



Vurderingsprincipper i DDKM af 2012

Vejledning til surveyors og akkrediteringsnævn Udgave med mindre revisioner

Maj 2013, opdateret november 2014 og marts 2016

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Indholdsfortegnelse

1.	Indledning	3
1.1	Målet med vurderingen	3
1.2	Overordnede principper	3
2.	Indikatorvurdering	4
2.1	Udfald for indikatorvurderingen	4
2.2	Betydningen af konteksten ved opfyldelsesgrad "helt opfyldt"	5
2.3	Ikke-relevante indikatorer	5
2.4	Tolkning af begreber i DDKM	5
2.5	Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 1	6
2.5.1	Grundlaget for vurderingen	6
2.5.2	Udfaldet af vurderingen	6
2.6	Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 2	7
2.6.1	Grundlaget for vurderingen	7
2.6.2	Udfaldet af vurderingen	8
2.7	Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 3	8
2.7.1	Grundlaget for vurderingen	8
2.7.2	Udfaldet af vurderingen	9
2.7.3	For indikatorer på trin 3, hvor kravet er to vurderinger pr. akkrediteringscyklus, gælder specielle vurderingsprincipper	9
2.7.4	For indikatorer på trin 3, hvor der er krav om historik i kvalitetsovervågningen, gælder specielle vurderingsprincipper	10
2.7.5	Krav på trin 3, når den tilsvarende trin 4 indikator vurderes som IRMO (se 2.8.2)	10
2.7.6	Vurdering af trin 3 ved opfølgning efter survey	10
2.8	Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 4	11
2.8.1	Grundlaget for vurderingen	11
2.8.2	Vurderingsudfald, der kun forekommer på trin 4	11
2.8.3	Udfaldet af vurderingen	12
2.9	Begrundelser for vurderinger af indikatorer	12
2.10	Krav om opfølgning af indikatorer	13
2.11	Sammenhæng mellem vurderingerne på henholdsvis trin 1 og 2 samt trin 3 og 4	13
3.	Tildeling af akkrediteringsstatus	14
3.1	Akkrediteringsnævnets rolle	14
3.2	Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus	14
3.3	Kriterier for valg af opfølgning	16
3.4	Sektorspecifikke tillægsregler ved tildeling af akkrediteringsstatus	16
3.4.1	Sygehuse og privathospitaler	16
3.4.2	Apoteker	17
3.4.3	Kommuner	18
	Bilag 1 – Flowdiagram over tildeling af akkrediteringsstatus ved ekstern survey	19

1. Indledning

Det fremgår af det enkelte sektorspecifikke standardsæt, hvilken version af vurderingsprincipperne, som er den gældende. Nærværende vurderingsprincipper anvendes på 2. version af DDKM for hhv. sygehuse og apoteker.

Der kan være sektorspecifikke tillægsregler, som indgår i kriterierne for tildeling af akkrediteringsstatus. Eventuelle tillægsregler er beskrevet sidst i denne vejledning.

Øvrige forhold vedrørende surveykonceptet findes i de respektive sektors surveyorhåndbøger.

Begrebet "institution" anvendes som fællesbetegnelse for det organisatoriske niveau, der akkrediteres inden for en given sektor, fx et sygehus eller et apotek.

1.1 Målet med vurderingen

Vurderingen af en institutions opfyldelse af kravene i akkrediteringsstandarderne i DDKM skal:

- Give institutionen en tilbagemelding på, i hvilken grad institutionen lever op til kravene i DDKM
- Kunne vejlede institutionen i det fortsatte arbejde med DDKM
- Danne grundlag for tildeling af akkrediteringsstatus
- Kunne anvendes til analyser i forskningsmæssig sammenhæng

Vurderingen tager hensyn til, at DDKM anvendes i institutioner af meget varierende størrelse og karakter. Endvidere er det ønskeligt, at vurderingsudfaldet, ud over at være anvendeligt for sundhedsprofessionelle, også er forståeligt for borgere i al almindelighed.

1.2 Overordnede principper

Vurderingen af en institutions opfyldelse af kravene i DDKM foretages udelukkende på indikatorniveau, hvormed det er den samlede opfyldelse af indikatorerne, som danner grundlag for tildeling af akkrediteringsstatus. Vurderingen af opfyldelsen af indikatorer sker på en firepunktsskala. Skalaen afspejler, at det ikke er forventningen, at alle institutioner kan leve fuldt og helt op til alle krav i indikatorerne. Det er således vigtigt, at skalaen rummer mulighed for at tilkendegive, om givne mangler kan anses for værende betydelige eller mindre betydelige.

Grundlaget for tildeling af akkrediteringsstatus er en vurdering af indikatoropfyldelsen, trin for trin, på tværs af standardsættet.

Der tildeles ikke nogen selvstændig vurdering på standardniveau. Surveyrapporten er imidlertid udformet på en sådan måde, at der gives en oversigt over standarder, hvori der er indikatorer med krav om opfølgning.

I de følgende afsnit konkretiseres vurderingsprincipperne, og der gives en vejledning i, hvordan principperne skal anvendes i praksis.

2. Indikatorvurdering

2.1 Udfald for indikatorvurderingen

Indikatorvurderingen har ét af følgende udfald skitseret i tabel 1.

Tabel 1. Definition af de fire indikatorvurderingsudfald

Opfyldelsesgrad	Definition
HELT OPFYLDT (HO)	Alt er til stede
I BETYDELIG GRAD OPFYLDT (BO)	Noget er til stede, og manglerne <u>er ikke</u> en betydelig del af indikatorkravet
I NOGEN GRAD OPFYLDT (NO)	Noget er til stede, og manglerne <u>er</u> en betydelig del af indikatorkravet
IKKE OPFYLDT (IO)	Intet er til stede, eller der foreligger kun planer

Vurderingen af om en institution lever op til kravene i akkrediteringsstandarderne, tager altid udgangspunkt i indikatorerne. Indikatorerne angiver det, der skal være til stede ("kravene" eller "målepunkterne"). Feltet "standardens indhold"/"baggrund for standarden" stiller ikke nye krav om ting, der skal være til stede, men hjælper til at forstå, om det, der kræves i indikatorerne, er til stede eller ej. Specielt er tre typer indhold i dette felt vigtige:

I nogle standarder defineres i dette felt, hvad der menes med et bestemt fænomen, som standarden omhandler. En sådan definition er et bindende¹ krav. Et dokument er således ikke et virksomhedsgrundlag, hvis ikke det svarer til definitionen af et virksomhedsgrundlag.

I nogle standarder omtales specifikke krav til indholdet af retningsgivende dokumenter.² Sådanne krav lægges til grund, når man vurderer, om de retningsgivende dokumenter foreligger, men det er en konkret vurdering, om eventuelle mangler er en betydelig del af indikatorkravet eller ej.

Der vil være indikatorer, hvor det i forskellige kontekster vil være forskellige konkrete ting, der skal være til stede, for at indikatoren er opfyldt. Feltet vejleder om, hvorledes denne kontekstafhængige fortolkning kan ske.

Hvis der i indikatorteksten udtrykkeligt er udspecificerede underpunkter, herunder "dotkrav" til retningsgivende dokumenter, vil helt manglende opfyldelse af et underpunkt skulle vurderes som en

¹ Udtrykket "bindende" anvendes i indledningen til Akkrediteringsstandarder for Sygehuse, 2.version, som er kilde til formuleringerne i dette afsnit. Meningen med udtrykket er, at man "binder" en definition af fx et virksomhedsgrundlag. I relation til indholdet af retningsgivende dokumenter kan udtrykket misforstås, hvorfor teksten her er omformuleret i forhold til teksten i sygehusstandarderne.

² Hvis der anvendes ord som "kan", "bør" eller "fx" skal det efterfølgende opfattes som vejledende, ikke som krav.
Senest redigeret af: Carsten Engel, Dato: 25-05-2016,
Versionsnr.: 35.0, Dok. Nr.: D12-4186 Vurderingsprincipper i DDKM af 2012

betydelig mangel, hvormed vurderingsudfaldet højst kan blive NO, med mindre kontekstafhængige forhold tilsiger andet (jf. 2.2).

2.2 Betydningen af konteksten ved opfyldelsesgrad "helt opfyldt"

"Alt er til stede" betyder, at alt der kræves af den pågældende institution, med de opgaver, den har, og i den kontekst, den er i, er til stede. Det betyder, at de konkrete omstændigheder der godtgør, at en institution lever op til en indikator, kan være forskellig fra institution til institution. Teksten i feltet "standardens indhold"/"baggrund for standarden" i akkrediteringsstandarderne har bl.a. til formål at afklare rammerne for den kontekstafhængige vurdering.

2.3 Ikke-relevante indikatorer

En indikator vurderes som "ikke relevant", hvis den aktivitet som indikatoren omhandler, ikke kan forekomme i den pågældende institution. Dette vil fx være tilfældet, hvis indikatoren omhandler en ydelse, der ikke leveres af den pågældende institution. En indikator kan ikke vurderes som "ikke relevant", blot fordi ledelsen på en institution ikke finder det relevant at implementere den. Den skal objektivt set ikke kunne anvendes på institutionen.

Indikatorer, der vurderes som "ikke relevant", tæller ikke med ved tildeling af akkrediteringsstatus.

2.4 Tolkning af begreber i DDKM

Vurderingen baseres på indikatorteksten, som den er formuleret, idet de anvendte begreber ikke skal tillægges anden betydning end den, der udtrykkeligt fremgår af teksten eller begrebslisten. Der må heller ikke indarbejdes yderligere krav fra fx standardens indhold i vurderingen; ordet "bør" skal tolkes som udtryk for en anbefaling, som ikke er afgørende for vurderingsudfaldet.

Ovenstående princip gør sig også gældende for målet for kvalitetsovervågningen, hvor det er institutionerne, der fastlægger niveauet herfor, med mindre indikatorteksten udtrykkeligt anviser bestemte mål.

I ganske særlige tilfælde kan institutionens tolkning af begreber dog vurderes at være så langt fra, hvad der efter almen opfattelse er acceptabelt, at det ikke kan godtages. I sådanne tilfælde skal manglerne være udførligt og fyldestgørende begrundet i surveyrapporten.

Begreber skal forstås som set fra anvendernes perspektiv.

Eksempel: "Lettilgængelig" skal vurderes på baggrund af, om anvenderne finder dokumenterne lettilgængelige, mens den konkrete betydning af ordene "faste intervaller", "løbende" og "systematisk" fastlægges af institutionen. Hvis der er konkrete tidskrav, er de udtrykkeligt angivet.

2.5 Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 1

2.5.1 Grundlaget for vurderingen

Vurderingen baseres på følgende:

- Hvis der kræves ét fælles dokument for hele institutionen: Foreligger dette?
- Hvis der ikke kræves ét fælles dokument for hele institutionen: Foreligger der et eller flere dokumenter, der tilsammen gælder i den del af institutionen, hvor det er relevant?
- Har dokumentet/-erne det indhold, der kræves i indikatoren? I akkrediteringsstandarderne vil der ofte være specificeret nogle krav til indholdet, som understøtter vurderingen. Det konkrete indhold og den konkrete detaljeringsgrad skal dog afspejle konteksten.
- Er indholdet af dokumentet forståeligt for anvenderen? Hvis dokumentet/-erne forekommer uklare, skal det søges klarlagt, hvorledes anvenderne forstår dokumentet/-erne; vurderingen af forståeligheden afgøres på baggrund heraf. Forståeligheden behøver kun vurderes, hvis der er konkret anledning til dette.

Godkendelsen af dokumenter skal være sket før ekstern survey. Hvis dette ikke er sket, kan vurderingen højst blive BO; dette forudsætter, at dokumentet godkendes inden afslutningen af surveyen. Godkendes dokumentet/-erne under surveyen, skal fokus i disse tilfælde være på, om dokumentet/-erne i sin helhed opfylder kravene i indikatoren, eller om der er mangler heri. Det er således mangler i indholdet, der er afgørende for, at vurderingsudfaldet bliver lavere end BO og ikke tidspunktet for godkendelsen.

2.5.2 Udfaldet af vurderingen

Helt opfyldt (HO):

- Dokumentet/-erne opfylder alle krav til indhold og forståelighed. Dette er også tilfældet, hvis dokumentet/-erne ikke opfylder samtlige krav i indikatoren, men det vurderes, at dokumentet/-erne i konteksten lever op til indikatorens krav.

I betydelig grad opfyldt (BO) eller i nogen grad opfyldt (NO):

- Dokumentet/-erne foreligger, men opfylder ikke alle krav til indhold og forståelighed ELLER
- Der foreligger dokument(er), men ikke med gyldighed i alle relevante områder ELLER
- Der er krav om ét fælles dokument, men der foreligger kun lokale dokumenter

Udfaldet bliver BO:

- Hvis manglerne vedrører detaljer i dokumentet/-erne, som ikke er kritiske for patientsikkerheden, eller som kun anvendes i særlige situationer, ELLER
- Hvis der kræves et fælles dokument, men der foreligger lokale dokumenter, som dækker alle relevante områder i institutionen ELLER

- Hvis der ikke kræves et fælles dokument, men der foreligger lokale dokumenter i mindst halvdelen af de undersøgte afdelinger, og det ikke er kritisk for patientsikkerheden, at de mangler på visse afdelinger

Udfaldet bliver NO, hvis der foreligger retningsgivende dokumenter, men ikke tilstrækkeligt til at BO kan opnås.

Ikke opfyldt (IO):

- Dokumentet/-erne foreligger ikke. Dette er også tilfældet, hvis der foreligger ikke-godkendte udkast, kladder eller tilsvarende

2.6 Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 2

2.6.1 Grundlaget for vurderingen

Vurderingen baseres på fund indsamlet på følgende måder.

For den enkelte indikator vælges den eller de metoder, der er egnet til at belyse implementeringen af den arbejdsgang, der undersøges. Som oftest ligger flere, men ikke nødvendigvis alle, forskellige af nedenstående metoder til grund for vurderingen:

- Kan personalet forklare og/eller demonstrere, hvordan arbejdsgangen skal foregå?
- Kan personalets forklaringer bekræftes ved objektive iagttagelser? Der kan fx være tale om observationer eller om dokumentation i journaler
- Kan personalets forklaringer bekræftes af interview med patienter og/eller pårørende?
- Ved personalet, hvor de kan finde hjælp, hvis de er i tvivl om, hvad de skal gøre?

Følgende observationer kan eventuelt understøtte en vurdering af, at en arbejdsgang er implementeret. Mangler i forhold til disse kan imidlertid ikke bruges som argument for manglende implementering:

- Er der hjælp, der understøtter, at arbejdsgangen gennemføres som ønsket (fx it-systemer, checklister, procedurebøger el.lign.)?
- Hvordan vil personalet forholde sig, hvis de ser eksempler på overtrædelse af retningslinjerne?

Som en del af surveykonceptet vil IKAS udpege særlige standarder, hvor princippet om at en vurdering skal baseres på observationer på mindst "kvadratroden" af mulige afdelinger, er gældende. Dette princip skal forstås således, at hvis en arbejdsgang udføres på 12 afdelinger, skal den vurderes på mindst 4 ($\sqrt{12} = 3,46$ rundet op til nærmeste hele tal). Hvis der ikke på baggrund af den først fastsatte stikprøve kan træffes en afgørelse, vurderes arbejdsgangen på endnu en afdeling. Dette gælder, indtil der kan afgives et vurderingsudfald. I øvrige standarder er princippet kun vejledende.

2.6.2 Udfaldet af vurderingen

HO:

- Arbejdsgangen er implementeret på alle afdelinger, hvor den er undersøgt. Dette er også tilfældet, hvis implementeringen ikke bogstaveligt omfatter alle krav i indikatoren, men det vurderes, at implementeringen i konteksten lever op til indikatorens krav.
- For alle indikatorer tillades fund af individuelle eksempler på mangler i implementeringen, hvis disse vurderes som enkeltstående afvigelser, og dermed ikke er udtryk for en generel svaghed i implementeringen. Der kan ikke angives præcise regler for grænsen mellem individuelle afvigende fund og generel svaghed; fx vil tærsklen være lavere ved patientsikkerhedskritiske procedurer end ved administrative rutiner uden direkte betydning for patientsikkerheden.

BO eller NO:

- Arbejdsgangen er implementeret på nogle, men ikke alle afdelinger, hvor den er undersøgt ELLER
- Arbejdsgangen er implementeret på de besøgte afdelinger, men der er så mange individuelle afvigende fund, at implementeringen må karakteriseres som svag.

Udfaldet bliver BO:

- Hvis manglerne vedrører delelementer i arbejdsgangen, som kun er relevant i særlige situationer, og ikke er kritiske for patientsikkerheden ELLER
- Hvis arbejdsgangen er implementeret på mindst halvdelen af de afdelinger, hvor den er undersøgt, men på nogle af disse er svag, uden at dette vurderes som kritisk for patientsikkerheden ELLER
- Hvis arbejdsgangen er implementeret på de afdelinger, hvor den er undersøgt, men hvor der konstateres enkeltstående afvigende tilfælde på mindst halvdelen af afdelingerne

Udfaldet bliver NO, hvis arbejdsgangen i nogen grad er implementeret på institutionen, men ikke tilstrækkeligt til, at BO kan opnås.

IO:

Arbejdsgangen er ikke implementeret på de besøgte afdelinger. Dette vil også kunne være tilfældet, selv om der er iagttaget enkelte eksempler på den korrekte arbejdsgang.

2.7 Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 3

2.7.1 Grundlaget for vurderingen

Der foreligger de krævede kvalitetsovervågninger, og der er dokumentation for, at de er vurderet og analyseret.

2.7.2 Udfaldet af vurderingen

HO:

- Kvalitetsovervågning er gennemført og opfylder alle krav til hyppighed og indhold. Dette er også tilfældet, hvis kvalitetsovervågningen ikke bogstaveligt opfylder alle krav i indikatoren, men det vurderes, at den i konteksten lever op til indikatorens krav.

BO:

- Kvalitetsovervågning er gennemført; der er mangler i indholdet, men manglerne udgør en mindre betydelig del af helheden (dette kriterium er kun relevant, hvis der i indikatoren angives specifikke krav til indholdet) ELLER
- Kvalitetsovervågning er gennemført, men der er enkelte huller i hyppigheden; der er således en systematisk kvalitetsovervågning, som dog ikke er komplet gennemført

NO:

- Kvalitetsovervågning er gennemført, men med betydelige mangler i indholdet (dette kriterium er kun relevant, hvis der i indikatoren angives specifikke krav til indholdet) ELLER
- Kvalitetsovervågning er gennemført, men kun sporadisk; der er således kvalitetsovervågningsaktiviteter, men de er ikke gennemført systematisk ELLER
- Kvalitetsovervågningen er kun gennemført på én af flere udtrykkeligt angivne krav i indikatoren

IO:

Kvalitetsovervågningen er ikke gennemført. Dette er også tilfældet, hvis kvalitetsovervågning er planlagt men ikke iværksat, eller hvis der i institutionen kan findes isolerede eksempler på kvalitetsovervågning.

Visse trin 3-indikatorer kræver, at der sker en evaluering, hvis bestemte begivenheder, fx brand, indtræffer. I disse tilfælde kan man først på surveydagen vide, om der var noget at evaluere. Hvis dette ikke har været tilfældet, skal surveyorne vurdere trin 3-indikatoren som ikke relevant (IR).

2.7.3 For indikatorer på trin 3, hvor kravet er to vurderinger pr. akkrediteringscyklus, gælder specielle vurderingsprincipper

HO:

- Der er gennemført mindst to vurderinger af kvaliteten af den krævede proces eller ydelse i institutionen, hvor der er præsenteret og vurderet kvalitative eller kvantitative data (ingen specifikke krav til art og mængde af data eller form for vurdering), og hvorfra der foreligger en konklusion vedrørende kvaliteten

BO:

Der er gennemført én vurdering, som er på det niveau, der kræves for at opnå HO, og der er gennemført dele af den anden krævede vurdering.

NO:

- Der er gennemført én vurdering ELLER
- Der er indsamlet data, som belyser kvaliteten af den krævede proces eller ydelse i institutionen ELLER
- Der er dokumenteret drøftelser af kvaliteten af den krævede proces eller ydelse i institutionen

IO:

Vurderingerne er ikke gennemført. Dette er også tilfældet, hvis vurderingerne er planlagt, men ikke iværksat, eller hvis der i institutionen kan findes isolerede eksempler på kvalitetsovervågning.

2.7.4 For indikatorer på trin 3, hvor der er krav om historik i kvalitetsovervågningen, gælder specielle vurderingsprincipper

Institutioner, der tidligere er blevet akkrediteret, skal kunne vise, at de har fortsat den kvalitetsovervågning, som foregik ved sidste survey, hvis den også kræves i den næste standardversion. Vurderingen HO forudsætter derfor, at kvalitetsovervågningen er fortsat ubrudt mellem de to surveys. Hvis kvalitetsovervågningen er brudt, bliver vurderingen BO, NO eller IO, alt efter om der er tale om "hullet", "sporadisk" eller "ingen" overvågning, jf. afsnit 2.7.2.

I indikatorer, hvor der er metodefrihed, er kravet om kvalitetsovervågning stadig overholdt, hvis man har ændret den konkrete overvågningsform, så længe der ikke er tidmæssigt afbrud i overvågningen.

Institutioner, der ikke tidligere har været akkrediteret, skal for at opnå HO ved ekstern survey kunne forelægge mindst én måling for indikatoren; og det skal være tydeliggjort, hvordan kvalitetsovervågningen vil fortsætte. Det samme gælder for alle institutioner, hvis indikatoren omhandler kvalitetsovervågning, der ikke var krævet i den forrige standardversion.

2.7.5 Krav på trin 3, når den tilsvarende trin 4 indikator vurderes som IRMO (se 2.8.2)

Hvis en indikator på trin 4 vurderes som IRMO (ikke relevant, mål opfyldt), kan institutionen vælge at reducere hyppigheden af kvalitetsovervågningen på trin 3. Dog skal overvågningen mindst ske to gange pr. akkrediteringscyklus. Eventuel rapportering til national database skal dog fortsætte uændret.

2.7.6 Vurdering af trin 3 ved opfølgning efter survey

I sagens natur kan man ikke med tilbagevirkende kraft etablere kontinuitet i kvalitetsovervågningen. Ved opfølgning må vurderingen derfor baseres på, om der nu er etableret en systematisk kvalitetsovervågning, der opfylder indikatorens krav.

2.8 Vurdering af indikatoropfyldelse på trin 4

2.8.1 Grundlaget for vurderingen

Grundlaget for vurderingen af trin 4 er en vurdering af den samlede indsats, altså at institutionen har prioriteret indsatsområder for institutionen som helhed og gennemført tiltag på disse indsatsområder. Dette nødvendiggør dog ikke, at samtlige afdelinger i institutionen er involveret i samtlige tiltag.

Vurderingen skal tage hensyn til alle tiltag for forbedring af den kvalitet, der nævnes i trin 4-indikatoren, der er iværksat i denne akkrediteringscyklus (regnet fra forudgående akkreditering eller fra indgåelse af aftale om deltagelse i DDKM, hvis det er første survey). Tiltagene behøver ikke nødvendigvis være iværksat på baggrund af fund ved monitoreringen på trin 3 eller som led i kvalitetsovervågningen på trin 3.

Eksempel; Hvis ledelsen på baggrund af en almen opfattelse af, at her har institutionen et forbedringspotentiale, iværksætter tiltag samtidig med, at der gennemføres de anførte kvalitetsovervågninger på trin 3.

2.8.2 Vurderingsudfald, der kun forekommer på trin 4

På trin 4 eksisterer to vurderingsudfald, der ikke forekommer på de øvrige trin. Indikatorer, der vurderes til ét af disse udfald, medregnes ikke ved tildeling af akkrediteringsstatus. Hensigten med udfaldene er at muliggøre, at institutionen prioriterer sin indsats til kvalitetsforbedring. Dette kan ske i to forskellige situationer:

1. Institutionen konstaterer, at det opstillede kvalitetsmål allerede er opfyldt, og der derfor ikke er brug for en kvalitetsforbedringsindsats i denne akkrediteringscyklus (regnet som ovenfor anført). I dette tilfælde vurderes indikatoren som **IRMO (Ikke Relevant, Mål Opfyldt)**. Dette vurderingsudfald anvendes ikke i situationer, hvor kvalitetsmålet som følge af gennemførte forbedringsaktiviteter nås i løbet af en akkrediteringscyklus.

En institution kan når som helst i en akkrediteringscyklus fastslå, at en given indikator er IRMO. Om krav til kvalitetsovervågningen herefter, se 2.7.5. Hvis kvalitetsovervågningen på et senere tidspunkt skulle vise, at et kvalitetsmål, som på et givet tidspunkt blev opfyldt, ikke længere nås, kan vurderingen IRMO ikke opretholdes.

I forhold til tildeling af akkrediteringsstatus, vil det oftest ikke gøre en forskel, om en indikator, hvor der er gennemført forbedringstiltag, erklæres IRMO eller ej. En institution bør dog ikke erklære en indikator, hvor der faktisk er gennemført tiltag, for IRMO, idet det i enkelte situationer kan være en fordel at lade indikatoren "tælle med".

2. Institutionen vælger at fraprioritere en forbedringsindsats på et givet område. I så fald vurderes indikatoren som **IP (Ikke Prioriteret)**. Antallet af tilladte ikke-prioriterede indikatorer på trin 4 fastlægges sektorspecifikt og beskrives sammen med eventuelle tillægsregler ved tildeling af a k-

krediteringsstatus (se afsnit 3.4). Der kan i standardsættene forekomme indikatorer på trin 4, der ikke kan fraprioriteres. Er dette tilfældet, står det udtrykkeligt nævnt i teksten for den pågældende indikator. Se endvidere sidste afsnit i 2.8.3.

2.8.3 Udfaldet af vurderingen

HO:

- Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og det er enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller der er igangsat nye korrigerende tiltag. Der er ingen specielle krav til formen for denne vurdering. Afgørende er, at institutionen har forholdt sig til, om indsatsen havde den ønskede effekt.

BO:

- Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten OG
- Der er foretaget en vurdering af effekten af tiltaget/tiltagene, men det er ikke konkluderet, om de havde den ønskede effekt, eller der er ikke gennemført nye korrigerende tiltag

NO:

- Der er påbegyndt, men ikke gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten ELLER
- Der er gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten, men der foreligger ingen vurdering af effekten

IO:

Der er ikke gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Dette gælder også, hvis tiltag er planlagt men ikke iværksat.

Visse trin 3-indikatorer kræver, at der sker en evaluering, hvis bestemte begivenheder, fx brand, indtræffer. I disse tilfælde kan man først på surveydagen vide, om der var noget at evaluere. Hvis dette ikke har været tilfældet, skal surveyorne vurdere den tilsvarende trin 4-indikator som ikke relevant (IR). At en indikator på denne baggrund vurderes som IR under survey, får ikke konsekvenser for antallet af tilladte ikke prioriterede trin 4-indikatorer (IP).

2.9 Begrundelser for vurderinger af indikatorer

Surveyrapporten skal skrives på en måde, så den er lærende for den institution, der modtager den samt medvirke til at sikre en konsistent vurderingspraksis.

Vurderingerne BO, NO og IO kræver altid en begrundelse. Vurderingen HO begrundes i de tilfælde, hvor der er mangler i forhold til indikorteksten, men hvor alt der kræves af den pågældende institution, med de opgaver den har, og den situation den er i, er til stede (kontekstafhængig vurdering; jf. afsnit 2.2).

2.10 Krav om opfølgning af indikatorer

Hvis en indikator er vurderet NO eller IO, får institutionen mulighed for at udbedre manglerne, inden akkrediteringsnævnet træffer sin endelige beslutning om tildeling af akkrediteringsstatus. Surveyteamet afgiver derfor for alle indikatorer, som er vurderet NO eller IO, anbefaling om opfølgning. Anbefalingen skal tydeligt beskrive, hvad, der anbefales fulgt op

Opfølgning kan ske i form af:

- Fremsendelse af materiale inden for 3 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 6 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 3 måneder
- Telefonmøde/videomøde/besøg inden for 1 måned.

Se nærmere om valg af opfølgingsform i afsnit 3.3.

Eventuelle tillægsregler ved tildeling af akkrediteringsstatus kan medføre, at der i særlige tilfælde også afgives anbefaling om opfølgning ved BO.

2.11 Sammenhæng mellem vurderingerne på henholdsvis trin 1 og 2 samt trin 3 og 4

Hovedparten af indikatorer på trin 2 henviser ikke til retningsgivende dokumenter, men beskriver noget, som kan vurderes direkte uden at referere til institutionens retningsgivende dokumenter. I disse tilfælde vurderes indikatoren på trin 2 uafhængigt af vurderingsudfaldet på trin 1. Dette betyder ikke, at fund i relation til trin 1 ikke også kan påvirke udfaldet på trin 2; det betyder blot, at der ikke er nogen automatisk tildeling af vurdering på trin 2, sådan som tilfældet var i de tidligere anvendte vurderingsprincipper.

Udvalgte indikatorer på trin 2 henviser dog til et eller flere retningsgivende dokumenter, der beskrives i en tilsvarende indikator på trin 1. I disse tilfælde gælder følgende:

- Er trin 1 vurderet IO medfører dette, at trin 2 også vurderes IO. Dog kan trin 2 vurderes som NO, hvis der trods alt bør gives en vis anerkendelse til den måde som arbejdsgangen, som indikatoren omhandler, forløber på i institutionen.
- Er trin 1 vurderet NO medfører dette, at trin 2 højst kan vurderes NO.

Der er som udgangspunkt ingen stringent kobling mellem trin 3 og trin 4. Dog skal der i de tilfælde, hvor trin 3 er vurderet NO eller IO, mens trin 4 er vurderet HO eller BO, være en begrundelse, som tydeligt angiver grundlaget for de to forskellige vurderingsudfald.

3. Tildeling af akkrediteringsstatus

3.1 Akkrediteringsnævnets rolle

Efter eksternt survey forelægges surveyrapporten for det uafhængige akkrediteringsnævn. På baggrund af opfyldelsen af indikatorerne træffer akkrediteringsnævnet med udgangspunkt i nedenstående principper beslutning om tildelingen af akkrediteringsstatus.

3.2 Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus

Hovedprincipperne ved tildeling af akkrediteringsstatus er, at den samlede indsats vurderes på tværs af hele standardsættet, hvor der er krav om en procentvis opfyldelse af indikatorer. Kravene til den procentvise opfyldelse af indikatorer er de samme på alle fire trin.

Efter gennemførelsen af eksternt survey afgøres det videre forløb på grundlag af indikatorvurderingerne. Der er to grænser (se tabel 2 og forklaringen til denne):

- Over den øverste grænse tildeles institutionen status som **akkrediteret**.
- Mellem de to grænser tildeles institutionen status som **midlertidigt akkrediteret**³. Hvis institutionen efter opfølgingsperioden er over den øverste grænse, tildele akkrediteringsnævnet institutionen status som **akkrediteret**; hvis ikke bliver status **akkrediteret med bemærkninger**.
- Under den nederste grænse tildeles institutionen normalt (se næste punkt) status som **akkreditering pågår**⁴. Efter opfølgingsperioden afgør akkrediteringsnævnet den endelige status efter følgende principper:
 - Over den øverste grænse bliver status **akkrediteret**
 - Mellem de to grænser bliver status **akkrediteret med bemærkninger**
 - Under den nederste grænse afgør akkrediteringsnævnet efter en konkret vurdering, om status bliver **akkrediteret med bemærkninger** eller **ikke akkrediteret**. Afgørelsen træffes på baggrund af en vurdering af, om manglerne i indikatoropfyldelsen væsentligt påvirker institutionens evne til at sikre brugernes sikkerhed og lovfæstede rettigheder. Ved sikkerhed forstås her både sikkerhed mod skadevoldende hændelser og sikkerhed mod skader som følge af mangelfuld indsats fra institutionens side. Desuden kan mangler fra tidligere surveys, som stadig gør sig gældende efter ny survey, vægtes særligt højt i akkrediteringsnævnets konkrete vurdering ved tildeling af akkrediteringsstatus

³ **Midlertidigt akkrediteret** betyder, at institutionen har opnået det niveau, der kræves for at blive akkrediteret med bemærkninger, men at det får en mulighed for at opnå en bedre status

⁴ **Akkreditering pågår** betyder, at institutionen ikke kan akkrediteres på det foreliggende grundlag, men at det får en mulighed for en ny vurdering.

- Under den nederste grænse kan institutionen umiddelbart tildeles status som **ikke akkrediteret**. Dette sker kun undtagelsesvist, og hvis akkrediteringsnævnet vurderer, at det er udsigtsløst, at institutionen vil kunne opfylde standarderne i tilstrækkelig grad inden for tidsfristen for opfølgning.

De samme grænser anvendes både ved vurdering efter ekstern survey og ved vurdering efter opfølgning, og sker i alle tilfælde på grundlag af vurderingerne af alle indikatorer i hele standardsættet. For hver indikator anvendes seneste vurdering.

Bemærk, at der med et standardsæt kan være sektorspecifikke tillægsregler, der skal opfyldes, for at en given akkrediteringsstatus kan opnås.

Institutioner, der modtager endelig akkrediteringsstatus som "akkrediteret med bemærkninger", skal betragtes som værende akkrediteret, dog med en vis grad af efterfølgende udviklingsarbejde.

Tabel 2. Placering af udfaldet af survey i forhold til grænserne

	Over øvre grænse → akkrediteret	Mellem øvre og nedre grænse → akkrediteret eller akkrediteret med bemærkninger	Under nedre grænse → kan resultere i ikke akkrediteret
TRIN 1	100 %	> 85 % - < 100 %	≤ 85 %
TRIN 2	100 %	> 85 % - < 100 %	≤ 85 %
TRIN 3	100 %	> 85 % - < 100 %	≤ 85 %
TRIN 4	100 %	> 85 % - < 100 %	≤ 85 %

For hvert af de fire trin beregnes den procentdel af indikatorerne, som er HO eller BO.

Tælleren er antal indikatorer, der er vurderet HO eller BO

Nævneren er antal indikatorer, der er vurderet HO, BO, NO eller IO.

Ikke-relevante indikatorer på trin 4, hvor kvalitetsmålet er nået (IRMO), samt ikke-prioriterede indikatorer på trin 4 (IP), tæller altså ikke med i nævneren ved beregning af, hvordan institutionens resultat ligger i forhold til grænserne.

Institutionen ligger under en given grænse, hvis brøken på ét af trinnene ligger under grænsen. Det er altså trinnet med det dårligste resultat, der bestemmer, hvor institutionen ligger.

I bilag 1 skitseres ovenstående principper på en anden måde.

3.3 Kriterier for valg af opfølgning

Mellem de to grænser beslutter IKAS, om opfølgning sker i form af fremsendelse af materiale inden for tre måneder, eller i form af telefonmøde/videomøde/besøg inden for seks måneder. Valget sker ud fra, hvad der konkret er nødvendigt for at kunne belyse, i hvilken grad de påviste mangler er udbedret.

Hvis resultatet er under nederste grænse, men akkrediteringsnævnet finder, at det er tilstrækkeligt til, at institutionen efter kriterierne i afsnit 3.2 ville kunne opnå akkreditering med bemærkninger, beslutter IKAS om opfølgningens form på samme måde som ovenfor.

Hvis derimod resultatet ikke er tilstrækkeligt til, at akkreditering ville kunne tildeles, afgør akkrediteringsnævnet, om opfølgning i form af telefonmøde/videomøde/besøg skal ske inden for én eller tre måneder; nævnet kan beslutte, at dele af opfølgningen skal ske inden for én måned og resten inden for tre måneder.

3.4 Sektorspecifikke tillægsregler ved tildeling af akkrediteringsstatus

3.4.1 Sygehuse og privathospitaler

Patientsikkerhedskritiske standarder

Der er otte patientsikkerhedskritiske standarder, hvor indikatorerne skal opfyldes til et givent niveau, for at akkreditering kan tildeles.

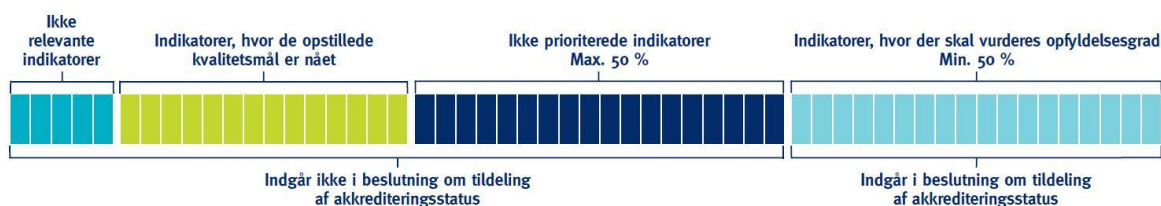
- 1.2.7 Patientidentifikation
- 2.8.6 Rettidig reaktion på prøvesvar
- 2.9.1 Lægemedelordination
- 2.9.2 Lægemedeldispensering
- 2.9.3 Lægemedeladministration
- 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund
- 2.11.5 Sikker kirurgi
- 2.13.1 Hjertestopbehandling

- For at være over øvre grænse kræves, at alle indikatorer i de otte patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er HO
- For at være over nedre grænse kræves, at ingen indikatorer i de otte patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er NO eller IO
- Hvis en indikator i de patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er vurderet som BO, afgives anbefaling om opfølgning

Ikke-prioriterede indikatorer på trin 4

Sygehuset har mulighed for at fraprioritere en vis andel af trin 4-indikatorerne. For at opnå status som akkrediteret eller akkrediteret med bemærkninger må maksimalt 50 % af relevante indikatorer på trin 4 fravælges som "ikke-prioriterede". Det er dermed et krav, at sygehuset, men ikke nødvendigvis alle afdelinger, arbejder med mindst 50 % af de trin 4-indikatorer, hvor der er forbedringsmuligheder.

Figur 1. Figur over, hvilke indikatorer på trin 4, der indgår i tildeling af akkrediteringsstatus



Fordelingen af ikke-opfyldte indikatorer

Alle indikatorer i en akkrediteringsstandard må ikke være IO. Er dette tilfældet, er udfaldet under nedre grænse.

3.4.2 Apoteker

Patientsikkerhedskritiske standarder

Der er tre patientsikkerhedskritiske standarder, hvor indikatorerne skal opfyldes til et givent niveau, for at akkreditering kan tildeles.

2.1.1 Recepthåndtering

2.1.4 Håndtering af dosispakket medicin

2.1.6 Rådgivning om lægemidler og om egenomsorg til enkeltpersoner

- For at være over øvre grænse kræves, at alle indikatorer i de tre patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er HO
- For at være over nedre grænse kræves, at ingen indikatorer i de tre patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er NO eller IO
- Hvis en indikator i de patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er vurderet som BO, afgives anbefaling om opfølgning.

Fordeling af ikke-opfyldte indikatorer

Alle indikatorer i en akkrediteringsstandard må ikke være IO. Er dette tilfældet, er udfaldet under nedre grænse.

Vurdering på trin 4 i apotekssektoren

Begreberne IRMO og IP anvendes ikke i apotekssektoren. I stedet anvendes følgende vurderingsregel:

Hvis alle evalueringer i løbet af akkrediteringscyklus har vist, at kvaliteten var på det ønskede niveau, og der derfor er ikke er gennemført forbedringstiltag, vurderes trin 4-indikatoren som HO.

3.4.3 Kommuner

Standarder med særlig betydning for borgernes sikkerhed

Der er følgende standarder med særlig betydning for borgernes sikkerhed, hvor indikatorerne skal opfyldes til et givent niveau, for at akkreditering kan tildeles:

Standardpakke for sygepleje:

2.6.1 Hygiejne

3.1.1 Grundlæggende sygepleje

3.1.2 Specialiseret sygepleje

3.2.1 Dokumentation for lægemiddelordination

3.2.2 Lægemiddel dispensering

3.2.3 Lægemiddeladministration

Standardpakke for træning:

2.6.1 Hygiejne

3.1.1 Hjerneskaderehabilitering

- For at være over øvre grænse kræves, at alle indikatorer i de tre patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er HO
- For at være over nedre grænse kræves, at ingen indikatorer i de tre patientsikkerhedskritiske standarder på trin 1 og 2 er NO eller IO
- Hvis en indikator i de standarderne med særlig betydning for borgernes sikkerhed på trin 1 og 2 er vurderet som BO, afgives anbefaling om opfølgning

Bilag 1 – Flowdiagram over tildeling af akkrediteringsstatus ved ekstern survey

