



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: 27. maj 2014

Tid: Kl. 9.00-12.00

Deltagere

Vagn Nielsen (formand)

Fra IKAS

Jesper Gad Christensen

Carsten Engel

Deltager på video

Jens Elkjær (næstformand)

Janet Samuel (suppl.)

Erling Friis Poulsen

Christian Worm (suppl.)

Jeppe Troels Berger (suppl.)

Jakob Krogh (deltager fra kl. 10)

Charlotte Hosbond (suppl.)

Birthe Søndergaard

Afbud

Erik Jylling

Søren Brostrøm

Svend Hartling

Bent Wulff Jakobsen

Pkt. 496/14 Meddelelser ved bestyrelsesformanden

Pkt. 497/14 Organisatoriske og lokalemæssige konsekvenser af aktivitetsudvidelsen vedrørende almen praksis, praktiserende speciallæger samt øvrige sygesikringsydere

Pkt. 498/14 Godkendelse af 2. version af DDKM for det præhospitalt område med virkning fra ultimo juni 2014 samt høringsrapport vedrørende forslag til denne

Pkt. 499/14 Godkendelse af 2. version af DDKM for det kommunale område - standardpakkerne Sygepleje og Træning

Pkt. 500/14 Opstart af revision af 2. version af akkrediteringsstandarder for apoteker

Til drøftelse / orientering

Pkt. 501/14 Erfaringer vedrørende vurderingsprincipper mv.

Pkt. 502/14 Budgetopfølgning pr. 30.04.2014

Pkt. 503/14 Gensidig orientering

- Status vedrørende arbejdet med 3. version af DDKM for sygehusområdet
- Orientering om møde med repræsentanter for det svenske sundhedsministerium
- Kvartalsrapport 1. kvartal 2014 fra akkrediteringsnævnet

Pkt. 504/14 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:

Bilag til pkt. 497/14	Budget FAPS og PLO
Bilag til pkt. 498/14	Bilag 1: Høringsrapport Bilag 2: Akkrediteringsstandarder for det præhospitale område, 2. version, med indledning og bilag Bilag 3: Vurderingsprincipper af 2014 for det præhospitale område
Bilag til pkt. 499/14	Bilag 1 - Liste over parter, der har afgivet hørings svar Bilag 2a - Standardpakke for sygepleje samt bilag Bilag 2b - Standardpakke for træning samt bilag
Bilag til pkt. 502/14	Budgetopfølgning pr. 30.04.2014
Bilag til pkt. 503/14	Kvartalsrapport 1. kvartal 2014 fra akkrediteringsnævnet

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

Punkt 496/14:

Meddelelser ved bestyrelsesformanden

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

Ingen meddelelser



Punkt 497/14:
Organisatoriske og lokalemæssige konsekvenser af aktivitetsudvidelsen vedrørende almen praksis, praktiserende speciallæger samt øvrige sygesikringsydere
Baggrund

Tilgangen af de praktiserende læger (PLO), den forventede tilgang af praktiserende speciallæger (FAPS) på kort sigt og andre nye kundegrupper på mellemlang sigt, medfører flere og nye opgaver af et betydeligt omfang. Da disse opgaver tilmed er umiddelbart forestående, er der et behov for en hurtig vurdering af, hvilke ressourcemæssige og organisatoriske tiltag, der kræves i den forbindelse.

I det følgende forudsættes, at der nogenlunde samtidig vil skulle håndteres tilgang af praktiserende læger samt af praktiserende speciallæger. Det skal dog bemærkes, at der endnu ikke er indgået overenskomst vedrørende konkret udmøntning på FAPS-området.

Den forventede udvikling i antallet af nye kunder og antal årlige surveys over de næste seks år
Tabel 1. Forventet tidsplan for tilkomst af nye kundegrupper

Kundegruppe	Udvikling, høring og pilottest (ca. 3-årig periode)	OK-forhandling om implementering	Overdragelse af standarder (i drift)	Første survey	Antal	Antal årlige surveys ved fuld drift (GNS)
PLO	I gang	Forår 2014	01.09.2014	01.09.2015	2.200 ¹	733
FAPS	I gang	Efterår 2014	Forår 2015	Forår 2016	1.000	333
Fodterapeuter	Fra 01.01.2014	Efterår 2016	Forår 2017	Forår 2018	841	280
Kiropraktorer	Fra 01.01.2014	Efterår 2016	Forår 2017	Forår 2018	239	80
Fysioterapeuter	Fra 01.10.2014 eller fra 01.01.2015	Forår 2017	Efterår 2017	Efterår 2018	1.357	452
Tandlæger	Fra 01.10.2014 eller fra 01.01.2015	Forår 2017	Efterår 2017	Efterår 2018	2.043	681
Psykologer	Fra 01.10.2014 eller fra 01.01.2015	Forår 2017	Efterår 2017	Efterår 2018	832	277
I alt	-	-	-	-	8.512	2.836

Antallet af PLO og FAPS er antal praksis. Antallet af kiropraktorer, fysioterapeuter, tandlæger og psykologer er antal ydernumre, mens antallet af fodterapeuter er det samlede antal fodterapeuter med og uden ydernummer (jf. Medcom data udtræk pr. 2. marts 2014 - <http://www.medcom.dk/wm111932>). Det antages, at det fulde antal i hver kundegruppe akkrediteres over en treårig periode tilsvarende af-talen mellem RLTN og PLO.

¹ Det skal understreges, at antallet af almen praksis, der skal akkrediteres, er usikkert, idet det i overenskomsten hedder, at praksis, der forventes at ophøre inden for et tidsrum på fem år, grundet alder eller sygdom, er undtaget fra akkrediteringskravet.

Af tabel 1 kan det udledes, at IKAS i løbet af 2014 kan forvente at skulle planlægge idriftsættelsen af PLO og FAPS kundeprojekterne, samt at skulle igangsætte udviklingen af fem nye standardsæt for nye kundegrupper.

Tabel 2. Antal forventede årlige surveys for nye kundegrupper over de næste seks år ²

Kundegrupper	2014	2015	2016	2017	2018	2019
PLO	0	242	733	733	733	733
FAPS	0	0	223	333	333	333
Fysioterapeuter	0	0	0	0	303	452
Kiropraktorer	0	0	0	0	54	80
Fodterapeuter	0	0	0	0	92	280
Tandlæger	0	0	0	0	225	681
Psykologer	0	0	0	0	91	277
I alt	0	242	956	1.066	1.831	2.836

Antallet af PLO og FAPS er antal praksis (tal fra HBK 26.03.2014). Antallet af kiropraktorer, fysioterapeuter, tandlæger og psykologer er antal ydernumre, mens antallet af fodterapeuter er det samlede antal fodterapeuter med og uden ydernummer (jf. Medcom data udtræk per 2. marts 2014 - <http://www.medcom.dk/wm111932>). Det antages, at det fulde antal i hver kundegruppe akkrediteres over en treårig periode tilsvarende aftalen mellem RLTN og PLO.

Af tabel 2 fremgår, at IKAS allerede fra september 2015 vil have et aktivitetsniveau svarende til ca. 1.000 årlige surveys - oven i det antal, vi har i dag (2014 ca. 150 surveys). Fra 2019, når alle kundeprojekter er i fuld drift, kan vi forvente at skulle akkreditere ca. 2.800 institutioner årligt – ud over IKAS' nuværende kundegrundlag.

Tabel 3. Geografisk fordeling af forventede kommende kundegrupper

Kundegruppe	Region Nord	Region Midt	Region Syd	Region Sjælland	Region Hovedstaden	I alt
PLO/FAPS	248	561	540	405	1.187	2.941
Fysioterapeuter	173	463	427	126	168	1.357
Kiropraktorer	24	52	57	32	74	239
Fodterapeuter	75	136	163	155	312	841
Tandlæger	183	436	363	283	778	2.043

² Det skal understreges, at antallet af almen praksis, der skal akkrediteres, er usikkert, idet det i overenskomsten hedder, at praksis, der forventes at ophøre inden for et tidsrum på fem år, grundet alder eller sygdom, er undtaget fra akkrediteringskravet. I tabellerne er der ikke regnet med "fracald" af denne årsag.

Psykologer	90	190	184	120	248	832
I alt	793	1.838	1.734	1.121	2.767	8.253

Alle tal i tabel 3 er Medcom dataudtræk pr. 2. marts 2014 - <http://www.medcom.dk/wm111932>. Der gøres opmærksom på, at PLO/FAPS er antal ydernumre og fremgår samlet i Medcoms dataudtræk (der er således en forskel på i alt (2.200 + 1.000 – 2.941 = 259) i forhold til de samlede tal for PLO og FAPS i tabel 1, hvor antal praksis er angivet).

Der tages forbehold for, at tallene i tabel 3 er baseret på ydernumre, som ikke nødvendigvis er den "enhed", der akkrediteres. Tallene vurderes dog alligevel at give et fornuftigt billede af den geografiske fordeling. Det fremgår således, at ca. halvdelen af de nye surveys vil skulle ske på Sjælland – med en stor overvægt i Hovedstadsområdet.

Opgavemæssige konsekvenser

Opgaver ved tilkomsten af PLO på kort sigt

I det hidtidige arbejde med PLO-området er det forudsat, at eksternt survey varetages af et surveyteam bestående af en praktiserende læge og en med-surveyor (det er forudsat, at der er tale om en sygeplejerske eller anden relevant baggrund). Der vil skulle ansættes ca. 22 praktiserende læger som surveyors på konsulentbasis, der hver varetager ca. 35 eksterne surveys pr. år. Tilsvarende vil der skulle ansættes 5 med-surveyors, forudsat at disse ansættes på fuld tid, hvor de så vil kunne anvende halvdelen af tiden på surveys og den restende tid på sagsbehandling/administration.

Det forudsættes, at den praktiserende læge i surveyteamet er overordnet faglig ansvarlig for den surveyrapport, der afleveres. Med-surveyoren skal varetage surveyfunktioner og bidrage til rapporten. Herudover skal vedkommende varetage de administrative funktioner, der er knyttet til gennemførelsen af survey og kontakten til IKAS mv.

Det kan diskuteres, hvorvidt den nævnte ansættelsesform for med-surveyorne er realistisk/hensigtsmæssig. Et alternativ kan være at kontraktansætte dem til at varetage surveyopgaver, fx 1-2 dage ugentligt. Herved vil det kunne sikres, at de har deres daglige fundament i en hovedansættelse i en lægepraksis eller på et hospital. I så fald vil den nødvendige sagsbehandling skulle varetages af andre medarbejdere ansat hertil, således som vi kender det fra sagsbehandlingen på de øvrige områder. En kombination af begge modeller kan måske vise sig at være det mest hensigtsmæssige.

Som grundlag for overenskomstforhandlingerne udarbejdede vi et budget vedrørende udvikling og drift af DDKM for almen praksis. Af dette budget fremgår, at de årlige udgifter til drift beløber sig til 12 mio. kr., hvor hovedparten går til frikøb af praktiserende læger. Budgettet omfatter bl.a. løbende uddannelse af surveyors, honorering af 22 lægesurveyors, ansættelse af fem med-surveyors, ansættelse af en sekretær/konsulent i IKAS, uddannelsesaktiviteter, nævnsbehandling, genbesøg samt diverse øvrige udgifter. Det forudsættes, at rådgivningen af almen praksis varetages i regionalt regi. Dette budget er indarbejdet i den indgåede overenskomst, hvor det fremgår, at regionerne finansierer op til 12 mio. kr. årligt til formålet. Budgettet vedlægges.

Ud over de opgaver, der eksplicit nævnes i budgetforslaget, vil tilgangen af almen praksis kræve yderligere ressourcer til surveyplanlægning, evalueringer og en form for midtvejsopfølgning. Det forudsættes, at disse opgaver vil kunne dækkes af sekretær-/konsulentstillingen.

Opgaver ved den forventede tilkomst af FAPS på kort sigt

Der forudsættes anvendt en model svarende til den ovenfor beskrevne på FAPS-området. Ekstern survey varetages således af et surveyteam med en praktiserende lægesurveyor og en med-surveyor (sy

geplejerske). Der vil skulle ansættes ti praktiserende læger på konsulentbasis, der hver varetager ca. 35 eksterne surveys pr. år. Tilsvarende vil der skulle ansættes tre med-surveyors, forudsat at disse ansættes på fuld tid, hvor de så vil kunne anvende halvdelen af tiden på survey og den restende tid på sagsbehandling/administration.

I budgetoverslaget er der afsat ca. 7 mio. kr. årligt til driften af DDKM for speciallægepraksis ved fuld drift. Dette omfatter bl.a. løbende uddannelse af surveyors, honorering af ti lægesurveyors, ansættelse af tre med-surveyors, ansættelse af en sekretær/konsulent i IKAS, uddannelse af speciallægepraksis, nævnsbehandling, genbesøg samt diverse øvrige udgifter. Det forudsættes, at rådgivningen af speciallæge praksis varetages i regionalt regi. Budgettet vedlægges.

Ud over de opgaver, der eksplicit nævnes i budgetforslagene, forventes tilkomsten af FAPS at kræve yderligere ressourcer til surveyplanlægning og eventuelt til evalueringer og en form for midtvejsopfølgning. Det forudsættes, at disse opgaver vil kunne dækkes af sekretær-/konsulentstillingen.

Yderligere afledte opgaver ved tilkomsten af PLO og FAPS

Ud over de direkte driftsomkostninger forbundet med planlægning, afvikling og opfølgning på eksternt survey forventes tilkomsten af PLO og FAPS at generere et yderligere ressourcetræk på stabs- og supportfunktioner i IKAS, herunder:

1. Bogholderi - bogføring, rejseafregning, løn mv.
2. Diverse personaleadministration
3. Sekretærfunktioner
4. Ledelse
5. Kontorhold – printere, papir mv.
6. Udviklings samarbejde med DAK-E
7. Samarbejde med de regionale kvalitetskonsulentordninger
8. Dataanalyser
9. It-drift og it-support, herunder udvikling af system til understøttelse af sagshåndtering
10. It-projekt vedrørende virtuelt samarbejde (1-2 års projektsansættelse)

Fleere af disse afledte opgaver og omkostninger forventes at kunne dækkes af de to sekretærstillinger, ligesom den del af de nye medsurveyors arbejdstid, der er afsat til sagsforberedelse, vil kunne bidrage hertil. Dog vurderes der at være behov for yderligere 2 it-medarbejdere til drift og support, primært i forbindelse med udvikling og drift af sagsstyringssystemer til håndtering af de mange nye kunder.

Udover de nævnte, vil der også være tale om en væsentlig ekstrabelastning af akkrediteringsnævnet. Det kan ikke umiddelbart opgøres, i hvilket omfang dette måtte kræve tilførsel af ekstra ressourcer, men en analyse heraf er igangsat.

Lokalemæssige anbefalinger

Idet ca. halvdelen af de nye opgaver forbundet med PLO og FAPS forventes at ligge på Sjælland, og mange eksisterende opgaver i forvejen ligger på Sjælland, forekommer det umiddelbart logisk at oprette en base i København. Allerede i dag bruger vi en hel del økonomiske og tidsmæssige ressourcer på rejser til hovedstaden og med den voldsomme vækst i aktiviteten vil alt for megen arbejdstid gå til uproduktiv rejsetid, hvis alle medarbejdere skal udgå fra Aarhus. De med-surveyors, der – sammen med lægesurveyors – skal udgå som surveyteams på Sjælland, vil således kunne have base her, lige som det så vil være naturligt – efterhånden som mulighederne viser sig – at lade en del af de kunderettede Sjællandsaktiviteter på de øvrige områder udgå fra samme kontor.

Ligeledes forventer vi at kunne forbedre rekrutteringsmulighederne, hvis arbejdstiden helt eller delvist kan lægges på et kontor i København. Vi finder det vigtigt at kunne rekruttere også fra Københavnsområdet, og det har med den nuværende lokalesituation vist sig særdeles vanskeligt.

Med etableringen af et kontor i København er det vores vurdering, at de øvrige aktiviteter formentlig vil kunne rummes i vore nuværende lokaler i Aarhus. Der vil dog være behov for en mere fleksibel udnyttelse af den eksisterende kontorplads, fx nedlæggelse af enkeltmandskontorer, ombygning til storrumskontorer, (yderligere) inddragelse af mødelokale til kontorpladser og øget brug af hjemmearbejde. Det nærmere grundlag for anbefalingerne fremgår nedenfor. Der er dog ingen tvivl om, at de fysiske rammer vil opleves som pressede. Der vil ikke være mulighed for at samle samtlige medarbejdere til møde, ligesom personalet vil have en oplevelse af at "sidde tæt". Der er således lavet en hurtig sondering vedrørende mulighederne for en flytning til mere rummelige og fremtidssikrede lokaler, jf. nedenfor.

Behov for yderligere kontorplads ved tilgangen af PLO og FAPS og fordeling af personale på Aarhus og København

Tilgangen af PLO og FAPS vil konkret betyde ansættelse af i alt otte med-surveyors, der vil have behov for kontorplads i halvdelen af deres arbejdstid til sagsbehandling samt "basefaciliteter" i forbindelse med survey. (Ansættes disse i stedet delvist på konsulentbasis, vil der skulle ansættes andet personale til varetagelse af sagsbehandlingsopgaverne). Dertil kommer to sekretærer/konsulenter og to it-konsulenter. De i alt 32 lægesurveyors, der ansættes på konsulentbasis, vil ikke have behov for kontorplads. Der er således i alt tale om 12 ekstra kontorpladser forbundet med tilkomsten af PLO og FAPS på kort sigt.

På kontoret i København forventes følgende funktioner placeret fra starten:

1. Fire med-surveyors til PLO og FAPS – voksende til ca. otte ved tilgang af øvrige sygesikringsydere
2. En rådgiver for privathospitaler (nyansættelse)
3. Eventuelt yderligere rådgivere, hvis muligheden opstår
4. Udstationerede medarbejdere i øvrigt
5. "Hjemmearbejdsplads" for øvrige ansatte bosat i København

Det forventes, at det vil være relativt let at leje de nødvendige lokaler med tilhørende servicefunktioner i form af kantine, it-adgang, reception mv. Eksempelvis har Sundhedsstyrelsen givet udtryk for, at man vil være interesseret i at stille lokaler til rådighed, ligesom Dansk Sygeplejeråd har tilbudt at udleje egne lokaler.

På kontoret i Aarhus forventes følgende ændringer foretaget:

1. Tilgang af fire med-surveyors til PLO og FAPS, – voksende til ca. otte ved tilgang af øvrige sygesikringsydere
2. Tilgang af to sekretærer/konsulenter til PLO og FAPS
3. Tilgang af to it-konsulenter
4. Projektansat it-konsulent til projekt om virtuelt samarbejde
5. Eventuel overflytning af konsulenter til Københavnskantor, midlertidige udstationeringsordninger mv.

Vedrørende muligheden for at flytte til mere rummelige og fremtidssikrede lokaler i Aarhus

Det er vores vurdering, at vores nuværende placering som tæt nabo til Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest, Klinisk Epidemiologisk Afdeling og i det hele taget miljøet omkring et stort universitetshospital er ideel. Vi har undersøgt muligheden for at udvide vores nuværende lejemål, men dette har vist sig umuligt.

Der har imidlertid vist sig en mulighed for at flytte i større og meget velegnede lokaler i naboejendommen, tilmed til en lavere udgift pr. m². Vi råder i dag over 870 m² til en pris af 894 kr. pr. m². I naboejendommen vil vi kunne leje 1.229 m² – alternativt 1.835 m² – til en pris af 695 kr. pr. m² årligt.

Det største lejemål kan være interessant, idet det giver mulighed for at hjemtage den undervisnings- og mødeaktivitet, som vi i dag afholder på hoteller i Aarhus (med deraf følgende årlig besparelse på ca. 180.000 kr.), ligesom det giver en større fleksibilitet vedrørende fremtiden.

Overordnet kan økonomien illustreres således:

Nuværende lejemål, inkl. driftsudgifter, 870 m ²	1.061.000 kr.
Naboejendom, 1.229 m ²	1.229.000 kr.
Naboejendom, 1.835 m ²	1.827.000 kr.

Der vil på mødet blive redegjort nærmere for mulighederne.

Økonomi

Opgaverne forbundet med tilgangen af PLO og FAPS forventes at kunne afholdes inden for budgetrammerne på hhv. ca. 12 mio. kr. og ca. 7 mio. kr.

Omkostninger forbundet med etableringen af et kontor i København er endnu ukendte, men der må påregnes etableringsomkostninger. Driftsudgifterne forventes i alt væsentligt at kunne finansieres ved omprioriteringer/besparelser inden for IKAS' ramme, idet der også i budgetrammen vedrørende PLO/FAPS på de 19 mio. kr. er indregnet overhead mv. til bl.a. dækning af afledte "koncernomkostninger".

Ovenstående forudsætter således, at den økonomiske ramme tilvejebringes som en rammeudvidelse af IKAS' budget, dels 12 mio. kr. vedrørende PLO-aftalen og forventeligt 7 mio. kr. vedrørende FAPS-aftalen.

Indstilling:

Det indstilles, at bestyrelsen

- godkender den beskrevne model vedrørende sammensætning af surveyteams vedrørende praktiserende læger og praktiserende speciallæger, idet det tilstræbes, at de beskrevne med-surveyors rekrutteres som et mix af fuldtidsansatte og konsulentansatte
- godkender etableringen af et kontor i København som beskrevet, idet IKAS gives mandat til at forhandle nærmere vilkår til endelig forelæggelse for bestyrelsen sammen med budget vedrørende etableringsudgifter
- godkender den økonomiske rammeudvidelse på 12 mio. kr. for PLO-områdets vedkommende
- træffer principbeslutning om flytning af Aarhus-kontoret til mere rummelige lokaler. IKAS bemyndiges til at forhandle udkast til lejeaftale til endelig godkendelse i bestyrelsen

Bilag:

Budget FAPS og PLO

Beslutning:

Ad surveyteams:

Bestyrelsen finder, at man som udgangspunkt bør tilstræbe, at surveyteamet består af en frikøbt praktiserende læge og en frikøbt sygeplejerske, helst med tilknytning til praksis-sektoren eller den kommunale sektor. Hvis det ikke er muligt at rekruttere et tilstrække

ligt antal sygeplejersker af denne type, dækkes det resterende behov for surveyors ind med fuldtidsansatte sygeplejersker, der bruger halvdelen af arbejdstiden på survey som med-surveyors. IKAS søger opbakning hos PLO for at fremme rekrutteringen blandt praksissygeplejersker.

Ad kontor i København:

Bestyrelsen tiltrådte forslaget om etablering af et kontor i København n. IKAS indhenter tilbud fra henholdsvis Sundhedsstyrelsen og Dansk Sygeplejeråd, der har vist interesse i at stille lokaler til rådighed, eller eventuelt andre, der måtte udtrykke tilsvarende interesse herfor, idet det er afgørende, at der kan opnås en såvel fleksibel som økonomisk løsning, hvor man kan starte med et lille antal pladser, der senere kan skaleres op i takt med, at det måtte blive nødvendigt. Endelig stillingtagen til tilbuddene på bestyrelsesmødet i september.

Ad økonomisk rammeudvidelse:

I overenskomsten med PLO er der afsat en ramme på op til 12 mio. kr. Udmøntningen skal konkretiseres, herunder i hvilken takt rammen skal bygges op. IKAS drøfter nærmere med Danske Regioner (der er efterfølgende aftalt møde herom den 17. juni).

Ad flytning af Aarhus-kontoret til mere rummelige lokaler:

Bestyrelsen er enig i, at der hurtigst muligt skal flyttes i andre lokaler, der tilgodeser det øgede pladsbehov. IKAS bemyndiges til at forhandle forslag til lejeaftale med ejeren af naboejendommen om leje af ca. 1.200 m² som anført i dagsordenen. Engangsudgifter ved flytning dækkes af formuen. I tilfælde af, at lejemålet ikke er tilgængeligt undersøger IKAS mulighederne for at finde et tilsvarende lejemål. Bestyrelsen gav formand og næstformand mandat til – på bestyrelsens vegne - at godkende en eventuel lejeaftale.

Bestyrelsen udbad sig en drøftelse af konsekvenserne af den udvidede kundekreds for akkrediteringsnævnet på næste møde.

Punkt 498/14:**Godkendelse af 2. version af DDKM for det præhospitale område med virkning fra ultimo juni 2014 samt høringsrapport vedrørende forslag til denne**

På bestyrelsesmødet den 3. december 2013 (pkt. 383/13) blev det besluttet at sende 2. version af DDKM for det præhospitale område i høring. Høringen blev gennemført i perioden 6. januar – 24. februar 2014.

På baggrund af høringssvarene har IKAS gennemarbejdet høringsmaterialet. Resultatet af bearbejdningen er drøftet på et møde med deltagelse af den følgegruppe, der var nedsat for at understøtte revisionen af standarderne. De indkomne hørings svar, vurderingen af dem og hovedtrækkene af de ændringer i standarderne, der er sket på baggrund af hørings svarene, samt drøftelserne med følgegruppen, er sammenfattet i en høringsrapport (bilag 1).

Der er væsentlige ændringer i opbygningen og indholdet af standarderne inden for følgende områder:

- Der er ikke i 2. version en angivelse af trin i grundskabelonen. Begrundelsen for denne ændring er et ønske om, at PDSA cirklen fremstår mindre udtalt i opsætningen af standarderne, men stadig er grundlaget for arbejdet med standarderne og fokus i stedet retter sig mod standardens indhold. I 2. version anvendes i stedet følgende nye typer indikatorer:
 - Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningsgivende dokumenter
 - Indikatorer, der vurderer implementering og anvendelse af dokumenter, og indikatorer, der vurderer implementering
 - Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning
- Indikatorerne er blevet til et mere præcist værktøj for den eksterne evaluering
- Der er i nogle indikatorer angivet særskilt, hvis det udelukkende skal undersøges af surveyors under survey.
- Kvalitetsforbedring fremgår nu ikke længere som en gentagelse i de enkelte standarder, men prioritering af igangsættelse og opfølgning på tiltag er dækket i standard 1.2.2 Kvalitetsovervågning og -forbedring, hvor der skal samles op på kvalitetsovervågningen i de øvrige standarder. I 1. version var kravet vedrørende kvalitetsforbedring, at der var prioriteret iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedring (handleplaner)

Øvrige ændringer i indholdet og opbygningen af standarderne er i overensstemmelse med udviklingen af standardsæt inden for de øvrige sektorer i DDKM.

De generelle vurderingsprincipper i DDKM er tilpasset det præhospitale standardsæt under hensyntagen til, at trinene er fjernet og at antallet af indikatorer er reduceret fra 251 i 1. version til 175 i 2. version (jf. tabel 1, bilag 1) på baggrund af høringen og møder med følgegruppen.

Idet drøftelserne med følgegruppen og høringen har medført en kraftig reduktion i antallet af indikatorer og øget fokus på indikatorer, der afspejler områdets kerneopgaver, er vurderingsprincipperne tilsvarende blevet skærpet på følgende måde:

- For at blive akkrediteret uden bemærkninger kræves, at alle indikatorer vurderes som helt opfyldt (HO) eller i betydelig grad opfyldt (BO). For de seks patientsikkerhedskritiske standarder og standard 1.2.2 Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag og standard 1.2.4 Risikostyring, er kravet dog, at alle indikatorer i disse standarder er HO. Er der indikatorer i disse standarder, der er vurderet BO, vil status derimod blive midlertidig akkrediteret med krav om opfølgning
- Hvis ikke alle indikatorer er vurderet HO eller BO sker der en konkret vurdering ved akkrediteringsnævnet

Dette medfører, at der ikke længere er mulighed for, at den enkelte organisation kan have problemer med kvaliteten enten på tværs af standardsættet eller inden for enkelte områder, uden at dette vil føre til en konkret vurdering ved akkrediteringsnævnet.

Indstilling:

At bestyrelsen godkender den forelagte 2. version af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område til anvendelse ved surveys, der starter efter 01.06.2015.

Bilag:

Bilag 1: Høringsrapport

Bilag 2: Akkrediteringsstandarder for det præhospitale område, 2. version, med indledning og bilag

Bilag 3: Vurderingsprincipper af 2014 for det præhospitale område

Beslutning:

Godkendt som indstillet

Punkt 499/14:**Godkendelse af 2. version af DDKM for det kommunale område - standardpakkerne Sygepleje og Træning**

I forlængelse af, at bestyrelsen på mødet den 13. marts 2014 (pkt. 490/14) godkendte, at 2. version af de kommunale akkrediteringsstandarder for sygepleje og genoptræning blev sendt i høring, forelægges her det endelige udkast til disse akkrediteringsstandarder til bestyrelsens godkendelse.

Standardpakkerne er bearbejdet efter høring og omfatter, udover selve standarderne, en indledning, som giver væsentlige bidrag til fortolkningen af standarderne, de vurderingsprincipper, som foreslås gældende for det kommunale område 2. version, og endelig en række bilag.

Det er hensigten, at 2. version af standardpakker for sygepleje og træning skal finde anvendelse ved eksterne surveys efter 1. juni 2015.

Resultatet af høringen

IKAS har haft forslag til 2. version standardpakker vedrørende sygepleje og træning i høring i perioden fra den 17. marts til den 7. april 2014. Ud af 34 høringsparter har 18 afgivet høringssvar; navnene på disse kan ses i bilag 1. Høringssvarene kan forevises ved behov.

Høringssvarene bibragte IKAS en række forslag til mindre justeringer og præciseringer af standarderne. IKAS har efterfølgende kontaktet Sundhedsstyrelsen for en uddybning og præcisering af styrelsens høringssvar til enkelte af standarderne.

Som supplement til den skriftlige høring har IKAS efterfølgende afholdt en pilottestdag med de kommuner, IKAS har aftale med, og som arbejder med standardpakkerne sygepleje og træning.

Pilottestdagen med kommunerne gav anledning til en række mindre justeringer. Derudover fremkom forslag om flytning af enkelte standarder til anden placering i standardpakkerne, hvilket IKAS har imødekommet.

Endelig har IKAS afholdt et møde med det kommunale kontaktudvalg.

Mødet med det kommunale kontaktudvalg gav primært anledning til ændrede formuleringer i det indledende kapitel, som omhandler håndtering af eksterne leverandører. Kontaktudvalget ønskede dels tilføjet en form for overgangsbestemmelse for kommuner, som allerede inden aftalen med IKAS om akkreditering har kontrakter med eksterne leverandører om levering af kerneydelser, og hvor referencerne til kravene i DDKM således ikke er indeholdt. Desuden ønskede kontaktudvalget ikke på nuværende tidspunkt at åbne for muligheden af, at der under survey aflægges besøg hos eksterne leverandører. Det bør i stedet være kommunens ansvar at sikre, at deres leverandører lever op til kravene i DDKM, herunder føre tilsyn med leverandørerne.

På baggrund af ovennævnte er begge standardsæt tilrettet og forelægges her til endelig godkendelse. Standardpakkerne for sygepleje og træning med tilhørende bilag kan ses i bilag 2a og 2b.

Indstilling:

Det indstilles, at akkrediteringsstandarder på sygepleje og træning, 2. version, med tilhørende bilag godkendes til offentliggørelse i juni 2014 og til anvendelse som vurderingsgrundlag ved akkreditering fra og med 1. juni 2015.



side 14 af 18



Bilag:

Bilag 1 - Liste over parter, der har afgivet høringssvar

Bilag 2a - Standardpakke for sygepleje samt bilag

Bilag 2b - Standardpakke for træning samt bilag



Beslutning:




Godkendt som indstillet



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.

Punkt 500/14:

Opstart af revision af 2. version af akkrediteringsstandarder for apoteker

A decorative graphic on the left side of the text block consisting of a light green square above a medium blue square.

Akkrediteringsstandarder for apoteker skal efter den vanlige treårsplan for revision af standarder revideres, således at 3. version af akkrediteringsstandarder for apoteker kan ligge til grund for den akkreditering, der finder sted efter 1. januar 2016.

Revisionen af akkrediteringsstandarderne vil finde sted i et tæt samarbejde med Danmarks Apotekerforening. Der har været afholdt et indledende møde med Danmarks Apotekerforening (DA) for at afstemme forventningerne til den forestående revision.

Danmarks Apotekerforenings bestyrelse har givet udtryk for et ønske om, at 3. version skal være genkendelig for apotekerne, der skal være så få ændringer som muligt, samt at ændringerne skal tilføre en merværdi og ikke skabe mere arbejde for apotekerne.

Formålet med ændringerne skal være at eliminere misforståelser og lette forståelsen og anvendelsen af akkrediteringsstandarderne samt at få ryddet ud i indikatorer, der ikke giver kvalitetsmæssig merværdi. 3. version vil således kun blive udsat for en mindre revision.

Indstilling:

Det indstilles, at revisionsarbejdet med 3. version af akkrediteringsstandarder for apoteker igangsættes som beskrevet og i et tæt samarbejde med Danmarks Apotekerforening,

Bilag:

Ingen


Beslutning:

Godkendt som indstillet. Formanden oplyser, at Ministeriet er indstillet på at anerkende, at det er IKAS' bestyrelse, der træffer den endelige beslutning om indholdet af DDKM

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.

Punkt 500/14:

Erfaringer vedrørende vurderingsprincipper mv.

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

På mødet vil der blive givet en kort orientering om erfaringerne med sygehusstandarderne 2. version og vurderingsprincipperne.

Indstilling:
Til orientering

Bilag:
Ingen

Beslutning:

Carsten Engels orientering blev taget til efterretning. De anvendte slides vedlægges

Punkt 501/14:**Budgetopfølgning pr. 30.04.2014**

Regnskabet for 2014 forventes at svare til budgettet med undtagelse af, at de 200.000 kr., der er afsat til afholdelse af en årlig konference, ikke forventes anvendt. Det forventes således ikke, at der skal afholdes en ny, større konference før i 2015.

Der er pt. ikke disponeret udgifter fra den afsatte budgetreserve.

De væsentligste afvigelser er grupperet således:

Mindre udgifter:

IKAS konference	200	t.kr.
Direktørens budgetreserve	1.000	t.kr.

Øvrige budgetforudsætninger er fortsat gældende.

Indstilling:

Til godkendelse

Bilag:

Budgetopfølgning pr. 30.04.2014


Beslutning:

Godkendt som indstillet

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

Pkt. 502/14

Gensidig orientering

- 
- A decorative graphic on the left side of the list consisting of a light green square above a light blue square.
- a) Status vedrørende arbejdet med 3. version af DDKM for sygehusområdet
 - b) Orientering om møde med repræsentanter for det svenske sundhedsministerium
 - c) Kvartalsrapport 1. kvartal 2014 fra akkrediteringsnævnet

Bilag:

Kvartalsrapport 1. kvartal 2014 fra akkrediteringsnævnet

Ud over det i dagsordenen nævnte, orienterede direktøren om, at der nu er underskrevet en kontrakt med det færøske sundhedsvæsen om deltagelse i DDKM.

Endvidere orienterede direktøren om sin og vicedirektørens rejse til Australien med besøg hos australske akkrediteringsorganisationer for almen praksis, plejehjem og sygehuse mm.

Der vedlægges et notat om erfaringerne fra Australien.

Pkt. 503/14:

Eventuelt

Intet

Næste bestyrelsesmøde er den 11. september 2014 kl. 9.00

Erfaringer med anvendelse af vurderingsprincipperne i praksis

Bestyrelsesmøde IKAS, 27.05.2014



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



1

3. juni 2014

Det må forventes, at der bliver flere akkrediteringer med bemærkninger

- I første cyklus endte alle offentlige sygehuse med akkreditering (uden bemærkninger)
- I anden cyklus er indtil nu to offentlige sygehuse endeligt akkrediteret med bemærkninger
- Bemærkningerne ligger i begge tilfælde på trin 4-indikatorer, hvor kravet om, at de gennemførte forbedringstiltag skal være effektvurderet, ikke er opfyldt.
 - Det har ingen betydning for opfyldelsen, om forbedringstiltaget har ført til det ønskede resultat, men det er et krav, at effekten skal være vurderet.



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



2

3. juni 2014

Akkreditering med bemærkninger tildeles ikke efter et matematisk princip

- Hvis en indikator vurderes til helt eller i betydelig grad opfyldt, er der ikke krav om yderligere opfølgning
- Hvis en indikator vurderes til i nogen grad eller ikke opfyldt, er der krav om opfølgning
- Hvis institutionen ved opfølgningen (indsendelse af dokumentation eller genbesøg) ikke kan opnå helt eller i betydeligt grad opfyldt, er der dermed et krav i DDKM, som ikke i tilstrækkeligt grad opfyldes
- Dette forhindrer ikke i sig selv akkreditering, men der bliver en bemærkning

OBS: For patientsikkerhedskritiske standarder er kravet til indikatorer på trin 1 og trin 2, at de er helt opfyldt, hvis opfølgning/bemærkning skal undgås



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



3

3. juni 2014

En institution kan kun nægtes akkreditering efter en konkret vurdering fra nævnet

- Vurderingsprincipperne indebærer dog, at akkreditering er sikret, hvis
 - > 85% af indikatorerne er HO/BO på hvert af de fire trin
 - Ingen trin 1 og trin 2 indikatorer i patientsikkerhedskritiske standarder er NO/IO
 - Ingen standard har IO på samtlige indikatorer
- Det er således kun en mindre del af det samlede antal akkrediteringssager, der behøver undergå en konkret vurdering



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



4

3. juni 2014

Er det et mål, at alle skal opnå akkreditering uden bemærkninger?

- Det er SST der vurderer, om en institution lever op til de minimumskrav, der stilles
- Hensigten med akkrediteringsstandarderne er at udtrykke et kvalitetsniveau, der er muligt at opnå, men som ikke alle har opnået endnu

Australske kolleger beklager, at deres akkreditering er lagt om, så man ikke længere kan identificere "det særligt gode"

- Bør vi i tredje cyklus af DDKM lægge mere vægt på dette?
 - Fx ved at BO udtrykker den tilfredsstillende præsentation (som ikke afføder bemærkninger), men at HO signalerer noget ekstra
 - At tolerancen overfor "enkeltstående afvigelser" bliver mindre
 - At antallet af indikatorer reduceres, men at de, der er, vurderes mere dybtgående

Notat vedrørende studiebesøg i Australien maj 2014

Vicedirektør Carsten Engel og direktør Jesper Gad Christensen besøgte i maj 2014 en række akkrediteringsorganisationer i Australien med henblik på at indhøste erfaringer, især vedrørende håndtering af akkrediteringsprogrammer, der involverer mange små kunder.

Besøget var tilrettelagt i forbindelse med et møde i ISQua,s Accreditation Council i Brisbane og omfattede Australian General Practice Accreditation Ltd. (AGPAL) i Brisbane, Australian Aged Care Quality Agency i Sydney, The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS) i Sydney samt Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales i Sydney. Besøget omfattede endvidere en rundvisning på og møde med ledelsen af en stor almen praksis i Brisbane.

I forbindelse med besøgene indsamlede vi rigtig mange spændende og relevante indtryk. Det var slående, i hvor vid udstrækning udfordringerne er de samme, som vi kender dem, til trods for, at vilkår og præmisser på en række områder er forskellige. Vi så en række løsninger, som kan inspirere til løsninger af tilsvarende udfordringer i vores kontekst.

Nedenfor gengives i punktform de vigtigste observationer og konklusioner. Til sidst i notatet gives en kort beskrivelse af de institutioner, besøget gjaldt.

Hovedkonklusioner:

1. Vores konstruktion med et uafhængigt nævn kendes ikke i Australien (og så vidt vides heller ikke andre steder i verden, bortset fra i ISQua). I Australien varetages opgaven vedrørende endelig kvalitetssikring af surveyrapport og endelig stillingtagen til akkrediteringsstatus af fast ansatte Decision Makers. Således varetages opgaven fx i AGPAL af 3 fuldtidsansatte Decision Makers, der gennemsnitligt er ansvarlig for to sager dagligt. AGPAL har tidligere haft et uafhængigt nævn (Award Panel), men man opgav det, fordi det var for tidskrævende og besværligt at håndtere. Vores model skal ses i lyset af, at vi ikke har samme "kundeplejeaspekt" indbygget i vores model, som vore australske kollegaer har. De er primært fokuseret på at give kunderne en god oplevelse, der gør, at de kommer igen – muligvis også med den konsekvens, at der "ses gennem fingre" med en del. Vi er mere afhængige af, at beslutningerne er rigtige samt fagligt og sagligt uangribelige. Dette tilgodeser nævnet.
2. Bortset fra Australian Aged Care Quality Agency, der akkrediterer plejehjem og fornylig er blevet en statslig organisation, er de australske akkrediteringsorganisationer private organisationer, der konkurrerer med andre om kunderne. De agerer i et marked, og selvom de taler om betydningen af kvalitetsudvikling, er det tydeligt, at der er meget fokus på, at kunderne skal være tilfredse, og jo helst så tilfredse, at de kommer igen næste gang. Dette betyder som nævnt, at der uden tvivl er en tendens til, at kravene til standardopfyldelsen er mere "fleksible", end vi vil acceptere i vores model. Men det betyder også, at det er et formuleret succeskriterium, at kunderne kommer igennem processen så effektivt som muligt. Således er såvel AGPAL som ACHS meget aktive, når det gælder om at hjælpe kunderne igennem. Der leveres ikke blot generel rådgivning, men også egentlig konsulenthjælp, bl.a. i form af anvisning af konkrete løsninger, gennemførelse af mock-surveys mv. Det "armslængde-princip", som vi kender i Danmark, hvor vi vil undgå risikoen for at skulle vurdere løsninger, som vi selv har rådgivet om, og hvor økonomiske inte-

resser ikke må være et element, har slet ikke samme vægt i de australske modeller. Habilitetshensyn indgår, men typisk på det personlige niveau – og ikke indbygget i organisationen, som det fx kendes fra Joint Commission International. Igen skal forklaringen findes i, at de australske organisationer også er forretninger, der skal kunne leve økonomisk, hvor vores fokus er på, at surveyornes vurderinger skal afspejle virkeligheden, og nævnets beslutninger skal være fagligt og sagligt uangribelige. Dette forhold har betydning for flere aspekter af virksomheden, dels vil vores rolle i forhold til kunderne pr. definition være anderledes end vore australske kollegers, dels vil vores organisation principielt skulle være skruet anderledes sammen, fx ved opbygningen af nævnskonstruktionen og armslængdeprincippet, når det gælder om, hvor tæt, man kan rådgive den enkelte institution. Dette udelukker ikke, at vi kan (og formentlig bør) blive bedre til at formidle viden om gode løsninger og ideer. Dette så vi også gode eksempler på i Australien, fx hos ACHS, der arbejder meget med formidling, bl.a. i form af udgivelse af årsrapporter og afholdelse af stor årlig konference med uddeling af kvalitetspriser mv.

3. Hos alle tre akkrediteringsorganisationer så vi it-systemer, der er udviklet til at håndtere sammenhængende processtyring af de mange sager. Det var klart, at dette er et forhold, der dels er meget højt prioriteret i organisationerne, og dels er en simpel nødvendighed for at kunne håndtere sager i det omfang, der er tale om hos dem – og som der bliver tale om for IKAS. Vi har således hjembragt konkrete referencer og ideer, der umiddelbart kan anvendes i vores eget arbejde for at opbygge en sådan it-understøttet arbejdsgang.
4. Alle steder anvendes peers-princippet, når det gælder valg af surveyors – altså surveyors med daglig base i klinisk praksis. Dog som oftest kombineret med et antal hel- eller deltidsansatte surveyors med henblik på at sikre kontinuitet og sammenhæng. Hovedparten af surveyorne får ikke honorar for deres surveyarbejde, men får typisk frihed til opgaven af deres arbejdsgiver, dvs. de oppebærer deres almindelige løn. Funktionen som surveyor er typisk højt estimeret og attraktivt på grund af det faglige indhold. De australske organisationer har således ikke surveyorudgifter i tilnærmelsesvis vores omfang.
5. Alle steder taler man om udfordringen vedrørende løbende kompetenceudvikling af surveyorne, ligesom der er meget fokus på evalueringen af surveyornes indsats. Ingen steder kan man siges at have fundet løsningen, men især vedrørende den løbende kompetenceudvikling så vi eksempler på meget avanceret praksis, som vi umiddelbart vil kunne overføre til vores kontekst. Især ACHS har udviklet relevante værktøjer, der er målrettet kompetenceudvikling/faglig ajourføring af surveyors, der kun arbejder for organisationen få dage om året og som i det hele taget yderst sjældent er "i huset". Det gælder ikke mindst løsninger som e-learning og webinarer.
6. ACHS har tidligere stået for udvikling af alle standardsæt. Nu er der indført et fælles statsligt standardsæt, som alle institutioner skal leve op til. Dette indebærer en dikotom vurdering på indikatorniveau (godkendt/ikke godkendt). Det oplever de som et tilbageskridt i forhold til deres egen tidligere model, der opererede med fem trin, hvor bestået var ca. i midten, og hvor man kunne tildele særlig flot performance en høj score. Deres vurdering er, at det nye system har haft negative konsekvenser for institutionernes motivation og engagement.



Kort om de besøgte institutioner:

Australian General Practice Accreditation Ltd. (AGPAL)

Non profit organisation, der dog arbejder på kommercielle vilkår i et marked, hvor de konkurrerer mod to mindre organisationer. AGPAL blev stiftet i 1997.

Hovedkontoret er i Brisbane, men de har mindre kontorer i de øvrige delstater, der bl.a. tilrettelægger surveys i de respektive delstater.

Hovedaktiviteten er akkreditering af almen praksis, men de arbejder også på nye markeder, herunder tandlæger, diagnoseklinikker, fysioterapeuter. Således har de i 2012 via opkøb etableret datterselskaber i form af QIP/QIP Consult, der akkrediterer bredt i sundhedsvæsenet og sælger konsulenttydelser.

Der er i alt ca. 7.600 lægepraksis i Australien. Heraf akkrediterer AGPAL ca. 4.000 og ca. 1.000 akkrediteres af konkurrenter. Det er frivilligt at lade sig akkreditere, men der er et stort økonomisk incitament i form af tilskud fra staten til klinikker, der lader sig akkreditere. Akkrediteringsperioden er tre år. De enkelte praksis betaler AGPAL for rådgivning og survey. Hertil kommer mulighed for at købe egentlige konsulenttydelser.

På praksisområdet beskæftiges ca. 140 surveyors, hvor halvdelen er praktiserende læger og den anden halvdel er klinisygeplejersker, klinik "managers" e.l. Surveyorne lønnes på timebasis.

Hele processen omfattende introduktion af ny kunder, rådgivning, implementeringsvejledning, planlægning og tilrettelæggelse af surveys samt kvalitetssikring af surveyrapport varetages af den samme medarbejder (en Client Liaison Officer). Den endelige surveyrapport forelægges for en intern "decision maker", der tager endelig stilling til akkrediteringsstatus.

AGPAL tilbyder via en internetportal standardskabeloner, -dokumenter, -guidelines, -politikker mv på relevante områder.

Standardsættet for almen praksis udvikles ikke af AGPAL, men af The Royal Australian College of General Practitioners, der kan betegnes som et fagligt/videnskabeligt selskab. Det er også College, der varetager undervisning og løbende opdatering af surveyorne vedrørende standarderne.

AGPAL har et velfungerende it-system, der understøtter processen, men man er netop ved at udvikle et nyt og opdateret system, der i endnu højere grad automatiserer mange processer og hvor alle oplysninger om den enkelte kunde og processer vedrørende denne samles ét sted. Systemet styrer samtlige processer, og den enkelte Client Liaison Officer har umiddelbart overblik over status og kommende opgaver vedrørende de kunder, som hun er ansvarlig for.

I forbindelse med besøget hos AGPAL fik vi også lejlighed til at besøge en stor lægepraksis med bl.a. 17 læger og en række støttefunktioner. Den ledende læge var AGPAL-surveyor med over 500 surveys bag sig. Adspurgt om han på den baggrund kunne give et råd om, hvor man bør have fokus rettet, hvis man skal lede efter områder, der typisk har kvalitetsproblemer, nævner han hygiejneområdet som det helt oplagte.

Australian Aged Care Quality Agency

Organisationen er for et år siden blevet en del af det statslige sundhedsministerium, hvor man tidligere var en selvejende institution. Man oplever fortsat relativ stor uafhængighed, men alligevel tættere kontakt til resten af ministeriet, fagligt og samarbejds-mæssigt. Ny direktør udpeget for 5-årig periode.

Organisationen har således ingen tilsynsfunktion, og der er fortsat stor fokus på kvalitetsudviklingen.

AACQA akkrediterer 2.700 plejehjem med gennemsnitligt 70 pladser på hver. Herudover akkrediteres et stort antal hjemmeplejeordninger.

Udover det obligatoriske survey hvert tredje år, gennemføres der (mindst) et uanmeldt besøg pr. år.

Organisationen har et surveyorkorps på ca. 400 surveyors, hvoraf ca. 120 er fuldtidsansatte – alle med en relevant faglig baggrund.

Processen er tilrettelagt efter samme principper som i AGPAL, dvs. med en egen intern "decision maker".

I forbindelse med survey lægges der megen vægt på, at det er op til kunderne at bevise, at de lever op til standarderne. Surveyorne skal ikke lave kulegravninger, men i stedet agere som "vidende reportere".

Organisationen har en udbygget og avanceret surveyorrekrutteringsmodel og -kompetenceudviklingsproces. Rekrutteringsprocessen omfatter bl.a. en adgangsprøve, hvor der bl.a. skal dokumenteres evner i rapport-skrivning. I uddannelsesforløbet indgår elementer som bl.a. rollespil, interviewtræning mv. Video anvendes meget. Vigtigt element, at surveyorne presses og udfordres. Der er fokus på at lære dem om magtrelationer, dvs. at de faktisk som surveyors har magt, og at de skal kunne forholde sig hertil.

For at bevare certifikat som surveyor kræves minimum 15 timers kompetenceudvikling årligt. Der anvendes interne observatører på surveys.

Som led i rådgivningen af kunderne findes et undervisningsprogram (QEST - Quality Education on the Standards), hvor surveyors underviser hos kunderne.

Standardsættet er fastsat ved lov og ændres sjældent. Kvalitetsudviklingen sker ved at skærpe kravene, således som de er beskrevet i "Results and process guide".

Har meget avanceret processtyringssystem (Tibco iProcess)

The Australian Council on Healthcare Standards (ACHS)

ACHS stiftet i 1974 og akkrediterer hospitaler og andre sundhedsydere som en af flere konkurrerende organisationer. ACHS er dog suverænt den største. Akkrediterer efter mere end 20 egenudviklede standardsæt. Kun det ny fælles standardsæt, som er obligatorisk for alle institutioner, er udviklet af staten og har karakter af lovkrav.

Stor - og stigende - international aktivitet, jf. nedenfor.

Gennemfører ca. 390 surveys årligt. Stab på ca. 50 heltidsansatte.



Gør meget ud af at levere analyser baseret på outcome indikatorer og akkrediteringsresultater. Årlig rapport. Klare forskningsambitioner.

Organiseret i tre primære afdelinger:

Customer services and development: Leverer en lang række støtteværktøjer i form af håndbøger, manualer, rapporter mv.

Ansvarlig for et "Klinisk Indikator Projekt", der omfatter 320 kvalitetsindikatorer og tjener til i årlige rapporter, men også i bestilte analyser, at lave sammenlignende analyser af hospitaler.

Afdelingen er ansvarlig for al kontakt med kunden fra første kontakt og til endelig akkreditering. Meget støttende med henblik på at kunden skal blive klar til akkreditering. On site undervisning - også konkret i, hvad der skal gøres for at bestå. Også her er succeskriteriet, at kunderne består og at de føler sig godt behandlet, således at de vil komme igen. Den enkelte kundeansvarlige varetager såvel rådgivning som egentlig sagsbehandling og kvalitetssikring/konsistenssikring af surveyrapport med henblik på godkendelse af de interne Decision Makers.

Ansvarlig for at sælge undervisningstilbud til kunderne. Undervisningstilbuddene er meget omfattende og gælder bl.a. e-learningprogrammer, webinarer, kurser, "roadshows, konsulentydelse mv.

Også ansvarlig for kompetenceudvikling af surveyorne.

Har ca. 60 ledende surveyors, der får særlig undervisningsmæssig opmærksomhed.

Corporate services and surveyor workforce: it, bogholderi, økonomi, business support, data analyse mv.

It: 3.000 brugere worldwide på it-system. Har totalt integreret processtyringssystem.

Har i alt ca. 400 surveyors: 280, der arbejder gratis med løn fra deres primære arbejdsgiver, og 120, der modtager betaling fra ACHS.

Interview (endnu) ikke en del af udvælgelsen af surveyors, der kun er 2-årig. Til gengæld er performance på et stort øvelsessurvey helt afgørende for udvælgelsen. Har omfattende evalueringsprogram, men anvendes ikke meget på grund af lav svarprocent.

ACHS International: Domicil i Hong Kong. Sælger akkrediteringer, men også konsulentydelse og it-løsninger. Oprindeligt rettet mod salg i Mellemøsten, men voksende. Har aktiviteter bl.a. i Hong Kong, Malaysia, Kina, New Zealand, Irland og Grækenland! Har lokale surveyorkorps, fx 80 i Hong Kong, men de fastansatte fra ACHS indgår også i surveys. Ligeledes kan de oversøiske indgå i surveys i Australien.

ACHS har en stor markedsføringsaktivitet og bruger således ofte boardmembers som ambassadører.

Holder stor årlig konference inkl. diverse prisuddelinger.



Australian Institute of Health Innovation, University of New South Wales

Vi havde lejlighed til at besøge professor Jeffrey Braithwaite, hvis institut er ansvarligt for en meget stor del af den internationale forskning, der interesserer sig for effekter af akkreditering og kvalitetsarbejde generelt.

Professorerne Braithwaite og David Greenfield havde arrangeret et lille seminar, hvor vi havde lejlighed til at holde et oplæg om de danske erfaringer med akkreditering for en kreds, der repræsenterede en lang række interessante aktører i det australske kvalitetsarbejde. Vores præsentation kan ses på vores hjemmeside www.ikas.dk.

Besøget medførte en række interessante kontakter, eksempelvis til Senior program adviser Margaret Banks fra Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, der udvikler de nationale obligatoriske akkrediteringsstandarder.

I forbindelse med besøget blev det i øvrigt aftalt, at Jeffrey Braithwaite besøger IKAS den 15. august 2014.

6. juni 2014

JGC