



Institut for Kvalitet
og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet

Olof Palmes Allé 13, 1. th.
8200 Aarhus N
www.ikas.dk
T: 8745 0050



Referat fra bestyrelsesmøde

Sted: IKAS, Olof Palmes Allé 13, 1.th., mødelokale 2

Dato: 17. september 2013

Tid: 9.00 - 12.30

Deltagere

Vagn Nielsen (formand)
Jens Elkjær (næstformand)
Erling Friis Poulsen
Christian Worm (suppl.)
Birthe Søndergaard
Søren Brostrøm (deltog over video)
Bent Wulff Jakobsen
Jakob Krogh

Fra IKAS

Jesper Gad Christensen

Afbud

Lone Christiansen
Svend Hartling
Carsten Engel

-
- Pkt. 462/13** Meddelelser fra bestyrelsesformanden
- Pkt. 462/13** Akkrediteringsnævnet - mindre justering af vedtægter
- Pkt. 463/13** Orientering om udvikling af 2. version af standarder til det præhospitale område
- Pkt. 464/13** Drøftelse af principper vedrørende 3. version af sygehusstandarderne
- Pkt. 465/13** Drøftelse af praksis vedrørende opfølgingsformer ved "midlertidig akkreditering"
- Pkt. 466/13** Orientering om status vedrørende projektet om tværsektoriel akkreditering
- Pkt. 467/13** Orientering om analysen af, hvorfra dokumentationskravene i DDKM stammer
- Pkt. 468/13** Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet
- Pkt. 469/13** Budgetopfølgning
- Pkt. 470/13** Gensidig orientering
- Pkt. 471/13** Eventuelt



Den Danske
Kvalitetsmodel



Bilagsoversigt:

Bilag til pkt. 462/13	Vedtægter for akkrediteringsnævnet - revideret september 2013
Bilag til pkt. 467/13	IKAS rapport – dokumentationskrav i DDKM for sygehuse
Bilag til pkt. 468/13	Kvartalsrapport 2. kvartal 2013 fra akkrediteringsnævnet
Bilag til pkt. 469/13	Budgetopfølgning pr. 15. august 2013



A decorative graphic consisting of several squares in light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern at the top left of the page.

Punkt 461/13:

A single light green square.

Meddelelser ved bestyrelsesformanden

A vertical stack of two squares: a light green square on top and a light blue square on the bottom.

Vagn Nielsen bød velkommen til kontorchef Jakob Krogh, der afløser John Erik Pedersen som repræsentant for Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i bestyrelsen.

A decorative graphic in the top left corner consisting of several overlapping squares in shades of light blue, light green, and light grey.

Punkt 462/13:

A decorative graphic on the left side consisting of two overlapping squares, one light green and one light blue.

Akkrediteringsnævnet - mindre justering af vedtægter

På grundlag af drøftelser med akkrediteringsnævnets formandskab foreslås mindre justeringer af nævnets vedtægter.

Primært drejer det sig om, at bestemmelsen i § 6, stk. 4, hvorefter nævnet kræves fysisk samlet i sager, hvor en institution indstilles til "akkreditering pågår"/"betinget akkreditering", foreslås slettet, idet formandsskabet er af den opfattelse, at erfaringerne med afholdelse af nævnsmøder som videomøder er så gode, at også sager af den nævnte type uden problemer kan håndteres som videomøder.

Ændringsforslagene, der alle er konfereret med nævnets formandskab, fremgår af bilaget.

Indstilling:

Det indstilles, at de foreslåede ændringer godkendes.

Bilag:

Vedtægter for akkrediteringsnævnet - revideret september 2013

Beslutning:

De foreslåede ændringer blev godkendt med den tilføjelse, at § 6 stk. 3 første punktum ændres til: "Møderne kan afvikles ved samling af nævnets medlemmer eller i form af telefon-/videomøder."

Punkt 463/13:
Orientering om udvikling af 2. version af standarder til det præhospitale område

Akkrediteringsstandarderne for det præhospitale område redigeres i øjeblikket med henblik på overdragelse af 2. version til organisationerne i juni 2014. Standarderne har været igennem en mere omfattende redigering end oprindeligt planlagt. Den mere omfattende redigering skyldes en nytænkning i opbygningen af akkrediteringsstandarderne.

Standarderne omfatter nu et formål, standardens indhold og indikatorer, der ikke har angivelse af trin. Begrundelsen for denne ændring er et ønske om, at PDSA cirklen fremstår mindre udtalt i opsætningen af standarderne, men stadig er grundlaget for arbejdet med standarderne. Fokus skal således i stedet primært rette sig mod standardens indhold.

Formålet fra 1. version er så vidt muligt fastholdt for at opretholde mest mulig kontinuitet i standard-sættene. Fremstillingen i standardens indhold er ligeledes forsøgt bredt ud, da nytænkningen er, at arbejdes ud fra formål og indhold, som derfor skal kunne læses og give mening, også hvis man ser dem isoleret, uden at se indikatorerne. Indikatorerne skal i højere grad fungere som målepunkter primært til brug for surveyerne under survey, mens standardens indhold skal ses som implementeringsvejledning til organisationerne.

2. version af standarderne behandles på bestyrelsesmødet den 3. december med henblik på godkendelse til udsendelse i høring. Materialet forventes færdigudviklet og klar til godkendelse på andet bestyrelsesmøde i 2014 og overdraget til organisationerne i juni 2014.

Som en illustration af den foreslåede nye opbygning vises nedenfor standard 1.1.3 som den ser ud i den nuværende udgave sammenholdt med forslaget til den nye opbygning i 2. version.

Version 1

Titel	1.1.3 - Aftaler om samarbejde mellem regionale enheder og andre præhospitale enheder (3/7)				
Sektor	Præhospital	Version	1	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Standard	Der foreligger samarbejdsaftaler for placering af ledelseskompetence og ansvar i situationer, hvor opgaveløsningen deles af regionale og andre præhospitale enheder.				
Formål	At sikre: <ul style="list-style-type: none"> • optimal opgaveløsning på tværs af enheder • at personalet kender "kommandoveje" og ansvarsområder, når regionale og andre præhospitale enheder samarbejder om fælles opgaveløsning 				
Målgruppe (ansvarlig)	Alle ledelse				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitalsystem				

Titel		1.1.3 - Aftaler om samarbejde mellem regionale enheder og andre præhospitale enheder (3/7)			
Sektor		Præhospital	Version	1	Udgave 1
Kategori		Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse	
Trin 1	Indikator 1	<p>Der foreligger skriftlige aftaler, der beskriver samarbejdet mellem regionale og andre præhospitale enheder.</p> <p>Aftalerne beskriver som minimum følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansvarsfordeling • Referenceforhold • Arbejdstilrettelæggelse med udgangspunkt i medarbejdernes kompetencer <p>Aftalerne udarbejdes i samarbejde mellem de involverede regionale og andre relevante præhospitale enheder. Aftalerne opdateres ved behov.</p> <p>Vejledning</p> <p>Andre præhospitale enheder kan fx være ambulancecentreprenører.</p>			
Trin 2	Indikator 2	Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne			
Trin 3	Indikator 3	<p>Der foreligger dokumentation for, at ledelserne ved behov og mindst en gang årligt evaluerer aftalerne for samarbejdet mellem regionale og andre præhospitale enheder.</p> <p>Vejledning</p> <p>Evalueringen kan fx dokumenteres ved referater fra relevante fora med repræsentanter fra de involverede enheder.</p>			
Trin 4	Indikator 4	På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.3.			
Referencer					

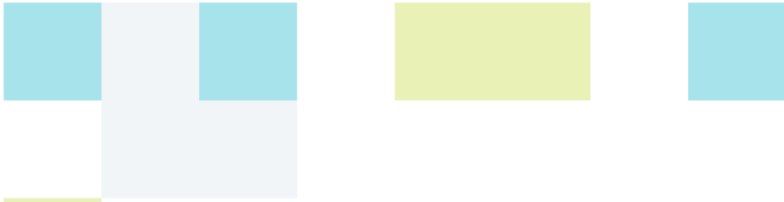
2. version - nyt forslag:

Titel		1.1.3 - Kontrakter mellem regioner og entreprenører (2/6)			
Sektor		Præhospital	Version	1	Udgave 1
Kategori		Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse	
Formål		<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • optimal opgaveøsning • at kommandoveje og ansvarsområder, når regionale præhospitale organisationer og entreprenører samarbejder om fælles opgaveøsning, er klare 			
Indhold		Kontrakter mellem regioner og entreprenører beskriver opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold og kommunikationsveje.			

Titel	1.1.3 - Kontrakter mellem regioner og entreprenører (2/6)				
Sektor	Præhospital	Version	1	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
	<p>Kontrakterne indeholder kvalitetsmål for de leverede ydelser fx responstid og de beskriver hvordan opfyldelsen af kvalitetsmålene overvåges, og hvem der ved manglende målopfyldelse har ansvar for at gennemføre forbedringstiltag.</p> <p>De enkelte kvalitetsmål sat i forhold til DDKM behøver ikke indgå eksplicit, men kan evt. fremgå som et krav om akkreditering efter DDKM.</p> <p>Kontrakterne beskriver også ansvarsfordeling og referenceforhold i situationer hvor opgaveløsning deles af regionale præhospitale organisationer og entreprenører.</p> <p>Evalueringen af opfyldelsen af kvalitetsmålene i kontrakterne sker på baggrund af informationer fra de præhospitale enheder.</p>				
Krydsreferencer					
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitalsystem				
Følgende indikatorer vil indgå i vurderingen af akkrediteringsstatus:					
Indikator 1	Der er kontrakter, der beskriver samarbejdet mellem regioner og entreprenørerne.				
Indikator 2	Kontrakterne beskriver opgavefordelingen.				
Indikator 3	Kontrakterne beskriver ansvarsfordeling.				
Indikator 4	Kontrakterne beskriver referenceforhold				
Indikator 5	Kontrakterne beskriver kommunikationsveje.				
Indikator 6	Kontrakterne indeholder kvalitetsmål for de leverede ydelser.				
Indikator 7	Kontrakterne beskriver, hvordan det overvåges, om kvalitetsmålene nås.				
Indikator 8	Kontrakterne beskriver, hvem der har ansvaret for at gennemføre forbedringstiltag, hvis kvalitetsmålene ikke nås.				
Indikator 9	En gang årligt evaluerer regionen opfyldelsen af kvalitetsmålene i kontrakterne .				
Referencer					

Indstilling:

Til drøftelse/orientering



Bilag:
Ingen

Beslutning:
Taget til efterretning



Punkt 464/13:**Drøftelse af principper vedrørende 3. version af sygehusstandarderne*****Baggrund***

2. version af akkrediteringsstandarder for sygehuse blev publiceret maj 2012 og anvendes i akkrediteringsrunden, der løber fra starten af 2013 til udgangen af 2015. En 3. version til anvendelse i årene 2016-2018 bør publiceres senest maj 2015.

Foreløbige tilkendegivelser, både i forbindelse med surveys, under forberedelse af sager til akkrediteringsnævnet, ved møder med interessenter og i form af uformelle spontane tilkendegivelser til IKAS, tyder på, at 2. version og de tilhørende justeringer i surveykonceptet er blevet modtaget positivt.

Det er for tidligt at gennemføre en egentlig systematisk undersøgelse af sygehusenes, surveyornes og nævnets erfaringer nu. IKAS vurderer imidlertid, at hvis det skal være muligt at publicere en revideret 3. version først i 2015, skal udviklingsarbejdet igangsættes nu.

IKAS' overvejelser vedrørende 3. version

De indhøstede erfaringer giver ikke grund til at afvige fra den generelle retning i udviklingen fra 1. til 2. version:

- Mindre fokus på dokumenter – mere fokus på praksis og på den systematiske tilgang til kvalitetsudvikling
- Styrket fokus på klinisk kvalitet
- Styrket systematik i vurderingen af anvendelsen af kvalitetsovervågningsdata
- Fokus på forbedringer frem for på handleplaner

IKAS finder dog også, at der er en række overvejelser, som bør gøres:

Overordnet indholdsmæssige

Standarderne bør gennemgås kritisk med henblik på at fjerne standarder, der ikke opleves som meningsfulde, eller som ikke bidrager til kvalitetsudviklingen, enten fordi de er for vage, eller fordi de handler om noget, der ikke er et væsentligt kvalitetsproblem.

Det bør undersøges nærmere, om standarderne med fordel kan styrkes på følgende områder:

- Hygiejne – de nuværende standarder er ret overordnede; man kunne her specielt interessere sig for at udvikle indikatorer, der belyser udvalgte konkrete arbejdsgange af betydning for forekomsten af sygehusinfektioner. Man bør også tage i betragtning, at man i 3. akkrediteringsrunde, hvor HAIBA vil være i drift, vil have adgang til betydeligt bedre data vedrørende sygehusinfektioner, end hvad tilfældet er i dag
- Anvendelsen af kvalitetsdata

- Staffordshire-rapporten (www.midstaffspublicinquiry.com/report) peger på alvorlige mangler i den basale plejekvalitet. De nuværende sygehusstandarder giver ikke noget godt grundlag for at vurdere plejekvaliteten på danske sygehuse
- Staffordshire-rapporten kan endvidere give inspiration til videreudvikling af ledelsesstandarderne

Flere af de nuværende patientsikkerhedskritiske standarder er også centrale for Sundhedsstyrelsens tilsyn, herunder det proaktive tilsyn med privathospitaler. Hvis det i løbet af 2. akkrediteringsrunde bekræftes, at sygehuse har opnået en høj grad af opfyldelse af disse standarder, kan man overveje, om deres vægt skal nedtones noget i 3. version til fordel for andre indsatsområder.

Det bør overvejes, hvordan standarderne kan tage hensyn til, at kvaliteten ikke blot sikres ved, at der for enhver eventuelitet findes retningsgivende dokumenter, men at personalet også skal være i stand til at erkende situationer, der ikke forudses af dokumenterne og handle formålstjenligt i disse.

Indholdsmæssige ændringer skal ske på en sådan måde, at standarderne stadig kan opnå ISQua-akkreditering.

Standardopbygningen

IKAS finder, at opdelingen af standarderne i de fire trin giver visse problemer.

- Det er et for simpelt syn, at kvalitet alene fremmes ved, at der skrives retningslinjer, som medarbejderne herefter kender og anvender
- Det stemmer ikke godt overens med den måde, man som organisation arbejder med kvalitet på, at der er krav om overvågning og forbedring i relation til en lang række enkeltprocesser. Processen skal ses mere holistisk og kunne tilpasses til hver enkelt institutions udfordringer. For at kunne imødekomme dette, har man i 2. version indført begreberne "IRMO og IP" (krav om forbedring (trin 4) ikke relevant, fordi målet er opfyldt, eller ikke prioriteret). Dette opleves af mange sygehuse som vanskeligt forståeligt, og komplicerer DDKM unødigt. Samtidigt er en del af de tiltag, som gennemføres for at leve op til kravene om kvalitetsovervågning (trin 3), blevet oplevet som rituelle og uden reel værdi. Dette er i nogen grad imødegået ved den ændring i trin 3, der er sket fra 1. til 2. version, men er ikke elimineret
- Nogle indikatorer er svære at placere entydigt på ét bestemt trin, hvilket introducerer en vis vilkårlighed i modellen

IKAS finder derfor, at fremtidige standardversioner ikke længere bør udvikles i en skabelon, der indeholder de fire trin. Det vil stadig være et grundlæggende princip for DDKM, at der sker kvalitetsovervågning gennem dataindsamling, og at data anvendes som udgangspunkt for kvalitetsforbedringer.

Akkrediteringsstandarder har to funktioner: At understøtte sygehusenes kvalitetsudviklingsarbejde og at muliggøre en ekstern evaluering af dette arbejde. De to formål stiller forskellige krav til standarderne.

I 1. version var standarderne formuleret som forholdsvis konkrete og præcise krav til indhold af retningslinjer og kvalitetsovervågning. Dette gjorde det lettere at komme i gang med DDKM, men høringen i slutningen af akkrediteringsrunden viste, at der nu var brug for at give mere plads for det enkelte sygehus' egne prioriteringer af kvalitetsovervågningen og kvalitetsforbedringen. I 1. version var indholdet af standarderne stort set lig summen af indholdet af indikatorerne. Dette førte til, at mange indikatorer blev for brede til at muliggøre en præcis og ensartet vurdering.

I 2. version er der derfor i en lang række standarder fokuseret trin 2-indikatorerne, så de ikke nødvendigvis dækker hele standardens indhold, men til gengæld understøtter en ensartet og målrettet vurdering af kendte kritiske forhold ved alle surveys. IKAS finder, at man bør fortsætte denne udvikling; indikatorerne skal ikke fremstå som en tjekliste, der sikrer, at standarden er implementeret, men som de udvalgte målepunkter, surveyornes indsats skal koncentreres om. Dette ville fx kunne medføre, at man ikke i alle tilfælde valgte at have en indikator, der vurderer tilstedeværelsen af retningslinjer. Der bør gøres en særlig indsats for at sikre, at indikatorerne formuleres, så de understøtter en stringent survey-metodologi.

Standarderne er skrevet med udgangspunkt i store offentlige sygehuse. IKAS opnår nu betydelig erfaring i at anvende standarderne i små og meget små privathospitaler og -klinikker. Disse erfaringer skal udnyttes ved formuleringen af 3. versions standarder.

IKAS finder endvidere, at det bør tages med i betragtning, at standarderne skal kunne anvendes ved helt eller delvist uvarslede surveys.

Vurderingskriterier

IKAS ser på nuværende tidspunkt ikke noget behov for at udvikle egentlige nye principper for vurdering af opfyldelsen af indikatorerne, men er åben for, hvad brugernes erfaringer måtte tilsige. Der må under alle omstændigheder forventes at kunne blive behov for erfaringsbaserede justeringer.

I forhold til konkrete indikatorer kan det overvejes, om numeriske grænser skal indgå. Der tænkes her især på visse organisatoriske indikatorer. Det kunne fx være andelen af medarbejdere, der har gennemført MUS eller hjertestopuddannelse.

Kriterierne for tildeling af akkrediteringsstatus bør gennemgås. Herunder skal der tages stilling til konsekvenserne af en eventuel afskaffelse af trininddelingen og til, hvordan man skal vægte indikatorerne indbyrdes, jfr. de nuværende patientsikkerhedskritiske standarder.

Videre proces

IKAS anbefaler, at der før sommeren 2014 gennemføres en systematisk spørgeskemaundersøgelse blandt sygehuse, surveyors og akkrediteringsnævnet for at opsamle erfaringer med 2. versions standarder og 2. versions vurderingsprincipper.

IKAS anbefaler endvidere, at man allerede nu begynder konsultationer med en bred kreds af interessenter og personer/organisationer med relevant viden; der var gode erfaringer med de dialogmøder, der blev afholdt som led i høringen af forslaget til 2. version af standarderne, men det var også en ulempe, at de lå på et sent tidspunkt i udviklingsprocessen.

På baggrund af denne dialog udvikles i samarbejde med rådgivningsudvalget for sygehuse en række prototyper på mulige 3. versions standarder, således at en endelig version kan udarbejdes på baggrund af den brede evaluering midt i 2014 og sendes i høring i løbet af efteråret 2014. Det forudses, at det ville kunne være relevant at pilotteste visse nye dele af et standardsæt i en tidlig fase, altså forud for høring.

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen tilslutter sig de overordnede principper for videreudvikling af sygehusstandarderne mod 3. version. IKAS påbegynder udviklingsprocessen som beskrevet under afsnittet "videre proces".

Bilag:

Ingen

Beslutning:

Indstillingen blev godkendt

Punkt 465/13:**Drøftelse af praksis vedrørende opfølgingsformer ved "midlertidig akkreditering"**

Danmarks Apotekerforening har foreslået, at bestyrelsen drøfter principperne for valg af opfølgingsmetode, når der ved survey er påvist mangler i indikatoropfyldelsen, der ifølge vurderingsprincipperne kræver en form for opfølgning, før der kan tages endelig stilling til akkrediteringsstatus.

Hvis en institution tildeles status som midlertidigt akkrediteret, vil der være et større eller mindre antal indikatorer, som skal vurderes ved en opfølgning. Dette kan i dag ske enten ved indsendelse af dokumentation eller ved et fokuseret genbesøg – et valg, der træffes af akkrediteringsnævnet på grundlag af ledende surveyors anbefaling i surveyrapporten. Der er ikke fastsat særskilte regler i vurderingsprincipperne eller i standardsættene for, hvorledes det afgøres, hvilken af de to former, der skal anvendes. Det har siden lanceringen af DDKM været praksis, at vurderingen ved opfølgningen sker med samme metode som vurderingen ved den oprindelige survey. Dette betyder, at indsendelse af dokumentation vælges, når der er mangler på trin 1 og eventuelt mindre mangler på de øvrige trin, mens fokuseret genbesøg anvendes i tilfælde, hvor der er mangler af et ikke ubetydeligt omfang på trin 2. Ved mangler på trin 3 og 4 er der sket en konkret vurdering.

Med denne praksis er der ikke tale om, at fokuseret genbesøg er en strengere konsekvens end indsendelse af dokumentation; valget beror udelukkende på manglernes karakter, og dermed på, hvorledes en opfølgning rent praktisk kan gennemføres - og ikke på deres alvorlighed eller omfang. Eksempelvis er det svært at følge op på en mangel, der handler om, hvad personalet ved/gør ved fremsendelse af dokumentation, og sådanne mangler (trin 2) vil typisk kræve et besøg, hvor der observeres/interviewes.

Akkrediteringsnævnet og IKAS bestræber sig på, i forbindelse med valg af og tilrettelæggelse af opfølgning, der ikke kan klares ved fremsendelse af dokumentation, at gennemføre denne så billig og smidig som muligt, f.eks. i form af besøg med kun én surveyor, at vælge surveyors med bopæl tæt på med henblik på at undgå lang rejsetid, ligesom der også er introduceret opfølgning i form af telefon-/videointerviews.

Det kan til orientering oplyses, at andre akkrediteringsorganisationer generelt anvender opfølgning i princippet svarende til den danske praksis. Det gælder JCI, Accreditation Canada, ACHS (Australien) og Aged Care (Australien).

Indstilling:

Til drøftelse

Bilag:

Ingen

Beslutning:

På næste ordinære møde mellem bestyrelsen og nævnets formandskab, drøftes de nuværende opfølgingsmuligheders hensigtsmæssighed. Drøftelsen tager udgangspunkt i formandskabets vurdering af, hvorvidt mulighederne for opfølgning opleves som hensigtsmæssige i forhold til de konkrete sager, hvor der er sket opfølgning i form af genbesøg.

Punkt 466/13:**Orientering om status vedrørende projektet om tværsektoriel akkreditering*****Baggrund***

Af "Strategisk plan for IKAS 2012-2015", vedtaget i bestyrelsen den 4. september 2012, fremgår det, at "IKAS skal inden udgangen af perioden forelægge bestyrelsen et konkret pilotprojekt, der har til hensigt at fremme kvalitetsudvikling i patientforløb på tværs af sektorerne. Pilotprojektet skal bestå af en ekstern evaluering af den samlede tværsektorielle indsats for en afgrænset patientgruppe i et geografisk område."

Aktuel status

IKAS har taget initiativ til afholdelse af møder med en række centrale aktører, interessenter og personer med viden, der er relevant for projektet.

Der er i juli og august afholdt møder med

- Frede Olesen, professor i almen medicin, Aarhus Universitet
- Anne Frølich, overlæge på afdelingen for sammenhængende patientforløb, Bispebjerg Hospital
- Christian Harsløf, kontorchef og sundhedspolitisk chef, KL
- Lone Kærsvang, specialkonsulent i afdelingen for Nære Sundhedstilbud, Region Midtjylland
- Mads Haugaard, afdelingschef i afdelingen for sundhedssamarbejde og kvalitet, Region Syddanmark
- Jette Blands, læge i enheden for forebyggelse og nære sundhedstilbud, og Helene Probst, læge i enheden for sygehusvæsen og beredskab, Sundhedsstyrelsen
- Karen Stæhr, sektorformand, FOA

Pilotprojektet blev også drøftet på en workshop mellem IKAS og Lægeforeningen den 20. august 2013.

I løbet af oktober vil der yderligere være afholdt møder med

- Paul Bartels, cheflæge og faglig leder af databasernes fællessekretariat (RKKP)
- Inge Vestbo, direktør i Hjerteforeningen
- Morten Freil, direktør i Danske Patienter
- Leif Vestergaard Pedersen, direktør i Kræftens Bekæmpelse

Samtlige besøgte har udtrykt tilslutning til ideen; man finder, at DDKM med et projekt af denne art, vil angribe en relevant problemstilling, og at et akkrediteringsprojekt ville kunne gøre en forskel. Flere har givet udtryk for villighed til aktivt at bidrage til et pilotprojekt.

Følgende synspunkter skal fremhæves

- Alle giver udtryk for, at der ikke er brug for akkrediteringsstandarder, der i væsentlig grad virker gennem krav om udarbejdelse af yderligere retningsgivende dokumenter
- Der er så mange tiltag i gang med udvikling af kvalitetsdata vedrørende kronikere, at det er muligt at lade dataanvendelse være en vigtig del af standardsættet. Det gælder både data, der belyser populationens helbred, og data, der belyser helbredstilstanden for de enkelte patienter/borgere

- Alle giver udtryk for, at akkrediteringsstandarderne bør fremme teamsamarbejdet. Dette gælder både samarbejdet i konkrete kliniske teams og samarbejdet mellem forskellige organisationer. Det er et stort problem, at der er en tendens til, at hver aktør ser sin opgave som at løse en delopgave, mens ansvaret for helheden er fritsvævende
- Flere giver udtryk for, at akkrediteringsstandarderne bør understøtte, at patienterne/borgerne aktivt involveres

Der er kommet flere forslag til mulige deltagere.

For så vidt angår valg af sygdomsområder er der almindelig enighed om, at et "sikkert" valg kunne være et de klassiske kronikerområder; her peges først og fremmest på diabetes og KOL. Flere har imidlertid peget på psykiatrien som et meget interessant alternativ. Der er tale om et område med velkendte kvalitetsudfordringer og med komplekse relationer mellem mange sektorer.

Uanset valg af sygdomsområde(r) i pilotprojektet, anbefaler IKAS, at akkrediteringsstandarderne udformes så generisk som muligt, så de – med mindst mulige tilpasninger – vil kunne anvendes bredt.

Videre forløb – indhold af pilotprojektet

1. Udvælgelse af det kroniske sygdomsområde, der skal være projektets genstand
2. Udvælgelse af geografisk område og rekruttering af deltagere
Det vil være en særlig udfordring, at der fra samme geografiske område skal rekrutteres deltagere fra alle relevante sektorer, og at der skal opnås en rimelig dækning på praksisområdet
3. Udvikling af standardsæt
ISQua-akkreditering skal ikke være en præmis, men det skal afklares, om et standardsæt ville kunne forventes ISQua-akkrediteret, og beskrives, hvad der i givet fald mangler
4. Udvikling af surveykoncept
Tilpasning af eksisterende modeller, herunder vægt på traceraktiviteter
5. Beskrivelse af, hvordan vurderingen af indikatorer omsættes til tildeling af én eller eventuelt flere akkrediteringer
6. Implementering af standarder
7. Uddannelse af surveyors
8. Gennemførelse af survey
9. Evaluering
Evalueringen bør inkludere en evaluering af processen, men det vil være en styrke, hvis man også kan definere resultatmål, som projektet forventes at kunne påvirke
10. Afrapportering
Drøfte, om vi skal tilstræbe, at afrapportering inkluderer noget, der kan offentliggøres i peer reviewet tidsskrift

A decorative graphic consisting of several squares in light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern in the top left corner of the page.

Indstilling:

Bestyrelsen drøfter aktuel status med henblik på, at IKAS kan forelægge en egentlig projektbeskrivelse på et af de førstkomende bestyrelsesmøder

A decorative graphic consisting of two squares, one light green and one light blue, stacked vertically on the left side of the page.

Bilag:

Ingen

Beslutning:

Bestyrelsen godkendte, at der på et af de førstkomende bestyrelsesmøder fremlægges forslag til en egentlig projektbeskrivelse i overensstemmelse med de overvejelser, der fremgår af dagsordeteksten og med inddragelse af de synspunkter, der fremkom under bestyrelsens drøftelse af punktet.

Punkt 467/13:**Orientering om analysen af, hvorfra dokumentationskravene i DDKM stammer**

Bestyrelsen besluttede på mødet den 3. juni 2013 (punkt 455/13), at IKAS skal udarbejde en rapport, der kortlægger oprindelsen til dokumentationskravene i DDKM. IKAS har derfor udarbejdet en rapport (bilag), som beskriver, hvilke krav til dokumentation, der stilles til klinikere i 2. version af akkrediteringsstandarder for sygehuse.

Hovedkonklusionen er, at kravene til dokumentation i journaler i alt væsentligt stammer fra lovgivningen, og at der i DDKM er meget få nye krav til klinikere om dokumentation af hensyn til kvalitetsovervågning. IKAS vurderer, at de nye krav ikke i væsentlig grad påvirker det daglige kliniske arbejde. Indirekte kan kravet om nye/mere stringente arbejdsgange aflede øgede krav om dokumentation. Den væsentligste kilde til oplevelse af meningsløse dokumentationskrav er efter IKAS' vurdering "overimplementering", altså hvor DDKM's krav til fx ernæringscreening tolkes mere vidtgående, end det er hensigten. IKAS arbejder aktivt på at imødegå sådanne fejltolkninger, fx ved at udarbejde FAQ'er og vurderingsvejledninger.

Notatet har været forelagt Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse med henblik på en kvalificering af IKAS' tolkning af, hvad der er lovgivningskrav. Ministeriet har dog fundet, at en sådan kvalificering ville kræve en meget betydelig arbejdsindsats, som det ikke umiddelbart er muligt at afse til opgaven.

Indstilling:

Til orientering/drøftelse

Bilag:

IKAS rapport – dokumentationskrav i DDKM for sygehuse


Beslutning:

Bestyrelsen tog orienteringen til efterretning og påpegede vigtigheden af, at rapportens konklusioner formidles til en bredere kreds.

A collection of decorative colored squares in shades of light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern at the top left of the page.

Punkt 468/13:

Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet

A vertical stack of two decorative colored squares, one light green on top and one light blue on the bottom.

Ifølge akkrediteringsnævnets vedtægter (§10 stk. 2) orienteres bestyrelsen kvartalsvis om akkrediteringsnævnets afgørelser og om indkomne indsigelser.

Vedlagte rapport dækker 2. kvartal 2013

Indstilling:

Til orientering

Bilag:

Kvartalsrapport 2. kvartal 2013 fra akkrediteringsnævnet

Beslutning:

Rapporten blev taget til efterretning.

A decorative header element consisting of several colored squares: a light blue square, a light grey square, a light blue square, a light green square, and another light blue square.

Punkt 469/13:

A light green square.

Budgetopfølgning

Opfølgning på budget pr. 15. august 2013 forelægges.

A light green square above a light blue square.

Indstilling:

Til orientering

Bilag:

Budgetopfølgning pr. 15. august 2013


Beslutning:

Budgetopfølgningen blev taget til efterretning.

A decorative graphic at the top left of the page consisting of several overlapping squares in shades of light blue, light green, and light grey.

Punkt 470/13:

Gensidig orientering

A decorative graphic on the left side of the text block consisting of two overlapping squares, one light green on top and one light blue on the bottom.

Herunder orientering om workshop med repræsentanter for Lægeforeningen, om status vedrørende uvarslede surveys, om status vedrørende FAPS-projektet mv.

Pkt. 471/13:

Eventuelt

I forlængelse af foregående punkts orientering om status vedrørende uvarslede surveys blev bestyrelsen orienteret om, at der arbejdes videre med udarbejdelsen af et konkret projektforslag vedrørende aftenstning af uvarslet survey på sygehusområdet på følgende vilkår:

- **projektet omhandler midtvejsbesøg, hvis form og indhold ændres i retning af i højere grad at minde om de egentlige surveys, dvs. flere tracere mv.**
- **tracerne sker i form af uvarslede besøg og danner udgangspunkt for de større interviews med ledelse og kvalitetsorganisation. Disse interviews sker på planlagte møder**
- **projektet søges organiseret med to grupper af sygehuse: Én gruppe, der modtager uvarslede midtvejsbesøg som oven for beskrevet, og en kontrolgruppe, hvor midtvejsbesøgene har samme form, men hvor de afvikles som planlagte besøg**

Næste møde er den 3. december kl. 9.00 - ca. kl. 12.00 i IKAS/videomøde (afhængig af dagsorden)