



Rapport om interessenternes syn på  
Den Danske Kvalitetsmodel - akkrediterings-  
standarder for sygehuse 2. version

Fokusgruppeinterviews afholdt fra maj til september  
2014

DDKM

Januar 2015



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet



## Forord

På baggrund af bestyrelsens beslutning i september 2013 om påbegyndelse af udviklingen af 3.version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) for sygehuse, gennemførte IKAS fra maj - september 2014 efter rådgivning og ønsker fra interessenterne i Det rådgivende udvalg for Sygehuse en række fokusgruppeinterviews med repræsentanter udpeget af interessenterne. Formålet var at indhente erfaringer, kritik og kommentarer til version 2, og forslag til form og indhold i en kommende 3. version af akkrediteringsstandarderne for sygehuse.

Selv om arbejdet med videreudvikling af DDKM for sygehuse er stillet i bero efter regeringsudspillet på sundhedsområdet i august 2014, finder IKAS det relevant, at erfaringerne indhøstet ved disse interviews sammenfattes og bevares i denne rapport.

I fokusgruppeinterviewene blev efterspurgt kommentarer til modellen og standardsættet i sin helhed. Samt til den måde sættet har fungeret på i hverdagen på sygehuse og hospitaler, og i forbindelse med besøg af surveyors.

Der var ved alle interviewene rigeligt brug for de 1½ time, der var sat af til hver af interviewets to halvdele. I første halvdel blev der efterspurgt bemærkninger til modellen og standardsættet som et hele. I anden halvdel valgte hver deltager efter tur standarder, de ville give detailbemærkninger, hvorefter gruppen diskuterede standarden. Også her var det hver gang tidsrammen, der satte stop for kommentarer og forslag. Ved interviewene var alle grupper meget aktive og positive. Alle interviews blev lydoptaget efter samtykke.

### Deltagere:

Under besøg i hver af de 5 regioner blev der af IKAS medarbejdere afholdt 2 separate fokusgruppeinterviews. I hver region blev først en gruppe med personer fra sygehuses kvalitetsorganisationer interviewet. I forlængelse heraf blev senere samme dag en gruppe bestående af kliniske afdelingsledelser fra regionens sygehuse ligeledes interviewet. Gruppernes deltagere blev udpeget af regionernes ledelser. Der deltog ca. 10 - 12 personer ved hvert interview, som alle var af tre timers varighed.

De foreningsejede hospitaler og privathospitalerne blev tilsvarende indbudt til deltagelse i et interview. Der blev gennemført 2 fokusgruppeinterviews, et for vstdanske og et for østdanske deltagere, som blev afholdt i henholdsvis Vejle og København. De foreningsejede hospitaler og privathospitalerne sammensatte selv deltagerkredsen.

Tilsvarende blev der også inviteret til og gennemført interviews med repræsentanter for

- Lægevidenskabelige Selskabers Sammenslutning
- Bestyrelsen for Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet
- Styregruppen for en klinisk kvalitetsdatabase som var blevet udpeget af RKKP: Dansk Diabetes Database
- Danske Patienter - der udpegede patientrepræsentanter til interviewet
- De sygplejefaglige grupper under Dansk Sygepleje Råd - interviewet blev aflyst, det blev overhalet af regeringens sundhedsudspil

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>4</b>
<b>Hovedfund fra fokusgruppeinterviews</b> .....	<b>5</b>
Modellen .....	5
DDKM som paraply for al kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet .....	6
Modellens metodekrav .....	7
Patientforløbet skal være bærende i opbygningen af standardsættet .....	7
Klinisk ledelse - sygehusledelse og - drift .....	8
Kvalitetsafdelinger i regioner og sygehuse .....	8
Overimplementering .....	9
Data om klinisk praksis - resultater og processer .....	9
Standarderne og indikatorer som helhed .....	10
Standarder og indikatorers relation til lovgivning og ISQua akkreditering .....	11
Patientsikkerhedskritiske standarder .....	11
Indikatorerne .....	11
Særlige kommentarer til standardsættets perspektiv og funktion .....	11
Survey og nævnsbehandling - Vurderingsprincipper .....	12
Støtte fra IKAS .....	13
<b>Bilag - Fortegnelse over de af interessenterne udpegede deltagere i fokusgruppeinterviews</b> .....	<b>14</b>

## Indledning

Den Danske Kvalitetsmodels 2. version af akkrediteringsstandarder for sygehuse blev udsendt til interessenterne - regionerne, deres sygehuse og øvrige hospitaler i 2012.

Der er blevet arbejdet med 2. version under forberedelser til og under den anden akkrediteringsrunde, som startede i foråret 2013 i region Syddanmark. Privathospitaler, de foreningsejede hospitaler og de fire øvrige regioner har siden starten på anden runde løbende haft surveybesøg. Anden runde afsluttes for alle offentlige sygehuse i første halvdel af 2015 med surveys i hele region Hovedstaden, og for privathospitaler i efteråret 2015.

DDKM har været tilrettelagt med en treårig akkrediteringscyklus. Anden cyklus' første akkrediteringer udløber i foråret 2016. Det har derfor været planlagt, at en revideret 3. version af akkrediteringsstandarderne for sygehuse skulle udsendes i foråret 2015 for at denne kunne anvendes ved surveys og akkrediteringer fra starten af 2016.

Bestyrelsen besluttede i september 2013 at iværksætte en systematisk indsamling af erfaringerne fra anvendelsen af 2. version af akkrediteringsstandarderne for sygehuse. Efter rådgivning og ønsker fra interessenterne i Det rådgivende udvalg for Sygehuse, gennemførte IKAS fra maj 2014 en række fokusgruppeinterviews blandt alle interessenter. Formålet var at opsamle erfaringer, kritik og kommentarer til version 2 samt indhente forslag til form og indhold for en kommende 3. version. Tidspunktet for interviewene i forhold til den løbende akkrediteringscyklus, indebar at der nødvendigvis var deltagere fra sygehuse og hospitaler der har arbejdet med implementeringen af 2. version, men endnu ikke har været igennem et akkrediteringsforløb.

Regeringen udsendte i slutningen af august 2014 et sundhedsudspil, der blandt meget andet også signalerede en nytænkning af Den Danske Kvalitetsmodel for sygehusområdet. Bestyrelsen for DDKM besluttede på sit møde i september, at få en nærmere afklaring af hvorledes regeringen mere konkret ser en nytænkning af modellen. Og stoppede som konsekvens af udspillet alt igangværende arbejde med udvikling af en ny version. På samme møde præsenterede IKAS hovedfundene fra interviewene for bestyrelsen.

Nærværende rapport indeholder en sammenskrivning af de mange udsagn fra interviewene, der blev gennemført i perioden fra maj til september 2014. Det er alene interviewpersonernes ord der videregives og dermed en gengivelse af mange meget forskellige udsagn, der, som det vil det ses, undertiden fremstår divergerende eller lige frem modstridende.

IKAS afgiver ikke vurderinger eller kommentarer med rapporten, hverken i forhold til interessenternes udsagn eller deres arbejde med version 2 af standardsættet.

Deltagerne i fokusgrupperne var særdeles aktive under interviewene, og udviste et meget stort engagement og med et tydeligt ønske om at bidrage konstruktivt til processen med at revidere version to, og komme med visioner og ideer for den kommende version tre.

*IKAS vil derfor gerne give udtryk for at det har været aldeles positivt at modtage de mange tilbagemeldinger, og her takke interviewdeltagerne mange gange, for at de tog sig tid til at give deres vurderinger og erfaringer videre.*

I et bilag til rapporten vises en oversigt over deltagerne i de afholdte fokusgruppeinterviews med interessenter i perioden maj til september 2014.

# Hovedfund fra fokusgruppeinterviews

med deltagere fra regionerne, privathospitaler, de foreningsejede hospitaler og øvrige interessenter

Interviewpersonerne peger på følgende temaer:

- Modellen
- DDKM som paraply for al kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet
- Modellens metodekrav
- Patientforløb som bærende for sammenhængen
- Klinisk ledelse - sygehusledelse - drift
- Kvalitetsafdelinger i regioner og sygehuse
- Overimplementering
- Data om klinisk praksis - resultater og processer
- Standarderne og indikatorer som helhed
- Standarder og indikatorers relation til lovgivning og ISQUA akkreditering
- Patientsikkerhedskritiske standarder
- Indikatorerne
- Særlige kommentarer til standardsættets perspektiv og funktion
- Survey og nævnsbehandling - Vurderingsprincipper
- Støtte fra IKAS

Derudover er opsamlet en række konkrete bemærkninger, der har fokus på enkeltstandarder. Disse er dokumenteret hos IKAS, men indgår ikke i nærværende rapport.

## Modellen

Der er bred enighed om opfattelsen af Den Danske Kvalitetsmodel som velfungerende. Modellen opfattes også som meget væsentlig for arbejdet med forbedring af kvaliteten både for sygehuse og privathospitaler.

Det gentages samtidig hyppigt, at modellen med en ny version 3 afgjort ikke må blive mindre krævende, for at den fortsat kan være en udfordring i det løbende forbedrings - og udviklingsarbejde.

Det er også et generelt billede, at modellen har udviklet sig væsentligt og ændret sig meget positivt fra 1. til 2. version. Bredt forventer og ønsker man sig yderligere udvikling i samme retning for den kommende 3. version. Det understreges ved alle interviews, at ingen ønsker at det må blive en helt anden model. Det er opfattelsen både hos regionernes sygehuse og forenings- og privathospitalerne. Der er opnået ganske væsentlige forbedringer gennem arbejdet med modellen, men der er fortsat meget der skal arbejdes videre med. Der er også enighed om at med en udviklet/fornyet model, må alt det der allerede er opnået, og det store arbejde der er ydet, ikke bare blive kastet overbord.

Modellens grundlæggende basering på en anvendelse af kvalitetscirkelns (PDSA / PDCA) forbedringsprincipper, findes fortsat værdifuld og ønskes fastholdt, som en central og velfungerende tankegang for forbedringsarbejdet.

Modellen og dens detaljer skal også tydeligere rumme og afspejle den udvikling og ændring, der sker i arbejdet på sygehuse og privathospitaler: Langt mere ambulans virksomhed, store akutfunktioner med ændrede speciale-mæssige funktioner og samspil, en stor mængde planlagt elektiv aktivitet, og mange korte accelererede forløb.

Standarderne bør dermed konkret kunne afspejle, at der arbejdes med accelererede forløb, men også kunne rumme både de korte ambulante forløb, og de længerevarende kroniske forløb. Det skal gøres tydeligt at forskelle på indlagte og ambulante forløb kan håndteres af standarderne. Ligesom der skal være det rette fokus for fx elektive og for akutte patientforløb.

Hele denne bredde skal rummes, være synlig og i spil i standardsættet i betydelig højere grad end nu.

Der er et bredt udtalt ønske om en slankere model, hvor man reducerer eller fjerner de standarder, som vi ved, der er styr på. For i stedet at have mere fokus på det, der er klinisk vigtigt og som skal forbedres. Det kan gøres både ved at samle standarder i tematiske klumper, der favner bredere, fx have én medicineringsstandard (mod nu 7). Også fx ved at sammenlægge standarder med mange krydsreferencer til hinanden. Der var også forslag om at have et sæt ikke-survey-aktive baggrundsstandarder, for emner der allerede er styr på, men som kan anvendes internt, som en hjælp til det systematiske arbejde med kvalitet.

Hvis en reduktion af standardernes antal vil betyde, at de bliver mere brede og måske mindre præcise, vil det også have betydning for indikatorernes formulering. Den enkelte indikator må ikke blive så bred og løst beskrevet, at det medfører en tendens til overimplementering for at 'være på den sikre side'.

Med den mere og mere udbredte anvendelse af dokumentation af resultater og flere og flere elektroniske journalfunktioner, er det opfattelsen, at man er ved at være klar til at modellen sætter mere fokus på anvendelsen af dokumentation af outcome og resultat frem for af proces.

Det er outcome - resultater, kerneydelsesdata om opnået behandlingskvalitet og patientinddragelse og -tilfredshed, der interesserer og motiverer personalet til at forbedre kvaliteten. Et eksempel: man vil at der skal ses på, om formålet med standarden er opnået, fx for std. 2.14.1 - dvs. om patienterne efter en vurdering, har fået en tilpasset ernæring. Derimod ikke om det er dokumenteret, at de er ernæringscreenede.

Et stærkere fokus på resultater vil få tankegangen i modellen og dens indhold til at fremstå skarpere. I modsætning hertil er det oftest procesmålingerne, der er blevet oplevet som målinger for målingernes skyld. Hvis en måling ikke opleves meningsfuld og klinisk relevant, dvs. den også indgår i ledelsens arbejde med kvalitetsforbedringer, så skal målingen fjernes.

Et sådant fokus vil også afspejle en større tillid til afdelingsledelserne, nemlig at outcome og resultater er i fokus - fremfor retningslinjer og dokumentation. Det synliggør samtidig, at der er et stærkt ledelsesfokus på levering af faglig kvalitet.

## **DDKM som paraply for al kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet**

Modellen skal for sygehusene også fremstå med den sammenhæng, der er mellem de forskellige standard-sæt i hele DDKM. Fx sammenhæng med det præhospitale standardsæt, med de sæt der er på vej for praksissektoren og er i gang og på vej for kommunerne.

Det opfattes helt afgørende, at DDKM på denne måde reelt kan blive ved med at udvikles og være en bærende model for hele sundhedsvæsenet. Dermed medvirker DDKM konkret til, at der skal skabes sammenhænge i patientforløbene både internt i sygehusene, og over sektorgrænserne til praksissektoren, til kommuner, til apoteker mv. Dvs. en sammenhæng på tværs af DDKM standardsættene, så de bliver bedre og bedre redskaber for klinikerne/praktikerne.

Det blev bredt nævnt at de snævre og fokuserede indsatser, som eksempelvis projektet Patientsikkert sygehus, skal sikres maksimal integration i DDKM. Det er uhensigtsmæssigt, hvis ikke regionerne sikrer en fast-

holdelse af koordinationen af kvalitetsarbejdet og anvender DDKM som paraply og sammenhængsværktøj for al kvalitetsarbejdet. Det vil demotivere indsatsen blandt personalet at regionerne ikke tydelig følger en fælles linje.

## **Modellens metodekrav**

Det er generelt opfattelsen at version to giver mere metodefrihed end første version. Det finder man værdifuldt, og der skal gås videre ad den vej. Man ønsker at version 3 skal indeholde yderligere større metodefrihed og forenkling med mere fokus på resultater og centrale processer.

Der er et stærkt udtalt ønske om metodefrihed i forhold til, hvordan man monitorerer og forbedrer kvaliteten lokalt. Ikke kun i forhold til DDKM, men også i forhold til regionernes krav om anvendelse af specifikke metoder.

Klinikerne udtalte ofte, at metodefrihed er virkelig vigtig. Der skal frit kunne vælges metode i forhold til problemstilling og resultatmåling. Med mere fri monitorering menes at sygehuset/den enkelte afdeling selv kan bestemme og tilrettelægge, hvilken monitorering de ønsker at arbejde med.

Derfor efterspørges en betydelig mere kvalificeret metoderådgivning fra kvalitetsorganisationerne - i stedet for retningslinjer! Det efterspørges også om IKAS kan yde mere rådgivning om metoder generelt.

Begrundelsen for ønsket om råderum for metodevalg er, at jo mere det lokalt kan afgøres hvad og med hvilken metode, der skal kvalitetsovervåges, jo mere direkte relevans for de lokale forbedringsbehov vil monitoreringen af resultater og kvalitet kunne få. Og jo mere vil personalet være engageret i opgaven.

En ændring kunne være at forenkle monitoreringskravene i standardsættet (gøre dem mere generiske), så der bliver mulighed for at man selv formulerer nogle krav, som man så kan demonstrere, hvordan man arbejder med at opfylde. Ændringerne bør også omfatte større frihed til at vælge tema eller fokusområde. Og dernæst til at fastlægge den relevante monitoreringsmetode og -frekvens.

Version 1 indeholdt ganske håndfaste krav om arbejde med audit. Det har flere opfattet stadig var gældende på samme måde i version to. Det blev understreget at mange ikke fandt at audit med den anvendte metode gav tilstrækkeligt udbytte i forhold til indsatsen. Vel vidende at en audit i sig selv giver ikke forbedring, der skal også reageres på resultatet, for at få et forbedringspotentiale realiseret. Mange kunne fortælle, at der fortsat var vanskeligheder med at få omsat auditresultater til konkrete forbedringer. Det må ikke blive til målinger eller revision for målingernes skyld.

Der blev givet udtryk for, at arbejdet med audit på den anden side også har givet en forståelse af, at der kan arbejdes med kvalitative metoder i forbedringsarbejdet. Derfor fandt man at de kvalitative metoder og tilhørende data gerne kan blive mere efterspurgt og anerkendt, eksempelvis i forhold til vurderinger af patientforløb. Et andet eksempel på kvalitative metoders berettigelse var erfaringerne fra anvendelsen af patienttrace-re, som er noget af det der giver god mening for klinikerne.

## **Patientforløbet skal være bærende i opbygningen af standardsættet**

Kliniske ledelser finder at standardsættet i sin opbygning er alt for fjernt fra deres hverdag og daglige praksis. Der skal læses mange standarder om virksomhedsgrundlag, organisation og bygninger, før man i standardsættet når frem til det, som det drejer sig om på afdelingerne. Og man finder at dette måske er forklaringen

på, at mange står af undervejs og overlader det til sygehusenes kvalitetsafdelinger at holde styr på det hele. Og anerkender at man på afdelingen dermed selv mister styringen.

I stedet skal standardsættet starte med det, de kliniske afdelingsledelser finder vigtigt nemlig arbejdet med patienter. Rækkefølgen af standarderne i version 2 standardsættet skal vendes på hovedet i forhold til nu, så alt det mere administrative om ledelse og organisation ikke længere står forrest.

Man skal begynde med det, der er vigtigt for klinikerne og patienterne - patientforløbene. Standardsættet skal fokusere på, hvad der er vigtigt for patienten og hvad hun/han møder på sin vej. Den kliniske kvalitet i de enkelte trin, de enkelte behandlings-begivenheder og i overgangene imellem dem, skal være i fokus.

## **Klinisk ledelse - sygehusledelse og - drift**

Modellen er et ledelsesinstrument, som man kan bruge til at vise personalet, hvordan man arbejder med tingene. Og det er godt, at PDSA er en grundlæggende del af modellens koncept. Da det også er en metode, der bruges til udvikling på andre områder, der ikke direkte er adresseret i DDKM.

De organisatoriske standarder giver "orden i butikken". De er meningsfulde set fra ledelsesmæssigt perspektiv, da alt det praktiske, er blevet systematiseret og når det er implementeret, skal der ikke længere bruges energi på det.

Blandt de interviewede interessenter er der to tilgange til at sygehusstandardsættet indeholder emneområder om sygehusets drift og organisation mv. Der stilles spørgsmålstegn ved om modellen forsat skal have fokus på driften af det enkelte sygehus. En god drift kan anses som en forudsætning for god patientoplevelse og for den kliniske kvalitet og patienternes forventninger til et veldrevet sygehus. Synspunktet er at standarder om disse emner fx flyttes ud af standardsættet og adresseres på en anden måde, måske i et indledende afsnit.

Modsynspunktet er at drift og organisation mv. er helt grundlæggende for at sikre et samlet hele for det vel fungerende sygehus. Standarderne skal snarere blive skarpere på disse områder og måske endda inddrage nogle patientrelaterede dimensioner.

Der har været en opfattelse af at standarderne i et vist omfang blander sig i selve driften og hvordan sygehuset skal nå mål, der relaterer sig til drift. Modellen skal være et værktøj ledelsen anvender i sin drift og ikke omvendt, altså skal et sygehus ledes af en sygehusledelse, ikke af DDKM's forskrifter. For ikke at falde i den fælde blev det skitseret som en mulighed at flytte fokus under surveys, så der i højere grad fokuseres på at spørge ind til ledelsens praksis og lade surveyors lave stikprøver.

## **Kvalitetsafdelinger i regioner og sygehuse**

For regionernes sygehuse er regionernes kvalitetsorganisationer væsentlige aktører i akkrediteringen og forberedelsen til den. Oftest er ledelsesgrundlag og IT vilkår for et sygehus centralt styret fra regionen. Det er en udfordring, at modellen tager udgangspunkt i de enkelte sygehuse, der ikke har bestemmelsesret over alle dimensioner de bliver vurderet på. Det kunne være en mulighed i et vist omfang også at akkreditere visse aspekter i den enkelte region. Det påpeges meget bredt blandt interviewpersoner fra de kliniske afdelingsledelser, at hele organisationen i en region bør indgå i akkrediteringsprocessen. Der tænkes særligt på arbejdet i og fra regionernes centrale kvalitetsorganisationer. Deres arbejde og den stadige udsendelse af retningslin-



jer for alle sygehusene i regionen, har afgørende indflydelse på afdelingernes vilkår for at drive klinisk praksis, for driften i afdelingerne og for arbejdet med kvalitetsforbedring.

Konkret foreslås at surveys tilrettelægges, så der også er ledelsesinterviews med deltagelse fra regionen og at der indgår besøg på koncerntor / kvalitetsafdelinger i regionen.

## Overimplementering

Det er de kliniske afdelingsleders udsagn, at de bliver bedømt på noget, de ikke har indflydelse på. De understreger, at det er et væsentligt og vanskeligt vilkår i deres arbejde, at regionernes kvalitetsorganisationer opstiller supplerende krav i forhold til de enkelte standarder og tilhørende indikatorer i DDKM. Det indebærer et stort antal regionale retningslinjer, som medfører en ikke relevant overimplementering i forhold til DDKM standarderne. Sagt kort, for enhver ny problemstilling, der når frem til en kvalitetsorganisation, er automatreaktionen, at den fører til en ny retningslinje. De kliniske afdelingsledelser vurderer, at frygten for ikke at få en bemærkningsfri akkreditering fører til en række overreaktioner fra kvalitetsorganisationen.

For de kliniske afdelingsledelser er det i det daglige arbejde vanskeligt at adskille krav, der specificeres af den lokale kvalitetsafdeling, fra krav der ligger i standardsættet. Det er bredt opfattelsen, at IKAS bør komme helt anderledes på banen i forhold til at hjælpe både sygehusene og regionernes kvalitetsfolk, med at få reduceret overimplementeringen. Det kan fx være med eksempler på, hvad der er godt nok i forhold til hygiejne og få afhjulpet den usikkerhed, der gør at man hellere vil gøre lidt for meget end lidt for lidt i forhold til en standard. Noget vil måske kunne afhjælpes ved at folde teksten i formålsformuleringen for de enkelte standarder noget mere ud.

Indholdet af DDKM standardsættet opleves som fornuftigt. Det er i omsætningen af standarderne i regionale lokale retningslinjer og kvalitetsmål, at det i klinikken opleves som, at overlæggen ikke længere sættes realistisk, men varierende for højt.

De kliniske afdelingsledelser finder at kvalitetsafdelingerne på sygehusene og i regionerne styrer akkrediteringen for meget, og mere end indholdet i selve DDKM modellen. Det bør derfor diskuteres, hvordan det bedst tydeliggøres og bedst balanceres, hvad der er akkrediteringskrav og hvad der er regionskrav.

Oplevelsen er blevet, at DDKM i stedet nu mere er blevet kvalitetsafdelingernes model til styring og ikke klinikkens model til forbedring og udvikling af kvalitet. Hvis det fortsætter - er det opfattelsen at modellen vil dø.

## Data om klinisk praksis - resultater og processer

Det er holdningen hos alle interviewpersoner, at data skal indgå i og være en aktiv forudsætning for forbedringsarbejdet. Tidstro data skal være en del af arbejdsgrundlaget i hverdagen, også i relation til kvalitet og DDKM. Det er forventningen, at med sikring af en bred levering af tidstro data fra de kliniske databaser, vil disse reelt blive et større aktiv i en løbende resultatvurdering.

Der er også stor opmærksomhed på, at RRPK databaserne aktuelt kun dækker en meget begrænset del af klinisk virksomhed, og at inddragelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser i arbejdet med DDKM standarderne kun er en spæd begyndelse. Det anses bredt for et must snarest at få adgang til flere supplerende tidstro data (helst af RRPK kvalitet), på andre områder, der er relevante i forhold til den enkelte afdelings patientbehandling og arbejde med kvalitet og forbedring. Der er dermed også ønske om at andre datakilder skal bringes ind og skal kunne indgå i kvalitetsarbejdet.

DDKM har, med standardernes krav om opfølgning og handling på data, givet et nødvendigt skub til den konkrete anvendelse af data i afdelingerne. Man kan ikke længere fortsætte med at have gode undskyldninger for at afdelingens niveau for RKKP indikatorer ligger væsentligt under det procentniveau, som anses for at være god praksis eller er den vedtagne grænseværdi. Det går ikke længere, at der ikke sker yderligere ud over en ny måling, der viser det samme som tidligere. Kravet om en igangsat indsats, der kan vise forbedring, er godt for kvaliteten.

Udfordringerne med størstedelen af de nuværende RKKP data er, at de ikke er aktuelle men historiske. Det kan også være vanskeligt, at få adgang til ens egne lovbestemte kvartalsdata imellem årsrapporternes udgivelse. Det findes ikke rimeligt. Alle ønsker det fungerer snart, og at det vil være helt tydeligt, hvordan data med kliniske resultater indgår i DDKM.

Flere anvender udtrykket tidstro om data, i betydningen at data er nye og aktuelle i forhold til afdelingens kliniske virksomhed, men der er flere forskellige opfattelser af, hvad der menes ved tidstro.

Der er ønsker om bredere datadækning. Man finder det for begrænset, hvad der er data for er i et patientforløb. De aktuelle databaser dækker oftest en mindre afgrænset del af et samlede patientforløb, som der ikke kun bør fokuseres særskilt på. Denne begrænsning kan give et uhensigtsmæssigt, for snævert monofagligt og specialespecifikt fokus. Der mangler især data på de tværsektorielle dele af forløbene.

Sygeplejesiden fremhæver, at data om deres del af den kliniske virksomhed gerne skulle blive mere synlig. Der er forventninger til at de elektroniske patientjournaler kan medvirke i denne udvikling.

## **Standarderne og indikatorer som helhed**

Bredt deles synspunktet at standardsættets opbygning skal omstruktureres og forenkles for at fungere bedre for klinisk praksis. Der skal indledes med standarder, der vedrører patientforløb og den kliniske kerneydelse. Til sidst bør stå standarder der vedrører forudsætninger og baggrund for det kliniske arbejde såsom sygehuseorganisation og drift.

Grundskabelonen for standarder, som står i indledningen er vigtig. Den bør forenkles, så den bliver mere operativ og nemmere at forstå og ikke strækker sig over flere sider.

Det skal være tydeligt, at standarder også sigter på resultatet af arbejdet. Samlet ønskes en ny form for baggrundsdokumentation og synliggørelse af enhver standards mål, formål og indhold. Der efterspørges en synlig begrundelse for, hvorfor hver standard er med i sættet. I særlig grad ønskes også en bedre tydeliggørelse af formålet med hver standard.

Kommentarerne til enkeltstandarder drejede bredt sig om, at de nuværende indholds- og formålsbeskrivelser for de allerfleste findes gode og meningsfulde. Det er et bredt ønske, at der foretages en tematisk sammenlægning af flere af de nuværende standarder, så det fører til forenkling.

Standardernes indhold skal vægte at fremme samarbejde mellem sygehusafdelinger (dvs. gå imod silofunktioner) og med de eksterne parter – praksisområde og kommuner. Sammenhæng i standarder henover hele patientforløbet skal indgå i modellen. En lang række andre konstruktive detailforslag er givet til enkelte standarders indhold, se dette.

Flere områder ønskes styrket, fx standarder, der fremmer patientsikkerhedskritiske emner. Andre områder er der stærkt delte meninger om, fx standarder om ledelse og organisation - lige fra meget værdifulde til meningsløse.

## **Standarder og indikatorers relation til lovgivning og ISQua akkreditering**

Det opfattes som særdeles vigtigt at det tydeligt fremgår, hvad der skal komme ud af at arbejde med enhver standard i et kvalitetsperspektiv set i forhold til et lovkrav om samme tema. Der er ønske om en gennemsigthed i relation til lovkrav og til Sundhedsstyrelsens og Serum Institutrets retningslinjer mv.

Det skal fremgå, hvorfor det er nødvendigt med standarder og indikatorer om kvalitet på områder, der er dækket af lovgivning, direktiver, bekendtgørelser eller kontrolbesøg fra Sundhedsstyrelsens tilsynsfunktion eller fra Statens Institut for Strålebeskyttelse. Sundhedsstyrelsens tilgang til kontrol omtales af flere af de foreningsejede sygehuse og privathospitalerne som dobbeltarbejde set i forhold til flere standarder. Man finder at kvalitetsdimensionen bør stå meget klart i forhold til lovdimensionen.

Den internationale akkreditering af DDKM ved ISQua anses for at være vigtig, både hvad angår indhold i model og standarder og som legitimering. Men der savnes en klar markering i forhold til en afgrænsning af hvad der er ISQua-krav. Det vil gavne, hvis det tydeligt kan ses, hvor ISQua er konkret med som begrundelse for en standard og dens formål.

## **Patientsikkerhedskritiske standarder**

De patientsikkerhedskritiske standarder har åbnet øjnene for ting, der ikke har været i orden. Mest iøjnefaldende forhold ved medicinering. Det har klart givet anledning til et større fokus. Ulempen ved dette er at denne fokusering gør, at der så nødvendigvis er noget, der ikke bliver prioriteret lige så højt og det kan komme til at fremstå som om der er vigtige og ikke-vigtige standarder.

Dette kan evt. afhjælpes ved, at gøre flere standarder patientsikkerhedskritiske eller ved at sørge for, at kun det vigtige er med og så stille samme krav til alle standarderne, som der stilles til de nuværende patientsikkerhedskritiske standarder.

Hvis det fastholdes at have en særlig gruppe, der er de patientsikkerhedskritiske standarder, skal der også være krav om kvalitetsovervågning- og forbedring for denne gruppe. Det er et modstridende signal, at en standard ikke er vurderet vigtig nok til monitorering, men samtidig er patientsikkerhedskritisk.

## **Indikatorerne**

Det er også et generelt synspunkt, at indikatorer bør fungere som spørgsmål, der lukker op for en standards indhold og formål, ikke som en tekst med et krav i dele af standardens formål, der kan tjekkes af og sættes flueben ved. Modsat dette var enkelte interviewpersoner optaget af at kunne have tilgang til en tjekliste i deres arbejde med modellen.

Samtidig vurderes det helt overvejende, at en udvikling væk fra opdelingen i fire trin (efter PDSA) af indikatorerne, vil være en forbedring. Ikke at PDSA grundlaget som sådan skal fjernes, men trinene bør ikke at styre enhver indikatorers afgrænsning.

## **Særlige kommentarer til standardsættets perspektiv og funktion**

Psykiatriens interviewpersoner påpeger overensstemmende, at set fra hver deres perspektiv (afdelingsledelse, sygehusledelse eller region) er det åbenbart, at standardsættet som det er nu, er udarbejdet med sigte

på offentlige somatiske sygehuse. Selvom ikke relevante standarder kan undtages, opleves at mange dimensioner i psykiatriens arbejde bør kunne opfanges bedre af standardsættet. Konkret efterspørges et standardsæt, som bedre afspejler daglig praksis i psykiatrien. Surveyors (og i varierende omfang også kvalitetsafdelingerne) skal ligeledes have en betydelig mere klar forståelse for, at den daglige virkelighed i psykiatrien, ikke er som i somatikken.

Privathospitaler og foreningsejede hospitalers repræsentanter påpeger at noget ganske tilsvarende gør sig gældende for deres område. For en række centrale standarder om klinisk kvalitet, er relevansen den samme for de mindre hospitaler. Men der er betydeligt antal standardområder, hvor forskellene til de offentlige sygehuse er så store, at det vil være hensigtsmæssigt at finde frem til en anden fremgangsmåde end at anvende de samme standarder eller blot at udelade dem.

## **Survey og nævnsbehandling - Vurderingsprincipper**

Selv om IKAS signalerer, at "akkrediteret med bemærkninger" er "bestået", opleves dette som modsætningsfyldt. At blive akkrediteret med en bemærkning opfattes som en meget alvorlig sag for et sygehus. Og måske endnu mere for private aktører/hospitaler, hvor det er et konkurrenceparameter at være akkrediteret. Måske kan en anden begrebsanvendelse end 'bemærkninger' klare ideen om at surveys kan påpege forbedringsmuligheder og samtidig tildele akkreditering.

IRMO og IP har været svære at omsætte i praksis. Procentsatserne burde kunne gøres nemmere forståelige. Muligheden for IP er modstridende, når der i indikatorerne står, at man skal sætte tiltag i gang og evaluere dem, når det så alligevel kan vælges ikke at prioritere den pågældende standard. Det har også været en udfordring, at noget, der har været valgt som IP på sygehusniveau, som der så samtidig har været arbejdet med det på nogle afdelinger. Disse oplever så, at dette arbejde ikke bliver belyst og anerkendt under survey.

Der har også været en opfattelse af variation i IKAS' rådgivning, hvor nogle sygehuse har fået at vide, at der kunne nedprioriteres mere. Mens andre har fået at vide at de skulle være varsomme i forhold til at ligge tæt på de 50 procent.

Ud fra et patientperspektiv kan det også virke forkert, at det er legitimt, at man kan vælge noget fra som er et problem.

### Afvikling af survey:

Det vurderes af rigtig mange som en klar fordel når det er surveyors med specialekendskab, der besøger på en afdeling. Fx fungerer det ikke optimalt når det er surveyors med baggrund i kirurgi, der ser på psykiatri eller omvendt. Det vil også give et bedre udgangspunkt for at surveyorne kan spørge ind til og udfordre på den faglige kvalitet. Uden at det dog skal komme til at betyde, at de ikke kan se bort fra den måde, de selv arbejder med kvalitet, der hvor de kommer fra.

Surveyorne skal også fortsat have en rigtig god forståelse for den kontekst, der arbejdes i. Fx når en surveyor der er ansat på et offentligt sygehus kommer ud på en specialiseret privat klinik. Der arbejdes de to steder under meget forskellige vilkår.

Der skal være mere fokus på at surveyorne følger patientforløb. Tracere er som metode et godt udgangspunkt. Men oplevelsen har været, at der har været en overvejende tendens til at gennemføre systemtracere fremfor patienttracere. Patienttracere giver mere mening og gør fokus mere klinisk. Overleverer man fornuftigt til hinanden? Justeres behandlingsplanen løbende? Er kontinuiteten for patienten tænkt ind? etc. Og der skal i endnu højere grad ses på overgange imellem adskilte funktioner, afdelinger - og mellem sektorerne.

Udgangspunktet med anvendelse af kvadratroden i metoden i de store organisationer opfattes som medvirkende til, at der fokuseres på, at nå den rette stikprøvestørrelse, fremfor at følge et antal forløb.

Det er uheldigt at der også er nogle typer afdelinger, som surveyerne sjældent besøger, det gælder især ambulatorier.

## **Støtte fra IKAS**

Det er et ønske, at IKAS kan være behjælpelig med metoder og inspiration til kvalitetsudvikling fx alternativer til journalaudit. Der er også ønske om en erfaringsdatabase med de gode eksempler på både dokumenter, implementering og kvalitetsovervågning fra de gennemførte surveys. Man siger samtidig at det ikke er IKAS, der kan eller skal have ansvar for, hvordan der implementeres på sygehusene. Der skal ikke være standarder for hvordan der implementeres, men der bør stilles værktøjer til rådighed (ud over excel-ark), der kan hjælpe med implementeringen.

I forhold til, at det opleves, at kvalitetsafdelingerne og regionerne stiller højere krav end der kræves i standarderne og at det kan risikere at kvæle modellen og det gode i den, ønskes en bedre kommunikation mellem kvalitetsafdelingerne og IKAS for at reducere dette.

De elektroniske opdateringer af standarderne er som sådan udmærkede. Der ønskes en tydeligere versionsstyring på hjemmesiden fx med en samlet log. Versionsstyringen skal også fremgå af appen. Den bør kunne gå tilbage og vise præcist på hvilke standarder og hvornår, der er kommet opdateringer.

# **Bilag - Fortegnelse over de af interessenterne udpegede deltagere i fokusgruppeinterviews**

## **Region Hovedstaden: 16.juni 2014**

### **Fra Kvalitetsorganisationen :**

Vicedirektør Anne Gram Karup Andreasen, Herlev Hospital  
Kvalitetschef Maibritt de Cordier, Rigshospitalet  
Kvalitets- og udviklingschef Lisbeth Nielsen, Nordsjællands Hospital  
Kvalitetschef Torben Emil Sej, Glostrup Hospital  
Akkrediteringskoordinator Gitte Krogager, Region Hovedstadens psykiatri  
Akkrediteringskoordinator Mia Hartley, Frederiksberg og Bispebjerg Hospital  
Akkrediteringskoordinator Karen Riisberg, Rigshospitalet  
Akkrediteringskoordinator Anders Kalf-Hansen, Bornholms Hospital  
Akkrediteringskoordinator Ina Rønberg, Region Hovedstaden  
Akkrediteringsleder Dorte Bagger

### **Ledere fra kliniske afdelinger**

Ledende overlæge Klaus Børch, børneafd., Amager Hvidovre Hospitaler  
Ledende overlæge Henrik Harling, kirurgisk afd., Frederiksberg og Bispebjerg Hospital  
Ledende oversygeplejerske Lajla Vang, kirurgisk afd., Bornholms Hospital  
Ledende Overlæge Kirsten Damgaard, medicinsk afd., Gentofte Hospital  
Ledende oversygeplejerske Tine Lundbak, ryg- og reumatologisk afd., Glostrup Hospital.  
Udviklingsjordemoder Karina Fischer Blom, Herlev Hospital  
Ledende overlæge Lars Steen Jakobsen, anæstesi og intensiv, Nordsjællands Hospital  
Klinikkchef Jannick Brennum, neurokir., Rigshospitalet  
Ledende overlæge Jeanett Østerby Bauer Region Hovedstadens psykiatri

## **Region Sjælland: 26. juni 2014**

### **Fra Kvalitetsorganisationen :**

Kvalitetschef Karen Marie Lyng (Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse)  
Akkrediteringskoordinator Lis Bülow (Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse)  
Akkrediteringskoordinator Jane Lerke (Roskilde – Køge Sygehuse)  
Akkrediteringskoordinator Jane Hermansen (Nykøbing Falster Sygehus)  
Akkrediteringschef Inge Paamejer (Holbæk Sygehus)  
Ledende overlæge Hanne Blæhr Jørsboe (Akut afd. Nykøbing F. Sygehus)

### **Kliniske afdelingsledelser:**

Ledende overlæge Jørgen Bo Madsen (anæstesi, Holbæk Sygehus)  
Ledende oversygeplejerske Ulla Inger Johansen (Nykøbing F. Sygehus)  
Ledende oversygeplejerske Helle Mahler (Kir. Holbæk Sygehus)  
Ledende overlæge Henrik Guldager (anæstesi, Nykøbing F. Sygehus):  
Ledende overbioanalytiker Majbritt Wagner-Eckert (patologi, Roskilde – Køge Sygehuse)

## **Region Nordjylland: 25. juni 2014**

### **Fra Kvalitetsorganisationen :**

Aalborg Universitetshospital:  
Louise Stadil Pindstrup, risikomanager  
Lena May Østergaard, fuldmægtig, cand. merc.  
Christina Berg Heegaard Gaede, klinikkvalitetskoordinator, Klinik Akut  
Susanne Bünger, klinikkvalitetskoordinator, Klinik Hjerte-Lunge

Sygehus Vendsyssel:

Vivi Pedersen, risikomanager

Dorthe Trabjerg, kvalitetskoordinator

Sygehus Thy-Mors:

Charlotte Vester, kvalitetskonsulent

Lone Frøkjær Christensen, risikomanager/kvalitetskonsulent

Psykatrien:

Jan Mainz, forløbschef, læge og professor

Søren Riemann, leder af HR & Kvalitet

Kvalitetskontoret, Region Nordjylland:

Jens Kjær-Rasmussen, kvalitetschef

Monica Guldager Terkelsen, kvalitetskonsulent

#### **Fra Kliniske afdelingsledelser:**

Aalborg UH:

Christian Pedersen, ledende overlæge, Ortopædkirurgisk afsnit Aalborg

Maj- Britt Bøgh Riis, afsnitsledende sygeplejerske, Hæmatologisk afsnit

Karin Ørskov, ledende sygeplejerske, Børneafdelingen

Sygehus Himmerland:

Joan Kristensen, afsnitsledende sygeplejerske, Medicinsk Afsnit

Sygehus Vendsyssel:

Tina Futtrup, klinikchef, Klinik Akut

Sygehus Thy-Mors:

Jens Jørgen Lemvig, HR-ansvarlig viceklinikchef, Klinik Medicin

Mai-Britt Nielsen, afsnitsledende sygeplejerske, Klinik Akut

Psykatrien:

Jan Mainz, forløbschef, læge og professor

Søren Riemann, leder af HR & Kvalitet

#### **Region Midtjylland: 3. juni 2014**

#### **Fra Kvalitetsorganisationen:**

Hospitalsenheden Horsens:

Charlotte Agerup – kvalitetsansvarlig sygeplejerske, Dialyseafdelingen

Helle Hjørnholm Volhøj – kvalitetsprojektleder, kvalitetsafdelingen/administration

Hospitalsenhed Midt:

Lene Bengtsson – akkrediteringskoordinator

Karen Schmøkel - udviklingsygeplejerske, Center for Planlagt Kirurgi

Inge Lundholm - klinisk sygeplejespecialist, Kvindeafdelingen

Hospitalsenheden Vest:

Pernille Nielsen - kvalitetskoordinator, Medicinsk Afdeling

Dorthe A. Hansen – kvalitetskonsulent, Kvalitet & Udvikling

Aarhus Universitetshospital:

Jytte Halborg - kvalitets - og patientsikkerhedskoordinator, sygeplejerske, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling

Inge Grundt Larsen - kvalitetsudviklingsansvarlig terapeut, Forsknings - og udviklingsenheden, Fysio - og ergoterapiafdelingen

Mette Ritter - sundhedsfaglig konsulent, Kvalitetsafdelingen

Regionshospitalet Randers:

Grete Kallestrup Kærgaard – kvalitetskoordinator, Kirurgisk afdeling

Marianne Willumsen – sygeplejerske, Intensiv afdeling

#### **Fra kliniske afdelingsledelser:**

Hospitalsenheden Horsens:

Birgitte Bigom Nielsen – oversygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling

Thomas Hahn - ledende overlæge, Medicinsk Afdeling  
Hospitalsenhed Midt:  
Helle Andersen - oversygeplejerske, Diagnostisk Center  
Steen Lomborg - ledende overlæge, Mikrobiologisk afdeling Midt-Vest  
Hospitalsenheden Vest:  
Hanne Linnet - ledende overlæge, Onkologisk Afdeling  
Else Folmer - ledende oversygeplejerske, Anæstesiologisk Afdeling  
Aarhus Universitetshospital:  
Leni Abrahamsen - oversygeplejerske, Thoraxkirurgisk afdeling  
Lisbeth Lunding Røhl - overlæge, Radiologisk afdeling  
Lene Bisgaard Christiansen - kvalitetsleder og patientsikkerhedskoordinator, Klinisk Biokemisk Afdeling  
Regionshospitalet Randers:  
Lars Maagaard Andersen - overlæge, Kirurgisk afdeling  
Helle Bundgaard – overlæge, anæstesiologisk afdeling  
Psykiatrien:  
Inge Lund Petersen - ledende overlæge, Regionspsykiatrien i Vest

### **Region Syddanmark: 5. juni 2014**

#### **Kvalitetsorganisationen:**

Søren Møller Akkrediteringsleder Sydvestjysk Sygehus  
Dorte Rørmann Kvalitetschef Sydvestjysk Sygehus  
Michael S Hansen Kvalitetschef Sygehus Sønderjylland  
Tove Salting Kvalitetskonsulent Sygehus Sønderjylland  
Lisbeth Pedersen Kvalitetskoordinator Sygehus Lillebælt  
Lars Oberländer Akkrediteringsleder Sygehus Lillebælt  
Jette Kraght Larsen Sundhedsfaglig konsulent OUH  
Berit Charlotte Andersen AC-fuldmægtig OUH  
Anne Sigsgaard Specialkonsulent Psykiatrien i Region Syddanmark  
Peter Jezek Specialkonsulent Psykiatrien i Region Syddanmark

#### **Fra kliniske afdelingsledelser**

Steen Lindequist Ledende overlæge radiologien Sydvestjysk Sygehus  
Jette Nygaard Led. oversygepl. ortopædkir. Sydvestjysk Sygehus  
Susanne Elkjær Centerchef Sygehus Sønderjylland  
Helle Overgaard Centerchef Sygehus Sønderjylland  
Alan Kimper-Karl Ledende overlæge Sygehus Lillebælt  
Helle Vibeke Andersen Oversygeplejerske Sygehus Lillebælt  
Jens Møller Rasmussen Ledende overlæge OUH

### **Privathospitalerne: 3. og 10. juli 2014**

Aagaard Klinik - Jørn Aagaard, speciallæge og kliniker  
Vejle Fjord Rehabilitering - Pernille Bundgaard, kvalitetskoordinator  
Gråsten Gigthospital - Elisabeth Hørlyck, kvalitetskoordinator  
OPA, Ortopædisk Privathospital Aarhus - Merete Andersen, kvalitetskoordinator  
Privathospitalet Kollund - Elin Nielsen-Gehrt, direktør  
Privathospitalet Mølholm - Jesper Bøje, direktør,  
Privathospitalet Mølholm - Anne Mette Rønholm, kvalitetskoordinator  
Aleris Hamlet - Jørgen Lund, specialeansvarlig anæstesiolog  
Aleris Hamlet - Selma Overgaard, kvalitetskoordinator  
Sclerosehospitalerne - Marianne Schmidt, leder af kvalitetsafdelingen  
Københavns Privathospital - Kjeld Dons, neurokirurg, kvalitetsansvarlig læge.



Københavns Privathospital - Charlotte Bjørn, kvalitetskoordinator  
Nørmark Privathospital - Rigge Nørmark, direktør  
Nørmark Privathospital - Finn Nørmark, speciallæge, klinikejer  
Teres Medical Denmark - Vivian Brix, kvalitetskoordinator  
PTU Rehabilitering - Ellen Madsen, kvalitetskoordinator  
Privathospital Valdemar - Janni Bang, kvalitetskoordinator  
Steno Diabetescenter - Henrik Ullits Andersen, kvalitetsansvarlig, ledende overlæge  
Steno Diabetescenter - Anne Mette Anker Nielsen  
Filadelfia - Helle Hjalgrim, direktør  
Filadelfia - Tina Fredsø, kvalitetskoordinator  
Filadelfia - Henrik Petterson, afdelingssygeplejerske

#### **Lægevidenskabelige Selskaber: 19.9.2014**

Dansk Radiologisk Selskab - Peter Sommer Ulriksen  
Dansk Karkirurgisk Selskab - Judith Nielsen  
Dansk Oftalmologisk Selskab - Kirsten Baggesen  
Dansk Selskab for anæstesiologi og intensiv medicin - Jan Bonde  
Dansk Selskab for anæstesiologi og intensiv medicin - Dorte Keld  
Dansk Selskab for Geriatri - Niels Espensen  
Dansk Selskab for Geriatri - Søren Jakobsen  
Dansk Kirurgisk Selskab - Henrik Flyger  
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi - Karen Reinhold Wøjdemann  
Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi - Thomas Larsen

#### **Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren: 10.juli 2014**

##### **Følgende bestyrelsesmedlemmer:**

Knut Borch-Johnsen, vicedirektør Holbæk Sygehus  
Henrik Stig Jørgensen, Ledende overlæge Nordsjællands sygehus  
Hanne Sveistrup Demant, Vicedirektør Psykiatrien Region Sjælland

#### **Dansk Diabetes Database: 12.9.2014**

##### **Medlemmer af Styregruppen**

Peter Rossing, adjungeret professor, forskningschef, overlæge dr.med. formand DVDD  
Helle Adolfsen, sygeplejefaglig direktør, cand.cur., E-MBA, formand  
Jette Kolding Kristensen, lektor, praktiserende læge, ph.d., formand DVDD.  
Jannet Svensson, afdelingslæge, ph.d. daglig leder af DanDiabKids  
Nis Andersen, speciallæge, ph.d. formand DiaBase

#### **Danske Patienter: 2.9. 2014**

Repræsentanter fra flere patientorganisationer  
Repræsentanter fra DP sekretariatet

#### **Sundhedsstyrelsen: 20.6. 2014**

Charlotte Hosbond Chefkonsulent  
Lisbeth Høeg-Jensen Afdelingschef  
Kathrine Hedemand Fuldmægtig