvilken udbytte de kan få af behandlingen og mulighed for periodiske tilbagemeldinger på fremgangen i deres tilstand.

Ved implementering af KKKU var vi opmærksomme på at barrierer mod forandringer i institutionen ikke kunne undgås. De potentielle barrierer vi søgt at imødegå ved planlægning af projektet kan groft skitseres således:

- Økonomi
- Individuel kapacitet
- Motivation hos personalet
- Institutionens kapacitet

Det blev meget tidligt klart for os, at det ikke ville være muligt at gennemføre de kvalitetsforbedrende tiltag (udvikling af standarder), med mindre vi fik tilført midler til frikøb af personalet. Personalet skulle uden for almindelig arbejdstid mødes i kvalitetscirkler og udarbejde standarder. De tilførte midler skulle desuden give os mulighed for på temadage at inddrage kompetente undervisere med henblik på at inspirere os i udviklingsarbejdet.

Herudover blev der brugt midler til køb af statistisk/epidemiologisk ekspertise ved oprettelse af kvalitetsdatabase og analyse af data.

Muligheden for at udvikle og forandre styrkes, når der er kort afstand mellem dem, der træffer beslutningerne og dem, der skal bære konsekvenserne af beslutningerne. Vi har derfor i vores projekt forsøgt at arbejde ud fra "bottom up-styring". Dette blev bl.a. praktiseret ved, at det udelukkende har været medarbejderrepræsentanterne, der i kvalitetscirklerne har beskrevet indsatsområderne som skulle igangsættes for at efterleve standarderne. Desuden har medarbejderne haft en central rolle i auditgruppen, hvor deres opgave bl.a. har bestået i at have fingeren på pulsen og være medansvarlig for, at alt personalet tog de nye tiltag i anvendelsen. Det er vores vurdering, at det har været af stor betydning, at projektet ikke alene har været ledelsens værk, men i vid udstrækning har været båret frem af medarbejdersiden.

Ved at give kontinuerlige tilbagemeldinger på de løbende resultater af kvalitetsmålingerne har vi kunnet påpege myter vedrørende den hidtidige behandlingspraksis. Det har styrket motivationen når man på resultatsiden direkte har kunnet se effekten af de nye tiltag.

Den klassiske modstand i personalegruppen mod forandringer har vi dog ikke fulstændig kunne imødegå.

Modstanden har dog været størst i det første års tid af projektets levetid og er for en stor dels vedkommende blevet elimineret, efterhånden som det blev synligt for personalet, hvilke positive perspektiver der var i det. I kraft af en kontinuerlig fokus på projektet er personalet blevet opmærksom på, at der ikke var tale om tiltag, som blot var omdefinering af noget vi allerede gjorde, men at projektet rummede muligheder for at øge den samlede kvalitet af indsatsen i ABC.

Når forandring afstedkommer nye rutiner og arbejdsgange, betyder det samtidig, at personalet skal være parat til at lade sig ”se i kortene” og være parat til at forholde sig kritisk til egen og andres praksis.

Det har været væsentligt for projektet, at embedsmænd og politiker har støttet os i det kvalitetsforbedrende arbejde. Det har haft afgørende betydning, at vi har haft adgang til EDB med den nødvendige hard- og software. Desuden har det haft stor betydning, at vi har haft den faglige og forskningsmæssige ekspertise til rådighed i projektforsløbet.

## **9.2 METODE DISKUSSION**

Kontinuerlig kvalitetsudvikling (KKU) har til hensigt at ændre såvel strukturen som de forskellige processer der er involveret i patientforløbet. En sådan ændring af hele ”systemet” betyder at man ikke kan pege på hvilke elementer i systemet der udgør den ”aktive ingrediens” som leder frem til forbedringer. KKU adskiller sig således markant fra forskning der som noget helt centralt har til formål, under kontrollerede forhold, at undersøge en sammenhæng mellem en given intervention og effekt.

Den randomiserede kontrollerede undersøgelse (RKU) er den gyldne standard når man i forskning skal undersøge effekten af nye tiltag i behandlingen. Resultaterne fra RKU kan imidlertid ikke altid generaliseres til daglig praksis, da undersøgelserne ofte er gennemført på universitetsafdelinger med specielt uddannet personale, og der er ofte sket en udtalt selektion af patienterne som indgår i undersøgelserne (IOM, 2006).

KKU afspejler behandlingen i dagligdagen, hvor alle patienter deltager og man ofte har skiftende personale. På trods af disse forskelle er det afgørende, at man også i KKU indsamler valide og reliable data til dokumentation af kvaliteten.

Det vil altid være en fordel, hvis de valgte data kan anvendes både i den daglige, kliniske praksis (fx til at give individuel feedback til patienten om dennes fremskridt i behandlingen) og i beskrivelsen af den aktuelle kvalitet i behandlingen på gruppeniveau, fx for alle patienterne i et afsnit eller en afdeling på institutionen. I vores undersøgelse blev data anvendt til at give feedback til patienten og udgjorde således et redskab der kunne anvendes i daglig praksis.

Reliabiliteten af målingerne blev sikret gennem anvendelsen af anerkendte måleinstrumenter, gennem uddannelse i brugen af dem, og gennem løbende tests af inter-rater-reliabiliteten blandt medarbejderne.

Ved analyse af data er anvendt to strategier: justering for case-mix og tidsserieanalyser. Konfoundere eller case-mix kan påvirke fortolkningen af målingerne, når ændringer i kvalitet over tid evalueres. Ved hjælp af forskellige statistiske metoder er det imidlertid muligt at tage højde for case-mix. (Hayes & Murray, 1995). I vores studie var der således signifikant flere med svært alkoholmisbrug i kohort 2, formentlig fordi flere i denne kohort overgik til psykosociale behandling efter afrusning. Da svært alkoholmisbrug er en væsentlig prognostisk faktor for effekt af behandlingen (McCamant et al., 2006), justerede vi for konfounderen ved sammenligning af positivt drikkemønster for kohort 1 og kohort 2. I litteraturen anbefales, at man ved KKU bruger tidsserieanalyser ved vurdering af om en ændring forbedrer resultatet stabilt over tid. (Sperdoff & O'Connor, 2004). Denne analysestrategi indebar, at vi foretog indikatormålinger i 3 tidsperiode i såvel kohort 1 som kohort 2. I kohort 1 sås ingen væsentlige variation eller opadgående trend i indikatormålinger. kohort 1 blev derfor anvendt som reference for ændringer i indikatormålingerne i de tre tidsperioder i kohort 2 (efter KKU). Som det fremgik, havde valg af begge analysestrategier stor betydning for tolkning af resultaterne. Dels ville en simpel før-og-efter analyse fejlagtigt have vist, at KKU medførte, at flere afrusede patienter blev kortlagt med henblik på psykosocial behandling, hvilket kun var tilfældet i de første måneder hvorefter tendensen aftog (jf. figur 8,3). Dels ville manglende justering for case-mix have medført, at der ikke kunne vises forbedring af drikkemønstret som følge af KKU (jf. figur 8,5).

Når man anvender en "historisk kontrolgruppe" som her, kan ændring af ydre faktorer i tidsperioden være en potentiel fejlkilde. I vort studie blev imidlertid hverken tilført flere ressourcer, eller ændret på de ydre rammer for behandlingen.

Vi har således i studiet forsøgt at løse de flest metodiske problemer, der kan opstå i et KKU projekt, og mener, at resultaterne kan generaliseres til andre alkoholambulatorier.

### **9.3 AFSLUTNING**

Vi mener at det ultimative mål for kvalitet i alkoholbehandlingen er at leve op til patientens forventninger. En velinformeret patient har større mulighed for at udtrykke realistiske forventninger til behandlernes adfærd og udbyttet af behandlingen. Kvalitetsudvikling og den inkluderede information i form af indikatorer kan bidrage til dette.

Indikatormålinger og formidlingen af disse er derfor helt centrale elementer i kvalitetsudvikling, men der er også mange metodiske og etiske problemer forbundet med opgaven. Indikatormålinger skal bruges til refleksion og læring, så vi kan bedre servicen og behandlingen af patienterne. De skal ikke bruges til belønning eller sanktionering overfor institutioner eller behandlere.

Det vil være naturligt at alkoholsektoen deltager i Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet hvilket vil gøre det muligt for patienter og administratorer at bedømme, hvorvidt alkoholbehandlingen lever op til et givet antal standarder og dermed levere en sundhedsservice, hvis kvalitet kan blive målt og vurderet.

Det er vores opfattelse at en implementering af KKU i alkoholsektoen kan forbedre behandlingen og de administrative procedurer og bringe området tættere på den øvrige del af sundhedsområdet i forhold til kravene om kvalitet i behandlingen.



## LITTERATUR

Berwick, D. M. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 312, 619-622.

Berglund, M., Thelander, S., Salaspuro, M., Franck, J., Andreasson, S. & Öjehagen A. (2003). Treatment of alcohol abuse: an evidence-based review, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27, 1645-1656.

Bjørk C, Nielsen B, Nielsen AS, Grønbæk M. (2006). Suicidal behavior among alcohol abusers seeking treatment (in preparation).

Blomberg I. (1989). Att granska den egna verksamheten. *Lakartningen*, 86, 305-6.

Brown SA, Irwin M, Schuckit MA. (1991). Change in anxiety among abstinent male alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 55-6

Campbell, H., Hotchkiss, R., Bradshaw, N. & Proteous, M. (1998), Integrated care pathways. *British Medical Journal*, 316, 133-137.

Carmen, B., Angeles, M., Ana, M. & Maria, A. J. (2004). Efficacy and safety of naltrexone and acamprocate in the treatment of alcohol dependence: a systematic review. *Addiction*, 99, 811-828.

Chassin, M. R. & Galvin, R. W. (1998). National roundtable on health care quality. The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health care quality. *The Journal of The American Medical Association*, 280, 1000-1005.

Derose, S. F., Schuster, M. A. & Fielding, J. E. (2002). Asch SM. Public health quality measurement: Concepts and challenges, *Annual Review of Public Health*, 23, 1-21.

Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality Review Bulletin*, 12, 99-108.

Eccles M et al. (1998). North of England evidence based guidelines development project. *Br. J Med*, 316, 1232-5.

Flowers, J., Hall, P. & Pencheon, D. (2005). Public health indicators. *Public Health*, 119, 239-245.

Freeman, T. (2002). Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature. *Health Services Management Research*, 15, 126-137.

Glaser FB, Annis HM, Skinner HA et al., (1984). *A system of Health Care Delivery*. Addiction Research Foundation, vols 1,2,3.

Gaebel, W. (1997). Quality assurance in psychiatry: concept and methods. *European Psychiatry*, 12 (suppl 2), 79-87.

Garnick, D. W., Lee, M. T., Chalk, M., Gastfriend, D., Horgan, C. M., McCorry, F., McLellan, A. T. & Merrick, E. L. (2002). Establishing the feasibility of performance measures for alcohol and other drugs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 375-385.

Gøtzhe, PC. (1998). Randomisering og blinding I sundhedsvidenskabelig forskning. *Bibl. Læger*, 369-79.

Hayes, C. & Murray, G. D. (1995). Case mix adjustment in comparative audit. *Journal of evaluation in clinical practice*, 2, 105-111.

Hermann, R. C. & Palmer, H. (2002). Common Ground: A framework for selecting core quality measures for mental health and substance abuse care. *Psychiatric services*, 53, 281-287.

Huby, G. & Rees, G. (2005). The effectiveness of quality improvement tools: joint working in integrated community teams. *International Journal for Quality in Health Care*, 17, 53-58.

ICD-10R. (1993). Diagnostic criteria for research. World Health Organisation, Geneva.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2002). Den offentlige indsats på alkoholområdet. ISBN87 – 90227-79-4.

Institute of Medicine. (1990). Broadening the base of treatment for alcohol problems. Washington, DC, National Academy Press.

Institute of Medicine (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the Twenty-first Century. National Academy Press.

Institute of Medicine (2006). Improving the quality of health care for mental and substance-use conditions. National Academy Press.

Kjærgaard J, Knudsen LJ, Mainz J. (1998). Fra kvalitetscirkel til evidensbaseret klinisk praksis. *Ugeskr Læger*, 160, 6638-43.

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Willaing I. (2001). Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard.

Københavns Sundhedsvæsen.(1992). Kvalitetssikring i Sundhedsvæsenet - metoder og erfaringer.

Lilford, R., Mohammed, M. A., Spiegelhalter, D. & Thomson, R. (2004). Use and misuse of process and outcome data in managing performance of acute medical care: avoiding institutional stigma. *The Lancet*, 363, 1147-1154.

Loeb, J. M. (2004). The current state of performance measurement in health care. *International Journal for Quality in Health Care*, 16, 15-19.

Long, A. F. Key issues in outcomes measurement. (1997). *International Journal of STD & AIDS*, 8, 663-667.

Mainz J, Kjærgaard J, Knudsen LJ. (1999). Overvågning af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser ved hjælp af indikatorer. *Ugeskr Læger*, 161, 5536-42.

Mainz J. (2000). Audit – en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis. *Ugeskr Læger*, klaringsrapport nr. 9.

Mattson EM, Allen PJ, Longabaugh R et al., (1994). A chronological review og empirical studies matching alcoholic clients to treatment. *J Stud Alcohol*, 12, 16-29.

McCamant LE, McFarland BH, Gabriel RM. (2006). Prospective validation of substance abuse severity measures from administrative data. *Drug Alcohol Depend* , in press.

McCorry, F., Garnick, D. W., Bartlett, J., Cotter, F. & Chalk, M. (2000). Developing performance measures for alcohol and other drug services in managed care plans. Washington Circle Group. *Journal on Quality Improvement*, 26, 633-643.

McGahan P, Griffith J, McLellan AT. (1996). Composite scores from The Addiction Severity Index; Manual and computer software. Philadelphia: Veterans Administrations Press.

McGlynn, EA., Asch, SM., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. & Kerr, EA. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 348, 2635-2645.

McLellan, AT., Luborsky, L., Woody, GE. & O'Brien, CP. (1980). An improved dagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26-33.

McLellan AT, Grissom GR, Zanis D et al., (1997). Problemservice "matching" in addiction treatment. A prospective study in 4 programs. Arch Gen Psychiatry, 54, 730-35.

McLellan, A. T., Carise, D. & Kleber, H. D. (2003). Can the national addiction treatment infrastructure support the public's demand for quality care? Journal of Substance Abuse Treatment, 25, 117-121.

Miller WR, Rollnick S. (2004) Motivationssamtalen. Hans Reitzels Forlag.

Milner CM, Nielsen B, Becker U, Petersen MU, Grønbæk M. Offentlig ambulant alkoholbehandling anno 2002. Ugeskr Læger 2004, 2664-68.

NIAAA (1997). Improving compliance with alcoholism treatment. Project MATCH Monograph Series, Volume 6. US Department of health and Human services.

Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. (1998). Patient-treatment matching improves compliance of alcoholics in outpatient treatment. Journal of Nervous and Mental Disease, 186, 752-60.

Nielsen B, Nielsen AS, Wraae O. (2000). Factors associated with compliance of alcoholics in outpatient treatment. Journal of Nervous and Mental Disease, 188, 101-7.

Nielsen B, Nielsen AS. (2001). Odensemodellen: Et bidrag til en evidensbaseret praksis ved behandling af alkoholmisbruger. Fyns Amt.

Nordholm D, Nielsen B. Personality disorders among Danish alcoholics attending outpatient treatment. European addiction research 2006 (in press).

Pletcher, M. J., Fernandez, A., May, T. A., Westphal, J. R., Gamez, C. A., Hersh, D. F. & Gonzales, R. (2005). Unintended consequences of a quality improvement program designed to improve treatment of alcohol withdrawal in hospitalized patients. Journal on Quality and Patient Safety, 31, 148-157.

Portefee Jensen J, Rask MB, Grønbæk M, Nielsen AS, Nielsen B (2006). Social anxiety disorder, childhood history and outcome of treatment among men and women, attending outpatient treatment for alcohol abuse (in preparation).

Rask MB, Nielsen B, Grønbæk M, Nielsen AS. (2006) The effect of psychiatric comorbidity on the outcome of outpatient treatment of Danish alcohol abusers. European addiction research. (submitted).

Rasmussen G, Eberhard M, Kragh RB, Villadsen AM, Ibsen C, Mainz J. (2006). Den Danske Kvalitetsmodel. DSKS-nyt.

Schippers, G. M., Schramade, M. & Walburg, J. A. (2002). Reforming Dutch substance abuse treatment service. Addictive Behaviours, 27, 995-1007.

Shao J, Zhong B. (2002). Last observation carry-forward and last observation analysis. Stat Med, 22, 2429-41.

Shaw, C. D. (1980). Aspects of Audit. British Medical Journal, 280, 1256-1258.

Sundhedsstyrelsen (1999). Rapport fra arbejdsgruppe vedrørende etablering af statistik om personer i alkoholbehandling på institutioner.

Sperdoff T, O'Connor TG. (2004). Study designs for PDSA quality improvement research. Q Manage Health Care, 13, 17-32.

Sundhedsstyrelsen (1999). Rapport fra arbejdsgruppe vedrørende statistik om personer i alkoholbehandling på institutioner.

Sundhedsstyrelsen (1999). Patientforløb og kvalitetsudvikling. ISBN: 87-90765-35-4.

Sundhedsstyrelsen (2004). Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse.

Sundhedsstyrelsen (2006). Alkoholbehandling- en medicinsk teknologivurdering. Medicinsk teknologivurdering , 8, (2).



## **APPENDIKS I**

## Standard 1

### Standard 1: 85 % af ptt. gennemfører afrusningsforløbet

Struktur	Proces	Resultat
<p>Ptt., der henvender sig i den akutte åbningstid med ønske om behandling for alkoholmisbrug.</p> <p>Sekr. modtager pt. og beder om navn og cpr.nr.</p> <p>Sekr. fremskaffer evt. tidl. journal.</p> <p>Sygepl. møder pt. i rolige omgivelser i et lokale specielt indrettet til afrusning.</p> <p>Sygepl. indsamler data om følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promille, BT, puls.</li> <li>• Grad af abstinenssymptomer.</li> <li>• Omfang/varighed af misbrug.</li> <li>• Fysiske og psykiske symptomer.</li> <li>• Medicinforbrug/misbrug.</li> <li>• Arbejds-/familiære problemer.</li> <li>• Børn under 18 år/graviditet</li> </ul> <p>Sygepl. indhenter stamoplysninger, evt. samtykkeerklæring.</p> <p>Sygepl. orienterer om behandlingsmuligheder.</p> <p>Sygepl. undersøger pt.s motivation og forventninger og vurderer de indsamlede data. (Se vejledning om motivations-skabende samtaler)</p> <p>Sygepl. rapporterer til lægen.</p> <p>Lægen ordinerer relevant akut behandling. (Se vejledning om akut behandling)</p> <p>Sygepl. iværksætter lægens ordinationer.</p> <p>Sygepl. kontakter evt. samarbejdspartnere.</p>	<p>Ptt. oplyses om samtale med sygeplejerskerne, evt. ventetid og anvises venteværelse.</p> <p>Pt. præsenterer sit problem samt evt. forventninger.</p> <p>Pt. orienteres om akut forløbet.</p> <p>Der måles promille, BT, puls.</p> <p>Pt. orienteres om medicin, virkning, bivirkninger.</p> <p>Pt. tilrådes afholdenhed og evt. antabus i 1-3 mdr.</p> <p>Der medgives:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skriftlig information om Chlor-diazepoxid og Antabus.</li> <li>• Aftrapningsskema.</li> <li>• Afrusningsmedicin til næste fremmøde, evt. B-vitaminer til 10 dage.</li> </ul> <p>Procedure for fokus på børn i afrusningen følges.</p> <p>Pt. vejledes om kost/væske/søvn/hvile.</p> <p>Dialogen foregår ud fra den motivationsskabende samtaleteknik, afpasset den enkelte pt.s ressourcer.</p> <p>I journal anføres observationer, ordinationer med angivelse af ordinerende læges navn, aftaler, om der er blevet udleveret skriftlig information, hvad der er indtaget af medicin, og hvad der er medgivet.</p> <p>Næste mødetidspunkt vurderes og aftales. Pt.s tilstand vurderes løbende, og behandlingen reguleres herefter.</p> <p>Pt. orienteres om videre beh.-muligheder. Efter endt afrusning får pt. tid til kortlægning eller afsluttes.</p>	<p>- At de kliniske retningslinier omkring akut behandling er fulgt.</p> <p>- Pt. undgår abstinenskramper og delirium tremens.</p>

Standard godkendt i audit den 30.03.2005 - Standard revideres i audit marts 2007

**Standard 2: 80 % af patienterne, der henvender sig 1. gang i ABC, fastholder kontakten fra den akutte behandling til kortlægning.**

Struktur	Proces	Resultat
<p><b>Målgruppe:</b> Patienter, som er afruset og ikke aktuelt er i behandling.</p> <p>Sygepl. i åbningstiden er ansvarlig for, at der aftales tid til kortlægning.</p> <p>Kortlægningstidspunktet tilbydes inden 14 dage fra tidsbestillingen.</p> <p>Sekretæren er ansvarlig for orientering til ledelsen om evt. overskridelse af tidsfrist.</p> <p>Behandlerne afsætter tider til kortlægninger for et ½ år ad gangen.</p> <p>Sygepl. journalfører indgåede aftaler med patienten.</p>	<p>Sygeplejersken kontakter sekretær og får tid til kortlægning. vvvvvvvv</p> <p>Sekretæren noterer patienten i kalenderen.</p> <p>Sygeplejersken udleverer kort med tid til kortlægning samt navn på kortlægger.</p> <p>Patienten orienteres om indhold og formål med kortlægning samt tidsforbrug.</p> <p>Patienten tilbydes på baggrund af individuel vurdering i perioden frem til kortlægning:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremmøde i åbningstid.</li> <li>• antabusindtagelse.</li> <li>• Mulighed for at kontak-te ABC telefonisk.</li> </ul> <p>Patienten spørges om mulighed for at tiltræde før tid ved et evt. afbud.</p> <p>Kortlægger er ansvarlig for at afslutte patienten, hvis denne ikke møder til kortlægning.</p> <p>Såfremt der er børn under 18 år henvises til proceduren: AFokus på Børn@</p>	<p>Pt. møder til aftalt kortlægning.</p> <p>Nedsat ressourcspild i forhold til udeblivelse.</p>

Standard godkendt i audit  
23.08.2006 - Standard revideres i august 2008

### Standard 3: I 75 % af behandlingsforløbene er der dokumentation for, at man har fulgt de kliniske retningslinier

Struktur	Proces	Resultat
<p>Målgruppe: Alle patienter visiteret til psykosocial behandling</p> <p>Den ansvarlige behandler fører kontinuerligt journal efter hver session/behandlingssamtale.</p>	<p><u>A: Introduktion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rum/Rammer</li> <li>• Metode</li> </ul> <p>Evt. gennemgang af kortlægningen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Motivations-afklaring</li> <li>• Pt.s forventninger til behandlingen</li> </ul> <p><u>B: Forløb:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nummerering af samtaler</li> <li>• Overskrift (fremhævet skrift)</li> <li>• Kontakt</li> <li>• Problemliste</li> <li>• Problemfoki</li> <li>• Målsætning (kort sigt/lang sigt)</li> <li>• Alkohol: Afholdenhed? Antabus? Blodprøver?</li> <li>• Evt. hjemmeopgaver</li> <li>• Tilbagefaldsprofylakse</li> </ul> <p><u>C: Afslutning:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opsummering</li> <li>• Evaluering/Udbytte</li> <li>• Afslutning</li> </ul>	<p>At man ud fra journalen kan aflæse, om de kliniske retningslinier er fulgt.</p>

Standard godkendt i audit den 24.05.2006 – Revurderes maj 2008

## Standard 4

### Standard 4: I 85 % af samtaleforløbene indgår patientundervisning som delelement.

Struktur	Proces	Resultat
<p><b>Målgruppe:</b> Alle indvisiterede patienter.</p> <p>Individuel patientundervisning foregår på behandlerens kontor. I familierapien i familierapirummet.</p> <p>- Varetages af behandler.</p> <p>- Foregår i de enkelte sessioner.</p> <p>Hver behandler har patientundervisningsmappe.</p>	<p><b>Patientundervisning:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Tager udgangspunkt i kortlægningens hovedområder om patientens parathed til forandring (se vejl. til <i>motivationsskabende samtaler</i>)</li><li>• Omfatter alkoholrelaterede problemer og skader.</li><li>• Foregår løbende i samtaleforløbet som delelement.</li><li>• Kan være planlagt eller spontant efter behov.</li><li>• Er tilpasset den enkeltes ressourcer.</li><li>• Gives verbalt eller visuelt ved hjælp af undervisningsmateriale.</li></ul> <p><b>Mulige undervisningsemner:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Definition af alkoholproblemer</li><li>- Forandringscirkel</li><li>- Familie / socialt</li><li>- Virkning af alkohol</li><li>- Fysisk / alkohol</li><li>- Alkoholrelaterede problemer</li><li>- Afhængighed</li><li>- Facts om promiller</li><li>- Medicin</li><li>- Psykiske sygdomme</li></ul> <p>Ajourføres af redaktion efter behov (Birgit - Heidi).</p> <p>Ved 3.-mdr.s resumé dokumenteres i journalen hvilke emner, der har været berørt.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patienten ændrer alkoholadfærd ud fra kvalificeret valg.</li><li>• Måles i journalen.</li></ul>

Standard godkendt i audit juni 2004 - Revideres i juni 2006 i audit

**Standard 5: 90 % af alle ptt. visiteret til psykosocial behandling drøftes på behandlingskonference hver 3. måned fra kortlægningsdatoen (= dag 0).**

<b>Struktur</b>	<b>Proces</b>	<b>Resultat</b>
<p><b>Målgruppe:</b> Alle patienter visiteret til psykosocial behandling.</p> <p><b>Sted:</b> På de ugentlige behandlingskonferencer.</p> <p><b>Interval:</b> Opfølgning hver 3. måned.</p> <p><b>Ansvar:</b> Hver enkelt behandler.</p> <p>Den behandlingsansvarlige overlæge / afd.-læge står for konferencens gennemførelse og tidsforbrug pr. patient samt efterfølgende konference- notat.</p>	<p>Den enkelte behandler prioriterer, skriver et kort resumé og fremlægger patientforløbet på konference ud fra det ASI-statuskema, der er udfyldt umiddelbart inden samt ud fra følgende tjekliste:</p> <p><b>Behandlingsform.</b> Medicinsk behandling/evt. behov herfor. Mål for behandlingen. Fremmøde. Alkohol -afholdenhed? -drikkemønster -evt. antabusbehandling -blodprøver GGT/MCV Andre behandlingsfoki (jf. ASI). Børn. Patientundervisning</p> <p>Komplicerede forløb tages op efter behov.</p> <p>Overlægen/afd-lægen dikterer et kort fremadrettet konferencenotat, herunder evt. justeringer af behandlingen.</p>	<p>90 % af alle ptt. visiteret til psykosocial behandling drøftes hver 3. måned på behandlingskonference. Dette dokumenteres gennem konference-notatet i journalen og på tjeklisten.</p> <p>Drøftelse sikrer kontinuitet i de enkelte behandlingsforløb</p>

Standard godkendt i audit den 24.05.2006 - Revideres igen maj 2008

**Standard 6: 90 % af indvisiterede patienter modtager en henvendelse fra behandleren ved udeblivelse eller afbud med henblik på kontakt.**

Struktur	Proces	Resultat
<p><b>Målgruppe:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alle indvisiterede patienter, der udebliver uden afbud.</li> <li>- Alle indvisiterede patienter, der melder afbud.</li> </ul> <p><b>Sekretær:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Omstiller til behandleren eller tager imod afbud.</li> <li>- Får navn og evt. telefonnummer, evt. besked.</li> </ul> <p><b>Behandler:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retter henvendelse til patienten samme dag.</li> <li>- Foranlediger notat i journalen ang. henvendelsens art, ny dato og tid.</li> </ul>	<p><b>Behandler:</b></p> <p>Der er mulighed for forskellige tiltag ud fra årsagen til henvendelsen (afbud eller udeblivelse):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ringe til patienten.</li> <li>• Sende brev til patienten med ny tid, max. to gange. Anden gang sendes brev, hvori det understreges, at patienten ved fornyet udeblivelse afsluttes.</li> </ul> <p>Individuelle kommentarer m.m. kan tilføjes brevet. Kopi kan evt. gemmes midlertidigt.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tvivlsspørgsmål tages med på konference, se brødtekst.</li> </ul> <p>Det besluttede indskrives i journalen sammen med næste notat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patienten møder op, ringer eller afsluttes.</li> <li>- Kontinuitet i behandlingen.</li> <li>- Måles i journalen.</li> </ul>

Godkendt i audit den 18. juni 2004 i audit – Revideres igen senest juni 2006

**Standard 7: 60 % af patienterne, som er visiteret til psykosocial behandling, gennemfører afslutningsfasen sammen med behandleren.**

Struktur	Proces	Resultat
<p>Den ansvarlige behandler planlægger, forbereder og gennemfører i samarbejde med patienten afslutningen af behandlingsforløbet.</p> <p>Ved udeblivelse fra/afbrydelse af behandlingsforløbet skal behandleren sørge for, at der sker en egentlig afslutning af kontaktpersonrelationen.</p> <p>Alle patienter tilbydes en afrundingssamtale i forlængelser af den reelle afslutningssamtale. Dette sker senest 1. måned efter afslutningssamtalen.</p> <p>Behandlingsforløbet kan indenfor et halvt år efter patientens afslutning i journalen, genoptages og suppleres med 1 til 3 booster-samtaler ved behandleren uden at blive kortlagt/visiteret igen. Dette tages op på konference.</p> <p>Ved dødsfald kan der gennemføres afslutningssamtale med de pårørende, hvis disse har deltaget i behandlingen.</p>	<p><u>Planlægning:</u> Patienten gøres opmærksom på, at der er tale om et afgrænset forløb. Værdien af at gennemføre afslutningsfasen præciseres.</p> <p><u>Forberedelse:</u> Senest 1 måned før forventet afslutning forbereder behandleren i samråd med patienten, hvornår afslutningen skal finde sted.</p> <p>Der er fokus på afslutnings-elementet samt udviklingen i forhold til mål ved hver 3. måneders status.</p> <p><u>Gennemførelse:</u> Afslutningsfasen bør indeholde følgende elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opsummering</li> <li>• Forankring af behandlingsresultaterne</li> <li>• Afklaring af behov for videre henvisning</li> <li>• Afsked</li> </ul> <p>Via afrundingssamtalen tydeliggøres afslutningen og de opnåede resultater yderligere.</p> <p>Den afsluttende samtale samt udfyldelse af afslutningsskema kan evt. ske via telefon.</p> <p>Der indgås aftaler med de under struktur nævnte pårørende efter behov.</p>	<p>Det fremgår af journalen og tjeklisten, at afslutningen af behandlingsforløbet er sket efter aftale mellem patient og behandler.</p> <p>Flere patienter gennemfører afslutningsfasen.</p>

Standard godkendt i audit den 24.5.2006. - Revideres maj 2008

## Standard 8

### Standard 8: 80 % af patienterne fastholdes i behandlingen de første 6 måneder efter kortlægnings samtalen

Struktur	Proces	Resultat
<p>Fra kortlægnings samtalen og indtil afholdelse af første behandlings-samtale må der max. gå 14 dage.</p> <p>Kortlægningen skal visiteres senest dag 4.</p> <p>Alle behandlere afsætter tid til en førstegangssamtale 1 gang ugentligt.</p> <p>Kortlæggeren undersøger patientens muligheder for fremmøde indenfor ABC's åbningstider.</p> <p>Kortlægningen skal dikteres af behandleren samme dag eller næste dags formiddag.</p> <p>Sekretæren har resten af dagen samt næste dags formiddag til indskrivning i EPJ.</p> <p>Lægen i den enkelte afdeling visiterer samme dag eller senest næste dag (dag 4).</p> <p>Ved lægens sygdom eller ferie visiterer anden læge.</p> <p>Sekretæren skriver visitationsnotatet. Behandlers navn nævnes i notatet, og det skrives på patientlisten. Sekretæren orienterer behandleren om visitations udfald.</p> <p>Indenfor de første 2 mdr. efter behandlingens start skal der være min. 4 samtaler (gælder ikke familieterapien)</p>	<p>Patienten medgives en tid til første samtale, som finder sted indenfor 14 dage. Dette enten ved at patienten får tiden allerede i forbindelse med kortlægnings-samtalen eller pr. brev, hvis behandleren ikke kendes på forhånd.</p> <p>I forbindelse med kortlægningen undersøges pt.s muligheder for fremmøde.</p> <p>I de første samtaler afdækkes de gensidige forventninger med udgangspunkt i kortlægningen. Kortlægningen gennemgås med pt. herunder opfølgning af vigtigheden af afholdenhed i 3-6 mdr. Til støtte kan antabus nævnes som en mulighed.</p> <p>Pt. orienteres om behandlingstilbuddet.</p> <p>Pt.s mål for behandlingen afdækkes</p> <p>Der laves aftaler ved afbud/udeblivelse</p> <p>Der laves aftaler om evt. inddragelse af pårørende tidligt i behandlingsforløbet som en støtte til patienten i behandlingen.</p> <p>Der laves aftaler om hyppigheden af samtaler.</p> <p>Der orienteres om forventet varighed af behandlingen, samt vigtigheden af gennemførelse af afslutningen i samarbejde med behandleren jf. standard 2.</p>	<p>Patienterne bliver fastholdt i behandlingen de første 3 måneder, hvilket sikrer større sandsynlighed for gennemførelse af hele behandlingsforløbet. Herved opnås en bedre effekt i form af mindsket alkoholindtagelse, forebyggelse af recidiv samt en øget patienttilfredshed.</p>

Godkendt i Audit sep. 2005 - revideres sep. 2007.



## **APPENDIKS II**

## Tjekliste

<b>Tjekliste 2006</b>					
<b>(0 = Irrelevant)(1 = Struktur og proces udført)(2 = Struktur og proces ikke udført)</b>					
Standard	Ini.	Dato	0	1	2
<b>1: 85% af patienterne gennemfører afrusningsforløbet</b>					
1a: Stamoplysninger udfyldt					
1b: Fokus på børn					
1c: Spurgt til medicin					
1d: Vejledt i medicin, virkning/bivirkninger af ordineret medicin					
1e: Vejledt om kost, væske, søvn og hvile					
1f: Tilrådet afholdenhed i 1 – 3 måneder					
1g: Forespurgt til tidligere delirium tremens og abstinenskrampe					
1h: Undersøgt for Wernickesencefalopati					
1i: Gensidig læge/sygeplejerskekommunikation					
<b>1j: Standard overholdt/ikke overholdt</b>					
<b>2: 80% af patienterne fastholder kontakten til ABC fra den akutte behandling til kortlægning</b>					
2a: Kortlægningstiden inden for 14 dage fra tidsbestilling					
2b: Kortlægger afslutter patienten hvis denne udebliver fra kortlægning					
<b>2c: Standard overholdt /ikke overholdt</b>					
<b>3: I 75% af behandlingsforløbene, er der dokumentation for, at man har fulgt de kliniske retningslinjer</b>					
3a: Nummering af samtaler					
3b: Målsætning					
3c: Alkoholstatus i samtlige samtaler					
3d: Afslutningsnotat/evaluering					
3e: Den specifikke behandlingsdom kan aflæses i journalen					
<b>3f: Standard overholdt/ikke overholdt</b>					
<b>4: I 85% af samtaleforløbene indgår patientundervisning som delement</b>					
4a: Patientundervisning indgår i 85% af samtalerne som delement					
<b>5: 90% af alle patienter, der er visiteret til psykosocial behandling, drøftes ved behandlingskonference hver 3. mdr. fra kortlægningstidspunktet (0 dag 0)</b>					
5a: Konfereret med læge					
5b: Tidsfrist overholdt plus/minus 14 dage					
5c: Statusskemaet udfyldt					
5d: Er der lavet resume					
<b>5e: Standard overholdt/ikke overholdt</b>					

<b>6: 90% af indvisiterede patienter modtager en henvendelse fra behandleren ved udeblivelse eller afbud, med henblik på kontakt</b>					
6a: Er der taget kontakt til patienten ved udeblivelse/afbud					
<b>6b: Standard overholdt/ikke overholdt</b>					
<b>7: 60% af patienterne, som er visiteret til psykosocialbehandling, gennemfører afslutningsfasen sammen med behandleren</b>					
7a: Afslutningen sket efter aftale					
7b: Afslutningen planlagt senest 1 måned før					
7c: Udfyldt afslutningsskema					
7d: Lavet aftale om efterforløb					
<b>7e: Standard overholdt/ikke overholdt</b>					
<b>8: 80% af patienterne fastholdes i behandling de første 6 måneder efter kortlægningen</b>					
8a: Kortlægningen er skrevet senest dagen efter kortlægning					
8b: Visitation senest 4 dage efter kortlægning					
8c: 1. samtale max. 14 dage efter kortlægning					
8d: Aftaler vedr. afbud/udeblivelser					
8e: Talt med patienten om inddragelse af pårørende					
8f: Aftalt hyppighed af samtaler					
8g: Orienteret om behandlingsvarighed/afslutning					
8h: Minimum 4 samtaler indenfor de første 2 måneder					
<b>8i: Standard overholdt/ikke overholdt</b>					



## **APPENDIKS III**

# Statusskema

## Kvalitetsudvikling af ambulante behandling for alkoholmisbrug

### GENEREL INFORMATION

Respondentnummer

\_\_\_\_\_

Dato for status

\_\_\_\_\_

### Status:

1. Patienten afsluttes efter aftalt behandlingsforløb
2. Patienten afsluttes efter udeblivelse eller eget ønske
3. patienten er forsat i behandling
4. patienten er død
5. patienten er udeblevet til statussamtale, men forventes tilbage.
6. patienten er henvist til anden behandling, Hvilken \_\_\_\_\_
7. status glemt

**Har du været i kontrolleret miljø de sidste 30 dage?**

1. nej
2. ja, fængsel
3. ja, behandling for misbrug
4. ja, medicinsk behandling
5. ja, psykiatrisk behandling
6. ja, andet \_\_\_\_\_

**Hvis ja, hvor mange dage:** \_\_\_\_\_

**Har du indtaget antabus i løbet af den sidste måned:**

1. ja
2. nej

**Hvis ja, hvor mange dage:** \_\_\_\_\_

### **Fysiske helbred**

**Hvor mange dage har du oplevet legemlige gener i de sidste 30 dage.**  
(incl lettere sygdomme, excl. tømmermænd og andet direkte i tilknytning  
til alkoholindtagelse \_\_\_\_\_)

**Ved nedenstående spørgsmål bedes klienten anvende PATIENT RATING  
SCALE**

**Hvor plaget eller besværet har du været af disse legemlige  
gener i de sidste 30 dage?** \_\_\_\_\_

**Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for  
disse legemlige gener?** \_\_\_\_\_

### **Erhverv og økonomi**

Har du kørekort?

0 = nej

1 = ja

**Hvor mange dage blev du betalt for at arbejde de sidste 30 dage?**

(inkl. "sort arbejde", betalt ferie, sygedagpenge i et arbejdsforløb). \_\_\_\_\_

**Hvor mange penge modtog du fra nedenstående kilder de sidste 30 dage:**

(netto beløb, kr.)

Arbejdsindkomst (incl. syge/dagpenge, sort arbejde) \_\_\_\_\_

Arbejdsledighedsunderstøttelse (incl. syge/dagpenge) \_\_\_\_\_

Bistandshjælp \_\_\_\_\_

Pension \_\_\_\_\_

**Ved nedenstående spørgsmål bedes klienten anvende PATIENT RATING SKEMA**

**Hvor plaget har du været af arbejdsmæssige problemer den sidste måned ?** \_\_\_\_\_

**Hvor vigtigt er det for dig at blive rådgivet om disse arbejdsmæssige problemer ?** \_\_\_\_\_

### **Alkohol- og stof-/medicinmisbrug**

#### **Forbrug af alkohol og medicin**

Ved nedenstående punkter 1 til 13 bedes klienten angive, om han indenfor de sidste 30 dage har anvendt alkohol eller andre stoffer.

sidste 30 dage

alkohol (ethvert) forbrug ..... \_\_\_\_\_

#### **Misbrug**

Alkoholoverforbrug (over 3 genstande) \_\_\_\_\_

heroin ..... \_\_\_\_\_

metadon..... \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

andre opiater/analgetika \_\_\_\_\_

barbiturater..... \_\_\_\_\_

kokain. .... \_\_\_\_\_

amfetamin ..... \_\_\_\_\_

cannabis..... \_\_\_\_\_

hallucinogener.. \_\_\_\_\_

inhalation af organiske  
opløsningsmidler \_\_\_\_\_

mere end et stof pr. dag  
(incl. alkohol) \_\_\_\_\_

**Rygestatus**

..... Ryger dagligt.... \_\_\_\_\_

..... Ryger lejlighedsvist..... \_\_\_\_\_

..... Eks ryger fra .... \_\_\_\_\_ dato

..... Aldrig røget ..... \_\_\_\_\_

**Hvis du ryger dagligt, hvor meget \_\_\_\_\_ gram** (se omregning nedenfor)  
(1 cigaret = 1 gram, 1 cerut = 3 gram, 1 pibestop = 3 gram og 1 cigar = 4 gram.)

**Hvor mange dage inden for den sidste måned  
har du haft problemer med alkohol.... \_\_\_\_\_**

**Hvor mange dage inden for den sidste måned  
har du haft problemer med stoffer/medicin.... \_\_\_\_\_**

**Hvor mange penge har du brugt på alkohol/stoffer de sidste 30 dage:**

Alkohol ..... \_\_\_\_\_

Medicin/stoffer.. \_\_\_\_\_

**Ved nedenstående spørgsmål bedes klienten anvende PATIENT RATING  
SCALE**

**Hvor plaget eller besværet har du været af ovennævnte alkohol og/eller medicin/stof-problemer.**

Alkoholproblemer ..... \_\_\_\_\_

Medicin/stofproblemer.. ..... \_\_\_\_\_

**Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for følgende:**

Alkoholproblemer ..... \_\_\_\_\_

Medicin/stofproblemer.. ..... \_\_\_\_\_

## Kriminalitet

Venter du på nuværende tidspunkt på en anklage, retssag, dom eller afsoning?..... 0 = nej 1 = ja

Hvor mange dage af de sidste 30 har du været involveret i berigelseskriminalitet?.... \_\_\_\_\_

Hvor mange penge har du i de sidste 30 dage modtaget ved ulovlig indkomst?..... \_\_\_\_\_

Ved nedenstående spørgsmål bedes klienten anvende PATIENT RATING SCALE

Hvor alvorlig syntes du din nuværende kriminalitet er? (excl. civilretslige). ..... \_\_\_\_\_

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive rådgivet/henvist for disse juridiske problemer?..... \_\_\_\_\_

### Familiære og sociale relationer

**Aktuelle civilstand** (kun én cirkel)

1. gift
2. gift igen
3. enkestand
4. separeret
5. fraskilt og ikke samboende
6. aldrig gift/samlevende
7. samlevende
8. skilt fra samlever

**Er du tilfreds med denne situation?**

- 0 = nej  
1 = både/og  
2 = ja

Har der været væsentlige perioder inden for den seneste måned, hvor du har haft svære problemer/konflikter med følgende:

(f43)Mor:	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f44)Far:	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f45)Søskende	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f46)Partner	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f47)Børn	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f48)Nær familie	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f49)Nære venner	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f51)Kolleger	0	nej	1	ja	8	irrell.
(f50)Naboer	0	nej	1	ja	8	irrell.

Hvor mange dage inden for den seneste måned har du haft disse svære konflikter med din familie \_\_\_\_\_ dage

Hvor mange dage inden for den seneste måned har du haft disse svære konflikter med andre mennesker \_\_\_\_\_ dage

Ved nedenstående spørgsmål bedes klienten anvende PATIENT RATING SCALE

Hvor besværet eller generet har du været af de familiære problemer i de sidste 30 dage? \_\_\_\_\_

Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive hjulpet med de familiære problemer? \_\_\_\_\_

### Psykiske problemer

Har du haft væsentlige perioder med følgende symptomer eller oplevelser: (de fire førstnævnte må ikke være en direkte følge af misbrug).

sidste 30 dage

Oplevet svær depression

0 = nej, 1 = ja

Oplevet svær angst eller anspændthed.	0 = nej,	1 = ja
Oplevet hallucinationer	0 = nej,	1 = ja
Oplevet besvær med hukommelsen, forståelsen, koncentrationen	0 = nej,	1 = ja
Besvær med at kontrollere voldelig adfærd	0 = nej,	1 = ja
Haft alvorlige selvmordstanker	0 = nej,	1 = ja
Forsøgt selvmord	0 = nej,	1 = ja
Har indtaget lægeordineret medicin for noget følelsesmæssigt/psykologisk problem	0 = nej,	1 = ja

**Hvor mange dage inden for de sidste 30 har du oplevet disse psykologiske/følelsesmæssige problemer?** \_\_\_\_\_

**Ved nedenstående spørgsmål bedes klienten anvende PATIENT RATING SCALE**

**Hvor plaget eller besværet har du været af disse psykiske problemer i de sidste 30 dage?** \_\_\_\_\_

**)Hvor vigtigt er det for dig lige nu at blive behandlet for disse psykiske problemer?** \_\_\_\_\_

**Kommentarer til statusinterview:**



## **APPENDIKS IV**

## Eksempler på journalaudit

### **Kvalitativ gennemgang af journaler på Audit.**

#### **Eksempel 1:**

Der er tale om en midaldrende mand, der gennem 20 år har haft et periodisk alkoholoverforbrug. Han er gift og har voksne børn. Både ægteskabet og arbejdet er nu truet på grund af alkoholforbruget. Patienten har en del psykiske problemer, som kan skyldes alkoholforbruget. Forløbet varer 7 måneder og afsluttes planmæssigt efter aftale med behandleren. På det tidspunkt giver patienten udtryk for høj livskvalitet og drikker ikke.

Gennemgangen af journalen viser, at 8 ud af 9 mulige standarder er udført. Kun standard 2 er ikke udført, idet patienten havde mere end 14 dages ventetid på en kortlægningstid, formentlig primært på grund af påskens helligdage. På skalaen vurderes behandlingsforløbet som 4= god. Der er en meget fin datadisciplin og forløbet kan fremhæves som 'det gode patient-forløb'.

#### **Eksempel 2:**

Der er tale om mand i midten af fyrrerne. Han er somatisk dårlig og har tidligere haft et stofmisbrug. Overforbruget af alkohol har stået på siden sidst i 70'erne. Han har haft to tidligere alkoholbehandlingsforløb. Han har været gift, men blev skilt. Er nu imidlertid ved at finde sammen med ex-hustru igen. Scorer lige meget til henholdsvis familierapi og kontraktbehandling, men ønsker brændende behandling under indlæggelse. Omvisiteres til dette. Bliver imidlertid ikke længe i denne behandling, vender tilbage til ABC og kommer i familierapi med ex-hustru. Forløbet forløber planmæssigt og patienten har nu i fem måneder været ædru.

Ved gennemgangen af journalen viser det sig, at fire ud af fem mulige standarder er opfyldt. Der er et mindre problem med datadisciplinen (udfyldelsen af skemaerne). Audit vurderer forløbet at være 4= godt. I patientens statusvurderinger fremgår det, at han oplever stor livskvalitet. I den efterfølgende diskussion på audit, konkluderer Audit, at forløbet illustrerer, at man skal bruge tid på at forsøge at motivere patienterne til det behandlingstilbud, som visitationen peger på. Forløbet er således et glimrende eksempel på, at da patienten endelig kommer i gang med det oprindeligt skønnede bedste behandlingstilbud, går det godt.

### **Eksempel 3:**

Der er tale om en midaldrende, enlig mand, der gennem 11 år har haft et alkoholoverforbrug. Han har tidligere været i behandling i ABC. Henvender sig igen på initiativ af socialforvaltningen, som led i aktivering. Han afruses, kortlægges, har en enkelt samtale og udebliver derefter, afsluttes, hvorefter han få dage efter genoptages, afruses igen og får tid til nye samtaler. Journalgennemgangen viser, at kun 3 ud af 9 mulige standarder er udført. Der er ringe dokumentation af arbejdet, og udfyldelsen af tjek-listen bærer præg af, at standarderne ikke er læst igennem samtidig med. Forløbet vurderes til 2= dårligt.

Audit diskuterer, hvad man kan lære af dette og konkluderer, at der bør være mere fokus på det motiverende. I dette tilfælde er der på den ene side tale om en 'gammel kending' og samtidig tale om en ny situation, idet patienten denne gang har fokus på arbejdslivet gennem en målrettet indsats fra forvaltningen. ABC's indsats har imidlertid ikke spillet sammen med dette. Audit opfordrer til, at man altid husker at undersøge, hvad der har ændret sig siden sidste henvendelse, så man tvinger sig selv til fx aktivt og engageret at samarbejde med nye samarbejdspartnere.

