



Vurderingsprincipper i DDKM af 2017 for kiropraktorer

Vejledning for surveyors og Akkrediteringsnævn

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Indholdsfortegnelse

Vurderingsprincipper i DDKM af 2017 for kiropraktorer Vejledning for surveyors og Akkrediteringsnævn	1
1. Indledning	3
2. Vejledning til konkret vurdering af indikatorer	4
2.1 Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer og planer (overblik i bilag 1 i standardsæt)	4
2.2 Indikatorer, der vurderer implementering af arbejdsgange og processer, og som samtidigt kræver, at der kan henvises til dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet	4
2.3 Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning	5
2.4 Indikatorer, der vurderer kvalitetsforbedring	6
3. Surveyrapporten og opfølgning	7
3.1 Begrundelser for vurderinger af indikatorer	7
3.2 Krav om opfølgning af indikatorer	7
3.3 Vurdering af indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning ved opfølgning efter survey	7
4. Tildeling af akkrediteringsstatus	8
4.1 Akkrediteringsnævnets rolle	8
4.2 Kriterier for valg af opfølgning og tildeling af akkrediteringsstatus	8

1. Indledning

Disse vurderingsprincipper gælder for 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for kiropraktorer.

Det er klinikken som helhed, der akkrediteres. En klinik er i denne sammenhæng forstået som en klinik med dertilhørende klinikejer, indlejere¹ samt klinikpersonale. I hver klinik skal der udpeges en kvalitetsansvarlig. I klinikker, hvor der er ét ydernummer, er det ydernummerindehaveren/klinikejer, som er kvalitetsansvarlig i klinikken. I tilfælde af, at der er flere ydernumre i klinikken, er der krav om, at klinikken har valgt en kvalitetsansvarlig blandt ydernummerindehaverne. Dette gøres for at tydeliggøre, hvor ansvaret for kvalitetsarbejdet placeres. Den kvalitetsansvarliges rolle er at organisere akkrediteringsarbejdet, informere og involvere kollegaer og personale i nye procedurer, arbejdsgange og retningslinjer. Den kvalitetsansvarlige har altså det overordnede ansvar for kvalitetsovervågning- og forbedring.

Målet med at vurdere, hvorvidt klinikken opfylder kravene i akkrediteringsstandarderne er at:

- 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

Klinikken vurderes på baggrund af, i hvor høj grad de opfylder indikatorernes krav. Det er klinikkens 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 er ikke en betydelig del af indikatorkravet
I NOGEN GRAD OPFYLDT (NO)	Noget er til stede, og manglerne er 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 er på et niveau, der er tilstrækkeligt i forhold til kravet. Derfor vil der være opfølgning på indikatorer, der vurderes NO eller IO, således at klinikken får mulighed for at forbedre sig, inden den endelige beslutning om akkrediteringsstatus træffes.

¹ Indlejere, for eksempel fysioterapeuter med eget ydernummer akkrediteres særskilt efter DDKM for fysioterapeuter.

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.

2. Vejledning til konkret vurdering af indikatorer

For at hjælpe surveyorne og for at understøtte en konsistent vurdering på tværs af surveys, er der udarbejdet nedenstående vejledninger til vurdering af nogle typer af indikatorer, som dækker de fleste indikatorer i standardsættet.

2.1 Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer og planer (overblik i bilag 1 i standardsæt)

Vedrørende skriftlighed

Hvis der er krav om en retningslinje eller plan, skal disse være skriftlige.

Der er en retningslinje/plan, der dækker kravene i indikatoren, herunder alle eventuelle punkter i indholdsfeltet.	HO
Der er en retningslinje/plan med få ubetydelige mangler, der ikke er kritiske for opfyldelse af standardens formål eller kun anvendes i særlige situationer.	BO
Der er en retningslinje/plan med betydelige mangler eller mangler, der er kritiske for opfyldelsen af standardens formål.	NO
Der er ikke nogen gyldig (= godkendt og gældende) retningslinje/plan.	IO

2.2 Indikatorer, der vurderer implementering af arbejdsgange og processer, og som samtidigt kræver, at der kan henvises til dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet

Der kan ikke angives præcise regler for grænsen mellem enkelte 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 der kan henvises til retningslinje hvis påkrævet).	HO
Arbejdsgangen er implementeret i klinikken (og der kan henvises til retningslinje hvis påkrævet), men der er enkelte mangler. 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 der kan henvises til retningslinje hvis påkrævet), men der er mangler, og dette er kritisk for opfyldelsen af standardens formål. Manglerne udtrykker en generel svaghed i implementeringen.	NO
Arbejdsgangen er ikke implementeret.	IO

Hvis der er forhold i implementeringen og/eller dokumentet, som kræver opfølgning, vurderes indikatoren som NO (IO, hvis både dokument og implementering er til IO).

Hvis der er mangler i enten implementeringen eller dokumentet, men ingen af disse kræver opfølgning, vurderes indikatoren som BO.

2.3 Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning

Udfaldet af vurderingen (kontroller)

Kvalitetsovervågningen er gennemført og opfylder alle krav til hyppighed, indhold og kontinuitet.	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.	IO

* "Sporadisk" vil typisk dække over, at mere end halvdelen af målingerne mangler. Dog kan det tillægges en vis betydning, hvordan manglerne er fordelt.

Udfaldet af vurderingen (patientevaluering)

Klinikken kan redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser, og der kan redegøres for, at der er fulgt op på resultaterne.	HO
Kiropraktor kan redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser, og at der følges op på resultaterne. Klinikpersonalet kan ikke redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser.	BO
Klinikpersonalet kan redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser, og at der følges op på resultaterne. Kiropraktor kan ikke redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser.	NO
Klinikken kan redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser, men der er ikke fulgt op på resultaterne.	NO

Klinikken kan ikke redegøre for, hvordan der indsamles information om patientoplevelser.

IO

Udfaldet af vurderingen (journalaudit)

Klinikken har gennemført journalaudit og har vurderet, at der ikke er behov for kvalitetsforbedrende tiltag. ELLER Klinikken har vurderet, at journalauditten påviste mangler, og der er igangsat kvalitetsforbedrende tiltag, og effekten af tiltagene er vurderet.	HO
Klinikken har vurderet, at journalauditten har påvist mangler, og der er igangsat kvalitetsforbedrende tiltag, men klinikken har ikke vurderet effekten af tiltagene. Vurderingen BO forudsætter altså, at klinikken har sat tiltag i gang, der hvor der er konstateret mangler på baggrund af journalauditten.	BO
Klinikken har vurderet, at journalauditten har påvist mangler, men har ikke igangsat kvalitetsforbedrende tiltag. Vurderingen NO forudsætter altså, at klinikken selv har konkluderet, at manglerne er af en sådan karakter, at der skal sættes tiltag i gang, men ikke har gjort det.	NO
Klinikken har ikke lavet journalaudit.	IO

Vedrørende fælles opsamling

Hvis der er mere end en kiropraktor i klinikken, skal der ske en fælles opsamling på journalaudits, hvor alle klinikens kiropraktorer deltager.

Hvis der ikke er lavet fælles opsamling, vil udfaldet være en i nogen grad opfyldt vurdering.

NO

2.4 Indikatorer, der vurderer kvalitetsforbedring

Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Der 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 og effekten af tiltagene er vurderet.	BO
Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten, men effekten af tiltagene er ikke vurderet.	NO
Der er ikke gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Dette gælder også, hvis tiltag er planlagt, men ikke iværksat.	IO

3. Surveyrapporten og opfølgning

3.1 Begrundelser for vurderinger af indikatorer

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 indikator teksten, men hvor alt der kræves af den pågældende klinik med de opgaver den har, og den kontekst den er i, er til stede.

Surveyrapporten skal skrives på en måde, så den er lærende for den klinik, der modtager den. Derudover skal begrundelserne for vurderingerne (BO, NO og IO) være tydelige og knytte sig til indikatorens krav. På den måde sikres det, at samme type fund vurderes ens på tværs af klinikkerne.

3.2 Krav om opfølgning af indikatorer

Hvis en indikator er vurderet NO eller IO, får klinikken mulighed for at udbedre manglerne, inden Akkrediteringsnævnet træffer sin endelige beslutning om tildeling af akkrediteringsstatus. Surveyteamet afgiver derfor i alle indikatorer, som er vurderet NO eller IO, anbefaling om opfølgning.

Opfølgning kan ske i form af:

- Fremsendelse af materiale/telefonmøde/videomøde/besøg inden for 6 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 3 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 1 måned.

Typen af opfølgning afhænger af, hvad der i det konkrete tilfælde giver bedst mening i forhold til vurdering af manglerne i indikatoropfyldelsen.

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

Man kan ikke med tilbagevirkende kraft etablere kontinuitet i kvalitetsovervågningen, eksempelvis ved at lave en journalaudit bagud i tid. Ved opfølgning må vurderingen derfor baseres på, om der nu er etableret en systematisk kvalitetsovervågning, der opfylder indikatorens krav, og at der er planer om at følge denne systematik fremover.

4. Tildeling af akkrediteringsstatus

4.1 Akkrediteringsnævnets rolle

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

4.2 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 opfølgningssurvey. 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 akkrediteret**². 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**³.
- 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.

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 brugernes

² **Midlertidigt akkrediteret** betyder, at organisationen har opnået det niveau, der kræves for at blive akkrediteret med bemærkninger, men at det får en mulighed for at opnå en bedre status.

³ **Akkreditering pågår** betyder, at organisationen ikke kan akkrediteres på det foreliggende grundlag, men at det får en mulighed for en ny vurdering.



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.