

Den Danske Kvalitetsmodel

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



DDKM for sygehuse – 2.version

Ny version – hvad er nyt og hvor er udfordringerne?



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



2.version af akkrediteringsstandarder for sygehuse

- 82 akkrediteringsstandarder:
 - 39 organisatoriske akkrediteringsstandarder
 - 40 generelle akkrediteringsstandarder
 - 3 sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder



Den Danske Kvalitetsmodel
Akkrediteringsstandarder for sygehuse
2. version



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Hovedtræk ved overgangen fra 1.version til 2.version

- Justeringer med henblik på mere logisk opdeling i standarder og temaer
- Ændrede sygdomsspecifikke standarder
- Øget fleksibilitet på trin 3
- Krav om kontinuerlig kvalitetsudvikling på trin 4
- Standarder formuleres, så anvendelsen i forskellige kontekster (fx privathospitaler og forskellige typer af afdelinger) bliver mere tydelig
- Indikatorer formuleres, så det er tydeligere, hvad der vurderes på (ikke mindst trin 2)
- Øget fokus på patientinddragelse
- Bemyndigelse af klinisk personale
- Nye vurderingsprincipper



Disposition

- Opbygningen af standardsættet
- Nye standarder – standarder, der er udgået
- Implementeringsindsatsen – trin for trin
- Vurderingsprincipper
- Survey



Opbygningen af standardsættet



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



2.versions indholdsfortegnelse

- **Indledning**
- Akkrediteringsstandarderne
- **Bilag 1: Hvad er nyt i 2. version**
- **Bilag 2: Oversigt over krav om kvalitetsovervågning på trin 3**
- Bilag 3: Oversigt over forslag til journalaudit-spørgsmål
- Bilag 4: Historik for Den Danske Kvalitetsmodel
- Bilag 5: Begrebsliste
- **Bilag 6: Typiske situationer hvor en standard anses for ikke relevant**
- Bilag 7: Gode råd ved modtagelse af akkrediteringsstandarderne

Organisatoriske temaer	Generelle temaer	Sygdomsspecifikke temaer
Ledelse	Patientinddragelse	Et tema – 3 standarder
Kvalitets- og risikostyring	Patientinformation og -kommunikation	
Dokumentation og datastyring	Koordinering og kontinuitet	
Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling	Henvisning	
Hygiejne	Modtagelse, vurdering og planlægning	
Beredskab og forsyninger	Diagnosticering	
Apparatur og teknologi	Medicinering	
Bygninger og forsyninger	Observation	
	Invasiv behandling	
	Intensiv behandling	
	Genoplivning	
	Ernæring	
	Rehabilitering	
	Forebyggelse og sundhedsfremme	
	Overdragelse	
	Patienttransport	
	Ved livets afslutning	



Grundskabelon 2.version

Titel			Nummer		
Sektor		Sygehuse	Version	2	Udgave
Kategori			Tema		
Standard		Det samlede mål for akkrediteringsstandarden			
Formål					
Indhold		Definitioner på begreber, forklaring til indikatorer, forståelse i forskellige kontekster			
Krydsreferencer					
Anvendelsesområde		Hvilket organisatorisk niveau akkrediteringsstandarden skal være implementeret og anvendt			
Trin 1	Indikator 1				
Trin 2	Indikator 2				
Trin 3	Indikator 3				
Trin 3	Indikator 4				
Trin 4	Indikator 5				
Referencer					



Trin 1 og trin 2

- Antallet af indikatorer er øget i forhold til 1. version
- Dette er IKKE ensbetydende med, at der sættes flere krav, da hver indikator i 2. version kun indeholder ET krav. (En indikator fra 1. version kan være opdelt i 2 eller flere indikatorer i 2. version)
- DDKM stiller fortsat IKKE krav om, at der foreligger skriftlig dokumentation på trin 2

Eksempel på hjælp til kontekstafhængig vurdering i feltet "Indhold"

- I nogle tilfælde har en indsats mod livsstilsfaktorer en direkte betydning for behandlingsresultatet. Herudover kan en livsstilsintervention have betydning for patientens generelle helbredsstatus. Sygehuset har i begge tilfælde en forpligtelse til at tilbyde en indsats, hvis livsstilsfaktorer udgør en risiko for patienten. Sygehuset har i disse tilfælde ansvaret for at sikre, at patienten får et tilbud om en relevant intervention. Det er ikke et krav i standarden, at sygehuset selv skal levere denne intervention. Opgavefordelingen kan fx fastlægges i lokale aftaler, herunder sundhedsaftaler eller kontrakter med privathospitaler.
- Der er i standarden krav om, at sygehuset skal informere patienter om konsekvenser af den livsstilsbetingede sundhedsmæssige risiko og om muligheder for at få et relevant forebyggelsestilbud.

(fortsætter)

(Kontekst, 2)

For at leve op til kravene i standarden, skal et sygehus som minimum:

- a) synliggøre den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, som sygehuset leverer
- b) identificere patientforløb hvor en intervention i relation til livsstilsfaktorer vil gøre en forskel i forhold til resultatet af patientforløbet og planlægge, hvorledes patienten tilbydes denne intervention
- c) sikre at øvrige patienter med forebyggelsesbehov identificeres, rådgives og vejledes om forebyggelsesmuligheder
- d) kende relevante forebyggende og sundhedsfremmende tilbud i sygehusets område, og kunne være patienten behjælpelig med at få adgang til disse
- e) sikre at patientens forebyggelsesbehov dokumenteres i epikrisen



Eksempler på ny formulering af trin 2

Indikator 7

- Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.

Indikator 8

- Sygehuset har planlagt foranstaltninger, der gør det muligt at bekæmpe en brand, og som beskytter patienter og personale mod konsekvenserne af brand, herunder sikring af flugtveje og tilstedeværelse af brandslukningsudstyr. Indsatsen baseres på en risikovurdering.

Indikator 9

- Forud for større om- og nybygninger gennemføres en risikovurdering, inklusive vurdering af hygiejne og brandsikkerhed. På grundlag af denne iværksættes relevante sikkerhedsforanstaltninger.



Nye standarder – udgåede standarder



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Helt udgåede standarder

- 1.4.2 Ansættelse af overlæger
- 2.6.1 Akutmodtagelse
- 2.8.3 Laboratorieydelse
- 2.8.4 Billeddiagnostiske ydelser
- 2.9.4 Medicinafstemning
- 2.16.4 Undervisning af patienter med kronisk sygdom
- 2.17.1 Aftaler om samarbejde med primærsektoren
- De konkrete sygdomsspecifikke standarder



Bygninger og faciliteter

Indholdet af 1.versions standard 1.1.6 er fordelt på flere standarder

- 1.5.6 Rengøring
- 1.7.4 Forsyning af utensilier
- 1.8.1 Sygehusets sikkerhed og tilgængelighed
- 1.8.2 Bygninger og lokalers egnethed
- 1.8.3 Håndtering af affald
- 2.9.8 Forsyning af lægemidler



Nye standarder

- 1.1.7 Inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser
- 1.2.11 Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer
- 1.4.6 Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (læger, tandlæger, jordemødre og kiropraktorer)
- 1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
- 2.9.7 Medicingennemgang
- 2.11.6 Infusion af blodkomponenter
- 2.17.5 Udskrivningsplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information



Patient- og borgerinvolvering

- 1.1.7 Inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser
- 1.2.11 Inddragelse af patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer
- 2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere



Medicinafstemning (2.9.7) vs. medicingennemgang (1.version)

- Medicingennemgang er en systematisk gennemgang og revision af patientens samlede forbrug af lægemidler
- Gennemføres for risikopatienter efter kriterier, der fastsættes af sygehuset
- Opgaven kan deles med primærsektoren

Ved alle indlæggelser tages som led i udarbejdelsen af behandlingsplanen stilling til, om patienten under indlæggelsen skal fortsætte med sin sædvanlige behandling (2.7.6 og 2.7.7). Som led i udskrivelsesplanlægningen vurderes, om og hvordan ny lægemiddelbehandling, der er ordineret under indlæggelsen, skal fortsætte (2.17.5)



Sygdomsspecifikke standarder

- 3.12.1 Udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper
- 3.12.2 Behandling på intensiv terapienhed
- 3.12.3 Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb



Implementeringsindsatsen

trin for trin



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Ikke relevante standarder

- Dette skal ikke opfattes som et fravalg, men som en konstatering af et faktum.
- Brug bilag 6, og rådfør jer med IKAS, hvis I mener, at en standard ikke er relevant i en anden situation, end beskrevet der.



Trin 1 – Retningsgivende dokumenter

- I standarder, der videreføres fra 1.version, er specifikationerne af indholdet med få undtagelser uændrede eller mindre detaljerede
- De nye standarder kræver nye retningsgivende dokumenter
- I nogle standarder er der krav om fælles retningslinjer for sygehuset – dette gælder kun, hvor det udtrykkeligt er anført

Trin 1 (fortsat)

- Det er DDKM's ånd, at retningslinjer skal hjælpe personalet med at gøre det rette, og skal sikre, at der ligger gennemtænkte overvejelser bag designet af processen.
- Det er IKKE tanken, at retningslinjer nødvendigvis skal anviser handlinger i enhver tænkelig situation



Trin 2 – Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter

- Trin 2 er først og fremmest en anvisning til surveyorne om, hvordan de skal vurdere implementeringen af de retningsgivende dokumenter
- Som hovedregel er der derfor intet "nyt" i trin 2 – indikatorerne på trin 2 afspejler indikatorerne på trin 1

- I nogle standarder har man dog valgt at bruge trin 2-indikatorerne til at specificere indholdet af det dokument, der kræves på trin 1

Trin 3 - Kvalitetsovervågning

- På trin 3 er det nu i vid udstrækning overladt til sygehuset at vælge den konkrete form for overvågning
- Alle data, der indsamles som led i kvalitetsovervågningen skal underkastes analyse og vurdering, hvor resultater af kvalitetsovervågningen sammenholdes med de opstillede mål. Der er ingen specifikke formkrav til dette.



Trin 3 - fortsat

I visse standarder er der på trin 3 specificerede krav om indholdet af kvalitetsovervågningen øvrige standarder anvendes én af følgende formuleringer:

- A. "Sygehuset har mål for kvaliteten af XX og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse."
- B. "Sygehuset har mål for kvaliteten af XX. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes." Evt. kan det nærmere specificeres, hvad der skal overvåges
- C. "Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard."



Trin 3 - fortsat

Monitoreringskrav i den nu forelagte version	Fastsættelse af lokale mål og vurdering to gange pr. akkrediteringscyklus	Dataindsamling ikke bundet til nationalt system	Dækkes af nationale databaser mv.	Andet specifikt krav	Intet trin 3
Organisatoriske	3	4	2	16	16
Generelle	17	9	1	3	11
Sygdomsspecifikke	0	0	3	0	0
I ALT	20	13	6	19	27



Trin 3 - Journalaudit

- For at opfylde kravet om indsamling af kvantitative data kan sygehuset vælge at gennemføre journalaudit.
- Journalaudit gennemføres på grundlag af et udtræk af 20 tilfældigt udvalgte patientjournaler på afdelingsniveau hvert halve år.
- Sygehuset vælger selv, hvad journalaudit konkret skal omhandle og hvilke afdelinger, der skal indgå, men det kræves at journalaudit inddrager sygehusets afdelinger bredt.
- I bilag 3 findes forslag til en række spørgsmål, der kan indgå i journalaudit



Trin 3 – sammenfattet

- Brug bilag 2 til at få overblik
- Hvis man ønsker det, kan man med få undtagelser leve op til kravene i 2.version ved at fortsætte kvalitetsovervågningen fra 1.version, incl. journalaudit
- Men man har friheden til at vælge noget andet



Trin 4 - Kvalitetsforbedring

- På trin 4 kræves, at sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten.
- Effekten af tiltagene er vurderet og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.
- Det er i 2. version IKKE nok kun at udarbejde handleplaner.



Trin 4 - fortsat

Standardformulering af trin 4:

- Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af XX. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.

Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Trin 4 bortfalder i de standarder, hvor der ikke er indikatorer på trin 3. I standardkabelonen skrives i disse tilfælde "Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard".



Trin 4 – Prioritering af indsatsen – et konstrueret eksempel

- 55 trin 4-indikatorer i standardsættet
 - 4 er "ikke-relevante", fordi standarden omhandler en aktivitet, der ikke forekommer på sygehuset
 - 12 af de resterende er "ikke-relevante", fordi sygehuset har nået sit kvalitetsmål
- 39 trin 4-indikatorer med potentiale for forbedring
 - Op til 50% kan fravælges som ikke-prioriterede – sygehuset vælger fx at fravælge 15 indikatorer. Der resterende således 24 prioriterede trin 4-indikatorer
- Ved ekstern survey bedømmes sygehuset på præstationen i forhold til de valgte 24 prioriterede indikatorer.



Vurderingsprincipper



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Hovedtræk

- Opfyldelsen vurderes på indikatorniveau
- Der afgives IKKE nogen vurdering på standardniveau
- I de fleste tilfælde vil den tildelte akkrediteringsstatus umiddelbart fremgå, når indikatorvurderingerne er kendte
- Når opfyldelsesgraden er under et vist niveau, træffer akkrediteringsnævnet en konkret afgørelse om, hvilken status, der kan tildeles
- Der er større krav til opfyldelsesgraden på trin 1 og 2 i otte patientsikkerhedskritiske standarder end i de øvrige standarder
- Mere detaljerede vurderingsvejledninger understøtter en mere transparent og ensartet vurdering



Vurdering af opfyldelsen af indikatorer

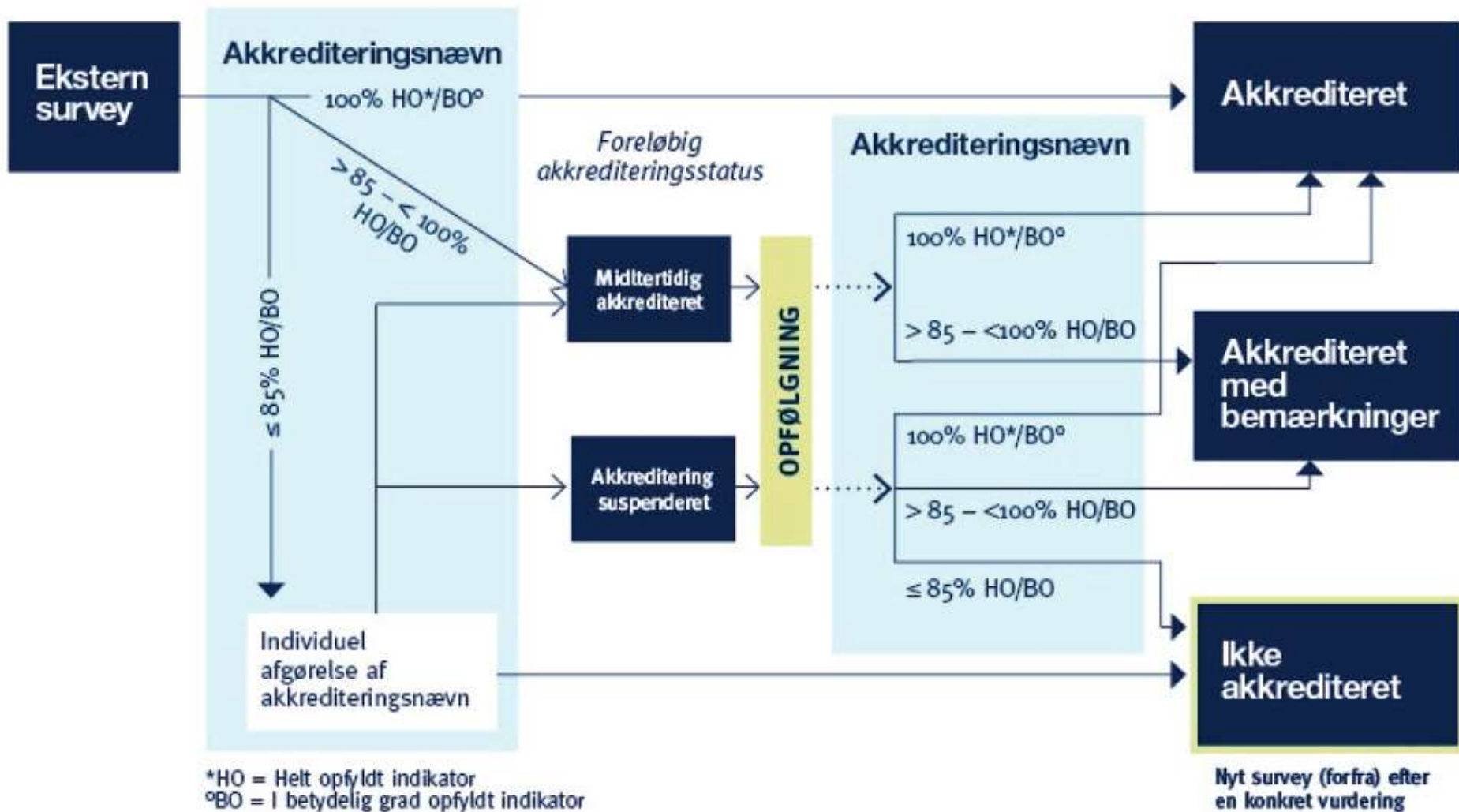
Opfyldelsesgrad	Definition
HELT OPFYLDT (HO)	Alt er til stede
I BETYDELIG GRAD OPFYLDT (BO)	Noget er til stede, og manglerne <u>er ikke</u> en betydelig del af indikatorkravet
I NOGEN GRAD OPFYLDT (NO)	Noget er til stede, og manglerne <u>er</u> en betydelig del af indikatorkravet
IKKE OPFYLDT (IO)	Intet er til stede, eller der foreligger kun planer

Opfølgning

- Hvis en indikator vurderes som NO eller IO, afgiver surveyorteamet en anbefaling om opfølgning



Akkrediteringsstatus



Patientsikkerhedskritiske standarder

De otte patientsikkerhedskritiske standarder (markeret med # efter standardtitlen)

Standard 1.2.7 Patientidentifikation

Standard 2.8.6 Rettidig reaktion på prøvesvar

Standard 2.9.1 Lægemeddelordination

Standard 2.9.2 Lægemeddeldispensering

Standard 2.9.3 Lægemeddeladministration

Standard 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

Standard 2.11.5 Sikker kirurgi

Standard 2.13.1 Hjertestopbehandling

Særregel for patientsikkerhedskritiske standarder

- For at opnå akkreditering (uden bemærkninger) kræves, at alle indikatorer i de 8 patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er HO.
- For at opnå umiddelbar tildeling af midlertidig akkreditering kræves, at alle indikatorer i de 8 patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er HO eller BO.
- Hvis en indikator i de patientsikkerhedskritiske standarder er vurderet som BO, afgiver surveyteamet en anbefaling om opfølgning.



Survey

Foreløbige overvejelser



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Surveykonceptet

- Surveykonceptet vil blive vurderet ud fra erfaringerne i første akkrediteringsrunde.
- Interviews vil blive mere udfordrende, for at fremme læringen
- Trin 1 vil blive tillagt relativt mindre vægt – vægten under survey skal ligge på trin 2, 3 og 4.
- Trin 2 vil fortsat være i fokus
- Fokus vil blive øget på trin 3 og trin 4



“Udfordrende” interviews – “implementering og opfølgning”

- Hvad vil vi opnå (klar formulering af mål)?
- Hvordan kan vi vide, om vi har opnået det (gør målet målbart)?
- Hvad gør vi, for at opnå det?
- Hvad kom der ud af det, og hvad gjorde vi så?



“Udfordrende” interviews – “robusthed”

- Hvad kan gå galt?
- Hvordan opdager vi det?
- Hvordan afværger/afbøder vi det?
- Hvordan sikrer vi os, at vi lærer af det, når det sker?

