

Region Midtjylland

**Høring af Den Danske Kvalitetsmodel**

## **Bilag**

**til Regionsrådets  
møde den 20. juni 2007**

**Punkt nr. 16**

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet  
Olof Palmes Allé 13, 1.th.  
8200 Århus N

## Hørings svar vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel

### Overordnet vurdering af det samlede høringsmateriale

**1.** Region Midtjylland hilser udkastet til indholdet i Den Danske Kvalitetsmodel velkommen. Regionen støtter ideen om at indføre en fælles dansk kvalitetsmodel og finder, at der er gode intentioner bag modellen, som den foreligger. Videre vurderes intentionerne i hovedparten af standarderne - særligt de generelle og de sygdomsspecifikke - at være både relevante og væsentlige i forhold til patientforløb på hospitalerne.

Dato 23.05.2007

Charlotte Toftgård Nielsen

Tel. +45 8728 4842

charlotte.toftgaard@stab.rm.dk

Side 1

Region Midtjylland vurderer imidlertid, at der i høringsmaterialet generelt lægges op til en grad af detail- og regelstyring, der vil begrænse det ledelsesmæssige råderum og muligheden for værdistyring. Denne kontroltilgang med fokus på procesmål synes at kollidere med de principper om værdibaseret ledelse, som er fremherskende i Danmark. Det bør også seriøst overvejes, om Den Danske Kvalitetsmodel på dette punkt går i en anden retning end den sideløbende debat om en kvalitetsreform af den offentlige sektor, som bl.a. tager afsæt i etableringen af en grundlæggende tillid til, at aktørerne i den offentlige sektor - medarbejdere og ledere - er i stand til at træffe fornuftige beslutninger og arbejde effektivt med en høj faglighed. Dette vil blive klarere, når udspillet vedrørende kvalitetsreformen endeligt foreligger.

Region Midtjylland finder det desuden væsentligt at påpege, at Den Danske Kvalitetsmodel, som den nu foreligger, er så omfangsrig, at det vil kræve overordentligt mange ressourcer på hospitalerne at leve op til kravene i den.

I en tid, hvor de danske hospitaler har store problemer med at rekruttere det nødvendige personale, og hvor det eksisterende personale desuden mange steder er presset af registreringskrav og rutineopgaver, findes den detailstyring, som kvalitetsmodellen mange steder lægger op til, at være u hensigtsmæssig. Den store, ekstra administrative byrde, der i en række af standarderne pålægges klinikken, vil utvivlsomt konkurrere med ressourcerne til den faglige

kerneydelse.

Region Midtjylland har udarbejdet et bud på de økonomiske omkostninger ved at implementere Den Danske Kvalitetsmodel i sin nuværende form baseret på regionens forståelse af modellens nuværende standarder. Udgifterne alene i Region Midtjylland anslås at løbe op i ca. 190 mio. kr. om året, hvori ikke er medregnet merudgifter til øget dokumentation samt hovedparten af merudgifterne til den nødvendige uddannelse af personalet.

Implementeringsudgifter i denne størrelsesorden vil selvsagt kræve enten, at der tilføres regionerne væsentlige ressourcer i form af større bevillinger, eller at der gives mulighed for, at det enkelte hospital kan foretage (om)prioriteringer i form af at flytte eksisterende personale til arbejdet med implementering af kvalitetsmodellen. Dette vil indebære, at alle eksisterende ressourcer til udviklings-/kvalitetsprojekter skal kanaliseres over i arbejdet med modellen, ligesom det som nævnt vil tage ressourcer fra det kliniske arbejde.

Forbeholdene vedrørende ledelsestilgang og ressourcer tillige med en række specifikke bemærkninger til de enkelte standarder samt bemærkningerne nedenfor under forståelighed, struktur og overskuelighed giver anledning til at overveje, i hvilken takt modellen skal implementeres.

Region Midtjylland finder således, at det i høj grad bør overvejes at indføre Den Danske Kvalitetsmodel trinvist ud fra en målrettet prioritering. Region Midtjylland finder det ikke afgørende, at dette eventuelt vil have indflydelse på, hvornår modellen vil kunne godkendes i henhold til ISQua-principperne (The International Society for Quality in Health Care).

Region Midtjylland anbefaler, at hovedprioriteten i første akkrediteringsrunde lægges på de standarder, der forventes at opleves som mest meningsfulde for klinikerne og umiddelbart at få størst betydning for patienterne. Det vil formentlig være de standarder, som kan relateres til Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) og til Operation Life, suppleret med enkelte grundlæggende procesorienterede standarder som "Politikker og retningslinjer" og "Journalføring". For disse standarder bør implementeringen af alle trin gøres obligatorisk. Herudover kunne det overvejes at stille krav om implementering af trin 1 for hovedparten af standarderne - dvs. de standarder der på baggrund af høringen og eventuelt pilottesten ses som meningsfulde og gennemarbejdede, og som ikke forventes at komme til at kollidere med værdierne bag den kommende kvalitetsreform.

I forhold til at målrette ressourceforbruget og til i højere grad at tilpasse modellen en dansk ledelsesfilosofi finder Region Midtjylland desuden, at der i standarderne i almindelighed og for de organisatoriske standarder i særdeleshed bør være færre mål vedrørende proces og organisation og flere vedrørende outcome, eller det man kunne kalde den direkte effekt for patienterne. Herved vil der kunne fokuseres mere på datadrevet kvalitetsforbedring og på standarder og indikatorer med dokumenteret effekt, hvilket er en afgørende forudsætning for at motivere personalet og opnå kvalitetsgevinster for patienterne. Det kan herunder overvejes at arbejde med en model, hvor der kun stilles krav til processen i den situation, hvor resultatmål/mål for outcome ikke overholdes.

**2.** Videre anbefaler Region Midtjylland, at høringsmaterialet, som det foreligger, underkastes en grundig gennemskrivning. Der bør således arbejdes på at opnå større skarphed, entydighed

og ensartethed i standarderne generelt og i særdeleshed i forhold til bl.a. definitioner af begreber, jf. nedenfor.

Gennemskrivningen bør foretages ud fra en klar definition af henholdsvis en standard og en indikator. Indikatorerne er i høringsmaterialet ofte formuleret som en metode uden angivelse af, hvad der præcist skal måles på. Det betyder, at indholdet i sin nuværende form er for upræcist til, at man i klinisk praksis kan indsamle data og dermed dokumentere opfyldelsen af en gældende standard.

**3.** I relation til trin 2 i kvalitetsmodellen bemærker Region Midtjylland, at kravet til dokumentation for, at personalet har modtaget undervisning i eller er bekendt med retningslinjerne i flere tilfælde er upræcist beskrevet. Det bør være tydeligt hvilke krav, der stilles til dokumentation - også i de tilfælde, hvor det er op til det enkelte hospital, som så fx skal beskrive det i den tilhørende retningslinje, eller hvor dokumentationen udelukkende sker ved surveyet.

Endvidere er der behov for, at det tydeligt af den enkelte standard fremgår, om der kræves et bestemt niveau for undervisning og uddannelse af personalet og i givet fald hvilket niveau.

**4.** For så vidt angår trin 3 i kvalitetsmodellen, finder Region Midtjylland, at den krævede dokumentation for den løbende kvalitetsovervågning er alt for omfattende. Særligt anbefales det, at de mange journalaudits, som kræves under dette trin, samtænkes og reduceres i antal, da de i høringsmaterialet forekommer uhensigtsmæssigt ressourceintensive at gennemføre.

Det bør generelt for kvalitetsmodellens audits gælde, at de kun skal foretages én gang årligt og evt. efter første akkrediteringsrunde kun i tilfælde, hvor der på et område er konstateret problemer med det patientrettede outcome, jf. ovenstående overvejelser vedrørende ledelsesfilosofi og ressourceforbrug.

Det er endvidere i høringsmaterialet under forskellige standarder anført, at 15, 20 eller 30 journaler udvælges til audit. Antallet af udvalgte journaler bør ensrettes. Det bør endvidere for en given organisatorisk enhed gælde, at der ud fra de udvalgte journaler kan auditeres på alle relevante indikatorer.

Endelig bør det præciseres, på hvilket organisatorisk niveau en given journalaudit finder sted, og der bør være ensartethed med hensyn til systematikken i, om audit er prospektive og retrospektive.

Det foreslås på baggrund af ovennævnte bemærkninger, at der i kvalitetsmodellen tilføjes en standard vedrørende journalaudit, hvori de nærmere retningslinjer for udvælgelse af journaler og gennemførelse af journalaudit beskrives, og som der henvises til i de øvrige standarder, som foreskriver audit.

I forhold til ressourceforbruget i forbindelse med trin 3 bør en trinvis implementering af modellen også medvirke til, at trin 3 i så stort omfang som muligt kan efterleves ved direkte overførsel af data fra de patientadministrative systemer. Dette vil således i en række tilfælde kræve en tilretning af systemerne, herunder af IKAS's IT-system til indberetning af data (TAK-

systemet - Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling), hvilket ikke forventes at kunne nås inden første runde af akkrediteringen.

**5.** Vedrørende de generelle (1.1.1 - 1.16.5) og organisatoriske (3.1.1 - 3.9.3) standarder finder Region Midtjylland, at tidsfrister for evaluering, opfølgning mv. bør fastsættes decentralt og fremgå af de i hver standard omtalte retningslinjer og ikke af selve standarden. Undtaget herfra er journalaudits og patienttilfredsundersøgelser, hvis frekvens og omfang systematisk bør fremgå af standarderne.

**6.** I forhold til de sygdomsspecifikke standarder (2.1.1 - 2.11.3) støtter Region Midtjylland den måde, man har valgt at indarbejde NIP i Den Danske Kvalitetsmodel, og regionen bifalder i høj grad, at disse sygdomsspecifikke områder er indarbejdet i modellen.

Regionens hospitaler har benyttet lejligheden til i varierende omfang at komme med bemærkninger til de kliniske indikatorer under standarderne. Under de enkelte standarder viderebringer regionen en del af disse, idet vi forventer, at bemærkningerne overbringes til sekretariatet for NIP, der kan tage dem med i det ordinære arbejde med ajourføring af NIP-standarderne.

I forbindelse med de sygdomsspecifikke standarder bør det endvidere præciseres, om det udelukkende er patientens stamafdeling, som skal opfylde standarden, eller også den afdeling, hvor patienten aktuelt er indlagt (fx i forbindelse med ophold på intensiv afdeling).

### **Bemærkninger til høringsmaterialets struktur og overskuelighed**

Høringsmaterialet bærer præg af, at forskellige temagrupper har deltaget i udarbejdelsen af indholdet, hvilket i nogle tilfælde betyder, at der er indholdsmæssigt overlap mellem standarderne. Dette vurderes fx at være tilfældet for standard 1.9.3 og 1.9.4, 1.10.1 og 1.10.3, 1.9.2 og 3.2.9, 1.4.2 og 1.9.3 samt 3.1.5, 3.1.6, 3.2.7 og 3.2.8.

Der bør derfor som led i den ovenfor foreslåede gennemskrivning af standarderne tænkes på tværs af temaer og de enkelte standarder for derved at behandle beslægtede krav i én standard.

Der ønskes en større systematik og gennemskuelighed i brugen af referencer i standarderne. Således findes referencerne nogle steder i teksten, andre steder alene i referencelisten og atter andre steder alene via links (fx 1.2.2). Antallet af elektroniske links til de udvalgte referencer bør maksimeres, ligesom det bør sikres, at der refereres til de nyeste relevante publikationer på hvert område, hvilket ikke altid er tilfældet. Eksempler herpå nævnes i forbindelse med bemærkningerne til de enkelte standarder.

Litteraturhenvisningerne kan med fordel ændres, således at der kommer en lettilgængelig og entydig henvisning til dokumentation for standardernes effekt, hvilket er vigtigt for, at afdelingerne vil opleve den enkelte standard som relevant.

Det kan af hensyn til materialets overskuelighed overvejes at fremhæve nøgleord i den enkelte standard med fed skrift.

### **Bemærkninger til høringsmaterialets forståelighed**

Region Midtjylland finder, at alle standarder bør gennemgås med henblik på fjerne uforklarede forkortelser, ligesom omfanget af engelske termer bør minimeres. Det forudsættes endvidere, at relevansen af henvisninger og anvendte begreber (fx Operation Life) revurderes ved fremtidige revideringer af kvalitetsmodellen.

Videre vurderes der at være behov for en begrebs- og definitions håndbog til modellen. En del beslægtede begreber er muligvis udtryk for kvalitetsmodellens tilblivelse, jf. ovenfor. I så fald bør der sikres større ensartethed. I modsat fald bør den nærmere betydningsforskel defineres.

Særligt bør alle begreber under "Målgruppe" og "Anvendelsesområde" defineres og om nødvendigt harmoniseres. Fx findes begreberne "hele sygehuset", "alle niveauer i organisationen" og "alt personale" hhv. "den øverste ledelse" og "sygehusledelsen" at blive benyttet tilfældigt i standarderne.

Videre bør betydningsforskellen mellem "retningslinjer" og "kliniske retningslinjer" forklares, ligesom der i standarderne klart bør redegøres for, mod hvilket niveau i organisationen en standard er rettet, herunder skelnes mellem afdeling og afsnit.

Endvidere skal begreberne "retningslinjer" og "instruks" hhv. "patientjournal" bruges stringent i hele kvalitetsmodellen i forhold til de definerende standarder (3.5.1 hhv. 3.6.1).

Endelig findes en række begreber - fx "relevant", "fyldestgørende", "tilstrækkeligt" og "øjeblikkeligt" - at være så upræcise, at brugen bør genovervejes. Alternativt bør den nærmere afgrænsning defineres i de enkelte standarder.

Hvor der foreligger lovgivning på området (eksempelvis standard 1.9.2), er det vigtigt, at ordlyden i standarden er i overensstemmelse med lovteksten.

I forbindelse med indikatorerne er der i flere tilfælde - specielt under trin 3 - usikkerhed vedrørende målemetoder og tests. Dette bør ekspliciteres forud for en akkrediteringsrunde, hvor en given standard skal implementeres, således at hospitalerne og klinikkerne kender præmisser og metoder for måling og kontrol.

Terminologien bør være konsekvent med hensyn til brugen af "sygehus" eller "hospital". Sidstnævnte optræder i standarderne 1.1.1; 1.1.2, 1.15.2, 3.1.1 og 3.7.2.

### **Bemærkninger til høringsmaterialets konsekvenser for daglig praksis**

Det anses for en fordel, at det med kvalitetsmodellen bliver mere synligt, hvilke krav og forventninger der stilles til personalet i sundhedsvæsenet, ligesom det må antages, at nyansat personale får lettere og hurtigere introduktion til kravene til og vilkårene for arbejdets udførelse. Endvidere vurderes implementeringen af kvalitetsmodellen at være en god lejlighed til at få ryddet og strammet op i de eksisterende vejledninger, instrukser og retningslinjer på hospitalerne

Region Midtjylland finder det vanskeligt at vurdere, hvordan implementeringen af det faglige indhold kvalitetsmodellen vil påvirke det daglige arbejde. Dette skal ses i lyset af den ovenfor anførte bemærkning om, at det ikke i tilstrækkelig (ensartet) grad af høringsmaterialet

fremgår, hvor meget der kræves for at opnå akkreditering. Der er således ofte ikke opgivet konkrete tærskelværdier eller beskrevet, hvordan evt. tærskelværdier vil blive anvendt. Der forekommer desuden at være en række implicitte krav i indikatorerne, der vedrører det faglige indhold, men hvor det ikke er helt tydeligt, om der reelt er tale om krav. Et eksempel på dette er standard 1.14.3, hvor det er uklart, om der er et krav om, at patienterne skal have tilbudt kost 24 timer i døgnet.

Herudover forventes modellen som nævnt ovenfor at få konsekvenser for daglig praksis ved, at implementeringen af modellen og herunder kravene til dokumentation og kontrol vil kræve mange ressourcer.

Hvorvidt dette ressourceforbrug vil stå mål med de mulige gevinster for patienterne, er det ikke muligt på nuværende tidspunkt at vurdere; men det kan godt med modellens nuværende udformning betvivles.

### **Andet**

Det bemærkes, at standarderne overordnet vurderes at være baseret på en somatisk tankegang, hvilket kan volde problemer i psykiatrien, når det kommer til implementeringen.

Der lægges i høringsmaterialet op til nye analyser, fx bortfaldsanalyser og pårørendeundersøgelser. Dette vurderes at være interessante vinkler, men vil medføre et omfattende arbejde. Det bør derfor nøje overvejes, om disse analyser bør udgå af første runde af akkrediteringen.

Der kan desuden overvejes, om der ved anvendelsen af patienttilfredshedsundersøgelser - såvel landsdækkende som lokale - bør fastlægges en minimumsbesvarelsesprocent, for at disse undersøgelser kan tillægges betydning. Endvidere bør det nøje overvejes, i hvilke indikatorer der skal indgå krav om evaluering i form af patienttilfredshedsundersøgelser. Det bør herved undgås, at undersøgelserne bliver for omfattende med deraf følgende risiko for lavere svarprocenter.

### **Forslag til nye temaer**

I forlængelse af de indledende bemærkninger ønsker Region Midtjylland, at hovedvægten i fremtidige revisioner af kvalitetsmodellen lægges på de sygdomsspecifikke standarder og øvrige standarder med tydelig relevans for outcome.

Det kan i den forbindelse overvejes at udvide patientperspektivet til at inkludere forhold på hospitalet så som fysiske rammer, støj, etik osv.

Det bør klart overvejes, om det i regi af Sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg, som arbejder med kvalitetsmonitorering af speciallægeuddannelsen, skal indtænkes i kvalitetsmodellen. Det vurderes således mere håndterbart, hvis dette evalueringssystem indarbejdes i et bestående kvalitetsmonitoreringssystem, ligesom det vil bidrage til at fremtidssikre systemet.

### **Forslag til nye standarder**

Det kan overvejes at udarbejde standarder vedrørende følgende forhold, alternativt at indarbejde dem i relevante eksisterende standarder:

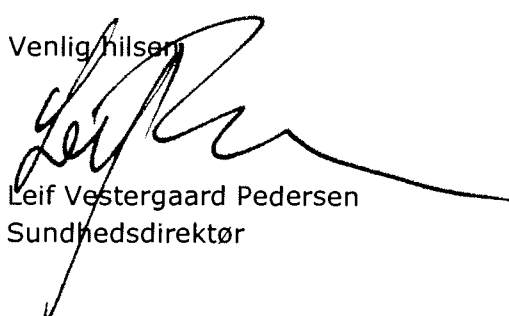
- Samarbejdet med primær sektor, herunder særligt kommunerne
- Pædiatriområdet
- Fysio- og ergoterapiområdet
- Antibiotika: midler, dosis, IV/CVK
- Non Invasiv Ventilation (NIV) behandling
- Sedationsstrategier på intensiv afdeling
- Tromboseprofylakse
- Blodkomponent-/transfusionsterapi
- Hjælpemidler og behandlingsredskaber, jf. Hjælpemiddelcirkulæret af 20.12.2006, evt. som en udvidelse af standarden vedr. apparatur og teknologi (3.9.1).
- Sikkerheds- og konflikthåndtering
- Forskning og udvikling

For så vidt angår det psykiatriske område foreslås det, at der under sygdomsspecifikke patientforløb udarbejdes en standard for spiseforstyrrelser, hvor der foreligger et referenceprogram og en standard for ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder) hos børn og unge, hvor referenceprogrammet forventes at foreligge i 2008.

Ligeledes foreslås det, at der udarbejdes standarder for hhv. depression, angst og tvang samt spiseforstyrrelser.

Region Midtjylland skal i øvrigt henvise til bemærkninger til de enkelte standarder, som er fremsendt elektronisk d.d. til Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

Venlig hilsen



Leif Vestergaard Pedersen  
Sundhedsdirektør



## Akkreditering af det danske sundhedsvæsen

Dato: 1. juni 2007

Sagsbehandler: Elin Kallestrup

Tel. +45 8728 4846

elin.kallestrup@stab.rm.dk

Journalnr.: 1-11-72-3-07

Side 1

### 1. Baggrund

Akkreditering af det danske sundhedsvæsen skal opnås gennem arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som er en overordnet model<sup>1</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, hvis medlemmer er:

- **Jesper Fisker** - Administrerende direktør, Sundhedsstyrelsen (formand)
- **Jens Elkjær** - Sundhedsdirektør, Danske Regioner (næstformand)
- **Lone Christiansen** - Direktør, Danske Regioner
- **Lone de Neergaard** - Kontorchef, Sundhedsstyrelsen
- **Vagn Nielsen** - Afdelingschef, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
- **Pernille Slebsager** - Stabsdirektør, Danske Regioner
- **Erling Friis Poulsen** - Afdelingschef, Kommunernes Landsforening (tilforordnet medlem)
- **Vinni Breuning** - Administrerende direktør, Dansk Handel & Service (tilforordnet medlem)

#### 1.1 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.

---

<sup>1</sup> <http://www.kvalitetsinstitut.dk/sw1470.asp>

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

### 1.2 Formål med akkreditering

- 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
- At understøtte gennemsigtighed og gennemskuelighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

### 1.3 Hvem er omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel

DDKM skal med tiden omfatte de fire sektorer: Hospitalssektoren, den kommunale sundhedssektor, praksissektoren samt visse dele af den private sektor.

Det første evalueringsgrundlag (standarder med tilhørende indikatorer) i DDKM, som udvikles i 2006-7, omfatter alle de danske offentlige sygehuse (somatiske og psykiatriske) samt til en vis grad privathospitaler.

Desuden er følgende ni kommuner samt udvalgte private hospitaler med i udviklingen af den kommunale del af modellen:

Esbjerg, Greve, Græsted Gilleleje, Horsens, København, Odense, Aabenraa, Aalborg og Århus.

## 2. Opbygningen af Den Danske Kvalitetsmodel

Sundhedsvæsenets aktiviteter er i Den Danske Kvalitetsmodel grupperet i tre hovedområder, der indeholder i alt 36 temaer, som fremgår af tabel 1. Inden for hvert tema er udvalgt aktiviteter, der anses for særligt vigtige for kvaliteten og herunder for sammenhængen i patientforløbene. Inden for hver af disse aktiviteter er der udviklet en standard. Hvert tema indeholder mellem en og ti standarder.

**Tabel 1** Den Danske Kvalitetsmodels 36 temaer opdelt i tre hovedområder

Generelle temaer	Organisatoriske temaer	Sygdomsspecifikke temaer
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Henvísninger</li> <li>• Visitation</li> <li>• Modtagelse</li> <li>• Vurdering og planlægning</li> <li>• Koordinering og kontinuitet</li> <li>• Overdragelse</li> <li>• Diagnosticering</li> <li>• Observation</li> <li>• Patientinddragelse</li> <li>• Patientinformation og kommunikation</li> <li>• Intensiv behandling</li> <li>• Invasiv behandling</li> <li>• Rehabilitering</li> <li>• Medicinerig</li> <li>• Forebyggelse og sundhedsfremme</li> <li>• Ernæring</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beredskab og forsyninger</li> <li>• Patienttransport</li> <li>• Apparatur og teknologi</li> <li>• Kvalitets- og risikostyring</li> <li>• Hygiejne</li> <li>• Rekruttering, uddannelse og kompetencesikring</li> <li>• Dokumentation og datastyring</li> <li>• Ledelse</li> <li>• Politikker og retningslinjer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apopleksi</li> <li>• Brystkræft</li> <li>• Diabetes</li> <li>• Fødsler</li> <li>• Hjerteinsufficiens</li> <li>• Hoftenære frakturer</li> <li>• Kronisk Obstruktiv Lungelidelse</li> <li>• Mavesår</li> <li>• Skizofreni</li> <li>• Tyk og endetarmskræft</li> <li>• Lungekræft</li> </ul>

Generelle temaer indeholder standarder, der forholder sig til generelle aktiviteter, der har direkte klinisk betydning for det enkelte patientforløb. Ved generel forstås, at standarderne er gældende for de fleste patientforløb.

Organisatoriske temaer indeholder standarder, der gælder for bagvedliggende og tværgående organisatoriske aktiviteter, der anses for nødvendige for at understøtte arbejdet med at opnå høj kvalitet i hele patientforløbet.

Organisatoriske standarder vedrører såvel ledelsesrelaterede som driftsrelaterede aktiviteter.

Sygdomsspecifikke temaer indeholder standarder, der forholder sig til aktiviteter, der er specifikke for afgrænsede patientgrupper, og som har direkte klinisk betydning for det enkelte patientforløb og dermed for resultatet af behandlingen.

## 2.1 Standarder og indikatorer

Ved standarder forstås i DDKM en række foruddefinerede krav til kvaliteten af sundhedsydelserne. Der kan stilles krav til både strukturen (fx personalekvalifikationer og teknisk udstyr), processen (konkrete aktiviteter i et patientforløb) og resultatet af et patientforløb. Standarderne er relativt bredt formulerede og kan ikke måles direkte på.

En indikator er knyttet til en bestemt standard og anvendes til at belyse, om standarden er overholdt, dvs. om man lever op til den ønskede kvalitet. Indikatorerne afspejler enten patientoplevelset, faglig eller organisatorisk kvalitet. Indikatoren er mere præcist formuleret, så der kan måles på den.

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</b> <b>Retningslinier</b>	Dette trin har indikatorer, der stiller krav om, at der skal være en retningslinje, der beskriver, hvad man på hospitalet skal gøre i forhold til standarden. I indikatoren vil det også mere eller mindre være beskrevet, hvad retningslinjen skal indeholde.
<b>Trin 2</b> <b>Implementering og anvendelse af retningslinier</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>▪ At retningslinjerne løbende revideres</li></ul>
<b>Trin 3</b> <b>Kvalitetsovervågning</b>	Dette trin indeholder indikatorer, der systematisk og regelmæssig måler effekten af 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 (fx Landspatientregisteret)</li></ul>
<b>Trin 4:</b> <b>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.

Den Danske Kvalitetsmodel, som blev sendt i høring den 11. april 2007, indeholder 116 standarder og ca. 700 indikatorer.

I bilag 1 gives eksempler på følgende standarder:

1. "Patientjournalen", der hører under temaet "Dokumentation og datastyring"
2. Alle otte standarder under temaet "Ledelse"
3. "Vejledning om henvisninger", der hører under temaet "Henvisning"

## 2.2 Udvikling af standarder i Den Danske Kvalitetsmodel

De foreliggende standarder og indikatorer er udviklet i perioden maj – november 2006.

I regi af IKAS har der for hvert af de 36 temaer været nedsat arbejdsgrupper med fagpersoner samt ledelsesrepræsentanter, der havde til opgave at udarbejde de enkelte standarder. Ved sammensætningen af temagrupperne blev der desuden taget hensyn til, at alle regioner var repræsenterede.

IKAS har efterfølgende i samarbejde med det engelske akkrediteringsfirma Health Quality Service (HQS) foretaget en tværgående redigering af alle standarder og indikatorer.

## 2.3 International samarbejdspartner - Health Quality Service

Til varetagelse af opgaven som international rådgiver er det engelske akkrediteringsfirma Health Quality Service (HQS), udpeget.

Det engelske akkrediteringsfirma HQS' hovedopgave er:

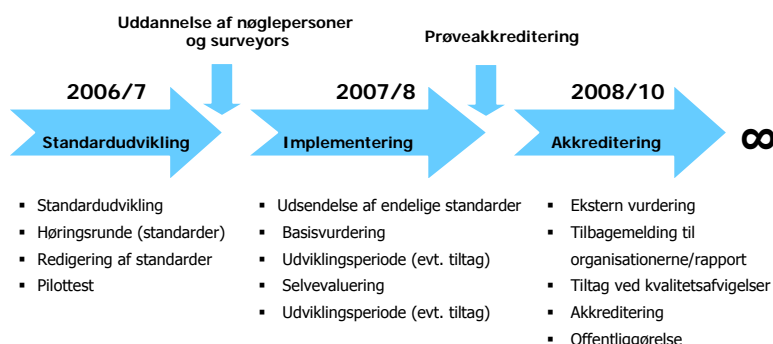
- Rådgivning i udviklingen og godkendelsen af standarder og indikatorer
- Rådgivning i opbygning og godkendelse af IKAS som en selvstændig international akkrediteringsinstitution
- Rekruttering og uddannelse af surveyors
- Akkrediteringsopgaven (forberedelse, gennemførelse, rapport og akkreditering)

HQS skal desuden sikre, at DDKM lever op til the International Society of Quality in Health Care's (ISQua) krav til en akkrediteringsmodel. Disse krav indebærer bl.a., at modellen skal omfatte en lang række bestemte temaer.

## 3. Selve akkrediteringsprocessen

Akkrediteringsprocessen er delt op i tre faser, som fremgår af nedenstående figur 1.

**Figur 1** Faser i Den Danske Kvalitetsmodel



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

### 3.1 Standardudvikling

I første fase udvikles standarderne, som beskrevet i afsnit 2.2, hvorefter de redigeres efter høringsfasen.

Standarderne pilottesttes på hospitaler og i psykiatrien. I Region Midtjylland er Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus pilothospital.

### **3.2 Implementering af standarder**

I anden fase implementeres standarderne, og for hospitalerne betyder det, at der skal gennemføres en basis- og selvevaluering. En basisevaluering er en slags baselinemåling, der skal belyse, hvorvidt hospitalet lever op til kravene. Denne baselinemåling vil i mange tilfælde give anledning til iværksættelse af udviklingstiltag, herunder udarbejdelse af retningslinjer og indførelse af nye arbejdsrutiner.

Derefter gennemføres en selvevaluering, hvor hospitalerne måler sin egen opfyldelse af de enkelte indikatorer for at vurdere, om de lever op til kravene i standarderne. Denne selvevaluering skal indrapporteres til IKAS og er en del af grundlaget for den eksterne vurdering af målopfyldelsen.

### **3.3 Akkreditering**

I tredje fase gennemføres en uvildig, ekstern vurdering af målopfyldelsen af standarderne med henblik på akkreditering. Den eksterne evaluering, som også kaldes et survey, baseres på institutionsbesøg, hvor der bl.a. gennemføres interview med ledelsen, medlemmer af kvalitetsorganisationen og personale til vurdering af standardopfyldelsen. Eksempelvis kan personalet blive spurgt om kendskab til retningslinjer og kan blive observeret, når de udfører deres daglige arbejde. Der gennemføres normalt et survey hvert tredje år, og besøglængden er mellem tre og fem dage.

På baggrund af dette survey tildeles den pågældende institution anerkendelse i form af akkrediteringsstatus.

Tildelt akkrediteringsstatus kan være:

- akkrediteret
- akkrediteret med anbefalinger
- akkrediteret med opfølgning

### **3.4 Offentliggørelse**

Resultatet af akkrediteringen skal offentliggøres. Det er endnu uvist hvad der skal offentliggøres – om det blot bliver akkrediteringsstatus, eller om alle de bagvedliggende data også skal offentliggøres.

Hvor de skal offentliggøres er ligeledes uvist. En mulighed er, at det kommer til at ligge på sundhed.dk, ligesom det påtænkes at lade det indgå i sundhedskvalitet.dk, der er Indenrigs- og Sundhedsministeriet opgørelse med stjernemarkeringer.

## Bilag 1

Eksempel på standarder:

- Side 6 – 7: Standarden "Patientjournalen", der hører under temaet "Dokumentation og datastyring"
- Side 8 – 20: Alle otte standarder under temaet "Ledelse"
- Side 21 – 24: Standarden "Vejledning om henvisninger", der hører under temaet "Henvisning"

<b>Standardbetegnelse</b>	Dokumentation og datastyring <b>3.6.1 Patientjournalen</b> (1/3)
<b>Standard</b>	For hver patient skal der foreligge én samlet ajourført og lettilgængelig patientjournal, der indeholder alle data om patienten. Journalen skal indeholde de elementer, der fremgår af lovgivning, vejledninger mv. om sundhedsfagligt personales pligter i forhold til registrering af patientdata. Herunder skal journaloplysninger indføres i journalen i forbindelse med eller snarest muligt efter en patientkontakt.  (Standarden gælder både papirjournaler og elektroniske journaler.)
<b>Standardens formål</b>	At sikre identificering af patienten, understøtte diagnosen, begrunde behandlingen, dokumentere forløbet og resultatet af behandlingen samt fremme kontinuiteten i patientforløbet samt at dokumentere, hvilke informationer der er givet til patienten, og hvad patienten har tilkendegivet
<b>Målgruppe</b>	Klinisk personale, administrativt personale og personale med ledelsesansvar
<b>Anvendelsesområde</b>	Kliniske afdelinger og administrative områder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til belysning af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående fire trin
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer på sygehuset for patientjournalen, hvori det er angivet, hvilke specifikke data og informationer der skal indføres i patientjournalen, samt i relevant omfang tidskravet til dette, og det er angivet, hvem der er bemyndiget til at gøre notater i journalen.
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<b>Indikator 2</b> Sygehusets retningslinjer for patientjournalen er implementeret på alle afdelinger. Der foreligger dokumentation for, at relevant personale er instrueret i og har kendskab til indholdet af retningslinjerne på området.  <i>Vejledning</i> Dette kan være et element i et introduktionsprogram eller opdaterende træning, hvor der kan fremvises tilstedeværelseslister eller ved, at det indgår i et e-læringsprogram, hvor der kan fremvises læsekvitteringer.  <b>Indikator 3</b> For enhver patient forefindes en tidstro journal, der indeholder de klinisk relevante optegnelser, inklusive angivelse af diagnostiske overvejelser og relevant kodning. Det fremgår, hvornår observationer er foretaget og af hvem, samt hvornår og af hvem notater om observationer er indført i journalen.

---

<b>Trin 3: Kvalitets- overvågning</b>	<b>Indikator 4</b> Sygehuset foretager audit af patientjournalerne på tværs af alle kliniske afdelinger for at vurdere, om journalerne opfylder kravene, herunder de for sygehuset opstillede tidskrav til registrering.  <i>Vejledning</i> Der gennemføres journalaudits løbende, således at et udsnit af journalerne fra hver klinisk afdeling gennemgås regelmæssigt. Resultaterne fra journalaudits drøftes på et tværfagligt auditmøde.
<b>Trin 4: Kvalitets- forbedring</b>	<b>Indikator 5</b> Auditresultaterne, årsagen(erne) til mangelfulde journaler, registrering af patientdata og en handleplan for forbedringer indføres i mødereferatet.  <i>Vejledning</i> Udarbejdelse af konkrete handleplaner skal danne grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Handleplanerne skal være relateret til den enkelte auditrapport.
<b>Referencer</b>	Bekendtgørelse om lægers pligt til at føre ordnede optegnelser (journalføringsloven). Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige optegnelse.

---

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Ledelse</b> 3.1.1 Mission, vision, værdier og mål (1/8)
<b>Standard</b>	Sygehuset beskriver mission, vision, værdier og mål, som er kendt og implementeret på alle ledelsesniveauer og på sygehuset og er formidlet til brugere, eksterne samarbejdspartnere og opdragsgivere.
<b>Standardens formål</b>	At sikre udarbejdelse og formidling til brugere, medarbejdere, samarbejdspartnere og opdragsgivere af: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ sygehusets mission, vision, værdier og mål</li> <li>▪ hvilken indsats og opgave sygehuset varetager</li> </ul>
<b>Målgruppe</b>	Alt personale på sygehuset, uddannelsesinstitutioner, brugere, praktiserende læger, praktiserende speciallæger, personale ansat i det kommunale sundhedsvæsen og opdragsgivere
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle afdelinger og funktioner på sygehuset
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede dokumenter på sygehuset for ledelsesgrundlag, strategier, kvantitets- og kvalitetsmål.</p> <p><i>Vejledning</i> Strategierne og målene for ydelseernes kvantitet og kvalitet er fastsat på baggrund af datamonitorering og analyse af sygehusets ydelser i det forgangne år.</p> <p><b>Indikator 2</b> På alle ledelsesniveauer foreligger skriftlige, daterede dokumenter, som beskriver enhedens mål, opgaver og ydelser.</p> <p><i>Vejledning</i> Dokumenterne er udarbejdet eller ajourført efter behov, dog mindst én gang årligt eller hyppigere, hvis forholdene på afsnittet ændrer sig i løbet af året. Disse dokumenter opbevares på et for personalet kendt og tilgængeligt sted.</p>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<p><b>Indikator 3</b> Relevant personale er instrueret i sygehusets dokumenterede strategier, kvantitets- og kvalitetsmål og i de mål, opgaver og ydelser på det afsnit, hvor de arbejder.</p> <p><b>Indikator 4</b> Strategier, mål og beskrivelser af opgaver og ydelser, der foreligger skriftligt/elektronisk, anvendes systematisk af ledere og medarbejdere i arbejdsprocesser på alle niveauer.</p> <p><b>Indikator 5</b> Strategier, mål og beskrivelse af opgaver og ydelser er offentligt tilgængelige og forståelige.</p> <p><i>Vejledning</i> Dokumenterne skal være let tilgængelige for offentligheden, f.eks. på hospitalets hjemmeside eller med et resumé på hjemmesiden og oplysninger om, hvorledes offentligheden kan få kopier af dokumenterne.</p> <p>Dokumenterne skal være skrevet i et sprog, som er forståeligt for offentligheden uden et vanskeligt tilgængeligt teknisk og klinisk fagsprog eller brug af forkortelser, med mindre sådanne først er skrevet fuldt ud.</p> <p><b>Indikator 6</b> Data for aktivitet, ressourceforbrug, kvalitet, uddannelse, forskning og udvikling er tilgængelige for hver enhed med selvstændig beslutningskompetence.</p>
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 7</b> Sygehuset udfører systematisk og kontinuerlig monitorering af opnåelse af kvantitets- og



---

kvalitetsydelse, herunder:

- Aktivitet: månedlig opgørelse af patientaktivitet fra PAS
- Ressourceforbrug: månedlig forbrugsopgørelse
- Produktivitet/effektivitet: årlig opgørelse over produktivets- / effektivitetsmålopfølgelse

---

<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 8</b> Indsatsområder for konkrete kvalitetsforbedringsaktiviteter fastlægges på baggrund af dataovervågning og -analyse. Kvalitetsforbedringsaktiviteter iværksættes og følges systematisk på alle ledelsesniveauer via udarbejdede handleplaner.  <i>Vejledning</i> Udarbejdelse af konkrete handleplaner skal danne grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Handleplanerne skal være relateret til dataovervågning og -analyse.  <b>Indikator 9</b> Ledelsen sikrer formidling af resultater og kvalitetsforbedrende tiltag til hele sygehuset.
<b>Referencer</b>	Sundhedsloven, afsnit III, afsnit VI, afsnit XIV, afsnit XV, afsnit XVI, afsnit XIX  Økonomiaftaler mellem Regering og Regioner, overenskomster og aftaler med faglige organisationer

---

---

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Ledelse</b> <i>3.1.2 Beslutningskompetence på sygehuset (2/8)</i>
<b>Standard</b>	Sygehuset beskriver regler for leders og medarbejders beslutningskompetencer, og disse beskrivelser er tilgængelige for alle medarbejdere.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at sygehuset håndterer sine ansvarsområder over for medarbejdere, brugere, samarbejdspartnere og opdragsgiver, herunder at skabe klarhed over adgangen til at træffe beslutninger på alle niveauer i sygehuset
<b>Målgruppe</b>	Alt personale på sygehuset, uddannelsesinstitutioner, brugere, praktiserende læger, praktiserende speciallæger, personale ansat i det kommunale sundhedsvæsen og opdragsgivere
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle afdelinger og funktioner på sygehuset
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer på sygehuset for uddelegering af beslutningskompetence, ansvars- og kompetenceforhold for ledelse på alle niveauer.  <i>Vejledning</i> Det skal fremgå heraf, at ledelsesbeslutninger skal dokumenteres og være tilgængelige, f.eks. ved referater fra ledelsesmøder.
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<b>Indikator 2</b> Relevant personale er informeret om retningslinjerne for uddelegering af beslutningskompetence og ledelsesansvar samt enhver opdatering af disse. De opdaterede retningslinjer er tilgængelige skriftligt/elektronisk og benyttes systematisk af ledere og medarbejdere i arbejdsprocedurer på samtlige niveauer.  <b>Indikator 3</b> Retningslinjerne for uddelegering af beslutningskompetence og ledelsesansvar er offentligt tilgængelige og forståelige.

---

---

#### *Vejledning*

Retningslinjerne skal være offentligt tilgængelige, f.eks. på sygehusets hjemmeside eller med et resumé på hjemmesiden og oplysninger til offentligheden om, hvordan en kopi af retningslinjerne kan tilvejebringes.

Retningslinjerne skal være skrevet på et sprog, som er forståeligt for offentligheden uden et vanskeligt tilgængeligt teknisk og klinisk fagsprog eller brug af forkortelser, med mindre sådanne først er skrevet fuldt ud.

---

#### **Trin 3: Kvalitetsovervågning**

#### **Indikator 4**

Sygehuset udfører systematisk og kontinuerlig overvågning af:

- at der foreligger en opdateret organisationsplan med angivelse af kommunikationsveje
  - at alle medarbejdere har en aktuel stillingsbeskrivelse, der angiver ansvars- og kompetenceforhold
- 

#### **Trin 4: Kvalitetsforbedring**

#### **Indikator 5**

Der foreligger handleplaner for kvalitetsforbedring, som fastlægges på baggrund af monitoreringsresultater.

#### *Vejledning*

Handleplanerne kan indebære et behov for at opdatere organisations-diagrammet og/eller opdatere jobbeskrivelser for bestemte medarbejdere, hvis sådanne beskrivelser ikke omfatter en beskrivelse af ansvarsområder og nødvendige kompetencer.

Udarbejdelse af konkrete handleplaner skal danne grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Handleplanerne skal være relateret til monitoreringsresultaterne.

Ledelsen sikrer formidling af monitoreringsresultater og kvalitetsforbedrende tiltag i og uden for sygehuset.

---

#### **Referencer**

Sundhedsloven 2005

---

---

#### **Standardbetegnelse**

#### **Ledelse**

*3.1.3 Drift og organisation (3/8)*

---

#### **Standard**

Sygehuset beskriver og anvender en organisations- og driftsplan, som er tilgængelig på sygehuset og for offentligheden.

---

#### **Standardens formål**

At sikre, at sygehuset håndterer sine ansvarsopgaver over for opdragsgiver og brugere, herunder:

- at sikre, at ledelsen på alle niveauer altid har aktuelle og valide oplysninger om aktivitet, uddannelse, forskning, økonomi og kvalitet
  - at fastsætte krav til kvalitetsniveauet i ydelser fra eksterne leverandører ved kontraktindgåelse
  - at skabe klarhed over kommunikationsveje og samarbejdsforhold
  - at sikre velinformerede medarbejdere
  - at sikre offentlighedens adgang til oplysninger om sygehusets organisations- og driftsplan
- 

#### **Målgruppe**

Alt personale på sygehuset, uddannelsesinstitutioner, brugere, praktiserende læger, praktiserende speciallæger, personale ansat i det kommunale sundhedsvæsen og opdragsgivere

---

#### **Anvendelsesområde**

Alle afdelinger og funktioner på sygehuset

---

Opfyldelse af standarden	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1:</b> Retningslinjer	<p><b>Indikator 1</b></p> <p>Der foreligger skriftlige daterede organisations- og driftsplaner, der omfatter planer for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ budget for aktivitet og ressourceanvendelse</li> <li>▪ aktivitets- og økonomistyring</li> <li>▪ forsyninger</li> <li>▪ kvalitetsstyring</li> <li>▪ kontrakter med eksterne leverandører</li> <li>▪ kommunikations- og datastyring</li> <li>▪ forskning og udvikling</li> <li>▪ beredskab</li> <li>▪ vedligeholdelse:</li> <li>▪ bygninger</li> <li>▪ udenomsfaciliteter</li> <li>▪ IT- og kommunikationsudstyr</li> <li>▪ medicinsk udstyr</li> </ul>
<b>Trin 2:</b> Implementering og anvendelse af retningslinjer	<p><b>Indikator 2</b></p> <p>Årlige organisations- og driftsplaner, der foreligger skriftligt/elektronisk, anvendes systematisk af ledere og medarbejdere i arbejdsprocesser på alle niveauer. Data om aktiviteter, brug af ressourcer, kvalitet, kompetenceudvikling/uddannelse, forskning og udvikling er tilgængelige for hvert enkelt afsnit med sin egen beslutningskompetence.</p> <p><b>Indikator 3</b></p> <p>De årlige organisations- og driftsplaner er offentligt tilgængelige og forståelige.</p> <p><i>Vejledning</i></p> <p>Planerne skal være offentligt tilgængelige, f.eks. på sygehusets hjemmeside eller med et resumé på hjemmesiden og oplysninger om, hvordan offentligheden kan få fat i en kopi af organisations- og driftsplanerne.</p> <p>Planerne skal være skrevet på et sprog, som er forståeligt for offentligheden uden et vanskeligt tilgængeligt teknisk og klinisk fagsprog eller brug af forkortelser, med mindre sådanne først er skrevet fuldt ud.</p> <p><b>Indikator 4</b></p> <p>Relevant personale er uddannet i indholdet og implementeringskravene til planerne.</p>
<b>Trin 3:</b> Kvalitetsovervågning	<p><b>Indikator 5</b></p> <p>Sygehuset foretager systematisk og kontinuerlig overvågning af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at der årligt sker revision af beredskabsplanen</li> <li>▪ at der årligt sker revision af vedligeholdelsesplanen</li> <li>▪ at der årligt vurderes kontraktoverholdelse af eksterne leverandører</li> <li>▪ at der minimum hvert 2. år gennemføres brugerundersøgelser af information, kommunikation og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere</li> <li>▪ at der foreligger årsrapport for virksomhedens samlede aktiviteter, økonomi og kvalitet</li> </ul>
<b>Trin 4:</b> Kvalitetsforbedring	<p><b>Indikator 6</b></p> <p>Der foreligger årlige handleplaner for forbedringstiltag. På baggrund af dataovervågning og -analyse fastlægges indsatsområder for konkrete kvalitetsforbedringsaktiviteter, som iværksættes og følges systematisk på alle ledelsesniveauer.</p> <p><i>Vejledning</i></p> <p>Udarbejdelse af konkrete handleplaner skal danne grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Handleplanerne være relateret til den systematiske og kontinuerlige overvågning af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at der årligt sker revision af beredskabsplanen</li> <li>▪ at der årligt sker revision af vedligeholdelsesplanen</li> <li>▪ at der årligt vurderes kontraktoverholdelse af eksterne leverandører</li> <li>▪ at der minimum hvert 2. år gennemføres brugerundersøgelser af information, kommunikation og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere.</li> <li>▪ at der foreligger årsrapport for virksomhedens samlede aktiviteter, økonomi og</li> </ul>

---

## kvalitet

Ledelsen sikrer formidling af resultater og kvalitetsforbedrende tiltag i og uden for sygehuset.

---

### Referencer

Sundhedsloven 2005, afsnit II, afsnit XV, afsnit XVI  
Øvrig relevant lovgivning  
Statens bygningsregulativ

---

---

### Standardbetegnelse

#### Ledelse

3.1.4 Sundhedsfaglig kvalitet (4/8)

---

### Standard

Ledelsen fastlægger og implementerer en plan for at fastholde og udvikle den sundhedsfaglige kvalitet i forhold til gældende evidens, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 3.2.5.

---

### Standardens formål

At sikre løbende forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet:

- At sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløb omfattende alle interne og eksterne samarbejdspartnere
  - At sikre høj grad af patientsikkerhed
- 

### Målgruppe

Klinisk personale og personale med ledelsesansvar

---

### Anvendelsesområde

Kliniske afdelinger

---

### Opfyldelse af standarden

**Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin**

---

#### Trin 1: Retningslinjer

##### Indikator 1

Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for sundhedsfaglig kvalitet på sygehuset.

##### Vejledning

Retningslinjerne opfylder aftalen mellem regeringen og regionerne om:

- Ventetidsgaranti
- Behandlingsplan og genoptræningsplan
- Servicemål
- Kontaktpersonordning

Retningslinjerne for patientforløb beskriver:

- Kontinuitet i patientforløb
- Håndtering af patientklager

Retningslinjerne for patientsikkerhed beskriver:

- Håndtering af information og samtykke
  - Håndtering af utilsigtede hændelser
- 

#### Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer

##### Indikator 2

Retningslinjer, der foreligger skriftligt/elektronisk, anvendes systematisk af ledere og medarbejdere i arbejdsprocesser på alle niveauer.

##### Indikator 3

Retningslinjerne er offentligt tilgængelige og forståelige.

---

---

#### *Vejledning*

Retningslinjerne skal være offentligt tilgængelige, f.eks. på sygehusets hjemmeside eller med et resumé på hjemmesiden og oplysninger til offentligheden om, hvordan en kopi af retningslinjerne kan tilvejebringes.

Retningslinjerne skal være skrevet i et sprog, som er forståeligt for offentligheden uden et vanskeligt tilgængeligt teknisk og klinisk fagsprog eller brug af forkortelser, med mindre sådanne først er skrevet fuldt ud.

#### **Indikator 4**

Det foreligger dokumentation for, at relevant personale er uddannet i indholdet og implementeringskravene til planerne.

---

#### **Trin 3: Kvalitetsovervågning**

#### **Indikator 5**

Sygehusledelsen gennemfører systematisk monitorering og opfølgning på den af sygehuset fastsatte målopfyldelsesgrad for indikatorerne:

- Overholdelse af ventetidsgaranti
- Dokumentation for information og samtykke
- Dokumentation for implementering af kontaktpersonordning
- Udarbejdelse af behandlingsplaner inden for max. 24 timer samt genoptræningsplaner
- Måling og opfølgning på resultatindikatorer inden for et fast antal udvalgte patientforløb, herunder sygdomsspecifikke standarder under Den Danske Kvalitetsmodel
- Gennemførelse af intern audit på patientklagesager
- Patienttilfredshed: LUP hvert 2. år
- Opgørelse af patientklager: hvert år
- Opgørelse over indberetning af utilsigtede hændelser til DPSD
- Udviklings- og forskningsresultater: årlig opgørelse af antal offentliggjorte forskningsresultater mv.

#### *Vejledning*

Resultaterne skal indsamles fra en række forskellige databaser, auditstudier og -undersøgelser. I relation til ovennævnte indikatormonitorering gennemgår sygehusets øverste ledelse rapportens resultater mindst hvert år.

---

#### **Trin 4: Kvalitetsforbedring**

#### **Indikator 6**

På baggrund af monitoreringsrapporter fastsætter sygehusets ledelse indsatsområder til forbedring af kvaliteten.

#### *Vejledning*

Det skal klart fremgå af ledelsens mødereferater, at der pågår aktiv monitorering og opfølgning, hvor det er blevet besluttet, at sygehuset ønsker at opnå forbedrede resultater.

Ligeledes sikrer ledelsen formidling af resultater og kvalitetsforbedrende tiltag i og uden for sygehuset.

---

#### **Referencer**

Sundhedsloven 2005

Økonomi aftaler mellem Regering og Regioner

---

#### **Standardbetegnelse**

#### **Ledelse**

3.1.5 Personaleledelse (5/8)

---

#### **Standard**

Med fokus på brugernes behov tilrettelægger ledelsen i samspil med medarbejderne en optimal anvendelse og udvikling af personale-ressourcer og -kompetencer, jf.

---

---

standarderne for Rekruttering, uddannelse og kompetencesikring.

---

<b>Standardens formål</b>	At sikre: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ at brugerfokus sikres i såvel planlægning som afvikling af det daglige arbejde</li><li>▪ at sikre en optimal anvendelse og udvikling af tilgængelige personaleresourcer og kompetencer på sygehuset på individ- og gruppeniveau i forhold til mission, vision, værdier og mål</li><li>▪ at arbejdet tilrettelægges under hensyntagen til et fagligt udviklende miljø og på arbejdsvilkår, som er med til at tiltrække og fastholde medarbejdere</li></ul>
---------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

<b>Målgruppe</b>	Alt personale på sygehuset
------------------	----------------------------

---

<b>Anvendelsesområde</b>	Alle afdelinger og funktioner på sygehuset
--------------------------	--------------------------------------------

---

<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------

---

<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger en skriftlig, dateret personaleplan for sygehuset.  <i>Vejledning</i> Følgende er beskrevet i personaleplan: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ De ressourcer, der antals- og kompetencemæssigt skal være til stede for opgaveløsningen</li><li>▪ Mulige løsninger i situationer, hvor ressourcer og kompetencer ikke er til stede</li><li>▪ Personalepolitik, der sikrer introduktionen til sygehuset, herunder mission, vision, værdier og mål</li><li>▪ Arbejds miljøplan, som indeholder indsatsområder på baggrund af arbejdspladsundersøgelser og personaletilfredshedsundersøgelser</li><li>▪ Plan for afholdelse af udviklingssamtaler</li><li>▪ Udviklings- og uddannelsesplan, der afspejler virksomhedens mission, vision, værdier og mål</li><li>▪ Inddragelse af brugere med henblik på udvikling af samarbejde mellem sygehus og brugere</li></ul>
-----------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<b>Indikator 2</b> Personaleplan, der foreligger skriftligt/elektronisk, anvendes systematisk af ledere og medarbejdere i arbejdsprocesser på alle niveauer. Data om personaleaktiviteter, brug af ressourcer, kvalitet, kompetenceudvikling/uddannelse, forskning og udvikling er tilgængelige for hvert enkelt afsnit med sin egen beslutningskompetence.  <b>Indikator 3</b> Planen er offentligt tilgængelig og forståelig.  <i>Vejledning</i> Personaleplanen er offentligt tilgængelig, f.eks. på sygehusets hjemmeside eller med et resumé på hjemmesiden og oplysninger til offentligheden om, hvordan en kopi af planen kan tilvejebringes.  Planen skal være skrevet på et sprog, som er forståeligt for offentligheden uden et vanskeligt tilgængeligt teknisk og klinisk fagsprog eller brug af forkortelser, med mindre sådanne først er skrevet fuldt ud.
-------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 4</b> Sygehuset foretager systematisk og kontinuerlig overvågning af implementeringen af personaleplanen, og der udarbejdes en monitoreringsrapport én gang om året.  <i>Vejledning</i> Monitoreringsrapporten skal beskrive: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Personalepolitik og retningslinjer: månedlig % andel af nye medarbejdere, der har deltaget i introduktion til virksomheden</li><li>▪ Arbejds miljøplan: kvartalsvise opgørelser af stik- og skærehæld, APV med hyppighed som foreskrevet i loven</li></ul>
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

---

- Personaletilfredshed: kvartalsvise opgørelser over sygefravær, personaleomsætning, vacante stillinger samt forbrug af vikarer
- Udviklingsamtaler: årlig opgørelse af målopfyldelse i henhold til retningslinjer, herunder overholdelse af værdier og mål
- Uddannelsesaktivitet: årlig evaluering af uddannelsesindsatsen
- Udviklings- og uddannelsesplan: årlig plan, der afspejler mission, vision, værdier og mål

Monitoreringsrapporten udarbejdes på baggrund af en række forskellige audit, rutinerapporter og undersøgelser. Sygehusets øverste ledelse skal mindst én gang årligt gennemgå en monitoreringsrapport, der beskriver implementeringen af personaleplanen.

<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<p><b>Indikator 5</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag. På baggrund af monitoreringsrapporten fastsætter den øverste ledelse konkrete krav og bliver enige om handleplaner, der skal forbedre kvaliteten i tilfælde, hvor personaleplanen ikke er fuldt implementeret.</p> <p><i>Vejledning</i> Ledelsen sikrer formidling af resultater og kvalitetsforbedrende tiltag i og uden for virksomheden.</p>
----------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Referencer</b>	Sundhedsloven 2005 Lov om arbejdsmiljø Overenskomster Samarbejdsaftaler
-------------------	----------------------------------------------------------------------------------

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Ledelse</b> 3.1.6 Personalefaciliteter (6/8)
<b>Standard</b>	Sygehuset sikrer, at personalet har adgang til faciliteter, der gør det muligt at udføre deres opgaver sikkert og effektivt i alle sygehusets afdelinger.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at sygehuset støtter personalet ved at stille sikre og relevante faciliteter og udstyr til rådighed med henblik på at styrke arbejdsmiljøet i overensstemmelse med Arbejdsmiljøloven
<b>Målgruppe</b>	Alt personale på sygehuset
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele sygehuset
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>

<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Indikator 1</b> På alle sygehusafdelinger foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for afdelingens krav til faciliteter og udstyr, som er nødvendige for, at arbejdet kan udføres sikkert og effektivt i overensstemmelse med Arbejdsmiljøloven, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Personligt beskyttelsesudstyr for personalet</li> <li>▪ Løfteudstyr</li> <li>▪ Ventilation og opvarmning med henblik på et sikkert miljø</li> <li>▪ Kontorplads og -faciliteter</li> <li>▪ Personalerum med mulighed for vask, omklædning og pauser</li> <li>▪ Adgang til udstyrede undervisningsrum</li> </ul>
-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Trin 2:</b>	<b>Indikator 2</b>
----------------	--------------------

<b>Implementering og anvendelse af retningslinjer</b>	<p>Personligt beskyttelsesudstyr stilles til rådighed for personale inden for alle områder, hvor dette er nødvendigt.</p> <p><i>Vejledning</i> Personligt beskyttelsesudstyr omfatter engangshandsker, forklæder, sikkerheds- eller beskyttelsesbriller, masker og høreværn. Disse skal være tilgængelige, i det omfang det er relevant i forbindelse med det arbejde, der udføres i afdelingen og de identificerede risici.</p> <p><b>Indikator 3</b> Løftehjælpemidler og manuelt hjælpeudstyr forefindes i alle afdelinger, hvor personalet foretager tunge løft eller løfter/fysisk manipulerer patienter.</p> <p><i>Vejledning</i> Der skal foreligge kopi af producentens brugsvejledning for alt løfteudstyr i afdelingen.</p> <p><b>Indikator 4</b> Ventilation og opvarmning af afdelingen bidrager til et sikkert arbejdsmiljø for personalet.</p> <p><i>Vejledning</i> Der skal tages særligt hensyn til risiko for dampe i områder som laboratorier, operationsområder og driftsrum som f.eks. fyrrum.</p> <p><b>Indikator 5</b> Afdelingen har personalefaciliteter som mulighed for vask, omklædning, sikker opbevaring af personlige ejendele samt et område, hvor der kan holdes pauser.</p>
-------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<p><b>Indikator 6</b> Faciliteternes tilstrækkelighed i forhold til en sikker og effektiv arbejdsindsats vurderes årligt i forhold til de krav, der angives i afdelingens retningslinjer.</p> <p><b>Indikator 7</b> Der udføres en årlig undersøgelse af personalets holdninger, der inkluderer spørgsmål vedrørende personalets tilfredshed med faciliteterne i deres arbejdsmiljø.</p>
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<p><b>Indikator 8</b> Resultaterne af facilitetsvurderingerne og personaleundersøgelserne diskuteres ved afdelingsmøder, og der udarbejdes handleplaner for eventuelle påkrævede kvalitetsforbedringer.</p>
------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Referencer</b>	<p>Sundhedsloven [The Danish Health Care Services Act] 2005 Health Quality Service Accreditation  Programme, Standards for NHS Trusts, Fourth edition, February 2005 Arbejdsmiljølovgivningen</p>
-------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>Standardbetegnelse</b>	<p><b>Ledelse</b> 3.1.7 Sygehusbygninger og -faciliteter (7/8)</p>
<b>Standard</b>	Institutionens bygninger og faciliteter drives og vedligeholdes.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at bygninger og faciliteter modsvarer patienternes og personalets behov for tilgængelighed og funktionalitet
<b>Målgruppe</b>	Ikke-kliniske ledere med ansvar for bygninger og faciliteter samt operationelle ledere i sygehusafdelingerne
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele sygehuset



---

**Opfyldelse af standarden****Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin**

---

**Trin 1:  
Retningslinjer****Indikator 1**

Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for krav til sikre og tilgængelige sygehusbygninger og -faciliteter.

*Vejledning*

Retningslinjerne for sikre og tilgængelige bygninger skal inkludere:

- Behovet for at sikre, at alle bygninger, der anvendes af patienter og offentligheden, generelt er tilgængelige for personer med fysiske handicap, kørestolsbrugere og ganghjælpemidler.
- Skiltning i bygninger og faciliteter er designede med henblik på at fremstå tydeligt for synshæmmede, f.eks. farveblinde og personer med nedsat syn.
- Indgange, udvendige stier og indvendige gangarealer er oplyste.
- Bygningerne er tilgængelige for små børn og deres omsorgspersoner med let adgang for barne- og klapvogne
- Skilte - indendørs og på sygehusområdet - er designede, således at patienterne nemt kan finde vej ind og ud samt vej mellem de forskellige serviceydelser på sygehuset.
- Der er elevatorer eller rulletrapper i de tilfælde, hvor patienten / offentligheden skal til anden etage end stueetagen.
- Patienterne kan parkere tæt på ambulatorier, f.eks. i forbindelse med ambulante indgreb eller besøg.
- Bygningerne vedligeholdes i sikker stand, hvor alle fysiske risici minimeres og kontrolleres.
- Sikring af tilstrækkelig plads til sikker brug og opbevaring af nødvendigt udstyr til behandling og omsorg

**Indikator 2**

Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for gennemgang af brug af faciliteter, når der planlægges serviceændringer (opstart af nye ydelser, sammenlægninger og lukning af ydelser).

*Vejledning*

Retningslinjerne bør omfatte:

- Estimering af faciliteternes forventede levetid i forbindelse med gennemgang
- Overvejelser om økonomiske eller miljømæssige faktorer ved brug af faciliteterne
- Overvejelser om at konsultere det kliniske personale, der anvender bygningerne
- Overvejelser om at konsultere patienter/borgere om brug af bygningerne
- Hvordan der planlægges vedrørende eventuel fremtidig udvikling i ydelser
- Risici i forbindelse med patientomsorg og miljø
- Sikring af midlertidige servicefaciliteter under ombygninger

---

**Trin 2:  
Implementering og  
anvendelse af  
retningslinjer****Indikator 3**

Relevant personale er informeret om retningslinjerne for sikre og tilgængelige bygninger samt eventuelle opdateringer af disse.

**Indikator 4**

Da sygehusydelser udvikles og ændres (nye ydelser/lukning af ydelser), kan det dokumenteres, at anvendelsen af bygninger og faciliteter vurderes i overensstemmelse med ændrede behov vedrørende ydelser, antal patienter, osv.

*Vejledning*

Sygehuset skal kunne fremlægge eksempler på forslag, mødereferater, rapporter, projektplaner og tegninger, der viser, hvordan anvendelsen af bygningerne er overvejet som en del af udviklingen.

---

**Trin 3:  
Kvalitetsovervågning****Indikator 5**

Der gennemføres en undersøgelse med henblik på at kontrollere, at sygehusfaciliteterne er handicapvenlige, tydeligt skiltede, og at der er parkeringsmuligheder tæt på patientområder, samt at bygningerne giver mulighed for sikker opbevaring og brug af udstyr. Undersøgelsen af bygningerne finder sted mindst hver 3. år.

*Vejledning*

Der udarbejdes rapporter over den fysiske gennemgang af alle bygninger og

---

---

sygehusfaciliteter, der viser, i hvilken grad disse opfylder retningslinjerne for sikkerhed, effektivitet og tilgængelighed.

Det er god praksis at inddrage handicappede personer i en sådan undersøgelse, så kørestolsbrugere, personer med synshandicap og personer med andre udfordringer kan tjekke faciliteterne og udarbejde rapport, der hjælper sygehuset med at forbedre tilgængeligheden.

#### **Indikator 6**

Hvert andet år gennemføres en undersøgelse af andelen af patienter, der er tilfredse med sygehusbygningernes og -faciliteternes tilgængelighed, synes det er nemt at finde rundt, og at der er tilstrækkelig plads til effektiv behandling.

#### *Vejledning*

Patienttilfredshedsundersøgelsen kan udføres som en del af LUP (den landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelse), eller sygehuset kan gennemføre en lokal undersøgelse.

---

<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 7</b> Resultaterne fra bygningsundersøgelserne og patienttilfredshedsundersøgelserne gennemgås i forhold til de definerede retningslinjer for sikre og tilgængelige bygninger. Eventuelle årsager til, at retningslinjerne ikke er fulgt, overvejes, og en plan for korrigerende af dette udvikles med henblik på at forbedre compliance med retningslinjer og/eller revision af retningslinjerne.
<b>Referencer</b>	HQS Accreditation Standards for NHS Trusts 5 <sup>th</sup> edition, 2005

---

---

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Ledelse</b> <i>3.1.8 Økonomi og effektivitet (8/8)</i>
<b>Standard</b>	Sygehuset har systemer for håndtering af økonomien, som dækker budgettering, budgetovervågning, intern økonomisk kontrol og sikring af omkostningseffektive serviceydelser.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at sygehusets økonomiske styring fungerer med relevant planlægning og relevante sikkerhedsforanstaltninger med henblik på overvågning af udgifter  At sikre sig mod bedrageri gennem økonomiske kontrolsystemer  At gennemgå, hvordan midlerne anvendes for at sikre, at ydelserne er omkostningseffektive
<b>Målgruppe</b>	Sygehusdirektøren og økonomidirektøren samt alle ledere med budgetansvar
<b>Anvendelsesområde</b>	Sygehusets økonomiafdeling
<b>Opfyldelse af standard</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<b>Indikator 1</b> Sygehuset har skriftlige, daterede retningslinjer for håndtering af sygehusets økonomi. Disse inkluderer: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Tidspunkt og ansvar for den årlige økonomiske planlægningscyklus</li><li>▪ Udarbejdelse af budgetter for de respektive afdelinger</li><li>▪ Overvågning af udgifter inden for afdelingerne</li><li>▪ Interne regnskabsprocedurer som sikkerhedsforanstaltning mod bedrageri</li></ul>

---

- 
- Måling af ydelsernes omkostningseffektivitet

*Vejledning*

Retningslinjerne skal være i overensstemmelse med alle nationalt og regionalt vedtagne økonomiprocedurer, økonomisk planlægning og håndtering af udgifter.

Processen vedrørende udarbejdelse og overvågning af afdelingsbudgetter afhænger af ledelsens dispositioner, og i hvilket omfang processen er centraliseret eller lagt ud til afdelingerne. Det forventes som minimum, at afdelingslederne holdes informeret om budgetplanlægningen, hvis de ikke er direkte involverede heri.

Måling af effektivitet skal køre efter et rullende program, således at forskellige afdelinger måles hvert år. Måling af effektivitet skal planlægges således, at processen falder sammen med større udviklingsplanlægning, så der tages højde for dette aspekt i alle udviklingsplaner.

**Indikator 2**

Der foreligger en skriftlig, dateret, årlig økonomiplan for sygehuset, som er godkendt af sygehusejerne.

---

**Trin 2:  
Implementering og  
anvendelse af  
retningslinjer**

**Indikator 3**

Ved sygehusledelsens møder aflægges rapport over de faktiske økonomiske resultater i forhold til årsplanen.

*Vejledning*

Økonomiske rapporter skal være et fast punkt på dagsordenen ved sygehusledelsens møder.

**Indikator 4**

Der foreligger dokumentation for, at alle afdelingsledere har et budget for regnskabsåret.

*Vejledning*

Det er god praksis at involvere afdelingsledere i budgetteringsprocessen.

**Indikator 5**

Der foreligger periodiske, dokumenterede opgørelser for hele året, der informerer afdelingsledere om faktiske udgifter samt afvigelser i forhold til planlagte udgifter.

*Vejledning*

Opgørelser over udgifter skal om muligt udsendes månedligt; hvis dette ikke er muligt, skal de som minimum udsendes kvartalsvist. Budgetopgørelser bør opstilles således, at ledere uden økonomibaggrund let kan forstå tallene og deres betydning.

**Indikator 6**

Der foreligger et skriftligt program for planlagte effektivitetsmålinger for det indeværende år.

---

**Trin 3:  
Kvalitetsovervågning**

**Indikator 7**

Andel af afdelingsledere, der regelmæssigt har modtaget forståelige budgetovervågningsrapporter

**Indikator 8**

Der foreligger skriftlige, daterede rapporter vedrørende effektivitetsmålinger udført inden for de seneste 12 måneder.

*Vejledning*

Effektivitetsmålingerne skal indeholde punkter som f.eks.:

- Udnyttelse af ressourcer
- Alle aspekter af ydelser, hvor der er under- eller overbemanding
- Hvilken betydning serviceudviklinger har for effektiviteten

---

**Trin 4:  
Kvalitetsforbedring**

**Indikator 9**

De foreløbig kendte, faktiske, økonomiske resultater for det indeværende år anvendes som basis for planlægning af næste regnskabsår.

*Vejledning*

Den årlige økonomiske planlægningscyklus skal tage højde for faktiske udgifter i forhold

---

til de budgetterede. Sygehuset definerer grænser for, hvornår budgetafvigelser skal underkastes særlig behandling, og hvordan og med hvilke tidsfrister dette i givet fald foregår. Resultater fra effektivitetsmålinger skal ligeledes tages med i betragtning i den årlige økonomiske planlægningscyklus i tillæg til alle planer for serviceudvikling.

**Indikator 10**

Ethvert tilfælde af bedrageri inden for sygehuset undersøges, og der udarbejdes anbefalinger til ændringer af økonomisystemet med henblik på at undgå gentagelser.

---

**Referencer**

Sundhedsloven [The Danish Health Care Services Act] 2005

Health Quality Service Accreditation |Programme, Standards for NHS Trusts, Fourth edition, February 2005

---

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Henvisning</b> 1.1.1 Vejledning om henvisninger (1/1)
<b>Standard</b>	I samarbejde med de alment praktiserende læger/speciallæger og andre læger, herunder vagtlæger, sikrer sygehuset, at der foreligger vejledning for henvisende personale, således at elektive og akutte henvisninger til hospitalsafdelinger er fyldestgørende og relevante, og at oplysninger i henvisningen bruges til at planlægge pleje og behandling af patienten. Endvidere sikres det, at der er tale om kontinuitet og effektivitet ved patientens tværsektorielle behandlingsforløb ved at benytte henvisningsoplysninger i patientens fortsatte behandling på sygehuset.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at sygehuset lever op til sit ansvar ved at sikre, at de alment praktiserende læger er bekendte med og ved, hvordan retningslinjerne skal bruges ved henvisning af patienter, således at der foretages en relevant indlæggelse. Endvidere sikres det, at der er tale om kontinuitet og effektivitet ved patientens tværsektorielle behandlingsforløb ved at benytte henvisningsoplysninger til patientens fortsatte behandling på sygehuset.
<b>Målgruppe</b>	Klinisk og administrativt personale, der visiterer og modtager henvisninger fra patienter samt rådgiver alment praktiserende læger
<b>Anvendelsesområde</b>	Kliniske afdelinger
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningslinjer</b>	<p><b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for henvisning af <i>akutte</i> patienter til hospitalsydelse.</p> <p><i>Vejledning</i> Retningslinjerne for henvisning af <i>akutte</i> patienter skal over for de alment praktiserende læger og henvisende speciallæger beskrive de oplysninger, der skal være givet ved henvisning til akut behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Begrundelse for indlæggelse. Såfremt det drejer sig om psykiatriske patienter, skal det oplyses, om patienten er indforstået med henvisningen eller ønskes indlagt under tvang.</li> <li>▪ Henvisningsdiagnoser og relevante bidiagnoser</li> <li>▪ Kort anamnese med beskrivelse af objektive fund</li> <li>▪ Patientens aktuelle medicin (hvad patienten får/har taget af medicin). Hvis dette <i>ikke</i> kan oplyses, skal det fremgå af henvisningen.</li> <li>▪ Information givet til patienten og pårørende</li> </ul> <p>Retningslinjerne for henvisning skal fordeles til alle alment praktiserende læger og speciallæger, som henviser akutte patienter til sygehuse. Endvidere skal de kunne hentes ned fra sygehusets hjemmeside.</p> <p><b>Indikator 2</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for henvisning af <i>elektive</i> patienter til hospitalsydelse.</p> <p><i>Vejledning</i> Retningslinjerne for henvisning af <i>elektive</i> patienter skal over for de alment praktiserende læger og henvisende specialister beskrive de oplysninger, der skal være givet ved henvisning til elektiv behandling:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patientens stamdata (CPR-nummer, navn, adresse, telefonnummer (evt. mobilnummer og e-mail), eventuel kontaktperson)</li> <li>▪ Hvorfra og hvortil patienten henvises</li> <li>▪ Henvisningsdiagnose/symptomdiagnose og relevante bidiagnoser</li> <li>▪ Kort anamnese med beskrivelse af objektive fund</li> <li>▪ Relevante undersøgelsesresultater</li> <li>▪ Problemformulering, herunder egen læges samlede vurdering og eventuelle prioriteringsønsker</li> </ul>

- 
- Aktuell medicin og eventuelle allergier
  - Relevante sociale forhold (sprog, eventuelt behov for tolkebistand, handicaps mv.)
  - Oplysning om henvisende læge (navn, akuttelefon, dato)
  - Information givet til patienten
  - Information givet til patientens pårørende

Retningslinjerne for henvisning skal fordeles til alle alment praktiserende læger og specialister, som henviser elektive patienter til sygehuset. Endvidere skal de kunne hentes ned fra sygehusets hjemmeside.

---

**Trin 2:  
Implementering og  
anvendelse af  
retningslinjer**

**Indikator 3**

Andel af journaler, der indeholder en *akut* henvisning (eller alment praktiserende læges/speciallæges oplysninger) til aktuell behandling

*Vejledning*

Der foretages en årlig journalgennemgang af 30 patientjournaler fra hver sygehusafdeling, der modtager akutte henvisninger for at kontrollere, at journalerne indeholder en akut henvisning (eller alment praktiserende læges/speciallæges oplysning) til aktuell behandling.

**Indikator 4**

Andel af journaler, der indeholder en *elektiv* henvisning (eller alment praktiserende læges/speciallæges oplysninger) til aktuell behandling

*Vejledning*

Der foretages en årlig journalgennemgang af 30 patientjournaler fra hver sygehusafdeling, der modtager elektive henvisninger for at kontrollere, at journalerne indeholder en elektiv henvisning (eller alment praktiserende læges/speciallæges oplysning) til aktuell elektiv behandling.

---

**Trin 3:  
Kvalitetsovervågning**

**Indikator 5**

Der foretages en årlig rundspørge hos de henvisende alment praktiserende læger/speciallæger for at vurdere, om de kan finde både skriftlig vejledning og – hvor relevant – kan få råd og telefoniske oplysninger fra sygehuset i relation til henvisning af *akutte* patienter.

*Vejledning*

Der udarbejdes og udsendes et spørgeskema til alment praktiserende læger/speciallæger, der henviser patienter til det pågældende hospital. Spørgeskemaet behandler vurderingen af kvaliteten af rådgivningen, der finder sted i relation til akutte henvisninger. I tilfælde af større forskelle i besvarelsenerne skal sygehuset foretage en målrettet opfølgning, eller spørgeskemaet skal gentages med kortere mellemrum.

**Indikator 6**

Der foretages en årlig rundspørge blandt de henvisende alment praktiserende læger/speciallæger for at vurdere, om de kan finde både skriftlig vejledning og – hvor relevant – kan få råd og telefoniske oplysninger fra henvisende speciallæger på sygehuset i relation til henvisning af *elektive* patienter.

*Vejledning*

Der udarbejdes og udsendes et spørgeskema til alment praktiserende læger/speciallæger, der henviser patienter til det pågældende hospital. Spørgeskemaet behandler vurderingen af kvaliteten af rådgivningen, der finder sted i relation til elektive henvisninger. I tilfælde af større forskelle i besvarelsenerne skal sygehuset foretage en målrettet opfølgning, eller spørgeskemaet skal gentages med kortere mellemrum.

**Indikator 7**

Der foretages en patienttilfredshedsundersøgelse med to års mellemrum for at konstatere andelen af patienter, der oplever, at sygehuset var velinformeret om deres situation ved den første kontakt.

*Vejledning*

Patienttilfredshedsundersøgelsen kan indgå som en del af LUP (Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser), de landsdækkende psykiatriundersøgelser, eller sygehuset kan gennemføre en lokal undersøgelse.

En stikprøve af udskrevne patienter skal bruges i undersøgelsen. Indikatoren kan opdeles i elektive og akutte henvisninger af patienter samt patienter henvist af alment praktiserende læger, speciallæger og vagtlæger.

---

---

Idet der må tages højde for besvarelsesprocenten, kan der eventuelt udføres en mangelanalyse for at vurdere, om de modtagne spørgeskemaer giver et repræsentativt billede af samtlige patienters erfaringer. I analysen bør justeres for alder, køn og indlæggelsesmetode for at muliggøre en sammenligning blandt afdelingerne.

#### **Indikator 8**

Der foreligger auditrapporter til vurdering af, om *akutte* henvisninger indeholder relevante oplysninger og er fyldestgørende som beskrevet i retningslinjerne for akutte henvisninger.

##### *Vejledning*

Audit foretages hvert andet år, hvor et udsnit af akutte henvisninger kontrolleres over en to måneders periode for at se, om de alment praktiserende læger og speciallægerne giver alle de nødvendige informationer:

- Begrundelse for indlæggelse. Såfremt det drejer sig om psykiatriske patienter, skal det oplyses, om patienten er indforstået med henvisningen eller ønskes indlagt under tvang.
- Henvisningsdiagnoser og relevante bidiagnoser
- Kort anamnese med beskrivelse af objektive fund
- Patientens aktuelle medicin (hvad patienten får/har taget af medicin). Hvis dette *ikke* kan oplyses, skal det fremgå af henvisningen.
- Information givet til patienten og pårørende

#### **Indikator 9**

Der foreligger auditrapporter til vurdering af, om *elektive* henvisninger indeholder relevante oplysninger og er fyldestgørende som beskrevet i retningslinjerne for elektive henvisninger.

##### *Vejledning*

Audit foretages hvert andet år, hvor et udsnit af elektive henvisninger kontrolleres over en to måneders periode for at se, om de alment praktiserende læger og speciallægerne giver alle de nødvendige informationer:

- Patientens stamdata (CPR-nummer, navn, adresse, telefonnummer (evt. mobilnummer og e-mail), eventuel kontaktperson)
- Hvorfra og hvortil patienten henvises
- Henvisningsdiagnose/symptomdiagnose og relevante bidiagnoser
- Kort anamnese med beskrivelse af objektive fund
- Relevante undersøgelsesresultater
- Problemformulering, herunder egen læges samlede vurdering og eventuelle prioriteringsønsker
- Aktuel medicin og eventuelle allergier
- Relevante sociale forhold (sprog, eventuelt behov for tolkebistand, handicaps mv.)
- Oplysning om henvisende læge (navn, akuttelefon, dato)
- Information givet til patienten
- Information givet til patientens pårørende

---

#### **Trin 4: Kvalitetsforbedring**

#### **Indikator 10**

På et klinisk ledelsesmøde behandles og sammenholdes resultaterne af:

- spørgeundersøgelsen blandt alment praktiserende læger og speciallæger om tilgængeligheden af retningslinjer for henvisning og faglig rådgivning
- resultatet af gennemgangen af modtagne henvisninger

Herefter aftales handlinger til nødvendige kvalitetsforbedringer.

##### *Vejledning*

Mødereferatet skal beskrive:

- årsagerne til eventuelle dårlige resultater med henblik på tilgængelighed af retningslinjer og rådgivning til henviseren
- mulige årsager til ufyldstgørende henvisningsinformation
- anbefalinger til eventuelle ændringer af indholdet af retningslinjer med henblik på at øge forståeligheden for henviseren
- anbefalinger til eventuelle ændringer i måden, hvorpå retningslinjer og råd stilles til rådighed for henviseren
- en handleplan for kvalitetsforbedringer

Udarbejdelse af konkrete handleplaner skal danne grundlag for løbende kvalitetsforbedringer.

---

### Indikator 11

Utilsigtede hændelser, der relaterer sig til utilstrækkelig brug af henvisningsdata, drøftes på et møde mellem risk manager og sygehusets / afdelingens ledelse, herunder bestemmelse af årsagen(erne) til utilstrækkelig brug af henvisningsdata. Mødereferatet skal indeholde en handleplan for kvalitetsforbedringer inden for dette område.

---

### Referencer

Den Almindelige Danske Lægeforening (2006): *Debatoplæg om sammenhængende patientforløb. Kontinuitet – Kerneydelse – Koordination – Kommunikation*. Version: 15.marts 2006. København: Den Almindelige Danske Lægeforening

Den Gode Medicinske Afdeling (2003): *De medicinske ambulatorier. Resultater fra to DGMA - undersøgelser. I: Henvisning og visitation. II: patientinformantundersøgelse*. København: Den Gode Medicinske Afdeling.

Den Gode Medicinske Afdeling (2002): *Standarder og indikatorer for Det tværsektorielle patientforløb*. København: Den Gode Medicinske Afdeling.

Den Gode Medicinske Afdeling (2005): *Den gode henvisning og den gode epikrise – en indikatorbaseret auditundersøgelse*. København: Den Gode Medicinske Afdeling.

Jenkins RM (1993): Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993 Mar; 43(368):111-113.

København Amts sygehusvæsen. *Den gode henvisning. Den gode epikrise. Det gode ambulante forløb*. Sygehusdirektoratet. Januar 2002.

Københavns Amts Sygehusvæsen (2002): *Patienters vurdering af sygehusafdelinger i Københavns Amt. Spørgeskemaundersøgelse blandt 13.400 patienter*. København: Københavns Amt.

Lindstrom K, Hagman A, Berg L, Bengtsson C (1994): Referral notes used as a tool for evaluating the co-operation between general practitioners and hospital physicians. *Scand J Prim Health Care* 1994 Sep; 12(3):214-218.

MedCom. *Den gode henvisning. Sundhedsfaglige anbefalinger og EDIFACT Facitliste*. [www.medcom.dk](http://www.medcom.dk). Marts 2001.

MedCom (2002): *Guide til den gode henvisning. Sundhedsfaglige anbefalinger og EDI-facitliste for MedComs MEDREF-henvisninger*. <http://www.medcom.dk/publikationer/publikationer/GuideHenvisning.pdf>. September 2001.

Rubak SLM, Mainz J (2000): Kommunikation mellem alment praktiserende læger og sygehuse. *Ugeskrift for Læger* 2000; 162(5):648-653.

Sundhedsloven. Lov nr. 546 af 24/06/2005.

---