

Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet
Enhed for Udvikling og Kvalitet

REGION

Evaluering af akkreditering & Elementer til en fremtidig akkrediteringsstrategi for Region Hovedstaden 2013

30. oktober 2012

Indhold:

Sammenfatning og anbefalinger.....	3
1. Indledning	3
1.1 Grundlaget for Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi i 2008.....	4
2. Centrale udgifter til akkreditering.....	5
3. Resultater af akkrediteringsbesøg i 2011 og 2012	6
4. Evalueringsundersøgelser og tilkendegivelser	9
5. Konklusioner.....	11
7. Overvejelser om konsekvenser ved fravalg af det internationale akkrediteringssamarbejde.....	12
7 . Anbefalinger til akkrediteringsstrategi og understøttende aktiviteter	13
Bilagsoversigt	16
Bilag 1: Regionens akkrediteringshistorie.....	17
Bilag 2: Fund under JCI akkreditering i 2011.....	18
Bilag 3: Fund under DDKM akkreditering i 2012.....	19
Bilag 4: Områder der ikke er indeholdt i DDKM standarder	20
Bilag 5 International certificering af udvalgte patientforløb ved JCI	21
Bilag 6 JCI's standarder for lægelig uddannelse og forskning.....	22
Referencer	24

Sammenfatning og anbefalinger

Koncerndirektionen har over sommeren og i efteråret drøftet oplevelser og evaluering af akkreditering og anbefalinger til den fremtidige strategi i en række fora, herunder i ledelsesfora og kvalitetsorganisationen og Region H MED. Herudover indgår resultater fra to evalueringsundersøgelser (2011 og 2012).

Der er enighed om at regionens hospitaler har haft stort udbytte og læring af den gældende akkrediteringsstrategi og at denne har ført mange forbedringer med sig.

Herudover har drøftelserne afdækket forskellige synspunkter på og opfattelser af akkreditering, udbytte og oplevelser under besøg og på hvad der bør indgå i den fremadrettede plan.

Koncerndirektionen har i sin indstilling lagt vægt på tilkendegivelser fra Regionens Kvalitetsråd.

Koncerndirektionen anbefaler følgende indhold i regionens akkrediteringsstrategi for 2013 og frem:

- at Region Hovedstaden fortsat ser akkreditering som en væsentlig ramme for kvalitetsudvikling og et redskab til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring
- at Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi fremover bygger på akkreditering ved Den Danske Kvalitetsmodel
- at der internt i regionen skal arbejdes med forskellige koncepter der fremmer systematisk arbejde med kvalitetsudvikling og implementering, herunder uddannelse
- at Region Hovedstaden vægter at fortsætte det internationale samarbejde om kvalitetsudvikling, og derfor vil afsøge relevante internationale koncepter, snitflader og samarbejder, der også fremover stimulerer kvalitetsudvikling og forbedring af sundhedsvæsenets ydelser
- at patientinvolvering og tværgående sektorsamarbejde er et bærende element i regionens ydelser
- at der skal ske en kontinuerlig uddannelse af medarbejdere og ledere i kvalitetsudviklingsmetoder og kvalitetsstyring
- at ovenstående elementer skal indgå i regionens kvalitetshandlingsplan fra 2014 og frem

1. Indledning

Regionsrådet traf i 2008 beslutning om regionens akkrediteringsstrategi frem til 2012, hvor alle regionens hospitaler har tilendebragt akkreditering ved såvel Joint Commission International (JCI) i 2011 og den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) i 2012.

Der skal derfor ultimo 2012 træffes beslutning om regionens fremtidige akkrediteringsstrategi.

Grundlaget for beslutningen er de erfaringer som er opnået efter akkreditering ved JCI og DDKM og dette oplæg er baseret på følgende input:

- Resultater af JCI akkreditering og samarbejde i 2010 og akkreditering i 2011
- Resultater af DDKM akkreditering i 2012
- Resultater af brugerundersøgelse af ledere og medarbejders oplevelser efter JCI akkreditering i 2011 og DDKM akkreditering i 2012
- Drøftelser i kvalitets- og ledelsesorganisation, som har fundet sted over sommeren og efteråret 2012 i Kvalitetsråd, kredsen af vicedirektører, Udvidet direktørkreds, hospitalernes kvalitetschefer og akkrediteringskoordinatorer samt i Regionens MED udvalg.

Akkreditering er en proces, hvorved en uafhængig akkrediteringsorganisation, vurderer hvorvidt en organisation lever op til kvalitetskrav i et sæt standarder, som er udformet for at forbedre kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen. Standarderne omfatter alle væsentlige funktioner og personalegrupper i organisationen. Akkreditering inkluderer således stort set alle indsatser og kan betragtes som en paraply for udviklingsarbejdet.

Akkrediteringstankegangen hviler på forventningen om, at organisationen konstant arbejder med at skabe og fastholde en kultur der understøtter kontinuerlig datadrevet kvalitetsforbedring af processer og resultater. Der er fokus på eksplicitte regler, klar organisering og opgavefordeling, kvalitetsstyring (datadrevet ledelse) og regelmæssig overvågning af nøgleprocesser for at identificere forbedringsbehov.

Det har igennem de sidste 12 år vist sig at forberedelse til akkreditering har været et stærkt ledelses- og forandringsredskab der har banet vejen for store forandringer i hospitalerne. Akkreditering har sat fokus på og stimuleret professionernes faglighed og brug af evidens, harmonisering af den faglige indsats på tværs af afdelinger og organisationens systemkvalitet og beredskab i bred forstand. Resultater af selve akkrediteringsbesøgene er i denne sammenhæng sekundært, idet de mange forandringer og gevinster for patienter og personale skal sætte varige spor i den daglige drift, for at give mening for brugere og ansatte.

Akkreditering beskytter ikke mod fejl og kvalitetsbrist, men er et redskab der kan hjælpe organisationen til at til at udstikke rammer for alle væsentlige processer, definere og analysere risici samt overvåge og forbedre sikkerhed og kvalitet.

1.1 Grundlaget for Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi i 2008.

Regionens drøftelser om akkrediteringsstrategi i 2008 tog afsæt i daværende Kvalitetsstrategi 2007-2009 (februar 2007), status for DDKM og det hidtidige kvalitetsarbejde i regionens virksomheder, herunder erfaringer med international akkreditering ved JCI på nogle af regionens hospitaler.

DDKM akkreditering blev påbegyndt i regionerne 2010 og det er en grundlæggende præmis at den er obligatorisk for alle offentlige og private hospitaler i Danmark og således ikke kan fravælges.

Beslutning om valg af begge akkrediteringskoncepter blev truffet i august 2008 og var betinget af

- hospitalernes erfaringer og udbytte af samarbejdet med JCI gennem flere år med afsæt i afprøvede internationale kvalitetsstandarder, samt udbyttet af JCI's besøg på de ikke akkrediterede hospitaler i efteråret 2007 (foranalysen)
- hospitalernes erfaringer med at udvikle, implementere og monitorere egne kvalitetsstandarder
- ønsket om at fastholde momentum og udbrede opnåede resultater, som ikke var i fokus i første og gældende udgave af DDKM standarderne
- at medarbejderne og ledere ikke skulle kende de forskellige standardsæt, men alene de for dem relevante vejledninger, der både adresserer JCI's og DDKM's krav Dette har meget stor betydning, da vejledningerne, og ikke standarderne, er det primære arbejdsredskab for medarbejderne i relation til akkreditering. Klinikerne skal således ikke forholde sig til to sæt standarder, men til de udarbejdede vejledninger
- ønsket om at opnå mere lige/ensartede tilbud til borgerne. Samordning af kvalitetsarbejdet på tværs af regionen var en nødvendighed for at opnå dette mål
 - beslutningen tog derfor afsæt i behovet for en regional samordning af regler, praksis og kvalitetsinitiativer på tværs af matrikler, tidligere amtsgrænser og afdelinger som er aktualiseret af regionens hospitals- og psykiatriplaner. Det var vurderingen at dette formål blev understøttet af JCI's standarder for hospitaler
- ønsket om et fortsat samarbejde med JCI begrundedes i ønsket om at fastholde et ambitiøst og proaktivt fokus på patientsikkerhed, sikkerhed i de fysiske rammer, infektionsovervågning og -hygiejne samt personaleudvikling- og -styring - områder som endnu ikke var fuldt udfoldede i DDKM version 1.

Dertil kommer

- at samarbejdet med JCI vurderedes at have haft afgørende betydning for regionens førende position indenfor patientsikkerhed og for det kulturskred der er en forudsætning herfor

- ønsket om at fastholde muligheden for international inspiration/sparring med surveyore der færdes i hospitalsvæsenet i mange lande
- at akkrediteringsstrategien skulle understøtte regionens visioner om international orientering, inspiration og innovation og målet om et hospitalsvæsen i verdensklasse.

Strategien var således et ønske om at supplere DDKM og fastholde opnåede resultater. Akkreditering ved JCI betragtedes som en overbygning i akkrediteringsarbejdet¹.

Regionen har siden den spæde start af DDKM været meget aktiv i udviklingen af modellen og således bidraget både til udviklingen af evalueringsgrundlag, den senere revision af dette, rådgivning om organisatoriske processer, IT systemer, herunder til hospitalernes selvevaluering (TAK systemet) m.v. Regionen har endvidere haft en betydelig rolle i relation til udfærdigelse af koncept for akkrediteringsbesøg samt stillet regionens samlede materiale vedr. hjælpemidler og metodebeskrivelser til afvikling af akkrediteringsbesøg til rådighed for Institut for Kvalitetsudvikling og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Det vurderes at regionen har brugt adskillige årsværk på at understøtte udvikling af modellen.

Strategien hvilede også på at medarbejderne ikke skal lære og skelne mellem akkrediteringskoncepter og standarder i de to modeller, men derimod skal kende relevante regionale og lokale vejledninger og instrukser. Disse dokumenter rummer således problemfrit krav i begge sæt standarder.

2. Centrale udgifter til akkreditering

Akkreditering ved DDKM og JCI skal ske hvert 3. år.

Hospitalerne resurseforbrug ifm. akkrediteringsforberedelse og selve besøgene er ikke estimeret og beskrevet i dette afsnit. Der foreligger ikke valide beregninger heraf, da det er vanskeligt at udlede disse af øvrige drift og udviklingsaktiviteter.

Den centrale forvaltning har afholdt de direkte udgifter til akkrediteringsorganisationerne – se tabel nedenfor. *Se i øvrigt bilag 1 for regionens akkrediteringshistorie.*

Udgifter til DDKM:

Regionen betaler et **årligt** gebyr på aktuelt kr. 3.3 mio. Dette beløb dækker udgifter til drift af IKAS, betaling af surveyore, herunder ophold og forplejning ved akkrediteringsbesøg hvert 3. år mm. Endvidere modtager afdelinger der stiller surveyore til rådighed for akkreditering på andre hospitaler, et refusionsbeløb til dækning af vikar.

Fra 2012 inkluderer den årlige udgift endvidere et midtvejsbesøg på hvert hospital af 1 – 2 dages varighed. Standardmanualer med DDKM standarder er ikke inkluderet. Regionen har anvendt ca. 200.000 på indkøb af standardmanualer

Udgifter til JCI:

JCI er en privat non-profit virksomhed og international akkreditering ved JCI er frivillig. Der betales ingen licens/abonnementsafgift, men indgås kontrakt om hvert besøg (enten som et rådgivende konsulentbesøg eller et akkrediteringsbesøg). Den centrale forvaltning har afholdt de direkte udgifter til honorar, rejse, ophold, forplejning og professionelle tolke, oversættelse og indkøb af standardmanualer, oversættelse af vejledninger og andet materiale.

¹ Teksten ovenfor er udpluk fra Region Hovedstadens Akkrediteringsstrategi – notat af august 2008.

Et akkrediteringsbesøg ved JCI på alle 13 hospitaler i ca. 5 uger, inkl. tolke, rejse, hotel, forplejning mv. kostede i 2011 i: 6.942.740 kr., heraf anvendes ca. 2.200.000 kr. til tolke.

Akkrediteringsorganisation.	Udgift pr. år	Udgift til akkr. i 2011	Samlede centrale udgifter for en 3 årig periode (1 besøg):
DDKM	3.300.000 kr.		9.900.000 kr.
JCI – honorar		3.441.295 kr.	6.942.740 kr.
Tolke		2.200.000 kr.	
Rejse, hotel og forplejning: 801.445 kr.		251.445 kr. 410.000 kr. 140.000 kr.	
Standarder, oversættelse af diverse, trykning og indkøb /3. år):		500.000 kr.	
Total for en 3 – årig periode for begge koncepter			17.142.740 kr.*
Udgifter fordelt pr. år ved begge akkrediteringskoncepter			5.614.246 kr.
Udgifter pr. år DDKM			3.600.000 kr.
Gennemsnitlig årlig udgift JCI for akkrediteringsbesøg hvert 3. år			2.314.247 kr.

*Udgifter til evt. (frivillig) Mock Survey ved JCI forud for akkrediteringsbesøg er ikke indregnet.

3. Resultater af akkrediteringsbesøg i 2011 og 2012

3.1 JCI akkreditering i 2011:

Samlet set klarede hospitalerne sig godt. Der er tale om, at hvert hospital uanset tidligere akkrediteringsstatus, har fået bemærkninger vedrørende 18 – 51 målelige elementer ud af de i alt 1300. Heraf er 3 – 20 vurderet som ”ikke opfyldt”, svarende til et gennemsnit på 7 pr. hospital.

Mellem 1250 – 1280 af de i alt 1300 målelige elementer er således bedømt ”fuldt opfyldt” på alle regionens hospitaler. Samlet set er kun ca. 80 af de i alt 320 standarder berørt af fund på tværs af de 13 rapporter.

11 hospitaler opnåede akkreditering og 2 hospitaler måtte have et fokuseret genbesøg 5 måneder efter og klarede sig meget flot og stort set uden nogen fund igennem dette.

	AMH	BBH	BOH	FBH	FSH	GEH	GLO	HEH	HIH	HLH	HVH	RH	RHP
Målelige elementer/fund i alt	30	31	26	27	29	17	34	51	43	32	30	38	37
Målelige elementer DO	20	24	18	24	25	14	30	31	35	20	26	34	33
Målelige elementer IO	10	7	8	3	4	3	4	20	8	12	4	4	4
Resultat													

Ikke opfyldt: IO Delvist opfyldt: DO

Akkrediteret:

Fokuseret genbesøg:



Oversigt over tværgående fund- se bilag 2

Herudover henvises for yderligere oplysninger til Notat: *Forløb og resultater ifm. JCI akkrediteringsbesøg i marts og maj 2011*. Endvidere separate oversigter over fund efter JCI akkreditering.

Indsigelser

Regionen gjorde indsigelse mod tværgående fund vedr. ambulancejournaler og fik medhold i en regional fleksibel ordning omkring udveksling og opfølgning på uhensigtsmæssige ambulanceoverflytningsforløb. To hospitaler gjorde endvidere indsigelse mod et fund i rapporten, men fik ikke medhold.

Opfølgning

Alle hospitaler skal indenfor 45 dage efter modtagelsen af den endelige rapport fra JCI, udfærdige en opsamlingsrapport med fokus på de fund, der har udløst en "ikke opfyldt" scoring af et måleligt element/indikator. Denne rapport og evt. dokumenter og/eller implementeringsdata skal godkendes af JCI. De fund der skal arbejdes med på tværs af regionen, løftes i den regionale kvalitetsorganisation.

3.2 DDKM akkreditering 2012

Samlet set har alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri klaret sig fint og bedre end de øvrige regioner.

- I alt 9 hospitaler har opnået resultatet: Akkrediteret uden bemærkninger.
- Den præhospital virksomhed er Akkrediteret uden bemærkninger
- I alt 4 hospitaler har opnået resultatet: Akkrediteret med bemærkninger.
 - o 2 hospitaler har haft genbesøg og nu akkrediteret uden bemærkninger
 - o og 2 har indsendt dokumentation

Der tegner sig et forskelligartet billede mht. fund der har medført en scoring af standard eller indikator på det enkelte hospital. Således er 0 – 9 standarder og 0 – 31 ud af det samlede antal på 450 indikatorer bedømt delvist eller ikke opfyldt. Et hospital har opnået at få 0 fund (Glostrup Hospital).

	AMH	BBH	BOH	FBH	FSH	GEH	GLO	HEH	HIH	HLH	HVH	RH	RHP	PRÆ ²
Standarder, der ikke er fuldt opfyldt	1	0	1	4	0	0	0	2	0	0	5	9	0	1
Indikatorer IO	2	0	1	6	0	0	0	0	0	0	3	2	1	4
Indikatorer DO	5	4	3	14	1	2	0	7	1	2	10	19	2	23
Resultat											Besøg	Besøg		

Ikke opfyldt: IO Delvist opfyldt: DO

Akkrediteret uden bemærkninger:



Akkrediteret med bemærkninger:



For fund der blev italesat ved mere end 1 besøg- se bilag 3.

For en samlet oversigt over **fund**/hospital/standard – se særskilt Notat *Fund under DDKM survey – januar – juni 2012*.

En række fund relaterer sig til krav der bortfalder i DDKM standarder, version 2, og der tegner sig derfor ikke oplagte områder for fælles regional opsamling.

² Andet standardsæt

Indsigelser

8 hospitaler og den præhospitale virksomhed har valgt at benytte sig af indsigelsesretten og dermed udfordre surveyornes vurderinger og scoringer på mellem 1 - 7 forskellige fund.

I alt 7 virksomheder har fået medhold fra teamleder og /eller Akkrediteringsnævnet i alle eller enkelte indsigelser og dermed opnået ændringer i scoringen af indikatorer eller standarder. 4 hospitaler har oplevet at Akkrediteringsnævnet har lempet eller skærpet scoringen, 2 at nævnet har tilføjet nye. Dette er delvist beklaget af IKAS.

Opfølgning

- For hospitaler der er Akkrediteret uden bemærkninger er der ingen opfølgningskrav.
- 2 hospitaler har haft genbesøg og nu akkrediteret uden bemærkninger
- 2 har indsendt dokumentation og er nu akkrediteret .

Akkrediteringsrapporter med opnåede scoringsresultater offentliggøres på IKAS's hjemmeside www.IKAS.dk

3.3 Områder der især får positiv omtale ved akkrediteringsbesøgene

På en række områder overopfylder regionens virksomheder de danske standarder, og forklaringen er at hospitalerne har arbejdet med at opfylde krav i JCI's standarder, som på en del af områderne er mere detaljerede og omfattende. Disse områder har på tværs af alle virksomheder udløst uforbeholden ros.

- Kvalitetsorganisation (kvalitetsråd, komitéer og udvalg), modenheten i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, herunder den brede tilgang til proaktivitet, læring samt måden der arbejdes med indsamlede kvalitetsdata ("*kvalitetsarbejdet er i et højere gear*")
- At alle generelt er meget langt med implementering af diverse krav
- Journaldokumentationen
- Bygnings- og infrastrukturen, herunder brug af risikoanalyser og styring af hele området omkring kritiske forsyninger
- Hele medicineringsområdet – dels de fastlagte processer og systemer og dels det elektroniske medicineringsystem der via brug af stregkodescanner og pda kan øge sikkerheden i medicineringsprocesser markant³
- Personalestyring- og –kompetenceudvikling, herunder kvalifikationsvurdering, kompetenceprofiler, bemyndigelsesprocesser mv.
- Hygiejne- og infektionsmonitoreringsområdet – både den integrerede hygiejneorganisation, håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøringsmonitorering, rådgivningsarbejdet samt monitorering og håndtering af infektioner og infektionsudbrud
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder udgående teams samt en række kronikerindsatser
- Arbejdet med samarbejdsaftaler og kontrakter mellem virksomheder og eksterne.

JCI fremhæver følgende velfungerende områder

- Kvalitetsorganisation (kvalitetsråd, komitéer og udvalg)
- Journaldokumentationen
- det elektroniske medicineringsystem der via brug af stregkodescanner og pda kan øge sikkerheden i medicineringsprocesser markant⁴
- Personalestyring- og –kompetenceudvikling, herunder kompetenceprofiler
- Hygiejne- og infektionsmonitoreringsområdet – både den integrerede hygiejneorganisation,
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder udgående teams samt en række kronikerindsatser
- Det tværfaglige samarbejde om patienter.

³ Region Hovedstadens hospitaler udmærker sig generelt ved at være de eneste hospitaler der ikke har nævneværdige fund på medicineringsstandarderne.

⁴ Region Hovedstadens hospitaler udmærker sig generelt ved at være de eneste hospitaler der ikke har nævneværdige fund på medicineringsstandarderne.

4. Evalueringsundersøgelser og tilkendegivelser

Der blev efter JCI besøget i 2011 og efter DDKM besøget i sommeren/efteråret 2012 foretaget en evaluering af ledere og medarbejders oplevelser af forberedelser til, effekt af og oplevelser under akkrediteringsbesøget. Undersøgelserne er foretaget af Enhed for Brugerundersøgelser og består af fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse. Herudover er der via møder i forskellige fora fremsat vurderinger og forslag.

De aggregerede resultater af interviews og spørgeskemaundersøgelsen for begge undersøgelser foreligger nu i sammenskrevet rapport, som er **vedlagt dagsordenen**⁵. Desuden vedlægges følgenotat fra Styregruppen for Evaluering af akkreditering, hvor der perspektiveres på resultaterne af de to undersøgelser.

Resultaterne viser bl.a. at oplevelserne om effekten af akkreditering især knytter sig til følgende områder:

- Øget patientsikkerhed
- Øget brug af kvalitetsdata
- Mere ensartet patientbehandling
- Øget fokus på højrisikoydelser
- Bedre overblik over og anvendelse af vejledninger.

Mindst oplevet effekt af akkreditering anføres for følgende områder:

- Bedre behandlingsforløb
- Øget patienttilfredshed
- Øget personaletilfredshed.

Tilkendegivelser ved møder og ved ovennævnte undersøgelser viser at der er forskelle mellem medarbejdere og leders vurderinger og også mellem ledelsesniveauerne indbyrdes. Det samme gælder for hospitalerne, hvor konkrete oplevelser giver anledning til forskellige vurderinger.

Undersøgelserne afdækker også generelle synspunkter på akkreditering, herunder også på hvorvidt akkreditering fører til kvalitetsudvikling.

Lægegruppen udskiller sig som den mest skeptiske personalegruppe.

I undersøgelsen anfører flere at DDKM standarderne er mere relevante end de internationale standarder, herunder at der er nogle få ”udanske” krav i JCI standarderne.

Et stort flertal, fandt det positivt og en fordel at akkrediteringen i 2012 foregik på dansk og iht. dansk kontekst og kulturelle selvforståelse. Det tilkendegives at det danske akkrediteringsbesøg foregik under mere afslappende forhold, at de danske surveyore var mere lyttende, anerkendende og fleksible og at besøget foregik i en let og venlig atmosfære.

De fleste finder at forberedelserne til akkreditering har været meget nyttige, uanset om det var JCI ’s eller DDKM standarder.

Flere finder at forholdene under akkrediteringsbesøgene (både JCI og DDKM) ikke giver et retvisende billede af hospitalet, idet der forud herfor gennemføres ekstraordinær oprydning, rengøring, flytning af patienter mv. Mange anbefaler derfor, at akkrediteringsbesøg gennemføres uvarslet. Det gælder især

⁵ Personalets oplevelser af DDKM –akkreditering 2012 og JCI akkreditering i 2011, Region Hovedstaden.

medarbejdere og ledere på hospitaler der har haft besøg af JCI flere gange, idet udbyttet efter akkrediteringsbesøget i 2011 var mere beskedent end tidligere

Udbytte, erkendelser, læringspotentiale og opfølgning efter DDKM besøget synes at være mindre. Dette er især italesat under interviews. Behovet for opfølgning efter DDKM besøget, herunder iværksættelse af forbedringer opleves således mindre.

Surveyore

I undersøgelsen fremhæves DDKM surveyorne som venlige, anerkendende og lyttende (83 %). Mange finder det endvidere sympatisk at det er klinikere, ligesom dem selv, der kommer på besøg (evaluering i øjenhøjde).

Der er en del kritik at spore når det kommer til den faglige ydelse. Af evaluerings-undersøgelserne fremgår det, at 56% af de adspurgte medarbejdere fandt at JCI surveyorene gav brugbar inspiration og 52 % mener at surveyorne påpegede uerkendte problemstillinger mod henholdsvis 33 og 28% ifm. DDKM akkreditering.

Mange hospitaler har udtalt at de ikke følte sig grundigt evalueret eller udfordret af de danske surveyore. Det er under akkrediteringsbesøgene observeret at danske surveyore ikke var professionelle nok i rollen, at de manglede faglig viden om nogle af de processer de skulle evaluere og at de i mange tilfælde ikke bemærkede åbenlyse kvalitetsbrist eller ikke søgte at validere personalets udtalelser. Generelt blev sygeplejen, de diagnostiske specialer og hele det ambulante område ikke eller kun meget beskedent involveret og evalueret i det forventede omfang. De diagnostiske specialer følte sig især ikke udfordret.

Det påpeges endvidere at DDKM surveyorne fokuserede meget på detaljer og indhold i dokumenter og ikke gik tilstrækkelig i dybden ifm. afdelingsbesøg.

Det vurderes at de primære årsager hertil er surveyornes beskedne erfaring (må maks. udføre 15 dages survey/år) og det faktum at danske surveyore rekrutteres og uddannes efter andre kriterier.

De daglige tilbagemeldinger og den endelige mundtlige og skriftlige tilbagemelding vurderes med nogle undtagelser, generelt at være af beskeden kvalitet, ligesom der blev observeret stor variation i bedømmelse af de samme typer af fund.

Der er således generelt enighed om at JCI surveyore er mere professionelle, bedre trænet og mere erfarne i at gennemgå og evaluere processer og systemer både på hospitals- og afdelingsniveau. Dette gælder også evnerne til at give klare tilbagemeldinger og skabe erkendelse og læring kvag spørge- og observationsteknik. Hertil kommer anerkendelsen af, at en del af deres professionalisme stammer fra omfattende international virksomhed, ligesom det ikke alene kan betragtes som en ulempe at surveyorne ikke er socialiseret ind i den danske selvforståelse.

Habilitet

Endeligt rejses der i undersøgelsen problemstillinger omkring muligheden for at bevare integritet og habilitet for danske surveyore i et land som Danmark med et relativt lille sundhedsvæsen. En række ledere har efter forårets DDKM akkrediteringsbesøg udtrykt bekymring herom, idet surveyorne, selv om de rekrutteres fra de øvrige regioner, ofte kender adskillige personer på de sygehuse, hvor de udfører akkrediteringsbesøg, enten gennem tidligere ansættelser eller gennem nationale netværk (der tales om fætter-kusine effekten). Der er derfor potentielt risiko for at surveyores bedømmelse kan påvirkes i den ene eller den anden retning. Nogle surveyore har under besøget på Region Hovedstadens hospital mødt de surveyore, der skal udføre genbesøg på surveyorens eget hospital. Også dette kan potentielt påvirke den enkelte surveyor.

International inspiration

Under nogle fokusgruppeinterviews har der været fremsat tilkendegivelser om at der er mere at lære af JCI og at man er bekymret over at miste det internationale input og samarbejde med JCI.

Synspunkterne er forskellige. På den ene side er der direktions- og kvalitetsstabe der mener at DDKM akkreditering har og vil kunne opfylde hospitalets behov og på den anden side udtrykkes bekymring for at tabet af international inspiration og dygtige surveyore vil reducere respekten for og den samlede effekt af akkreditering.

5. Konklusioner

Drøftelser og evalueringsundersøgelserne viser at akkreditering, især ved JCI har medført udvikling, læring og forbedring i regionen. Desuden har akkrediteringsforberedelserne understøttet den regionale harmonisering og fusionsprocesser. Ledelser på alle niveauer opfatter akkreditering som et ledelsesredskab.

Det er imidlertid overraskende at drøftelser og evalueringen har afdækket at en række ledere og medarbejdere i regionen ikke oplever at forberedelser til akkreditering er forbundet med kvalitetsudvikling og at en del ikke mener at kliniske kerneydelser er omfattet af akkrediteringen.

Der er imidlertid flere diskurser og positioner i evalueringsundersøgelserne og der tegner sig således ikke en entydig og sammenfaldende opfattelse, idet evalueringen også inkluderer generelle synspunkter på akkreditering.

Der er ikke tvivl om, at det har været et meget stort arbejde for hospitalerne at håndtere sammenlægninger, besparelser, øvrige regionale aktiviteter samtidigt med forberedelsen til to akkrediteringer.

Evalueringen af hhv. JCI (2011) og DDKM (2012) samt drøftelser med direktions-, Kvalitetsråd, kvalitetschefer og akkrediteringskoordinatorer i efteråret 2012 gør det klart at ledere og personale som udgangspunkt ikke ønsker at arbejde med to generiske akkrediteringskoncepter. Der peges derfor på DDKM som regionens akkrediteringsmodel.

Dette er ikke begrundet i et ønske om at ophøre det internationale samarbejde med JCI, men et ønske om at begrænse de resurser der anvendes til akkrediteringsforberedelse.

Tilkendegivelser der støtter op om valg af ét akkrediteringskoncept er bl.a.:

- at der er tale om to forberedelsesprocesser i løbet af en treårig periode, hvilket af mange klinikere opleves som meget intenst og tidskrævende, ligesom det for hospitalernes kvalitetsorganisation er resursekrævende. Det opleves at akkrediteringsforberedelsen dermed stjæler fokus fra andre udviklingsområder
- forskellige synspunkter der går på at standardgrundlaget og akkrediteringsbesøgene enten er for ens eller forskellige til at begrunde fastholdelse af to generiske akkrediteringskoncepter. To forberedelsesprocesser til akkrediteringsbesøgene opleves derfor som dobbeltarbejde.

Det er under drøftelserne og evalueringen også blevet berørt at der er forventninger om, at et fravalg af JCI akkreditering vil indebære en væsentlig reduktion i krav til sundhedspersonalets dokumentation i patientjournaler. Imidlertid vil dette kun i meget begrænset omfang være tilfældet, idet langt de fleste dokumentationskrav er indeholdt i lovgivning, bekendtgørelser eller vejledninger fra nationale myndigheder, herunder især Sundhedsstyrelsen.

Bekymringen for at miste international inspiration og fokus på områder, som vi endnu ikke har erkendt som indsatsområder i Danmark, er reel. Denne opfattelse er også udtrykt i RegionH MED ifm. drøftelsen af regionens fremadrettede akkrediteringsstrategi.

Der er også udtrykt bekymring for de områder der ikke er inkluderet i DDKM standarderne (se bilag 4).

Der er således enighed om og behov for at fastholde og sikre inspiration og læring via internationalt samarbejde.

7. Overvejelser om konsekvenser ved fravalg af international

akkreditering

De danske standarder er skrevet af danskere til brug i Danmark og med afsæt i dansk lovgivning, struktur og tradition.

Med fremkomsten af version 2 af DDKM standarderne står det klart, at der ved fravalg af JCI vil være områder der ikke længere vil være i fokus under akkrediteringsbesøgene (se bilag 4), hvorfor det må forventes at momentum og opnåede resultater på disse områder vanskeligt vil kunne opretholdes. Der skal således tages stilling til hvilke af disse områder, regionen fortsat skal arbejde videre med.

Betydningen og udfordringer i det internationale samarbejde med JCI knytter sig hovedsageligt til

- at standarderne fastlægges i et internationalt samarbejde og afspejler internationale risici og udfordringer for sundhedsvæsenet – ofte før disse udfordringer/problemer erkendes eller opstår i Danmark
- at nogle af standarderne er ”udanske” og i en vis grad udfordrende. Fx kravet om regelmæssig kvalifikationsevaluering af speciallæger, som opleves upopulært blandt en del af speciallægerne, men fornuftigt i ledelsessystemet
- at hospitaler bedømmes i en international kontekst der ikke inkluderer dansk selvforståelse og traditionelle forklaringsmodeller
- at der under akkrediteringsbesøgene skal kommunikeres på engelsk/benyttes tolk og at mange dokumenter skal oversættes
- at dansk lovgivning og sundhedsvæsenets struktur ikke er kendt for surveyorne
- surveyorkorpsets flerkulturelle sammensætning og erfaring med sygehusvæsenet i alle verdensdele samt deres faglige ekspertise og uvildighed.

Der er, som det også fremgår af evalueringsundersøgelserne, således både ulemper og fordele i det internationale samarbejde.

Værdien af surveyornes uafhængighed kan opfattes som en hjælp til at se ”blinde vinkler” og identificere implicitte eller uskrevne regler i vores praksis. Denne evne er vanskelig at udvikle og fastholde for danske surveyore, der i deres daglige arbejde er udfordret af og arbejder under de samme vilkår og strukturer, som de organisationer de i rollen som surveyore, skal bedømme. Fællesskabet omkring disse vilkår bringer så at sige surveyore og hospitalets ansatte i ”samme båd”.

Anerkendelse og respekt for akkrediteringskonceptet og villigheden til at acceptere fund og udviklingsmuligheder samt arbejde med opfølgingskrav, er derfor i høj grad knyttet til læring og erkendelser under akkrediteringsbesøget, dvs. surveyornes præstationer, herunder faglige viden, pædagogiske og analytiske evner, skarphed og observationsevne samt evne til at vurdere processer der afviger fra de kendte.

Det er vurderingen at samarbejdet med JCI har været en afgørende og væsentlig drivkraft og inspirationskilde på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet og det opleves som en fordel at JCI samarbejder med betydningsfulde internationale organisationer som WHO, IHI m.fl.

Det har ifm. drøftelserne om den fremtidige akkrediteringsstrategi været nævnt at international akkrediteringsstatus også kan have betydning fx på tildeling af internationale forskningsmidler.

7 . anbefalinger til akkrediteringsstrategi og understøttende aktiviteter

Der er som led i drøftelserne af den fremtidige akkrediteringsstrategi fremkommet en række forslag. Valg af akkrediteringsstrategi skal understøtte regionens aktuelle kvalitetspolitik og –handlingsplan samt øvrige indsatsområder og visioner. Den skal dels medvirke til at sikre den organisatoriske kvalitet og samordning mellem regionens virksomheder, men også understøtte at de kliniske kerneydelser kommer mere i fokus både i et nationalt og internationalt perspektiv.

Akkrediteringsstrategien skal også sikre hospitalernes muligheder for at træffe beslutning om lokale udviklingsinitiativer som kan drive og fastholde momentum i kvalitetsarbejdet.

Der er således generelt opbakning til at regionens hospitaler alene skal arbejde med én generisk akkrediteringsmodel, hvorfor der peges på DDKM som regionens akkrediteringsmodel.

Akkrediteringsstrategien skal understøtte målet om kontinuerlig forbedring, igennem:

1. Systemperspektivet, dvs. en samlet organisatorisk understøttelse af kvalitetsudviklingen via akkrediteringskoncept
2. Mere tydeligt fokus på kerneydelser – nationale og regionale tiltag
3. Globalisering og internationalisering.- udsyn og læring
4. Kultur - uddannelse og implementering
5. Patientperspektivet

Ad 1: System perspektivet – akkreditering

- Alle regionens hospitaler akkrediteres ved DDKM

For at fastholde fokus mellem akkrediteringsbesøg foreslås forskellige indsatser, herunder

- Akkrediteringsopgaver udført af Regionens egne surveyore efter aftale med hospitalerne, fx varslede som uvarslede, fokuserede (fx medicinering, bygningsområdet) eller mere generelle besøg (alle standarder) på hospitalerne med fokus på DDKM krav samt de JCI krav der bevares
-

Regionen vil fortsat medvirke til at DDKM yderligere forbedres og professionaliseres. Der skal gøres en indsats for at bevare respekten for akkreditering som styringsredskab og den faglige vurdering der ligger til grund for akkrediteringsafgørelser. Der er således ønske om forbedring af surveyornes faglige niveau og erfaring samt modellens vurderingskriterier.

Regionen er stærkt optaget af udviklingen af en national, tværsektoriel akkrediteringsmodel, der kan bedre kan understøtte hele patientforløbet og binde sundhedsvæsenets aktører tættere sammen

Version 2 af DDKM standarderne der skal gælde for perioden 2013 – 2016, er væsentligt forbedret og mere sammenhængende. Standarderne giver mere handlefrihed på en række områder og vurderes at kunne fungere som en ramme for det lokale kvalitetsarbejde. Den nye version af standarderne indeholder nye udfordringer for specialer, der er tilknyttet nationale kliniske databaser, samt enkelte andre ændringer, men generelt er der ikke væsentligt nye udfordringer og indsatsområder for Region Hovedstadens hospitaler. Der er imidlertid behov for konsolidering på en række områder.

Ad 2 Mere tydeligt fokus på kerneydelser – nationale og regionale tiltag

Nationale indsatser

a) Danske Regioner har vedtaget at alle regioner skal arbejde med syv indsatsområder for at skabe bedre kvalitet og gøre en forskel for patienterne. På flere af områderne er der også potentiale for at reducere sundhedsvæsenets omkostninger. En del af indholdet i Patientsikkert Sygehus konceptet indgår og spredes dermed til hele landet. De tværregionale indsatsområder, hvoraf de fleste allerede indgår i Region H's Kvalitetshandleplan, er beskrevet med proces og resultat mål og skal afrapporteres årligt. De syv indsatsområder er:

2012

- Forebygge, at patienterne får tryksår under indlæggelse
- Sikre at Sikker Kirurgi Tjeklisten bliver brugt ved alle operationer
- Sikre hurtig diagnose og behandling af patienter med blodforgiftning

2013 (indikatorer er endnu ikke defineret)

- Udvikle fælles indsatser for at forebygge antibiotikaresistens
- Udvikle fælles indsatser for at reducere forbruget af blod
- Igangsætte fælles indsats indenfor psykiatrien
- Sætte fokus på, at RADS' (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin) anbefalinger på medicinområdet bliver efterlevet

b) regionale initiativer i Region Hovedstaden

- **Forløbs- og sektorsammenhæng**
 - Samarbejdsmuligheder og fælles redskaber der kan reducere kontinuitetsbrud ved sektorskift skal yderligere udforskes og afprøves.

Desuden foreslås

- **Diagnosespecifikke interne audits**
 - For at understøtte øget fokus på de specialespecifikke ydelser foreslås at der udvikles et koncept for: gennemførelse af tracers/besøg i specialer med fokus på specialets kvalitet iht. nationale kliniske databaser og indikatorer.

Ad 3: Globalisering og internationalisering – udsyn og læring

Regionen er og skal fortsat være centralt placeret som den internationale metropol og vækstdynamo, der er Danmarks forbindelsesled til Øresundsregionen, Europa og globalt og når det gælder forskning, udvikling, innovation og uddannelse.

For at fastholde og styrke den internationale dimension og inspiration anbefales der følgende muligheder

- Hvert hospital certificeres af JCI ud fra ét selvvalgt sygdomsforløb, som indgår i JCI's "Clinical Care Program Certificering" (CCPC) – se bilag 5.
- Rigshospitalet, Region Hovedstadens Psykiatri og evt. regionens områdehospitaler certificeres/akkrediteres af JCI iht. de i 2012 nytilkomne standarder for
 - Forskning
 - Uddannelse af læger, herunder speciallægerStandarderne har fokus på universitetshospitaler og adresserer forhold omkring tilrettelæggelse og afvikling af uddannelse, tilsyn med studerende med patientkontakt samt forskning på mennesker (se bilag 6).
- Hospitalernes indleder eller udvikler individuel kontakt, netværk og samarbejde med et internationalt hospital: Hvert hospital udvælger et internationalt samarbejdshospital afhængig af hospitalets profil og

ydelser. Formål er bl.a. at søge inspiration og læring, videndeling og benchmarking enten på meget specifikke og udvalgte områder eller mere generelt.

- Internationalt samarbejde om benchmarking af udvalgte patientforløb

Region Hovedstadens kvalitetshandlingsplan løber fra 2010-2013. Det anbefales, at ovenstående elementer helt eller delvist indgår i handlingsplanen sammen med øvrige elementer, der understøtter målsætningerne i kvalitetspolitikken om sikkerhed, effektivitet, patientcentrering og lighed.

Ad 4 Kultur – uddannelse og implementering

Kvalitetsarbejdet skal konsolideres. Der skal arbejdes mere systematisk med anerkendte redskaber til kvalitetsudvikling. Udvikling og implementering af god praksis og fastholdelse heraf, er en væsentlig og vanskelig ledelsesopgave. Der er derfor behov for at sætte mere fokus på at kvalificere relevant personale, nøglepersoner og ledere til at drive forandrings- og forbedringsarbejdet.

- Regionen vil derfor afdække behovet for relevante uddannelsestilbud der kan understøtte det lokale engagement og gennemførelse af kvalitetsforbedringsinitiativer og sætte fokus på udvikling af en mere stabil og robust forbedrings- og sikkerhedskultur.
- Der er behov for en mere systematisk brug af kvalitetscirklen/forbedringsmetoden til at understøtte det lokale kvalitetsudviklingsarbejde. Forbedringsmetoden anvendes bl.a. med succes i Patientsikkert Sygehus.

Ad 5 Patientperspektivet

Der skal arbejdes med modeller for patientinvolvering i forbedringsarbejdet – fx

- bedre brug af patienters feed back
- bedre udnyttelse af det læringspotentiale der er indeholdt i patienters klager samt
- mere systematisk opfølgning på patientklager.

Bilagsoversigt

- Bilag 1: Akkrediteringserfaringer i regionens historie
- Bilag 2: Fund under JCI akkreditering i 2011
- Bilag 3: Fund under DDKM akkreditering
- Bilag 4: Områder der ikke er indeholdt i DDKM standarder
- Bilag 5: JCI's certificering af udvalgte sygdomsforløb
- Bilag 6: JCI's standarder for forskning og uddannelse af læger

Bilag 1: Regionens akkrediteringshistorie

Akkrediteringsaktiviteter i regionen fra 2008 – 2012 har, som led i uddannelses, forberedelses- og læringsaktiviteter, været omfattende:

- 2008: Hospitalerne under det tidligere Hovedstadens Fællesskab blev akkrediteret for 3. gang af JCI
- 2009: En række af de ikke tidligere akkrediterede hospitaler gennemgik prøvebesøg som led i uddannelse af 36 regionale surveyore
- 2010: De ikke tidligere akkrediterede hospitaler (7) gennemgik en såkaldte "Mock Survey", som er en generalprøve på akkreditering ved JCI
- 2010: Hospitalerne under det tidligere Hovedstadens Fællesskab (5) gennemgik en Mock Survey udført af regionens interne surveyorkorps, iht. både DDKM og JCI standarder
- 2011: Alle regionens hospitaler gennemgik JCI akkreditering
- 2012: Alle regionens hospitaler gennemgik DDKM akkreditering.

Bilag 2: Fund under JCI akkreditering i 2011

Pga. et mindre antal gennemgående surveyore og en mere regional tilgang til vurdering af opfyldelsen af standarderne er der mere sammenhæng og overensstemmelse i fund.

Der er således stort sammenfald i fund på tværs af hospitalerne, men også individuelle forskelle.

Gennemgående og væsentligste fund

Ufuldstændig implementering af krav i vedtagne vejledninger, politikker mv. er hovedårsagen til næsten alle fund, som overordnet betragtet knytter sig til:

- Rettidig vurdering og triagering af akutte patienter
- Sikkerhed i overflytningssituationer
- Journalføring af samtykke, vurderinger, screeninger, behandlingsplaner,
- Lægeligt tilsyn og dokumentation heraf i weekender og helligdage
- Udførelse af årlige resuméer for komplekse ambulante patienter
- Kompletthed i udskrivningsbreve
- Forskellige elementer i relation til anæstesi og kirurgi
- Manglende proces for monitorering af nye lægemidler (indikation, udbredelse/kontrol)
- For høje temperaturer i medicinrum og mangler i konsistens af temperaturkontrol
- Håndtering af kritiske prøvesvar og kontrol af sikkerhed i decentralt placeret laboratorieapparat
- Brandsikkerhed, hygiejne og ryddelighed i de fysiske rammer og ved ombygninger
- Personaleoplysninger, evaluering og bemyndigelse af sundhedspersonale, herunder i Udefunktioner
- Kontraktstyring og monitorering heraf.

Bilag 3: Fund under DDKM akkreditering i 2012

Imod forventningen har de i alt 14 DDKM akkrediteringsbesøg ikke afdækket nævneværdige tværgående fund mellem hospitalerne og hvor få fund på hospitalerne knytter sig til samme DDKM standard eller indikator, er selve det fund, der har givet anledning til bemærkningen, kun i få tilfælde det samme. Der tegner sig et forskelligartet billede mht. fund der har medført en scoring af standard eller indikator på det enkelte hospital. Således er 0 – 9 standarder og 0 – 31 indikatorer bedømt delvist eller ikke opfyldt. Et hospital har opnået at få 0 fund (Glostrup Hospital).

Bemærkninger og fund knytter sig til:

- Dokumenter (politikker, vejledninger og instrukser). Bemærkningerne går især på at dokumenterne ikke er skrevet således at der er ét dokument pr. DDKM akkrediteringsstandard (som i resten af landet)⁶ – og at enkelte indholdspunkter ikke fremgår eksplicit
- Krav om/manglende ”paraplydokumenter”, fx for de såkaldte KRAM faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion)
- Dokumentstyring af instrukser og andre dokumenter. Fokus på, at opslag på opslagstavler, vaskemaskiner mv ikke er versionsstyret. Forældede udprintede versioner af gældende instrukser
- Forskel i formulering af regionens journalaudit spørgsmål og DDKM’s
- Beredskabsplan – manglende afholdelse af øvelser eller ikke opdaterede planer for hospitaler der i 2012 er fusioneret med områdehospital og således nu en del af områdets beredskabsplan
- Krav om at handlingsplaner skal opfylde en foruddefineret skabelon og opsætning
- CAVE oplysninger dokumenteres flere steder i patientjournalen end krævet
- Manglende smertevurdering
- Bemærkninger til krav til indhold i henvisninger og hvor disse kan findes af regionens praktiserende læger (findes på www.sundhed.dk og ikke på hospitalets hjemmeside (ikke et krav)
- Ikke fuldt implementeret proces for opfølgning på kritiske prøvesvar
- Adgang til personhenførbare data (fx i ikke- aflåste kontorer eller personoplysninger i scanningsudstyr).

For den præhospitale virksomhed var der bemærkninger til:

- Manglende data fra/gennemførelse af enkelte journalauditindikatorer
- Få manglende dokumenter
- Manglende skriftligt introduktionsprogram for en udvalgt personalegruppe
- Manglende kliniske retningslinjer for en række somatiske tilstande.

⁶ Forklaringen er at regionale og hospitale dokumenter som udgangspunkt har en anden inddelingslogik og er udfærdiget før DDKM

Bilag 4: Områder der ikke er indeholdt i DDKM standarder

JCI's standarder forsøger at adressere alle væsentlige processer og systemer på et hospital og samtlige personalegrupper, herunder servicepersonale involveret i driften af hospitalet. Standarderne er udformet så de kan omsættes iht. lokal lovgivning i de over 54 lande som JCI samarbejder med.

Udover mange sammenfaldende fokusområder og krav mellem de to standardsæt, indeholder JCIs' standarder endvidere et større fokus på højrisikoområder og - aktiviteter på hospitaler og et mere eksplicit fokus på

- den fysiske sikkerhed (infrastruktur, bygninger, forsyningssikkerhed, vedligeholdelse)
- Køkken og fødevarerområdet
- Akut modtagelse af patienter, korrekt visitation og triagering af patienter samt lægelig revurdering
- tværfagligt samarbejde omkring patienter for at øge sikkerhed og kontinuitet
- krav til indhold i vurderinger, herunder for plejepersonale og journaldokumentation af den kliniske udredning, behandling, pleje, rehabilitering og overflytning/overgange
- krav til særlige vurderinger og beskyttelse af særligt sårbare patientgrupper
- Processer omkring organdonation
- Forretnings- og markedsføringsetik
- alle aspekter omkring valg af lægemidler, monitorering af forbrug og kriterier for ibrugtagning af nye lægemidler, processer for højrisikomedicin, bivirkningsregistrering, delegeret ordination, transport mv.
- Personalehåndtering uddannelse, kompetenceevaluering og -udvikling, bemyndigelse samt databaseret evaluering af læger iht. klinisk performance
- Patientrettigheder udover lovbundne krav, herunder ifm. forskning
- Risikostyring og proaktivitet på tværs af alle standarder
- Specifikke riskioområder, fx patientfald og skader
- Hygiejne og hygiejnens sammenhæng til alle relevante områder på hospitalet udover de direkte kliniske processer
- Diagnostiske afdelingers ydelser (laboratorier og billediagnostik) og samarbejde med de kliniske afdelinger og specifikke ydelser
- Personalets arbejdsmæssige sikkerhed, herunder vaccinationsprogrammer, smitsomme sygdomme
- Håndtering af studerende indenfor de sundhedsfaglige uddannelser.
- To nye kapitler for forskning og uddannelse af læger træder i kraft i 2012

Surveykoncept fra 2014

På baggrund af en række forsøg introducerer JCI nu konceptet med uvarslet akkrediteringssurvey internationalt. Dette har været praktiseret i USA i 4 år. Uvarslede akkrediteringsbesøg finder sted indenfor 6-8 måneder før udløb af hospitalets akkrediteringsstatus.

Konceptet indebærer forenkling og forkortelse af besøget, dvs. reduktion i antal tværgående interviews. Dokumentgennemgang kan foregå før besøget og hospitalsinterviews kan foregå ved videokonferencer således at besøget helliges afdelingsbesøg og observationer.

Bilag 5 International certificering af udvalgte patientforløb ved JCI

JCI's 15 Clinical Care Program Certificering

Fokus i international certificering er organisatorisk og klinisk kvalitet for udvalgte diagnoser. JCI har i alt godkendt 15 programmer med fokus på sygdomsspecifik kvalitet.

Hvert program indeholder generiske organisatoriske og patientforløbs standarder og har 5 standardkapitler med 42 standarder. De 6 patientsikkerhedsmål er inkluderet i alle programmer.

Implementering af evidensbaseret best practice og nationale/internationale behandlingsretningslinjer samt dokumentation af proces og resultater for disse patientforløb indgår. Minimumskrav til population.

Surveyore med specialeindsigt udvælges af JCI og der deltager 1- 3 surveyore i 1 – 2 dage.

JCI's 15 Clinical Care Program Certificering gælder for følgende tilstande/diagnoser/patientforløb:

Kardiologi:

- Hjertesvigt
- Akut Myokardieinfarkt

Kræft: Alle typer

Neurologi:

- Akut apopleksi
- Traumatisk Hjerneskade

Lungemedicin

- OL
- Astma

Endokrinologi: Diabetes mellitus (type 1 og / eller type 2)

Nefrologi:

- Kronisk nyresygdom (fase I-IV)
- Terminal nyresygdom

Ortopædkirurgi: Alle ledudskiftninger

Palliation: Palliativ behandling (alle typer)

Smertebehandling

Infektionsmedicin: HIV / AIDS behandling

Transplantation: Alle typer

Bilag 6 JCI's standarder for lægelig uddannelse og forskning

Lægefaglig uddannelse (LU)

Lægefaglig uddannelse omfatter medicinstuderende og den lægelige videreuddannelse

LU kapitlet indeholder 7 standarder med 29 ME.

Der adresseres følgende overordnede krav i standarderne:

- Ledelsen skal godkende og overvåge hospitalets deltagelse i uddannelse af læger
- Hospitalets sundhedsfaglige personale, patientpopulation, teknologi og faciliteter stemmer overens med uddannelsesprogrammets målsætninger
- Udpegning af uddannelsesansvarlige læger herunder:
 - o komplet liste over undervisningspersonale
 - o personalet kender listen
 - o proces for overvågning akademiske titler (krav om fornyelse)
- Der skal foreligge en supervisions - og evalueringsproces og den skal følges og dokumenteres herunder:
 - o patientjournaler gennemgås
- Den uddannelse der finder sted skal koordineres og ledes herunder:
 - o der skal foreligge en komplet opdateret liste over alle studerende/videreuddannelse (læge)
 - o der skal foreligge dokumentation for en række punkter
- Uddannelsessøgende skal overholde hospitalets politikker/procedurer:
 - o introduktion skal indeholde patientsikkerhed, kvalitetsprogram, hygiejne, IPSM, medicinvejledninger og anden påkrævet intro/uddannelse
 - o studerende skal kende ovenstående
 - o ved supervision af studerende skal vurderes hvorvidt ovenstående overholdes
 - o studerende skal inddrages i dataindsamling til hospitalets kvalitetsmonitorering
- Lægestuderede udfører arbejde, som ligger udenfor uddannelsesprogrammet, skal have stillingsbeskrivelse, kvalifikationsvurderes og bemyndiges hertil

Forskning (FO)

FO kapitlet omhandler al forskning med mennesker. Kapitlet indeholder 11 standarder med 47 ME.

Der adresseres følgende overordnede krav i standarderne:

- Hospitalet skal beskytte patienter – personale der indgår i forskning – og forskningsforsøg herunder:
 - o Beskrive og informerer om etisk professional adfærd ifm forskning
 - o Udpege medarbejdere som skal udforme politikker
- Hospitalet skal overholde myndighedskrav ift forskning, og stille tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at drive forskningsprogram
- Omfanget af forskningsaktiviteterne skal fastlægges herunder:
 - o Programmets omfang
 - o Faciliteter der skal inddrages i funktionen
 - o Fastlægge kvalifikationer og dokumentere disse hos de medarbejdere der deltager i forskning
 - o Fastlægge hvornår personale kan indgå i forskningsprojekter
- Fastlæggelse af krav for sponsorer af forskning herunder:
 - o Overholdelse af hospitalets politikker
 - o Anvendelse af kvalificerede forskerhold
 - o Overholdelse af datalovgivning dvs beskytter personlige data
 - o Ydes sponsorens forskningsfunktioner gennem ekstern forskningsorganisation, krav om en klar definition af ansvarsområder for den eksterne forskningsorganisation
- Politik der beskriver hvorledes ”forskningsgennemgang” struktureres og gennemføres

- Styring af interesse konflikter (fx økonomiske) samt monitorering af samme
- Integration af forskningsprogrammet i hospitalets kvalitets- og patientsikkerhedsplaner fx rapportering af uth ifm forskning
- Politikker og procedure ift.:
 - o Forskningspolitik beskriver inddragelse eller udelukkelse af sårbare patienter i klinisk forskning/videnskabelige undersøgelser, indhentning og dokumentation af samtykke til deltagelse
 - o Information til patienter og pårørende om mulighed for at indgå i kliniske forskning eller videnskabelige undersøgelser der involvere mennesker
 - o Information til patienter der ønsker/anmodes om at deltage i klinisk forskning/videnskabelige undersøgelser:
 - Forventede fordele, muligt ubehag, mulige risici, alternativer som måske kan hjælpe patienten, procedurer der skal følges, samt at det ingen indflydelse får hvis patienten ønsker at afbryde deltagelse
 - Information til patienter og pårørende om organisationen proces for indhentning af informeret samtykke samt mulighed for at afbryde deltagelse

Referencer

1. Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi – notat af august 2008
2. Region Hovedstadens Kvalitetspolitik og –plan 2010
3. Forløb og resultater af JCI akkrediteringsbesøg, marts og maj 2011
 - a. Oversigt over JCI fund for 4. akkrediterede hospitaler
 - b. Oversigt over JCI fund for 1. gangs akkrediterede hospitaler
4. Oversigt fund ved DDKM akkreditering i 2012
5. Fælles regionale kvalitetsinitiativer, beskrivelser ved Danske Regioner
6. Patientsikkert Sygehus: www.patientsikkertsygehus.dk
7. Den Danske Kvalitetsmodel: Akkrediteringsstandards for sygehuse, 1. version, 2009, IKAS
8. Akkrediteringsstandards for sygehuse, 2. version, 2012, IKAS
9. Internationale standarder for hospitaler, Joint Commission International, 4. udgave 2011

