



IKAS  
Olof Palmes Allé 13, 1. th.  
8200 Aarhus N  
E-mail: [kan@ikas.dk](mailto:kan@ikas.dk); [kju@ikas.dk](mailto:kju@ikas.dk)

Dato: 13. februar 2012  
J.nr. 2012-723/579050

## Hørings svar af 2. version af DDKM – akkrediteringsstandarder for sygehuse

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) har gennemgået 2. version af DDKM. Vi har koncentreret os om de overordnede intentioner med den reviderede 2. version og har vurderet, om den opfylder sit selverklærede formål og imødekommer revisionen nogle af de kritikpunkter, der tidligere har været rejst af 1. version, bl.a. af DSKS.

Grundlæggende er det vores opfattelse, at modellen i sin reviderede form repræsenterer en forbedring i forhold til 1. version.

Vi er enige i, at akkrediteringsmodellen bør være databaseret og understøtte det daglige kvalitetsarbejde på sygehusene og glæder os over, at det specifikt nævnes i forordet. En så omfattende samling af standarder, endda med en øgning af antallet af indikatorer fra 450 til nu 570, indebærer altid en risiko for at undergå en bureaukratisk transformation, hvor målopfyldelse af de enkelte indikatorer bliver selve formålet med kvalitetsarbejdet, frem for et bredere kvalitetsfokus på sygehusets særlige udfordringer. Vi finder det derfor overordentligt vigtigt, at introduktion af den reviderede model ledsages af en grundig diskussion af, hvordan akkrediteringsmodellen i praksis kan understøtte det patientnære kvalitetsarbejde. I arbejdet med første version af DDKM har der nogle steder været tendenser til at lade standarder omfatte samtlige patientforløb "for en sikkerheds skyld", selvom tanken bag standarden måske var optimering af visse kritiske/risikofyldte patientforløb. Derved opnår man ikke, at kvalitetsarbejdet fokuseres på problemområder, men der opstår netop den bureaukratiske tilgang til kvalitetsudvikling, som vi advarer imod. En tilgang, der ligefrem kan virke kontraproduktivt på kvalitetsarbejdet.

Det er et fremskridt, at der nu tillades større metodefrihed i opfyldelse af standarderne, således at kvalitetsarbejdet i højere grad kan tilpasses lokale ønsker og initiativer og stadig indgå i akkrediteringsvurderingen. Det hjælper også, at der er indført et nyt felt "standardens indhold", hvor det tydeliggøres, hvad den enkelte standard omfatter. Vi finder dog, at der er behov for, at teksterne i dette felt gøres tydeligere og kortere, ligesom der for enkelte standarder ikke synes at være fuld overensstemmelse mel-

lem tekst og efterfølgende indikatorer. Dét, der fremhæves som de vigtigste hensigter i "indhold", bør også være det, der måles på.

Hvis der er for meget, der er omfattet af en standard, som der ikke måles på, risikerer man at introducere et usikkerhedsmoment, hvor den enkelte surveyor overlades til egen vurdering, og der derved introduceres bias i vurderingerne.

Vi mener forskningsdelen generelt fylder for lidt i modellen. Klinisk forskning og udvikling hænger uløseligt sammen, og der bør derfor også være evaluering af om forskning og udvikling prioriteres på de enkelte sygehuse.

I forlængelse heraf kunne vi også ønske os, at introduktion af 2. version af DDKM blev ledsaget af en planlagt forskningsmæssig evaluering, idet der er forbløffende lidt forskning i, hvilke positive og negative effekter akkreditering har på de enkelte institutioner.

Den reviderede model stiller større krav til, at der rent faktisk foregår kvalitetsudviklingsinitiativer på den enkelte institution, altså at man er kommet videre fra at dokumentere mulige indsatsområder til også at have handleplaner og aktiviteter i gang. Det hilser vi velkomment. Dog synes vi, at kravet om opbygning af handleplaner er lidt vel detaljeret, fx vil mindre indsatsområder ikke kræve overvejelser over ressourcer, der måske er nødvendigt ved gennemgribende store projekter.

I forhold til de sygdomsspecifikke standarder hilser vi det velkomment, at modellen er gået væk fra specifikke sygdomsforløb og i stedet har opstillet standarder for bl.a. patientforløb, det enkelte hospital selv definerer. Derved kommer der også fokus på den utilfredsstillende situation i dag, der betyder, at arbejdet med nationale tværgående kliniske vejledninger fortsat ikke understøttes af et nationalt initiativ.

Som samlet konklusion vil vi rose den reviderede model for at have løst nogle af de kritikpunkter, der var rejst mod 1. version. Modellen rummer potentialet til at understøtte det vigtige kvalitetsarbejde på hospitalerne, men vi vil igen understrege vigtigheden af at implementeringsarbejdet understøttes både lokalt, regionalt og fra IKAS, så vi sikrer, at modellens medvirker til at løfte kvaliteten for den enkelte patient.

På vegne af bestyrelsen for Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren



Leif Panduro Jensen  
Formand

Marie Fuglsang  
Bestyrelsesmedlem