



Institut for Kvalitet  
og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet

Olof Palmes Allé 13, 1. th.  
8200 Aarhus N  
[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)  
T: 8745 0050



## Referat fra bestyrelsesmøde

**Sted:** IKAS, mødelokale 2

**Dato:** 4. september 2012

**Tid:** Kl. 9-12

### Deltagere

Vagn Nielsen (formand)  
Lisbeth Nielsen (suppl.)  
Jens Elkjær (næstformand)  
Erling Friis Poulsen  
Inge Kristensen (suppl.)  
Birthe Søndergaard  
Helle Krarup (SUM)  
Bent Wulff Jakobsen  
John Erik Pedersen

### Fra IKAS

Jesper Gad Christensen  
Carsten Engel

### I pkt. 428/11 deltager:

Formand Jesper Poulsen  
Næstformand Anna Guttesen  
Næstformand Per Østergaard Jensen

### Afbud

Svend Hartling  
Søren Brostrøm  
Lone Christiansen

- 
- Pkt. 419/12** Meddelelser ved bestyrelsesformanden
- Pkt. 420/12** Budgetopfølgning pr. 15. august 2012
- Pkt. 421/12** Videreudvikling af surveykoncept
- Pkt. 422/12** Udfordringer i apotekssurveyorkorpset
- Pkt. 423/12** Opfølgning på ISQua akkreditering af IKAS
- Pkt. 424/12** Håndtering af akkreditering i forbindelse med større organisationsændringer i en akkrediteret institution
- Pkt. 425/12** Forslag til strategisk plan for IKAS 2012 - 2015
- Pkt. 426/12** Forskningsstrategi for IKAS
- Pkt. 427/12** Orientering om midtvejsbesøg
- Pkt. 428/12** Fælles drøftelse med akkrediteringsnævnets formandskab
- Pkt. 429/12** Revision af akkrediteringsnævnets vedtægter
- Pkt. 430/12** Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet
- Pkt. 431/12** Gensidig orientering
- Pkt. 432/12** Eventuelt




Den Danske  
Kvalitetsmodel

A collection of decorative colored squares in the top left corner: two light blue squares, one light grey square, one light green square, and one medium blue square.

**Bilagsoversigt:**

Bilag til pkt. 420/12	Budgetopfølgning pr. 15.08.2012 med forventet regnskab 2012
Bilag til pkt. 423/12	Bilag 1 - Notat vedrørende bestyrelsens rolle i forhold til IKAS Bilag 2 - Notat (af juni 2011) om resultat og mulig opfølgning af ISQua's akkreditering af IKAS i 2011
Bilag til pkt. 424/12	Politik for håndtering af større organisationsændringer i institutioner, der deltagere i DDKM
Bilag til pkt. 425/12	Strategisk plan for IKAS 2012 - 2015
Bilag til pkt. 426/12	Udkast til forskningsstrategi for IKAS 2012 - 2015
Bilag til pkt. 429/12	Akkrediteringsnævnets vedtægter - revision august 2012
Bilag til pkt. 430/12	Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet - 2. kvartal 2012

A decorative graphic consisting of several squares in light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern in the top left corner of the page.

**Punkt 419/12:**

**Meddelelser ved bestyrelsesformanden**

A decorative graphic consisting of two squares, one light green on top and one light blue on the bottom, positioned to the left of the text.

**Bestyrelsesformand Vagn Nielsen orienterede om, at han og IKAS' ledelse har aftalt møde den 27. september 2012 med Lægeforeningens formand samt formanden for FAS med henblik på at drøfte fremtidige samarbejdsmuligheder.**

A decorative graphic consisting of several squares in light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern.

**Punkt 420/12:**

A single light green square.

**Budgetopfølgning pr. 15. august 2012**

Opfølgning på budget pr. 15. august 2012 forelægges.

A vertical stack of two squares: a light green square on top and a light blue square on the bottom.

**Indstilling:**

Til orientering

**Bilag:**

Budgetopfølgning pr. 15.08.2012 med forventet regnskab 2012

**Beslutning:**

**Budgetopfølgningen blev taget til efterretning.**

**Punkt 421/12:****Videreudvikling af surveykoncept**

Første akkrediteringsrunde er ved at være gennemført for både sygehuse og apoteker. På baggrund af de erfaringer, som er indkommet via spørgeskemaer, udsendt efter hvert survey til institutioner og surveyors, andre tilkendegivelser fra institutioner og surveyors og via IKAS' deltagelse som observatør i surveys, har ledelsen identificeret en række punkter, hvor surveykonceptet med fordel kan videreudvikles.

De identificerede problemstillinger har været drøftet med akkrediteringsnævnets formandskab og på et møde med de ledende sygehussurveyors den 24. august 2012.

Ud fra disse overvejelser og drøftelser kan man opstille følgende overordnede principper for en videreudvikling af surveykonceptet:

- A. Dokumentgennemgang bør fylde en mindre del af den eksterne survey on site. Dette kan fx opnås ved
  - præcisering af forventningerne: Det er – som hidtil – ikke tanken, at surveyteamet skal vurdere det faglige indhold af retningsgivende dokumenter, og det er heller ikke nødvendigt, at de har sat sig nøje ind i indholdet for at kunne gennemføre survey. Der vil være betydeligt sammenfald mellem de dokumenter, der krævedes i version 1 og 2, hvilket gør, at dokumentkontrollen i anden surveyrunde kan forenkles
  - at en del af dokumentgennemgangen udføres forud for survey. På mødet med ledende surveyors er drøftet flere modeller, som bør afprøves i praksis. IKAS-medarbejdere kan muligvis aflaste surveyteamet, men vurderinger skal foretages af surveyorne
- B. Gennemførelsen og anvendelsen af patienttracere skal gøres mere tydelig og ensartet. Surveyorne skal bruge en væsentlig del af tiden under survey sammen med det kliniske frontlinjepersonale, patienter og pårørende
- C. Paletten af interviewteknikker bør gøres bredere, og forskellige teknikker anvendes systematisk efter fastlagte principper. I den løbende kompetenceudvikling prioriteres træning i interviewteknik.
- D. Fokus på den kliniske kvalitet skal øges. De sygdomsspecifikke standarder i version 2 giver mulighed for dette. Der var blandt de ledende surveyors et stort ønske om, at IKAS sammenfatter resultater fra fælles nationale datakilder i en overskuelig og standardiseret rapport, således at sygehuse vurderes på et ensartet, let anvendeligt og gennemskueligt grundlag
- E. Det lærende aspekt af survey skal konkretiseres og fremmes.
- F. Midtvejsbesøget skal tænkes ind som en del af konceptet. Forholdet mellem midtvejsbesøg og opfølgingsbesøg (som følge af bemærkninger) skal præciseres.
- G. Surveyrapportens indhold og opbygning bør videreudvikles, så den understøtter både en transparent og ensartet vurdering og det lærende aspekt. Vejledning i rapportskrivning indgår i surveyhåndbogen.
- H. IKAS-medarbejdere har deltaget som surveyors i en række surveys i første halvår af 2012. De ledende surveyors tilkendegiver stor tilfredshed med dette. Ordningen tænkes derfor fortsat, således at IKAS-medarbejdere som hovedregel deltager i de største surveys og derudover i en stikprøve af de øvrige med det formål at sikre, at IKAS konstruktivt kan medvirke til at videreudvikle surveykonceptet og surveyornes kompetencer.

**Indstilling:**

Bestyrelsen godkender de overordnede principper for videreudvikling af surveykonceptet. IKAS udmønter på baggrund heraf et konkret koncept, der kan anvendes fra 1. januar 2013. Konceptet drøftes under udviklingsprocessen med relevante rådgivende udvalg. IKAS-surveyors og ved behov relevante eksterne eksperter inddrages i arbejdet.

**Bilag:**

Ingen

**Beslutning:**

**IKAS gennemfører tiltagene beskrevet under A-H med inddragelse af surveyorne og rådgivende udvalg for sygehus/ koordinationsudvalg for apotekerne i den konkrete udformning.**

**Det forudsættes, at justeringerne ikke medfører nogen ændringer i det grundlæggende koncept, at survey gennemføres som peer review, og at surveyorne har en central og synlig rolle i at tegne DDKM over for specielt de fagprofessionelle. IKAS oplyste i den forbindelse, at det forventes, at vi fremover vil kunne løse opgaven med et betydeligt færre sygehussurveyors.**

**På et af de kommende bestyrelsesmøder fremlægger IKAS en sammenskrivning af det evalueringsmateriale, der findes vedrørende de gennemførte surveys med henblik på en evaluering af surveymetoden. Tilsvarende præsenteres surveyornes syn på behovet for justeringer. På forespørgsel oplyste Carsten Engel, at sagen drøftes i det rådgivende udvalg for sygehuse den 9. oktober 2012.**

**Drøftelsen skal give bestyrelsen et grundlag for at vurdere behovet for at starte drøftelser om eventuelle mere grundlæggende ændringer i surveykonceptet.**

**Det af Region Hovedstaden fremsendte notat til formand/ direktør udsendes til bestyrelsens orientering med referatet.**

**Punkt 422/12:****Udfordringer i apotekssurveyorkorpset**

Af IKAS' kvalitetsrapport for 2011 fremgik, at antallet af apotekssurveyors er på kanten af den nødvendige. Dette har ikke indtil nu ført til problemer med gennemførelsen af surveys, men der sker stadig afgang af surveyors, hvilket gør, at sårbarheden vokser.

En anden udfordring er, at det har vist sig svært at fastholde og rekruttere farmaceuter i korpset. Det har slet ikke været muligt at rekruttere apotekere, og surveyors, der bliver apotekere, slutter som surveyors.

Endeligt har det vist sig, at det forhold, at apotekssurveys altovervejende afvikles på én dag gør, at surveyorne får meget lidt teamtid sammen.

IKAS ønsker derfor at drøfte en række mulige svar på disse udfordringer. Disse svar udelukker ikke hinanden, men kan kombineres.

***Et "semiprofessionelt korps af apotekssurveyors":***

Tanken er her, at surveyorne stadig er forankret i praksis i den sektor, hvor de fungerer, men at en større del af deres tid anvendes på survey. Konkret foreslås det, at man overvejer at ansætte en gruppe surveyors, som i stedet for 15 dage årligt forpligter sig til at arbejde fx 6 arbejdsdage pr. måned (eller 1½ arbejdsdag pr. uge) på fastlagte dage mod en fast aflønning. Disse dage omfatter både survey- og uddannelsesaktiviteter samt ad hoc deltagelse i relevante udviklingsaktiviteter.

***Inkludering af sygehusapotekere og andre sygehusfarmaceuter i korpset:***

Der kan her være et potentiale for at styrke tilgangen af farmaceuter med stor erfaring i medicinbehandling til korpset.

***Inkludering af sygehussurveyors i korpset:***

Dette vil tilføre generelle surveyorkompetencer, til gavn for både gennemførelsen af survey og for udviklingen af medsurveyorens kompetencer.

IKAS forudsætter, at et surveyorteam som altovervejende hovedregel har mindst ét medlem, som er ansat i apotekssektoren.

**Indstilling:**

Til drøftelse

**Bilag:**

Ingen

**Beslutning:**

**Bestyrelsen anmoder IKAS om at inddrage Danmarks Apotekerforening i løsningen af udfordringen med at rekruttere apotekssurveyors. Det skal overvejes, om der kan gøres en særlig indsats for at rekruttere farmaceuter – herunder apotekere - fra de private apoteker. Alternativt skal man søge at rekruttere egnede surveyors blandt sygehusansatte farmaceuter eller eventuelt inddrage sygehussurveyors.**

**Punkt 423/12:****Opfølgning på ISQua akkreditering af IKAS**

IKAS forelagde på mødet den 16. juni 2011 (pkt. 368/11) akkrediteringsrapporten fra ISQua og redegjorde for den planlagte opfølgning af anbefalingerne i rapporten. Bestyrelsen vedtog en række konkrete opfølgninger. IKAS redegør hermed for status for disse.

IKAS skal afgive næste statusrapport til ISQua den 9. oktober 2012. I et notat forelagt på mødet den 16. juni 2011 gennemgik IKAS forhold med relevans for bestyrelsen. Dette notat vedlægges igen som bilag, og der redegøres for tiltag iværksat som følge af notatet.

***Vedtagelser på mødet 16. juni 2011:***

IKAS udarbejder notat om bestyrelsens opgaver og rollefordeling i forhold til IKAS. Dette er yderligere drøftet på mødet den 22. september 2011 (pkt. 379/11). Notatet forelægges hermed bestyrelsen (bilag).

Direktørens præstationer måles i forbindelse med den årlige udmøntning af resultatkontrakten i form af en samtale med bestyrelsesformanden. Er sat i værk.

Årligt møde med generel drøftelse af arbejdet i bestyrelsen, herunder opstilling af mål og handleplaner for bestyrelsens arbejde. IKAS foreslår, at dette konkretiseres ved, at ét af de årlige møder fremover har særlig fokus på disse forhold. Strategidrøftelsen på dette møde ses som en begyndelse på dette.

Rådgivende forum: Bestyrelsen gav IKAS i opdrag at ændre sit rådgivningsudvalg, således at det fremover kan udfylde funktionen som et forum, hvor stakeholder-interesser kan komme til udtryk. Dette forum er etableret og afholder sit første møde den 1. november 2012.

Udarbejdelse af en klar beskrivelse af rollefordelingen mellem IKAS og Sundhedsstyrelsen. Afventer. Aktualiseret som følge af iværksættelsen af Sundhedsstyrelsens tilsyn med privathospitaler.

***Opfølgning i forhold til notatet af juni 2011:*****Ad standard 1:**

Mission og vision drøftes i forbindelse med strategi for IKAS (pkt. 425/12). Vil herefter blive drøftet ved efterfølgende revisioner af strategien.

IKAS har implementeret en politik for kvalitets- og risikostyring, der betyder, at der fastsættes performance indikatorer, der er afrapporteret til bestyrelsen i kvalitetsrapporten for 2011. Indikatorerne udvikles fortløbende.

IKAS må rapportere til ISQua, at det ikke er muligt at ændre bestyrelsens sammensætning.

Øvrige anbefalinger er adresseret, som beskrevet ovenfor (vedtagelser på mødet den 16. juni 2011).

**Ad standard 2:**

En væsentlig kritik var her kravet om en mere stringent proces for fastlæggelse af strategi for IKAS. Denne kritik adresseres med fremlæggelsen af et forslag til en treårig strategi på dette møde.

Se i øvrigt de andre her beskrevne tiltag.



**Ad standard 8:**

Bestyrelsen har den 18. januar 2011 (pkt. 340/11) vedtaget regler for fratagelse af akkreditering i særlige tilfælde, som adresserer anbefalingen til kriterium 8.2 og 8.7.

Bestyrelsen har den 24. april 2012 (pkt. 411/12) vedtaget, at der bliver mulighed for appel af tildeling af akkrediteringsstatus. Denne appelmulighed er trådt i kraft fra den 1. juli 2012 (kriterium 8.4).

På dette møde forelægges et forslag til en forskningsstrategi, som bl.a. beskriver IKAS' bidrag til at dokumentere og måle impact af akkrediteringsprocessen (kriterium 8.11).

Midtvejsbesøg er nu sat i drift, hvorved man har adresseret anbefalingen til kriterium 8.6 ("Define IKAS' role on monitoring the continuous maintenance of standard and quality improvement for hospitals").

IKAS finder således, at alle anbefalinger i disse tre standarder har kunnet imødekommes, bortset fra anbefalingen om en ændret sammensætning af bestyrelsen.

IKAS arbejder derudover med anbefalingerne til standarderne 3, 4, 5, 6 og 7 og vil kunne rapportere om tilfredsstillende fremdrift i arbejdet.

**Indstilling:**

Til orientering og drøftelse

**Bilag:**

Bilag 1 - Notat vedrørende bestyrelsens rolle i forhold til IKAS

Bilag 2 - Notat (af juni 2011) om resultat og mulig opfølgning af ISQua's akkreditering af IKAS i 2011

**Beslutning:**

**Orienteringen blev taget til efterretning.**



A decorative graphic at the top left of the page consisting of several overlapping squares in shades of light blue, light green, and white.

**Punkt 424/12:**

A decorative graphic on the left side of the page consisting of two overlapping squares, one light green and one light blue.

**Håndtering af akkreditering i forbindelse med større organisationsændringer i en akkrediteret institution**

Det hænder ikke helt sjældent, at der sker ændringer i en institution, der forbereder survey eller har fået tildelt akkreditering. IKAS har behov for en politik, der sikrer en ensartet behandling af sådanne situationer. En sådan politik forelægges hermed bestyrelsen.

Hovedtrækkene i politikken er:

Institutionerne har pligt til at underrette IKAS i tilfælde af et antal nærmere beskrevne organisatoriske ændringer. Dette kan ske via en formular på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

Survey finder sted i organisationen som den ser ud på tidspunktet på survey. Den tildelte akkreditering afspejler således status på dette tidspunkt.

Det er naturligt, at institutioner udvikler og ændrer sig i løbet af en treårsperiode, og det skal være muligt at opretholde akkreditering, så længe det godtgøres, at der er kontinuitet i arbejdet med at opretholde og videreudvikle implementeringen af DDKM. Afgørelsen af, om denne kontinuitet er til stede, skal ikke bero på en vurdering fra IKAS' side eller på en survey, men på, at institutionens ledelse afgiver en erklæring om dette.

Der er mulighed for, at akkrediteringsnævnet kan fratage en tildelt akkreditering og tildele "karantæne" i op et år, hvis det viser sig, at der er afgivet en vildledende erklæring.

**Indstilling:**

Bestyrelsen godkender den fremlagte politik, som umiddelbart herefter træder i kraft.

**Bilag:**

Politik for håndtering af større organisationsændringer i institutioner, der deltager i DDKM

**Beslutning:**

**Politikken blev godkendt med en bemærkning om, at det skal præciseres, fra hvilket tidspunkt institutionens frist for orientering om væsentlige organisationsændringer regnes.**

**Punkt 425/12:****Forslag til strategisk plan for IKAS 2012 - 2015**

I forbindelse med ISQua-akkrediteringen af IKAS blev der fra ISQua's side formuleret et ønske om en tydeliggørelse af den proces, der tager sigte på at fastlægge en strategi for IKAS' arbejde med udvikling og implementering af DDKM.

Der vedlægges et udkast til en strategisk plan, der i hovedpunkter angiver mulige prioriterede indsatsområder for den kommende 3-års periode.

**Indstilling:**

Udkast til strategisk plan for 2012-2015 drøftes med henblik på tilretning og vedtagelse.

**Bilag:**

Strategisk plan for IKAS 2012 - 2015

**Beslutning:**

**I afsnittet "Mission for IKAS" (s.3) ændres "give en upartisk vurdering" til "sikre en upartisk vurdering".**

**Formuleringerne i afsnittet om tværsektorielle patientforløb (s.7) omformuleres, så det i stedet for at udtrykke, hvad IKAS ikke kan påvirke, udtrykker, at IKAS er parat til at udvikle DDKM til også at inddrage tværsektorielle forløb.**

**Herudover går udkastet igennem med henblik på at tydeliggøre, hvorledes IKAS' strategi afledes af den overordnede strategi for DDKM.**

**Med disse bemærkninger blev strategien godkendt.**

**Punkt 426/12:****Forskningsstrategi for IKAS**

På bestyrelsesmødet den 14. december 2011 præsenterede ledelsen for IKAS under punkt 396/11 et notat med titlen "Forskningsinitiativer i IKAS" med henblik på drøftelse af den videre forskningsstrategi. Bestyrelsen godkendte, at notatet kunne bruges som grundlag for information om IKAS' aktiviteter på området og besluttede på et kommende møde at foretage en drøftelse af en egentlig mulig forskningsstrategi for IKAS.

Fra notatet citeres afsnittet om den overordnede ramme:

"IKAS er ikke en egentlig forskningsinstitution, men IKAS er som følge af sine opgaver forpligtet til at engagere sig aktivt i forskning.

Den Danske Kvalitetsmodel, som udvikles og drives af IKAS, er et vigtigt værktøj til udvikling af kvaliteten i sundhedsvæsenet. Der er brug for forskningsbaseret viden om anvendelsen af dette værktøj. Hvad er det i værktøjet (DDKM og IKAS) og hos brugeren af værktøjet (sundhedsvæsenet), der fører til et godt resultat (kvalitet for brugerne af sundhedsvæsenet)?

IKAS har en forpligtelse til at sikre, at de metoder, der anvendes i DDKM, hviler på det bedst mulige grundlag. Dette gælder både den måde, som sundhedsvæsenets institutioner evalueres på i forbindelse med akkreditering, og den grundlæggende model for kvalitetsudvikling, som modellen baserer sig på.

DDKM kan ses som et rammeværktøj, men har selvfølgelig også et konkret indhold, nemlig de konkrete kvalitetsmål, der sættes i de enkelte akkrediteringsstandarder. IKAS vil ikke prioritere deltagelse i forskning vedrørende evidensen for alle disse konkrete enkeltmål, men IKAS har behov for adgang til information, der sikrer en relevant evidensbaseret af kvalitetsmålene. På udvalgte områder kan det blive aktuelt med et mere aktivt engagement fra IKAS' side.

IKAS opsamler en stor mængde data, som kan bidrage til at belyse kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.

IKAS' engagement kan udmøntes på følgende måder:

- IKAS bidrager til at identificere og konkretisere problemstillinger, der bør gøres til genstand for forskning
- IKAS initierer eller deltager i konkrete forskningsprojekter
- IKAS stiller data til rådighed for forskning
- IKAS stiller sig selv til rådighed som forskningsobjekt
- IKAS giver sine medarbejdere mulighed for at deltage i forskningsprojekter. IKAS vil bl.a. være indstillet på at bidrage til finansiering af Ph.d.-forløb

Forskningsprojekter skal altid have deltagelse af personer eller institutioner med en egentlig forskningsmæssig baggrund. I nogle tilfælde vil IKAS som institution deltage i projektet. I andre tilfælde kan IKAS være med til at initiere eller støtte projekter, som gennemføres, uden at IKAS som institution har nogen indflydelse på projektets forløb. Dette vil være tilfældet, når IKAS' deltagelse kunne rejse tvivl om uafhængigheden af projektets konklusioner.

Derudover gennemfører IKAS kvalitetsudviklingsprojekter i eget regi.”

Ledelsen i IKAS har som følge af bestyrelsens beslutning udarbejdet et forslag til en egentlig forskningsstrategi. Det understreges, at konkrete forskningsprojekter altid skal have deltagelse af personer eller institutioner med en egentlig forskningsmæssig baggrund. I strategien foreslås følgende satsningsområder for IKAS:

- Videreudvikling af metoder til gennemførelse af akkreditering og survey
- Anvendelse af akkrediteringsdata til forskningsformål
- Teoribaseret forståelse og evaluering af akkreditering

For perioden 2012-15 foreslås en række konkrete mål

- Etablering af et forskningspanel og et internationalt Advisory Board
- Positionering af IKAS og DDKM i forhold til speciale-, Master- og Ph.d.-studerende
- Etablering af alliance med et eller flere akkrediteringsinstitutter og metodeforskning og gennemførelse af mindst ét konkret projekt
- Videreudvikling af satsning på udnyttelse af akkrediteringsdata, som allerede er påbegyndt med et konkret Ph.d.-projekt
- Sammen med forskningspanel/Advisory Board afholde international workshop i 2013 for at stimulere ideer, der kan føre til teoribaseret forståelse og evaluering af akkreditering

#### **Indstilling:**

Bestyrelsen godkender den forelagte strategi og drøfter rammen for den konkrete udmøntning. IKAS iværksætter herefter implementering af strategien.

#### **Bilag:**

Udkast til forskningsstrategi for IKAS 2012 - 2015

#### **Beslutning:**

**Bestyrelsen tilsluttede sig intentionen i hovedlinjerne i strategien, men finder, at den skal gennemskrives, så det klart fremgår, at det ikke er tanken, at IKAS skal opbygge et selvstændigt forskningsmiljø, men skal blive en aktiv partner til de allerede eksisterende miljøer.**

**Finansiering af konkrete projekter aftales som led i den ordinære budgetproces. En revideret version forelægges på næste bestyrelsesmøde.**



**Punkt 427/12:****Orientering om midtvejsbesøg**

IKAS gennemfører et obligatorisk midtvejsbesøg på landets sygehuse og privathospitaler imellem første og anden akkrediteringsrunde. Midtvejsbesøgets formål er, at medvirke til, at det enkelte sygehus bevarer fokus på læring og kontinuerlig kvalitetsudvikling i forhold til DDKM. Midtvejsbesøgets afvikles over én dag og planlægges i et tæt samarbejde mellem rådgiver fra IKAS og sygehuset.

I midtvejsbesøget deltager en rådgiver fra IKAS og en surveyor samt ledelsesrepræsentanter fra sygehuset. Midtvejsbesøget afvikles med brug af tracermetoden, gennem tværgående interview med efterfølgende lokal observation og interview. Sygehuset vælger selv to til tre særlige fokusområder for kvalitetsudvikling og et patientforløb, som det ønsker fokus på til midtvejsbesøget.

I første halvår af 2012 blev der gennemført 8 midtvejsbesøg (1 offentligt sygehus og 7 privathospitaler), og i 2. halvår 2012 er der planlagt 22 midtvejsbesøg (14 offentlige sygehuse og 8 privathospitaler).

Evalueringerne fra de gennemførte midtvejsbesøg viser, at sygehusene har stor tilfredshed med form og indhold af midtvejsbesøgene.

**Indstilling:**

Til orientering

**Bilag:**

Ingen

**Beslutning:**

**Orienteringen blev taget til efterretning.**

**Punkt 428/12:****Fælles drøftelse med akkrediteringsnævnets formandsskab**

Som bestemt i akkrediteringsnævnets vedtægter er formandsskabet inviteret til den årlige drøftelse med bestyrelsen på grundlag af det forløbne års aktiviteter.

Fra formandsskabet deltager formand Jesper Poulsen og næstformændene Anna Guttesen (afgående) og Per Østergaard Jensen.

**Indstilling:**

Til drøftelse

**Bilag:**

Ingen

**Beslutning:**

**Nævnnsformandskabet finder, at akkrediteringsforretningerne afvikles tilfredsstillende. Man ser en tendens til bedre resultater i de offentlige sygehuse, mens der senest har været en del apoteker, der har haft problemer med trin 3 og 4. Handlemuligheder skal drøftes med Danmarks Apotekerforening.**

**Formand Jesper Poulsen redegjorde for praksis vedrørende drøftelser med de ledende surveyors i forbindelse med afklaring af tvivlsspørgsmål i rapporten.**

**Bestyrelsen takkede Anna Guttesen for hendes arbejde som medlem af nævnets formandsskab.**

**Punkt 429/12:**

**Revision af akkrediteringsnævnets vedtægter**

Akkrediteringsnævnets vedtægter stammer fra 2009 og er på en række punkter ude af trit med den måde, hvorpå akkrediteringsnævnet faktisk arbejder i dag.

På baggrund af drøftelser med formandsskabet forelægges forslag til justering af vedtægterne, således at de afspejler den måde, det har vist sig hensigtsmæssigt for akkrediteringsnævnet at arbejde på.

**Indstilling:**

Det indstilles, at vedtægtsforslaget godkendes

**Bilag:**

Akkrediteringsnævnets vedtægter - revision august 2012

**Beslutning:**

**Indstillingen blev godkendt.**





**Punkt 430/12:**

**Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet**

Ifølge akkrediteringsnævnets vedtægter (§ 10 stk. 2) orienteres bestyrelsen kvartalsvis om akkrediteringsnævnets afgørelser og indkomne indsigelser.

Vedlagte kvartalsrapport dækker perioden fra 1. april 2012 til og med 30. juni 2012.

**Indstilling:**


Til orientering

**Bilag:**

Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet - 2. kvartal 2012

**Beslutning:**

**Bestyrelsen understreger vigtigheden af, at baggrunden for ændringer i surveyteamets vurderinger kommunikeres tilbage til ledende surveyor.**

A decorative graphic consisting of several squares in light blue, light green, and light grey, arranged in a grid-like pattern.

**Pkt. 431/12**

**Gensidig orientering**

A decorative graphic consisting of a single light green square.

**Direktør Jesper Gad Christensen orienterede om studierejse til National Forum, Orlando, i december 2012.**

A decorative graphic consisting of two stacked squares, the top one is light green and the bottom one is light blue.

**Direktør Jesper Gad Christensen orienterede om ændringer i IKAS' interne organisation.**

**Pkt. 432/12:**

**Eventuelt**

**Intet**

**Næste møde er 22. november 2012 kl. 9.00-12.00 i IKAS**

**Fra:** Inge Kristensen [<mailto:inge.kristensen@regionh.dk>]

**Sendt:** 2. september 2012 22:49

**Til:** [vn@sst.dk](mailto:vn@sst.dk); Jesper Gad Christensen

**Cc:** Svend Hartling; Helle Ulrichsen

**Emne:** IKAS-bestyrelse: Surveykoncept til drøftelse

Kære Vagn og Jesper

På bestyrelsesmødet på tirsdag er survey-konceptet (pkt 421/12) på dagsordnen.

Det hilses velkomment, at der er en vurdering og videreudvikling af survey-konceptet, men det er efter min opfattelse vanskeligt at skille ad fra surveyor'nes kompetencer mv., og udbyttet af survey er i høj grad afhængigt af survey-koncept OG surveyor-kompetencer. Der er fra regionens hospitaler og Psykiatrivirksomhed stor opbakning til, at surveyor-korpset i DDKM søges radikalt udviklet, og der er bred enighed om de observationer, som er gengivet nedenfor og som er et "tværsnit" af de oplevelser, der i regionen har været med survey.

Til nedenstående skal føjes, at det undrer, at der stort set ikke ses "fund" på tværs af hospitaler.

Jeg medbringer efter aftale med Helle Ulrichsen og Svend Hartling nedenstående notat, til den øvrige bestyrelse. Jeg ser frem til mødet og en god drøftelse.

Med venlig hilsen

Inge Kristensen

### ***Observationer i forbindelse med DDKM-survey***

*Generelt var akkrediteringsbesøgene meget grundigt forberedt, det gælder både for hospitalerne og surveyorne.*

*Samarbejdet med surveyorne forløb i en meget venlig og uhøjtidelig stemning og surveyorne oplevede på deres side, at hospitalerne tog besøget meget alvorligt. Surveyorne var generelt imødekommende og anerkendende i deres adfærd og tilbagemeldinger, og som udgangspunkt lydhøre ifm. drøftelser omkring påpegede fund.*

*Personalet har udtrykt stor tilfredshed med at dialogen med surveyorne foregik på dansk og i relation til et fælles kulturelt afsæt. Misforståelser relaterede sig således alene til forskellig brug og opfattelse af generelle termer samt fortolkning af standarder.*

*For de fleste af surveyorne var det en overraskelse at besøget blev fulgt tæt af topledelsen, de lokale ledere samt repræsentanter fra Regionen. Nogle surveyore oplevede det som en gene for dem selv og for det personale de interviewede.*

*På flere hospitaler var der uklarhed i surveyornes daglige og/eller afsluttende tilbagemeldinger om fund og dermed opstod usikkerhed om de reelle fund efter afslutning af besøget. I nogle få situationer var der anført fund i rapporten fra surveyteamet, der enten ikke var italesat under besøget eller hvor hospitalet havde opfattelsen af, at fundet var annulleret efter drøftelse med teamet.*

*Alle hospitaler har haft udbytte og gevinster som følge af forberedelsesprocessen, men ikke alle føler sig grundigt evalueret ifm. akkrediteringsbesøget.*

*Surveyores professionelle viden, erfaring, og brug af stringente validerings- og vurderingsprocesser er afgørende for troværdigheden i forløbet, resultater af akkrediteringsbesøget og det fremadrettede læringspotentiale. Vurdering af organisationers opfyldelse af standarder er en subjektiv proces og det*

*er derfor afgørende at surveyore kan skabe respekt omkring deres arbejdsproces og anerkendelse af deres observationer og vurderinger.*

*Hospitalernes oplevelser af udbytte, herunder faglig udfordring og relevans, oplevelsen af at blive fair bedømt samt et fremadrettet lærings- og udviklingspotentiale, er forskelligt. Der er således hospitaler der finder at besøget indfrie de forventninger. Andre oplevede at flere standarder og områder blev overfladisk eller ikke vurderet.*

*Generelt blev sygeplejen, de diagnostiske specialer og hele det ambulante område ikke eller kun meget beskedent involveret og evalueret i det forventede omfang.*

*Det er den generelle vurdering, at en mindre del af surveyorne havde den nødvendige viden og surveyorfaglige kompetencer til at vurdere de mangfoldige faglige processer, der er berørt i standarderne, tilstrækkeligt grundigt.*

*Hospitalerne har hver især afgivet en evaluering til IKAS der både fokuserer på det samlede udbytte og på den enkelte surveyors kvalifikationer.*

*Ser man på tværs af de i alt 14 akkrediteringsbesøg efterlader besøgene et indtryk af relativ bred variation og en vis grad af vilkårlighed i resultater. Det vurderes at denne vilkårlighed især knytter sig til mangfoldigheden blandt surveyorne.*

*Tværgående observationer der knytter an til dette synspunkt er bl.a.:*

- *De mange implicerede surveyore, 53 i alt, der deltog, selvom 17 deltog i mere end et survey i regionen*
- *Surveyore i træningsforløb fik tildelt egne standarder og arbejdede selvstændigt og uden supervision*
- *De meget vide rammer for teamlederes individuelle beslutninger omkring tilrettelæggelse af besøg, vilkår og form under besøget samt indflydelse i relation til behandling af indsigelser og opfølgingskrav*
- *Surveyornes forskellige måde at vurdere standarders implementering*
- *Surveyornes forskellige opfattelse af standardernes reelle krav og opfattelse af hvordan og hvornår dette krav kan vurderes at være opfyldt*
- *Tracer metoden blev med få undtagelser, ikke brugt. Der var generelt tale om almindelige afdelingsbesøg, hvorved patientforløb på tværs af afdelinger ikke blev forfulgt/belyst*
- *En del besøg blev gennemført ved samtaler i møderum og uden kontrol af praksis*
- *Manglende brug af "drilling down" metoden for at afdække reel compliance med den enkelte standard eller*
- *Manglende systematisk validering af enkeltstående fund*
- *En række substantielle og oplagte fund blev overset*
- *Flere surveyore havde vanskeligt ved at begrunde hvorfor standarden blev vurderet ikke opfyldt, herunder de konkrete mangler, hvilket medførte forskelle i scoringer af samme fund – såvel på indikator som standardniveau*
- *Flere surveyore henviste i deres bedømmelse til/tog afsæt i eget sygehus/egen afdelings fortolkning og måde at opfylde standarden på*
- *Væsentlige forskelle i vurdering af identificerede funds alvorlighed*
- *Væsentlige forskelle i scoringer af samme fund – såvel på indikator som standardniveau*
- *En stor del af surveyorne er ansat i en klinisk afdeling og har ikke erfaring med/viden om standardernes perspektiver på virksomhedsniveau og kerneydelser i andre afdelinger/funktioner, hvilket får betydning i relation til bedømmelse af standarder og processer på hospitalsniveau*
- *Tendenser til at den enkelte surveyors specialespecifikke baggrund havde indflydelse på deres viden om standardområder, detaljeringsgraden i spørgsmål, fokus og vurdering ved besøg i "eget" speciale*

*Der er naturligvis flere medvirkende årsager til den store variation mellem surveyorne, men de væsentligste vurderes at være*

- *Rummelige/uspecifikke kriterier for rekruttering og evaluering af DDKM surveyore, hvilket medvirker til stor inhomogenitet i gruppen*
- *Utilstrækkelig uddannelse af surveyore i*
  - *standarders faglige indhold*
  - *survey teknikker (observation, tracermetode, validering af fund, drill down, fokusering og kontekstafhængige vurderinger)*
- *kvalitetsfaglige emner, herunder analyse, validering og fortolkning af data*
- *Manglende dygtige rollemodeller og adgang til systematisk supervision og evaluering*
- *Surveyore i træning deltager jf. principper fastlagt af IKAS kun i ét træningssurvey før man må varetage surveyorrollen*
- *Utilstrækkelig opbygning og vedligeholdelse af erfaring med surveyorrollen (som følge af aftaler med DR op 15 dages survey pr. år/surveyor )*
- *DDKM's vurderingskriterier, som på den ene side er komplicerede, men på den anden side også meget rummelige, hvilket efterlader et stort spillerum for forskellige udfald af vurderingen*
- *Beskeden akkrediteringsekspertise i IKAS og foreløbigt begrænsede surveyerfaringer, da første DDKM survey fandt sted i 2010.*

### *Habilitet*

*IKAS har udfærdiget en række kriterier for udvælgelse af surveyore til de enkelte surveys, mhp. at tage højde for evt. habilitetsproblemer og dermed sikre åbne, gennemsigtige og fordomsfrie bedømmelser.*

*Det er imidlertid en umulig opgave at rekruttere danske surveyore der ikke har en kortere eller længere historik fra ansættelse i et eller flere af regionens hospitaler. Som udgangspunkt bør og har dette heller ikke haft betydning for hospitalernes resultater.*

*Der er etableret mange nationale netværk indenfor de kliniske specialer, hvilket indebærer et regelmæssigt kollegialt samarbejde, kendskab til hinandens afdelinger, resultater og praksis og i nogen tilfælde personlig eller familiær tilknytning, hvilket kan påvirke surveyores bedømmelse i den ene eller den anden retning.*

*Der er ikke observeret konkrete problemer i relation til dette under survey.*

*Nogle surveyore har under besøget på Region Hovedstadens hospital mødt de surveyore, der skal udføre genbesøg på surveyorens eget hospital. Det antages dog, at dette ikke aktuelt har haft nogen indflydelse på eller betydning for surveyorens vurdering og bedømmelse.*