



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, Olof Palmes Allé 13, mødelokale 2

**Dato:** 14. marts 2013

**Tid:** Kl. 9.00 - 12.00

### Deltagere

Vagn Nielsen (formand)  
Bodil Bjerg (suppl.)  
Jens Elkjær (næstformand)  
Birthe Søndergaard  
John Erik Pedersen

### Fra IKAS

Jesper Gad Christensen  
Carsten Engel

### Afbud

Erling Friis Poulsen  
Lone Christiansen  
Svend Hartling  
Søren Brostrøm  
Bent Wulff Jakobsen

- 
- Pkt. 444/13** Meddelelser ved bestyrelsesformanden
- Pkt. 445/13** Regnskab 2012
- Pkt. 446/13** Årsrapport 2012 i henhold til Årsregnskabsloven samt kvalitetsrapport
- Pkt. 447/13** Anvendelse af de kliniske kvalitetsdatabasers indikatorværdier som grundlag for sygehussurveyordialog om kvalitetsarbejdet
- Pkt. 448/13** Orientering om udviklingen på det kommunale område samt forslag om revision af eksisterende standardpakker
- Pkt. 449/13** Kvartalsrapport 3. og 4. kvartal 2012 samt årsrapport 2012 fra akkrediteringsnævnet til orientering
- Pkt. 450/13** Gensidig orientering
- Pkt. 451/13** 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, arranged in a non-uniform pattern.

**Bilagsoversigt:**



Bilag til pkt. 445/13

Regnskab 2012



Bilag til pkt. 446/13

Bilag 1 - Årsrapport 2012  
Bilag 2 - Statusprotokollat 2012  
Bilag 3 - Kvalitetsrapport 2012



Bilag til pkt. 448/13

Sammenfatning af kommuneundersøgelse



Bilag til pkt. 449/13

Bilag 1 - Kvartalsrapport akkrediteringsnævn 3. og 4. kvartal 2012  
Bilag 2 - Årsrapport for akkrediteringsnævnet 2012



side 3 af 13

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

**Punkt 444/13:**

A single light green square.

**Meddelelser ved bestyrelsesformanden**

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

**Ingen**



**Punkt 445/13:****Regnskab for 2012**

Regnskab for 2012 udviser et mindreforbrug på 1.850 t.kr. Der var i budget 2012 forudsat en henlægelse på 170 t.kr. Der er således en positiv afvigelse på 1.680 t.kr.

De væsentligste afvigelser er grupperet således:

Yderligere udgifter og mindre indtægter i forhold til budgetteret:

|                                   |     |       |
|-----------------------------------|-----|-------|
| It                                | 166 | t.kr. |
| Projekter – primært almen praksis | 540 | t.kr. |
| Finansielle indtægter             | 158 | t.kr. |

Disse er finansieret ved yderligere indtægter og mindre udgifter:

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| Direktørens budgetreserve                       | 1.000 | t.kr. |
| Indtægter – taxameterindtægter og salg af bøger | 788   | t.kr. |
| Uddannelse af eksterne                          | 113   | t.kr. |
| Personaleomkostninger                           | 317   | t.kr. |
| Akkrediteringsnævn                              | 328   | t.kr. |

Afvigelser er forklaret i noterne til regnskabet.

**Indstilling:**

Regnskab 2012 forelægges til godkendelse.

**Bilag:**

Regnskab 2012

**Beslutning:**

**Regnskab 2012 blev godkendt**

**Punkt 446/13:****Årsrapport 2012 i henhold til Årsregnskabsloven samt kvalitetsrapport**

Hermed forelægges den af KPMG og Rigsrevisionen reviderede årsrapport 2012, der udviser et mindre forbrug på kr. 2.519.144. I forhold til regnskab 2012 er det en afvigelse på kr. 668.755. Afvigelsen svarer til aktivering af udviklingsomkostninger kr. 824.925 på it-systemet DIPUS fratrukket årets afskrivning på øvrige anlægsaktiver kr. 156.170.

Aktiveringen af it-udviklingsomkostninger er modregnet i driftsudgiften it-omkostninger på kr. 3.741.400 i resultatopgørelsen. Afskrivning på anlægsaktiver 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 2011 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 regnskab 2012 er omkostninger til trykning af bøger, pjecer mv. kr. 525.842 modregnet i indtægter for samme gruppe. I årsrapporter er nettoindtægter kr. 525.842 højere end i regnskab og omkostninger til kommunikation er tilsvarende højere, da der ikke må foretages modregning.

*Ad 3 Anlægsaktiver*

I årsrapporten er aktiveret kr. 824.925 vedrørende udviklingsomkostninger på it-systemet DIPUS. Udviklingsomkostninger skal aktiveres i perioden før ibrugtagning, og kan herefter afskrives over 2 år. DIPUS er overleveret til brugerne primo januar 2013, og de aktiverede udviklingsomkostninger bliver således afskrevet i 2013 og 2014.

Der er i 2012 foretaget afskrivning på anlægsaktiver med kr. 156.170, der er udgiftsført i resultatopgørelsen. Afskrivningen vedrører afskrivning på indretning af lejede lokaler, inventar og it-udstyr. Der henvises til specifikationer til årsrapporten i note 7 og 8.

**Indstilling:**

Revideret årsrapport forelægges til godkendelse og kvalitetsrapport forelægges til orientering

**Bilag:**

Bilag 1 - Årsrapport 2012

Bilag 2 - Statusprotokollat 2012

Bilag 3 - Kvalitetsrapport 2012

**Beslutning:**

**Den reviderede årsrapport blev godkendt og kvalitetsrapporten taget til efterretning**

**Punkt 447/13:****Anvendelse af de kliniske kvalitetsdatabasers indikatorværdier som grundlag for sygehus-surveydialog om kvalitetsarbejdet**

Efter bestyrelsens beslutning på mødet den 22. november 2012 (pkt. 438/12) har IKAS arbejdet videre med at forberede anvendelsen af indikatorværdier fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser i de kommende survey.

IKAS har som anbefalet været i kontakt med temagruppen for kvalitet og service og styregruppen for RKKP. Begge er kommet med tilkendegivelser, og der har tillige været dialog med RKKP fællessekretariatet. De to grupper og fællessekretariatet gav en række kommentarer til anvendelsen af databasernes indikatorværdier, centralt stod især, at man ikke ønskede, at sygehusene skal møde nye data ved survey.

For at sikre, at der i dialogen mellem sygehus og surveyor kan blive arbejdet ud fra et ensartet, transparent og på forhånd kendt udgangspunkt, har IKAS derfor valgt i første instans at udarbejde en årsrapportmodel. Modellen har til formål at udvælge data, hvor det er relevant at forvente, at der har været gennemført tiltag til forbedring af kvaliteten.

En årsrapportmodel vil basere sig på indikatorværdier, der allerede har været publiceret i databasernes årsrapporter. Sygehusene vil i forbindelse med survey dermed stå med velkendte data, der har været mulighed for at arbejde med i nogen tid.

En årsrapportmodel vil dog samtidig indebære, at data ofte vil være 1 - 1½ år eller endda 2 år gamle. Sygehusene kan derfor være nået væsentligt videre med forbedringstiltag på det pågældende område og finder, at en dialog med surveyor ud fra ældre data kan være mindre relevant.

En mere hensigtsmæssig model på sigt vil være, at sygehusene præsenterer udvikling i indikatorværdier, der også indeholder de seneste kvartaler, der ligger efter sidste årsrapport. RKKP Fællessekretariatet arbejder med at indføre en skabelon for rapportering, som vil indeholde mere aktuelle data. Det er forventningen, at denne model også vil kunne anvendes i en form, der er relevant i forbindelse med survey. Indtil denne nye rapportering er indført og tilpasset, er det vurderingen, at en årsrapportmodel vil være en anvendelig løsning.

***Beskrivelse af årsrapportmodel for anvendelse af databasernes indikatorværdier i 2. surveyrunde med start maj 2013***

Modellen omfatter, at der foreligger indikatorværdier fra databasernes årsrapporter, og at surveyor følger retningslinjerne for dialogen, som de fremgår af surveyorhåndbogen. Den grundlæggende tankegang er, at der ikke alene søges efter indikatorværdier, der ikke når definerede tærskelværdier for kvalitet, men at data om gode resultater også indgår i dialogen om lærings- og forbedringstiltag. Modellens praktiske anvendelse:

- 1) Forud for survey af det enkelte sygehus, anmodes dette om at fremsende oplysninger til IKAS om
  - a) hvilke landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, de enkelte afdelinger/enheder rapporterer til og hver af disse databasers indikatorer
  - b) ud fra hver databases seneste årsrapport at angive, hvilke indikatorer, der har vist forbedringspotentiale - ved at den opnåede indikatorværdi sikkerhedsgrænser ikke når tærskelværdien, og standarden dermed ikke blev opfyldt (IKAS benævner det en "rødt flag indikator")

- 2) Under survey, hvor surveyor arbejder ud fra det fremsendte materiale, bedes sygehuset/enheden oplyse surveyor om
- hvorledes forbedringsindsatsen samlet er blevet prioriteret mellem de forskellige kliniske områder
  - hvilke forbedringstiltag, der er igangsat – og ved hvilke der er
    - læringspotentiale
    - tiltag, der er nået i mål/effektvurderet
    - tiltag ud fra rødt flag indikatorer
  - hvordan rødt flag indikatorerne har udviklet sig ud fra måneds- eller kvartalsdata for tiden siden seneste årsrapport

Kravet til indikatorer, der indgår som datagrundlag, er, at de skal være

- indgået i de seneste 3 årsrapporter
- procesindikatorer eller outcome-indikatorer med kort tidshorisont (30 dage)

Rødt flag kan kun gives, hvor sikkerhedsgrænserne for indikatorens talværdi ikke har nået den tærskelværdi, som databasen har vedtaget.

Ud fra dialogen mellem surveyor og sygehus, skal surveyor som fund rapportere, hvorledes sygehuset har prioriteret at foretage forbedringstiltag i forhold til de enkelte databaseområder. Vurderingen af sygehuset skal ikke ske ud fra en pointoptælling af performance, men ud fra, om der er prioriteret og reageret med forbedringstiltag.

I tabel 1 vises et eksempel på en indikatorværdi med rødt flag. Her for behandlingen af diabetespatienter (fra Dansk Voksen Diabetes Database, årsrapport 2011). For at præsentere indikatorværdien ind i en sammenhæng vises også værdierne for regionen og på landsplan.

Tabel 1 Eksempel på oversigtspræsentation af en indikator med rødt flag ud fra årsrapport resultater

| Dansk Voksen Diabetes Database Årsrapport 2011   |            |                             |               |                |                |           |              |       |
|--|------------|-----------------------------|---------------|----------------|----------------|-----------|--------------|-------|
| Indikator 5a: Andel af diabetespatienter, som mindst hvert 2. år har fået foretaget øjenundersøgelse |            |                             |               |                |                |           |              |       |
|  |            | Standard:<br>90%<br>opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst<br>(%) | Aktuelle år    |           | Tidligere år |       |
|  |            |                             |               |                | 1.3.11-29.2.12 | 2010/11   | 2009/10      |       |
|  |            |                             |               |                | Andel          | 95%<br>CI | Andel        | Andel |
| Sygehus<br>Sønderjylland   | Sønderborg | nej                         | 467/640       | 0 (0)          | 73             | (69-76)   | 77           | 78    |
| Region<br>Syddanmark   |            | nej                         | 9249/10535    | 0 (0)          | 88             | (87-88)   | 88           | 84    |
| Danmark  |            | ja                          | 33519/36988   | 0 (0)          | 91             | (90-91)   | 87           | 88    |

Ved siden af denne tabel over konkrete indikatorresultater, vil surveyor også have sygehusets samlede oversigt over, hvilke databaser afdelingerne/enhederne rapporterer til og de enkelte databasers indikatoroversigt.

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

**Indstilling:**

Det indstilles, at bestyrelsen tilslutter sig den beskrevne årsrapportmodel for anvendelse af indikatorværdier fra landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser som grundlag for sygehussurveyordialogen om et sygehus' forbedringstiltag.

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

**Bilag:**

Ingen

**Beslutning:**

**Godkendt som indstillet**



**Punkt 448/13:****Orientering om udviklingen på det kommunale område samt forslag om revision af eksisterende standardpakker**

Bestyrelsen godkendte på møde den 18. januar 2011, pkt. 345/11, at de 5 kommunale standardpakker pr. 1. april 2011 kunne implementeres i de kommuner, der måtte ønske at anvende disse.

Vi får mange henvendelser vedrørende de kommunale standardpakker, og det er vores helt klare indtryk, at standardpakkerne er blevet taget godt imod i kommunerne. Det virker mere målrettet og brugervenligt, at standarderne er opdelt i 5 pakker frem for et stort samlet sæt. Samtidig står det også nu klart, at standarderne trænger til en revision.

Vi får tillige mange henvendelser omhandlende behovet for en standardpakke, der er målrettet plejecentre/lokalcentre; en standardpakke flere udtrykker interesse for at arbejde med.

***Status på akkreditering***

Vi har gennemført akkreditering i Horsens Kommune på områderne sygepleje og genoptræning samt i Odense Kommune inden for tandplejen. I Odense Kommune er der ligeledes indgået aftale om, at sundhedsplejen skal akkrediteres i 2014. I uge 25, 2013, gennemføres en akkreditering i Kolding Kommune på områderne sundhedspleje, tandpleje og genoptræning. Her er der ligeledes rettet henvendelse om at få sygeplejen akkrediteret. Herudover er der indgået aftaler om akkreditering i følgende kommuner: Rudersdal Kommune på rusmiddelområdet, Aarhus Kommune på sygeplejepakken samt i Greve Kommune, hvor antal standardpakker endnu ikke er fastsat. Akkrediteringstidspunkterne i disse kommuner er endnu ikke fastsat.

Herudover har vi aftaler i flere kommuner, hvor vi er blevet opfordret til at komme og fortælle om vilkårene for at nå frem til en akkreditering. Vi oplever en stærkt stigende interesse for at få viden og hjælp til at komme i gang med at arbejde med dele af DDKM på det kommunale område.

***Status på de kommuner, der arbejder med DDKM uden aftale med IKAS***

Der er i februar 2013 gennemført en spørgeskemaundersøgelse hos alle kommuner omhandlende kendskab til og brugen af DDKM. Resultaterne kan kort opridses her.

91 ud af 98 kommuner har besvaret spørgeskemaet. Der arbejdes med DDKM i en eller anden udstrækning i 41 kommuner. 38 kommuner angiver, at de anvender DDKM som udgangspunkt i deres kvalitetsstyringsarbejde, fx i forbindelse med udarbejdelse af egne retningslinjer og instrukser. 31% angiver, at man ønsker at bruge dele af materialet, men ikke er interesseret i en akkreditering. 78% angiver, at man bruger DDKM som redskab til kvalitetsudvikling og sikring.

Undersøgelsen viser os, at selv om vi endnu ikke har konkrete aftaler med mange kommuner, så er DDKM et redskab til kvalitetsudvikling og kvalitetssikring i over halvdelen af landets kommuner. En sammenfatning af undersøgelsen kan ses i vedlagte bilag.

***Revision af de kommunale standardpakker***

Vi har, via arbejdet i de kommuner, vi har aftaler med, fået erfaring med arbejdet med de 5 standardpakker, og vi kan se, at der er behov for at få disse tilrettet, så de i endnu højere grad, end tilfældet er i dag, bliver målrettet de kommunale sundhedsydelse og den kommunale kontekst. Vi har fået mange opmærksomhedspunkter til brug for en kommende revidering fra de kommuner, der er eller forventer at blive akkrediteret.

Derfor foreslås det, at de kommunale standarder revideres, så de i langt højere grad end i dag giver mening og værdi i relation til at kvalitetsudvikle og kvalitetsforbedre de kommunale sundhedsydelse.

Indholdet i de nuværende pakker bærer præg af, at de udspringer fra sygehusverdenen, hvilket virker uhensigtsmæssigt og hæmmende i den daglige brug i kommunerne. Vi vil i en revision kunne nedbringe antallet af standarder og indikatorer samt gøre indikatorerne mere fokuserede og målrettede. Ligeledes er der behov for at få større fokus på den kliniske del samt at nedtone den organisatoriske del, i lighed med den udvikling, der ellers er set på vores standardsæt inden for de øvrige sektorer.

IKAS vil i forbindelse med revisionen af de 5 standardpakker inddrage den viden og erfaring vi har fået fra de kommuner, der i dag arbejder med de kommunale standarder, og vi vil etablere workshops med deltagelse fra de akkrediterede kommuner samt fra kommuner, der har vist særlig interesse for arbejdet med DDKM. Ved revisionen vil vi indarbejde de nye krav, der er til opgavevaretagelse af sundhedsydelser i kommunalt regi samt sikre sammenhæng til standardsæt på øvrige sektorer.

Vi vil ligeledes foreslå, at der udvikles en standardpakke, der retter sig mod akkreditering af lokal-/plejecentre. Vi får mange henvendelser på dette område og kan i dag blot henvise til standardpakkerne inden for genoptræning og sygepleje, men kan klart se, at disse slet ikke er dækkende i relation til de ydelser, der leveres på lokal-/plejecentre.

En sådan standardpakke bør indeholde standarder, der retter sig mod såvel ledelsen af lokal-/plejecenteret som mod den generelle drift af lokal-/plejecenteret. Det vil eksempelvis dreje sig om koordinering af ydelser, inkl. ydelser, der ligger uden for lokal-/plejecenteret såsom ernæring, genoptræning og koordinering i forbindelse med ind- og udskrivelse af borgere med bopæl på lokal-/plejecentret, medicinering samt standarder rettet specifikt mod de pleje-/genoptræningsydelser og øvrige aktiviteter, der leveres på lokal-/plejecentre. Herudover vil der skulle være standarder, der retter sig mod samspil med aktører som frivillige og praksissektoren.

Sideløbende med revisionen af standardsættet vil der blive udarbejdet et tilhørende surveykoncept.

### **Tidsplan frem mod 2. version af de kommunale akkrediteringsstandarder**

| Handling   | Tidsplan               |
|--|------------------------|
| Opsamling af erfaringer, etablering af workshopgrupper   | Marts-maj 2013         |
| Møde i det kommunale kontaktudvalg, præsentation af processen  | Ultimo april 2013      |
| Møder i workshops  | Juni-september 2013    |
| IKAS udarbejder udkast til standarder på grundlag af møder i workshops   | September-oktober 2013 |
| Møde i det kommunale kontaktudvalg, præsentation af standarder   | Primo november 2013    |
| Tilretning efter behandling i det kommunale kontaktudvalg samt udarbejdelse af surveykoncept                             | November 2013          |
| Bestyrelsesbeslutning om høring  | December 2013          |
| Høring   | Januar 2014            |
| Præsentation af surveykonceptet for det kommunale kontaktudvalg  | Januar 2014            |
| Bearbejdning efter høring  | Februar 2014           |
| Præsentation for det kommunale kontaktudvalg, tilrettet på baggrund af høring og klar til afprøvning i praksis/pilottest | Marts 2014             |

| Handling (fortsat)   | Tidsplan (fortsat) |
|--|--------------------|
| Afprøvning i praksis/pilottest inkl. test af surveykoncept | Marts 2014         |
| Tilretning efter pilottest                                 | April 2014         |
| Endelig behandling i bestyrelsen                           | April/maj 2014     |
| Klar til implementering                                    | Maj 2014           |
| ISQua godkendelse  | -                  |

**Indstilling:**

Det indstilles:

- at de kommunale akkrediteringsstandarder revideres i henhold til planen
- at der udarbejdes en ny standardpakke rettet mod lokal-/plejecentre
- at der udarbejdes et kommunalt surveykoncept

**Bilag:**

Sammenfatning af kommuneundersøgelse

**Beslutning:**

**Godkendt som indstillet, idet IKAS samtidig undersøger muligheden for at udarbejde en standardpakke rettet mod kommunale botilbud til psykiske syge**

**Punkt 449/13:**

**Kvartalsrapport 3. og 4. kvartal 2012 samt årsrapport 2012 fra akkrediteringsnævnet til orientering**

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

Vedlagte kvartalsrapport dækker perioden 3. og 4. kvartal 2012.

**Indstilling:**

Til orientering

**Bilag:**

Bilag 1 - Kvartalsrapport akkrediteringsnævn 3. og 4. kvartal 2012

Bilag 2 - Årsrapport for akkrediteringsnævnet 2012

**Beslutning:**


**Taget til efterretning**

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

**Pkt. 450/13**

### **Gensidig orientering**

Herunder orientering om status vedrørende:

- 
- A decorative graphic on the left side of the list consisting of a light green square above a light blue square.
- 1) 2. version - sygehuse og apoteker: De første surveys på grundlag af 2. version og nye vurderingsprincipper er gennemført
  - 2) Det præhospitalt område
  - 3) Arbejdet vedrørende DDKM i forhold til almen praksis og praktiserende speciallæger
  - 4) Færøerne – aftale om akkreditering af Landssygehuset i Thorshavn undervejs
  - 5) Surveyorkorpset
  - 6) Nyudviklet it-system, DIPUS, til administration af surveys mv.
  - 7) Kontakter til Norge og Sverige
  - 8) Henvendelser fra privat aktør på plejeområdet
  - 9) Drøftelser med JCI og Region Hovedstaden vedrørende DDKM som grundlag for Clinical Care Program Certification (CCPC)
  - 10) Det rådgivende udvalg og andre samarbejdspartnere
  - 11) Overvejelser vedrørende mulighed for pilotprojekt, hvor uvarslet survey testes

**Pkt. 451/13:**

### **Eventuelt**

**Det aftales, at der på næste møde arrangeres en demonstration af det nyudviklede it-system DIPUS.**

**På baggrund af henvendelsen fra den private aktør på plejehjemsområdet sættes på næste møde en sag på dagsordenen vedrørende muligheden for akkreditering af sådanne aktører.**

**På næste møde forelægges en redegørelse for aspekterne i forbindelse med en eventuel test af uvarslede surveys.**

**Det aftales, at en del af møderne fremover skal afvikles som videomøder, startende med det kommende møde den 28. maj. IKAS orienterer om den tekniske fremgangsmåde. Formentlig vil det mest hensigtsmæssige være, at vi anvender regionernes videokonferencsystem, således at de københavnske deltagere afholder mødet fra Danske Regioners adresse.**