



8

METODER OCH VERKTYG I KVALITETSARBETET

8.1 Kvalitetsindikatorer

Behovet av att säkra kvaliteten har ökat och många metoder, instrument och arbetsformer har prövats. Ett hjälpmedel som lanserades på 90-talet är kvalitetsindikatorer och kvalitetsmått. Begreppen indikator och kvalitetsmått används idag synonymt. Indikatorn beskriver det område man vill undersöka. Kvalitetsmålet är den mätbara tolkningen/utvärderingen av indikatorn. En indikator kan motsvaras av flera mått. Ändamålet är att de ska användas som vägledning för att registrera och utvärdera kvaliteten av viktig patientvård och stödjande aktiviteter. Med hjälp av indikatorer kan förhållanden identifieras och studeras närmare gällande orsakssammanhang och möjligheter till förbättringar. (1,2)

Det finns olika synsätt på vad indikatorerna ska beskriva. Indikatorn kan användas som en varningssignal/flagga/markör. Indikatorerna formuleras exempelvis som:

- Individuellt lågt PEF-värde (astma)
- Avvikelse från normalvärdet (diabetes)
- Fall i hemmet (fallskador)

Modellen med indikatorn som varningssignal frångås mer och mer till förmån för att indikatorn helt enkelt används för att beskriva/formulera det område man vill undersöka. Med utgångspunkt i exemplet ovan så benämns de motsvarande beskrivande indikatorerna som:

- Registrerade PEF-värden
- Registrerade blodsockervärden
- Förekomst av fall i hemmet

Kvalitetsmått blir det mätbara utfallet av indikatorn

➤ 8.2 Struktur, process, resultat

Stockholms läns landsting har tagit fram rapporten [Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete](#) för att beskriva arbetet med att utveckla kvalitetsindikatorer. I rapporten beskrivs krav som ställs på indikatorerna, processen för att förbättra och utveckla dem och principerna för tillämpningen av dem. I rapporten beskrivs också vad en kvalitetsindikator är, olika typer av kvalitetsindikatorer samt hur kvalitetsindikatorer kan användas av olika intressenter. (1)



8.1.1 Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad

Indikatorer för omvårdnad har tagits fram utifrån vetenskapliga undersökningar och ska användas i det patientnära arbetet. Syftet med kvalitetsindikatorer inom omvårdnad är att förbättra vårdens innehåll och resultat samt att underlätta kvalitetsarbetet. Det finns en utbredd uppfattning om att det patientnära arbetet behöver i större utsträckning vila på vetenskapligt baserad kunskap, beprövad erfarenhet och vårdtagarens egen uppfattning om önskad vård.

Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad är ett komplement till kliniska riktlinjer och vårdprogram. Nationella indikatorer ger möjlighet till jämförelser av resultat över hela landet, vilket innebär förutsättningar för att de goda resultaten kan spridas vidare. (1,2)

SSF har utarbetat kvalitetsindikatorer för

- patienter med eller med risk för trycksår
- patienter med risk för fallskador
- patienter med perifer intravenös venkanyl (PIV)
- patienter med diabetes
- patientutbildning
- bekräftande möte av patienter
- för omvårdnadsdokumentation i patientjournalen
- bedömning av patienter med cancerrelaterad smärta
- bensår
- munhälsa
- störd sömn
- tobaksavvänjningsstöd
- prevention av undernäring. (2)

8.2 Struktur, process, resultat

Centrala begrepp i kvalitetsarbetet är, enligt Donabedians klassiska modell, struktur, process och resultat för beskrivning och analys av kvalitet i vården. Förenklat kan sägas att strukturen visar på resurser som finns att tillgå, processen beskriver vad som görs och resultatet är utfallet av strukturen och processen. Det finns ett klart samband mellan struktur, process och resultat. Varje komponent är bunden till nästa som länkar i en kedja och de är beroende av varandra. (3)



STRUKTUR ↔ PROCESS ↔ RESULTAT

Struktur	Speglar förutsättningarna för god hälso- och sjukvård. Organisationen, bemanning, utrustning, rutiner m.m., d.v.s. vad man har att tillgå.
Process	Vårdverksamheten som utförs, d.v.s. vad som görs i vården, när, var och hur.
Resultat	Förbättringen eller förändringen i patientens hälsa som kan tillskrivas de insatser som görs i vården, d.v.s. vad som uppnås.

Innehållet i begreppen struktur, process och resultat kan översättas till mått, d.v.s. något som går att mäta och utvärdera.

8.3 Olika typer av mått

8.3.1 Struktur-, process- och resultatmått

Strukturmått

Strukturmått beskriver organisationens resurser för att åstadkomma en god hälso- och sjukvård. De är därmed inte lika användbara som stöd för det patientfokuserade interna förbättringsarbetet.

Processmått

Processmått speglar vad som görs i en vårdprocess. Exempelvis screeningodlingar, riskbedömning för uppkomst av trycksår, stöd till patientlärande. Det finns mycket som talar för att processmått har fördelar framför resultatmått i flera avseenden.

Förutsättning för att använda processmått är att de grundas på evidensbaserad kunskap (Socialstyrelsens riktlinjer, SBU's kunskapsdokument och/eller regionala vårdprogram). En faktor att ta hänsyn till vid värdering av vidtagna adekvata åtgärder är patienters följsamhet gentemot olika slag av ordinationer.

Processmått kan också avse icke-adekvata åtgärder. Som exempel på icke-adekvata åtgärder kan nämnas obefogade undersökningar, omotiverad screeningverksamhet och användning av icke rekommenderade läkemedel. Evidensbaserad vård innebär att göra rätt sak på rätt sätt – därför är processmått bra indikatorer på evidensbaserad vård. De ger information om sådant som är direkt påverkbart av vårdgivarna själva.



Resultatmått

Resultatmått kan vara konkreta utfallsmått, såsom hälsorelaterad livskvalitet, mortalitet, överlevnad, funktionsförbättring, vårdrelaterad komplikation/skada, återfall i eller senkomplikation av sjukdom. Resultatmått kan delas upp i långa/tröga respektive korta/snabba mått.

Långa/tröga resultatmått speglar vårdresultatet först efter lång tid (flera år) och har därmed begränsning i den direkta styrningen av den dagliga verksamheten inom hälso- och sjukvården. Exempel på sådana mått är 5-års överlevnad i bröstcancer, recidivfrekvens efter operation av ljumskbräck, frekvens njursvikt på grund av diabetes.

Korta/snabba resultatmått speglar utfallet i det korta tidsperspektivet och lämpar sig väl för användning internt i verksamheten. Exempel på sådana mått är symtomlindring (smärta, illamående, andnöd, ångest, oro), funktionsförbättring (gångförmåga, personlig ADL, arbetskapacitet), komplikationer (vårdrelaterade infektioner, felaktig läkemedelsanvändning, förväxling), upplevd hälsa (hälsorelaterad livskvalitet) och tillfredsställelse med vården.

Surrogatmått/intermediära mått är en annan typ av korta/snabba resultatmått. Sådana mått kan vara olika typer av laboratorievärden eller fysiologiska parametrar såsom syrgasmättnad, HbA1c, blodtryck, vikt, peak expiratory flow (PEF). Svårigheten med surrogatmått är att sambandet mellan värdet och patientens subjektiva upplevelse av sin hälsa inte alltid överensstämmer. Det är heller inte säkert att en gynnsam utveckling av laboratorievärdet motsvaras av en gynnsam utveckling av hälsan. (1)

8.3.2 Balanserade mått

Balanserade mått är flera mått som tillsammans återger olika sidor av vårdkvalitet. Beaktande tas till samtliga sex kvalitetsområden samtidigt. Om endast ett mått används som t ex speglar vård given inom godtagbar tid innebär det risk för en överdriven fokusering på just den aspekten på vårdkvaliteten till nackdel för t ex uppmärksamhet på säkerhet och kostnadseffektivitet. Det är därför viktigt att det råder en bra balans mellan mått som speglar kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård, patientfokuserad vård, effektiv vård, jämlik vård och vård i rimlig tid, d.v.s. samtliga sex kvalitetsområden. (1)

➤ [7.2 Kvalitetsområden](#)

8.3.3 Specifika respektive generella mått

Specifika mått hör till särskild diagnos/åtgärd eller sjukdomsgrupp, t ex 5-års överlevnad i bröstcancer eller medicinska aborter före 9:de graviditetsveckan. **Generella mått** är mått som inte är knutna till diagnos/åtgärd eller sjukdomsgrupp, t ex säker läkemedelsbehandling, vårdrelaterade infektioner, individuella vårdöverenskommelser, kontinuitet och hälsorelaterad livskvalitet. För jämförelse inom och mellan diagnos- och sjukdomsrelaterade verksamheter behövs och används båda typerna av mått. (1)



8.4 Audit

Audit som vi använder begreppet kan översättas till egengranskning. I nordisk primärvård är audit sedan tio år en metod för kvalitetsutveckling. Den är enkel att använda och lämpar sig väl för alla kategorier vårdgivare. I Sverige har många audit gjorts av såväl sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter som sjukgymnaster. Med audit registrerar/granskar den enskilde vårdgivaren vad hon/han gör, just då det sker i vårdvardagen, inte vad man vet att man borde göra eller önskar att man skulle kunna göra om inte om fanns.

En audit består av flera moment, registrering, reflektion över resultatet tillsammans med kollegor, olika utvecklingsaktiviteter som kurser och smågruppsarbete samt uppföljning och evaluering. Auditmetoden lämpar sig för områden som är centrala i vårdgivarens verksamhet. ”Problemen” man ska studera bör hända ofta, helst 30 gånger under en 4 veckors period och ska vara möjliga att belysa med ett speciellt audit/frågeformulär. Tiden för registrering ska var begränsad till 4-8 veckor och bearbetning av resultatet och uppföljningsmötet bör ske inom en månad.

Den stora fördelen med auditmetoden är enkelheten i registreringen. En viktig förutsättning är att deltagandet är frivilligt och att bara den enskilde kan se sitt eget resultat. Det ökar motivationen att delta samt fokuserar på den enskilde vårdgivarens nytta av att vara med. Den viktigaste och svåraste fasen i en auditcykel följer efter registreringen och uppföljningsmötet. Det är då, via olika aktiviteter, ett nytt och bättre arbetssätt ska etableras.

Det finns flera auditcentra i Norden. I Sverige finns APL (Audit Projekt Luleå) och APS (Audit Projekt Syd i Blekinge). APL har, med distriktssköterska Mona Ringbjer mona.ringbjer@nll.se, specialiserat sig på att göra audit för flera olika kategorier av vårdgivare, ofta på begäran av kollegiala grupper. Ett auditcenter har kompetens att genomföra hela auditcykeln, ta fram ett registreringsformulär, bearbeta registreringarna, medverka i uppföljningsmöte och vara behjälplig i den efterföljande förbättringsprocessen samt medverka till en uppföljande audit efter 1-2 år. APN (Audit Projekt Norge i Trondheim) arbetar nu med genombrottsmetoden som en del i auditcykeln.

Det finns flera exempel på lyckade audit där effekten med förbättrad praxis varat i flera år. Forskning och utveckling pågår och är nödvändig för att förbättra metoden och för att kunna dra säkrare slutsatser om dess värde.



8.5 Kvalitetsrevision

Kvalitetsrevision kan användas vid den egna granskningen av verksamheten. SSF har gett ut en skrift i ämnet, [Kvalitetsrevision av omvårdnad](#). Den ger exempel på olika indikatorer och på olika områden inom omvårdnad som kan revideras.

Revisioner kan ha olika inriktningar. Exempelvis riktat mot omvårdnad, då man granskar vårdkvalitet ur ett omvårdnadsperspektiv. Vill man belysa/undersöka hela verksamhetens vårdkvalitet, så används granskningen tvärprofessionellt. I revisionsarbetet är det viktigt att man granskar och jämför mot olika riktlinjer, vårdprogram, standards, kvalitetsindikatorer etc.

I revisionen kan man välja om man vill fokusera på omvårdnadens struktur, process och/eller resultat. För att kunna tolka revisionens resultat måste även organisationen analyseras. (4)

Exempel

KVALITETSINDIKATORN FÖR PATIENTUTBILDNING

Utvärdering av kvalitetsindikatorn för patientutbildning förutsätter ett strukturerat utbildningsprogram som löper över tid och som kräver aktiv patientmedverkan.

Struktur: Finns ett strukturerat utbildningsprogram?

Process: Finns bedömning, planering, genomförande och resultat dokumenterat?

Resultat: Värdering av patientens kunskapsförmåga, egenvårdsförmåga samt copingförmåga.

KVALITETSINDIKATORN FÖR BEKRÄFTANDE MÖTE

Utvärdering av kvalitetsindikatorn för bekräftande möte förutsätter en god relation mellan vårdare och patient i syfte att stödja patientens självbestämmande och integritet.

Struktur: Finns policydokument för möten?

Process: Är planering och omvårdnadshandlingar i syfte att nå ett bekräftande möte genomförda och dokumenterade?

Resultat: Patienten upplever sig sedd, hörd, förstådd och kompetent.



8.6 BraVå - Kvalitetskrav/kriterier

[BraVå, Bra vård för äldre](#), beskriver (i dagsläget) 17 olika kvalitetskrav/kriterier inom olika områden som kännetecknar god vård, rehabilitering och omsorg av äldre. Dessa områden är:

- | | |
|------------------------------------|--------------------------|
| 1. Värdigt bemötande | 9. Sexuell hälsa |
| 2. Delaktighet | 10. Läkemedelshantering |
| 3. Individuell planering | 11. Sömn, oro och ångest |
| 4. Aktivering och rehabilitering | 12. Smärta |
| 5. Boendemiljö | 13. Inkontinens |
| 6. Mat och dryck samt måltidsmiljö | 14. Trycksår |
| 7. Mun- och tandhälsa | 15. Fall och fallskador |
| 8. Hörsel | 16. Demens |
| | 17. Livets slutskede |

Exempel

Hörsel

Bra hörselvård innebär:

Att vårdtagaren ges möjlighet att behålla kommunikationen med sina närstående och med vårdgivare.

Att vårdtagaren har tillgång till professionell hörselvård.

Att vara ren i öronen och öroninsats samt att ha fungerande hörhjälpmedel.

Att samtal förs i största möjliga mån med vårdtagaren.

Att eventuell demensutredning innehåller en hörselutredning.

Att eventuell hörselnedsättningen, hörhjälpmedel och vårdkontakter med hörselvården dokumenteras.

Utförligare beskrivning av de olika kvalitetskraven finns att läsa i rapporten i [Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre](#). (5)



8.7 DySSSy

DySSSy är en patientcentrerad, organisationsstödd och praktikerstyrd metod för kontinuerlig förbättring av vården. Metoden har utarbetats inom the [Royal College of Nursing, RCN](#) i England under ledning av professor Alison Kitson. DySSSy är en förkortning av the Dynamic Standard Setting System, vilket kan översättas till en dynamisk metod för kvalitetssäkring i vården. DySSSy bygger på vetenskapliga teorier, utarbetade av flera forskare (bl. a A Donabedian och N Lang) och utgår även från praktiska erfarenheter från vården.

De grundläggande principerna för DySSSy-metoden är att kvalitetsarbetet ska ägas och kontrolleras av personalen som är berörd och att målet med arbetet är att förbättra kvaliteten för patienterna. Metoden följer ett systematiskt arbetssätt och indelas i tre faser, definition och beskrivning av kvalitet, mätning och värdering samt vidtagande av åtgärder för att förbättra vården. (6,7)

8.8 Genombrott

[Genombrott](#) är en metod för kontinuerligt förbättringsarbete, som bedrivs av bl. a Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, runt om i Sverige. Arbetssättet är hämtat från "Breakthrough Series" utarbetat av The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston. Metoden har som grundantagande att det finns vardagskunskap som inte tillämpas i tillräckligt stor omfattning inom hälso- och sjukvården och att ny kunskap inte sprids tillräckligt snabbt.

Metoden arbetar med ett tydligt syfte och tydliga, patientfokuserade och mätbara mål för förbättringsarbetet. Genombrott bygger på aktiviteter och lärande hos dem som har att hantera de direkta processerna i vården. Det finns inga färdiga svar eller lösningar. Varje team eller organisation måste bygga sin egen kunskap. För olika ämnesområden finns dock beprövade förändringskoncept, som är en form av generella förbättringsidéer som andra använder med goda resultat.

Arbetet varvas med lärandeseminarium och arbetsperioder. Här följer en förenklad beskrivning av Genombrottsmodellens olika steg:

1. Ett eller flera numeriska mål fastställs som speglar syftet med förändringsarbetet
2. Aktuella problem listas- Idéer - Hinder
3. Förändringsidéer - teststrategier tas fram
4. Detaljerad planering av de tester som skall göras
5. Hur har det gått? Självutvärdering
6. Tester planeras i större skala samt ev. helt nya tester
7. Hur har det gått? Självvärdering
8. Från test till drift - implementering
9. Uppföljning
10. Vilket är nästa förbättringsmål?



8.9 Nationella riktlinjer för hälso- och sjukvård

Socialstyrelsens [Nationella riktlinjer](#) skall baseras på vetenskap och/eller beprövad erfarenhet. De innehåller rekommendationer för vård- och behandlingsarbetet samt förslag på mätbara kvalitetsindikatorer. Kunskapsunderlaget har klassificerats och graderats för att ge information om hur väl dokumenterade de olika rekommendationerna är.

Rekommendationerna skall

- ge underlag för regionala/lokala vårdprogram,
- stimulera och underlätta kvalitetsuppföljning,
- ge underlag för öppna beslut om prioriteringar som baseras på riksdagsbeslutet om prioriteringar.

Socialstyrelsen har hittills utarbetat riktlinjer för vård och behandling av [Astma och kol](#), [Blodpropp](#), [Bröst-, kolorektal- och prostatacancer](#), [Demens](#), [Depression och ångest](#), [Diabetes](#), [Hjärtsjukdomar](#), [Levnadsvanor](#), [Lungcancer](#), [Missbruk och beroende](#), [Rörelseorganens sjukdomar](#), [Schizofreni](#), [Sjukskrivning](#), [Stroke](#) och [Tandvård](#).

8.10 SBU - Vetenskaplig utvärdering och evidens

[SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering](#) är en fristående myndighet som kritiskt granskar de metoder som används i vården för att upptäcka och behandla sjukdom ur ett samlat medicinskt, ekonomiskt, etiskt och socialt perspektiv.

Utgångspunkten är att det inte alltid de bästa metoderna som används i vården. Många av rutinmetoderna för att upptäcka och behandla sjukdom är föråldrade och ineffektiva. Andra, nya metoder har fått snabb spridning utan att vare sig nyttan, riskerna eller kostnaderna har granskats kritiskt. Samtidigt finns det metoder som snabbt borde få större användning än de har idag eftersom forskningen kan visa att de är bra och kostnadseffektiva.

Angreppssättet kallas **evidensbaserad hälso- och sjukvård, EBM**. Det engelska ordet för vetenskapliga bevis eller belägg, evidence, har gett namn åt en inriktning som på svenska kallas evidensbaserad vård. På engelska används termerna EBM (evidence-based medicine) och EBHC (evidence-based health care). Evidensbaserad vård betyder helt enkelt en medveten och systematisk strävan att bygga vården på bästa möjliga vetenskapliga grund (evidens). (8,9)

Genom systematiska kunskapsgenomgångar försöker man ge svar på:

- Vilken behandling är bäst?
- Hur ställer man diagnos på bästa sätt?
- Hur ska vårdens resurser användas för att göra största möjliga nytta?



8.10.1 SBU Alert-

Alert är ett system för identifiering och **tidig** bedömning av nya metoder. Alert samordnas vid SBU och drivs i samverkan med Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet. I Alerts rapporter beskrivs kortfattat de nya metoderna och deras förväntade effekter. Dessutom görs en bedömning av det vetenskapliga kunskapsläget. Underlaget tas fram i samarbete med sakkunniga inom berörda områden.

8.10.2 SBU-rapporter

SBU:s utvärderingar publiceras för närvarande i tre olika serier:

Gula rapporter - utvärderingar som utförts av SBU:s projektgrupper. Denna rapportserie bygger på systematiska litteraturöversikter av hela ämnesområden. Arbetet med att färdigställa en Gul rapport kan ta flera år.

Alert-rapporter - redovisar tidiga utvärderingar av enskilda nya metoder som är på väg att utvecklas och spridas inom hälso- och sjukvården. Även här sker en systematisk litteraturgenomgång men till skillnad från de gula rapporterna granskas endast en metod i taget.

Vita rapporter - presenterar aktuella kunskaper inom något område av vården där det kan finnas behov av utvärdering. De vita rapporterna belyser viktiga frågor men är inte systematiska litteraturöversikter.

Rapporterna kan beställas från SBU. Många av dem finns återgivna på SBU:s hemsida, www.sbu.se.

Exempel på rapporter utgivna av SBU:

Förebyggande åtgärder mot fetma	Behandling av depressionssjukdomar
Akupunktur efter stroke	Allmän hörselscreening av nyfödda
Mjuk massage vid demenssjukdom	Fysisk träning vid hjärtsvikt
Hörapparat för vuxna	Att förebygga karies (10 olika språk)
Transplantationer av odlad hud vid venösa bensår	Osteoporos , Faktablad
Behandling vid ångestsyndrom, vol. 1, vol. 2	Behandling av urininkontinens
Behandling av alkohol- och narkotikaproblem	Behandling med östrogen
Rökning och ohälsa i munnen	Behandling av måttligt förhöjt blodtryck
Behandling av astma och kol	Metoder för rökavvänjning
Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering	Behov av utvärdering inom sjuksköterskans område



8.11 Evidensbaserad omvårdnad

"Evidence-based nursing" är ett begrepp som länge använts internationellt. I Sverige har man valt att översätta det till evidensbaserad omvårdnad. Evidens betyder bevis eller belagd kunskap - till skillnad från tradition.

[Svensk sjuksköterskeförening, SSF](#) har i samarbete med SBU gett ut rapporter i en serie publikationer i ämnet evidensbaserad omvårdnad. Dessa syftar till att redovisa det vetenskapliga underlaget om sjuksköterskans roll i sammanhanget.

Utgivna rapporter i evidensbaserad omvårdnad:

[Omvårdnad vid Stroke - State of the Art](#)

[Regelbundet byte av perifer venkateter \(PVK\) för att förebygga tromboflebit](#)

[Behandling med personer med schizofreni](#)

[Behandling av personer med depressionssjukdomar](#)

[Behandling av patienter med måttligt förhöjt blodtryck](#)

[Strålbehandling av patienter med cancer](#)

SSF har även utsett en arbetsgrupp som tar sig an att utvärdera metoder inom omvårdnad. I rapporten [Metoder i omvårdnad och i sjuksköterskans arbete – Inventering som underlag för SBU](#) konstaterar arbetsgruppen att det finns betydande svårigheter att kartlägga omvårdnadsmetoder lämpliga för utvärdering. En orsak anges vara svårigheten att i forskningslitteraturen identifiera specifika sjuksköterskebehandlingsåtgärder. Vidare att ”sjuksköterskor gör omfattande bedömningar inom ramen för sitt kliniska arbete, men utvärderar sällan och saknar tradition att ställa metoder mot varandra” (9).

De har ändå urskiljt flera metoder som kan vara lämpliga att utvärdera enligt nuvarande arbetssätt inom Alert. I inledningsskedet föreslår arbetsgruppen följande omvårdnadsmetoder för utvärdering:

- Musik vid omvårdnad av personer med demens
- Sjuksköterskeledda mottagningar
- Höftskydd som prevention mot fallskador inom geriatrisk vård
- Patientundervisning med hjälp av datorstöd och/eller interaktiva system



8.12 Nationella Kvalitetsregister

Det finns omkring ett 50-tal [Nationella Kvalitetsregister](#) för närvarande inom svensk hälso- och sjukvård. De spelar en stor roll när det gäller att förbättra den medicinska kunskapen och kvaliteten i vården. Numera innehåller flera register inte bara medicinska kvalitetsmått, utan även information om till exempel patientens upplevelse och livskvalitet. Kvalitetsregistren spelar en viktig roll för uppföljning och förbättring av svensk hälso- och sjukvård. (10)

8.13 Standarder

Det pågår ett intensivt arbete runt om i världen med att skapa standarder på olika områden. En standard anger en professionell överenskommen nivå på en åtgärd, vilken är ändamålsenlig för den målgrupp som åtgärden riktas till. Åtgärden måste kunna observeras, mätas, uppnås och vara önskvärd.

8.13.1 SIS, Swedish Standards Institute

[SIS, Swedish Standards Institute](#), är centrum för arbetet med standarder i Sverige, och samarbetspartner med de europeiska och globala nätverken, CEN och ISO. En mängd olika områden finns representerade i standardarbetet bygg och anläggning, hälso- och sjukvård, konsumentprodukter, lednings- och managementsystem, materialteknik, mekateknik, miljö och säkerhet. Mest bekanta är kanske standarderna ISO 9000, som gäller kvalitet, och ISO 14000 som gäller miljö. ISO står för ”International Organization for Standardization”.

De standarder som ingår i ISO 9000 är ursprungligen utvecklade för att reglera kund/leverantörs-situationen men oavsett verksamhet kan de råd och krav som finns i standarderna användas som stöd för kvalitetsutveckling. (11)

Standardiseringsarbetet inom hälso- och sjukvårdsområdet är uppdelat på tre block:

- medicinsk teknik
- hälso- och sjukvårdsinformatik
- kvalitetssystem för hälso- och sjukvård.

8.13.2 SIQ och Utmärkelsen Svensk Kvalitet

[SIQ, Institutet för kvalitetsutveckling](#), arbetar med utveckling av idéer, synsätt, metoder och verktyg. SIQ arrangerar årligen en utvärderingsprocess i syfte att identifiera och lyfta fram goda exempel samt ge de deltagande organisationerna en objektiv utvärdering av deras verksamhet. [Utmärkelsen Svensk Kvalitet](#) kan sökas av varu- eller tjänsteproducerande organisationer eller delar därav i såväl privat som offentlig sektor.

Utmärkelsen bygger på tretton grundläggande värderingar som utgör kärnan i kundorienterad verksamhetsutveckling:

- Kundorientering
- Engagerat ledarskap



- Allas delaktighet
- Långsiktighet
- Process orientering
- Ständiga förbättringar
- Snabba reaktioner
- Samverkan
- Kompetensutveckling
- Samhällsansvar
- Förebyggande åtgärder
- Lära av andra
- Faktabaserade beslut

8.13.3 QUL och Kvalitetsutmärkelsen vård och omsorg

Landstingsförbundets ledningsinstrument för verksamhetsutveckling [Qvalitet. Utveckling. Ledarskap. QUL](#) är ett hjälpmedel för organisationer inom svensk hälso- och sjukvård att få insikt om hur verksamheten samverkar i dess olika delar samt att få fokus på sina mål och de som verksamheten vänder sig till.

Instrumentet är uppbyggt av en stor mängd frågor som är indelade i sju huvudkriterier. Ingen av dessa frågor är föreskrivande, med andra ord, det finns inget rätt eller fel. Instrumentet bedömer systematiken i valda angreppssätt, deras tillämpning och vilka resultat de leder till samt hur väl organisationen lever efter de tretton grundläggande värderingarna enligt Utmärkelsen Svensk Kvalitet, USK (se ovan).

QUL är baserat på USK och följer, i stort, detta koncept. QUL är i första hand avsett som ett internt analysinstrument men den som använder sig av QUL kan också delta i Kvalitetsutmärkelsen Svensk hälso- och sjukvård.

[Kvalitetsutmärkelsen vård och omsorg](#) tilldelas de organisationer eller delar av organisationer som genom sitt arbete med kundorienterad verksamhetsutveckling nått sådana resultat att de framstår som en god förebild. Kvalitetsutmärkelsen skall också sporra till nya framgångar och inspirera fler att arbeta med verksamhetsutveckling in QUL-instrumentet.

Att söka Kvalitetsutmärkelsen vård och omsorg innebär en omfattande beskrivning av verksamheten med hjälp av QUL-instrumentet, utförd av egna medarbetare. När medarbetare på alla nivåer ställs inför frågeställningarna i utmärkelsens kriterier växer en ny medvetenhet fram om var man står och vad som kan uppnås. Detta är den bästa drivkraften för förbättringsarbete.



Innehållsansvarig

[Eva Bergdahl](#)

Distriktssköterskeföreringen

Referenser

1. Stockholms läns landsting, *Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete*, 2004, ISBN 91-85209-39-2.
2. Svensk sjuksköterskeförning, *Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad*, Gothia förlag, ISBN: 978-91-72055193, Upplaga: 4.1, 2007
3. Donabedian A. *Basic approaches to assessment: structure, process and outcome*. Ann Arbor Michigan: Health Administration press, 1989.
4. Svensk sjuksköterskeförning, SSF, *Kvalitetsrevision av omvårdnad*, Stockholm, ISBN 91-85060-2, 2004.
5. BraVå, *Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre*, september 2007.
6. Enström N, Gustafson, R, *DySSSy: en dynamisk metod för kvalitetssäkring i vården*, Orig.titel Quality patient care : the dynamic standard setting system, Vårdförbundet SHSTF, Svensk sjuksköterskeförning Upplaga 2, Stockholm, 1995, ISBN 91-7043-033-0
7. Svensk sjuksköterskeförning, *DySSSy: en dynamisk metod för kvalitetssäkring i vården*, Orig.titel Quality patient care: the dynamic standard setting system, Stockholm, *Serie Omvårdnad*, 1996, ISSN: 1401-3290
8. Willman A & Stolz P, *Evidensbaserad omvårdnad – en bro mellan forskning och klinisk verksamhet*, Studentlitteratur, Lund 2002.
9. Willman A, Forsberg A, Strömberg A, *Metoder i omvårdnad och i sjuksköterskan arbete – Inventering som underlag för SBU Alerts utvärderingar*, ISBN-nummer: 91-85060-05-4, Svensk sjuksköterskeförning, 2003
10. Socialstyrelsen, *Viktiga instrument för utveckling av svensk hälso- och sjukvård*, Pressmeddelande nr 48, 2002.
11. ISO 9000, *Svenska standarder för kvalitetsledning*, SIS förlag, Stockholm, 1997.

Länkar

[Utveckling och användning av kvalitetsindikatorer i Medicinskt Program Arbete](#)

[BraVå, Bra vård för äldre,](#)

[Kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg av äldre.](#)

[Royal College of Nursing, RCN](#)

[Genombrott](#)

[Nationella riktlinjer](#)

[Astma och kol »](#)

[Blodpropp »](#)

[Bröst-, kolorektal- och prostatacancer »](#)



PUNK-handboken

Primärvårdens Utveckling Nationell Kvalitet

[Demens »](#) [Depression och ångest »](#) [Diabetes »](#)
[Hjärtsjukdomar »](#) [Levnadsvanor »](#) [Lungcancer »](#)
[Schizofreni »](#) [Sjukskrivning »](#) [Stroke »](#)
[Rörelseorganens sjukdomar »](#) [Tandvård»](#)
[Missbruk och beroende »](#)

[SBU](#)

[Omvårdnad vid Stroke - State of the Art](#)

[Regelbundet byte av perifer venkateter \(PVK\) för att förebygga tromboflebit](#)

[Metoder i omvårdnad och i sjuksköterskan arbete – Inventering som underlag för SBU](#)

[Nationella Kvalitetsregister](#)

[SIS, Swedish Standards Institute](#)

[SIQ, Institutet för kvalitetsutveckling](#)

[Utmärkelsen Svensk Kvalitet](#)

[Qualitet, Utveckling, Ledarskap, QUL](#)

[Kvalitetsutmärkelsen vård och omsorg](#)