

Uddrag fra rapporten "Rapport fra det midlertidige udvalg vedr. Den Danske Kvalitetsmodel – funktionsperiode fra 1. januar 2009 til 31. december 2009"

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 model¹ 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 standarder². 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.
- At understøtte gennemsigtighed og gennemsuelighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

¹ <http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel.aspx>

² Det nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, 2006.

3.4 Visionen bag Den Danske Kvalitetsmodel

Visionen for DDKM er, at den skal omfatte alle sundhedsydelser og på den måde skabe³:

- ensartet høj kvalitet i alle ydelser - fra læge til sygehus, til apotek og til hjemmesygepleje og genoptræning
- sammenhæng i patientens oplevelse af forløbet
- gennemskuellighed 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 akkrediteres⁴.

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.

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

³ <http://ikas.dk/Den-Danske-Kvalitetsmodel/Vision-og-status.aspx>

⁴ Det gælder private og foreningsejede hospitaler af en vis størrelse, der i behandling 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.

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

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

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 patientsikkerhed, 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 ydelserne⁵. 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.

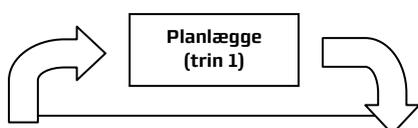
Alle standarder i DDKM er opbygget på samme måde og inddelt i fire trin som vist i tabel 2. Hver standard indeholder som minimum fire indikatorer fordelt på de fire trin. Der kan være flere indikatorer på hvert trin.

Tabel 2: Oversigt over standardens fire trin

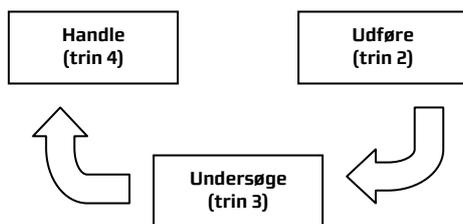
Trin 1 Retningsgivende dokumenter	Dette trin har indikatorer, der stiller krav om, at der skal være et retningsgivende dokument, der beskriver, hvad man på hospitalet skal gøre i forhold til standarden. I indikatoren vil det også mere eller mindre være beskrevet, hvad det retningsgivende dokument skal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

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



⁵ <http://ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarder-for-sygehuse/Begrebsliste.aspx>



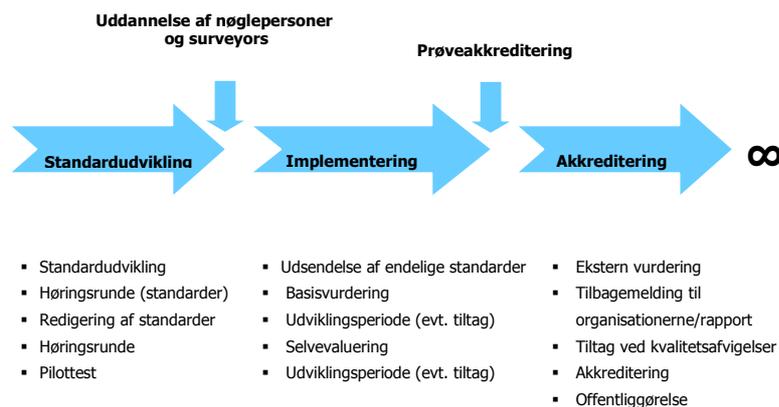
DDKM indeholder 104 standarder. I bilag 2 gives eksempler på følgende standarder:

- 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.