

Dato 23.04.2012

Bente Lykke Bjerre

Tel. +45 7841 2324

Bente.bjerre@stab.rm.dk

Sagsnr. 1-11-72-3-07

Side 1

Orientering

– status på akkreditering af hospitalerne i Region Midtjylland

Hospitalerne i Region Midtjylland blev akkrediteret i 2011. Hospitalsenheden Vest og Hospitalsenheden Horsens blev det uden bemærkninger, mens de øvrige hospitaler blev indstillet til akkreditering med bemærkninger og fik genbesøg primo 2012. Alle hospitaler er nu endeligt akkrediteret uden bemærkninger.

Akkreditering kan defineres som en kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering arbejdes systematisk efter retningslinjer, og kvaliteten måles løbende. DDKM er en måde at strukturere kvalitetsarbejdet på, og at arbejde efter retningslinjer kan bl.a. være med til at sikre ensartethed i det kliniske arbejde på tværs af både afdelinger og hospitaler.

Andre formål med akkrediteringen er at:

- Fremme kvaliteten af patientforløb
- Fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- Synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Akkreditering i proces

Overordnet kan man inddele en akkreditering i fire milepæle:

1. Intern survey / Intern vurdering
2. Basisvurdering og handleplaner
3. Selvevaluering, intern survey og handleplaner og
4. Ekstern survey / ekstern vurdering

Optakten til den første akkreditering har været en lang proces med stigende intensitet. Allerede i 2008 begyndte Region Midtjyllands hospitaler at forberede arbejdet med at leve op til kravene i Den Danske Kvalitetsmodel. Første version af Den Danske Kvalitetsmodel indeholder 104 akkrediteringsstandarder, hvor der for hver enkelt standard er udarbejdet et eller flere retningsgivende dokumenter. En standard i DDKM beskriver krav til ydelserne og for hver standard er

der opstillet mindst 4 indikatorer. Med en indikator kan man måle og vurdere, om en given standard opfyldes eller ej.

Da hospitalerne modtog de endelige standarder i august 2009, foretog de en basisevaluering for at belyse, hvorvidt de levede op til kravene i standarderne. På den baggrund blev der igangsat de nødvendige initiativer, fx udarbejdelse af retningslinjer og indførelse af nye arbejdsrutiner. Akkrediteringsprocessen har derfor betydet, at alle hospitaler har lagt lokale planer for både introduktion af personalet til modellen samt involveret rigtig mange medarbejdere i afdelingerne i at udarbejde lokale retningsgivende dokumenter.

Inden selv akkrediteringsbesøget gennemførte hospitalerne intern evaluering (selvevaluering) samt intern survey, som er en systematisk vurdering af, hvor langt man er i forhold til at opfylde kravene i indikatorerne. Den interne evaluering skete ca. seks måneder før ekstern survey. Der var derfor stor aktivitet på hospitalerne med kulmination henover årsskiftet 2010/2011, hvor der blev produceret og revideret et stort antal politikker, retningslinjer og instrukser.

De eksterne surveyors akkrediteringsbesøg af det enkelte hospital varede mellem 3 – 5 dage og blev afsluttet med en rapport, der blev offentliggjort på IKAS' hjemmeside.

For de hospitaler, der skulle have genbesøg (2. besøg) af surveyors, skulle der forinden arbejdes med de fokusområder, der havde givet anmærkninger i forbindelse med første besøg.

Uddannelse og værktøjer

For at understøtte akkrediteringsarbejdet har uddannelse af nøglemedarbejdere samt en fælles uddannelse af kvalitetskoordinatorer i Region Midtjylland være vigtige elementer i arbejdet med akkreditering.

De danske surveyors er udpeget og uddannet af Institut for Akkreditering og Kvalitet i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Under forløbet har to værktøjer været vigtige redskaber i understøttelsen af processen:

1. Region Midtjyllands dokumentstyringssystem 'e-Dok' til håndtering af produktion af retningsgivende dokumenter. Der er produceret mere end 20.000 nye dokumenter i e-Dok lige før og under akkrediteringen af de enkelte hospitaler.
2. TAK-systemet (Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling) som dataregistreringssystem til at sikre overblik og dokumentation af akkrediteringsprocessen.

Akkreditering har været et stort arbejde for hospitalerne med inddragelse af mange medarbejdere og ledere. Som hjælp til den overordnede koordinering blev der udarbejdet en regional tids- og aktivitetsplan, hvor der blev fulgt op på milepæle i relevante regionale ledelsesfora og på dialogmøder med hospitalerne, fx når der forelå resultater fra basisvurdering og internt survey.

Samarbejdsgruppen mellem drift og stab på kvalitetsområdet, der består af hospitalernes kvalitetschefer samt tre kontorchefer fra Administrationen, har behandlet resultaterne fra ekstern survey.

Særlige fælles fokusområder

På baggrund af første akkrediteringsbesøg udvalgte Samarbejdsgruppen nedenstående emner som fælles fokusområder:

- Dokumentstyring
- Hygiejneområdet
- Beredskab/Brand
- Udstyr, højrisikoudstyr (fx anæstesiapparater)
- Medicoteknik (elektronisk medicinsk udstyr)
- Informeret samtykke til behandling
- Medicinering
- Rettidig reaktion på prøvesvar
- Overgange internt i huset (transport af patienter).

Disse områder blev udvalgt, idet de dels vurderes at være centrale i relation til patienten, dels sås bemærkninger på disse områder på flere af hospitalerne.

Anden version af Den Danske Kvalitetsmodel er undervejs. Der har i perioden januar til februar 2012 være en høringsperiode med forventet implementering og offentliggørelse af de reviderede akkrediteringsstandarder i maj 2012. Planlægningen af omfang og proces for revision af både lokale og regionale retningsgivende dokumenter er derfor sat i gang. Der vil frem til næste akkreditering i 2014 desuden være fokus på at få indarbejdet nye akkrediteringskrav i MidtEPJ, så arbejdsgange og kvalitetsmålinger understøttes og integreres bedst muligt i det daglige arbejde.