

# Rapport

fra det midlertidige udvalg vedr.

## Den Danske Kvalitetsmodel

Funktionsperiode fra 1. januar 2009 til 31. december 2009

**Rapport  
fra det midlertidige udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel**

Udarbejdelse: Det midlertidige udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel  
Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland  
December 2009.

# Indholdsfortegnelse

<b>Indledning</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Anbefalinger</b> .....	<b>6</b>
1.1 Akkrediteringsprocessen på Region Midtjyllands hospitaler skal sikres gennem ledelsesforankring. ....	6
1.2 Den Danske Kvalitetsmodel skal være med til at sikre det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer. ....	6
1.3 Der bør være opmærksomhed på forholdet mellem akkreditering og fagetik. ....	6
1.4 Retningslinjerne som middel til høj kvalitet i hele regionen ....	7
1.5 Hvordan lærer man af hinanden ....	7
1.6 Det er patienterne, det drejer sig om.....	7
1.7 Temamøder med regionsrådet ....	8
<b>2. Temadrøftelserne i det midlertidige udvalg</b> .....	<b>9</b>
2.1 Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel.....	9
2.2 Tilrettelæggelse af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.....	10
2.3 Ressourcer .....	11
2.4 Den Danske Kvalitetsmodel på det psykiatriske område.....	12
2.5 Den Danske Kvalitetsmodel og sammenhængen mellem sektorer .....	13
2.6 Arbejdet på afdelingsniveau med Den Danske Kvalitetsmodel .....	14
<b>3. Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel</b> .....	<b>16</b>
3.1 Baggrund .....	16
3.2 Definition af akkreditering .....	16
3.3 Formål med akkreditering .....	16
3.4 Visionen bag Den Danske Kvalitetsmodel .....	17
3.5 Hvem er omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel? .....	17
3.5.1 Hospitalssektoren, herunder de private aktører .....	17
3.5.2 Det kommunale område .....	17
3.5.3 Apotekerne .....	17
3.5.4 Det præhospitale område.....	17
3.6 Opbygningen af Den Danske Kvalitetsmodel for hospitaler .....	18
3.7 Standarder og indikatorer .....	19
3.8 Faser i Den Danske Kvalitetsmodel .....	20
3.9 Standardudvikling .....	21
3.10 Implementering af standarder .....	21
3.11 Akkreditering .....	21
3.12 Offentliggørelse .....	21
Bilag 1 Mødeplan for det midlertidige udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel .....	22
Bilag 2 Eksempler på standarder .....	24
Bilag 3 Eksempler på udarbejdede retningslinjer .....	28

## Indledning

Arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) vil være en hovedopgave for hospitalerne i de kommende år.

Startskuddet til akkrediteringsprocessen lød officielt den 17. august 2009, hvor akkrediteringsstandarderne blev overdraget til hospitalerne af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Hospitalerne har dog gennem længere tid været i gang med akkrediteringsforberedelserne, og blikket og planlægningen er allerede nu rettet mod akkrediteringstidspunktet maj-juni 2011.

Det er forventningen, at DDKM vil have indvirkning på, hvordan der arbejdes med kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Det er på ingen måde noget nyt for de sundhedsprofessionelle at arbejde med kvalitet, men DDKM kan være med til at sætte ens spilleregler og en fælles forståelsesramme op.

DDKM har fokus på sammenhæng i ydelserne og samarbejdet mellem de mange sundhedsaktører, herunder samspillet med de private aktører. Derudover anvendes der i DDKM fælles begreber og fælles datadefinitioner.

I kraft af disse tilgange forventes det, at der også gennem arbejdet med akkreditering i Region Midtjylland vil kunne opnås gode resultater i både de leverede og i de patientoplevede sundhedsydelser. Det forventes, at modellen kan være med til at skabe sammenhæng i den enkelte patients forløb og dermed lette patientens vej gennem systemet.

Der er ingen tvivl om, at akkrediteringsprocessen er en stor opgave, og at der som følge af denne skal foretages prioriteringer af både strategisk og ressourcemæssig karakter på alle niveauer i sundhedsvæsenet.

Regionsrådet besluttede i 2008 at nedsætte et midlertidigt udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel, hvis medlemmer skulle klædes på til at indgå i og give anbefalinger ved de fremtidige drøftelser i Regionsrådet.

Udvalget fik desuden til opgave at beskrive arbejdet med DDKM i Region Midtjylland og de muligheder, problemstillinger og dilemmaer, der rejser sig i forbindelse med introduktion af modellen på regionens hospitaler.

Denne rapport er udarbejdet på baggrund af det midlertidige udvalgs arbejde. Forrest i rapporten er udvalgets anbefalinger angivet, hvorefter centrale punkter og drøftelser fra udvalgets møder beskrives. I de efterfølgende afsnit beskrives DDKM kort, og det kan anbefales at læse dette afsnit først, hvis man ikke umiddelbart er bekendt med modellen og ønsker en kort introduktion.

I bilag er der givet eksempler på hvilke krav, akkrediteringsstandarderne stiller i form af standarder, samt et eksempel på en regional retningslinje, en lokal retningslinje og en lokal instruks, der er udarbejdet på baggrund af en standard.

## Det midlertidige udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel

Udvalgets funktionsperiode var fra 1. januar 2009 til 31. december 2009.

Udvalget havde deltagelse af følgende medlemmer:

### Formand:



Ulla Diderichsen  
(V)

### Næstformand:



Henning Jensen  
(A)

### Medlemmer:



Olav Nørgaard  
(V)



Marianne Carøe  
(A)



Preben Andersen  
(V)



Ulla Fasting  
(B)



Anders Kühnau  
(A)

Udvalget blev betjent af Kvalitet og Sundhedsdata, Sundhedsstaben.

Udover at kvalificere medlemmerne til at indgå i og give anbefalinger i de fremtidige drøftelser i Regionsrådet var formålet at:

- give udvalgets medlemmer viden om Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og dens samspil med det øvrige kvalitetsarbejde.
- give udvalgets medlemmer forståelse for den opgave, hospitalerne står over for med DDKM.
- forberede udvalgets medlemmer til at skulle forholde sig til resultaterne af akkrediteringen.
- give medlemmerne mulighed for at indgå i dialog med hospitalerne om kvalitetsarbejdet.
- give anbefalinger til Regionsrådet om, hvorledes Region Midtjylland skal arbejde med og drage fordel af DDKM, herunder at:
  - udpege fokusområder inden for modellen
  - pege på muligheder for fælles initiativer på tværs i regionen

## 1. anbefalinger

### *1.1 Akkrediteringsprocessen på Region Midtjyllands hospitaler skal sikres gennem ledelsesforankring.*

Ledelsesforankringen af Den Danske Kvalitetsmodel har været et gennemgående tema på alle udvalgets møder. Det er udvalgets klare opfattelse, at ledelsens engagement er helt afgørende for at kunne opnå akkreditering – således vil ledelsesforankring af opgaven med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel være en grundlæggende forudsætning for, at Den Danske Kvalitetsmodel kan skabe et reelt kvalitetsløft.

Udvalget anbefaler derfor, at Regionsrådet udtrykker en klar forventning til hospitalsledelserne om, at man forankrer akkrediteringsopgaven på alle ledelsesniveauer, at man ledelsesmæssigt engagerer og involverer sig helhjertet i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, og at man også gennem motivation og professionalisering af medarbejderne opnår akkreditering.

Udvalget anbefaler derudover, at Regionsrådet bakker op om Den Danske Kvalitetsmodel og støtter hospitalerne og personalet i deres arbejde med at blive akkrediteret.

### *1.2 Den Danske Kvalitetsmodel skal være med til at sikre det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.*

Den Danske Kvalitetsmodel gælder ikke kun for de somatiske og psykiatriske hospitaler. Den Danske Kvalitetsmodel findes også i udgaver udviklet for apotekerne og kommunerne, og derudover er en model for de praktiserende læger undervejs.

Det er udvalgets anbefaling, at der i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel også skal fokuseres på det sammenhængende patientforløb og hospitalernes samarbejde med primærsektoren, idet det er velkendt, at det er i overgangene mellem afdelinger, hospitaler og ikke mindst sektorer, at kvalitetsbrist opstår.

Den Danske Kvalitetsmodel er indtil videre frivillig for kommunerne, men det midlertidige udvalg vil anbefale kommunerne i regionen, at de går ind i arbejdet, hvor der er samarbejdsflader med hospitalerne, og at det fælles potentiale i dette drøftes i relevante fora.

### *1.3 Der bør være opmærksomhed på forholdet mellem akkreditering og fagetik.*

Den Danske Kvalitetsmodel indebærer, at der udarbejdes en række retningslinjer for behandling af patienterne. At arbejde efter retningslinjer kan bl.a. være med til at sikre ensartethed i det kliniske arbejde på tværs af både afdelinger og hospitaler, og retningslinjer kan ligeledes fungere som et centralt element i oplæringen af nye medarbejdere og i et vist omfang ved opgaveglidning.

Retningslinjer må imidlertid ikke blive en hindring for at udøve det nødvendige faglige skøn.

Udvalget anbefaler derfor, at der sendes et signal til medarbejderne om, at det daglige kliniske arbejde fortsat skal bygge på medarbejdernes faglige kompetencer.

Retningslinjer kan således godt fraviges, når det sker på et fagligt forsvarligt grundlag. Hvis dette viser sig at være mere reglen end undtagelsen, bør det give anledning til

udvikling eller tilpasning af modellen, således at den kliniske hverdag afspejles optimalt i standarderne og de udarbejdede retningslinjer.

#### *1.4 Retningslinjerne som middel til høj kvalitet i hele regionen*

Det er målet, at retningslinjerne, som udarbejdes under Den Danske Kvalitetsmodel, er med til at højne kvalitetsniveauet. Det er derfor væsentligt, at retningslinjerne er udtryk for anerkendte faglige standarder, som både ansporer og dygtiggør frontpersonalet.

Underudvalget anbefaler herunder, at ledelserne sikrer, at der sker en afbalancering, så ressourceindsatsen ved kvalitetsløft står mål med effekten. For der er ingen tvivl om, at fagprofessionelle til stadighed ønsker at højne kvaliteten af deres arbejde med udbredelse af tiltag af højest mulig standard - her er det en ledelsesopgave at foretage den rette prioritering, herunder at afveje indsats og udbytte, og samtidig fastholde incitamentet og den faglige udvikling.

Udvalget anbefaler desuden, at afdelinger og hospitaler, der er længst fremme på et område, bidrager til arbejdet med udarbejdelse af retningslinjer andre steder, så Den Danske Kvalitetsmodel bruges til at opnå et ensartet højt kvalitetsniveau i regionen. Men ensartet høj kvalitet kommer ikke af sig selv – det kræver også viljen til aktivt at videndele på tværs af både afdelinger og hospitaler.

#### *1.5 Hvordan lærer man af hinanden*

Udvalget blev under besøgene på hospitalerne kun bestyrket i, at der foregår megen lokal kvalitetsudvikling, og at den faglige kvalitet generelt er i højsædet i den kliniske hverdag. Men der er heller ingen tvivl om, at der er niveauforskelle, og at ikke alle afdelinger er lige langt mht. Den Danske Kvalitetsmodel.

Det ligger derfor udvalget meget på sinde, at der i akkrediteringsarbejdet indtænkes videndeling, og at der tages skridt til at sikre dette.

Udvalget peger på, at de eksterne surveyors, som besøger hospitalerne mhp. at bedømme, om de lever op til akkrediteringskravene, vil kunne danne sig et overblik over, hvor der optræder gentagne kvalitetsbrist. Og dermed vil de kunne pege på områder, hvor der er særlig grund til at udbrede gode initiativer.

I sammenhæng hermed anbefaler udvalget, at der efter første akkrediteringsrunde evalueres på, om der foregår en naturlig erfarings- og videndeling – dvs. om man eksempelvis kigger sig om efter inspiration, hvis man selv er kørt fast - eller om der bør tages konkrete skridt til at sikre dette.

#### *1.6 Det er patienterne, det drejer sig om*

Det har hele tiden været et erklæret mål med DDKM, at patienterne skal opleve et bedre og mere sammenhængende behandlingsforløb. Det midlertidige udvalg anser dette for at være et kardinalpunkt i arbejdet med DDKM. Men dette sigte kan måske tabes lidt af syne, når man som personale har travlt med mange af de praktiske og knap så patientnære gøremål, som modellen også stiller krav til.

Udvalget vil derfor opfordre til, at ledelserne støtter op om, at der i tilgangen til arbejdet med modellen er fokus på patientens tarv. Det bør bl.a. være fokus, når der skal ske en balancering af ressourceindsatsen.

Udvalget anbefaler, at der følges op på, om DDKM lever op til modellens erklærede formål og således understøtter bedre patientforløb og letter patientens vej gennem systemet. Hvis dette ikke er tilfældet, anbefaler udvalget, at modellen videreudvikles med dette sigte.

#### *1.7 Temamøder med regionsrådet*

Med henblik på at understøtte og kvalificere regionsrådets beslutningsgrundlag vedrørende DDKM, foreslås det, at den politiske opfølgning på modellen gennemføres som jævnlige temamøder. Temamøderne kan have karakter af en høring, hvor regionsrådspolitikere – eventuelt en mindre kreds - mødes med relevante fagfolk og drøfter mulige problemstillinger igennem.

Udvalget anbefaler at starte med den del af DDKM, der omfatter NIP, idet det er et område, hvor der allerede er en veletableret organisering. Høringen kunne her baseres på de årlige NIP-audits og gennemføres med deltagelse af de relevante specialeråd. Udvalget anbefaler, at der udarbejdes en hensigtsmæssig procedure for dette arbejde, som forelægges Regionsrådet til vedtagelse.



## 2. Temadrøftelserne i det midlertidige udvalg

I dette afsnit behandles de temaer, som udvalget har drøftet på sine møder, og som har givet anledning til udvalgets anbefalinger.

Der blev afholdt i alt seks møder i det midlertidige udvalg. Møderne har været afholdt rundt på regionens hospitaler og har været inddelt i temaer.

I bilag 1 ses en oversigt over de afholdte møder med dagsordener. Yderligere information om møderne og oplæg derfra kan endvidere findes på Region Midtjyllands hjemmeside: <http://www.rm.dk/politik/udvalg/den+danske+kvalitetsmodel>.

Som det også fremgår, har udvalget bl.a. beskæftiget sig med sammenhængen mellem akkreditering og effektivitet, forskelle mellem forskellige medarbejdergruppers opfattelse af og ønsker til DDKM, forholdet mellem at opfylde akkrediteringsstandarder og drive den faglige udvikling, forholdet mellem akkreditering og det øvrige kvalitetsarbejde på hospitalerne og ressourceforbruget i forbindelse med akkrediteringsprocessen. Herudover har et gennemgående tema for udvalgets drøftelser været nødvendigheden af ledelsesmæssig forankring af akkrediterings-opgaven på hospitalerne.

### 2.1 Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel

Udvalget afholdt den 16. januar 2009 møde på Regionshospitalet Holstebro, hvor der blev introduceret til DDKM.

Souschefen fra IKAS indledte mødet med en generel introduktion til akkreditering og til DDKM. I rapportens afsnit 3, som introducerer DDKM, fremgår mange af de pointer, som blev præsenteret på mødet.

Nedenstående er de temaer, der umiddelbart gav anledning til drøftelser i udvalget.

Det overordnede formål med DDKM er at sikre en ensartet høj kvalitet af de ydelser, der leveres af hospitalerne og af andre leverandører af sundhedsydelser. Der var i udvalget en diskussion om forholdet mellem ensartet kvalitet og høj kvalitet. Souschefen fra IKAS understregede, at ensartetheden også i sig selv har en værdi.

DDKM stiller kun i beskedent omfang krav til niveauet af kvaliteten. For eksempel stilles der krav til overvågning af hospitalsinfektioner, men det fastsættes ikke, hvor mange patienter der højst må pådrage sig en infektion under indlæggelse.

I denne forbindelse blev det diskuteret, hvordan DDKM så løfter kvaliteten. Her blev det igen pointeret, at DDKM er en måde at strukturere kvalitetsarbejdet på. Denne strukturering skal sikre, at ingen emner, der er væsentlige for den samlede kvalitet af sundhedsydelser, glemmes. På den måde er der mulighed for, at den samlede kvalitet løftes. Læring indgår herunder som et centralt element i DDKM, idet modellen bygger på, at der skal følges op på, hvordan det går med kvaliteten og med de initiativer, man har sat i værk.

I forlængelse heraf var der i udvalget en diskussion af, om denne strukturering vil højne effektiviteten på afdelingerne, og om modellen burde have omfattet standarder for effektiviteten af driften på afdelinger og hospitaler.

I udvalget var der desuden en drøftelse af, hvorvidt akkreditering i sig selv kan sikre, at hospitalerne leverer sundhedsydelser af ensartet høj kvalitet. Der blev ligeledes rejst et spørgsmål om, hvorvidt et hospital kan levere høj kvalitet uden samtidigt at kunne opnå akkreditering. Diskussionen gik herunder på, hvor stærk en sammenhæng der er mellem arbejdet med DDKM og den kvalitet, der leveres. I forlængelse heraf blev det efterspurgt, at der foretages en vurdering af, om hospitalerne leverer bedre kvalitet, efter de har været igennem akkrediteringsprocessen.

Chefsygeplejersken og kvalitetschefen fra Hospitalsenheden Vest gav udvalget det første indtryk af, hvordan arbejdet med implementeringen kan foregå på hospitalerne. Hospitalsenheden Vest havde blandt andet valgt at inkorporere modellen i det lokale ledelses- og styringsredskab for at sikre forankringen og en fælles retning i arbejdet. Desuden illustrerede kvalitetschefen, at hospitalerne allerede arbejder med adskillige af områderne – fx hjertestop, kontaktpersonordning, patientsikkerhed og NIP - og pointerede også, at DDKM kan være med til at systematisere kvalitetsarbejdet, herunder visse arbejdsgange.

De efterfølgende drøftelser mundede ud i en forståelse af, at der venter hospitalerne et stort arbejde, men at det ved en god tilrettelæggelse og en positiv tilgang kan lade sig gøre og forventeligt også kan løfte kvaliteten.

## *2.2 Tilrettelæggelse af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel*

DDKM indeholder 104 akkrediteringsstandarder, hvor der for hver enkelt standard skal udarbejdes et eller flere retningsgivende dokumenter. Et retningsgivende dokument kan f.eks. være en overordnet politik, en retningslinje eller en lokal instruks.

Det regionale Kvalitetsråd i Region Midtjylland har besluttet, at der for cirka halvdelen af disse standarder skal udarbejdes fælles regionale retningslinjer. Formålet med dette er dels at opnå ensartethed på tværs af hospitalerne og dels at løse opgaven med at udarbejde retningslinjer mere effektivt.

De regionale retningslinjer kan udmøntes i lokale instrukser, som tager højde for de lokale forhold på det enkelte hospital. For eksempel er der udarbejdet en regional retningslinje om kontaktpersonordningen, som også Regionsrådet har set, og som bl.a. lægger en ramme for, hvad ordningen som minimum skal indeholde. På hver afdeling kan der så være en instruks, der f.eks. beskriver, ved hvilke sygdomme kontaktpersonen skal være en overlæge, hvor kontaktkortene ligger, og hvem der uddeler dem.

For de øvrige, dvs. for ca. halvdelen af akkrediteringsstandarderne, udarbejdes retningslinjerne lokalt på det enkelte hospital, enten for hele hospitalet eller på hver afdeling.

På mødet den 19. februar 2009 introducerede chefsygeplejersken fra Århus Universitetshospital, Skejby, udvalget til den måde, hvorpå hospitalet arbejder med kvalitet og DDKM.

I den forbindelse gjorde chefsygeplejersken opmærksom på, at det er nødvendigt at opstille specifikke mål for at engagere særligt lægerne i kvalitetsarbejdet, og det blev herfra efterspurgt, at DDKM i højere grad anvender en lignende tilgang.

Udvalget konstaterede, at meget præcise krav ville betyde et mindre spillerum for hospitalerne og eventuelt også for arbejdstilrettelæggelsen ude i afdelingerne. Dette

blev der lagt op til i det første udkast til DDKM, hvilket høringsvarene netop kritiserede.

Udvalget besøgte Hjerte-Lunge-Kar-Kirurgisk afd. T på Århus Universitetshospital, Skejby. Her blev der givet et eksempel på de krav, der stilles til det kliniske personale i forbindelse med en orienterende samtale inden en operation.

Oplægget gav et indtryk af den udvikling, der har været over tid. Enkelte af de øgede krav, der stilles i forbindelse med en sådan samtale, kan tilskrives DDKM. Det gælder f.eks. kravet om ernæringscreening, der betyder, at patienter fremover skal udspørges mhp. at finde dem, der er dårligt ernærede, og som derfor har en større risiko for komplikationer og forlænget helbredelse.

Diskussionen i forbindelse med oplægget gav også udvalget et indtryk af de forskellige holdninger til DDKM, der kan findes blandt forskellige faggrupper. Det sygeplejefaglige personale efterspurgte således retningslinjer i det daglige arbejde, hvilket er centralt i DDKM. Dette skyldtes bl.a. et ønske om at arbejde ud fra mere ensartede ordinationer fra lægerne. Ifølge den ledende overlæge på afdelingen så lægerne på afdelingen derimod et dilemma i at arbejde efter retningslinjer. Ifølge den ledende overlæge var lægerne med deres lange og specialiserede uddannelse netop i høj grad oplært til at tage selvstændig og individuel stilling i forhold til den konkrete patient. Han formodede, at denne tendens kunne være særligt udtalt på et universitetshospital, hvor lægerne i høj grad vil have et ønske om at være på forkant med udviklingen. Dette harmonerer ikke nødvendigvis med at arbejde efter retningslinjer, der afspejler eksisterende og gennemprøvede metoder.

I udvalget var der en udbredt holdning til, at DDKM skal være med til at sikre, at der tilbydes en god kvalitet i behandlingen på alle hospitaler. Der var ligeledes en holdning til, at hospitaler, der er langt fremme inden for et givet område, bør bidrage til at løfte den samlede kvalitet i regionen gennem udarbejdelsen af retningslinjerne, så retningslinjerne i videst muligt omfang er udtryk for de nyeste metoder.

### *2.3 Ressourcer*

Hvor mange ressourcer, der vil gå til at indføre og løbende arbejde med DDKM, er et væsentligt, men også meget vanskeligt spørgsmål at besvare. Dette var et af temaerne på udvalgets andet møde den 19. februar 2009.

Erfaringer fra blandt andet H:S og certificering af laboratorier siger, at der er behov for 1-2 personer pr. afdeling til at koordinere og varetage meget af arbejdet med at lave retningslinjer og følge op på, hvordan det går. Der vil desuden mange steder vise sig at være behov for at ændre i arbejdsrutiner og lignende. Udover disse relativt store tiltag vil der også være behov for en række mindre aktiviteter, der berører mange ansatte. Flere vil skulle inddrages i udarbejdelsen af retningslinjerne, hvis de skal have reel værdi, og næsten hele personalet vil skulle introduceres til modellen og til nye retningslinjer. Det tager ikke meget tid for den enkelte, men sammenlagt kan det blive til en del ressourcer. Konkrete eksempler på dette kom bl.a. frem på mødet med Medicinsk Center, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, jævnfør afsnit 3.6.

Ressourceforbruget er også vanskeligt at fastsætte, fordi der er forskel på, hvordan hospitalerne arbejder med kvalitet, og dermed hvor stor en opgave DDKM vil være.

Hvis man f.eks. allerede har en veletableret kvalitetsorganisation og arbejder meget med retningslinjer, vil opgaven alt andet lige være nemmere. Det kom bl.a. til udtryk på besøget i Holstebro den 16. januar 2009, hvor kvalitetschefen gav udtryk for, at de på hospitalet allerede havde meget af det, der lå i modellen.

Udvalget drøftede også muligheden for, at hospitalerne kan spare ressourcer i forbindelse med DDKM. Det kunne være ved at strømline kvalitetsarbejdet, så man i mindre grad har forskellige projekter rundt på hospitalet. Det blev fra hospitalerne fremført, at dette imidlertid kræver, at der ikke udefra sættes mange andre nye kvalitetsinitiativer i gang. Ved at hele hospitalet arbejder ud fra fælles og kendte retningslinjer vil der formentlig også kunne opnås rationaliseringsgevinster. Dette kunne eventuelt være i form af færre patientskader eller ved, at nyt personale hurtigere kan introduceres til deres arbejdet.

Som en del af ressourcediskussionen blev udvalget introduceret til de input, som regionerne gav vedrørende DDKM til økonomiforhandlingerne i 2007 og 2008. Regionernes fælles bud på ressourcebehovet afspejlede den opfattelse, at arbejdet med DDKM er en stor opgave både organisatorisk og økonomisk, og buddet var noget højere end regeringens første udspil. Således var regionernes samlede bud i 2008 på etableringsudgifter på 277 mio. kr., og buddet på årlige driftsudgifter lå på 223 mio. kr. Region Midtjylland pegede i den sammenhæng på, at en del af ressourceforbruget kunne kompenseres ved at mindske kravet til produktivitetstigninger. Til sammenligning var der på det tidspunkt i finanslovsforslaget 2008 lagt op til 150 mio. kr. til etablering og 75 mio. kr. årligt til drift.

Økonomiforhandlingerne mellem Regeringen og Danske Regioner i sommeren 2008 endte imidlertid hurtigt med, at overdragelsen af DDKM blev udskudt ét år, så hospitalerne kunne fokusere på at nedbringe deres ventelister, der opstod oven på konflikten med sundhedskartellet i foråret 2008.

I forbindelse med økonomiaftalen for 2010 blev det aftalt, at der afsættes 37,5 mio. kr. til etableringsomkostninger mv. i 2009 og herefter 112,5 mio. kr. årligt i 2010-2012.

Af de afsatte ressourcer får Region Midtjylland 8 mio. kr. til implementering i 2009 og 25 mio. kr. årligt i 2010-2012 til drift i forbindelse med DDKM. De afsatte midler i økonomiaftalen for 2010 står ikke mål med det ressourcetræk, som forventes at være nødvendigt for at kunne drage de fulde fordele ved at indføre DDKM på hospitalerne.

Flere i udvalget gav udtryk for, at en forudsætning for, at DDKM implementeres succesfuldt, er, at der – foruden ledelsesengagement - er tilstrækkelige ressourcer til rådighed. Der er eksempelvis på alle afdelinger behov for frikøb af ressourcepersoner og for tid til information og uddannelse af alle afdelingernes øvrige ansatte. Der er dog uden tvivl forskellige ressourcebehov fra hospital til hospital.

#### *2.4 Den Danske Kvalitetsmodel på det psykiatriske område*

Som nævnt oven for gælder DDKM for alle hospitaler i Region Midtjylland, både psykiatriske og somatiske. Der findes syv hospitalsledelser på det somatiske område,

mens driftsorganisationen på psykiatri- og socialområdet pr. 1. januar 2009 er samlet under én ledelse. Psykiatrien i Region Midtjylland akkrediteres derfor som én institution. Ledelsen i psykiatrien har dermed den særlige udfordring, at budskaber vedrørende DDKM skal ud i alle hjørner af en stor organisation med mange både store og små enheder, der er geografisk meget spredt. Her er effektiv kommunikation en udfordring.

Psykiatri- og Socialledelsen i Region Midtjylland har valgt at bruge DDKM til at skabe sammenhængskraft og ensartethed på tværs af organisationen. For eksempel udarbejdes stort set alle de retningslinjer, der ikke laves regionalt, i fællesskab for alle dele af psykiatrien.

På det psykiatriske område som i somatikken dækker DDKM meget af det kvalitetsarbejde, der allerede er i gang. På den måde er der ikke tale om mange nye emner, der skal tages stilling til. Psykiatrien har imidlertid en større tradition for inddragelse af brugere og pårørende, end DDKM lægger op til i sin nuværende form, og oplevelsen er i det hele taget, at modellen i høj grad tager udgangspunkt i den somatiske del af hospitalsvæsenet.

#### *2.5 Den Danske Kvalitetsmodel og sammenhængen mellem sektorer*

Opdraget for DDKM er, at den skal dække hele det offentligt finansierede sundhedsvæsen. Udover DDKM for hospitaler, der omfatter de private og de offentlige sygehuse, er der derfor udarbejdet en model for apotekerne og en for kommunerne. Og der skal udvikles modeller for de praktiserende læger og det præhospitale område.

Det er opfattelsen hos IKAS, at der ligger en særlig udfordring for kommunerne i at arbejde med DDKM, fordi de ikke i så høj grad som hospitalerne er vant til at skulle dokumentere deres aktiviteter, og fordi de ikke har samme tradition for retningslinjer. DDKM's krav til kommunerne om dokumentation og opfølgning er således også større end de krav, der stilles i de sundhedsaftaler, Region Midtjylland har indgået med kommunerne.

Der gælder i øvrigt det særlige for den kommunale kvalitetsmodel, at den i hvert fald indtil videre er frivillig. Ifølge IKAS er der reelt kun tre kommuner, der har tilmeldt sig DDKM (herunder to i Region Midtjylland: Favrskov og Horsens).

Udvalget konstaterede, at der ser ud til at være perspektiver i de kommunale retningslinjer. Eksempelvis er der krav om retningslinjer for ansvarsplacering, herunder eventuel udpegning af ansvarlig kommunal kontaktperson, samt bl.a. træffetider og svarfrister for henvendelse. Desuden stilles krav til, at det dokumenteres hvilken medicin, der er ordineret bl.a. for at forhindre fejlmedicinering.

DDKM skal ifølge sit formål fremme samarbejde mellem sektorerne, skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb og sikre høj kvalitet på tværs af geografi og sektorer<sup>1</sup>. Det er dog udvalgets vurdering, at DDKM ikke i sig selv kan skabe sammenhæng, men at den kan være med til at skabe forudsætningerne for det.

---

<sup>1</sup> [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)

Modellen lægger således op til, at både hospitalerne og kommunerne skal udarbejde retningslinjer, der vedrører overgangene. Derudover stiller modellen som nævnt skærpede krav til kommunernes måde at arbejde med kvalitet på.

Det er udvalgets opfattelse, at hvis alle kommuner indfører DDKM vil det give en fælles tilgang til kvalitetsudvikling, der vil kunne gavne sammenhængen i de mange patientforløb, som går på tværs af sektorer.

Det sammenhængende patientforløb skal ligeledes være i fokus i forhold til privathospitalerne, som også er omfattet af DDKM. Privathospitalerne skal leve op til de samme krav som de offentlige hospitaler, og der vil fra administrationens side være fokus på, at privathospitalerne lever op til kravene i DDKM.

### *2.6 Arbejdet på afdelingsniveau med Den Danske Kvalitetsmodel*

Udvalget besøgte den 28. oktober Medicinsk Center på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, hvor der blev fortalt om arbejdet med modellen på hospitalet og i centeret, men først og fremmest på afdelingsniveau. Udvalget besøgte to afdelinger under Medicinsk Center - Medicinsk Kardiologisk Afdeling A og Reumatologisk Afdeling U.

Den generelle udmelding fra Medicinsk Center var, at arbejdet med kvalitet ligger dybt hos sundhedspersonalet, og at det indholdsmæssige i modellen derfor hos mange bliver vel modtaget. Sproget og formen har dog - specielt i den første version - virket underligt fremmed på mange, hvilket har givet modstand.

Arbejdet med retningslinjer hilses velkomment som et middel til at opnå fælles høje standarder for det kliniske arbejde på tværs af afdelinger og hospitaler. Retningslinjerne og modellen i det hele taget hilses også velkommen som en fælles ramme, som mange igangværende indsatser kan samles under på en struktureret måde.

På Hjertemedicinsk Afdeling gav man desuden udtryk for, at man benyttede modellen til at styrke det tværfaglige samarbejde. Der blev dog påpeget det dilemma, at fordi man sætter eksperterne til at udarbejde retningslinjerne, bliver der ofte lagt et højt niveau. Et eksempel kunne være medarbejderudviklingssamtaler (MUS), hvor en gruppe med HR som tovholder foreslog, at der udover årlig MUS skulle holdes en årlig opfølgings-MUS. Det ville muligvis være godt; men der er ikke ressourcer til at lægge niveauet så højt. Kvalitetsrådet på Århus Sygehus, der godkender alle hospitalets fælles retningslinjer, sendte derfor forslaget tilbage til gruppen, så de kunne justere det. På den måde bruger kvalitetsrådet meget af sin tid på at afbalancere de gode viljer med det realistiske.

I en række tilfælde er det høje niveau dog ikke kun udtryk for stor velvilje; men også for at man ikke i alle tilfælde har efterlevet anerkendte normer for, hvordan tingene bør gøres. Når eksperterne udarbejder retningslinjer, bliver anerkendte normer kendt i alle kroge af institutionen. Det er på mange måder godt for kvaliteten; men det kan koste ressourcer.

Det blev desuden påpeget, at man skal være opmærksom på at sikre, at retningslinjer ikke betyder, at arbejdet udføres uflexibelt. F.eks. vil det måske ikke være relevant,

at man på en højtspecialiseret afdeling, hvor patienten kun kommer én gang til en ekspertvurdering, altid skal spørge til, om patienten ryger. Det er i det hele taget vigtigt hele tiden at se på den individuelle patient og det samlede forløb, patienten gennemgår, i stedet for arbejde efter retningslinjer, der sætter krav til et isoleret element i patientforløbet. Patientforløb er ikke ens – afvigelser bør måske være normen.

Indtrykket fra mødet er således, at arbejdet med modellen giver anledning til gode diskussioner af hvilken kvalitet, man faktisk vil have; men også at det nødvendigvis kræver ekstra ressourcer, når der via modellen bliver et pres for, at man hele vejen rundt følger anerkendte standarder.

Det var desuden en generel udmelding, at arbejdet med at implementere DDKM er meget ressourcekrævende, og at der er et stort tidspres. I Medicinsk Center har ledelsen eksempelvis valgt at tage en sygeplejerske ud af klinikken på lidt over halv tid til at koordinere arbejdet på centerniveau, og i hver afdeling er der tilsvarende udpeget en koordinator. Hertil kommer, at center- og afdelingsledelserne skal bruge en del tid på modellen, og at frontlinjepersonalet i varierende omfang kommer til indgå i arbejdet med at udarbejde retningslinjer, ligesom de skal informeres og undervises for at efterleve retningslinjerne.

Det blev desuden fremhævet, at den ekstra ressourceindsats bliver en særlig udfordring, fordi modellen skal implementeres samtidig med andre nye tiltag som f.eks. hjertepakkerne, EPJ og akutområdet.

Udmeldingen på besøget hos Medicinsk Center var i øvrigt, at det er ressourceindsatsen, der er det store problem ved modellen, mens man generelt ser positivt på modellens indhold og mulighederne for at styrke kvaliteten. Hvor store gevinster det på sigt vil give, at man eksempelvis har bedre styr på sine arbejdsgange og lettere kan introducere nyt personalet, er endnu svært at vurdere.

Det blev fra begge afdelinger beskrevet, at man forsøger at dele arbejdet med modellen op i overskuelige og gerne genkendelige elementer med en tydelig ansvarsfordeling og uddelegering af ansvar. Ved at introducere modellen på den måde håber man at opnå involvering og ejerskab hos personalet uden at give folk en følelse af at stå overfor en helt uoverskuelig opgave. Derudover blev det pointeret, at det er vigtigt, at alle faggrupper involveres ved både udarbejdelsen af retningslinjerne og implementeringen af modellen generelt – dels er det væsentligt for kvaliteten af arbejdet, at alle involverede får lov at give sit besyv med, dels er en succesrig implementering afhængig af, at alle er i spil.

Det blev desuden drøftet på mødet, at det er oplevelsen, at de nyuddannede sundhedsprofessionelle ikke er klædt godt nok på til akkrediteringsopgaven. Der var enighed om, at det vil være en god ide at få elementer fra modellen inkorporeret i de sundhedsfaglige uddannelser.



### 3. Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel

#### 3.1 Baggrund

Akkreditering af det danske sundhedsvæsen skal opnås gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som er en overordnet model<sup>2</sup> for kvalitetsforbedring af alle faglige aspekter ved et patientforløb.

Kvalitetsmodellen er baseret på økonomiaftalerne for 2002, 2003 og 2005 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen. Det blev ved indgåelse af økonomiaftalen for 2005 mellem Regeringen og Amtsrådsforeningen besluttet at igangsætte DDKM, og i juni 2005 etableredes Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) som selvejende institution til varetagelse af udviklingen og driften af DDKM.

IKAS er underlagt en bestyrelse, der er sammensat af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen (varetager formandskabet), Danske Regioner (varetager næst formandskabet), Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Kommunernes Landsforening (tilforordnet medlem) og Dansk Erhverv (tilforordnet medlem).

Første version af DDKM for sygehuse blev godkendt af bestyrelsen for IKAS den 29. maj 2008.

Regionerne og staten besluttede i forbindelse med økonomiforhandlingerne for 2009 at udskyde igangsætningen af modellen et år på grund af de mange udsatte behandlinger og undersøgelser som følge af konflikten på sygehusområdet i foråret 2008. DDKM blev derfor officielt overdraget til hospitalerne den 17. august 2009.

#### 3.2 Definition af akkreditering

Med akkreditering forstås en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.

Ved akkreditering arbejdes systematisk efter retningslinjer, og kvaliteten måles løbende. Denne måling anvendes som grundlag for stadig udvikling af kvaliteten.

#### 3.3 Formål med akkreditering

Akkreditering kan defineres som en kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et fælles sæt af standarder<sup>3</sup>. Formålet med akkreditering kan derudover opsummeres i følgende punkter:

- At udvikle standarder med tilhørende indikatorer, som man kan måle ud fra.
- At fremme klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene.
- At gennemføre en ekstern vurdering og akkreditering af de involverede institutioner.

---

<sup>2</sup> <http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>

<sup>3</sup> Det nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006.



- At understøtte gennemsigtighed og gennemskuelighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

### *3.4 Visionen bag Den Danske Kvalitetsmodel*

Visionen for DDKM er, at den skal omfatte alle sundhedsydelser og på den måde skabe<sup>4</sup>:

- ensartet høj kvalitet i alle ydelser - fra læge til sygehus, til apotek og til hjemmesygepleje og genoptræning
- sammenhæng i patientens oplevelse af forløbet
- gennemskuelighed og gennemsigtighed i forhold til ydelserne i det danske sundhedsvæsen
- en kultur, hvor alle medarbejdere og institutioner løbende lærer af sig selv og hinanden og dermed skaber kontinuerlig kvalitetsudvikling

### *3.5 Hvem er omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel?*

#### 3.5.1 Hospitalssektoren, herunder de private aktører

DDKM skal med tiden omfatte de fire sektorer: Hospitalssektoren herunder visse dele af den private sygehussektor, det præhospitale område, den kommunale sundhedssektor, praksissektoren og apotekerne.

Den første version af DDKM for sygehuse, som er udviklet i 2006-8, er obligatorisk for alle offentlige sygehuse i Danmark både somatiske og psykiatriske. Derudover skal visse privathospitaler akkrediteres<sup>5</sup>.

#### 3.5.2 Det kommunale område

Der er desuden udviklet akkrediteringsstandarder for det kommunale område, men indtil videre er det frivilligt for kommunerne at blive akkrediteret, og det er op til kommunerne selv hvor mange standarder, de ønsker at blive akkrediteret efter. DDKM for kommuner består af 31 akkrediteringsstandarder. De 31 standarder er udviklet af IKAS sammen med medarbejdere fra det kommunale sundhedsvæsen, og i løbet af foråret 2010 følger endnu en gruppe standarder, der blandt andet omhandler tandpleje, demens, misbrug, sundhedspleje og kroniske sygdomme. Herved vil der foreligge en samlet første version af DDKM for kommuner.

#### 3.5.3 Apotekerne

Der er også udviklet standarder for de danske apoteker, der med overdragelsen af standarderne den 3. december 2008 var de første, der gik i drift med DDKM. Ud af ca. 245 danske apoteker har 151 meldt sig til akkreditering

#### 3.5.4 Det præhospitale område

Endelig er der i regi af IKAS nedsat en styregruppe, der skal udarbejde standarder for det præhospitale område. IKAS forventer at kunne præsentere modellen for det præhospitale område i februar 2011.

---

<sup>4</sup> <http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Vision-og-status.aspx>

<sup>5</sup> Det gælder private og foreningsejede hospitaler af en vis størrelse, der i behandlinger og struktur minder om offentlige sygehuse eller dagkirurgiske enheder. Det vil sige institutioner, der har ydelsesaftaler med Danske Regioner eller offentlige sygehuse, eller som i lovgivningen sidestilles med offentlige sygehuse.

Modellen rækker fra henvendelsen til vagtcentralen frem til, at patienten enten er afsluttet eller overdraget til næste led i behandlingssystemet - oftest hospitalet. Standardsættet vil blandt andet komme til at omfatte temaerne ledelse, kvalitets- og risikostyring, dokumentation og datastyring, ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling, koordinering og kontinuitet, genoplivning, overdragelse, hygiejne, medicinering, beredskabsplan, apparatur og teknologi, transportsmidler, interhospital transport og kommunikation mellem aktører.

### 3.6 Opbygningen af Den Danske Kvalitetsmodel for hospitaler

Hospitalsvæsenets aktiviteter er i DDKM grupperet i tre hovedområder. Der er for de tre hovedområder udvalgt i alt 37 temaer, som IKAS har vurderet at være væsentlige for kvaliteten af det samlede sygehusvæsen og for sammenhængen i patientforløbene. Inden for hvert tema er der udviklet en række standarder. Hvert tema indeholder mellem en og ti standarder. Hovedområderne med tilhørende temaer fremgår af nedenstående Tabel 1.

**Tabel 1: Den Danske Kvalitetsmodels 37 temaer opdelt i tre hovedområder**

<b>Organisatoriske temaer</b>	<b>Generelle patientforløbstemaer</b>	<b>Sygdomsspecifikke temaer</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelse</li> <li>• Kvalitets- og risikostyring</li> <li>• Dokumentation og datastyring</li> <li>• Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling</li> <li>• Hygiejne</li> <li>• Beredskab og forsyninger</li> <li>• Apparatur og teknologi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientinddragelse</li> <li>• Patientinformation og kommunikation</li> <li>• Koordinering og kontinuitet</li> <li>• Henvisninger</li> <li>• Visitation</li> <li>• Modtagelse</li> <li>• Vurdering og planlægning</li> <li>• Diagnosticering</li> <li>• Medicinering</li> <li>• Observation</li> <li>• Invasiv behandling</li> <li>• Intensiv behandling</li> <li>• Genoplivning</li> <li>• Ernæring</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Forebyggelse og sundhedsfremme</li> <li>• Overdragelse</li> <li>• Patienttransport</li> <li>• Ved livets afslutning</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apopleksi</li> <li>• Brystkræft</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Graviditet, fødsel og barsel</li> <li>• Hjerteinsufficiens</li> <li>• Hoftenære frakturer</li> <li>• Kronisk Obstruktiv Lungelidelse</li> <li>• Lungekræft</li> <li>• Mavesår</li> <li>• Skizofreni</li> <li>• Tyk- og endetarmskræft</li> </ul>

De organisatoriske temaer omfatter standarder, der handler om, hvorvidt hospitaler formelt er organiseret, så det understøtter høj kvalitet i patientforløbet.

Organisatoriske aktiviteter er ikke direkte relateret til de kliniske aktiviteter, men er forudsætninger herfor, såsom kravene til ledelse og til kvalitets- og risikostyring.

De generelle patientforløbstemaer indeholder standarder, der vedrører aktiviteter, som har direkte klinisk betydning for det enkelte patientforløb uanset patientens sygdom. Standarderne dækker så vidt muligt hele sygdomsforløbet, såsom krav til den praktiserende læges henvisning, krav til patientinddragelse, diagnosticering og behandling samt til overdragelse, rehabilitering og forebyggelse.

De sygdomsspecifikke temaer indeholder standarder, der er specifikke for afgrænsede patientgrupper. Disse standarder har direkte klinisk betydning for patientforløbene for de respektive sygdomsgrupper og dermed for resultatet af behandlingen. Standarderne er bygget op omkring Det nationale indikatorprojekt (NIP).

### 3.7 Standarder og indikatorer

Hvert af de 37 temaer består som nævnt af en til ti standarder. Eksempelvis består temaet "Kvalitets- og risikostyring" af følgende standarder: 1.2.1 Kvalitetspolitik, 1.2.2 Kvalitetsorganisation, 1.2.3 Dokumentation og monitorering af kvalitet og patient-sikkerhed, 1.2.4 Kvalitetsforbedring, 1.2.5 Anvendelse af kliniske retningslinjer, 1.2.6 Risikostyring, 1.2.7 Patientidentifikation, 1.2.8 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser, 1.2.9 Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse, 1.2.10 Patientklager og patientforsikringsager

En standard i DDKM beskriver krav til kvaliteten af ydelserne<sup>6</sup>. Standarden beskriver dog kun sjældent krav til niveauet af kvaliteten. Der kan stilles krav til både strukturen (f.eks. personalekvalifikationer og teknisk udstyr), processen (konkrete aktiviteter i et patientforløb, f.eks. tildeling af kontaktperson og journalføring) og resultatet af et patientforløb. Standarderne er relativt bredt formulerede og kan ikke måles direkte på.

For hver standard er der opstillet en række indikatorer. En indikator kan måles eller vurderes og dermed bruges til at vurdere, om en given standard opfyldes eller ej. På den måde kan kvaliteten overvåges og evalueres med henblik på fortsat udvikling. Der er dog ikke opstillet konkrete tærskelværdier. For eksempel stilles der ved nogle indikatorer krav til, at der to gange årligt gennemføres journalaudit for at kontrollere, om indikatoren er opfyldt, men der er ikke stillet krav til, i hvor mange tilfælde indikatoren skal være opfyldt.

Alle standarder i DDKM er opbygget på samme måde og inddelt i fire trin som vist i tabel 2. Hver standard indeholder som minimum fire indikatorer fordelt på de fire trin. Der kan være flere indikatorer på hvert trin.

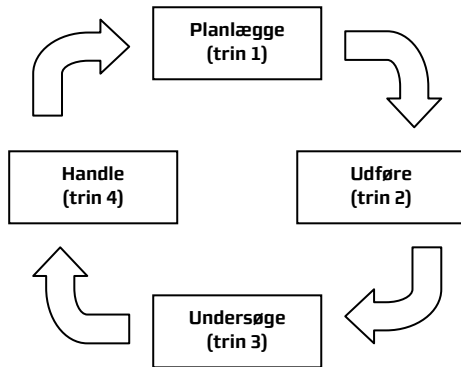
**Tabel 2: Oversigt over standardens fire trin**

<b>Trin 1 Retningsgivende dokumenter</b>	Dette trin har indikatorer, der stiller krav om, at der skal være et retningsgivende dokument, der beskriver, hvad man på hospitalet skal gøre i forhold til standarden. I indikatoren vil det også mere eller mindre være beskrevet, hvad det retningsgivende dokument skal indeholde.
<b>Trin 2 Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	Dette trin indeholder indikatorer, der eksempelvis stiller krav til: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ At retningslinjerne er kendt af relevant personale</li><li>▪ At retningslinjerne er taget i brug</li><li>▪ Relevant uddannelse</li></ul>
<b>Trin 3 Kvalitetsovervågning</b>	Dette trin indeholder indikatorer, der systematisk og regelmæssigt måler på standarden. Dette kan gøres eksempelvis ved brug af: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Journalaudit (fagpersoners systematiske gennemgang af et bestemt antal patientjournaler)</li><li>▪ Patienttilfredshedsundersøgelser</li><li>▪ Data fra forskellige databaser (f.eks. Landspatientregisteret)</li></ul>
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	Dette trin indeholder indikatorer, der stiller krav til, at hospitalet sætter aktiviteter i gang, der skal løse de problemer, som man eventuelt har opdaget ved målingen under trin 3. Dette kan eksempelvis være udarbejdelse af handlingsplaner.

<sup>6</sup> <http://ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Begrebsliste.aspx>

De fire trin som standarderne er bygget op omkring, relaterer sig til kvalitetscirklen, som er en grundlæggende model for kvalitetsudvikling. Kvalitetscirklen fremgår af figuren nedenfor.

**Figur 1: Kvalitetscirklen**



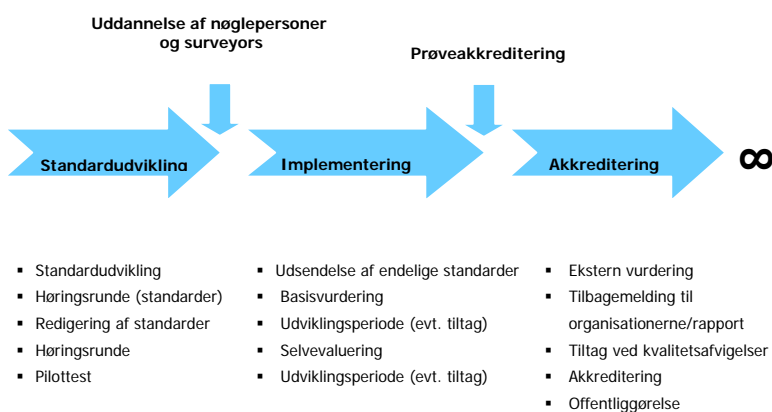
DDKM indeholder 104 standarder. I bilag 2 gives eksempler på følgende standarder:

- Standarden "Sundhedsfaglig kontaktperson", der hører under temaet "Koordinering og kontinuitet"
- Standarden "Vejledning om henvisninger", der hører under temaet "Henvisning"
- Standarden "Kvalitetsforbedring", der hører under temaet "Kvalitets- og risikostyring"

### 3.8 Faser i Den Danske Kvalitetsmodel

Arbejdet med modellen er delt op i tre faser, som fremgår af nedenstående figur 2.

**Figur 2: Faser i Den Danske Kvalitetsmodel**



Kilde: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), <http://www.ikas.dk>

### *3.9 Standardudvikling*

Standarderne i den første version af DDKM er udviklet i perioden maj – november 2006. IKAS har for hvert af de 37 temaer nedsat arbejdsgrupper med fagpersoner og ledelsesrepræsentanter fra alle regioner.

Efter første høringsfase blev standarderne revideret og derefter sendt i anden høringsrunde. Umiddelbart i forlængelse af høringsfasen blev standarderne pilottestet på hospitaler og i psykiatrien. I Region Midtjylland var Århus Universitetshospital, Skejby, pilothospital. Standarderne blev endeligt godkendt af bestyrelsen maj 2008.

### *3.10 Implementering af standarder*

Startskuddet til implementeringen lød officielt den 17. august 2009, hvor de endelige standarder blev overdraget til hospitalerne. For hospitalerne betyder det bl.a., at der gennemføres en basisevaluering. En basisevaluering er en slags baselinemåling, der skal belyse, hvorvidt hospitalet umiddelbart lever op til kravene. På baggrund af baselinemåling sætter hospitalerne nødvendige initiativer i gang, heriblandt udarbejdelse af retningslinjer, der måtte mangle og indførelse af nye arbejdsrutiner. Efter at nye tiltag – efter behov – er implementeret, gennemføres en selvevaluering i god tid inden selve akkrediteringsbesøget. Ved selvevalueringen måler hospitalet sin egen opfyldelse af de enkelte indikatorer for at vurdere, om de lever op til kravene i standarderne.

Der lægges ligeledes op til, at hospitalerne gennemfører et internt survey cirka seks måneder før det eksterne survey. Et survey er en systematisk vurdering af i hvilken grad, kravene i akkrediteringsstandarderne opfyldes. Det interne survey gennemføres af personer fra andre hospitaler eller personer fra andre enheder på hospitalet.

### *3.11 Akkreditering*

Selve akkrediteringen gennemføres ved et eksternt survey. Dette survey udføres af et hold af fagpersoner udpeget og uddannet af IKAS. Det eksterne survey består af institutionsbesøg på mellem tre og fem dage, hvor der bl.a. gennemføres interview med ledelsen, medlemmer af kvalitetsorganisationen og personale til vurdering af standardopfyldelsen. Det er planlagt, at det eksterne survey gennemføres i maj-juni 2011 på Region Midtjyllands somatiske hospitaler og i psykiatrien. Det eksterne survey afsluttes med en rapport.

På baggrund af rapporten tildeles den pågældende institution anerkendelse i form af akkrediteringsstatus. Der lægges op til, at institutionerne kan tildeles én af følgende akkrediteringsstatusser:

- akkrediteret
- akkrediteret med bemærkninger
- ikke akkrediteret

Hvert hospital akkrediteres hvert tredje år.

### *3.12 Offentliggørelse*

Resultatet af akkrediteringen skal offentliggøres. Bestyrelsen for IKAS har besluttet, at akkrediteringsstatus og surveyrapport for sygehuse skal offentliggøres på internettet på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

# Bilag 1

## Mødeplan for det midlertidige udvalg vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel

<i>Tid og sted</i>	<i>Tema og dagsorden</i>
16. januar 2009 Regionshospitalet Holstebro	<b>Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Akkreditering – en ny proces på hospitalerne i Region Midtjylland <i>ved cheflæge Hans Peder Graversen, afdelingschef Kvalitet og Sundhedsdata.</i></li><li>• Præsentation af DDKM <i>ved souschef Carsten Engel, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).</i></li><li>• DDKM i Hospitalsenheden Vest <i>ved chefsygeplejerske Ida Gøtke og kvalitetschef Dorthe Tilsted.</i></li></ul>
19. februar 2009 Århus Universitetshospital, Skejby	<b>Tilrettelæggelse af arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel herunder ressourcer og sammenhæng til øvrigt kvalitetsarbejde</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Regionernes hidtidige input til økonomiforhandlingerne vedrørende DDKM <i>ved kontorchef Charlotte Toftgård, Kvalitet og Sundhedsdata.</i></li><li>• DDKM fra en hospitalsledelses synspunkt <i>ved chefsygeplejerske Vibeke Krøll, ÅUH, Skejby.</i></li><li>• Implementering af akkrediteringsstandarder fra et afdelingsperspektiv <i>ved overlæge Lars Ilkjær og afdelingssygeplejerske Liselotte Bøgelund Andersen, Hjerte-Lunge-Kar-Kirurgisk afd. T, Århus Universitetshospital, Skejby.</i></li><li>• Hvordan inkorporerer DDKM eksisterende initiativer på sundhedsområdet? <i>ved cheflæge Hans Peder Graversen, afdelingschef Kvalitet og Sundhedsdata.</i></li></ul>
14. maj 2009 Regionshospitalet Horsens.	<b>Implementering og arbejdet med data i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Arbejdet med DDKM på Regionshospitalet Horsens <i>ved chefsygeplejerske Anna Birthe Sparvath</i></li><li>• Implementering af DDKM, <i>ved Britta Ravn Center for Kvalitetsudvikling.</i></li><li>• e-Dok – elektronisk dokumenthåndtering <i>ved kvalitetschef Inge Madsen, RH Horsens og kontorchef Charlotte Toftgård, Kvalitet og Sundhedsdata.</i></li><li>• Journalaudit <i>ved udviklingssygeplejersker Anne Sofie Bomholt, kirurgisk afd. og Anne Jacobsen, ortopædkirurgisk afd., Regionshospitalet Horsens.</i></li></ul>
18. september 2009 Århus Universitetshospital, Risskov.	<b>Introduktion til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel på psykiatri- og socialområdet samt på det kommunale område</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Introduktion til den psykiatriske organisationsstruktur samt implementeringsprocessen for Den Danske Kvalitetsmodel i Psykiatri og Social, <i>ved kvalitetschef Lisbeth Damgård, Psykiatri og Social.</i></li><li>• Den Danske Kvalitetsmodel i klinisk praksis <i>ved ledende overlæge Inge Voldsgaard, Afd. S., Århus Universitetshospital, Risskov.</i></li><li>• Den Social Kvalitetsmodel – Region Midtjyllands regionale tilbud, <i>ved kvalitetschef Lisbeth Damgård, Psykiatri og Social.</i></li><li>• Den Danske Kvalitetsmodel for kommuner – sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer <i>ved kvalitetskonsulent Helle Lorentzen, IKAS.</i></li><li>• Orientering om Den Danske Kvalitetsmodel og økonomi – opfølgning på økonomiaftalen mellem Regeringen og Danske Regioner <i>ved kontorchef Charlotte Toftgård, Kvalitets og Sundhedsdata.</i></li></ul>

<p>28. oktober 2009          Århus          Universitetshospital,          Århus Sygehus.</p>	<p><b>Eksempler på, hvad det konkret betyder for en hospitalsafdeling at forberede sig til og gennemføre akkrediteringsprocessen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oplæg om den konkrete organisering af arbejdet med DDKM i Medicinsk Center, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus  <i>ved centerchef Carsten Thordal og kvalitetschef Nete Ramlau-Hansen</i></li> <li>• Kvalitetskoordinatorernes konkrete opgaver ifm. Den Danske Kvalitetsmodel og status  <i>ved kvalitetskoordinator Lisbeth Møller Poulsen, Medicinsk Center</i></li> <li>• Hvad betyder DDKM konkret for afdelingerne? I  <i>ved ledende overlæge Steen Husted og oversygeplejerske Trine Bøje, Medicinsk Kardiologisk Afdeling A.</i></li> <li>• Hvad betyder DDKM konkret for afdelingerne? II  <i>ved ledende overlæge Bjarne Thomsen og oversygeplejerske Ketty Bager, Reumatologisk Afdeling U</i></li> </ul>
<p>30. november 2009          Regionshuset          Viborg.</p>	<p><b>Afsluttende drøftelser</b></p>

# Bilag 2

## Eksempler på standarder

Eksempel på standarder, jf. *Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 1. version, 2009*<sup>7</sup>:

Standarden "Sundhedsfaglig kontaktperson", der hører under temaet "Koordinering og kontinuitet"

Standarden "Vejledning om henvisninger", der hører under temaet "Henvisning"

Standarden "Kvalitetsforbedring", der hører under temaet "Kvalitets- og risikostyring"

Standardbetegnelse	<b>Koordinering og kontinuitet 2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson</b>
<b>Standard</b>	Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, som tilknyttes den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb.
<b>Standardens formål</b>	At sikre: <ul style="list-style-type: none"><li>• koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb</li><li>• information til patient og pårørende om forløbet</li></ul>
<b>Målgruppe (ansvarlig)</b>	Ledere og medarbejdere, der er involveret i behandling af patienter
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger retningslinjer, der beskriver den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar, herunder: <ul style="list-style-type: none"><li>• at den sundhedsfaglige kontaktperson er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)</li><li>• at der er udpeget en sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen</li><li>• at den sundhedsfaglige kontaktperson sikrer, at udskrivelsen planlægges</li><li>• at der for ambulante patienter med mere end ét ambulante besøg er udpeget en sundhedsfaglig kontaktperson</li><li>• at navnet på den sundhedsfaglige kontaktperson er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (eksempelvis visitkort)</li><li>• at patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer</li><li>• at funktionen som sundhedsfaglig kontaktperson ved fravær og i forbindelse med overflytning overdrages</li></ul>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Er der dokumentation for, at der er udpeget en navngiven sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelse?  <b>Indikator 4</b> Er der dokumentation for, at der er udpeget en navngiven sundhedsfaglig kontaktperson senest ved det andet ambulante fremmøde?

<sup>7</sup> <http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse.aspx>



---

*Vejledning til indikator 3 og 4*

Såfremt data findes i organisationens elektroniske systemer, foretager enheden audit af disse data 2 gange årligt. Indikatorerne opgøres hyppigere end hvert halve år, hvis dette er aftalt mellem regionerne og ministeriet. Såfremt indikatorerne ikke findes elektronisk, indgår de i den halvårlige journalaudit på kirurgiske, dagkirurgiske og andre somatiske samt psykiatriske enheder. For specifikation se bilag 3.

**Indikator 5 – psykiatri**

Der gennemføres audit på baggrund af De Landsdækkende Psykiatriundersøgelser vedrørende spørgsmålet: "Var du tilfreds med kontakten med din(e) kontaktperson(er)?"

**Indikator 5 – somatik**

Der gennemføres audit på baggrund af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) vedrørende spørgsmålet: "Oplevede du, at én eller flere kontaktpersoner på afdelingen (i ambulatoriet) havde særligt ansvar for dit forløb (undersøgelses-/behandlingsforløb)?"

---

**Trin 4:  
Kvalitetsforbedring**

**Indikator 6**

På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.4.

**Referencer**

1. Lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008, kap. 5. Bekendtgørelse af sundhedsloven med eventuelle senere ændringer
  2. Lovbekendtgørelse nr. 1111 af 1. november 2006 om anvendelse af tvang i psykiatrien med senere ændringer
  3. Aftale af 11. juni 2004 om amternes økonomi i 2005
-

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Henvi sning</b> <b>2.4.1 Henvi sninger</b>
<b>Standard</b>	Indholdet af en henvi sning er relevant og fyldestgørende.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patienten visiteres til relevant behandling</li> <li>• henvi sningen understøtter undersøgelse, behandling og pleje</li> <li>• henvi sningen medvirker til et veltilrettelagt patientforløb</li> </ul>
<b>Målgruppe (ansvarlig)</b>	Kliniske og administrative ledere og medarbejdere, der udfæ rdiger, modtager og visiterer henvi sninger fra interne og eksterne parter med henvi sningsret
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle kliniske og diagnostiske enheder samt henvi sende læger og andre med henvi sningsret
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b></p> <p>Der foreligger retningslinjer for henvi sning af såvel akutte som elektive patienter til institutionens ydelser.</p> <p>Retningslinjerne beskriver følgende oplysninger, som skal fremgå af henvi sningen, i det omfang det er relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientens stamdata og eventuel pårørende/væ rge</li> <li>• Henvi sningsdiagnose og relevante bidiagnoser</li> <li>• Problemformulering, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ kort anamnese med beskrivelse af objektive fund og relevante undersøgelsesresultater</li> <li>◦ eventuelle ønsker om prioritering på venteliste</li> <li>◦ den henvi sendes samlede vurdering</li> </ul> </li> <li>• Eventuelt særlige krav til undersø gelser, der skal være foretaget forud for henvi sning</li> <li>• Patientens aktuelle medicin (hvad patienten får/har taget af medicin); hvis dette ikke kan oplyses, skal det også fremgå af henvi sningen</li> <li>• Kendte allergier</li> <li>• Information givet til patienten og nærmeste pårørende/væ rge</li> <li>• Såfremt det drejer sig om psykiatriske patienter, oplyses det, om patienten er indforstå et med henvi sningen eller indlægges under tvang</li> <li>• Relevante sociale forhold, herunder sprog, eventuelt behov for tolkebistand og handicaps</li> <li>• Hvorfra og hvortil patienten henvi ses</li> <li>• Oplysning om den henvi sende læge/instans (navn, telefon og dato)</li> </ul> <p><i>Vejledning</i></p> <p>Retningslinjerne for henvi sning bør udarbejdes i et samarbejde mellem de involverede parter.</p>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<p><b>Indikator 2</b></p> <p>Retningslinjerne er lettilgængelige for henvi sende læger og andre med henvi sningsret, f.eks. på institutionens hjemmeside.</p>
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<p><b>Indikator 3</b></p> <p>Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Er henvi sningen i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1?".</p> <p><i>Vejledning</i></p> <p>Indikatoren indgår i den halvår lige journalaudit på kirurgiske, dagkirurgiske og andre somatiske samt psykiatriske enheder. For specifikation se bilag 3.</p>
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<p><b>Indikator 4</b></p> <p>På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksæ ttelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitetsforbedring, standard 1.2.4.</p>

## Referencer

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Kvalitets- og risikostyring 1.2.4 Kvalitetsforbedring</b>
<b>Standard</b>	Ledelsen prioriterer og implementerer forbedringer og ny viden på områder, hvor den målte kvalitet ikke er i overensstemmelse med kvalitetsmålet, eller der er erkendt risiko for personskade.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at intern og ekstern viden om forbedringsmuligheder omsættes til handling
<b>Målgruppe (ansvarlig)</b>	Alle ledere og kvalitetsorganisationen
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele institutionen
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger planer for, hvordan der tages beslutninger og prioriteres, hvis den målte kvalitet ikke er i overensstemmelse med kvalitetsmålet, eller der er erkendt risiko for personskade. Planerne beskriver, hvordan ledelsen sikrer, at: <ul style="list-style-type: none"> <li>• institutionens særlige fokusområder for kvalitetsudvikling prioriteres</li> <li>• prioriteringen af indsatser baseres på data fra kvalitetsovervågningen</li> <li>• ansvaret for udarbejdelse af årsagsanalyser og handleplaner afklares</li> <li>• årsagen til manglende målopfyldelse konstateres</li> <li>• relevante parter deltager i arbejdet med at finde løsningen på manglende målopfyldelse og stimuleres til kontinuerlig udvikling</li> </ul>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere arbejder efter planerne.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> På identificerede og prioriterede fokusområder monitoreres mønstre og tendenser over tid, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.3.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> På baggrund af den samlede kvalitetsovervågning udarbejdes på institutions- og enhedsniveau handleplaner for kvalitetsforbedringer. Handleplanerne afspejler ledelsens prioritering af de identificerede kvalitetsbrist. Handleplanerne beskriver som minimum følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete mål for indsatsen</li> <li>• Hvilke tiltag der skal gennemføres</li> <li>• Tidsramme for gennemførelsen</li> <li>• Hvem der er ansvarlig for gennemførelsen</li> <li>• Midler der er til rådighed for gennemførelsen</li> <li>• Overvågning af målopfyldelsen</li> <li>• Hvem der er ansvarlig for opfølgning</li> </ul>
<b>Referencer</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet: fælles mål og handleplan 2002-2006. Sundhedsstyrelsen</li> <li>2. Bekendtgørelse nr. 575 af 21. juni 2001, kap 4, § 32, om virksomhedernes sikkerheds- og sundhedsarbejde med senere ændringer</li> <li>3. Vejledning nr. 10088 af januar 2005 om arbejdspladsvurdering At-vejledning D.1.1</li> </ol>

# Bilag 3

## Eksempler på udarbejdede retningslinjer

Først er angivet den regionale retningslinje for kontaktpersonordningen, dernæst en lokal retningslinje for kontaktpersonordningen, der er udarbejdet på Regionshospitalet Randers og Grenaa på baggrund af den regionale retningslinje, og til sidst en lokal instruks, der er udarbejdet på baggrund af den lokale retningslinje.

Retningslinjerne er udarbejdet for at efterkomme indikator 1 i standard 2.3.2 (se evt. bilag 2, side 24)

### 2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson, regional retningslinje

Gælder for Region Midtjylland

#### Formål

Formålet er at sikre:

- at der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet og koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb
- at patienter og pårørende informeres om forløbet
- at patient og pårørende aldrig er i tvivl om, hvor de kan henvende sig for information
- at ingen patient efterlades i et tomrum i patientforløbet

#### Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

Sundhedsprofessionelle.

#### Definition af begreber

##### *Kontaktperson*

Hospitalsansat person, der er udpeget til at varetage nedenstående opgaver.

##### *Sundhedsfaglig person*

Autoriseret sundhedsperson eller en person, der handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar, for eksempel pædagog og socialrådgiver.

#### Fremgangsmåde

Den sundhedsfaglige kontaktperson skal:

- være direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirker ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)
- have et godt kendskab til den organisatoriske ramme for det relevante patientforløb
- have indsigt i og kunne få overblik over den konkrete patients forløb
- sikre, at patienten og pårørende får information om udredning, undersøgelser, behandling og pleje
- give svar på patient og pårørendes spørgsmål eller sørge for, at de får svar på anden vis
- formidle kontakt til relevante personer i behandlingsforløbet
- medvirke til at udskrivelsen planlægges

Kontaktpersonordningen organiseres, så det sikres, at:

- indlagte patienter altid tildeles en sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen

- ambulante patienter med mere end ét ambulante besøg altid tildeles en sundhedsfaglig kontaktperson senest ved 2. ambulante besøg
- navnet på den sundhedsfaglige kontaktperson oplyses til patienten både mundtligt og skriftligt (udlevering af fulde navn kan i meget sjældne tilfælde fraviges, såfremt det skønnes nødvendigt af hensyn til personsikkerhed)
- patienten oplyses om, hvad ordningen indebærer mundtligt og skriftligt
- funktionen som sundhedsfaglig kontaktperson altid overdrages ved fravær og i forbindelse med overflytning
- kontaktpersonfunktionen varetages af en enkelt sundhedsfaglig person eller et sundhedsfagligt team
- funktionen som sundhedsfaglig kontaktperson ophører, når patienten afsluttes/udskrives fra hospitalet/psykiatrien, med mindre andet vedtages lokalt. Herefter overtager egen læge funktionen.

Idet patienternes behov er forskellige, skal ovenstående suppleres med yderligere elementer, hvis det er nødvendigt for, at den enkelte patient oplever et godt og sammenhængende forløb. De supplerende elementer kan bestå i, at kontaktpersonen tildeles yderligere opgaver/ansvarsområder, eller at kontaktpersonen skal besidde bestemte kompetencer.

Hospitalet/psykiatrien vurderer systematisk, for hvilke afdelinger eller patientgrupper det som regel vil være nødvendigt med supplerende elementer. Og hvor dette er tilfældet, beskrives dette i en retningslinje eller instruks, der gælder specifikt for afdelingen eller patientgruppen.

Når en patient modtages, vurderes det desuden altid, om den givne patient på grund af særlige forhold har brug for, at kontaktpersonordningen har supplerende elementer, og det efterleves i givet fald.

### **Dokumentation**

Tildeling af kontaktperson dokumenteres i patientjournalen, så det fremgår, hvem der er kontaktperson, og om kontaktpersonen er tildelt senest 24 timer efter indlæggelsen eller ved det andet ambulante fremmøde.

Eventuelle afvigelser fra retningslinjen skal fagligt begrundes og dokumenteres.

### **Ansvar**

Det er hospitals-/psykiatri- og socialledelsens ansvar, at denne retningslinje følges, og at eventuelle afvigelse herfra dokumenteres.

Ansvaret for den konkrete opgave med at tildele kontaktperson og varetage opgaven med at være kontaktperson fremgår af retningsgivende dokument eller instruks på hospitals- eller afdelingsniveau.

### **Referencer**

Lov 2008-06-18 nr. 538 om ændring af sundhedsloven

Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglige virksomhed og lov om fødevarer, §90, kapitel 23a

Psykiatriloven (LBK nr. 849) af 2. december 1998

[Akkrediteringsstandard 2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson](#)

Kilde (12.12.09): <http://e-dok.rm.dk>

## Kontaktpersonordningen, lokal retningslinje

Gælder for Regionshospitalet Randers og Grenaa

### Formål

Formålet med kontaktpersonordningen er at sikre:

- Koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb
- Information til patient og pårørende om forløbet

### Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

- Alle patienter der har været indlagt i mere end 24 timer.
- Alle ambulante patienter der har mere end et ambulant besøg.

Definition af begreber

#### *Kontaktperson*

Hospitalsansat person, der er udpeget til at varetage nedenstående opgaver.

#### *Sundhedsfaglig person*

Autoriseret sundhedsperson eller en person, der handler på en autoriseret sundhedspersons ansvar, for eksempel pædagog og socialrådgiver.

### Fremgangsmåde

#### Kontaktpersonens opgave

Det er kontaktpersonens ansvar at sikre kontinuitet i patientforløbet. Kontaktpersonen skal have overblik over patientens undersøgelse, behandling og pleje og dermed være i stand til at besvare eventuelle spørgsmål eller sørge for at patienten får svar af rette vedkommende. Kontaktpersonen skal sikre en god overgang til eventuelle andre afsnit, afdelinger eller sygehuse, samt sikre patienten en god udskrivelse fra Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Grenaa.

Som kontaktperson er man juridisk ansvarlig for at følge gældende retningslinjer for kontaktpersonordningen samt som sundhedsfaglig person i lighed med almindelig praksis. Det betyder blandt andet at man ikke er juridisk ansvarlig som kontaktperson uden for vagt, hvis man i øvrigt har fulgt gældende retningslinjer og levet op til sit ansvar som kontaktperson i sin vagt.

#### Fælles retningslinjer på Regionshospitalet Randers og Grenaa

De fælles retningslinjer på Regionshospitalet Randers og Grenaa overholder som minimum kravene fra Lov nr. 538 af 17/06/2008 om ændring af Sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer, §90a, Kapitel 23a samt den [regionale retningslinje for kontaktpersonordningen](#).

- Ved indlæggelse skal der udpeges en kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen
- Ambulante patienter med mere end et ambulant besøg skal have udpeget en kontaktperson senest ved andet besøg
- Kontaktpersonen skal være direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirke ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)

- Kontaktpersonen udvælges på baggrund af afsnittets lokale retningslinjer
- Patienten skal oplyses om, hvad ordningen indebærer både mundtligt og skriftligt
- Navnet på kontaktpersonen skal oplyses til patienten både mundtligt og skriftligt (eksempelvis kontaktkort) samt dokumenteres i journalen
- I journalen skal det dokumenteres
  - at patienten har fået udleveret et kontaktkort med kontaktpersonens navn. Hvis dette fraviges, skal der gives en begrundelse
  - hvilken dato patienten har fået udleveret kontaktkortet
  - hvem der er kontaktperson (initialer accepteres)
- De lokale retningslinjer skal beskrive, hvor i journalen data om kontaktpersonen noteres, og hvem der er ansvarlig for dokumentationen
- Kontaktpersonfunktionen kan varetages af en enkelt sundhedsfaglig person eller et sundhedsfagligt team
- I forløb, der involverer inddragelse af andre afdelinger/afsnit, er det stamafsnittet, der har ansvaret som kontaktperson. Der kan ved indlæggelse på f.eks. Intensiv afsnit også være en kontaktperson herfra
- Ved overflytning til andet afsnit overdrages ansvaret som kontaktperson
- Kontaktkort kan sidestilles med mødekort med de samme oplysninger, dog skal der på mødekortet stå "kontaktkort" samt navnet på kontaktpersonen
- Patienter med flere uafhængige forløb på sygehuset kan have flere kontaktpersoner og kontaktkort
- Kontaktkort kan udleveres til pårørende, hvis personalet vurderer, at patienten ikke er i stand til at modtage eller forstå kontaktkortet
- Efter udskrivelse gælder kortet i overensstemmelse med afsnittets lokale retningslinjer
- Efterladte pårørende skal altid have et kontaktkort

Kontaktkort kan rekvireres på Indkøbskontoret på Regionshospitalet Randers.

### **Lokale retningslinjer for kontaktpersonordningen**

Alle afdelinger skal have en instruks for følgende områder:

- Hvem der kan udpeges til kontaktperson/team
- Hvem der har ansvaret for at udlevere kontaktkort
- Hvem der har ansvaret for at dokumentere kontaktpersonen
- Hvor kontaktpersonen skal registreres i journalen
- Hvor længe kontaktpersonordningen gælder efter udskrivelse eller afsluttet ambulans forløb

### **Monitorering af kontaktpersonordningen**

Hvert kvartal skal der foretages journalaudit på kontaktpersonordningen på minimum 15 tilfældigt udvalgte journaler for på alle sengeafdelinger og ambulatorier.

Der er lavet en fordelingsnøgle, der angiver hvilke sengeafsnit og ambulatorier, der skal auditeres i løbet af året, for at sikre at alle afsnit auditeres mindst to gange årligt. Der er ligeledes lavet et skema, der kan benyttes ved audit.

[📎Kontaktperson-auditskema.doc](#) (vedlagt nedenfor)

### **Dokumentation**

Kontaktpersonen skal dokumenteres i patientens journal i følge lokale retningslinjer.

## Ansvar

Afdelingsledelserne har ansvaret for at afdelingerne følger retningslinjen.

## Referencer

Lov nr. 538 af 17/06/2008 om ændring af Sundhedsloven, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om fødevarer, §90a, Kapitel 23a

Den Danske Kvalitetsmodel: [akkrediteringsstandard 2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson](#)

Danske Regioner: [Fælles definition og målemetode for opgørelse af kontaktpersonordningen](#)

## Kontaktperson-auditskema

Ved audit af kontaktpersonordningen på Regionshospitalet Randers og Regionshospitalet Grenaa skal 15 journaler per afsnit eller ambulatorium gennemgås for dokumentation af kontaktperson. Hver afdeling har udarbejdet en retningslinje for dokumentationen, og det er denne retningslinje, der skal benyttes ved auditten.

Auditten kan foretages på 15 patienter der er indlagt/udskrevet eller er til ambulant besøg, der lever op til kriterierne for tildeling af kontaktperson.

Nedenstående liste skal udfyldes for hvert afsnit eller ambulatorium, der indgår i auditten, og sendes til Kvalitetskonsulent Annette Bjerre i Kvalitets- og forskningsafdelingen.

<b>Dato</b>	
<b>Afdeling</b>	
<b>Afsnit</b>	
<b>Udført af</b>	

<b>CPR-nummer</b>	<b>Navn</b>	<b>Dokumentation Ja/Nej (+/-)</b>

Kilde (12.12.09): <http://e-dok.rm.dk>



## Lokal instruks for udlevering af Kontaktkort

Gælder for Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Randers og Grenaa

### Formål

At sikre:

- koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb
- information til patient og pårørende om forløbet

### Patientgruppe/Patientforløb/Anden målgruppe

Ambulante patienter der har mere end et besøg i ambulatoriet.

Indlagte patienter der er indlagt mere end 24 timer.

### Definition af begreber

#### Fremgangsmåde

##### Ambulante patienter:

Patienter med mere end et ambulat besøg skal have udleveret kontaktkort.

Ved første besøg i ambulatoriet udleveres kontaktkort.

- Mødetidskort til ortopædkirurgisk ambulatorium med ny tid og telefonnummer til sygeplejekontoret i ambulatoriet.

- Kontaktkort med navn på lægelig kontaktperson og med telefonnummer til sekretariatet

Kun overlæger og afd.læger kan være kontaktpersoner jævnfør liste nedenfor.

Kontaktkortet er gældende så længe patienten har et forløb i afdelingen og indtil ca. 8 dage efter afslutning af forløb (til vi er sikre på, at egen læge har modtaget epikrise) - herefter henvises patienten til egen læge.

##### Indlagte patienter:

Alle patienter får senest 24 timer efter indlæggelsen udleveret et kontaktkort med sengeafsnittets telefonnummer og kontaktpersons navn (afdelingssygepl.) Desuden kontaktkort med navn på behandlingsansvarlige læge og telefonnummer til sekretariatet.

Kontaktkort kan udleveres til pårørende såfremt patienten er ude af stand til at tage vare på sig selv. Efterladte pårørende skal altid have et kontaktkort

Patienter der har fået udarbejdet genoptræningsplaner får desuden kort med navn på genoptræningsansvarlig person (fysioterapeut/ergoterapeut).

- Skuldersektoren v. Janne Ovesen.
- Idrætssektoren v. Hans Boie og Galib Hashem
- Hoftesektoren v. Kjeld Nielsen og Shahin Behzadi
- Børne ortopædi v. Kjeld Nielsen.
- Fodsektoren v. Jørn Jensen og Shirzad Ghadami
- Knæsektoren v. Strange Nielsen
- Sårpatienter v. Erik Valen.
- Håndsektoren v. Erik Valen.

- Traumesektor v. Kristian Bilgrav
- Gipsestuen og skadeambulatoriet i Grenå v. Kristian Bilgrav
- Variceklinikken v. Steen M. Mogensen
- Ambulatoriet Grenå: Hans Boie
- Patienter der ikke kan rubriceres: Jørn Jensen
- Indlagte patienter i Grenå: For ortopædkirurgisk patienter følges systematikken fra Randers. Medicinske patienter og andre bibeholder kontaktperson tildelt under indlæggelse på respektive afdelinger.

### **Indbragte døde:**

Pårørende får i dag i skadestuen udleveret pjece med navn på sygeplejerske og tlf. nummer. Denne praksis fortsættes. Vedr. lægekontakt henvises til praktiserende læge.

### **Klinikgangen:**

Kontaktkort udleveres til samme grupper som ovenstående.  
Overlæger er kontaktpersoner.

- Øjensygdomme v. Kristian Næser og Jan Kjær Pedersen
  - Øre-, næse- halssygdomme v. John Wildt og Jesper P. Møller
- Telefonnummer til sekretariat, der henviser til daglig træffetid kl. 14.30 – 15.00.

### **Generelt:**

På kontaktkortene påsættes label med kontaktpersonens navn. Der er lavet en mappe med alle relevante navne til hvert afsnit.

### **Dokumentation**

Sygeplejersker udleverer kontaktkort og registrerer på sengeafsnit RRA/Grenå samt klinikgang på sygeplejersjournalens forside, i ortopædkirurgisk ambulatorium på sygeplejedokumentationsark, med angivelse af hvem der er kontaktperson (initialer), dato for udlevering og signatur fra den der har udleveret. Udleveres der ikke skal det begrundes.

### **Ansvar**

Lægelig kontaktperson er altid en overlæge/afdelingslæge.

### **Referencer**

Retningslinjer for "Udlevering af kontaktkort på Regionshospitalet Randers /Grenå".

Kilde (12.12.09): <http://e-dok.rm.dk>

---

