

Den Danske KvalitetsModel

for Sundhedsvæsenet

Modelbeskrivelse

20. december 2004

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet – Modelbeskrivelse.

Version 1.3

København, 20. december 2004.

Alle rettigheder reserveret. Tekst eller figurer fra publikationen må reproducere med tydelig kildeangivelse.

© 2004 Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen.

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet er et fælles dansk system baseret på aftaler mellem Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og Hovedstadens Sygehusfællesskab. Kvalitetsmodellen er udviklet af kvalitetsmodellens projektsekretariat under ledelse af en styregruppe bestående af repræsentanter fra alle fire parter.

ISBN: 87-7676-046-4

Elektronisk udgave.

Henvendelse rettes til:

Den Danske Kvalitetsmodel
c/o Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
Postboks 1881
2300 København S

info@kvalitetsmodel.dk
www.kvalitetsmodel.dk

Indholdsfortegnelse

Indledning	5
Baggrund	5
Formål	6
Fokus og omfang	6
Udvikling	6
Kvalitetsforbedringsfunktioner	7
Grundelementer	7
Standarder	8
Formål med standarder	8
Udvælgelse og prioritering	8
Inddeling af temaer og standarder	9
Standardernes opbygning	10
Kriterier	11
Generelle forløbsstandarder	12
Sygdomsspecifikke forløbsstandarder	14
Organisatoriske standarder	15
Vurdering af en standards opfyldelse	16
Selvevaluering	17
Indikatorer	17
Fælles indikatorer	19
Tilvalgte indikatorer	19
Indikatordata	20
Analyse af indikatordata	20
Vurderinger	21
Egenrapportering	21
Handlingsfunktion	22
Retningslinjer	22
Kvalitetsorganisation	22
Ekstern evaluering	24
Besøg	24
Auditorer	25
Rapportering	27
Principper for datahåndtering	27
Tilbage melding	29
Modtagelse af tilbagemeldinger	30
Tilbage meldingsformer	30
Akkreditering	31
Akkrediteringsniveau	31
Akkrediteringsstatus	31
Offentliggørelse	32
Fortløbende oversigter	33
Periodevise statusoversigter	33
Sammenligninger	33
Begreber, definitioner og referencer	34
Eksempler på standarder	36
Eksempler på generelle forløbsstandarder	36

Patientinformation.....	36
Medicinering	38
Overdragelse	42
Eksempler på sygdomsspecifikke forløbsstandarder	44
Apopleksi	44
Skizofreni	48
Eksempler på organisatoriske standarder	50
Kvalitetsstyring	50
Hygiejne	52
Dokumentation og dokumentstyring	54

Indledning

Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet er et fælles, dansk system, der understøtter kontinuerlig kvalitetsudvikling i hele det danske sundhedsvæsen. Kvalitetsmodellen omfatter principielt alle patientforløb i sundhedsvæsenet.

Modelbeskrivelsen er en gennemgang af kvalitetsmodellens koncept med tekniske beskrivelser af funktioner, metoder og fokuseringsområder. Modelbeskrivelsen er udarbejdet for at etablere og fastlægge et sammenhængende grundlag for udviklingen af kvalitetsmodellen.

Baggrund

Kvalitetsmodellen er baseret på økonomiaftalerne for 2002 og 2003 mellem regeringen og Amtsrådsforeningen. Som følge af økonomiaftalerne blev der nedsat en styregruppe bestående af repræsentanter fra Amtsrådsforeningen, Hovedstadens Sygehusfællesskab, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen med medicinaldirektøren som formand. Senest er det med økonomiaftalen for 2005 aftalt, at kvalitetsmodellen etableres som selvstændig institution i et fælles ejerskab. En konkret samarbejdsaftale om kvalitetsmodellens organisation trådte i kraft 1. december 2004.

Denne modelbeskrivelse (version 1.3) er udarbejdet af styregruppens projektsekretariat, baseret på styregruppens overvejelser, drøftelser og beslutninger. Modelbeskrivelsen version 1.1 var i offentlig høring i foråret 2003, blev revideret med afsæt i høringen (version 1.2) og er yderligere præciseret og opdateret af styregruppen (version 1.3).

I tillæg til drøftelserne er følgende nøgledokumenter indgået i udarbejdelsen af modelbeskrivelsen:

1. Styregruppens notat af 24. maj 2002 om mål, principper og krav til kvalitetsmodellen
2. Styregruppens policy-notat af 7. juli 2003.

Endvidere er der hentet inspiration fra en række andre kilder, herunder:

3. Notat om landsdækkende kvalitetspolitik. Amtsrådsforeningen, 2001
4. Den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen, 2002
5. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet, Del A og Del B. Sundhedsstyrelsen, 2001
6. Notat vedr. standarder og indikatorer i Den Danske Kvalitetsmodel. Temagruppen for kvalitet og service. Amtsrådsforeningen, 30. september 2002
7. Orienteringsmøder med interessenter og fagpersoner
8. Dokumenter fra og orienteringsmøder med en række danske kvalitetsudviklingsprojekter
9. International litteratur om kvalitetsvurdering.

Endelig er en række større danske kvalitetsprojekters materiale blevet gennemgået, og det forventes at kunne indgå som en del af grundlaget for kvalitetsmodellens standarder.

Formål

Formålet med den landsdækkende danske kvalitetsmodel er at fremme gode patientforløb, således at patienterne oplever en forbedring af kvaliteten. Dette formål skal opfyldes ved at:

- fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene
- understøtte en synliggørelse af kvaliteten.

Fokus og omfang

Kvalitetsvurdering gennem Den Danske Kvalitetsmodel er obligatorisk og omfatter principielt alle udbydere af offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark.

Kvalitetsmodellen er et samlet, integreret og fælles system til kvalitetsvurdering af særligt kritiske, strategisk vigtige ydelser og aktiviteter. Det er således et sammenhængende evalueringskoncept, der muliggør en bred, ensartet og integreret kvalitetsvurdering af patientforløb.

Kvalitetsmodellen fokuserer på patientforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne. Der lægges derfor vægt på aktiviteter, der påvirker:

- patientens oplevelse af forløbet
- det kliniske resultat af forløbet
- de organisatoriske aktiviteter, der understøtter patientforløbene.

Kvalitetsmodellen fokuserer på synliggørelse og kontinuerlig forbedring af alle faglige aspekter ved patientforløbene og ikke særskilt på enkelte faggrupper eller enkelte specialers funktioner og virke. Der fokuseres på strategiske aktiviteter med væsentlig betydning for kvaliteten af patientforløb.

Udvikling

En styregruppe med tilhørende projektsekretariat har stået for at fastlægge og udvikle kvalitetsmodellen. Med henblik på den videre udvikling og drift af kvalitetsmodellen etableres en egentlig driftsorganisation med egen bestyrelse og stab.

Udviklingen sker ved at inddrage erfaring og ekspertise fra en række større landsdækkende kvalitetsprojekter og i samarbejde med en eller flere sundhedsakkrediteringsorganisationer med international erfaring. Sundhedsvæsenets interessenter inddrages løbende i udviklingen for at sikre en bred forankring af kvalitetsmodellen i det danske sundhedsvæsen.

Kvalitetsmodellen udvikles i versioner over en årrække. Første version omfatter alle danske offentlige sygehuse, herunder deres samarbejde med og relationer til andre institutioner og sektorer. Det er intentionen, at efterfølgende versioner af kvalitetsmodellen gradvist udvides til sundhedsvæsenets øvrige sektorer, herunder også private sundhedsinstitutioner og leverandører, der indgår aftaler med det offentlige sundhedsvæsen.

Parallelt med den gradvise udvidelse skal kvalitetsmodellen tilpasses dynamisk, så den til enhver tid er relevant for det danske sundhedsvæsenes forhold og behov. Udviklingen sker ved at inddrage dansk og international erfaring, kompetence og ekspertise. Udviklingen af modellen og den fortsatte videreudvikling og vedligeholdelse skal ske i overensstemmelse med ALPHA-programmets principper for standardudvikling.

Kvalitetsforbedringsfunktioner

Den kontinuerlige kvalitetsforbedring af sundhedsvæsenets ydelser, der er kvalitetsmodellens formål, skal opnås ved at understøtte og fremme to grundlæggende kvalitetsforbedringsfunktioner i de enkelte sundhedsinstitutioner:

- målings- og vurderingsfunktion
- handlingsfunktion.

Målings- og vurderingsfunktionen skal synliggøre kvaliteten og omfatter en række kvantitative målinger og kvalitative vurderinger. Denne funktion varetages i den enkelte sundhedsinstitution som en selvevaluering og baseres på et fælles grundlag, der gælder for alle tilsvarende sundhedsinstitutioner (standarder med tilknyttede indikatorer og vurderinger):

- løbende eller periodevis kvantitativ måling af kvaliteten (indikatorer)
- løbende eller periodevis kvalitativ vurdering af kvaliteten
- systematiske analyser af målings- og vurderingsresultaterne.

Handlingsfunktionen skal minimere kvalitetsvariation og fremme kvalitetsforbedringer både i den enkelte sundhedsinstitution og imellem sundhedsinstitutioner. Handlingsfunktionen tager afsæt i selvevalueringen med støtte til at:

- harmonisere sundhedsinstitutionens kliniske og organisatoriske aktiviteter
- planlægge, gennemføre og følge op på sundhedsinstitutionernes kvalitetsforbedringstiltag.

Kvalitetsmodellens indhold er tilrettelagt med henblik på at understøtte den enkelte sundhedsinstitutioners kvalitetsforbedringer ved at:

- opstille fælles krav til forbedringstiltag (standarder)
- stille værktøjer til rådighed til at synliggøre og forbedre kvaliteten (indikatorer, vurderingsmetoder, analyseredskaber, sammenligningsmuligheder og tilbagemeldinger mv.)
- foretage en uvildig ekstern vurdering af sundhedsinstitutionernes kvalitetsforbedringstiltag gennem dialog og rådgivning (ekstern evaluering)
- foretage en samlet anerkendelse af sundhedsinstitutionernes arbejde med at sikre synlighed og fremme af kontinuerlig kvalitetsforbedring (akkreditering).

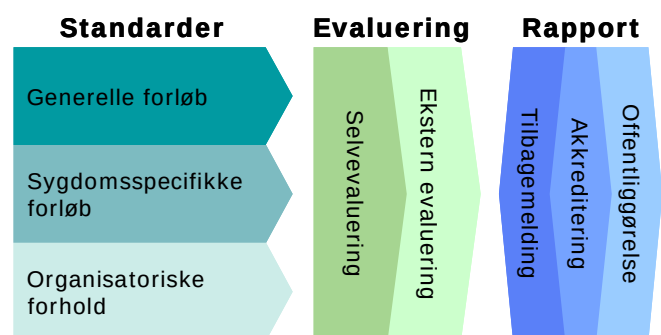
Samtidig skal kvalitetsmodellen give offentligheden et indblik i kvaliteten af sundhedsydelserne.

Grundelementer

Kvalitetsmodellens indhold og værktøjer grupperes i tre grundelementer:

- fælles evalueringsgrundlag (standarder med tilhørende indikatorer)
- fælles evalueringsmetoder (selvevaluering og ekstern evaluering)
- samlet rapportering (tilbagemelding, akkreditering og offentliggørelse).

Indholdet og samspillet mellem grundelementernes dele udgør tilsammen kvalitetsmodellens koncept. Dette koncept for kvalitetsvurdering anvendes på alle sundhedsvæsenets aktiviteter.



Figur 1: Grundelementer.

Standarder

Ved standarder forstås et sæt af foruddefinerede krav. Standarderne vedrører sundhedsydelser og aktiviteter.

Standarderne er fælles og gælder for alle udbydere af de samme sundhedsydelser uafhængigt af sektorer eller institutionstyper. Eksempelvis er standarder, der er relevante både for almen praksis, for kommunal sygepleje og for sygehusene ens og gældende for alle.

Til standarderne er der knyttet en række konkrete operationelle målinger (indikatorer) og vurderinger af kvaliteten. Indikatorerne er også fælles. Tilsammen udgør standarderne med tilknyttede indikatorer og vurderinger det fælles grundlag for evaluering af kvaliteten og af initiativer til kvalitetsforbedring.

Formål med standarder

Standarderne skal fremme synliggørelse og kontinuerlig forbedring af kvaliteten i patientforløbene. Standarder betragtes som værktøjer, der sammen med evaluering og rapportering skal fremme kvaliteten af en given aktivitet.

Standarderne stiller krav om processer og funktioner, der understøtter synliggørelse og kvalitetsforbedring. Standarderne er beskrivende og stiller ikke konkrete krav til bestemte løsninger.

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser måles ved hjælp af indikatorer og belyses yderligere ved hjælp af vurderinger.

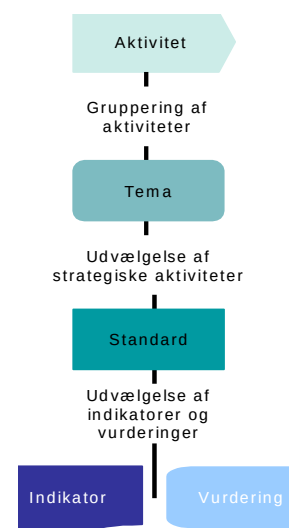
Udvælgelse og prioritering

Sundhedsvæsenets aktiviteter grupperes i temaer. Inden for hvert tema identificeres få, strategisk vigtige aktiviteter, der er særligt kritiske for den faglige eller patientoplevede kvalitet. Der opstilles én standard for hver af de identificerede strategiske aktiviteter.

Til alle standarder kræves dokumentation der belyser kvaliteten af den strategiske aktivitet. Hvor det er muligt, understøttes standarderne af få, operationelt målbare indikatorer og vurderinger.

Temaer og standarder udvælges, afgrænses og prioriteres gennem en konsensusproces på baggrund af indhøstede erfaringer, viden og undersøgelser fra Danmark og udlandet.

Udvælgelsen kan afspejle særlige eller aktuelle indsatsområder (f.eks. patientsikkerhed, kræftplaner, genoptræning, folkesygdomme mv.). Den fortløbende revision af temaer og standarder baseres ligeledes på opsamling af dansk og international erfaring, så temaerne og standarderne til enhver tid er tilpasset danske forhold og behov.



Figur 2: Udvælgelse.

Udvælgelseskriterier for temaer og standarder

Ved valg af temaer foretages en vægtning og prioritering efter følgende udvælgelseskriterier:

- Nytte – at temaet vedrører aktiviteter, hvor der foreligger væsentlige forbedringspotentialer, større kvalitetssvigt og/eller stor kvalitetsvariation.
- Relevans – at temaet vedrører større patientgrupper og/eller særlig kritiske aktiviteter for betydelige patientgrupper.
- Udvikling – at det nødvendige ressourceforbrug (tid og økonomi) til opstilling af standarder, udvikling af indikatorer mv. er rimeligt og realistisk.

Ved valg af strategiske aktiviteter og dermed standarder foretages vægtning og prioritering efter de samme udvælgelseskriterier som for temaernes vedkommende, suppleret med et kriterium for målbarhed:

- Målbarhed – standarden tilstræbes at være operationelt målbar (understøttes af relevante og informationsgivende indikatorer eller vurderinger).

Valg af temaer til første version

I forbindelse med fastlæggelse af omfanget af Kvalitetsmodellens første version gennemgik og prioriterede styregruppen de temaer, der skal opstilles standarder for. Grundlaget var inddelingen af temaer i Modelbeskrivelse version 1.2, samt en gennemgang af produkter og erfaringer fra:

- Den Gode Medicinske Afdeling
- Joint Commission-akkreditering i H:S
- KISS-akkreditering i Sønderjyllands Amt
- Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelser
- Landspatientregistret
- Mellemmenneskelige Relationer
- Det Nationale Indikatorprojekt
- Netværk af forebyggende sygehuse.

I første version af kvalitetsmodellen baseres standarder, indikatorer og vurderinger i høj grad på ovennævnte kvalitetsprojekters produkter og erfaringer.

Inddeling af temaer og standarder

Temaerne og standarderne inddeles i tre overordnede kategorier, baseret på en inddeling af sundhedsvæsenets aktiviteter:

- generelle forløbsaktiviteter
- sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter
- organisatoriske aktiviteter.

De enkelte temaer og standarder relateres således til en af disse tre kategorier.

Generelle forløbsaktiviteter

Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter

Organisatoriske aktiviteter

Generelle og sygdomsspecifikke forløbsstandarder vedrører kliniske ydelser og aktiviteter i de enkelte patientforløb. Organisatoriske standarder vedrører de bagvedliggende tværgående organisatoriske aktiviteter, der er nødvendige forudsætninger for gode patientforløb.

Generelle forhold

De generelle og sygdomsspecifikke forløbsstandarder er uafhængige af institutionstype og sektoropdeling. En forløbsstandard gælder derfor i alle institutioner og sektorer, hvor den kliniske aktivitet, der er omfattet af standarden, udbydes.

For hver institution sammensættes et specifikt sæt af standarder, baseret på, hvilke sundhedsydelser sundhedsinstitutionen udbyder. Eksempelvis kan et sæt af standarder for en speciallægepraksis bestå af generelle og sygdomsspecifikke forløbsstandarder, fælles med f.eks. sygehus, samt nogle sektorspecifikke organisatoriske standarder.

Sektorspecifikke forhold

De organisatoriske standarder er ofte sektorspecifikke. Der opstilles, hvor det er relevant, parallelle organisatoriske standarder svarende til institutionstype eller sektor (f.eks. for almen praksis, hjemmesygepleje, plejehjem, sygehuse mv.).

Antal temaer og standarder

Til første version af kvalitetsmodellen opstilles der standarder for i alt 37 temaer:

- generelle forløbstemaer: 16 temaer
- sygdomsspecifikke forløbstemaer: 11 temaer
- organisatoriske temaer: 10 temaer.

For hvert tema opstilles gennemsnitligt tre standarder, varierende fra en til fire.

Standardernes opbygning

Kvalitetsmodellens standarder består af en række konkrete krav til kvalitetsforbedrende tiltag for den strategisk vigtige aktivitet standarden omhandler. Kravene er inddelt i fire kriterier, som hver er underinddelt i en række delkriterier. De fire kriterier og delkriterierne er gennemgående for alle kvalitetsmodellens standarder, både forløbsstandarderne og de organisatoriske standarder.

Med henblik på akkreditering af sygehusene anvises der for hver standard, hvilke konkrete kriterier og delkriterier, der skal være opfyldt for at kunne opnå akkrediteringsanerkendelse (se senere om akkreditering). De konkrete kriterier og delkriterier, der skal være opfyldt, kan være forskellige fra standard til standard.

Standardernes formulering er bygget op efter en fælles skabelon, som er gennemgående for alle kvalitetsmodellens standarder.

Skabelonen består af:

1. angivelse af standarden
2. angivelse af målgruppen for standarden
3. angivelse af formålet med standarden
4. vejledning til standarden
5. angivelse af målinger, jf. indikatorer og vurderinger
6. angivelse af standardens fire kriterier
7. angivelse af kriterieniveau for at opnå akkreditering.

Som supplement til formålet med standarden indgår punkter, der skal have institutionernes opmærksomhed i praksis samt ved interne og eksterne kvalitetsvurderinger.

Vejledningen skal formuleres på et handlingsunderstøttende detaljeringsniveau og videst muligt med specifikke referencer til foreliggende officielle anbefalinger.

Blandt målingerne indgår et obligatorisk krav om regelmæssig, dokumenteret vurdering af, hvorvidt praksis er i overensstemmelse med faglige og andre relevante anbefalinger på området, samt motivationer for afvigelser.

Kriterier

Kriterierne med tilhørende delkriterier omhandler en række konkrete krav til tiltag i den enkelte sundhedsinstitution. Disse krav er enten forudsætninger for høj kvalitet af sundhedsvæsenets aktiviteter eller fremmer kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet.

De fire gennemgående kriterier udgør tilsammen kravene til sundhedsinstitutionernes kvalitetsforbedringsfunktioner, hvor kriterium 1 svarer til målings- og vurderingsfunktionen og kriterierne 2-4 svarer til handlingsfunktionen.

1. kriterium: Selvevaluering (målinger og vurderinger af kvaliteten):
 - 1 a. Systematisk og regelmæssig måling (på fælles og tilvalgte indikatorer).
 - 1 b. Systematisk analyse af målinger og vurderinger.
 - 1 c. Systematisk og regelmæssig vurdering af kvalitet.
2. kriterium: Retningslinjer for aktivitet (lokale kliniske og administrative retningslinjer, instrukser, vejledninger mv.):
 - 2 a. Retningslinjerne er formuleret, ajourført og tilgængelige på relevante steder.
 - 2 b. Retningslinjerne er udarbejdet i henhold til institutionens politikker.
 - 2 c. Retningslinjerne er formuleret entydigt, klart og forståeligt.
 - 2 d. Retningslinjerne er umiddelbart anvendelige.
 - 2 e. Retningslinjerne overholder eksisterende lovgivning.
 - 2 f. Retningslinjerne for samme aktivitet inden for institutionen er ens.
3. kriterium: Implementering af retningslinjer:
 - 3 a. Retningslinjernes tilstedeværelse og indhold er kendt for relevant personale.
 - 3 b. Der er dokumentation for, at retningslinjerne er taget i brug.
 - 3 c. Der er dokumentation og motivation for afvigelser fra retningslinjerne.
 - 3 d. Der er dokumentation for, at retningslinjerne opdateres og ajourføres.
4. kriterium: Processer til systematisk og kontinuerlig kvalitetsforbedring:
 - 4 a. Angivelse af den ønskede kvalitet.
 - 4 b. Planlægning af kvalitetsforbedringstiltag.
 - 4 c. Implementering af kvalitetsforbedringstiltag.
 - 4 d. Opfølgning på egne kvalitetsforbedringstiltag.
 - 4 e. Opfølgning på tilbagemeldinger.

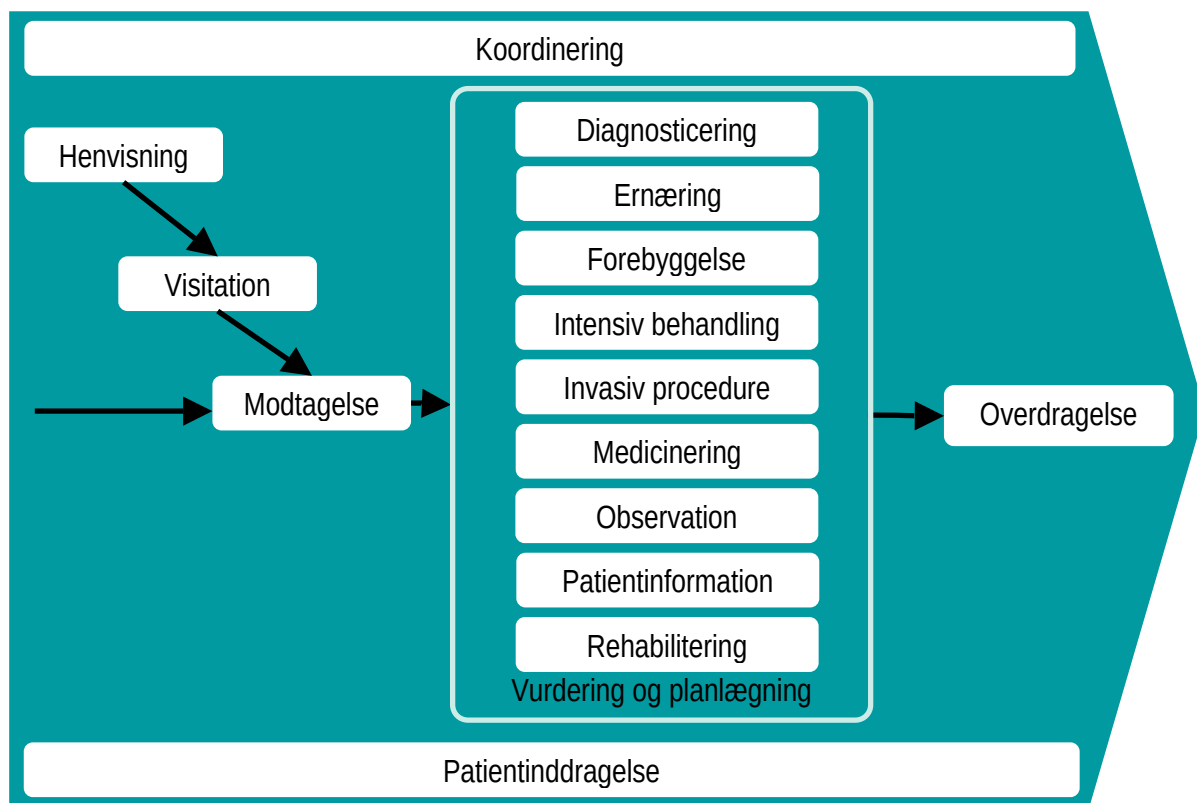
Generelle forløbsstandarder

Generelle forløbsstandarder forholder sig til generelle aktiviteter, der har direkte klinisk betydning for det enkelte patientforløb. Ved generel forstås, at standarderne er gældende for de fleste – om ikke alle – patientforløb.

Generelle forløbs-
standarder

Et patientforløb kan betragtes som en række delforløb, der tilsammen udgør et samlet patientforløb. Patientforløb kan bestå af et enkelt delforløb, hvor der kun er en enkelt kontakt imellem patient og sundhedsinstitution (f.eks. henvendelse med ukomplicerede muskelsmerter). Mere komplicerede og langstrakte patientforløb vil ofte bestå af en lang række delforløb (f.eks. udredning og behandling i forbindelse med forsnævring af kranspulsåre). Delforløb kan derfor forløbe parallelt og samtidigt i forskellige sektorer/institutioner og i forlængelse af hinanden.

Temaerne for generelle kliniske forløbsaktiviteter er inddelt svarende til almindelige processer ved de fleste patientkontakter og tilstræbt indsat i en forløbssammenhæng (se figur 3). De foreslåede temaer er operationaliseret på baggrund af DSKS's definition [2] af sundhedsydelser:



Figur 3: Temaer for forløbsstandarder.

Vejledende beskrivelse af temaer:

- **Diagnosticering:** Klinisk anvendelse af diagnostiske test, procedurer og resultater.
- **Ernæring:** Aktiviteter, der medvirker til patienters indtagelse af tilstrækkelig og hensigtsmæssig ernæring og væske.
- **Forebyggelse og sundhedsfremme:** Aktiviteter, der forhindrer, hæmmer eller reducerer svækkelse af patienters helbred, eller som fremmer patienters sundhed.
- **Henvisning:** Anmodning fra en organisatorisk enhed til en anden om overtagelse af eller medvirken i patienters behandlingsforløb. Det kan

- **Intensiv behandling:** være inden for samme institution eller imellem forskellige institutioner/sektorer. Herunder afgivelse af informationer om vurderinger, plan og formål mv. vedrørende behandlingen.
- **Koordinering:** Aktiviteter og behandling ved livstruende tilstande, der udføres for at opretholde vitale funktioner.
- **Medicinering:** Samordning af de enkelte aktiviteter i hensigtsmæssig rækkefølge inden for et patientforløb, herunder samarbejde mellem faggrupper og organisatoriske enheder.
- **Modtagelse:** Aktiviteter, der drejer sig om gennemførelse og dokumentation af ordinationer, dispenseringer, administration og indgift af lægemidler.
- **Modtagelse:** Modtagelse af patienter, omfattende patientforløbets indledende sundhedsfaglige vurdering, planlægning og behandling samt indhentning af oplysninger vedrørende sygehistorie og tidligere forløb.
- **Observation:** Observation og monitorering af patienters tilstand og behandlingseffekt vha. kliniske eller tekniske metoder samt dokumentation heraf. Omfatter endvidere anvendelsen af resultaterne i behandlingen.
- **Overdragelse:** Planlægning og gennemførelse af aktiviteter med henblik på at skabe sammenhæng mellem flere samtidige eller relaterede patientforløb, hvor behandlingsansvar og informationer overdrages og deles mellem enheder, institutioner eller sektorer.
- **Invasiv behandling:** Planlægning, gennemførelse og opfølgning på kirurgiske og andre invasive indgreb og procedurer med diagnostisk, palliativ eller behandlingsmæssigt formål.
- **Patientinddragelse:** Planlægning, gennemførelse og opfølgning på kirurgiske og andre invasive indgreb og procedurer med diagnostisk, palliativ eller behandlingsmæssigt formål.
- **Patientinddragelse:** Inddragelse af patienters synspunkter og vurderinger ved beslutninger om behandlingens art, tilrettelæggelse mv. Herunder relevant inddragelse af pårørende.
- **Patientinformation og kommunikation:** Information, undervisning og vejledning af patienter og pårørende. Herunder vurdering af behov for information og informationsmaterialer.
- **Rehabilitering:** Aktiviteter med henblik på at forbedre og genskabe fysisk, psykisk og social funktionsevne samt afværge eller begrænse funktionstab – almindeligvis forårsaget af sygdomsforløb.
- **Visitation:** En faglig vurdering og beslutning baseret på tilsyn eller henvisning, hvor det afgøres, hvor og hvornår patienter modtages.
- **Vurdering og planlægning:** Sundhedsfaglig vurdering af patienters tilstand og effekten af behandling mv., samt planlægning af det videre forløb. Vurdering og planlægning foretages løbende.

Sygdomsspecifikke forløbsstandarder

Sygdomsspecifikke forløbsstandarder forholder sig til aktiviteter, der er specifikke for afgrænsede patientgrupper, og som har direkte klinisk betydning for det enkelte patientforløb.

Sygdomsspecifikke
forløbsstandarder

Disse patientgrupper kan afgrænses efter:

- specifikke diagnoser (f.eks. type 2-diabetes)
- specifikke behandlinger (f.eks. hoftealloplastik)
- specifikke tilstande (f.eks. kronisk smerte)
- specifikke specialer (f.eks. lungemedicin).

Sygdomsspecifikke standarder er unikke for en række velafgrænsede og specifikke patientgrupper og er et væsentligt supplement til de generelle forløbsstandarder. For aktiviteter, der vedrører disse patientgrupper, gælder således både de generelle og de sygdomsspecifikke forløbsstandarder.

De enkelte sygdomsspecifikke standarder relateres derfor til de samme temaer som de generelle forløbstemaer. Ved udvælgelse af de enkelte sygdomsspecifikke standarder benyttes samme kriterier som for resten af kvalitetsmodellens standarder. I første version af kvalitetsmodellen bør det samlede antal sygdomsspecifikke standarder for den enkelte sygdomsgruppe ikke overstige fire standarder.

Til første version af kvalitetsmodellen er følgende sygdomsspecifikke grupper valgt:

- Apopleksi: Hjerneinfarkt og slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (diagnosekoderne [1]¹ I63 og I64).
- Brystkræft: Kræft i brystet (diagnosekoden C50).
- Diabetes: Sukkersyge (diagnosekoderne E10 til og med E14).
- Fødsler: Fødsel (diagnosekoderne O80 til og med O84).
- Hjertheinsufficiens: Hjertesvigt (diagnosekoden I50).
- Hoftener frakturer: Hoftener brud på lår (diagnosekoderne S72.0 til og med S72.2).
- Lungebetændelse: Lungebetændelse (diagnosekoderne J12 til og med J18; kronisk obstruktiv lungelidelse vil muligvis blive inddraget).
- Lungekræft: Kræft i bronkier og lunger (diagnosekoden C34).
- Mavesår: Mavesår og sår på tolvfingertarm (diagnosekoderne K25 til og med K27).
- Skizofreni: Skizofreni (diagnosekoden F20).
- Tyk- og endetarmskræft: Kræft i tyk- og endetarm (diagnosekoderne C18 til og med C21).

¹ Diagnosekoderne refererer implicit til alle underkoder, medmindre andet fremgår.

Organisatoriske standarder

Organisatoriske standarder gælder tværgående organisatoriske aktiviteter, der er nødvendige forudsætninger for gode patientforløb.

Organisatoriske
standarder

Organisatoriske standarder vedrører såvel ledelsesrelaterede som driftsrelaterede aktiviteter.

Til første version af kvalitetsmodellen er følgende organisatoriske temaer valgt:

- **Apparatur og teknologi:** Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af apparatur og udstyr til klinisk brug.
- **Beredskab og forsyninger:** Planer for og håndtering af overbelastninger, nedbrud, katastrofer mv. Herunder uddannelse af medarbejdere og basale forsyninger af el, vand, medicinsk udstyr mv.
- **Dokumentation og datastyring:** Sikkerhed, opbevaring, anvendelse og registreringspraksis relateret til journalmateriale og administrative informationssystemer.
- **Politikker og retningslinjer:** Ajourføring, godkendelse og koordinering af politikker, retningslinjer, vejledninger mv.
- **Hygiejne:** Infektionskontrol og aktiviteter som rådgivning, uddannelse, monitorering og tiltag med henblik på at minimere infektionsrisikoen.
- **Kvalitetsstyring:** Ledelsesværktøjer, som anvendes i institutionens processer, så der til stadighed sikres målopfyldelse af det samlede fastlagte kvalitetsniveau. Herunder organisering, uddannelse og overvågning [2].
- **Ledelse** Organisatoriske strukturer, processer, kommunikationsveje og ansvarsplacering samt internt/eksternt samarbejde og interne/eksterne relationer.
- **Patienttransport:** Transport af patienter mellem enheder, institutioner og bopæl. Herunder organisering af sundhedsfaglig overvågning under transporterne.
- **Rekruttering, uddannelse og kompetencesikring:** Procedurer og programmer, der sikrer tilstedeværelse af fornødne kompetencer gennem arbejdstilrettelæggelse, ansættelse, rekruttering, introduktion, fastholdelse, udvikling og kontinuerlig uddannelse.
- **Risikostyring:** Tiltag for at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade, med henblik på at opnå øget patientsikkerhed [2].

De organisatoriske standarder omfatter først og fremmest aktiviteter inden for den enkelte sundhedsinstitution. De samme organisatoriske standarder kan dog gælde for flere forskellige institutionstyper (f.eks. standarder for hygiejne), eller de kan være specifikke for den pågældende institutionstype.

Hvor det er relevant, opstilles der parallelle sæt af organisatoriske standarder, baseret på karakteristiske forhold for de pågældende institutionstyper (f.eks. for almen praksis, hjemmesygeplejen, plejehjem, sygehuse mv.).

Vurdering af en standards opfyldelse

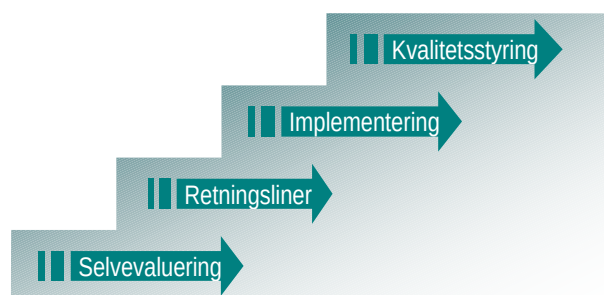
Vurdering af en standards opfyldelse skal afspejle institutionens arbejde med processer og aktiviteter, der fremmer systematisk synliggørelse og forbedring af kvaliteten.

Vurdering af en standards opfyldelse foretages i henhold til de fire kriterier.

Vurderingen foretages både ved selvevalueringen og den eksterne evaluering.

Vurderingen baseres på dialog, interview, stikprøver, rundvisninger, audit og indikatorer, og de enkelte kriterier vurderes efter en trepunktskala:

- opnået
- delvist opnået
- ikke opnået.



Figur 4: Kriterier.

Selvevaluering

Ved selvevaluering forstås en systematisk vurdering af institutionens aktiviteter og resultater foretaget af institutionen selv [2].

Selvevaluering er en central aktivitet i kvalitetsmodellen, som fremmer:

- kontinuerlig kvalitetsforbedring i sundhedsinstitutionerne
- forankring af kvalitetsarbejdet
- udnyttelse af lokale kompetencer og kapaciteter.

Selvevaluering

Selvevaluering baseres på målings- og vurderingsfunktionen. Derved indhentes viden og information, der kan danne grundlag for kvalitetsforbedringstiltag. Dette grundlag er af forskellig karakter, idet én delmængde tjener til sammenligning på tværs af organisatoriske enheder og over tid, og en anden til indsigt i lokale forhold (forudsætninger for tiltag i form af muligheder og problemer, omfang af implementering mv.). Der benyttes forskellige kvantitative og kvalitative metoder til indhentning af denne viden.

Afhængig af aktivitetens karakter kan målinger og vurderinger benyttes i forskellige kombinationer:

- indikatorer
- vurderinger
- patientindikatorer og vurderinger
- hverken indikatorer eller vurderinger.

Ved udvikling af de enkelte standarder skal valget af en given kombinationsmulighed sikre størst mulig informationsværdi i forhold til belysning af kvaliteten af den pågældende strategiske aktivitet, idet der tages hensyn til ressourceforbruget.

Dokumentation af målings- og vurderingsfunktionen indgår i første kriterium i alle standarder.

Indikatorer

En indikator er i denne sammenhæng en målbar variabel, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

Indikator

I kvalitetsmodellen er indikatorer operationelt målbare variabler, der belyser kvaliteten af en aktivitet i sundhedsvæsenet. Indikatorer er knyttet til en standard.

Indikatorerne afspejler enten patientoplevet kvalitet (patientindikatorer) eller faglig kvalitet (faglige indikatorer).

Data til patientindikatorer stammer fra vurderinger, foretaget af patienter (f.eks. patienttilfredshedsundersøgelser, informantundersøgelser mv.). Patientindikatorer kan suppleres med eller erstattes af indikatorer for personaleoplevet kvalitet.

Data til faglige indikatorer stammer fra vurderinger og opgørelser, foretaget af institutionerne (f.eks. intern audit, tværsnitsundersøgelser, kliniske databaser, elektroniske patientjournaler). Faglige indikatorer omfatter både klinisk kvalitet og anden faglig kvalitet.

Det tilstræbes, at der til flest mulige standarder er tilknyttet både faglige indikatorer og patientindikatorer.

Kvalitetsmodellen stiller en række værktøjer til rådighed for at understøtte automatiserede og tilpassede opsamlinger, bearbejdnings og sammenligninger.

Valg af indikatorer

Indikatorerne prioriteres med henblik på at sikre maksimal informationsværdi i forhold til det faglige arbejde med kvalitetsforbedring. Informationsværdien af en indikator vurderes i sammenhæng med forbruget af ressourcer ved de nødvendige målinger, jf. kriterierne for udvælgelse af standarder. Valg af indikatorer sker igennem en faglig konsensusproces.

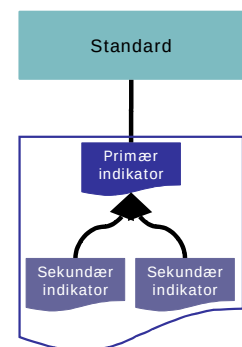
Det er ikke altid muligt at opnå en stor informationsværdi ved brug af blot en enkelt indikator. Derfor tilstræbes det, at der benyttes ”grupperinger” af sammenhængende indikatorer, som, ud over at belyse et konkret kvalitetsniveau, også belyser en mulig årsagssammenhæng.

Indikatorgrupper

En ”gruppering” af indikatorer består af én indikator, der forholder sig til resultatet af en aktivitet (primær indikator), og én eller flere indikatorer, der belyser mulige årsager til resultatet af primærindikatoren (sekundære indikatorer).

Primære indikatorer vil ofte belyse resultatet af en given aktivitet (resultatindikator) eller indholdet af en proces (procesindikator).

Sekundære indikatorer vil ofte belyse årsagsforklarende processer (procesindikator) eller bagvedliggende strukturelle årsagsforklarende forhold (strukturindikator).



Figur 5: Indikatorgruppe.

F.eks. kan en primær faglig indikator være *mortalitetsrate* (resultatindikator), og to forklarende sekundære faglige indikatorer kan være *tid fra ankomst til behandling* (procesindikator) og *behandlingsintensitet* for en given sygdom (procesindikator).

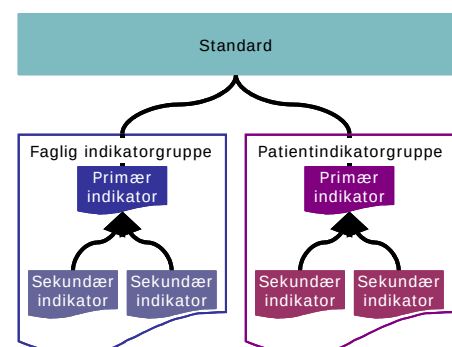
I første version af kvalitetsmodellen består en indikatorgruppe af en til tre indikatorer (en primær indikator og op til to sekundære indikatorer).

Hvor det er relevant og muligt, er der tilknyttet mindst én indikatorgruppe til hver standard.

For standarder, hvor det er relevant at benytte både faglige indikatorer og patientindikatorer, er der tilknyttet to indikatorgrupper til hver standard.

Der kan således være op til seks indikatorer knyttet til en standard.

Indikatorerne kan være fælles eller lokalt tilvalgte.



Figur 6: Standarder og indikatorgrupper.

Fælles indikatorer

Fælles indikatorer er obligatoriske indikatorer, hvor alle sundhedsinstitutioner er forpligtet til at stille data til rådighed for opsamling til den pågældende indikator. Forudsætningen er, at institutionen er omfattet af den standard, som den fælles indikator er knyttet til.

Formålet med brug af fælles indikatorer er at kunne foretage valide sammenligninger mellem institutioner, så informationsværdien maksimeres.

Hvor det er relevant og muligt, er der tilknyttet én eller flere fælles indikatorer til hver standard (se ovenfor).

I første version af kvalitetsmodellen vil antallet af fælles indikatorer være begrænset. I efterfølgende versioner forventes det, at andelen af fælles indikatorer vil stige.

Specifikke forhold

Både indikatorer og datakilder til indikatorer kan variere, afhængig af institutionstype og sektor. Dette indebærer, at der til en standard, som gælder i flere sektorer, kan være tilknyttet sektorspecifikke indikatorer. Det tilstræbes, at der overvejende benyttes fælles indikatorer og ens datakilder, hvor det er relevant og muligt.

Tilvalgte indikatorer

I tilfælde, hvor det ikke er muligt eller relevant at opstille komplette sæt af fælles indikatorer til hver enkelt standard, kan kvaliteten belyses med lokalt tilvalgte indikatorer.

I kvalitetsmodellen optræder følgende kombinationer af fælles indikatorer og tilvalgte indikatorer:

- Til standarden er der krav om brug af konkrete fælles indikatorer.
- Til standarden er der krav om brug af både enkelte fælles indikatorer og tilvalgte indikatorer efter eget valg.
- Til standarden er der krav om brug af tilvalgte indikatorer efter eget valg.
- Til standarden er der ikke krav om brug af indikatorer.

Krav om brug af tilvalgte indikatorer afgøres gennem en central konsensusproces i forbindelse med opstilling og revision af den enkelte standard.

Antallet af tilvalgte indikatorer er valgfrit, så længe et eventuelt konkret krav om indikatorer opfyldes. Den enkelte sundhedsinstitution kan således til enhver tid supplere med ekstra tilvalgte indikatorer.

Tilvalgte indikatorer kan enten fungere som primære indikatorer eller som sekundære indikatorer.

Ved brug af tilvalgte indikatorer stilles der krav om dokumentation af dataopsamling. Det er op til den enkelte sundhedsinstitution at beslutte, om data vedrørende tilvalgte indikatorer skal offentliggøres.

Det tilstræbes, at kvalitetsmodellen kan bistå med bearbejdning og sammenligning af tilvalgte indikatorer, hvis den enkelte sundhedsinstitution ønsker det.

Indikatordata

Opsamling af indikatordata sker gennem institutionernes almindelige strukturer, så data er kendt på alle niveauer. Opsamling sker fortrinsvis via eksisterende kilder og kan stamme fra:

- kontinuerlige opsamlinger via elektroniske patientjournaler, kliniske databaser, patient-administrative systemer mv.
- periodevise opgørelser via tværsnitsundersøgelser, intern journalaudit, faglige vurderinger, patientvurderinger, tilfredshedsundersøgelser mv.

I takt med, at kvalitetsmodellen udvikles, tilstræbes det, at indikatordata i stigende grad stammer fra fortløbende opsamlinger fra elektroniske medier frem for periodevise opgørelser. Skift fra periodevis til kontinuerlig opsamling forudsætter, at informationsværdien af data ikke forringes, og at hverken patientperspektivet eller det faglige perspektiv forringes.

Kvalitetsmodellen skal kunne belyse kvaliteten af samlede patientforløb på tværs af institutioner og foretage relevante sammenligninger. Indikatordata opsamles derfor som patientidentificerbare data, suppleret med data om patientkarakteristika, så der kan justeres for patientsammensætningen (risikojustering). Risikojustering er nødvendig for sammenligning.

Analyse af indikatordata

Det er institutionernes ansvar at foretage en analyse af egne indikatordata. Denne analyse bør foretages løbende gennem en selvevaluering. Hyppigheden og omfanget af egne analyser af indikatorer afgøres af institutionerne. Analyserne af udviklingen i egne data understøttes fra kvalitetsmodellen af sammenligninger med andre institutioner. Indholdet af institutionernes analyser af indikatordata er til eget brug med henblik på kvalitetsforbedring.

Gennem den eksterne evaluering foretages periodevise vurderinger af udviklingen i sundhedsinstitutionernes indikatorer i forbindelse med de eksterne besøg. Indikatormålingerne benyttes som udgangspunkt for dialogen om kvalitetsforbedring.

Det konkrete niveau for en given indikator udtrykker ikke direkte, om et givet kriterium er opnået, men indgår i vurderingerne af standarderne på to trin:

- Måling af indikatorer indgår i vurderingen af kriterium 1.
- Sundhedsinstitutionernes brug af indikatormålinger indgår i vurderingen af kriterium 4.

Vurderinger

I kvalitetsmodellen vurderes kvalitetsniveau og variationer af funktioner, systemer, processer og resultater [2] til belysning af en standards opfyldelse. Kravet om vurderinger knyttes konkret til en standard og indgår sammen med krav om brug af indikatorer i standardernes kriterium 1.

Vurdering

Vurderingerne foretages af institutionerne selv og skal understøtte det lokale, kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbejde. Vurderingerne kan belyse faglig, patientoplevet eller organisatorisk kvalitet (f.eks. muligheder og problemer ved forbedringstiltag samt omfang af implementerede tiltag).

Metoderne kan variere afhængig af sektor, institutionstype og den konkrete hensigt. Det indebærer, at der er metodefrihed i forhold til indhentning af vurderingerne.

Metoderne kan bl.a. være:

- audit
- dokumentanalyse
- individuelle eller fokusgruppeinterviews
- observation.

Informationsgrundlaget stammer fra vurderinger, foretaget af personale, patienter eller via organisationens dokumenter.

Egenrapportering

En gang om året foretager alle sundhedsinstitutioner en kort, systematisk vurdering af deres eget kriterieniveau for samtlige relevante standarder. Niveauet angives på et simpelt elektronisk afkrydsningsskema (egenrapportering). For at kunne bearbejde og sammenligne de rapporterede data, sker dette i samme tidsperiode for samme institutionstyper.



Egenrapporteringerne er fortrolige og indsendes elektronisk. Kort tid efter modtager den enkelte institution, ledelsen og forvaltningen en automatiseret elektronisk tilbagemelding med en oversigt over institutionens egen udvikling og en landsdækkende sammenligning med tilsvarende institutioner. Den enkelte institution kan af disse oversigter se egne resultater, hvorimod de øvrige institutioners resultater er synlige, men anonymiserede.

Det samlede resultat af alle egenrapporteringer offentliggøres på aggregeret niveau med anonymisering af den enkelte institutions resultat.

Den eksterne evaluering tager udgangspunkt i den enkelte institutions konkrete egenrapportering.

Det foreslås, at første egenrapportering påbegyndes, så snart første version af kvalitetsmodellens standarder foreligger. Samtidig kan denne første egenrapportering benyttes som led i en afprøvning af standarderne.

Handlingsfunktion

Sundhedsinstitutionernes handlingsfunktion baseres på selvevalueringen og indebærer:

- det generelle vurderings- og analysearbejde i forbindelse med kvalitetsforbedring
- planlægning, koordinering og implementering af kvalitetsforbedringstiltag
- tilstedeværelse af retningslinjer
- fortløbende vurdering af kvaliteten af sundhedsydelserne (indikatorer og vurderinger).

Retningslinjer

Systematisk udarbejdede kliniske og administrative retningslinjer, instrukser, vejledninger, guidelines og procedurebeskrivelser betegnes samlet som retningslinjer [2]. Retningslinjer har som gennemgående mål at fremme en harmonisering af aktiviteter.

I alle standarderne stilles der krav om tilstedeværelse og brug af relevante retningslinjer (kriterium 2 og 3). Retningslinjerne udarbejdes og fastlægges lokalt, ligesom ansvaret for indhold, implementering og opdatering er lokalt. Det vil være hensigtsmæssigt at etablere ”retningslinje-banker” og andre udvekslingsfora på tværs af institutioner.

Der er i kvalitetsmodellens standarder stillet en række formmæssige krav til de lokale retningslinjer (kriterium 2) og krav om, at lokale retningslinjer afspejles i patientbehandlingen (kriterium 3).

I forbindelse med akkreditering kan det fastlægges centralt, om der inden for samme institution skal benyttes indholdsmæssigt ensartede retningslinjer for samme aktiviteter. F.eks. fælles retningslinjer for hjertestopbehandling.

De lokale kliniske retningslinjer skal til enhver tid leve op til eksisterende lovgivning, cirkulærer og centrale direktiver. Der er i kvalitetsmodellen ikke stillet yderligere specifikke indholdsmæssige krav til de lokale retningslinjer.

Kvalitetsorganisation

Opgaven med at sikre synliggørelse, overblik og fortløbende forbedring af kvaliteten af sundhedsydelserne er en helt central ledelsesopgave i alle sundhedsinstitutioner. Det anbefales derfor, at ledelsen etablerer en lokal kvalitetsorganisation med ledelsesdeltagelse.

Intentionen med de lokale kvalitetsorganisationer er at fremme forankring, spredning, fremdrift og kontinuitet af kvalitetsforbedringerne i institutionen. Kvalitetsorganisationernes opgave er at fremme arbejdet med at monitorere, synliggøre, sikre, harmonisere og forbedre kvaliteten i den enkelte sundhedsinstitution. Det anbefales derfor, at kvalitetsorganisationens medlemmer:

- udpeges af ledelsen
- sammensættes bredt, så alle faggrupper i institutionen involveres
- inddrager patienter og pårørende i arbejdet.

Den konkrete sammensætning, organisering og koordinering fastlægges af institutionerne selv. I kvalitetsmodellen stilles der kun krav om systematisk, organiseret kvalitetsforbedring (kriterium 4).

Kvalitetsorganisationens nøglepersoner på alle organisatoriske niveauer bør besidde tilstrækkelig kompetence. Uddannelse af kvalitetsorganisationens medlemmer tilrettelægges lokalt.

Inden for kvalitetsorganisationen oprettes relevante fora (f.eks. udvalg eller evalueringsgrupper), baseret på lokale organisatoriske forhold.

Desuden indgås samarbejde med eksterne samarbejdspartnere og øvrige tilsvarende institutioner med henblik på inspiration, koordination og harmonisering af retningslinjer.

Medlemmerne af kvalitetsorganisationen fungerer som dialogpartnere i forbindelse med den eksterne evaluering.

Ekstern evaluering

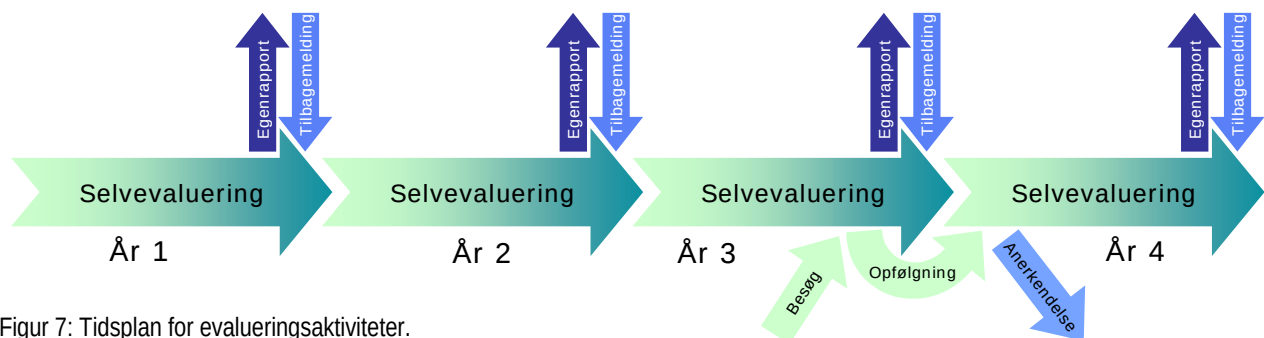
Det eksterne besøg skal fremme synliggørelse og forbedring af kvaliteten af patientforløbene i sundhedsvæsenet. Det sker gennem evaluering af kvalitetsforbedringsprocessen, som institutionerne foretager løbende. Evalueringen består af en dialog om kvalitetsforbedring og en vurdering af standardopfyldelse.

Den eksterne evaluering baseres på en grundlæggende antagelse om, at institutionerne har en stærk faglig interesse i at sikre det bedst mulige forløb for patienterne og for fortsat kvalitetsforbedring. Derfor har institutionerne interesse i at kunne arbejde med realistiske målinger og vurderinger.

Den eksterne evaluering baseres på institutionsbesøg, bestående af dialog og interview med ledelsen og medlemmer af kvalitetsorganisationen om kvalitetsforbedring og standardopfyldelse samt besøg i afdelinger og afsnit, interviews med personale og patienter, stikprøver og casebaseret audit. Udgangspunktet for den eksterne evaluering og dialogen med institutionerne er:

- kvalitetsorganisationens egen vurdering af standardopfyldelse (egenrapportering)
- arbejdet med kvalitetsforbedring (anbefales forankret i kvalitetsorganisationens fora)
- indikatormålinger og vurderinger.

Evalueringen omfatter både de kvalitetsforbedringsaktiviteter, der er omfattet af standarderne, og den generelle kvalitetsforbedring i sundhedsinstitutionerne.



Figur 7: Tidsplan for evalueringsaktiviteter.

Evalueringerne tilrettelægges, så de kan indgå i en samlet akkreditering af den enkelte sundhedsinstitution.

Til evaluering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser benyttes såvel kvalitative som kvantitative vurderingsmetoder. Metoderne skal sikre størst mulig informationsværdi.

Besøg

Auditorernes besøg foretages normalt hvert tredje år. Besøgenes varighed og indhold tilpasses efter institutionens størrelse og kompleksitet og tilrettelægges i et samarbejde med institutionen. Besøglængden vil variere fra tretil fem dage med en gennemsnitlig længde på tre en halv dag til selve besøget, og halvanden dag til forberedelse og rapportering. Besøgstidspunktet planlægges i samråd med institutionen. Der skelnes mellem ordinære, opfølgende og fremskyndede besøg.

Ordinære besøg tilrettelægges efter og baseres på en skabelon, hvor dialog og interviews med institutionsledelsen og medlemmer af kvalitetsorganisationen indgår som en væsentlig aktivitet. Den øvrige tid benyttes til besøg i afdelinger og afsnit, interviews med personale og patienter, stikprøver og casebaseret audit, koordination og umiddelbar rapportering til institutionen. Journalgennemgange benyttes som illustrationscases i dialog med ledelsen, medlemmer af kvalitetsorganisationen og medarbejdere.

Opfølgende besøg kan foretages efter et ordinært besøg, hvor der er blevet anbefalet forbedringer. Endvidere har sundhedsinstitutionerne mulighed for at rekvirere et fremskyndet besøg (f.eks. som følge af væsentlige organisationsændringer eller ud fra et ønske om hjælp til vurdering af kvaliteten).

Auditorer

Den eksterne evaluering gennemføres af en gruppe uvildige fagpersoner fra kvalitetsmodellens korps af auditorer. Der benyttes udelukkende fagpersoner, der har relevant og aktuel ekspertise fra tilsvarende sundhedsinstitutioner.

Auditorerne besidder alle en betydelig faglig og/eller ledelsesmæssig ekspertise og erfaring samt viden om kvalitetsforbedring. De skal være velestimerede i deres egne og i beslægtede faglige grupper og være professionelt aktive (f.eks. klinisk aktive).

Auditorerne arbejder under besøgene typisk i grupper af seks personer. De fordeler dialog, interviews og afdelingsbesøg mellem sig, afhængigt af ekspertise. Gruppen er tværfagligt sammensat og besidder kvalifikationer, som svarer til de fagområder, besøget omfatter. F.eks. kan en auditorgruppe til et sygehus bestå af sygeplejerske, læge og sundhedsadministrator, eventuelt suppleret med fysioterapeut, jordemoder, laboratorieekspert mv.

Alle auditorer deltager på deltidsbasis i minimum tre besøg årligt. Det gennemsnitlige antal besøg tilstræbes at være tre større institutionsbesøg eller fire mindre besøg årligt.

Internationale auditorer

Ved alle ordinære besøg på sygehusinstitutioner benyttes en kombination af danske og internationale auditorer i forholdet én til én. Der benyttes internationale auditorer både til vurdering af organisatoriske standarder, generelle forløbsstandarder og sygdomsspecifikke forløbsstandarder. De internationale auditorer er altid sekunderet af en dansk auditor.

Ud over de kvalifikationer, som de danske auditorer besidder, skal de internationale auditorer have konkret erfaring fra tilsvarende og anerkendte udenlandske sundhedsakkrediterings- og kvalitetsvurderingsorganisationer.

Uddannelse

Auditorer med fortrinsvis dansk erfaringsgrundlag gennemgår en grundlæggende uddannelse i evalueringsmetodik, standarder og generel kvalitetsudvikling, og deltager i to eksterne besøg som observatører.

Auditorer med fortrinsvis internationalt erfaringsgrundlag (personer, der allerede besidder tilstrækkelig international grundtræning) gennemgår en uddannelse, der omfatter specielle forhold vedrørende dansk kultur og sundhedsvæsen.

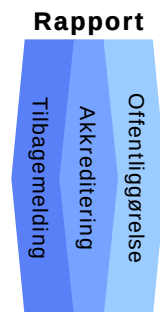
Alle nye auditorer modtager en fælles specifik uddannelse i kvalitetsmodellens standarder og metoder. Denne uddannelse omfatter alle auditorer, uanset deres erfaringsgrundlag på rekrutteringstidspunktet.

Ud over denne fælles grunduddannelse afholdes et årligt fællesmøde for alle kvalitetsmodellens danske som internationale auditorer, med henblik på erfaringsudveksling, opdatering og videreuddannelse.

Rapportering

Rapporteringen er delt i tre elementer, som tilsammen skal bidrage til at støtte sundhedsinstitutionernes arbejde med kvalitetsforbedring og til at synliggøre kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser:

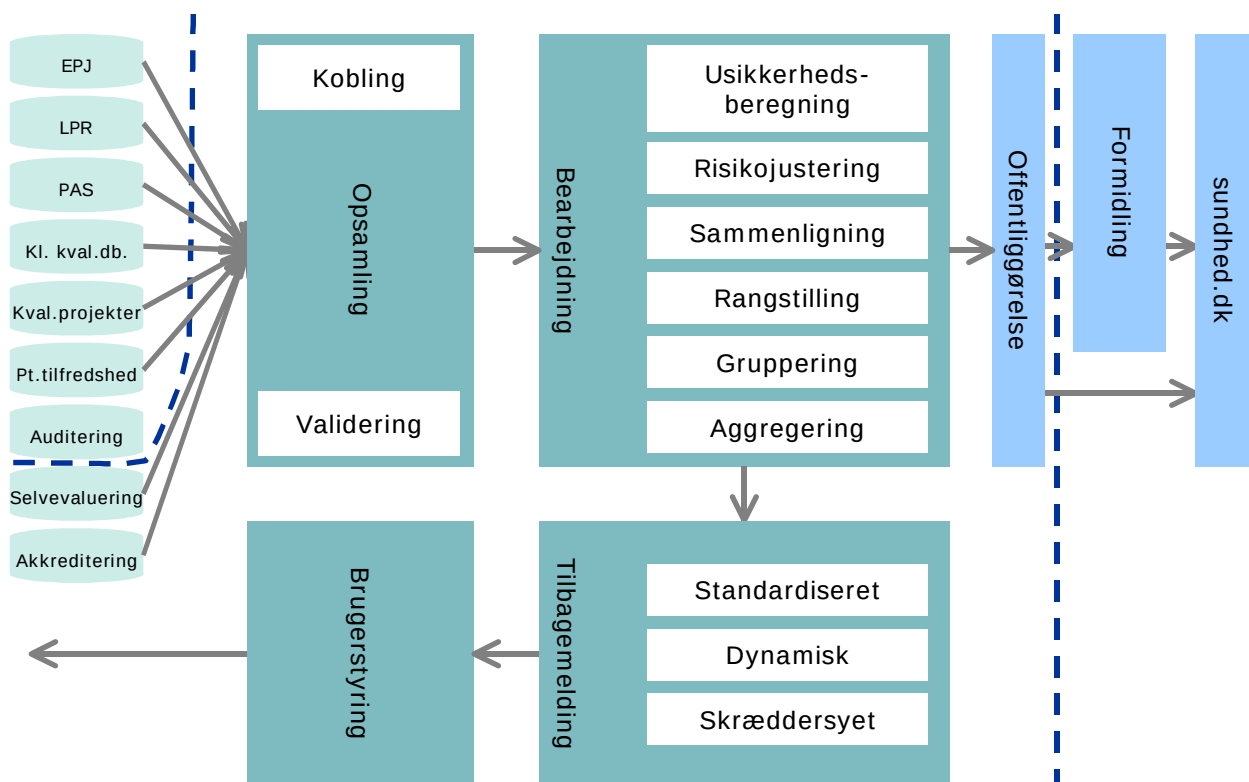
- fortløbende og periodevis tilbagemeldinger fra kvalitetsmodellens organisation til den enkelte sundhedsinstitution med bearbejdede oversigter over udviklingen af egne og andre institutioners indikatordata og egenrapporteringer
- periodevis akkreditering med en anerkendelse af arbejdet med kvalitetsforbedring og en rapport til den enkelte sundhedsinstitution med eventuelle forslag til forbedringer
- offentliggørelse af indikatorer, eksterne vurderinger og akkrediteringsstatus.



Rapporteringen tilrettelægges med henblik på at give information om den kliniske og organisatoriske kvalitet og til størst mulig nytteværdi for det faglige og kliniske arbejde med kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet.

Principper for datahåndtering

Kvalitetsmodellens indikatorer, selvevalueringer og rapporteringer forudsætter en veludbygget it-infrastruktur til håndtering af kvalitetsmodellens store mængder og mange differentierede typer af data. Den systemmæssige dimensionering skal således tilgodese tilstrækkelig kapacitet både på de-centralt og centralt niveau.



Figur 8: Kvalitetsmodellens datahåndtering (kvalitetsmodellens funktioner angivet inden for de stiplede linjer)

Datahåndtering omfatter en række it-funktioner med fokus på opsamling, bearbejdning, tilbagemelding og offentliggørelse af data. Hertil kommer oprettelse af enkelte egne datakilder (selvevaluering og akkreditering) samt brugerstyring ved tilbagemeldinger (se figur 8).

Formidling af kvalitetsinformationer, rettet mod specifikke målgrupper i offentligheden, ligger uden for kvalitetsmodellens planlagte funktioner.

Datakilder

I første version af kvalitetsmodellen er hovedprincippet, at der alene opsamles data fra eksterne kilder og ikke etableres egne datakilder. Data skal kun indtastes én gang, ét sted. Dette indebærer, at flere primære datakilder skal videregive data til bearbejdning i kvalitetsmodellens regi. Der vil dog være behov for at etablere en mulighed for dataindberetning direkte og særskilt til brug for kvalitetsmodellen af hensyn til lokale auditeringer (f.eks. journalgennemgange, inspektioner, interviews), egenrapporteringer (selvevalueringer) og akkrediteringsrapporter.

De nuværende eksterne datakilder omfatter bl.a.:

- Landspatientregistret (LPR)
- patient-administrative systemer (PAS)
- kliniske kvalitetsdatabaser (kl.kval.db.)
- kvalitetsprojekter
- patienttilfredshedsundersøgelser.

I løbet af en årrække forventes den elektroniske patientjournal (EPJ) at blive den væsentligste datakilde, hvorfra data til alle faglige indikatorer udtrækkes. Der vil fortsat være behov for koblinger til andre datakilder, f.eks. landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser, suppleret med mere direkte dataindberetninger, f.eks. selvevalueringer. Systemet til datahåndtering skal derfor indeholde funktionaliteter til indberetning og bearbejdning af både tal og tekst.

Opsamling

For at man kan koble data fra forskellige kilder og efterfølgende foretage risikojusteringer mv. skal data til brug for datahåndteringen indeholde case-identificerbare data, såsom CPR-nummer, tider, diagnoser, procedurer mv. Bl.a. skal det være muligt at koble en subpopulations besvarelse i Den Landsdækkende Patienttilfredshedsundersøgelse (LPU) med sygdomsspecifikke indikatorer fra kliniske kvalitetsdatabaser.

Case-identificerbare data er også nødvendige for at foretage validering af koblinger, så samme data ikke duplikeres.

Kobling af data skal gøre det muligt at udsende lister over konkrete patientforløb, man ønsker skal indgå i tværsnitsundersøgelser, for at sikre en repræsentativ dækning og randomisering til støtte for sundhedsinstitutionerne.

Al opsamling af data sker elektronisk og så vidt muligt fuldautomatisk ved foruddefinerede protokoller.

Bearbejdning

Opsamlet, koblet og valideret datamateriale gennemgår herefter bearbejdning med henblik på at omdanne data til information. Denne information er målrettede tilbagemeldinger og offentliggørelse.

Bearbejdning foregår elektronisk via forhåndsdefinerede protokoller, som udarbejdes i forbindelse med udviklingen af standarder og indikatorer. Bearbejdningen omfatter:

- usikkerhedsberegninger
- risikojusteringer
- sammenligninger
- rangstillinger
- grupperinger
- aggregeringer.

Fuldt elektroniske og automatiserede bearbejdninger ved hjælp af foruddefinerede protokoller er en afgørende forudsætning for tidstro tilbagemeldinger samt for offentliggørelse, så snart data er tilgængelige for opsamling. Tidstro tilbagemeldinger maksimerer nytteværdien af kvalitetsmodellens informationer.

Brugerstyring

Brugerstyringen skal give afdelinger og øvrige organisatoriske enheder som f.eks. centerledelser, direktioner og forvaltninger adgang til relevante data. På disse niveauer skal man kunne indberette indikatorer og vurderinger, bestille oversigter og modtage oversigter og rapporter.

Det er det lokale niveau, der afgør, hvem der skal have disse beføjelser. Der forventes kun et begrænset antal brugere per enhed.

Tilbagemelding

Tilbagemeldinger af resultater og sammenligninger til sundhedsinstitutionerne skal understøtte institutionernes eget ledelsesmæssige og klinisk-faglige arbejde med kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Tilbagemeldinger til sygehus-, institutions- og forvaltningsniveau er en kritisk funktion for kvalitetsmodellen. Brugervenlig grænseflade og tidstro tilbagemeldinger er derfor grundlæggende forudsætninger for, at denne funktionalitet kan være til nytte for institutionerne.

Der foretages ingen analyser eller vurderinger af opsamlede data i kvalitetsmodellens regi ud over forhåndsdefinerede automatiske bearbejdninger (protokoller). Egentlige analyser og vurderinger foretages lokalt. Tilbagemeldingerne er ikke beregnet til forskningsbrug.

Institutionsidentificerbare tilbagemeldinger er altid baseret på risikojusterede data, og hvor det er relevant, angives usikkerhederne på målingerne. Den enkelte institution har endvidere adgang til at sammenligne egne rådata med anonymiserede rådata fra andre institutioner.

Tilbagemeldingen består af en række automatiserede, elektroniske støtteværktøjer til brug for sundhedsinstitutionernes arbejde med kvalitetsforbedring. Tilbagemeldingerne omfatter:

- fortløbende tilbagemeldinger
- periodevise tilbagemeldinger.

Tilbagemeldingen omfatter oversigter med:

- egne værdier (f.eks. reoperationsrate på de sidste 100 bypassoperationer)
- egen udvikling over tid (f.eks. belægningsprocent per måned, korrigeret for årstidsvariation)

- sammenligning af egne data med sammenlignelige institutioner (f.eks. infektionsrater).

Fortløbende tilbagemeldinger baseres på kontinuerlig opsamling af data ud fra fælles indikatorer. Endvidere er det ambitionen, at de samme redskaber stilles til rådighed for sundhedsinstitutionernes egne tilvalgte indikatorer.

Periodevise tilbagemeldinger baseres på opsamling af vurderinger, undersøgelser mv. (f.eks. egen-rapporteringer af standarder, patienttilfredshedsundersøgelser, tværsnitsundersøgelser, interne audit mv.).

Modtagelse af tilbagemeldinger

Alle tilbagemeldinger går direkte til den enkelte institutionsenhed, som har indsendt de opsamlede data.

Tilbagemeldingerne kan efter ønske tilgå ejere, forvaltninger, institutions-ledelser mv.

Hyppigheden af tilbagemeldingerne afgøres af modtageren og kan bestilles ad hoc eller med planlagt variabel frekvens fra dagligt til årligt. Tilbagemeldingerne kan udsendes i både elektronisk og papirbaseret format.

Tilbagemeldingsformer

For at sikre informationsmaksimering for den enkelte sundhedsinstitution omfatter tilbagemeldingerne forskellige fleksible variationer af mulige tilbagemeldinger:

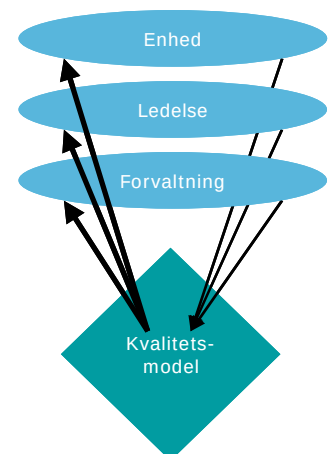
- standardiserede tilbagemeldinger
- dynamiske tilbagemeldinger
- skræddersyede tilbagemeldinger.

De standardiserede tilbagemeldinger har form af centralt foruddefinerede basisvisninger (f.eks. tabeller og grafer over landsdækkende resultater i forhold til egne resultater).

Ved dynamisk tilbagemelding er tilbagemeldingens indhold og form afhængig af data. Dynamiske tilbagemeldinger foruddefineres centralt, men med mulighed for at supplere med lokale dynamiske tilbagemeldinger (f.eks. alarmflag).

Ved skræddersyede tilbagemeldinger defineres visningerne af modtageren (afdeling, institution eller forvaltning). De kan både benyttes som egne foruddefinerede visninger (sammenligninger med udvalgte afdelinger frem for med alle landets afdelinger) eller som ad hoc-visninger ved behov (f.eks. i forbindelse med søgning og afklaring af mulige årsagssammenhænge).

Det skal også være muligt at modtage lister med CPR-nummer, indlæggelse mv. vedrørende patienter, der indgår i diverse tabeller.



Figur 9: Informationsveje

Akkreditering

Akkreditering er defineret som en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institutionen lever op til et sæt af fælles standarder [2].

I kvalitetsmodellen baseres akkreditering på vurdering af standardopfyldelse i forbindelse med den eksterne evaluering. Akkrediteringen er således en uvildig anerkendelse af sundhedsinstitutionernes arbejde med at synliggøre og forbedre kvaliteten.

I forbindelse med det eksterne besøg foretages en vurdering af det opnåede kriterieniveau for relevante standarder. Vurderingen danner grundlag for akkrediteringen, og på baggrund af denne vurdering af kriterieopfyldelsen tildeles den pågældende institution anerkendelse i form af akkrediteringsstatus.

Akkrediteringsniveau

Niveauet for tilfredsstillende opfyldelse af standarder er fælles for alle sundhedsinstitutioner, der udbyder den samme sundhedsydelse. Niveauet kan være forskelligt fra standard til standard. For de sektorspecifikke organisatoriske standarder kan der differentieres både fra standard til standard og fra sektor til sektor. Niveauet fastlægges hvert tredje år.

I forbindelse med første akkrediteringsrunde for sygehuse sættes det mindste niveau for alle standarder til:

- fuldt opnået kriterium 1 (måling og vurdering af kvalitet)
- fuldt opnået kriterium 2 (tilstedeværelsen af retningslinjer).

For standarder, der direkte vedrører særligt kritiske områder for patientsikkerheden, vil mindstekravet være fuld opnåelse af kriterium 3 (implementering af retningslinjer).

For at den enkelte institution kan opnå fortsat anerkendelse, kræves det endvidere, at der for hver treårig periode sker en øget kriterieopnåelse for hver standard, indtil alle kriterier er fuldt opnået.

Akkrediteringsstatus

Anerkendelsen tildeles samlede institutioner eller grupperinger af institutioner efter eget valg. Eksempelvis kan alle sygehuse med samme driftsherre vælge at søge akkreditering som samlet gruppe. Et sådant valg indebærer, at samtlige sygehuse skal have opnået et tilfredsstillende niveau på alle relevante standarder inden for en kortere, velafgrænset periode.

Aktiviteter og funktioner, der deles mellem flere institutioner, kan opnå samlet anerkendelse, hvis alle institutionerne opnår anerkendelse inden for en velafgrænset periode (f.eks. ved funktionsbærende enheder, der er fordelt over flere sygehuse).

Tildelt akkrediteringsstatus kan være:

- akkrediteret
- akkrediteret med anbefalinger
- akkrediteret med opfølgning.

Auditorerne står for den indledende vurdering af kriterieopfyldelsen. Vurderingen er baseret på selvevalueringens egenrapportering og dialogen med kvalitetsorganisationen. Derefter giver kvalitetsmodellen en endelig vurdering, akkrediteringsstatus og akkrediteringsrapport.

Akkrediteringsrapporten udarbejdes til den enkelte institution og indeholder den samlede akkrediteringsstatus, den detaljerede status på de enkelte områder samt eventuelle bemærkninger. Akkrediteringsrapporterne bearbejdes med henblik på formidling i en form, der er egnet til offentliggørelse. De bagvedliggende akkrediteringsdata gøres tilgængelige for offentligheden.

Hvis der ikke er fundet egentlige mangler i opfyldelsen af standardernes kriterier, begrænser rapporten sig til en detaljeret status og en samlet akkrediteringsstatus (akkrediteret).

Hvis der er fundet væsentlige mangler i opfyldelsen af standardernes kriterier, indeholder rapporten endvidere anbefalinger til forbedringer (akkrediteret med anbefalinger).

Hvis der er fundet betydelige mangler i opfyldelsen af standardernes kriterier, indeholder rapporten yderligere anvisninger til konkrete forbedringer og anvisninger, som følges op med et senere besøg (akkrediteret med opfølgning).

Offentliggørelse

Offentliggørelse skal sikre synlighed og åbenhed om aktuel kvalitet og om udviklingen i kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Den synlighed og gennemsikuelighed, der opnås gennem offentliggørelse af relevante data, bidrager samtidig til en kvalitetssikring af sundhedsvæsenets ydelser og aktiviteter.

Offentliggørelserne sker elektronisk og baseres på:

- fortløbende opdaterede oversigter over kvaliteten i sundhedsvæsenet
- periodevis statusoversigter over kvaliteten i sundhedsvæsenet.

Offentliggørelserne omfatter status og udvikling for den enkelte sundhedsinstitution, landsdækkende status og udvikling og muligheder for sammenligninger på tværs mellem institutioner.

Data fra alle fælles indikatorer, anonymiserede egenrapporteringer og akkrediteringsrapporter med akkrediteringsstatus offentliggøres. Der offentliggøres kun aggregerede indikatoredata og aldrig data, der kan henføres til den enkelte patient eller den enkelte behandler. Offentliggjorte indikatoredata er altid justeret for forskelle i patientsammensætningen, hvor dette er relevant. Kvalitetsmodellen offentliggør ikke data på tilvalgte indikatorer, men kan understøtte, at den enkelte sundhedsinstitution selv offentliggør egne data.

Data offentliggøres først, når den enkelte institution er orienteret via en tilbagemelding. Akkrediteringsstatus offentliggøres først, efter at institutionen har haft lejlighed til at komme med opklarende bemærkninger.

Den primære offentliggørelse finder sted via en eksportfunktion til den fælles offentlige sundhedsportal (sundhed.dk). Offentliggørelse via kvalitetsmodellens hjemmeside forventes at være begrænset.

Den enkelte sundhedsinstitution kan vælge selv at offentliggøre samme oversigt og status på fælles indikatorer, som modtages via tilbagemeldingen. Dette kan suppleres med egenrapporteringer og akkrediteringsrapporter, tilvalgte indikatorer, egne undersøgelser mv. samt egne kommentarer til de enkelte dele, hvis den pågældende institution ønsker det. Anerkendelser opnået af andre kvalitets-evalueringssystemer kan ligeledes indgå i den enkelte institutions egne offentliggørelser. Sådanne supplerende offentliggørelser finder sted på egne hjemmesider og portaler.

Fortløbende oversigter

Indikatordata og andre løbende indsamlede data ud fra fælles indikatorer vil løbende blive stillet til rådighed for offentliggørelse. Oversigterne kan enten ske som opdateringer af eksisterende oversigter eller som hyppig frembringelse af nye oversigter. Akkrediteringsrapporter og akkrediteringsstatus vil ligeledes blive offentliggjort løbende.

Periodevise statusoversigter

Periodevise offentliggørelser omfatter indikatordata, baseret på undersøgelser, aggregerede oversigter over egenrapporteringer (selvevaluering) og oversigter over akkrediteringer.

Egenrapporteringer opsamles en gang om året i samme tidsperiode for samme institutionstyper. Med henblik på offentliggørelse anonymiseres den enkelte sundhedsinstitutions egenrapporteringer, og den samlede aggregerede oversigt offentliggøres.

Periodevist opsamlede indikatordata (f.eks. patienttilfredshedsundersøgelser, tværsnitsundersøgelser) offentliggøres svarende til de fortløbende offentliggørelser af øvrige indikatordata.

Aggregerede oversigter over indikatordata ud fra fælles indikatorer samt oversigter over akkrediteringsresultater offentliggøres ligeledes periodevis.

Status i oversigtsform skal skabe overblik for sundhedsinstitutionerne og for offentligheden.

Sammenligninger

Kvalitetsmodellen bearbejder data til et sådant niveau, at der er mulighed for dels at offentliggøre samlede oversigter over alle data fra den enkelte sundhedsinstitution, dels at foretage direkte sammenligninger mellem sundhedsinstitutioner på de enkelte indikatorer på områder, hvor det er fagligt relevant.

Data vil blive bearbejdet, så de kan sammenlignes på enhedsniveau (f.eks. på sygehus-, afdelings- eller specialeniveau)

Forudsætningen for sammenligninger er, at data er tilstrækkeligt stabile og korrekte. Kun data, som er risikojusterede og aggregerede op til et tolkningsrobust niveau stilles til rådighed for offentliggørelse og sammenligning.

Begreber, definitioner og referencer

<i>Akkreditering</i>	Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller institutioner er kompetente til at udføre deres opgaver [2].
<i>ALPHA-programmet</i>	ALPHA-programmet, Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation, er udarbejdet af en international komite under ISQua, The International Society for Quality in Health Care. ALPHA omfatter bl.a. principper for sundhedsakkrediteringsinstitutioners udvikling af standarder [3].
<i>Audit</i>	Fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenet ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og skal afdække tilfredsstillende eller ikke-tilfredsstillende forhold [2].
<i>Egenvurdering</i>	En kort, systematisk vurdering af egen opfyldelse af niveau for samtlige relevante standarder [4].
<i>Indikator</i>	En målbar variabel, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten [2]. Til analytiske formål kan man skelne mellem struktur-, proces- og resultatindikatorer. I kvalitetsmodellen benyttes indikator om kvantificerbare variabler.
<i>Indikatorer, fælles</i>	Fælles indikatorer er nationale, obligatoriske indikatorer, hvor alle relevante sundhedsinstitutioner stiller data til rådighed for opsamling [4].
<i>Indikatorer, tilvalgte</i>	Indikatorer, der er tilvalgte, er et lokalt supplement til de fælles indikatorer [4].
<i>Indikatorgrupper</i>	En ”gruppering” af indikatorer består af én indikator, der forholder sig til kvaliteten af en aktivitet (primær indikator) og én eller flere indikatorer, der belyser mulige årsager til resultatet af primærindikatoren (sekundære indikatorer) [4].
<i>Indikatorer, primære</i>	Belyser resultatet eller indholdet af en given aktivitet/proces [4].
<i>Indikatorer, sekundære</i>	Belyser årsagsforklarende delresultater, processer eller bagvedliggende strukturelle årsagsforklarende forhold [4].
<i>Kliniske retningslinjer</i>	Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer [2].
<i>Kriterier</i>	Hver standard er bygget op af fire kriterier med tilhørende delkriterier. Disse kriterier omhandler en række konkrete krav til tiltag i den enkelte sundhedsinstitution, der enten er forudsætninger for høj kvalitet af sundhedsvæsenets aktiviteter eller fremmer kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet [4].

<i>Patientforløb</i>	Et patientforløb kan betragtes som en række delforløb, der tilsammen udgør et samlet patientforløb. Patientforløb kan bestå af et enkelt delforløb, hvor der kun er en enkelt kontakt imellem patient og sundhedsinstitution. Mere komplicerede og langstrakte patientforløb vil ofte bestå af en lang række delforløb. Delforløb kan forløbe parallelt og samtidigt i forskellige sektorer eller institutioner og/eller i forlængelse af hinanden [4].
<i>Selvevalueringer</i>	Systematiske vurderinger af en institutions aktiviteter og resultater, foretaget af institutionen selv [2].
<i>Standarder</i>	Standarder er sæt af forud definerede krav [5], der vedrører sundhedsydelser og aktiviteter [4]. Der skelnes mellem generelle forløbsstandarder, sygdomsspecifikke forløbsstandarder og organisatoriske standarder [4]. Standarderne udgør sammen med indikatorerne og vurderingerne det fælles grundlag for evaluering af kvalitetsforbedring og af kvaliteten [4].
<i>Standarder, generelle forløbsstandarder</i>	Vedrører generelle aktiviteter, der har direkte klinisk betydning for de enkelte patientforløb. Ved generelle forstås, at standarderne er gældende for de fleste patientforløb [4].
<i>Standarder, sygdomsspecifikke forløbsstandarder</i>	Forholder sig til aktiviteter, der er specifikke for afgrænsede patientgrupper, og som har direkte klinisk betydning for de enkelte patientforløb [4].
<i>Standarder, organisatoriske standarder</i>	Vedrører de bagvedliggende, tværgående organisatoriske aktiviteter, der er nødvendige forudsætninger for gode patientforløb [4].
<i>Strategiske aktiviteter</i>	Aktiviteter, der er særligt kritiske for den patientoplevede eller den faglige kvalitet [4]. Der udarbejdes standarder for de enkelte strategiske aktiviteter.
<i>Temaer</i>	Grupperinger af relaterede aktiviteter [4]. Der skelnes mellem temaer for generelle forløbsaktiviteter, sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter og organisatoriske aktiviteter [4].

[1] Sundhedsstyrelsen. Klassifikation af sygdomme. Systematisk del, 2. udgave, 1996.

[2] Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.

[3] The International Society for Quality in Health Care Inc. Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation; 2000.

[4] Begreber tilpasset behovene i Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet.

[5] Fra kommentarerne i Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.

Eksempler på standarder

I det følgende gives eksempler på standarder, sådan som de kan udformes af kvalitetsmodellen efter modelbeskrivelsen. De er baseret på udvalgte faglige anbefalinger fra kvalitetsprojekter, referenceprogrammer mv.

Eksempler på generelle forløbsstandarder

Patientinformation

Temaet patientinformation omfatter information, undervisning og vejledning af patienter og pårørende. Herunder vurdering af behov for information og informationsmaterialer.

Patienten modtager enslydende information

1. Standard:	Patienten modtager enslydende ² information om behandling.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle ambulante og indlagte patienter på sygehuse. Herunder også pårørende hvor det er relevant.
3. Formål:	At patienten modtager enslydende information mhp. at kunne opnå forståelse og handle adækvat i forhold til sin sygdom, behandling og forløb. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats i forhold til informationens indhold og intention i hele patientforløbets længde – uanset informationsvej.
4. Vejledning:	Det anbefales at: • Informationen, som gives af forskellige faggrupper – mundtligt som skriftligt – bør være enslydende. • Patienternes forudsætninger for at modtage information bør dokumenteres i patientjournalen mhp. på standardiseret vis, således at det kan sikres at patienterne modtager enslydende, forståelig information. • Indholdet af patientinformationen dokumenteres i patientjournalen. • Der udpeges en konkret informationsansvarlig medarbejder i alle afdelinger, der regelmæssigt vurderer informationspraksis. Endvidere kan enslydende information understøttes af, at der i afdelingerne udpeges kontaktpersoner med ansvar for tilrettelæggelsen af de konkrete patientforløb og for dermed for informationen.
5. Målinger:	Indikatorer: 1. Andel af journaler med dokumenteret information om primært ansvarlige for patientens behandling. 2. Andel af journaler der indeholder en plan for informationen, der skal gives. 3. Andel af patienter der vurderer at have modtaget enslydende mundtlig information fra sundhedspersonalet.

² = af samme indhold jf. Politikens Retskrivnings- og Betydningsordbog, 1999.

	4. Andel af patienter der vurderer at have modtaget overensstemmende mundtlig og skriftlig information. 5. Andel af patienter der vidste hvem de skulle henvende sig til med spørgsmål. Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter i alle kliniske afdelinger, der i praksis behandles svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser. 2. Vurdering af informationspraksis (herunder indhold, omfang og form) i alle kliniske afdelinger minimum én gang årligt. 3. Vurdering af journalføringspraksis i alle kliniske afdelinger mht. patientinformation minimum én gang årligt.
6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af enslydende information om behandlingen følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for information til patienter. Kriterie 3: Retningslinier for information er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af enslydende information.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 3

Medicinering

Temaet medicinering omfatter aktiviteter vedrørende gennemførelse og dokumentation af ordinationer, dispenseringer, administration og indgift af lægemidler.

Ordination af medicin

1. Standard:	Ordinationer af medicinsk behandling sker på en måde, så patienten modtager den påtænkte medicin.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle ambulante og indlagte patienter på sygehuse, hvor der ordineres medicin.
3. Formål:	At fremme sikker ordination af medicin. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats, der skal fremme entydighed, udførlighed og tilgængelighed af informationer om de konkrete ordinationer³.
4. Vejledning:	Det anbefales, at alle kliniske afdelinger anvendes et fælles medicin håndterings-system i form af en elektronisk løsning eller som et fælles medicinordination-sark/medicinadministrationsark. Herunder at: • Alle lægemiddelordinationer dokumenteres på en entydigt forståelig, tilgængelig og læselig form. • Alle lægemiddelordinationer skrives af den ansvarlige for ordinationen på ordinationsarket. • Den ordinerendes navn, dato og om fornødent klokkeslæt fremgår. • Mundtlige ordinationer anføres af den sundhedsperson som modtager ordinationen. • Indikationen for de enkelte ordinationer samt navnet på det ordinerede præparat fortsat noteres i journalen med henvisning til ordinations- og administrationsarket. • Arket er en del af journalen og opbevares efter patientens udskrivelse sammen med resten af journalen. • Ordinationer kan henføres til en ved CPR-nummer identificeret patient. • Ordinationer indeholder: ○ præparatidentifikation (handelsnavn og evt. generisk navn) ○ administrationsform ○ dosis (styrke, mængde og tidspunkt/interval, hvor relevant tillige infusionshastighed) ○ fastlæggelse af behandlingsvarighed, herunder seponeringstidspunkt for tidsafgrænset behandling
5. Målinger:	Indikatorer: 1. Andel ordinationer, der indeholder præparatidentifikation, administrationsform, dosis og dosering.

³ Med ordination menes besked om behandling (jf. klinisk ordbog). Det er et centralt led i medicineringsprocessen fra en given ordination påtænkes, til den videregives eventuelt mundtligt og endelig skriftligt og/eller elektronisk som udgangspunkt for medicinens dispensering og administration.

	Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter i alle kliniske afdelinger, der i praksis behandles svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser. 2. Vurdering af ordinationernes entydighed og udførlighed samt karakteristika ved fejl og årsager ved journalaudit minimum hvert kvartal i alle kliniske afdelinger.
6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af dokumentation af medicinordinationer følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for ordination af medicin. Kriterie 3: Retningslinier for dokumentation af medicin ordinationer er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af medicinordinationer.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 4

Administration af medicin

1. Standard:	Patienten modtager den ordinerede medicin.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle ambulante og indlagte patienter på sygehuse, hvor der administreres medicin
3. Formål:	At fremme sikker administration af medicin⁴. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats, der skal fremme den rette medicin, til rette tid, i rette dosis, i rette form, til rette patient.
4. Vejledning:	Det anbefales, at alle kliniske afdelinger anvender et fælles medicin håndterings-system i form af en elektronisk løsning eller som et fælles medicinordination-sark/medicinadministrationsark. Herunder at: • Patienten identificeres entydigt med navn og CPR-nummer før administration af medicin. • Indtagelsen af medicin påses. • Relevant observation for umiddelbare og langsigtede virkninger og bivirkninger foretages. • Patienter vurderes systematisk og standardiseret mhp. selvadministration af medicin • Selvadministration vurderes regelmæssigt mhp. sikkerhed og opfølgning. • Arbejdstilrettelæggelse i afdelingen sker under hensyntagen til rettidig og hensigtsmæssig administration af medicin.
5. Indikatorer:	Indikatorer: 1. Andel af patienter der vurderer at have fået udleveret ukorrekt medicin. Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter i alle kliniske afdelinger, der i praksis behandles svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser. 2. Vurdering af om arbejdstilrettelæggelsen sikre at medicin administreres rettidigt, eks. tidspunkt for indgift af parenteral medicin.
6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af administration af medicin følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for administration af medicin. Kriterie 3: Retningslinier for administration af medicin er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af administration af medicin.

⁴ Ved administration forstås enhver udlevering eller indgift af medicin uanset administrationsform.

7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 4
--------------------------	--

Overdragelse

Temaet overdragelse omfatter aktiviteter mhp. at skabe sammenhæng mellem flere samtidige eller relaterede patientforløb, hvor behandlingsansvar og informationer overdrages og deles organisatoriske enheder.

Information ved overflytning mellem afdelinger

1. Standard:	Relevante informationer videregives ved patientens overflytning.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle ambulante og indlagte patienter på sygehuse, hvor der sker en overdragelse eller deling af behandlingsansvar mellem afdelinger.
3. Formål:	At patientens forløb er sammenhængende med mindst mulig grad af informationstab ved overdragelse, således at patienten vurderer overdragelsen som koordineret. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats, der skal fremme entydig videregivelse af informationer mellem to afdelinger på samme eller til andet sygehus.
4. Vejledning:	Det anbefales, at der ved videregivelse af informationer mellem afdelinger sammen med patientens journal overdrages: • Et notat med oplysninger om patientens diagnose, forløb og hidtidige behandling. • En opdateret behandlingsplan med planlagte undersøgelser og plejeplan. • Oplysninger om patientens samlede medicinering. • At patienten og evt. pårørende er bekendt med årsager til overflytningen. • Oplysninger om hvem, der har været patientens kontaktpersoner. Der skelnes ikke i anbefalingerne mellem sengeafdelinger, ambulatorier eller andre tilsvarende organisatoriske enheder.
5. Målinger:	Indikatorer: 1. Andel af patientjournaler, der på tidspunktet for overflytning indeholder: - et notat til brug for den modtagne afdeling - opdateret behandlingsplan - oplysning om den samlede medicinering med oplysning om, hvem der var patientens kontaktperson i udskrivende afdeling 2. Andel af patienter der vurderer, at samarbejdet mellem sengeafdeling og ambulatorium er godt. 3. Andel af patienter der vurderer, at relevante informationer er videregivet mellem to sengeafdelinger. Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter i alle kliniske afdelinger, der i praksis behandles svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser.

6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af videregivelse af informationer mellem afdelinger følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for videregivelse af informationer mellem afdelinger. Kriterie 3: Retningslinier for videregivelse af informationer er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af videregivelse af informationer mellem afdelinger.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 3

Eksempler på sygdomsspecifikke forløbsstandarder

Apopleksi

Temaet apopleksi omfatter hjerneinfarkt (diagnosekode I63) og slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt (diagnosekode I64).

Udredning

1. Standard:	Patienten til observation for apopleksi modtager fyldestgørende udredning i forløbet.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle indlagte patienter til observation for akut apopleksi på sygehuse.
3. Formål:	At patienten til observation for akut apopleksi modtager tilstrækkelig og rettidig udredning, som grundlag for videre tilrettelæggelse af behandling. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats i forhold til planlægning og gennemførelse af alle diagnostiske aktiviteter indenfor patientforløbets første døgn samt på den klinisk anvendelse af undersøgelsesresultater.
4. Vejledning:	Det anbefales, at alle patienters udredning følger referenceprogrammet for apopleksi⁵ omfattende: • CT eller MR-scanning med konklusion udarbejdet af kvalificeret personale (eks. specialelæge i radiologi). • Bestemmelse af apopleksiens sværhedsgrad ved en standardiseret scoringsskala. • Udførelse af kardiologisk anamnese, hjertestetoskopi, ekg og eventuelt ekg-monitorering gennem et døgn. • Overvågning af temperaturen i den akutte fase af apopleksi. • Screening for dysfagi inden oral føde- eller væskeindtagelse. • Vurdering af ernæringsrisikoen ved standardiseret metode. • Optagelse af vandladnings- og afføringsanamnese for at forebygge urinretention og/eller obstipation. • Hos yngre patienter, hvor årsagen til apopleksien er uafklaret, bør der undersøges for mulig hyperkoagulabel tilstand og bindevævslidelser med vasculitis. • Ved neurologisk forværring eller ophobede TCI-tilfælde, bør der undersøges for mulige årsager såsom kardial embolikilde, blodtryksfald, dehydrering, aspiration, feber og infektioner.
5. Målinger:	Indikatorer: 1. Andel af patienter med akut apopleksi, der får udført CT eller MR scanning 2. Tid fra symptomdebut til diagnostisk CT/MR scannings-konklusion foreligger

⁵ Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for apopleksi, København 2003.

	3. Andel patienter, der får vurderet ernæringsrisiko Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter til observation for akut apopleksi på alle kliniske afdelinger, der i praksis behandles svarende til de faglige anbefalinger på området – minimum én gang årligt i alle kliniske afdelinger. Herunder klarlægning og vurdering af relevansen af motivationer for afvigelser fra de faglige anbefalinger på området.
6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af akut diagnosticering følges forløbende, og der foretages fortløbende indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for diagnosticering. Kriterie 3: Retningslinierne for diagnosticering er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af diagnosticering.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 4A.

Akut behandling

1. Standard:	Patienten modtager relevant akut behandling for apopleksi.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle patienter med akut apopleksi indlagt på sygehus.
3. Formål:	At patienten med akut apopleksi modtager relevant akut behandling. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats i forhold til planlægning, gennemførelse og opfølgning på relevant og rettidigt behandling indenfor patientforløbets første døgn.
4. Vejledning:	Det anbefales, at alle patienters akutte behandling følger referenceprogrammet for apopleksi omfattende: • ASA, dosis 150-300 mg efterfulgt af 75 mg dagl. bør gives ved akut apopleksi og TCI med start af behandling snarest og senest inden for 48 timer efter symptomdebut. • Intravenøs trombolyse med r-TPA anbefales til udvalgte patienter, såfremt det anvendes inden for tre timer efter debut af symptomer på akut iskæmisk apopleksi. Behandlingen bør registreres i SITS-MOST-protokollen. • Kirurgisk fjernelse af intracerebrale hæmatomer kan kun anbefales, hvis de skønnes at være livstruende. • Behandling af hyperglykæmi (blodsukker ≥ 10 mmol/l) med glukose-insulin-kalium-infusion kan anbefales ved akut iskæmisk apopleksi. • Alle patienter bør mobiliseres, så snart almentilstanden tillader det. • Ved sproglige og kognitive forstyrrelser bør der foretages udtømmende logopædiske og neuropsykologiske undersøgelser med henblik på prognose og planlægning af rehabilitering. Endvidere bør patienter indlægges hurtigst muligt på specialistafsnit, eks. apopleksiafsnit, med relevante personalegrupper og kompetencer til at forestå hurtig behandling.
5. Målinger:	Indikatorer: 1. Andel af akut indlagte patienter der dør indenfor 30 dage efter første indlæggelsesdag. 2. Andel af patienter med akut apopleksi, der indlægges på apopleksiafsnit inden 48 timer efter indlæggelsen. 3. Tid fra symptomdebut til indlæggelse på apopleksiafsnit med påbegyndt specialist behandling. 4. Andel patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren, der sættes i trombocythæmmerbehandling. 5. Andel patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, der sættes i antikoagulansbehandling.

	Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter med akut apopleksi i alle kliniske afdelinger, der i praksis behandles svarende til de faglige anbefalinger på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning og vurdering af relevansen af motivationer for afvigelser fra de faglige anbefalinger på området.
6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af den akutte behandling følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for akut behandling. Kriterie 3: Retningslinier for akut behandling er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af akut behandling.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 3.

Skizofreni

Temaet skizofreni omfatter nydiagnosticerede og kroniske (incidente og prævalente) patienter med diagnosen skizofreni (F20.0 til F20.9). Patienter indlagt i regi af børn- og ungdomspsykiatri er ikke omfattet af standarderne.

Fortløbende behandling

1. Standarder:	Patienten modtager relevant fortløbende behandling.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle ambulante og indlagte patienter med skizofreni på sygehuse.
3. Formål:	At patienten med skizofreni modtager relevant, rettidig og fyldestgørende fortløbende behandling. Standarden sigter på fortsat kvalitetsforbedring af den sundhedsfaglige indsats i forhold til planlægning, gennemførelse og opfølgning på relevant, rettidig og fyldestgørende behandling i hele patientforløbets længde.
4. Vejledning:	Det anbefales, at alle patienters behandling følger referenceprogrammet for skizofreni⁶ omfattende: • Farmakologisk behandling. • Psykosocial intervention, herunder psykoedukation og psykoedukativ familieintervention over mindst ni måneder. • Opsøgende psykoseteam, bl.a. specialiserede til patienter med førsteepisode-skizofreni. • Social færdighedstræning, f.eks. træning i gruppe eller i samfundet. • Kognitiv adfærdsterapi. • Psykodynamisk psykoterapi kan anvendes. • Miljøterapi som integreret del af indlæggelsesforløbet, med kontinuitet i relationen til behandlerne og mulighed for skærmning i et lille, velstruktureret miljø. • Kropslige behandlingsmetoder med fysisk træning mhp. at bedre den almene sundhed samt modvirke risikoen for overvægt netværksdannelse og afstigmatisering. • Psykosocial intervention hos børn og unge med psykoedukation og psykoedukativ familieintervention. Behandlingseffekten vurderes ved patientens funktionsniveau og psykopatologi regelmæssigt, minimum én gang årligt og ved udskrivningen.
5. Målinger:	Indikatorer: 1. Andel af skizofrene patienter, der er i regelmæssig kontakt med behandlingssystemet. 2. Andel af patienter, der får antipsykotisk medikamentel behandling.

⁶ Sekretariatet for Referenceprogrammer. Referenceprogram for Skizofreni, København 2004.

	3. Andel af patienter i antipsykotisk medikamentel behandling, der bliver undersøgt for bivirkninger. 4. Andel af patienter, der får en produktiv psykose. 5. Andel af patienter med en GAF funktionsscore på mindst 40 ved udskriving eller årlig vurdering. Vurderinger: 1. Vurdering af andelen af patienter med skizofreni i alle psykiatriske afdelinger, der i praksis behandles svarende til de faglige anbefalinger på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning og vurdering af relevansen af motivationer for afvigelser fra de faglige anbefalinger på området.
6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af behandlingen følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for behandling af skizofreni. Kriterie 3: Retningslinier for behandling er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af behandling.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 4.

Eksempler på organisatoriske standarder

Kvalitetsstyring

Temaet kvalitetsstyring omfatter ledelsesværktøjer, som anvendes i institutionens processer, så der til stadighed sker en målopfyldelse af det samlede kvalitetsniveau. Herunder organisering, uddannelse, overvågning og andre kvalitetsforbedringstiltag.

Kvalitetsorganisation

1. Standard:	Sygehuset har en kvalitetsorganisation, der igangsætter og følger kvalitetsudviklingen på alle niveauer.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle sygehuse.
3. Formål:	At fremme kvalitetsudvikling og læring i organisationen, og at kvalitetsudviklingen sker på tværs af organisationen. Standarden sigter på fortsat udvikling af de organisatoriske forudsætninger for kontinuerlig kvalitetsforbedring af sundhedsydelser med en passende kvalitetsorganisation, strategi og aktørinvolvering.
4. Vejledning:	Det anbefales, at sygehuset har etableret en fast og veldefineret kvalitetsorganisation til at fremme forankring, spredning, fremdrift og kontinuitet af kvalitetsforbedringerne i institutionen. Kvalitetsorganisationen bør være ledelsesforankret og omfatte repræsentanter fra alle organisatoriske niveauer, således at alle faggrupper i institutionen samlet set involveres, herunder også brugere og eksterne samarbejdspartnere. Indenfor kvalitetsorganisationen kan oprettes relevante fora (f.eks. udvalg eller evalueringsgrupper). Uddannelse af kvalitetsorganisationens medlemmer tilrettelægges lokalt. Kvalitetsorganisationen kan fremme arbejdet med at monitorere, synliggøre, harmonisere og forbedre kvaliteten i den enkelte sundhedsinstitution gennem: • Kontinuerlig overvågning og analyse af kvalitetsinformationer fra kvalitetsmodellen mv. • Samarbejde med eksterne samarbejdspartnere og tilsvarende institutioner i øvrigt med henblik på inspiration, læring, koordination og harmonisering af retningslinier. • Implementering og udvikling af en kvalitetsudviklingsstrategi indeholdende kvalitetsorganisationens sammensætning, opgaver og kompetenceområder, auditplan, indsatsområder på baggrund af audit, samt skitsere kvalitetsudviklingsmetoder på baggrund af indsatsområder. • Initiere og vedligeholde lokale retningslinier og fremme sammenhæng med eksterne retningslinier.
5. Målinger:	Vurderinger:

	1. Vurdering af om praksis er svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser. 2. Vurdering af om følgende foreligger med relevant tidssvarende indhold minimum én gang årligt – minimum én gang årligt: Strategi Indsatsområder Procesplan Retningslinier for læring fra eksterne kilder, indikator tilbagemeldinger mv. Auditplan Årsrapport
6. Kriterier:	Kriterium 1: Kvaliteten af kvalitetsorganisationen følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterium 2: Der forefindes retningslinier for kvalitetsorganisationen. Kriterium 3: Retningslinier for kvalitetsorganisationen er implementeret. Kriterium 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af kvalitetsorganisationen.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkreditering er til og med niveau 4.

Hygiejne

Temaet hygiejne omfatter etablering af infektionskontrol og gennemførelse af aktiviteter omfattende rådgivning, uddannelse, monitorering og tiltag mhp. minimering af infektionsrisiko.

Infektionsovervågning

1. Standard:	Sygehuset registrerer, analyserer og vurderer forekomsten af sygehusinfektioner.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle sygehuse.
3. Formål:	At fremme infektionsovervågning og reducere risikoen for sygehus erhvervede infektioner. Standarden sigter på fortsat udvikling af de organisatoriske forudsætninger, der skal fremme udbyttet af infektionsovervågningen og ved planlægning, gennemførelse og opfølgning på forebyggende tiltag.
4. Vejledning:	Det anbefales at: • Der på alle enheder og niveauer i sygehuset sker fortløbende overvågning af infektionsprævalens/incidens, inklusiv sygehusinfektioner af epidemisk karakter. • Overvågningen kan foregå kontinuert eller som hyppige regelmæssige stikprøver. • Resultaterne af overvågningen vurderes af en fast og entydig hygiejneorganisation på regionalt-, sygehus- og afdelingsniveau med henblik på ledelsesprioritering af mål- og indsatsområder. • Hygiejneorganisationen bør endvidere initiere forebyggende tiltag, herunder uddannelse, og opfølgning på effekten af ledelsesinitiativer.
5. Målinger:	Indikatorer: Nøgleinfektioner: 1. Andel af KAD patienter med sygehus erhvervet UVI. 2. Andel af opererede patienter (udvalgte operationstyper) med postoperative sårinfektioner. 3. Andel af indlagte patienter med sygehus erhvervet bakteriæmi. Epidemioovervågning: 4. Antal patienter per afdeling per tidsenhed med MRSA infektion 5. Antal patienter per afdeling per tidsenhed med sygehus erhvervet Legionel- lainfektion 6. Antal patienter per afdeling per tidsenhed med sygehus erhvervet viral gastroenterit. Vurderinger: 1. Vurdering af om praksis er svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser.

6. Kriterier:	Kriterie 1: Forekomsten af sygehusinfektioner følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for infektionsovervågning. Kriterie 3: Retningslinier for infektionsovervågning er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af infektionsovervågning.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkreditering er til og med kriterie 4.

Dokumentation og dokumentstyring

Temaet dokumentation og dokumentstyring omfatter sikkerhed, opbevaring, anvendelse og journalføringspraksis relateret til journalmateriale og administrative informationssystemer.

Journalføring

1. Standard:	Patientjournalen ⁷ er egnet til journalføring i klinisk sammenhæng.
2. Målgruppe:	Standarden er gældende for alle sygehuse.
3. Formål:	At patientjournalens opbygning tilgodeser hensigtsmæssig, entydig, relevant og fyldestgørende journalføring. Standarden sigter på fortsat udvikling af de organisatoriske forudsætninger, der skal fremme opbygning, form og indhold i patientjournalen.
4. Vejledning:	Det anbefales, at der kun forefindes én patientjournal for hver patient og alle journaler i sygehuset opbygget over en fælles skabelon der benyttes af alle faggrupper. Der bør forefindes en fast og entydig dokumentationsorganisation/-udvalg, der forestår systematisk overvågning, formidling og forbedring af patientjournalernes indhold og udformning på afdelings- og sygehusniveau. Det anbefales at der er fælles dokumentationskrav der bl.a. vedrører: • hvem der må indføre notater i journalen • i hvilken grad patientkontakter skal journalføres • hvad der som minimum skal være indeholdt i den indledende faglige vurdering og behandlingsplan for forskellige faggrupper • anvendelse og kontrol af diagnosekoder • hvorledes information og vejledning til patienter journalføres • hvorledes patienters samtykke skal journalføres • tid fra indtaling på bånd til overførsel til journalen • indhold i udskrivningsrapport til primær sektor
5. Målinger:	Vurderinger: 1. Vurdering af om praksis er svarende til anbefalingerne på området – minimum én gang årligt. Herunder klarlægning af motivationer for afvigelser. 2. Vurdering af sundhedsfaglig journalkomplethed minimum hvert kvartal. 3. Vurdering af overensstemmelse mellem patienternes oplevede problemstillinger i relation til behandling, pleje og rehabilitering og de journalførte problemstillinger minimum én gang årligt.

⁷ Ved patientjournalen forstås de notater som sundhedsfaglige personer fører med henblik på varetagelse af behandling, pleje og rehabilitering udført af sundhedsfagligt personale.

6. Kriterier:	Kriterie 1: Kvaliteten af journalføringen følges fortløbende, og der foretages indsamling af data for ovenstående indikatorer og dokumenteret gennemførelse af vurderinger. Kriterie 2: Der forefindes retningslinier for journaldokumentation. Kriterie 3: Retningslinier for journalføring er implementeret. Kriterie 4: Der forefindes processer, der sikrer systematisk og fortløbende forbedring af journalføring.
7. Akkrediteringsniveau:	Tilfredsstillende niveau til opnåelse af akkrediteringsanerkendelse er til og med kriterie 3