

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
Olof Palmes Allé 13
8200 Aarhus N



Region Midtjyllands hørings svar vedr. 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse

Dato: 15.02.2012

Journalnr.: 1-11-72-3-07

Region Midtjylland modtog den 20. december 2011 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel – Akkrediteringsstandarder for sygehuse.

Side 1

Hermed fremsendes Region Midtjyllands overordnede bemærkninger til høringsmaterialet.

Derudover er d.d. fremsendt elektronisk hørings svar, hvor Region Midtjyllands samlede bemærkninger til de i skemaerne stillede spørgsmål fremgår.

Det fremsendte høringsmateriale har været i høring hos Region Midtjyllands hospitalsledelser, psykiatri- og socialledelsen, Præhospitalet samt Folkesundhed og Kvalitetsudvikling. Derudover har materialet været sendt i bred høring i stabene i Region Midtjyllands administration.

Overordnede bemærkninger

Region Midtjylland har set frem til at modtage Den Danske Kvalitetsmodel version 2 i høring. Forventningen til version 2 har været, at modellen i endnu højere grad end version 1 kan anvendes som et instrument til kontinuerlig kvalitetsudvikling, samt at hospitalerne får mulighed for at prioritere både indsatsområder og metoder til monitorering. Disse forventninger er til dels blevet indfriet i udkastet til version 2.

Det overrasker dog og var ikke ventet, at IKAS har revideret standarder og indikatorer i DDKM på så mange områder. Resultatet må karakteriseres som et delvist fornyet grundlag for akkreditering.

Vedr. indledende kapitler og bilag

De indledende kapitler og udarbejdede bilag fremstår generelt

sammenhængende og giver god en fin introduktion og anvisninger i relation til akkrediteringskonceptet og –processen.

Det kunne overvejes at tilføje et afsnit, der på helt overordnet plan samler op på læringen fra første akkrediteringsrunde og hvilken betydning, det har haft for version 2.

Bilag 1 vedr. vurderingsprincipper er ikke færdiggjort og dermed ikke medsendt høringsmaterialet. Det er uhensigtsmæssigt, at dette bilag ikke forelå ved høringen, idet det kan have betydning for forståelsen og vurderingen af standardernes indhold og krav. Det bemærkes i forlængelse heraf, at der i indledningen side 12 under Terminologi står, at "*Det er ikke en forudsætning for at opnå akkreditering, at sygehuset lever fuldstændigt op til samtlige standarder*". Det bør uddybes og gerne eksemplificeres.

Under "*Gode råd til modtagelse af akkrediteringsstandarderne*" er der på side 18-19 angivet forslag til en særlig organisering irt. DDKM. Det virker som unødigt indblanding, idet DDKM er *en del af* det pågående kvalitetsarbejde - om end dog rammesættende på mange områder. DDKM skal derfor ses i sammenhæng med det øvrige kvalitetsarbejde, og der bør ikke være en særskilt organisering, idet dette bør være indeholdt i standarden 1.2.1 Kvalitetspolitik og -organisation.

Det anbefales derfor at rense afsnittet for angivelser såsom "styregruppe" og "ansvarlig for akkrediteringsprocessen", idet det er op til enkelte hospital og kvalitetsorganisation at definere.

Vedr. de valgte temaer

Kvalitet og patientsikkerhed er to sider af samme sag og bør ses i sammenhæng. Derfor er det velkomment, at det overordnede tema hedder kvalitets- og risikostyring. Men det bør også afspejles i de enkelte standarder, således at hospitalet i sin kvalitetspolitik og –organisation også integrerer og fastlægger rammerne for patientsikkerhedsarbejdet. Det bør ikke blot være en mulighed (et "bør" i standard 1.2.1), men et krav. På samme måde kan man udfordre, hvorfor hygiejne ikke er mere integreret i kvalitetsorganisationen – infektionshygiejne er dog et klart patientsikkerhedsaspekt. Man bør her overveje, om opdelingen er af mere historisk oprindelse end til patientens bedste.

Vedr. feltet "Standardens indhold"

Det bør overvejes, om det er hensigtsmæssigt at placere en forklarende tekst til en indikator et andet sted end under indikatoren – det betyder, at man skal bladre frem og tilbage.

Vedr. trin 1

Trin 1 bør benævnes mere bredt end "Retningsgivende dokumenter", idet der nu ved flere standarder indgår andet end retningsgivende dokumenter.

Eksempelvis:

- Standard 1.1.3, indikator 2: "*Der findes et ledelsesinformationssystem, der sikrer, at ledelser på alle.....*"
- Standard 2.18.1, indikator 2: "*Ledelsen tager stilling til, i hvilket omfang personalet skal uddannes til at varetage ledsagelsen ved patienttransport og fastsætter et uddannelsesprogram*".

Vedr. trin 3 og 4

Eventuelle dokumentationskrav bør fremgå under trin 3 og ikke 4 (diskrepans mellem fx 1.1.1 og 1.1.2)

Såfremt de mange dokumentationskrav fastholdes, antages det, at det kun er for de indikatorer, hvor det er nævnt specifikt.

Andre generelle kommentarer til høringsudkastet

Region Midtjylland hilser en række ændringer i version 2 velkomne, herunder:

- Version 2 lægger op til, at hospitalerne i højere grad selv kan beslutte, hvad de ønsker at prioritere i monitoreringen af kvaliteten. Samtidig giver modellen mulighed for at prioritere monitoreringen af effektmål frem for procesmål. Monitoreringsmæssigt er det positivt, at hospitalernes råderum og ansvar er øget, skønt det på samme tid udgør et ressourcetræk. En kombinationsløsning, hvor få helt centrale parametre bliver fordret nationalt kunne overvejes
- Det vurderes positivt, at kravene i trin 4 er blevet skærpede, således at organisationen som helhed skal kunne dokumentere, at der rent faktisk finder en kvalitetsforbedring sted.
- Temaet *Sygdomsspecifikke standarder* er blevet grundlæggende ændret fra version 1 til version 2, hvilket ses som en styrke. Anvendelse af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser ses som et kardinalpunkt i den systematiske kvalitetsudvikling. Temaet *Sygdomsspecifikke standarder* i version 2 vil blive en god støtte for prioritering af anvendelsen af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Temaet synliggør vigtigheden af, at hospitalerne prioriterer indsamlingen og anvendelsen af data genereret fra behandling, pleje og rehabilitering i det enkelte patientforløb.

Men der er også flere områder, hvor man med fordel kan tilpasse krav og metoder, så modellens hovedformål understøttes yderligere. Der ønskes desuden præcisering af enkelte væsentlige begreber i modellen.

- Det er positivt, at der ikke forventes indsats på alle områder, hvor der identificeres kvalitetsbrist, og at indsats dermed beror på en lokal prioritering. Det er dog uklart hvilke kriterier, IKAS ligger til grund for en vurdering af, om en manglende indsats vil få betydning ift. hospitalets mulighed for at opnå akkreditering.
- Begrebet *kvalitetssikring* er ikke defineret i modellen og fremgår ikke af begrebslisten på trods af, at begrebet anvendes i modellen. Ydermere blandes begreberne kvalitetssikring og evaluering sammen. Kvalitetssikring er at undersøge overensstemmelse mellem bør og er jfr. Donabedian. Den betydning synes evaluering at have på side 12. Andre steder anvendes evaluering i bredere forstand som evaluering af processer. Dette bør tydeliggøres.
- Der er to nye rammestandarder for borgerinddragelse. Men begrebet borger er ikke defineret. Tales der om patienter eller om deciderede borgerundersøgelser? Metoder i dette vil være vidt forskellige.
- I modellen argumenteres for, at årsagen til at området *arbejdsmiljø* kun i mindre grad er en del af modellen er, at der i forvejen foregår tilsyn, der sikrer overholdelsen af lovkravene på området. Hvis lovgivning med tilhørende tilsyn er et argument for ikke at

inddrage et område i modellen, kunne man argumentere for, at andre områder, hvor der eksisterer lovkrav og tilsyn bør udgå af modellen, eksempelvis brand.

Det kan derudover konstateres, at den tidligere direkte henvisning til inddragelse af medarbejdere er udeladt i version 2, jævnfør nedenstående understregninger i følgende eksempler fra version 1:

Eksempel 1: 1.1.1. Virksomhedsgrundlag

”Der foreligger et tilgængeligt virksomhedsgrundlag, der synliggør mission, vision, værdier og overordnede strategier på alle organisatoriske niveauer i institutionen. Virksomhedsgrundlaget udarbejdes i dialog mellem ledere, medarbejdere og interessenter og ajourføres løbende - dog mindst hvert 4. år”.

Eksempel 2: 1.4.4 Arbejdstilrettelæggelse

”Ledelsen tilrettelægger i samspil med medarbejderne den bedst mulige anvendelse af personaleressourcer og –kompetencer” .

Udeladelsen af disse passager kan ses som udtrykt for frihed til selv at tilrettelægge de processer, som i eksemplerne knytter sig til dannelse af virksomhedsgrundlag og arbejdstilrettelæggelse, men udeladelsen kan også opfattes som en lidt gammeldags tilgang til forståelse af ledelse og ledelsesopgaven. Det er ikke en opfattelse, som harmonerer med værdigrundlaget i Region Midtjylland.

- Region Midtjylland finder det ikke relevant og samtidigt meget rigtigt, at samtlige standarder skal underkastes alle fire trin i kvalitetscirklen. Nedenstående standarder er eksempler herpå:
 - 1.1.1 Virksomhedsgrundlag
 - 1.1.2 Ledelsesgrundlag
 - 1.1.3 Planlægning, drift og økonomi
 - 1.1.5 Datasikkerhed
 - 1.2.1 Kvalitetspolitik og - organisation
 - 1.2.3 Kvalitetsovervågning
 - 1.2.4 Kvalitetsforbedring
 - 1.8.5 Svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, it-systemer og kommunikationssystemer
- Region Midtjylland finder, at der er modsætninger i version 2 imellem de krav og muligheder, der skitseres på trin 3 i modellen. Den stærkt forøgede mængde indikatorer og den betydelige revision af standarderne udgør en stor forandring fra første version. Det giver en meget stor udfordring for hospitalerne såvel hvad angår revision af dokumenter som efterfølgende justering af arbejdsgange. Derfor anbefales et minimeret antal indikatorer. Således indeholder trin 3 et højere antal indikatorer, som vurderes i stigende grad at medføre en uforholdsmæssig stor arbejdsbyrde i forbindelse med indsamling af data. Det er yderst tvivlsomt, om udbyttet i form af kvalitetsforbedringer vil stå mål med indsatsen. Eksempelvis kan flere indikatorer ikke it-understøttes systematisk, hvilket vil medføre yderligere manuel dataindsamling. Desuden vil flere af målepunkterne på trin 3 medføre et øget krav til detaljeringniveauet af den generelle dokumentation i patientforløbet, som ikke nødvendigvis giver klinisk mening.

Eksempler herpå er:

1.1.1 Virksomhedsgrundlag: Er der behov for at bruge tid på dokumentation af implementeringen?

2.2.1 Vigtige samtaler med patienten: Hvordan kan man forestille sig en løbende overvågning af kvaliteten af sådanne samtaler?

Trin 3 lægger op til en højere grad af metodefrihed. Men det er modsætningsfyldt i den videre beskrivelse, idet der i mange standarder er stort set ens krav om journalaudit sammenlignet med version 1, hvilket ikke giver særlig høj grad af metodefrihed.

I version 2 henvises til, at der i højere grad vil blive lagt vægt på monitorering af effekter frem for processer – dette kan kun hilses velkomment. Imidlertid er det svært at se sammenhængen mellem et stigende fokus på monitorering af effektmål i version 2, når der samtidigt stilles krav om kæder af dokumenterede ledelsesbeslutninger, samt krav om monitorering af processer og systemer i faste intervaller.

Region Midtjylland ser frem til at modtage en godkendt version 2 af Den Danske Kvalitetsmodel, som understøtter hospitalernes systematiske kvalitetsudviklingsprocesser med fokus på monitorering af effekterne frem for processerne. Der ønskes en højere grad af frihed i metodevalget samt, at hospitalerne kan prioritere hvilke områder, der skal være genstand for udvikling.

Venlig hilsen

Hans Peder Graversen
Afdelingschef, cheflæge
Kvalitet og Sundhedsdata
Region Midtjylland