



Vurderingsprincipper i DDKM for praktiserende speciallæger

Vejledning for surveyors og Akkrediteringsnævn

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



1.	Indledning	3
1.1	Målet med vurderingen	3
1.2	Overordnede principper.....	3
2.	Principper for vurdering af indikatorer	3
2.1	Udfald for indikatorvurderingen	3
2.2	Ikke relevante indikatorer.....	4
3.	Vejledning til konkret vurdering af indikatorer	5
3.1	Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer, planer og procedurer	5
3.1.1	Grundlaget for vurderingen	5
3.1.2	Udfaldet af vurderingen	6
3.2	Indikatorer, der vurderer implementering og anvendelse af dokumenter	6
3.2.1	Grundlaget for vurderingen	6
3.2.2	Udfaldet af vurderingen	7
3.3	Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning	7
3.3.1	Udfaldet af vurderingen	7
3.3.2	Udfaldet af vurderingen	8
3.4	Indikatorer, der vurderer kvalitetsforbedring	8
3.4.1	Grundlaget for vurderingen	8
3.4.2	Udfaldet af vurderingen	8
4.	Surveyrapporten og opfølgning	9
4.1	Begrundelser for vurderinger af indikatorer	9
4.2	Krav om opfølgning af indikatorer	9
4.3	Vurdering af indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning ved opfølgning efter survey	9
5.	Tildeling af akkrediteringsstatus	10
5.1	Akkrediteringsnævnets rolle	10
5.2	Kriterier for valg af opfølgning og tildeling af akkrediteringsstatus.....	10

1. Indledning

Disse vurderingsprincipper gælder for 2. version af DDKM for praktiserende speciallæger.

I det følgende defineres en klinik som et ydernummer med dertilhørende læge eller læger samt ikke-lægeligt personale.

1.1 Målet med vurderingen

Vurderingen af en kliniks opfyldelse af kravene i akkrediteringsstandarderne i DDKM skal:

- Give klinikken en tilbagemelding på, i hvilken grad klinikken lever op til kravene i DDKM
- Kunne vejlede klinikken i det fortsatte arbejde med DDKM
- Danne grundlag for tildeling af akkrediteringsstatus

1.2 Overordnede principper

Vurderingen af opfyldelsen af indikatorer sker via nedenstående firepunktsskala:

Opfyldelsesgrad
HELT OPFYLDT (HO)
I BETYDELIG GRAD OPFYLDT (BO)
I NOGEN GRAD OPFYLDT (NO)
IKKE OPFYLDT (IO)

I de følgende afsnit konkretiseres vurderingsprincipperne, og der gives en vejledning i, hvordan principperne skal anvendes i praksis.

2. Principper for vurdering af indikatorer

2.1 Udfald for indikatorvurderingen

Vurderingen af klinikkens opfyldelse af kravene i DDKM foretages udelukkende på indikatorniveau. Det er den samlede opfyldelse af indikatorerne, der danner grundlag for tildeling af akkrediteringsstatus.

En indikatorvurdering kan have ét af følgende udfald:

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

Det overordnede princip er, at BO er udtryk for, at der stadig er forbedringsmuligheder, men at klinikken i det væsentlige lever op til det, der forlanges. NO er udtryk for, at der er noget, der skal gøres, før klinikken kan siges at være på et niveau, der er tilstrækkeligt i forhold til kravet. Derfor vil der ske opfølgning på indikatorer, der vurderes NO eller IO, således at klinikken får mulighed for at forbedre sig, inden den endelige beslutning om akkrediteringsstatus træffes.

Vurderingen af, om en klinik lever op til kravene i akkrediteringsstandarderne, tager altid udgangspunkt i indikatorerne. Indikatorerne angiver det, der skal være til stede ("kravene" eller "målepunkterne"). Feltet "Indhold" stiller ikke nye krav om ting, der skal være til stede, men hjælper til at forstå, om det, der kræves i indikatorerne, er til stede eller ej. Specielt er følgende typer indhold i dette felt vigtige:

I nogle standarder omtales specifikke krav til indholdet af retningslinjer, planer og procedurer. Disse krav lægges til grund, når det vurderes, om dokumenterne findes, men det er en konkret vurdering, om eventuelle mangler er en betydelig del af indikatorkravet eller ej.

Der vil være indikatorer, hvor det i forskellige kontekster vil være forskellige konkrete ting, der skal være til stede, for at indikatoren er opfyldt. Feltet vejleder om, hvorledes denne kontekstafhængige fortolkning kan ske.

2.2 Ikke relevante indikatorer

En indikator vurderes som "ikke relevant", hvis den aktivitet som indikatoren omhandler, ikke forekommer i den pågældende klinik. Dette vil fx være tilfældet, hvis indikatoren omhandler en ydelse, der ikke leveres af den pågældende klinik eksempelvis kirurgi. En indikator kan ikke vurderes som "ikke relevant", blot fordi klinik/erne ikke finder det relevant at implementere den.

3. Vejledning til konkret vurdering af indikatorer

3.1 Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer, planer og procedurer

3.1.1 Grundlaget for vurderingen

Vurderingen baseres på følgende:

- Findes de retningslinjer eller planer, der kræves i indikatoren? Og har de det indhold, der kræves i indikatoren? I indholdsfeltet i akkrediteringsstandarderne, kan der være specificeret nogle krav til indholdet. Det konkrete indhold og den konkrete detaljeringsgrad skal dog afspejle klinikkens kontekst, hvilket vil sige typen af klinik, opgaver, funktioner, speciale mv.
- Er indholdet af dokumentet forståeligt for læger og ikke-lægeligt personale i klinikken? Hvis dokumentet forekommer uklart, skal det undersøges, hvorledes læger og ikke-lægeligt personale forstår dokumentet; vurderingen af forståeligheden afgøres på baggrund heraf. Forståeligheden behøver kun vurderet, hvis der er konkret anledning til dette.
- Er der procedurer for det, som indikatoren kræver? Er der enighed om den fastsatte procedure blandt de relevante læger og ikke-lægeligt personale.

Hvis der er krav om en procedure, kan det enten være en skriftlig eller mundtlig procedure. Der skal altid være skriftlige procedurer, hvis lægen har mere end to til at assistere sig med opgaven.

Klinikkens godkendelse af de dokumenter, der bruges i klinikken skal være sket før eksternt survey. Hvis dette ikke er sket, kan vurderingen højst blive BO. Vurderingen BO forudsætter, at klinikken godkender dokumentet inden afslutningen af surveyet. Godkender klinikken dokumentet under surveyet, skal fokus i disse tilfælde være på, om dokumentet i sin helhed opfylder kravene i indikatoren, eller om der er mangler. Det er således mangler i indholdet, der er afgørende for, at vurderingsudfaldet bliver lavere end BO og ikke tidspunktet for godkendelsen.

3.1.2 Udfaldet af vurderingen

Der er et dokument, der dækker kravene i indikatoren, herunder alle eventuelle punkter i indholdsfeltet. Dokumentet er forståeligt for læger og praksispersonale.	HO
Procedurer opfylder alle krav til indhold, og der er enighed om proceduren blandt læger og praksispersonale.	HO
Der er et dokument med få ubetydelige mangler, der ikke er kritiske for standardens formål eller kun anvendes i særlige situationer. Dokumentet er forståeligt for læger og praksispersonale.	BO
Der forefindes procedurer, men de er ikke fyldestgørende for hele processen/indeholder ikke alle krav eller involverer ikke alle relevante læger og praksispersonale. Manglerne er dog ikke af større omfang.	BO
Dokumentet blev godkendt under survey. Derudover opfylder dokumentet kravene i indikatoren.	BO
Der er et dokument med betydelige mangler eller mangler, der er kritiske for opfyldelsen af standardens formål.	NO
Dokumentet er ikke forståeligt for læger og praksispersonale.	NO
Der forefindes procedurer, men de er ikke fyldestgørende for hele processen/indeholder ikke alle krav eller involverer ikke alle relevante læger og praksispersonale. Der er tale om mangler af betydeligt omfang.	NO
Der findes ikke noget gyldigt (= godkendt og ikke forældet) dokument.	IO
Der forefindes ikke procedurer for de krævede områder.	IO

3.2 Indikatorer, der vurderer implementering og anvendelse af dokumenter

3.2.1 Grundlaget for vurderingen

Der er tale om indikatorer, der afdækker om læger og ikke-lægeligt personale kan redegøre for, forklare eller demonstrere en proces og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.

- Kan læger og ikke-lægeligt personale forklare og/eller demonstrere, hvordan arbejdsgangen skal foregå?

- Kan læger og ikke-lægeligt personale forklaringer bekræftes ved objektive iagttagelser? Der kan fx være tale om observationer eller om dokumentation i journaler
- Ved læger og ikke-lægeligt personale, hvor de kan finde hjælp, hvis de er i tvivl om, hvad de skal gøre?

Følgende observationer kan eventuelt understøtte en vurdering af, at en arbejdsgang er implementeret. Mangler i forhold til disse kan imidlertid ikke bruges som argument for manglende implementering:

- Er der hjælp, der understøtter, at arbejdsgangen gennemføres som ønsket (fx it-systemer, tjeklister el.lign.)?
- Hvordan vil læger og ikke-lægeligt personale forholde sig, hvis de ser eksempler på, at retningslinjer og procedurer ikke følges?

3.2.2 Udfaldet af vurderingen

For alle indikatorer tillades individuelle eksempler på mangler i implementeringen, hvis disse vurderes som enkeltstående afvigelser, og dermed ikke er udtryk for en generel svaghed i implementeringen. Der kan ikke angives præcise regler for grænsen mellem individuelle mangler og generel svaghed; fx vil tærsklen være lavere ved procedurer, der er kritiske for patientsikkerheden, end ved administrative rutiner uden direkte betydning for patientsikkerheden.

Arbejdsgangen er implementeret (og henvisning til dokumenter hvis påkrævet).	HO
Arbejdsgangen er implementeret i klinikken (og henvisning til dokumenter hvis påkrævet), men der er mangler. MEN manglerne vedrører delelementer i arbejdsgangen, som kun er relevant i særlige situationer og ikke er kritiske for opfyldelsen af standardens formål.	BO
Arbejdsgangen er implementeret i klinikken (og henvisning til dokumenter hvis påkrævet), men der er mangler, og dette er kritisk for opfyldelsen af standardens formål.	NO
Arbejdsgangen er ikke implementeret. Dette vil også kunne være tilfældet, hvis der er iagttaget enkelte eksempler på overensstemmelse med kravet i indikatoren.	IO

3.3 Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning

3.3.1 Udfaldet af vurderingen

Der er tale om indikatorer, der afdækker, om kvalitetsovervågning er gennemført med den krævede frekvens, og om resultaterne er vurderet og analyseret.

Fra advisering af surveydato, hvilket vil sige senest 12 måneder før eksternt survey, skal klinikken have gennemført kvalitetsovervågning med den krævede frekvens jf. standarderne, og det skal være tydeliggjort, hvordan kvalitetsovervågningen vil fortsætte.

3.3.2 Udfaldet af vurderingen

Kvalitetsovervågning er gennemført og opfylder alle krav til hyppighed og indhold og kontinuitet. Dette er også tilfældet, hvis kvalitetsovervågningen ikke bogstaveligt opfylder alle krav i indikatoren, men det vurderes, at den i konteksten lever op til indikatorens krav.	HO
Kvalitetsovervågningen er gennemført, men der er enkelte huller i hyppigheden. Der er således en systematisk kvalitetsovervågning, som dog ikke er komplet gennemført.	BO
Kvalitetsovervågning er gennemført, men kun sporadisk. Der er kvalitetsovervågningsaktiviteter, men de er ikke systematisk gennemført.	NO
Kvalitetsovervågningen er ikke gennemført. Dette er også tilfældet, hvis kvalitetsovervågning er planlagt, men ikke iværksat, eller hvis der i klinikken kan findes isolerede eksempler på kvalitetsovervågning.	IO

3.4 Indikatorer, der vurderer kvalitetsforbedring

3.4.1 Grundlaget for vurderingen

Grundlaget for vurderingen er en vurdering af den samlede indsats, altså at klinikken har prioriteret indsatsområder og gennemført tiltag på disse indsatsområder. Det gælder i de tilfælde hvor der i kvalitetsovervågningen er identificeret problemer.

3.4.2 Udfaldet af vurderingen

Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og det er enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller der er igangsat nye korrigerende tiltag. Afgørende er, om klinikken har forholdt sig til, om indsatsen havde den ønskede effekt.	HO
Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Der er foretaget en vurdering af effekten af tiltagene, men der er ikke konkluderet, om de havde den ønskede effekt, eller der er ikke gennemført korrigerende tiltag.	BO
Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten, men de er kun i en vis grad implementeret.	NO
Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten, men der foreligger ingen vurdering af effekten.	NO

Der er ikke gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Dette gælder også, hvis tiltag er planlagt, men ikke iværksat.

IO

4. Surveyrapporten og opfølgning

4.1 Begrundelser for vurderinger af indikatorer

Surveyrapporten skal skrives på en måde, så den er lærende for den klinik, der modtager den, og den skal medvirke til at sikre en konsistent vurderingspraksis.

Vurderingerne I betydelig grad opfyldt (BO), I nogen grad opfyldt (NO) og Ikke opfyldt (IO) kræver altid en begrundelse. Vurderingen Helt opfyldt (HO) begrundes i de tilfælde, hvor der er mangler i forhold til indikatorteksten, men hvor alt der kræves af den pågældende klinik, med de opgaver den har, og den situation den er i, er til stede.

4.2 Krav om opfølgning af indikatorer

Hvis en indikator er vurderet i nogen grad opfyldt (NO) eller ikke opfyldt (IO), får klinikken mulighed for at udbedre manglerne, inden Akkrediteringsnævnet træffer sin endelige beslutning om tildeling af akkrediteringsstatus. Surveyteamet afgiver derfor for alle indikatorer, som er vurderet NO eller IO, anbefaling om opfølgning. Anbefalingen skal tydeligt beskrive, hvad, der anbefales fulgt op.

Opfølgning kan ske i form af:

- Fremsendelse af materiale inden for 6 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 6 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 3 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 1 måned.
- Se nærmere om valg af opfølgingsform i afsnit 5.2.

4.3 Vurdering af indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning ved opfølgning efter survey

Man kan ikke med tilbagevirkende kraft etablere kontinuitet i kvalitetsovervågningen. Ved opfølgning må vurderingen derfor baseres på, om der nu er etableret en systematisk kvalitetsovervågning, der opfylder indikatorens krav.

5. Tildeling af akkrediteringsstatus

5.1 Akkrediteringsnævnets rolle

Efter eksternt survey forelægges surveyrapporten for det uafhængige Akkrediteringsnævn. På baggrund af opfyldelsen af indikatorerne træffer Akkrediteringsnævnet, med udgangspunkt i nedenstående principper, beslutning om tildelingen af akkrediteringsstatus.

5.2 Kriterier for valg af opfølgning og tildeling af akkrediteringsstatus

Hovedprincipperne ved tildeling af akkrediteringsstatus er, at den samlede indsats vurderes på tværs af hele standardsættet.

Kriterierne anvendes både ved vurdering efter eksternt survey og ved vurdering efter opfølgning. Vurderingen sker i alle tilfælde på grundlag af vurderingerne af alle indikatorer i hele standardsættet (på nær ikke relevante indikatorer). For hver indikator anvendes seneste vurdering.

Klinikken tildeles status **akkrediteret** uden bemærkninger og uden krav om opfølgning, når alle indikatorer i standardsættet er vurderet HO eller BO.

Såfremt mindst én indikator er vurderet NO eller IO, skal Akkrediteringsnævnet afgøre det videre forløb:

- Hvis Akkrediteringsnævnet efter en konkret vurdering finder, at klinikken på nuværende tidspunkt opfylder kravene for tildeling af status som akkrediteret med bemærkninger, får klinikken mulighed for opfølgning, inden endelig status tildeles. Akkrediteringsstatus anføres som **midlertidig akkreditering**¹. IKAS beslutter, om opfølgning sker i form af fremsendelse af materiale inden for seks måneder, eller i form af telefonmøde/videomøde/besøg inden for seks måneder. Valget sker ud fra, hvad der konkret er nødvendigt for at kunne belyse, i hvilken grad de påviste mangler er udbedret.
- Hvis Akkrediteringsnævnet derimod finder, at dette ikke er tilfældet, afgør nævnet om opfølgning i form af telefonmøde/videomøde/besøg skal ske inden for én eller tre måneder; nævnet kan beslutte, at dele af opfølgningen skal ske inden for én måned og resten inden for tre måneder. Akkrediteringsstatus anføres som **akkreditering pågår**².
- Undtagelsesvist kan Akkrediteringsnævnet umiddelbart tildele en klinik status som **ikke akkrediteret**, hvis det vurderer, at det er udsigtsløst, at klinikken vil kunne opfylde standarderne i tilstrækkelig grad inden for tidsfristen for opfølgning.

¹ **Midlertidig akkreditering** betyder akkrediteret med bemærkninger, men med mulighed for forbedring.

² **Akkreditering pågår** betyder ikke akkrediteret på det foreliggende grundlag, men med mulighed for en ny vurdering.



Hvis alle indikatorer er HO eller BO efter opfølgning, tildeles klinikken status som **akkrediteret**. I modsat fald afgør Akkrediteringsnævnet efter en konkret vurdering, om der tildeles status som **akkrediteret med bemærkninger** eller **ikke akkrediteret**. Den konkrete vurdering i Akkrediteringsnævnet omfatter en vurdering af, om manglerne i indikatoropfyldelsen væsentligt påvirker klinikkens evne til at sikre patientens sikkerhed og lovfæstede rettigheder. Ved sikkerhed forstås her både sikkerhed mod skadevoldende hændelser og sikkerhed mod skader som følge af mangelfuld indsats fra klinikkens side.

Klinikker, der modtager endelig akkrediteringsstatus som "akkrediteret med bemærkninger", skal betragtes som værende akkrediteret, dog med en vis grad af efterfølgende udviklingsarbejde.