



Vurderingsprincipper i DDKM af 2018 for det præhospitale område

Vejledning til surveyors og Akkrediteringsnævn

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet





Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
2.	Vejledning til konkret vurdering af indikatorer	4
2.1	Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer, planer og dokumenter (overblik i bilag 1 i standardsæt).....	4
2.2	Indikatorer, der vurderer implementering af arbejdsgange og processer, og som samtidigt kræver, at der kan fremvises dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet	4
2.3	Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning	5
2.4	Indikatorer, der vurderer kvalitetsforbedring	7
3.	Surveyrapporten og opfølgning	7
3.1	Begrundelser for vurderinger af indikatorer	7
3.2	Krav om opfølgning af indikatorer	8
3.3	Vurdering af indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning ved opfølgning efter survey	8
4.	Tildeling af akkrediteringsstatus	8
4.1	Akkrediteringsnævnets rolle	8
4.2	Kriterier for valg af opfølgning og tildeling af akkrediteringsstatus.....	8
	Bilag 1 - Oversigt over indikatorer	10

1. Indledning

Disse vurderingsprincipper gælder for 3. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for det præhospitale område.

Øvrige forhold vedrørende surveykonceptet findes i "Håndbog for surveyteams på det præhospitale område".

Begrebet "organisation" anvendes som fællesbetegnelse for det organisatoriske niveau, der akkrediteres inden for det præhospitale område fx regionale præhospitale organisationer eller ambulanceleverandører.

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

- give organisationen en tilbagemelding på, i hvilken grad den lever op til kravene i DDKM
- kunne vejlede organisationen i det fortsatte arbejde med DDKM
- danne grundlag for tildeling af akkrediteringsstatus

Organisationen vurderes på baggrund af, i hvor høj grad de opfylder indikatorernes krav. Det er organisationens 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 i betydelig grad opfyldt (BO) er udtryk for, at der stadig er forbedringsmuligheder, men at organisationen i det væsentlige lever op til det, der forlanges. I nogen grad opfyldt (NO) er udtryk for, at der er noget, der skal gøres, før organisationen er på et niveau, der er tilstrækkeligt i forhold til kravet. Derfor vil der være opfølgning på indikatorer, der vurderes NO eller ikke opfyldt (IO), således at organisationen får mulighed for at forbedre sig, inden den endelige beslutning om akkrediteringsstatus træffes.

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, planer og dokumenter (overblik i bilag 1 i standardsæt)

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

2.2 Indikatorer, der vurderer implementering af arbejdsgange og processer, og som samtidigt kræver, at der kan fremvises 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.

Hvis arbejdsgangen eller processen skal implementeres på flere enheder, afgør surveyteamet først implementeringsgraden ved en stikprøve af de enheder, hvor implementering er relevant. Implementeringsgraden anføres i surveyrapportens funddel.

For hver enhed kan udfaldet være et af følgende:

- Konsistent implementering
- Konsistent implementering, men der noteres enkeltstående afvigelser

- Svag implementering
- Manglende implementering

Herefter afgøres ud fra nedenstående tabel hvorledes indikatoren skal vurderes.

Konsistent implementering på alle enheder, hvor indikatoren er vurderet (og der kan fremvises dokument hvis påkrævet).	HO
Konsistent implementering på alle enheder, hvor indikatoren er vurderet (og der kan fremvises dokument hvis påkrævet), men der er fundet enkeltstående afvigelser på mindre end halvdelen af enhederne. Manglerne vedrører delelementer i arbejdsgangen, som kun er relevant i særlige situationer og ikke er kritiske for opfyldelsen af standardens formål.	BO
Konsistent implementering på mindre end halvdelen af de enheder, hvor indikatoren er vurderet (og der kan fremvises dokument hvis påkrævet).	NO
ELLER Der er fundet svag eller manglende implementering på mindst én enhed, og dette er kritisk for opfyldelsen af standardens formål. Manglerne udtrykker en generel svaghed i implementeringen.	
Ikke implementeret på de enheder, hvor indikatoren er vurderet. Dette vil også kunne være tilfældet, selv om der er iagttaget enkelte eksempler på overensstemmelse med kravet i indikatoren	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

Organisationer, der tidligere er blevet akkrediteret, skal kunne vise, at de har fortsat den kvalitetsovervågning, som foregik ved seneste survey, hvis den også kræves i den næste standardversion. Vurderingen HO forudsætter derfor, at kvalitetsovervågningen er fortsat ubrudt mellem de to surveys. Hvis kvalitetsovervågningen er brudt, bliver vurderingen BO, NO eller IO alt efter, om der er tale om "hullet", "sporadisk" eller "ingen" overvågning.

I indikatorer, hvor der er metodefrihed, er kravet om kvalitetsovervågning stadig overholdt, hvis man har ændret den konkrete overvågningsform, så længe der ikke er tidmæssigt afbrud i overvågningen.

Organisationer, der ikke tidligere har været akkrediteret, skal for at opnå HO ved ekstern survey kunne forelægge mindst én kvalitetsovervågning for indikatoren; og det skal være tydeliggjort, hvordan kvalitetsovervågningen vil fortsætte. Det samme gælder for alle organisationer, hvis indikatoren omhandler kvalitetsovervågning, der ikke var krævet i den forrige standardversion.

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 (undersøgelse af patienternes tilfredshed)

Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan der indsamles information om patienternes tilfredshed, og der kan redegøres for, at der er fulgt op på resultaterne.	HO
Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan der indsamles information om patienternes tilfredshed, men der er ikke fulgt op på resultaterne.	NO
Ledere og medarbejdere kan ikke redegøres for, hvordan der indsamles information om patienternes tilfredshed.	IO

Udfaldet af vurderingen (journalaudit)

Organisationen har gennemført journalaudit og har vurderet, at der ikke er behov for kvalitetsforbedrende tiltag.	
ELLER	HO
Organisationen har vurderet, at journalauditten påviste mangler, og der er igangsat kvalitetsforbedrende tiltag, og effekten af tiltagene er vurderet.	
Organisationen har vurderet, at journalauditten har påvist mangler, og der er igangsat kvalitetsforbedrende tiltag, men organisationen har ikke vurderet effekten af tiltagene.	BO

Vurderingen BO forudsætter altså, at organisationen har sat tiltag i gang, der hvor der er konstateret mangler på baggrund af journalauditten.	
Organisationen har vurderet, at journalauditten har påvist mangler, men har ikke igangsat kvalitetsforbedrende tiltag. Vurderingen NO forudsætter altså, at organisationen selv har konkluderet, at manglerne er af en sådan karakter, at der skal sættes tiltag i gang, men ikke har gjort det.	NO
Organisationen har ikke lavet journalaudit.	IO

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 organisationen 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 organisationen 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.

Organisationen 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 organisationen på nuværende tidspunkt opfylder kravene for tildeling af status som akkrediteret med bemærkninger, får organisationen mulighed for opfølgning, inden endelig status tildeles. Akkrediteringsstatus anføres som **midlertidig akkrediteret**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 organisation status som **ikke akkrediteret**, hvis det vurderer, at det er udsigtsløst, at organisationen vil kunne opfylde standarderne i tilstrækkelig grad inden for tidsfristen for opfølgning.

Hvis alle indikatorer er HO eller BO efter opfølgning, tildeles organisationen 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 organisationens evne til at sikre brugernes sikkerhed og lovfæstede rettigheder. Ved sikkerhed forstås her både sikkerhed mod skadevoldende hændelser og sikkerhed mod skader som følge af mangelfuld indsats fra organisationens side.

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

¹ **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.

² **Akkreditering pågår** betyder, at organisationen ikke kan akkrediteres på det foreliggende grundlag, men at det får en mulighed for en ny vurdering.

Bilag 1 - Oversigt over indikator typer

Std.nr	Standardtitel	Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer, planer og dokumenter	Indikatorer, der vurderer implementering og dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet	Indikatorer, der vurderer implementering	Kvalitetsovervågning
1.1.1	Ledelse	1	2	-	-
1.1.3	Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	-	1-2	-	3
1.1.4	Planlægning og drift	-	1-3	-	-
1.1.6	Datasikkerhed og – fortrolighed	-	-	1-2	3-4
1.1.7	Forsyningssystemer	-	-	1-2	3
1.2.1	Kvalitetspolitik	1	2	3	-
1.2.2	Kvalitetsovervågning og - forbedringstiltag	1	3-4	2	-
1.2.4	Risikostyring	-	1	2	3
1.2.5	Patientidentifikation	-	1	-	2
1.2.6	Utilisgtede hændelser	-	-	1-2	3
1.2.7	Patientklager og patienterstatningssager	-	1	2-3	4
1.2.8	Vold og trusler mod personale	-	-	1-2	3
1.3.1	Dokumentstyring	-	1	2	-
1.3.2	Patientjournalen	1-2		3	4
1.4.1	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	3	5	1-2, 4, 6-7	-
1.4.3	Arbejdstilrettelæggelse	-	1-2	-	-
1.5.1	Hygiejnepolitik	1	-	2	-
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler	-	1 og 3	2	-
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smittekilder	-	1 og 3	2 og 4	-
1.5.5	Håndtering af farlige stoffer og affald	-	1-2	-	-

Std.nr	Standardtitel	Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer, planer og dokumenter	Indikatorer, der vurderer implementering og dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet	Indikatorer, der vurderer implementering	Kvalitetsovervågning
1.6.1	Beredskabsplan	1	-	2-3	4-6
1.6.2	Intern beredskabsplan	1		2	3-5
1.7.1	Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr	-	4	1-3 og 5-6	-
1.8.1	Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning	-	-	1-3	-
1.8.2	Sikkerhed under transport	-	1	-	2
1.9.1	Interhospital transport	-	1	2	3-4
1.10.2	Telemedicin	-	1-2		3-4
2.1.1	Informeret samtykke	-	-	1	2
2.1.2	Inddragelse af patienten og pårørende	1	-	2	3
2.1.4	Indbringelse af patient med afvigende adfærd	-	1	-	2
2.2.1	Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen	1	2	-	3-4
2.2.2	Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen	1	2	-	3
2.2.3	Melding og kommunikation	1-2	-	3	4-5
2.4.1	Koordinering af medicinsk behandling	-	1	2	3
2.5.1	Lægemidler #	1	-	2-4	5-8
2.5.2	Lægemiddelhåndtering og – opbevaring #	2	-	1	3-5

Std.nr	Standardtitel	Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningslinjer, planer og dokumenter	Indikatorer, der vurderer implementering og dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet	Indikatorer, der vurderer implementering	Kvalitetsovervågning
2.6.1	Hjertestopbehandling #	1	-	2-5	-
2.7.1	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet #	1	-	2	3
2.8.1	Overdragelse #	1	-	2	3-4
2.9.1	Omsorg for den terminalt syge patient	1	-	-	-
3.1.1	Vurdering og behandling af patienter #	4 og 8	1 og 5	2-3 og 6-7	9