

Notat fra workshop om standard 1.1.6, 1.6.2 samt 1.1.5 den 26. maj 2011 i forbindelse med udvikling af 2. version af DDKM for sygehuse

Workshoppen havde 12 deltagere og blev faciliteret af specialkonsulent Karen Riisberg. Dagen var struktureret med opstart i plenum, hvorefter deltagerne drøftede specifikke spørgsmål i tre runder af gruppearbejde. Workshoppen afsluttedes med opsamling af de samlede anbefalinger til den kommende redigering af standarderne.

I det følgende er en opstilling af væsentlige pointer fra workshoppen.

Gruppearbejde I – identifikation af eventuelle overflødige områder i standarderne samt væsentlige mangler

Ønske om at 1.1.6 deles op i flere emner/standarder.

Standard 1.1.5 Datasikkerhed og fortrolig bør ikke være med i den gruppe, idet det handler om IT-sikkerhed vedrørende de personhenføre data.

Vare-, mad-, og medicinleverancer virker malplaceret.

Man kunne evt. stille krav om, at organisationen finder ud af, om der er lovstof, de skal kende

Der mangler et krav om at sygehuset skal sikre, at de tekniske forsyninger understøtter funktionen (passer bygninger/lokaler til sit formål?).

Ønske om øget fokus på proaktiv risikostyring – sikkerhed for patienter og personale

Mangel på P-pladser er et stort problem. Kunne evt. være et punkt under adgangsforhold. Dotten om skiltning burde flyttes til adgangsforhold. Evt. tilføjelse af snerydning. Ved adgangsforhold kunne man skelne mellem logistik og sikkerhed.

Kommunikationssikkerhed bør nævnes eksplicit i forbindelse med forsyninger (standard 1.6.2)

En måde at dele standarderne op kunne være, at skelne mellem almindelig drift (de tekniske afdelinger) og så akutte situationer, hvor forsyninger svigter/katastrofer (her skal klinikerne vide, hvad de skal gøre). Mest hensigtsmæssigt, hvis standarderne kun har en målgruppe.

Man bør evt. skelne mellem interne opgaver for de tekniske afdelinger, og så samarbejdet med resten af sygehuset.

Standard 1.1.5 kunne godt indeholde noget om at minimere risiko for it-nedbrud, og stillingtagen til hvis it er "nede", samt krav til informationskritiske forsyninger.

Gruppearbejde II – Giver retningslinjer vs. planer anledning til forskellig fortolkning? Bør forebyggelse og proaktiv risikostyring have større andel i standardopfyldelsen?

Der er forskellig opfattelse af, hvad der ligger i "planer". Enighed om, at der foretrækkes "retningslinjer".

Det er vigtigt med ensrettet terminologi

Ved anskaffelse af nyt, kunne der stilles krav om risikovurdering.

Man bør anvende historik i risikovurdering. Hvordan kan vi lære af hinanden, anvende viden fra andre og udvikle best practice?

Hvor omfattende skal en risikovurdering værre? Det vil nok være godt med en afgrænsning

Gruppearbejde III – De nye standarder i 2. version

Datasikkerhed (standard 1.1.5) bør have standard for sig selv.

Enighed om at rengøring bør tages ud af 1.1.6 og flyttes til Hygiejne. Tekniske maskiner med formål om øget hygiejne er i forvejen der. Desinfektion og sterilisation hører hjemme under Hygiejne.

Der skal i standarderne stilles krav til klar ansvarsfordeling

Gruppe 1's forslag til ny gruppering:

Fokus på proaktiv risikostyring, evt. krav om plan for sikkerhedsrundering.

Fysiske rammer og sikkerhed

- Lokalers indretning og egnethed
- Adgangsforhold, skiltning
- Tyveri/indbrud
- Ny- og ombygninger, herunder risikovurdering
- Opbevaring af rent linned, sterile varer, medicin

Brand, security, beredskab

- Forebyggelse af brand (uddannelse, forebyggelse, bekæmpelse, kontrol)
- Internt beredskab
- Eksternt beredskab
- Overfald

Miljø

- Affaldshåndtering
- Håndtering og bortskaffelse af kemikalier
- Spildevand
- Urent linned
- EMC (mobiltelefoni)

Forsyningsikkerhed

- Varer, mad
- It og kommunikation

Kritiske patientnære, tekniske forsyninger

- lokale retningslinjer for nedbrud



Gruppe 2's forslag til ny gruppering:

Affaldshåndtering



Håndtering af kemikalier

Brandsikkerhed

- Forebyggelse
- Flugtplaner/Evakuering
- Uddannelse

Adgang, sikkerhed og tilgængelighed

- Tyveri
- Vold/overfald
- Skiltning
- Adgangskontrol

Fysiske rammer

- Forbedringer
- Egnethed
- Vedligeholdelse
- Forholdsregler ved ombygning

Forsyninger

- Teknisk drift og vedligehold
- Varer (mad og medicin)
- It og kommunikation (infrastruktur)

Gruppe 3's forslag til ny gruppering:

Fysiske rammer og vedligehold

Tekniske forsyninger

Øvrige forsyninger (Varer, kost, affald, i tvivl om medicin hører hjemme her)

Brand

Notat fra workshop – anvendelse af kvalitetsdata den 6. juni 2011 til 2. version af DDKM akkrediteringsstandarder for sygehuse.

Workshoppen havde 17 deltagere og blev faciliteret af Professor, ledende overlæge ph.d. Jan Mainz. Dagen var struktureret med opstart i plenum, hvorefter deltagerne drøftede specifikke spørgsmål i tre runder af gruppearbejde. Workshoppen afsluttedes med opsamling af de samlede anbefalinger til den kommende redigering af standarderne.

I det følgende er en opstilling af væsentlige pointer fra workshoppen.

Gruppearbejde I: Principper for kvalitetsovervågning.

Godt med en bred vifte af monitoreringsmetoder, men man skal vide hvad man kan forvente af de forskellige metoder.

Kvalitetsovervågning kan deles i tre kategorier:

1. Områder hvor det giver mening med specificerede metodekrav.
2. Områder med større grad af metodefrihed
3. Standarder hvor der ikke er overvågning på trin 3 og 4.

Dermed bliver det mere stringent hvilke metodekrav, der skal stilles, og hvor de skal stilles.

Diskussion om kontrol versus læring. DDKM indeholder naturligt elementer af kontrol, men det er vigtigt at bevare det lærende perspektiv.

God ide med obligatoriske kvalitetsovervågninger.

Der er ønske om fortsat krav om journalaudit, men med større fleksibilitet dvs. ikke alle spørgsmål skal indgå i alle journalaudit.

En kvalitetsplan skal udarbejdes af ledelsen. Denne skal fastsætte metoder til kvalitetsovervågning.

Gruppearbejde II: Metodisk bunden metode versus valgfri samt størrelse af journaludtræk. Er det muligt med en generisk formulering af trin 3 og 4?

Metodisk bunden metode versus valgfri:

Ved metodisk bunden overvågning, bør der være en beskrivelse af metoden.

Ved valgfri overvågning, skal der være en beskrivelse af hvilke standarder der hører ind under denne kategori, samt en vejledning hvor forskellige overvågningsmetoder er forslået. Ledelsen skal i en kvalitetsplan beskrive de metoder, der skal benyttes.

Ved valgfrie områder bør der på trin 3 være krav om en beskrivelse af, hvilken monitorering man har valgt og hvorfor.

På trin 4 skal man gå fra handleplaner til dokumentation, f.eks. monitorere på processen og udvikling af handleplaner eller udvikling af evt. "NIP-tal."

Journalaudit:

To grupper argumenterede for, at journalaudit opretholdes som nu, dog med en gennemgang og revidering af auditspørgsmålene.

De to andre grupper argumenterede for et journalauditkoncept, hvor man selv må bestemme hvilke områder der ønskes audit på, og hvilke spørgsmål. Evt. enkelte faste spørgsmål, men hvad er udvælgelseskriterierne?

Udtræk til journalaudit bør forblive en stikprøve på 20 journaler. 10 % udtræk er mere stringent men aktuelt urealistisk. I fremtiden med udbredelse af elektronisk patientjournal samt elektronisk udtræk kan de 10 % atter overvejes.

Enkelte journalauditspørgsmål omhandler overgange. Her bør der opstartes et samarbejde med f.eks. kommunerne.

Generisk standard / generisk formulering:

Kvalitetsovervågning på nationale krav bør fortsætte, men det vil være hensigtsmæssigt med en generisk formulering af monitorering.

God idé at bringe de kliniske standarder tættere sammen, dvs. samle standarderne: 1.2.5: Anvendelse af kliniske retningslinjer, 2.3.1: Pakkeforløb, samt en generisk formuleret sygdomsspecifik standard.

DDKM bør desuden indeholde notat om, hvad der skal gøres for at sikre kvalitetsudvikling for patientgrupper, hvor der ikke eksisterer en database.

Gruppearbejde III: Vurderingsprincipper ved indførelse af valgfrie områder.

Der skal foreligge en kvalitetsplan udfærdiget af ledelsen, hvor de har taget stilling til kvalitetsovervågningsmetoder. Her kan surveyor se, hvad sygehuset vil vurderes på.

Standard 1.2.3 kan uddybes til at indeholde metoder.

Hvis en surveyor ikke kender de gængse kvalitetsovervågnings metoder, skal de have undervisning i dem. Og så handler det om kommunikation og spørgeteknik.

IKAS opfordres til at udarbejde en oversigt over metoder / en værktøjskasse samt stille minimumskrav til metoder.

Anbefalinger.

Bibeholde flere principper for kvalitetsovervågning.

A series of color swatches at the top of the page: a light blue square, a light grey square, a light green square, and a light blue square. Below these, there are two more light green squares and one light blue square, each followed by a line of text.

Kvalitetsovervågning kan inddeles i 3 grupper.

Ingen entydig holdning til metodisk bunden versus valgfri metode.

Ønsker at bibeholde journalaudit som metode med en stikprøve på 20, men ikke entydig holdning til udformningen af journalaudit (uændret faste indikatorer med journalauditkrav eller valgfrihed)

Generisk formulering af kvalitetsovervågning på nationale krav.

De kliniske standarder skal bringes tættere sammen.

Ved indførelse af valgfrie områder, skal standard 1.2.3 uddybes til at indeholde metoder, ledelsen vil benytte som kvalitetsovervågning.

Notat fra workshop om risikostyring den 16. juni 2011 i forbindelse med 2. version af DDKM for sygehuse

Workshoppen havde 15 deltagere og blev faciliteret af overlæge Birgit Viskum. Dagen var struktureret med opstart i plenum, hvorefter deltagerne gennemførte en "Byt og lyt" runde. Herefter holdt Erik Hollnagel et oplæg om tilgange til risikostyring og sikkerhed. Efterfølgende drøftede deltagerne specifikke spørgsmål i gruppearbejde. Workshoppen afsluttedes med opsamling af de samlede anbefalinger til den kommende redigering af standarderne.

I det følgende er en opstilling af væsentlige pointer fra workshoppen.

Byt og lyt

Følgende emnegrupper blev taget op:

- Patient/pårørende perspektivet:
 - Patientinvolvering
 - Patient og pårørende rapportering af UTH
 - Patientombuddet
 - Dialogsamtaler i forbindelse med klagesager
 - Værdi og patienter
 - Proaktivitet – sikkerhedsrunder
 - Sammenhæng på tværs i patientforløb
 - Identifikation af særlige risikoområder f.eks. kemoterapi
- Monitorering:
 - UTH-indikatorer bør udgå
 - Mønstre og tendenser skal gennemtænkes
 - Hyppeghed af kvalitetskontrol
 - Global Trigger Tool
 - Ris-Ros, egne patienttilfredshedsundersøgelser
- Udformning af standarder:
 - Konkretisering af trin 3
 - Krav om definition af kriterier for prioritering af risikoområder
 - Klarhed, "skal kunne se sig i opgaver/standarder"
- Fokus på det der går godt:
 - Mere fokus på læring
 - Fokus på det gode

Gruppearbejde

Opbygning af gruppearbejde:

- a) Brainstorm over temaer/emner i version 2 evt. version 3
- b) Temaerne struktureres og prioriteres:
 - Relaterede temaer
 - Prioritering - version 2

- version 3

- c) Fokus på temaer til version 2:
konkretiserer opgaver
mål og midler

Gruppe 1:

TEMA 1: Balanceret forhold mellem "det gode" og "det negative" (version 2)

Ved at foreslå anerkendende tilgang samt bedst practice som perspektiv i en standard, kan man opnå øget fokus på "det gode" og derved opnå et mere balanceret forhold mellem "det gode" og "det negative".

Der skal også tages hensyn til patientens perspektiv via patient/pårørende involvering.

At indføre "det gode" er som et paradigmeskift, og man er nødt til at tage højde for kulturen i sundhedsvæsenet – forskellige faggrupper; selvforståelse og "kontrollfreak"

TEMA 2: Metoder til at fokusere på "det gode" (version 3)

I 2. version er man, jævnført ovenstående begyndt at arbejde lidt med "det gode". I 3. version skal der udarbejdes metoder til at fokusere på "det gode". Det kunne f.eks. være case study, narrativer eller analyser ved hjælp af proceskort.

TEMA 3: Fokus på højrisiko-områder (version 2)

Der ønskes en definition af højrisikoområder, definitionen kan være en inkludering eller afgrænsning.

Der kan evt. være tale om prædefinerede områder eller selvdefinerede områder, dette da der er stor forskel fra afdeling til afdeling.

Der skal også tages stilling til om der ved højrisikoområder er tale om "farlighed" eller "hyppighed". Arbejder man med farlige områder dagligt er det måske ikke så farligt som et område man fx berør en gang hvert andet år.

Der skal desuden forgå vidensdeling og benyttes fælles løsninger.

TEMA 4: Mere konkrete anvisninger (version 2)

Der ønskes flere konkrete anvisninger i version 2, det kan f.eks. være flere eksempler eller vejledninger. Der skal være en balance så eksemplerne/vejledningerne ikke virker formynderiske.

TEMA 5: Forskning (version 2 + 3)

Der ønskes et mere eksplicit krav om forskning. I 2. version kan der på trin 3 opfordres til, at den anvendte metode senere kan benyttes til forskning. I version 3 er der ønske om en standard om forskning.

Gruppe 2:

TEMA 1: Risikostyring skal være tænkt ind i alle standarder (version 3)

Risikostyring bør ideelt set indgå i alle processer. I version 3 kan standarden om risikostyring måske udgå, da det bør afspejles i alle de øvrige standarder.

TEMA 2: Risikostyring på tværs af sektorer – risikostyring i patientforløbet (version 2)

Måske er det muligt at have fælles standarder for hele sundhedsvæsenet, en Dansk Kvalitetsmodel der rummer alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Standarden skal lægge op til at man skal organisere risikostyring på en måde, så man har sikre patientforløb, f.eks. for kronikere og kræftpatienter.

I standarden skal man benytte kvalitetscirklen: plan, do, study, act

Målet i standarden skal være: Der skal vises hvordan!

Der skal vises risikostyring

Der skal vises ledelse + opfølgning

I forhold til effekt, skal organisationen gøre sig overvejelser om succeskriterier. Hvad vil vi opnå?

TEMA 3: Større fokus på læring af patientskader (kunne integreres i 1.2.4) (version 2)

En standard for læring – både UTH + skader på patienter.

- Der skal systematisk samles viden om patientskader
- Der skal være tiltag på baggrund af: national viden; forskning; fælles erfaringer
- Forpligtelse til at drage fælles læring i en organisation (1.2.4)

TEMA 4: Metodefrihed / effektmåling

Der ønskes metodefrihed. Men samtidig ønskes effektmåling, er der effekt af det vi gør?

Der skal være tydelig ledelsesinvolvering og ledelsesansvar.

Gruppe 3:

TEMA 1: Standard for risikovurdering (proaktivt og reaktivt) (version 2)

Standard 1.2.8 (Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelse) sammenskrives med standard 1.2.6 (Risikostyring). Standarden skal sikre mangfoldighed af input til i risikovurdering: Læringsperspektivet og det proaktive skal være mere tydeligt.

Er der behov for at "mønstre og tendenser" bruges i standarderne? Der er usikkerhed om definitionen, er det fx kvalitativt/kvantitativt.

Alvorlig hændelse, der kræves dybdegående analyse er ikke defineret. Skal der være krav om, at man definere lokalt hvornår der er, hvornår man reagere med det samme og hvornår man laver aggregerende analyser?

Der ønskes metodefrihed, hvad angår analysemetoder. Der bør tages stilling til, om Global Trigger Tool skal indskrives (gruppen ikke enig om dette).

Ledelsesforankring af patientsikkerhedsarbejde, det skal være mere synligt. Sikre at det er tilstrækkeligt repræsenteret på ledelsesniveau, evt. nævne patientsikkerhed i forhold til kvalitetsorganisationen.

TEMA 2: Standard for risikostyring (version 2)

Ud over standard om risikovurdering kunne der være en standard om risikostyring. Omdrejningspunktet bør være risikostyring gennem kvalitetscirklen (PDSA)

TEMA 3: Læring – er viden overførbart og monitorering af synlighed og effekt af patientsikkerhed i organisationen (version 3)

Kan man benytte konklusioner fra en afdeling/sygehus og overføre dem med sammen resultat på en anden afdeling/sygehus

Har synlighed en effekt på patientsikkerheden i organisationen?

Opsamling

Der er behov for begrebsafklaring: Hvad er: risikostyring, risikokontrol, risikovurdering

De 3 perspektiver: - skade: det der er gået galt

- risiko: det der kan gå galt

- sikkerhed

Vi skal vide hvor vi er, og hvor vi vil hen. Men fokus bør være på hvad vi gerne vil opnå.

I version 2 ønskes metodefrihed. Samtidig er der behov for at have gode metodebøger liggende ved siden af DDKM – IKAS skal ikke skrive disse metodebøger.

En af metoderne i risikostyring er utilsigtede hændelser. Disse bør nedtones, dvs. UTH-indikatoren i de enkelte standarder kan udgå

Specifikke krav skal give mening lokalt inden de gøres nationale.

Hvad skal fokus være – kontrol kontra læring. Det skal være et krav, at organisationen skal lære af deres skader.

Ledelsesinvolvering er vigtig. Men det skal måske ikke nævnes eksplicit i standarden, det fremgår af ledelsesstandarderne.

Notat fra workshop om samarbejde med primærsektoren den 09.06.11 i forbindelse med udvikling af 2. version af DDKM for sygehuse

Workshoppen havde 14 deltagere og blev faciliteret af sundhedsfaglig chef Preben Cramon. Dagen var struktureret med opstart i plenum, hvorefter deltagerne drøftede specifikke spørgsmål i tre runder af gruppearbejde. Workshoppen afsluttedes med en opsamling.

I det følgende er en opstilling af væsentlige pointer fra workshoppen:

Forslag om at IKAS' tanker om at udvide grundskabelonen med en vejledning kan ske ved at udvide feltet 'Formål' til også at indeholde "hensigten med/ånden bag" standarden.

Gruppearbejde 1 – Hvordan forbedres samarbejdet mellem privathospitalerne og primærsektoren?

Aktørerne (offentlige sygehuse og privathospitaler) skal agere på lige vilkår. Både hvad angår henvisninger og epikriser.

Udgangspunktet bør være, hvad der gavner patienten.

Der bør være en form for sundhedsaftaler mellem privathospitaler og kommuner, indeholdende de elementer, der er relevante.

Samarbejdet mellem parterne bør evalueres på trin 3, så der udføres en formel / systematisk evaluering af samarbejdet. Det kunne eventuelt medføre en bedre vurdering under survey, hvis evalueringen er baseret på data.

Oplysningerne til sygehusene skal være de samme uanset om behandlingen foregår på offentligt sygehus eller privathospital sådan at fx indikationen for en operation er ens.

Privathospitalerne bør kunne stille krav om oplysninger om patienterne fra kommuner, rehabiliteringscentre o.a.

Krav til oplysninger fra sygehusene skal ligeledes være de samme, fx varsling til kommune inden udskrivelse. Privatsygehusene skal således også sende epikrise til den praktiserende læge.

Kvalificering af henvisninger og epikriser kan ske via fora med praksiskonsulenter. Privathospitalerne har ikke umiddelbart sådanne fora. Der skal være en klar beskrivelse af, hvad der som minimum skal foreligge af oplysninger.

Forslag om at brede standard 2.17.4 Information ved overflytning mellem enheder og institutioner ud til også at omfatte overflytninger forskudt i tid, fx hvor patienten har været hjemme efter ophold på privathospital og indlægges på offentligt sygehus. Herved vil fokus være på hele patientforløbet.

Gruppearbejde 2 – Hvad er tilstrækkelig information i en henvisning?

Henvisningen bør kobles til patientforløb, dvs. standarderne om udredningsforløb og pakkeforløb.

Forslag om tilføjelse af undersøgelse i dot 1 i formålet, så det er stringent med standardordlyden, der både omfatter undersøgelse og behandling. Desuden forslag om omformulering af dot vedr. psykiatriske patienter, idet dette er dækket af informeret samtykke.

Særlige undersøgelseskrav inden henvisning skal fremgå af retningslinjerne, mens resultaterne af den praktiserende læges iværksatte undersøgelser skal fremgå af henvisningen. Undersøgelser inden henvisning bør udføres og anvendes for at minimere omkostninger (undgå dobbeltundersøgelser).

Sygehusene/privathospitalerne skal i retningslinjerne beskrive, hvad de ønsker i forhold til de enkelte dotter i trin 1. Og de skal således også forholde sig til, om alle dotter er relevante. De der skal modtage henvisningerne skal specificere, hvad disse skal indeholde.

Skal der evt. i en henvisning stå noget om den praktiserende læges anbefalede behandlingsniveau?

Man kunne stille krav om, at manglende oplysninger i en henvisning skal fremsendes inden en tidsfrist. Alternativt at henvisningen returneres ved mangelfuld udfyldelse. Dette kræver en klar præcisering af, hvad henvisningen som minimum skal indeholde til sikring af et optimalt patientforløb. Tilsvarende skal der stilles krav om hvilke oplysninger, der skal som minimum skal foreligge ved bestilling af tilsyn på sygehuset.

Fælles Akutmodtagelser (FAM) bør indtænkes.

Ved udvidelse af feltet 'formål' vil det i denne standard give mening at nævne sundhedsaftaler og patientforløb.

Trin 3 kunne indeholde en evaluering af retningslinjerne og brugen heraf sammen med primærsektoren. Evalueringen kan baseres på gennemgang af henvisninger. Eventuelt med fokus på henvisninger af dårlig kvalitet, tilgængelighed eller returnerede henvisninger.

Audit på tværs af sektorer vil give et kvalitetsløft af samarbejdet mellem sektorerne.

Gruppearbejde 3 – Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten. Ny standard for udskrivelse?

Hvis der udarbejdes en ny standard om udskrivelsesplanlægning kan 2.17.2 og 2.17.3 (en gruppe foreslår også 2.17.1) eventuelt indeholdes i den. Der skal dog ikke ske reduktion i kravene.

Sundhedsaftalerne skal indtænkes.

Udgangspunktet bør være inddragelse af patienten i hele patientforløbet, og ikke kun i forbindelse med udskrivelsen.

Inddragelse af pårørende hvor relevant bør nævnes.

Det der skal ske efter indlæggelsen planlægges under hele indlæggelsesforløbet.

I forbindelse med udskrivelse bør der være krav om, at patienten får information om, hvor han/hun kan henvende sig ved eventuelle komplikationer.

Kommunen skal være klar til at modtage patienten (krav om varsling hvor relevant)

I forhold til KRAM-faktorerne sker opfølgningen i de fleste tilfælde hos kommune eller praktiserende læge. Der skal på sygehusene være fokus på KRAM-faktorerne, hvor det er relevant. Det bør overvejes i hvert enkelt tilfælde. Men hvad gøres, hvis det ikke umiddelbart har sammenhæng med diagnosen (patienten kan ikke nødvendigvis forstå hensigten, hvis der ikke er sammenhæng)? Der er i sundhedsvæsenet muligvis brug for en ændring i tilgang til KRAM-faktorerne.

Krav om udvidelse af medicinafstemning til at omfatte egentlig medicingennemgang kan ske i standard 2.9.4 Medicinafstemning.

Man kunne tilføje udskrivelsessamtale i standarden om vigtige samtaler med patienten.