

Utvikling av kvalitetsindikatorer i fysioterapi



Anne Christie, fysioterapeut PhD, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), Diakonhjemmet sykehus. anne.christie@diakonsyk.no

Hanne Dagfinrud, fysioterapeut, professor, Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), Diakonhjemmet sykehus.

Denne **fagartikkelen** er fagfellevurdert etter Fysioterapeutens retningslinjer, og ble akseptert 30.11.2016. Ingen interessekonflikter oppgitt.

Sammendrag

- En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, som sier noe om kvaliteten på det området som skal måles. Utvikling av kvalitetsindikatorer bygger på åpne, systematiske og etterprøvbare metoder der kunnskap fra vitenskapelig dokumentasjon kombineres med klinisk kunnskap og brukerkunnskap. Det anbefales å bruke en formalisert konsensusprosess, en såkalt RAND/UCLA metode. Målet er at endelige indikatorer er vurdert i henhold til eksplisitte kriterier som relevans, nytte, kunnskapsgrunnlag og gjennomførbarhet.
- Innen fysioterapi kan kvalitetsindikatorer være et nyttig og viktig verktøy for å kartlegge og vurdere kvaliteten på behandling som tilbys ulike pasientgrupper. For at kvalitetsindikatorer skal ha legitimitet hos fysioterapeuter så vel som pasienter er det viktig at begge grupper er med i alle deler av utviklingen og at prosessen er åpen og etterprøvbare. I artikkelen beskrives de ulike trinn i utviklingsprosessen, og arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for fysioterapi ved spondyloartritt blir brukt som et eksempel.
- **Nøkkelord:** Kunnskapsbasert praksis, kvalitetsindikatorer, RAND/UCLA.

Bakgrunn

Lov om Helsepersonell pålegger fysioterapeuter å utøve faglig forsvarlig fysioterapi og å holde seg faglig oppdatert. Imidlertid er det lite fokus på hvordan man kan undersøke om kvaliteten på fagutøvelsen er god nok. Er behandlingen basert på oppdatert kunnskap og pasientenes ønsker og behov? Er det områder med behov for forbedring? I denne sammenheng kan kvalitetsindikatorer være et velegnet verktøy for å vurdere, kartlegge og overvåke kvalitet av behandlingen. Bruk av kvalitetsindikatorer kan gi fysioterapeuter økt oppmerksomhet rundt egen praksis og forenkle dokumentasjon av kvalitet [1]. Indikatorene kan også være et hjelpemiddel i kommunikasjonen mellom fysioterapeut og pasient om begrunnelse for og innhold i ulike fysioterapitiltak.

Helsedirektoratet har følgende definisjon

på kvalitetsindikatorer:

«En kvalitetsindikator er et indirekte mål, en pekepinn, på kvalitet og sier noe om kvaliteten på det området som måles» [2].

Kvalitetsindikatorer kan deles inn i indikatorer for struktur, prosess og resultat [2]. Strukturindikatorer beskriver den konteksten behandlingen foregår i, f.eks. lokaler, utstyr, antall ansatte og personalets kompetanse. Prosessindikatorer beskriver behandlingen som gis pasientene, f.eks. diagnostisering, tiltak og oppfølging. Resultatindikatorer gir informasjon om helsemessige effekter av behandlingen, f.eks. funksjon, arbeidsdeltakelse og helserelatert livskvalitet [3].

Utvikling av kvalitetsindikatorer bygger på åpne, systematiske og etterprøvbare metoder med grundig vurdering av eksisterende dokumentasjon; såkalte formali-

serte konsensusprosesser [2]. I denne artikkelen beskrives de ulike trinn i en slik utviklingsprosess (figur 1). Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) har nylig gjennomført et prosjekt med å utvikle kvalitetsindikatorer for fysioterapi ved spondyloartritt (SpA). I artikkelen vil prosjektet omtales som «Kvalitetsindikator-prosjektet» og bli brukt som eksempel på en utviklingsprosess.

Arbeidsmetode

Kvalitetsindikatorerne må ha legitimitet hos fagpersoner så vel som pasienter. Et kjernepunkt for å oppnå dette er å involvere både fagpersoner og pasienter i hele utviklingsprosessen, samt at valg og utvikling av indikatorene skjer gjennom åpne og etterprøvbare metoder. Det anbefales å bruke en formalisert konsensusprosess; den såkalte



Bruk av kvalitetsindikatorer kan gi fysioterapeuter økt oppmerksomhet rundt egen praksis og forenkle dokumentasjon av kvalitet.

RAND/UCLA metoden [4]. Kjennetegn ved metoden er en systematisk tilnærming med tydelige krav til dokumentasjon av kunnskapsgrunnlaget og kriterier for valg av resultat. Målet er at endelige indikatorer er vurdert i henhold til eksplisitte kriterier som relevans, nytte, kunnskapsgrunnlag og gjennomførbarhet [1].

Hovedprinsippet ved RAND/UCLA metoden er at forskningsbasert kunnskap blir koblet med ekspertuttalelser og verdimeslige prioriteringer [2]. Et viktig prinsipp ved metoden er at det arrangeres fellesmøter slik at prosjektdeltakerne får mulighet til å utveksle informasjon og diskutere relevante forhold underveis i utviklingsprosessen.

RAND/UCLA-metoden innebærer en to-trinns prosess for valg og utvikling av kvalitetsindikatorer [2]. I første trinn skårer hver prosjektdeltaker de aktuelle indikatorene ut fra grad av relevans, validitet og nytteverdi. Deretter får den enkelte deltaker tilbakemelding med egne skåringer og gruppens skåringer (f.eks. gjennomsnittsskår og spredning). I neste trinn skårer prosjektdeltakerne igjen indikatorene, sett i lys av gruppens skåringer. Basert på resultat av siste skåringsrunde utarbeides endelige kvalitetsindikatorer.

FIGUR 1 Utvikling av kvalitetsindikatorer for fysioterapi ved spondyloartritt.

| |
|--|
| TRINN 1 Definere målsetting og rammer for prosjektet <ul style="list-style-type: none">• Målsetting: Utvikle kvalitetsindikatorer for fysioterapi ved spondyloartritt.• Rammer: Pasientrapporterte indikatorer. Omfang: Et A-4 ark.• Deltakere: Forskere |
| TRINN 2 Opprette konsensusgruppe <ul style="list-style-type: none">• Fysioterapeuter fra primær- og spesialisthelsetjenesten, alle regioner (22 stk)• Brukerrepresentanter (4 stk)• Forskere (2 stk) |
| TRINN 3 Innhente kunnskapsgrunnlag <ul style="list-style-type: none">• Kunnskapsgrunnlag: «Spondyloartritt og fysioterapi» - en oppdatert, kunnskapsbasert fagprosedyre for fysioterapi til pasienter med spondyloartritt |
| TRINN 4 Selekttere potensielle indikatorer <ul style="list-style-type: none">• Resultat: Valg og konkretisering av potensielle indikatorer basert på anbefalinger i fagprosedyren «Spondyloartritt og fysioterapi».• Utarbeidet fakta-ark for hver indikator• Deltakere: forskere |
| TRINN 5 Evaluerings og skåring av indikatorer <ul style="list-style-type: none">• Deltakere: Klinikere, brukere• Metode: RAND/UCLA• Resultat: Utkast kvalitetsindikatorer |
| TRINN 6 Empirisk testing av indikatorer <ul style="list-style-type: none">• Hensikt: Teste anvendbarhet, relevans og kompletthet• Deltakere: Pasienter med spondyloartritt (19 stk) |
| TRINN 7 Ferdige liste indikatorer <ul style="list-style-type: none">• Resultat: 11 spørsmål med avkrysningsbokser. Et A-4 ark.• Deltakere: Forskere |

Utvikling av kvalitetsindikatorer

I valg av kvalitetsindikatorer er det behov for å veie den vitenskapelige dokumentasjonen mot mer verdimeslige preferanser. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har utarbeidet en veileder for utvikling av kvalitetsindikatorer [2]. Gangen i prosessen presenteres nedenfor og er illustrert i figur 1.

Trinn 1. Definere målsetting og rammer for prosjektet

Før oppstart av prosjektet er det viktig å avklare målsetting og rammer for prosjektet (figur 1, trinn 1). Hva er hensikten med å utvikle kvalitetsindikatorer? Hvem skal indikatorene rettes mot (eks. helsepersonell eller pasienter)? Hva skal indikatorene måle (prosess, struktur, resultat)? Skal indikatorene være generiske eller rettet mot en spesifikk pasientgruppe? Hvordan skal indikatorene registreres og samles inn (datakilder)?

Kort sagt

- Innen fysioterapi kan kvalitetsindikatorer være et nyttig og viktig verktøy for å kartlegge og vurdere kvaliteten på den behandling som tilbys ulike pasientgrupper.
- Kvalitetsindikatorer kan gjøre det enklere å dokumentere praksis og evaluere tiltak.
- Bruk av kvalitetsindikatorer kan bidra til faglig diskusjon og eventuelt identifisere områder som har behov for endring.

I «Kvalitetsindikator-prosjektet» besluttet prosjektlederne (forskerne) at indikatorene skulle samles inn ved hjelp av spørreskjema og at dette ikke skulle overskride et A-4 ark. Etter nøye overveielser ble det valgt at spørreskjemaet skulle rettes mot pasienter og ikke mot fysioterapeuter.

Trinn 2. Opprette prosjektgruppe (konsensusgruppe)

Valg av deltakere i prosjektgruppen er et viktig trinn i utviklingsprosessen og har avgjørende betydning for indikatorenes relevans og legitimitet (figur 1, trinn 2). Avhengig av målsettingen med kvalitetsindikatorene kan f.eks. fysioterapeuter fra spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og/eller utdanningsinstitusjonene forespørres om å delta. Like viktig er det å fremskaffe pasientenes syn på kvalitet i fysioterapitjenesten [2]. Det er vel kjent at pasienter og helsepersonell kan ha ulike oppfatninger av kvalitet; pasienter vektlegger ofte kommunikasjon og holdninger, mens helsepersonell kan vektlegge resultater av behandlingen [5, 6]. Utvikling av kvalitetsindikatorer krever kunnskap om formaliserte konsensusprosesser og oppsummering av forskningsbasert kunnskap. Det er derfor anbefalt at prosjektgruppen har en veileder som gir metodestøtte [2].

«Kvalitetsindikator-prosjektet» var rettet mot en avgrenset og klart definert pasientgruppe; pasienter med SpA. Videre var prosjektet rettet mot behandling og tiltak som iverksettes og gjennomføres av fysioterapeuter. Vi inviterte derfor fysioterapeuter som hadde klinisk erfaring med pasientgruppen, både fra primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samt fra alle helseregioner til å delta i prosjektgruppen. Til sammen deltok 22 fysioterapeuter i prosjektgruppen. For å få pasientenes syn på kvalitet i fysioterapitilbudet deltok fire pasientrepresentanter, to kvinner og to menn fra ulike deler av landet i hele utviklingsprosessen. Prosjektgruppen ble ledet av to forskere fra Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR).

Trinn 3. Innhente kunnskapsgrunnlag

Grunnlaget for gode kvalitetsindikatorer bygger på et systematisk litteratursøk med kritisk vurdering av innhentet dokumentasjon [2]. Søket starter med å undersøke om det allerede er utviklet relevante indikatorer (figur 1, trinn 3). Og hvor godt er i så fall

Prosjektgruppe SpA

Elisabeth Pedersen, fysioterapeut, Universitetssykehuset i Nord-Norge
Pauline Kjelsvik Holøyen, fysioterapeut, Ålesund Sjukehus
Margareth Aasebø Løvland, fysioterapeut, Haram Helse, Vatne
Kirsten Jemtland Enger, fysioterapeut, St. Olavs Hospital
Vigdis Fuglesang, fysioterapeut, NTNU /Pirbadet fysioterapi.
Karen Marie Liland, fysioterapeut, Haukeland universitetssykehus
Torill Ommang, fysioterapeut, Fana Fysioterapi, Nesttun
Marthe Næss, fysioterapeut, Hugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus
Håvard White, fysioterapeut, Karmøy Fysikalske Institutt, Åkrehamn
Anne Dingsør, fysioterapeut, Betanien Hospital Skien.
Kari Danielsen, fysioterapeut, Centrum Fysioterapi og Akupunktur, Skien.
Ingunn Stenersen Plate, fysioterapeut, Diakonhjemmet sykehus
Bente Slungaard, fysioterapeut, Martina Hansens hospital
Anne Grethe Hjorth, fysioterapeut, Ullevål og Tåsen Fysioterapi, Oslo.
Siv Eppeland, fysioterapeut, Sørlandet sykehus Arendal
Marit Gartha Larsen, fysioterapeut, Moland Fysioterapi og Trening, Eydehavn
Ingvild Bø, fysioterapeut, Revmatismesykehuset Lillehammer.
Ingeborg Thorsen, fysioterapeut, Løkkegata fysioterapi, Lillehammer.
Heidi Stavseth Hovstad, fysioterapeut, Betania Malvik
Ida Korsvold, fysioterapeut, Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter AS
Helene Lindtvedt Hansen, fysioterapeut, Vikersund kurbad AS.
Jon Hagfors, brukerrepresentant, Oslo
Liv Margot Sviland, brukerrepresentant, Nærbø
Geir Indrebø, brukerrepresentant, Oslo,
Jarle Javenes, brukerrepresentant, Lillesand

kunnskapsgrunnlaget for disse? I mange tilfeller eksisterer det ingen kvalitetsindikatorer innen det aktuelle området og et systematisk litteratursøk, helst i samarbeid med en bibliotekar, bør derfor gjennomføres.

I «Kvalitetsindikator-prosjektet» ble det ikke funnet noen eksisterende indikatorer. Derimot var det nylig (året før) utarbeidet en fagprosedyre for fysioterapi ved SpA; «Spondyloartritt og fysioterapi» (www.fagprosedyrer.no). Fagprosedyren var utviklet i samsvar med eksplisitte krav til metodisk nøyaktighet basert på et oppdatert, systematisk litteratursøk og ekspertuttalelser [7] Vi benyttet derfor fagprosedyren som kunnskapsgrunnlag for valg av indikatorer.

Trinn 4. Selektare potensielle indikatorer

Basert på kritisk vurdering av innhentet kunnskapsgrunnlag utarbeides egne ark, såkalte faktaark, for potensielle indikatorer [2]. Faktaarket er en kortfattet oppsummering for å lette prosjektgruppens arbeid i skåringsprosessen og kan blant annet beskrive den vitenskapelige dokumentasjonen (omfang, kvalitet) og type indikator (pro-

sess, struktur, resultat). Valg av potensielle indikatorer er avhengig av hvilket område indikatorene skal dekke og hensikten med indikatorene [2].

I «Kvalitetsindikator-prosjektet» ble innhold og anbefalinger i fagprosedyren for fysioterapi ved SpA nøye saumfart for utarbeiding og valg og av potensielle indikatorer (figur 1, trinn 4). Kjerneanbefalingene ble omskrevet til konkrete indikatorer. For hver indikator ble det laget et faktaark med eksakt ordlyd for den enkelte indikator, vitenskapelig dokumentasjon og eventuell annen dokumentasjon (eks. retningslinjer, fagprosedyrer). Dette arbeidet ble gjennomført av forskerne.

Trinn 5. Evaluering og skåring av indikatorer

Hver enkelt indikator skal vurderes i hvilken grad den er betydningsfull (relevant), vitenskapelig begrunnet (valid, reliabel, tydelig kunnskapsgrunnlag), nyttig og gjennomførbart (figur 1, trinn 5) [2]. Dette skåres på en skala fra 1- 9. Skåringen foregår i to trinn. I første trinn skåres hver prosjektdeltaker

indikatorerne per e-post. Deretter får den enkelte deltaker tilbakemelding om resultater, både individuelt og gruppens skåringer (f.eks. gjennomsnittsskår og spredning). I etterkant av den første skåringsrunden samles deltakerne for å diskutere resultater og oppklare eventuelle uklarheter. I trinn to skårer prosjektdeltakerne igjen indikatorerne, sett i lys av gruppens skåringer [2].

RAND/UCLA metoden er beskrevet som den beste systematiske metoden for å kombinere vitenskapelig kunnskap og ekspertkunnskap [4]. I prosjektgruppen som arbeidet med «Kvalitetsindikator-prosjektet» var det noen som hadde erfaring med metoden og andre ikke. Vi valgte derfor å starte prosessen med et to-dagers seminar for å sikre at alle prosjektdeltakerne fikk en felles forståelse av prosjektet. I seminaret ble prosjektgruppen presentert utkast til indikatorer som forskerne hadde utarbeidet basert på fagprosedyren. Prosjektgruppen sto fritt til å stryke, endre og/eller foreslå nye indikatorer. Hensikten med seminaret var å komme fram til et omforent sett med indikatorer.

I etterkant av seminaret ble indikatorerne sammen med faktaark sendt per e-post til alle prosjektdeltakere for skåring. Hver enkelt indikator ble skåret på en skala fra 1-9 (9 = best) for

- relevans (fanger indikatoren noe som er viktig for fysioterapitilbudet til pasienter med SpA)
- vitenskapelig dokumentasjon (har indikatoren et tydelig kunnskapsgrunnlag)
- validitet (er indikatoren et åpenbart mål på kvalitet)
- nytte (kan det indikatoren måler påvirkes av fysioterapeuten).

I en ny skåringsrunde fikk hver enkelt prosjektdeltaker tilsendt prosjektgruppens samlede resultater per indikator presentert som gjennomsnittsskåre, laveste og høyeste skåre og sin egen individuelle skåring fra første runde. I denne omgangen var det relevans og validitet som ble skåret på nytt. Deltakerne ble bedt om å vurdere egen skåring fra første runde i lys av hva prosjektgruppen samlet hadde svart. Basert på resultater fra andre skåringsrunde utarbeidet forskerne et ferdig sett med kvalitetsindikatorer.

Trinn 6. Empirisk testing av indikatorer

For at en indikator skal kunne brukes i prak-

Title: Development of quality indicators for physiotherapy care Abstract

- Quality indicators are indirect measures of quality within an area. The development of quality indicators is based on transparent and systematic methods where professional as well as value-based considerations are combined. It is recommended to use a formalized consensus process; the RAND/UCLA method. The aim is that final indicators are assessed according to relevance, utility, evidence and feasibility.
- Quality indicators may be useful tools when describing and evaluating quality in physiotherapy care to different patients groups. It is required that both patients and physiotherapists participate in all stages of the development process, in order to secure legitimacy.
- The article describes the different stages in a developmental process. The preparation of quality indicators for physiotherapy to patients with spondyloarthritis is used as an illustration.
- **Keywords:** Evidence-based practice, quality indicator, RAND/UCLA.

sis må den være forståelig, valid (gyldig) og anvendbar (brukbar), og det må være mulig å tolke resultatet [2].

I «Kvalitetsindikator-prosjektet» ble indikatorerne testet for anvendbarhet, relevans og kompletthet på 19 pasienter med spondyloartritt (figur 1, trinn 6). Alle fikk tilsendt kvalitetsindikatorerne per e-post sammen med følgende spørsmål:

1. Er noen av indikatorerne vanskelig å forstå?
2. Er noen av indikatorerne vanskelig å svare på eks. vanskelig å huske/vet ikke?
3. Er svaralternativene relevante?
4. Er det noe du savnet å bli spurt om?
5. Er det noe du opplevde som lite relevant å bli spurt om?

Resultatet av utprøvingen viste at indikatorerne ble opplevd som relevante, lette å forstå og lette å fylle ut. Utprøvingen medførte ingen vesentlige endringer i tekst eller rekkefølge av indikatorer.

Trinn 7. Ferdig liste med kvalitetsindikatorer

Hensikten med «Kvalitetsindikatorprosjektet» var å utvikle et sett med kvalitetsindikatorer for fysioterapi til pasienter med SpA. Ferdig sett med kvalitetsindikatorer tar plass på en A-4 side og omfatter 11 spørsmål med avkrysningsbokser (figur 1, trinn 8). Kvalitetsindikatorerne skal fylles ut av pasienter med SpA som har vært til behandling hos fysioterapeut for sin spondylitt i løpet av siste år. Kvalitetsindikatorerne er publisert i klinisk verktøykasse (faglige anbefalinger) på NKRRs nettsider (www.nkrr.no).

Avslutning

Innen fysioterapi kan kvalitetsindikatorer være et nyttig og viktig verktøy for å kartlegge og vurdere kvaliteten på den behandling som tilbys ulike pasientgrupper. For at kvalitetsindikatorer skal ha legitimitet hos fysioterapeuter så vel som pasienter er det viktig at begge grupper er med i alle deler av utviklingen og at prosessen er åpen og etterprøvable.

Takk

Takk til Fysiofondet for økonomisk støtte til utvikling av kvalitetsindikatorer for fysioterapi ved spondyloartritt.

Referanser

1. Rygh LH, Morland B. [Jakten på de gode kvalitetsindikatorerne](#). Tidsskr Nor Laegeforen, 2006;126:2822-5.
2. Rygh LH, Saunes IS, Skretvedt Moen H. [Konsensusbaserte prosesser i arbeidet med kvalitetsindikatorer](#). Notat fra Kunnskapscenteret, 2012. Oslo: Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjeneste, 2012.
3. Mainz J. [Defining and classifying clinical indicators for quality improvement](#). Int J Qual Health Care, 2003;15:523-30.
4. Saunes IS, Delikås E, Kristoffersen M, Lyngstad M, Nyen B. [Formaliserte konsensusprosesser, veiledning ved vanskelige valg? Notat 2009](#). Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten. ISBN 978-82-8121-281-7
5. de Wit M, Abma T, Koelwijn-van Loon M et al. [Involving patient research partners has a significant impact on outcomes research: a responsive evaluation of the international QMERACT conferences](#). BMJ Open, 2013;3:1-11.
6. Strombeck B, Petersson IF, Vliet Vlieland TP. [Health care quality indicators on the management of rheumatoid arthritis and osteoarthritis: a literature review](#). Rheumatology (Oxford), 2013;52:382-90.
7. Brouwers MC, Kerkvliet K, Spithoff K. [The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines](#). BMJ 2016;352:i1152.