



Institut for Kvalitet
og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet

Olof Palmes Allé 13, 1. th.
8200 Aarhus N
www.ikas.dk
T: 8745 0050



Referat fra bestyrelsesmøde

Sted: IKAS, mødelokale 2

Dato: 24. april 2012

Tid: Kl. 9-12

Deltagere

Vagn Nielsen (formand)
Lone Christiansen
Jens Elkjær (næstformand)
Bent Wulff Jakobsen
Inge Kristensen (suppl.)
Birthe Søndergaard
Charlotte Hosbond (suppl.)
John Erik Pedersen

Fra IKAS

Jesper Gad Christensen
Carsten Engel

Afbud

Søren Brostrøm
Svend Hartling
Erling Friis Poulsen

-
- Pkt. 404/12** Meddelelser ved bestyrelsesformanden
- Pkt. 405/12** Godkendelse af 2. version af DDKM for apoteker
- Pkt. 406/12** Godkendelse af 2. version af DDKM for sygehuse
- Pkt. 407/12** Godkendelse af vurderingsprincipper i DDKM af 2012
- Pkt. 408/12** Regnskab 2011
- Pkt. 409/12** Årsrapport 2011 i henhold til Årsregnskabsloven samt kvalitetsrapport
- Pkt. 410/12** Forlængelse/udskiftning af formandskab for akkrediteringsnævnet
- Pkt. 411/12** Aftale med Accreditation Canada som appelinstant – stillingtagen til eventuelt gebyr i forbindelse med klage
- Pkt. 412/12** Disponering af den opsparede formue - fortsat drøftelse
- Pkt. 413/12** Status vedrørende DDKM i almen praksis samt området for praktiserende speciallæger
- Pkt. 414/12** Etablering af nydefineret rådgivende udvalg for DDKM
- Pkt. 415/12** Orientering om diverse emner
- Pkt. 416/12** Kvartalsrapport 4. kvartal 2011 og 1. kvartal 2012 samt årsrapport 2011 fra akkrediteringsnævnet til orientering
- Pkt. 417/12** Gensidig orientering
- Pkt. 418/12** Eventuelt



Den Danske
Kvalitetsmodel

A decorative header element consisting of several colored squares: two light blue squares, one light grey square, one light green square, and one medium blue square.
Bilagsoversigt:A light green square.
Bilag til pkt. 405/12Bilag 1: Høringsrapport
Bilag 2: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses samlede hørings svar
Bilag 3: Akkrediteringsstandarder for apoteker, 2. version, med indledning og bilagA light green square above a light blue square.
Bilag til pkt. 406/12Bilag 1: Høringsrapport
Bilag 2: Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2. version, med indledning og bilag

Bilag til pkt. 407/12

Vurderingsprincipper i DDKM af 2012 – vejledning til surveyors og akkrediteringsnævn

Bilag til pkt. 408/12

Regnskab 2011

Bilag til pkt. 409/12

Bilag 1 - Årsrapport 2011
Bilag 2 - Ansvarsprotokollat af 24. april 2012
Bilag 3 - Statusprotokollat 2011 af 24. april 2012
Bilag 4 - Kvalitetsrapport 2011

Bilag til pkt. 411/12

Aftale mellem IKAS og Accreditation Canada om varetagelse af funktion som appelinstans

Bilag til pkt. 412/12

Likviditetsbehov i 2012

Bilag til pkt. 416/12

Bilag 1 - Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet - 4. kvartal 2011
Bilag 2 - Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet - 1. kvartal 2012
Bilag 3 - Årsrapport 2011 fra akkrediteringsnævnet

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

Punkt 404/12:

Meddelelser ved bestyrelsesformanden

A decorative graphic consisting of a light green square and a light blue square, stacked vertically.

Vagn Nielsen orienterede om, at han er indtrådt i Sundhedsstyrelsens direktion og i den egenskab fremover varetager formandsposten i IKAS' bestyrelse.

John Erik Pedersen repræsenterer fremover Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i bestyrelsen.

A decorative graphic consisting of a light green square and a light blue square, stacked vertically.

Lægefaglig direktør Bent Wulff Jakobsen repræsenterer fremover Dansk Erhverv i bestyrelsen.

Punkt 405/12:**Godkendelse af 2. version af DDKM for apoteker**

På bestyrelsesmødet den 14. december 2012 (pkt. 392/11) blev det besluttet, at før 2. version af akkrediteringsstandarder for apoteker blev sendt i høring, fik bestyrelsen høringsmaterialet sendt til godkendelse pr. mail. Bestyrelsen godkendte høringsmaterialet med en enkelt tilføjelse vedrørende standard 1.1.5; Håndtering af akut opståede situationer, som nu også omfatter akut opståede situationer af helbredsmæssig karakter.

Høringen blev gennemført i perioden 27. februar til 19. marts 2012, idet 3 høringsparter dog fik forlænget frist til den 4. april. I høringsrapporten (bilag 1) kan der i rapportens bilag 1 ses en liste over høringsparter samt hvem, der har afgivet hørings svar.

På baggrund af hørings svarene har IKAS i tæt samarbejde med Danmarks Apotekerforening gennemarbejdet hele hørings materialet. De indkomne hørings svar, vurderingen af disse og hovedtrækkene af de ændringer, der er foretaget i standarderne på baggrund af hørings svarene, er sammenfattet i høringsrapporten. En oversigt over ændringer i forhold til 1. version kan ses i bilag 2 i materialet 2. version af akkrediteringsstandarder for apoteker.

Hørings svaret fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse afviger markant fra hørings svar fra øvrige høringsparter. Ministeriet har bl.a. følgende kommentarer til hørings materialet:

- ønsker kun standarder, der retter sig mod apotekets *skal*- opgaver og ikke mod alle de opgaver, der varetages på et apotek
- ønsker, at der i selve teksten i indikatorerne og ikke kun i referencerne, henvises til relevante love og bekendtgørelser
- 12 standarder skal helt udgå og 7 andre standarder kan slås sammen til i alt 2-3 standarder
- her ud over foreslås, at en række indikatorer, der går på kvalitetsudvikling bliver udtaget/ændret

Ministeriets hørings svar i fuld udgave kan ses i bilag 2.

IKAS har kun i nogen grad kunne efterkomme Ministeriets ønsker til reduktion af hørings materialet, idet IKAS finder, at hvis Ministeriets ønsker efterkommes, forsvinder en væsentlig del af grundlaget for kvalitetsudvikling efter DDKM på apotekerne. Såfremt der kun skal fokuseres på apotekets skal-opgaver, vil kvaliteten i de ydelser, der leveres til kunden, kun i nogen grad blive sikret, og sikkerheden for kunden vil blive forringet. IKAS er af den opfattelse, at de ydelser, et apotek leverer til kunden, skal være af høj kvalitet, uagtet om det er en skal- eller kan-opgave. IKAS vurderer ikke, at der i 2. version er yderligere krav om kvalitetsudvikling, der vil belaste apotekets ressourceforbrug i relation til anvendelsen af DDKM, end der var i 1. version af DDKM for apoteker. Yderligere er der i 2. version kun tale om en mindre revision af standard materialet og ikke en gennemgribende revision. Det skal bemærkes, at Ministeriet ingen kommentarer havde i deres hørings svar i forbindelse med 1. version af akkrediteringsstandarder for apoteker. Endelig vil apoteksstandarderne ikke kunne blive akkrediteret af ISQua, hvis Ministeriets ønsker om en kraftig reduktion af såvel standarder som indikatorer, der retter sig mod sikkerhed og kvalitetsudvikling, udgår.

Øvrige høringsparter giver overordnet set udtryk for, at revisionen har ført til et bedre og mere forståeligt standard materiale.

For trin 4's vedkommende er kravene blevet formuleret mere præcist. Det er endvidere tydeliggjort, at der ikke er krav om nogen indsats, hvis kvalitetsmålene er nået, ligesom det fremgår af vurderingsprincipperne, at apoteket har mulighed for at prioritere sin indsats på tværs af trin 4, således at en vis andel (50 %) af indikatorerne kan fravælges.

Bearbejdningen har derudover medført at:

- indikatorernes opbygning er ændret. Formålet med dette har været at gøre indikatorerne til et mere præcist værktøj for den eksterne evaluering. En konsekvens af ændringerne af indikatorerne er, at antallet af indikatorer er øget betydeligt. Dette er ikke i sig selv udtryk for øgede krav i DDKM, men for en mere præcis formulering af, hvad der evalueres på
- antallet af standarder er reduceret fra 42 til 34 fra 1. til 2. version
- to standarder er blevet opdelt fra at være en til nu at være to standarder
- efterlevelse og offentliggørelse af servicemål er samlet i en standard
- standarden om risikostyring omhandler nu udelukkende risikostyring i forbindelse med væsentlige forandringer
- der er sket justeringer i nogle krav
- der er foretaget en række præciseringer og sproglige forbedringer

Den efter høringen tilrettede 2. version af akkrediteringsstandarder for apoteker kan ses i bilag 3.

Indstilling:

At bestyrelsen godkender den forelagte 2. version af akkrediteringsstandarder for apoteker til anvendelse ved surveys, der starter efter 01.01.2013. Opfølgning (indsendelse af dokumentation, fokuseret genbesøg eller fokuseret resurvey) på eksterne surveys før 01.01.2013 sker dog efter 1. version.

Bilag:

Bilag 1: Høringsrapport

Bilag 2: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelses samlede høringssvar

Bilag 3: Akkrediteringsstandarder for apoteker, 2.version, med indledning og bilag

Beslutning:

Indstillingen godkendt.

Punkt 406/12:**Godkendelse af 2. version af DDKM for sygehuse**

På bestyrelsesmødet den 14. december 2011 (pkt. 391/11) blev det besluttet at sende 2. version af DDKM for sygehuse i høring. Høringen blev gennemført i perioden 2. januar – 8. februar 2012, idet regionerne fik forlænget fristen til 15. februar. IKAS har

- inviteret en række parter til at afgive høringssvar
- på hjemmesiden givet mulighed for, at alle øvrige interesserede har kunnet afgive høringssvar
- orienteret surveyorne om muligheden for at afgive høringssvar
- afholdt dialogmøder med en række faglige og videnskabelige organisationer

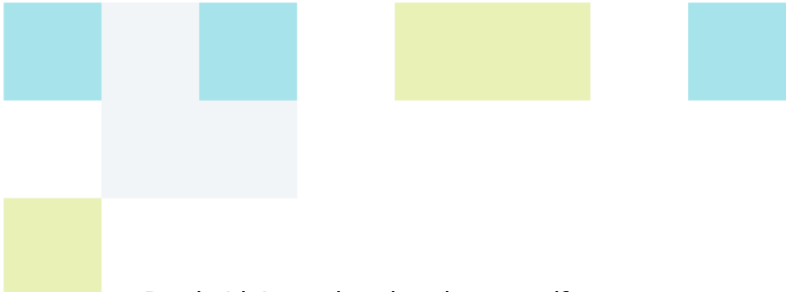
På baggrund af høringssvarene har IKAS gennemarbejdet hele høringmaterialet. Resultatet af bearbejdningen er drøftet på et møde med deltagelse af både den følgegruppe, der var nedsat for at understøtte revisionen af standarderne, og af det rådgivende udvalg for sygehuse. De indkomne høringssvar, vurderingen af dem og hovedtrækkene af de ændringer i standarderne, der er sket på baggrund af høringssvarene og drøftelserne med følgegruppen og det rådgivende udvalg, er sammenfattet i en høeringsrapport (bilag 1).

En tabellarisk oversigt kan ses i rapportens bilag 4. En oversigt over ændringer i forhold til 1. version kan ses i bilag 6 til akkrediteringsstandarderne.


Høringsparterne giver overordnet set udtryk for, at revisionen har ført til et bedre og mere forståeligt standardmateriale. Man er tilfreds med, at der gives en større frihed til valg af metode og konkret indhold af kvalitetsovervågningen (trin 3). Samtidigt gives der imidlertid også udtryk for bekymring for, at et krav om kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedring (trin 4) i relation til samtlige standarder er et meget omfattende krav. I konsekvens heraf har IKAS gennemarbejdet trin 3 på tværs af standardsættet, således at det samlede krav til kvalitetsovervågning bliver fokuseret og reduceret. På side 8 i høeringsrapporten kan man få et overblik over de forandringer, dette har medført, og en sammenligning med kravene på trin 3 i 1. version. I forhold til 1. version er der tilkommet enkelte nye krav, mens andre er udgået.

De samlede krav til kvalitetsovervågning fremgår af bilag 2 til standarderne. For de fleste standarder, hvor der i 1. version var krav om journalaudit, kan sygehusene opfylde kravene i 2.version ved at fortsætte journalaudit, men har nu frihed til at vælge andre spørgsmål, eller til at vælge andre kvalitetsovervågningsmetoder.

For trin 4's vedkommende er kravene blevet formuleret mere præcist. Det er endvidere tydeliggjort, at der ikke er krav om nogen indsats, hvis kvalitetsmålene er nået, ligesom det fremgår af vurderingsprincipperne, at sygehuset har mulighed for at prioritere sin indsats på tværs af trin 4, således at en vis andel (50 %) af indikatorerne kan fravælges.

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

Bearbejdningen har derudover medført

- 
- A decorative graphic consisting of a light green square above a medium blue square.
- at en række standarder er indarbejdet i andre standarder eller helt er udgået
 - en enkelt standard er opdelt i to
 - justeringer i nogle krav
 - en lang række præciseringer og sproglige forbedringer

Indstilling:

At bestyrelsen godkender den forelagte 2. version af akkrediteringsstandarder for sygehuse til anvendelse ved surveys, der starter efter 01.01.2013. Opfølgning (indsendelse af dokumentation, fokuseret genbesøg eller fokuseret resurvey) på eksterne surveys før 01.01.2013 sker dog efter 1. version.

Bilag:

Bilag 1: Høringsrapport

Bilag 2: Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2. version, med indledning og bilag

Beslutning:

Indstillingen godkendt. Bestyrelsen understreger, at der ligger en vigtig opgave for både IKAS og bestyrelsesparterne i at formidle en tolkning af standarderne, der imødegår mytedannelse om unødigt bureaukrati.

Der indkom forslag til præciseringer fra Sundhedsstyrelsens og Region Hovedstadens repræsentanter, og disse vil indgå i præciseringsarbejdet.

Punkt 407/12:

Godkendelse af vurderingsprincipper i DDKM af 2012

På bestyrelsesmødet den 22. september 2011 (pkt. 380/11), orienterede IKAS om, at man havde til hensigt at gennemgå vurderingsprincipperne. Gennemgangen har taget udgangspunkt i en evaluering af surveyors, akkrediteringsnævnets og akkrediteringssekretariatets erfaringer med anvendelsen af vurderingsprincipperne i praksis.

IKAS har desuden indhentet dokumentation om de anvendte vurderingsprincipper fra en række internationale akkrediteringsorganisationer og har efterfølgende afholdt videokonferencer for at uddybe forståelsen af disse. Det må konstateres, at der ikke findes nogen guldstandard for vurderingsprincipper, og at forskellene bl.a. afspejler, at standarderne er opbygget forskelligt. IKAS har herefter den 10. januar 2012 afholdt en workshop med deltagelse af følgegruppen for revision af sygehusstandarder, koordinationsudvalget med Danmarks Apotekerforening, en række surveyors og repræsentanter for akkrediteringsnævnet, herunder hele formandsskabet.

På baggrund af workshoppen har IKAS udarbejdet et forslag til vurderingsprincipper. Erfaringerne fra de hidtil gennemførte surveys viser, at der er behov for en mere omfattende vejledning til anvendelsen, end hvad der hidtil har været tilfældet. De overordnede vurderingsprincipper er derfor i den her forelagte version forsynet med en udførlig vejledning for, hvordan principperne anvendes på hhv. trin 1, 2, 3 og 4. Der vil frem til at vurderingsprincipperne skal anvendes (01.01.2013) være tid til at finjustere disse vejledninger sammen med repræsentanter for surveyors og nævn. IKAS vil derudover sammen med surveyors og nævnsmedlemmer gennemgå standarderne indikator for indikator, for at afdække, om der er indikatorer, der kræver en specifik vejledning.

Forslaget har været drøftet med det rådgivende udvalg for sygehuse den 27. marts 2012 og med koordinationsudvalget med Danmarks Apotekerforening den 9. marts 2012.

Med de foreslåede principper bliver rollerne i vurderingen for hhv. surveyorteam og akkrediteringsnævn mere tydelige:

- Surveyorteamet har til opgave at vurdere betydningen af de gjorte fund og på baggrund heraf tildele hver indikator en af fire opfyldelsesgrader. Tildelingen af akkrediteringsstatus sker herefter alene på baggrund af indikatoropfyldelsesgraderne, uden at surveyorne har afgivet en særskilt indstilling om dette.
- Akkrediteringsnævnet har tre opgaver:
 - o At sikre, at surveyorne anvender vurderingsprincipperne korrekt og konsistent. Dette betyder, at akkrediteringsnævnet kan ændre surveyornes vurdering af indikatorer. Vejledningen til vurderingsprincipperne og den løbende uddannelse af surveyorne skal dog tilstræbe, at dette kun sjældent sker
 - o At afgøre om akkreditering kan tildeles, når udfaldet af ekstern survey er under en vis kritisk tærskel (se konkret herunder).

- At afgøre indhold, form og tidsfrist for eventuel opfølgning

I hovedtræk kan vurderingsprincipperne beskrives på følgende måde:

- "Aktiviteter i gang" tillægges ikke længere nogen betydning. Institutionerne vurderes på det faktisk præsterede
- Vurderingen af indikatorer har fire udfald: Helt/I betydelig grad/I nogen grad/Ikke opfyldt. Udfaldene helt og i betydelig grad betyder, at institutionen for denne indikator lever op til niveauet for at kunne akkrediteres uden krav om yderligere opfølgning, men giver mulighed for, at surveyorne kan tilkendegive, at der stadig kan være et potentiale for yderligere forbedringer
- Der sker ingen særskilt vurdering på standardniveau, men rapporten vil indeholde en oversigt over standarder, hvori der indgår indikatorer med krav om opfølgning
- Transparente kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus, idet tildeling af akkrediteringsstatus baseres på en vurdering af indikatoropfyldelsen trin for trin, på tværs af standardsættet:
 - Hvis over 85 % af indikatorerne på hvert trin er opfyldt helt eller i betydelig grad, opnås akkreditering, men med krav om opfølgning på de indikatorer, der kun er opfyldt i nogen grad eller ikke. I principperne er indbygget en mulighed for, at institutionerne kan foretage en prioritering af indsatsen for kvalitetsforbedring, og vurderes på de trin 4-indikatorer, som de har prioriteret at arbejde med
 - Der skal arbejdes med alle relevante standarder. Ingen standard må således have samtlige indikatorer ikke opfyldt
 - Hvis institutionen ikke lever op til ovenstående to krav, vurderer akkrediteringsnævnet konkret, om der kan tildeles akkreditering, eller om akkrediteringen skal suspenderes, indtil der har været gennemført fokuseret resurvey
- På sygehusområdet indføres en tillægsregel, idet kravene er skærpet for 8 patientsikkerhedskritiske standarder
- Terminologien ved tildeling af akkrediteringsstatus tilpasses til, at der nu i hovedsagen er tale om institutioner, der er akkrediteret og nu skal have akkrediteringen fornyet

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen godkender de forelagte vurderingsprincipper til anvendelse ved surveys på grundlag af 2. version af sygehusstandarderne og 2. version af apoteksstandarderne. For kommende standardsæt beslutes i hvert enkelt tilfælde, om disse vurderingsprincipper kan anvendes, som de er, eller om de skal modificeres eller ændres.

At IKAS sammen med repræsentanter for surveyors og akkrediteringsnævn finjusterer vejledningen til anvendelsen af principperne og udarbejder specifikke vejledninger til vanskelige indikatorer, således at vejledningen kan lægges til grund ved opdateringsuddannelsen af surveyors og nævn inden 01.01.2013.

Bilag:

Vurderingsprincipper i DDKM af 2012 – vejledning til surveyors og akkrediteringsnævn

Beslutning:

Indstillingen godkendt.

Punkt 408/12:**Regnskab 2011**

Hermed forelægges regnskab 2011, der udviser et mindreforbrug på kr. 3.756.101.

Det er en afvigelse på kr. 3.666.101 i forhold til budgettet for 2011, idet der var budgetteret med et mindreforbrug på kr. 90.000.

De største afvigelser er:

Indtægter:

Grundbevillinger, apoteker	kr.	1.068.597
Taxametyr ydelser, privathospitaler	kr.	-2.341.380

Udgifter (mindreforbrug):

Direktørens dispositionskonto - budgetreserve	kr.	1.000.000
Medfinansiering af EU projekt	kr.	1.000.000
Surveyomkostninger	kr.	1.257.000
Standardudvikling	kr.	679.212
Personaleomkostninger	kr.	661.333
Akkrediteringsnævn	kr.	416.800

Afvigelser er forklaret i noterne til det interne årsregnskab.

Indstilling:

Regnskab 2011 forelægges til godkendelse.

Bilag:

Regnskab 2011

Beslutning:

Regnskab 2011 godkendt.

Punkt 409/12:**Årsrapport 2011 i henhold til Årsregnskabsloven samt kvalitetsrapport**

Hermed forelægges den af KPMG og Rigsrevisionen reviderede årsrapport 2011, der udviser et mindre-forbrug på kr. 1.968.853. I forhold til internt årsregnskab 2011 er det en afvigelse på kr. 1.787.248. Afvigelsen svarer til årets afskrivning på anlægsaktiver, der er udgiftsført i resultatopgørelsen. Forklaring herpå fremgår af punkt 3 nedenfor.

Årsrapporten aflægges i henhold til årsregnskabsloven, hvoraf der fremgår nogle ufravigelige krav til regnskabsaflæggelse. I forhold til det interne årsregnskab er der 3 forskelle:

1. Sammenligning foretages til årsrapport 2010 og ikke til budget
2. Der må ikke foretages modregninger i indtægter og udgifter
3. Anlægsaktiver må ikke udgiftsføres i 1 år, men skal afskrives over brugstiden

Ad 2 Modregning i indtægter og udgifter

I internt årsregnskab er omkostninger til trykning af bøger, pjecer m.v. kr. 154.670 modregnet i indtægter for samme gruppe. I årsrapporter er nettoindtægter kr. 154.670 højere end i internt årsregnskab og omkostninger til kommunikation er tilsvarende højere, da der ikke må foretages modregning.

Ad 3 Anlægsaktiver

I årsrapporten er foretaget afskrivning på anlægsaktiver med kr. 1.787.248, der er udgiftsført i resultatopgørelsen. Afskrivningen vedrører primært restafskrivning på it-systemet TAK, hvor udviklingsomkostningerne i perioden før ibrugtagelse i 2009 ikke er udgiftsført i resultatopgørelsen, men aktiveret i balancen. Fra ibrugtagelsestidspunktet må de aktiverede omkostninger afskrives lineært over 2 år og dermed udgiftsføres i resultatopgørelsen.

Øvrige anlægsaktiver, der afskrives på, er indretning af lejede lokaler, inventar og it-udstyr. Der henvises til specifikationer til årsrapporten i note 6 og 7.

Indstilling:

Revideret årsrapport forelægges til godkendelse

Bilag:

- Bilag 1 - Årsrapport 2011
- Bilag 2 - Ansvarsprotokollat af 24. april 2012
- Bilag 3 - Statusprotokollat 2011 af 24. april 2012
- Bilag 4 - Kvalitetsrapport 2011

Beslutning:

Årsrapporten og kvalitetsrapporten godkendt. Bestyrelsen efterspørger, at der efter afslutningen af første akkrediteringsrunde udarbejdes et samlet overblik over den oplevede kvalitet af survey og akkreditering.

Punkt 410/12:**Forlængelse/udskiftning af formandskab for akkrediteringsnævnet**

Akkrediteringsnævnets formandskab udgøres af en formand og to næstformand, poster der pt. er besat med Jesper Poulsen som formand og Anna Guttesen og Per Østergaard Jensen som næstformænd.

I henhold til vedtægternes § 4 udpeges formandskabet for en 3-årig periode med mulighed for forlængelse. Der skal sikres kontinuitet i formandskabet således, at der sikres overlap i funktionen.

Med henblik på at sikre den nævnte kontinuitet, foreslås det, at der udpeges ny næstformand som afløser for Anna Guttesen, der sidste år gik pension og som ikke længere har tilknytning til sundhedsvæsenet.

Jesper Poulsen og Per Østergaard Jensen har begge tilkendegivet, at de vil være indstillet på at påtage sig endnu en 3-årig periode.

På baggrund af drøftelser med nævnsformanden, foreslås det, at chefsygeplejerske Ida Gøtke, Hospitalsenheden Vest, udpeges som ny næstformand med tiltrædelse pr. 01.09.2012 for en 3-årig periode og på uændrede vilkår, dvs. frikøb svarende til en måned samt pensionsgivende honorar på kr. 11.210 pr. måned.

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen godkender den foreslåede ændring af formandsskabet for akkrediteringsnævnet.

Bilag:

Ingen

Beslutning:

Indstillingen godkendt.

Punkt 411/12:**Aftale med Accreditation Canada som appelinstans - stillingtagen til eventuelt gebyr i forbindelse med klage**

IKAS har den 5. marts 2012 indgået aftale med Accreditation Canada, som fremover vil varetage funktionen som appelinstans i forhold til beslutninger om akkrediteringsstatus truffet af akkrediteringsnævnet for DDKM.

Historik og proces

IKAS blev akkrediteret af ISQua i foråret 2011. Et af opfølgingskravene var etableringen af en appelinstans, som er uafhængig af den instans, der træffer beslutning om akkrediteringsstatus.

I forlængelse af drøftelserne på bestyrelsesmødet den 15. april 2011 (pkt. 357/11) rettede IKAS henvendelse til den hollandske akkrediteringsorganisation NIAZ, med henblik på at drøfte muligheden for, at de kunne varetage funktionen som appelinstans. NIAZ havde ikke mulighed for at løfte opgaven, men anbefalede IKAS at undersøge muligheden for at etablere et samarbejde med den canadiske akkrediteringsorganisation Accreditation Canada.

Efterfølgende positive drøftelser med Accreditation Canada blev udmøntet i et konkret udkast til en aftale, som blev forelagt bestyrelsen til kommentering via e-mail den 16. februar 2012. Med udgangspunkt i denne elektroniske sagsbehandling indgik IKAS den 5. marts 2012 aftale med Accreditation Canada.

Det pointeres, at aftalen med Accreditation Canada udelukkende vedrører klager over akkrediteringsnævnets tildeling af akkrediteringsstatus, som hidtil har været inappellable. Eventuelle klager af anden karakter håndteres af IKAS' nuværende klagesystem.

Hovedpunkterne i aftalen

Aftalen indebærer, at Accreditation Canada påtager sig opgaven som appelinstans. Aftalen er indgået for en 3-årig periode med mulighed for forlængelse og kan i øvrigt opsiges med 60 dages varsel.

Der betales en engangsudgift på CAD 4.460 (ca. DKK 25.000) til dækning af de initiale omkostninger i forbindelse med udarbejdelsen af en politik, retningslinjer mv. for appelfunktionen. Herudover betales der efter princippet fee-for-service, dvs. pr. opgave og efter medgået tid. Gennemsnitligt kalkuleres der med et forbrug på 25 timer pr. klage og med en øvre grænse på 35 timer. Gennemsnitsprisen vil svare til ca. DKK 30.000 pr. opgave.

Implementering af aftalen


Som en del af implementeringen af aftalen forventes følgende aktiviteter gennemført:

- Uddannelse af relevante medarbejdere fra Accreditation Canada via videokonference
- Udarbejdelse af klagevejledning (udarbejdes af Accreditation Canada, jf. kontrakt)
- Orientering til institutioner om klagemulighed

Oversættelse af relevant materiale varetages internt i IKAS.

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

Indstilling:

A small yellow square.

Det indstilles, at bestyrelsen tager stilling til, om gebyr for indgivelse af klage på ca. DKK 30.000 afholdes af klagende part eller af IKAS.

A small yellow square.

Bilag:

Aftale mellem IKAS og Accreditation Canada om varetagelse af funktion som appelinstant

A small yellow square above a small light blue square.

Beslutning:

I forbindelse med indgivelse af klage opkræves et a conto gebyr på 45.000 kr.

Efter sagens behandling efterreguleres i overensstemmelse med de faktisk afholdte udgifter til appelinstantens sagsbehandling. Udgiften kan dog ikke overstige a conto gebyret.

Får klageren medhold i form af, at den tildelte akkrediteringsstatus skal ændres i overensstemmelse med klagerens krav, refunderes gebyret.

Punkt 412/12:**Disponering af den opsparede formue - fortsat drøftelse**

På seneste bestyrelsesmøde aftales det, at de oprindelige aftaleparter skulle drøfte, hvilke principper, de ønsker anvendt i forbindelse med disponering af formuen.

Til brug for den videre drøftelse vedlægges notat, der illustrerer det likviditetsbehov, der er nødvendigt for at kunne køre den daglige drift. Dette behov kan opgøres til ca. kr. 10 mio. Det skal bemærkes, at dette kan reduceres, hvis grundbevillingerne indbetales tidligere end det pt. er tilfældet.

Indstilling:

Til fortsat drøftelse

Bilag:

Likviditetsbehov i 2012

Beslutning:

Orienteringen taget til efterretning. Sagen genoptages senere.

Punkt 413/12:**Status vedrørende DDKM i almen praksis samt området for praktiserende speciallæger***Almen praksis*

26 praksis landet over har siden medio februar pilottestet de 19 standarder for almen praksis. 12 praksiskonsulenter fra regionerne giver de deltagende praksis sparring i processen i tæt samarbejde med IKAS. Disse praksiskonsulenter uddannes ultimo april i surveyorrollen og skal de første uger af juni danne teams med konsulenter fra IKAS og gennemføre ekstern survey i alle de deltagende praksis. DSAM har udviklet en hjemmeside til udveksling af eksempler på retningsgivende dokumenter og gode råd i pilottesten.

I maj måned gennemføres en bred høring af standardsættet ud fra IKAS' normale principper. Endvidere iværksættes DANPEP patienttilfredshedsundersøgelse i 1 pilottestetpraksis i hver region.

Rambøll er købt til at gennemføre evaluering af pilottesten og skal aflevere rapport 1. september 2012 med henblik på overenskomstforhandlingerne mellem PLO og Danske Regioner efteråret 2012.

Praktiserende speciallæger

Der er i denne overenskomst tilsvarende aftale om, at der skal udvikles en relevant version af DDKM, og der har været afholdt indledende møde mellem aftaleparterne og IKAS. Der er fra aftaleparternes side udtrykt ønske om en hurtig, ambitiøs og smidig proces, og IKAS fremlægger projektforslag for aftaleparterne i et møde medio maj. Udkast til projektbeskrivelse, tidplan mv. vil forelægges til bestyrelsesmødet, men modellen vil være meget lig den, der kendes fra almen praksis – dog forventes en noget mere enkel og smidig proces.

Indstilling:

Til orientering

Bilag:

Ingen

Beslutning:

Orienteringen taget til efterretning.

Punkt 414/12:**Etablering af nydefineret rådgivende udvalg for DDKM**

I forbindelse med akkrediteringen af IKAS i foråret 2011, pegede ISQua på behovet for at nedsætte et rådgivende udvalg, der skulle involvere relevante "stakeholders" i rådgivning af IKAS' bestyrelse. Det var efterfølgende bestyrelsens opfattelse, at denne rådgivning burde ske direkte i forhold til IKAS, hvor den omsættes til driftsbeslutninger eller til oplæg for bestyrelsen. Det blev på bestyrelsesmødet 16. juni 2011 (pkt. 368/11) besluttet, at IKAS' rådgivende udvalg nydefineres og sammensættes således, at forskellige organisationsinteresser involveres sammen med en række personligt udpegede medlemmer.

I forlængelse af møde mellem IKAS og formanden for IKAS' rådgivende udvalg, Mogens Hørder, forelægges overvejelser vedrørende kommissorium og sammensætning af et nydefineret rådgivende udvalg. Der er i beskrivelsen taget udgangspunkt i, at det overordnede formål med det nye udvalg er rådgivning og sparring i forbindelse med DDKM – i modsætning til det tidligere udvalg, der i højere grad var rettet primært mod IKAS.

Kommissorium skal udmønte følgende overvejelser:

Det rådgivende udvalg for DDKM har til opgave at:

- understøtte positionering af DDKM som overordnet "paraply" for arbejdet med kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen
- legitimere og understøtte stakeholders ret til og mulighed for at påvirke DDKM
- understøtte det faglige miljøes accept af DDKM som et legitimt og nyttigt implementeringsværktøj
- sikre, at DDKM bevarer den sunde relation til den kliniske hverdag – men også, at ambitionsniveauet i forhold til udviklingen i sundhedsvæsenet konstant udfordres
- understøtte den kommunikationsopgave, der skal medvirke til, at DDKM ikke i for høj grad vurderes på myter og forkerte vandrehistorier, men på reel information
- varetage en ambassadør-funktion i forhold til offentligheden
- sikre varetagelse af borgerens/patientens interesser i forhold til DDKM

Endeligt kommissorium udarbejdes i samarbejde med formanden for det rådgivende udvalg.

Forslag til sammensætning

Udvalget sammensættes af stakeholders, der er af særlig taktisk og strategisk betydning for DDKM og IKAS; herunder organisationsrepræsentanter og personligt udpegede medlemmer.

Forslag til organisationer: Lægeforeningen, DSR, DASYS, de lægevidenskabelige selskaber, Dansk Selskab for Sygehusledelse, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Patienter. Andre organisationer fra Sundhedskartellet kan overvejes.

Forslag til personligt udpegede: Mogens Hørder (formand), Knut Borch Johnsen (Forskningsinitiativet for Kvalitet i Sundhedsvæsenet, SDU), en repræsentant fra forsikringsverdenen samt nogle af medlemmerne fra det "gamle" rådgivende udvalg.

Møder

Der forventes afholdt 2 møder årligt. Det forudsættes, at udvalgets arbejde vil have åben/offentlig karakter med publicering af mødereferater, udgivelse af artikler m.v. IKAS vil sekretariatsbetjene udvalget.

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen godkender etableringen af et nydefineret rådgivende udvalg.

Bilag:

Ingen

Beslutning:

Indstillingen godkendt.



Punkt 415/12:

Orientering om diverse emner

Nedenstående punkter uddybes yderligere på mødet.

Sammenhængskraft

Bestræbelserne på at sikre sammenhæng mellem de relativt mange enkeltelementer i akkrediteringsprocessen – spændende fra udviklingen/revideringen af standardsæt, over implementering, rådgivning, uddannelse og til survey og nævnsbehandling – skrider fremad. Der er nu etableret observation fra IKAS i forbindelse med de seneste surveys i Region Hovedstaden med henblik på at få et indtryk af, hvorledes standarderne faktisk vurderes i praksis, hvorledes det planlagte besøg afvikles i virkeligheden samt sikre mulighed for tæt dialog mellem surveyorne og IKAS. De observationsbesøg, der har været afviklet hidtil, er foregået til alle parter tilfredshed. Observationsdeltagelse vil fremover i mindre omfang være et fast element.

Der afvikles kontaktmøder mellem nævnets formandskab og IKAS' ledelse med henblik på at sikre den fornødne sammenhæng, ligesom uddannelse med henblik på at sætte et antal surveyors og nævnsmedlemmer i stand til at fungere i hinandens roller er planlagt.

Endelig er IKAS' organisation blevet yderligere trimmet med henblik på at eliminere konstaterede barrierer få så vidt angår den nødvendige kommunikation og vidensdeling. Dette betyder, at akkrediteringsområdet og rådgivningsområdet er samlet i én akkrediteringsafdeling og under én afdelingsleder. Eksempelvis indebærer dette et betydeligt tættere samarbejde mellem de medarbejdere, der rådgiver institutionerne og de medarbejdere, der afklarer surveyrapporter med ledende surveyor med henblik på forberedelse til nævnsbehandling. Tilsvarende betyder det, at de enkelte sager vil blive forelagt i nævnet af den sagsbehandler, der er ansvarlig for afklaringen af surveyrapporten.

Surveyorudvikling

I tæt sammenhæng med initiativerne vedrørende sikring af den nødvendige sammenhæng, har vi kunnet konstatere, at der er et stort behov for løbende at kompetenceudvikle surveyor korpset. Den grunduddannelse, som de alle gennemgår, er ikke tilstrækkelig til at sikre det fornødne faglige niveau, medmindre der sker en løbende opfølgning og kompetenceudvikling. Vi har derfor opprioriteret dette område og defineret det som det væsentligste indsatsområde for det kommende år. Således er en vakant stilling blevet dedikeret til denne funktion og er pt. under besættelse.

IKAS' internationale engagement

Som bestyrelsen tidligere er orienteret om, er der aktiviteter i gang i forhold til det færøske sundhedsvæsen, Sahlgrenska Universitetssjukhus samt det norske psykiatriske hospital, som allerede har gennemgået 1. akkrediteringsrunde.

Status vedrørende færø-projektet er, at de har en politisk beslutning om at skulle gennemføre akkreditering i henhold til DDKM – men budgetmæssigt har de problemer med finansieringen. Vi afventer en delig tilbagemelding. Sahlgrenska har tilkendegivet stor interesse for at gå videre, men man afventer en overordnet stillingtagen på regionsniveau. Endelig har nordmændene tilkendegivet, at de ønsker at fortsætte med 2. runde.

Udfasning af TAK

Som bestyrelsen tidligere har modtaget orientering om, er det besluttet at udfase it-systemet TAK, idet dette ikke længere er tilstrækkeligt fleksibelt til at kunne anvendes hensigtsmæssigt i forhold til de nye opgaver og standarder, der skal håndteres, ligesom en fortsat drift af TAK vil være uhensigtsmæssigt dyrt. Vi arbejder pt. med at etablere langt mindre komplicerede og mere "lavpraktiske" løsninger, der kan sikre den fornødne it-understøttelse.

Indstilling:

Til orientering

Bilag:

Ingen

Beslutning:

Orienteringen taget til efterretning.



Punkt 416/12:

Kvartalsrapport 4. kvartal 2011 og 1. kvartal 2012 samt årsrapport fra 2011 fra akkrediteringsnævnet til orientering

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

Vedlagte kvartalsrapporter dækker perioden fra 1. oktober til og med 31. december 2011 og perioden 1. januar til og med 31. marts 2012.

Indstilling:

Til orientering

Bilag:


Bilag 1 - Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet - 4. kvartal 2011

Bilag 2 - Kvartalsrapport fra akkrediteringsnævnet - 1. kvartal 2012

Bilag 3 - Årsrapport 2011 fra akkrediteringsnævnet

Beslutning:

Orienteringen taget til efterretning.

A series of decorative colored squares in the top left corner: a light blue square, a light grey square, a light blue square, a light green square, and a light blue square, arranged in a grid-like pattern.

Pkt. 417/12

Gensidig orientering

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

Sekretariatet orienterede om, at der på næste nævnsmøde må forventes afgørelse om "ikke akkrediteret" af et københavnsk apotek.

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

Sekretariatet orienterede om drøftelser med Sundhedsstyrelsens kontrolfunktion vedrørende mulighederne for at koordinere indsatsen over for privathospitalerne, således at den samlede indsats over for disse forekommer mindst muligt belastende.

Pkt. 418/12:

Eventuelt

Bestyrelsen godkendte, at direktør for Center for Rygkirurgi, Thomas Kiær, indtræder i akkrediteringsnævnet i stedet for Bent Wulff Jakobsen.