

En definition på begrebet ”akkreditering”

- ” Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder.
- Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver.”

Kilde:

- Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. *Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren*. Kbh. 2002

Akkreditering i det danske sundhedsvæsen

- Joint Commision i H:S
- Health Quality service i Sønderjyllands Amt

AKKREDITERING

Omfatter fire grundelementer:

- **Vurderingen foretages af en akkrediteringsorganisation**
- **Vurderingen foretages af fagpersoner**
- **Vurderingen baseres på opfyldelse af standarder**
- **Vurderingen omfatter det udførte arbejde i sundhedsorganisationen samt kompetencen**

AKKREDITERINGSPROCESSEN OMFATTER:

- **Inspektion i institutionen**
- **Interviews med afdelingens/organisationens personale**
- **Gennemgang af patientjournaler**
- **Gennemgang af vejledninger, instrukser, procedurer etc.**
- **Eventuelt indikatormåling**

EKSEMPLER PÅ AKKREDITERINGSORGANISATIONER:

- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations**
- **Clinical Standards Board for Scotland**
- **Australian Council on Healthcare Standards**
- **Health Quality Service**
- **Canadian Accreditation Organization**
- **IKAS**

Den Danske Kvalitetsmodel

- Kan Den Danske Kvalitetsmodel dokumentere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser?

**Den største udfordring for det
danske sundhedsvæsen i 2010 er
implementering af Den Danske
Kvalitetsmodel**

Historien om Den Danske Kvalitetsmodel

The logo for iKAS (Institut for Kvalitetsudvikling og Service) features the acronym "iKAS" in a bold, white, sans-serif font. The letters are partially obscured by three concentric, light blue circular arcs that radiate from the bottom right towards the top left. The background of the slide is a dark blue gradient.

Den Danske Kvalitetsmodel

Det historiske forløb

- 2002 Ny National Strategi for kvalitetsudvikling: Der skal udvikles en Dansk Kvalitetsmodel**
- 2002 Kvalitetsmodellen baseres på økonomiaftalerne**
- 2004 Den Danske Kvalitetsmodel
Modelbeskrivelse**
- 2005 Etablering af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet**
- 2006 Udvikling af udkast til evalueringsgrundlag**
- 2007 Høring af udkast til evalueringsgrundlagt**
- 2008 Implementering af DDKM udsat**
- 2009 Forventet implementering**
- 2010 Forventet akkrediteringsstart**



Den Danske Kvalitetsmodel er et nationalt og tværgående kvalitetsudviklings-system, der udvikles i et samarbejde mellem stat, regioner, kommuner og erhvervsliv.

DDKM skal:

- forebygge fejl, som koster liv, livskvalitet og ressourcer
- fremme samarbejde mellem sektorerne
- skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb
- skabe løbende kvalitetsudvikling

Den danske kvalitetsmodel

Modelbeskrivelse

- Omhandler patientforløb på tværs af sektorgrænserne
- Dansk akkrediteringsmodel
- Udvikling af et dansk sæt standarder og indikatorer, generiske – og sygdomsspecifikke
- Inddragelse af de eksisterende nationale kvalitetsprojekter
- Selvevaluering
- Ekstern evaluering i samarbejde med en international akkrediteringsorganisation

Temaer i 1. version af DDKM

Organisatoriske temaer	Generelle temaer	Sygdomsspecifikke temaer
Ledelse	Patientinddragelse	Apopleksi
Kvalitets- og risikostyring	Patientinformation og -kommunikation	Brystkræft
Dokumentation og datastyring	Koordinering og kontinuitet	Diabetes
Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling	Henvisning	Graviditet, fødsel og barsel
Hygiejne	Visitation	Hjerteinsufficiens
Beredskab og forsyninger	Modtagelse	Hoftenære frakturer
Apparatur og teknologi	Vurdering og planlægning	Kronisk obstruktiv lungelidelse
	Diagnosticering	Lungekræft
	Medicinering	Mavesår
	Observation	Skizofreni
	Invasiv behandling	Tyk- og endetarmskræft
	Intensiv behandling	
	Genoplivning	
	Ernæring	
	Rehabilitering	
	Forebyggelse og sundhedsfremme	
	Overdragelse	
	Patienttransport	
	Ved livets afslutning	

Akkrediteringsstandarer i DDKM

- I alt 104 akkrediteringsstandarer indeholdende 457 indikatorer:
 - 35 organisatoriske akkrediteringsstandarer
 - 54 generelle akkrediteringsstandarer
 - 15 sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarer

Opbygningen af standarde

- Alle standarde er bygget op i fire trin:
 - Forekomst af retningslinier
 - implementering og anvendelse af retningslinier
 - Kvalitetsovervågning
 - Kvalitetsforbedring

Kvaliteten skal dokumenteres i relation til
trinnene i standarde

Jan Mainz, Syddansk Universitet

Eksempel 1: Hjertestopbehandling

Standardbetegnelse	Genopliving 2.13.1 HJERTESTOPBEHANDLING (1/1)
Standard	Hjertestopbehandling (hjerte-lungeredning) foregår i henhold til klinisk, evidensbaseret praksis.
Standardens formål	At sikre ensartet og hurtig indsats ved hjertestop, hvilket øger patientens mulighed for overlevelse uden varige men
Trin 1: Retningsgivende dokumenter	Indikator 1 Der foreligger retningslinjer for hjertestopbehandling (hjerte-lungeredning) for voksne og børn, der omfatter: (...)
Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Indikator 2 Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Indikator 3 Rapporteringer om utilsigtede hændelser, der er opstået i forbindelse med hjertestopbehandling, vurderes mindst 1 gang årligt, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.8.
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Indikator 4 På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.4.

Eksempel 1: "Kender og anvender"

Hjertestopinstruks for Aalborg Psykiatriske Sygehus (APS) - Microsoft Internet Explorer

Filer Rediger Vis Foretrukne Funktioner Hjælp

Tilbage Søg Foretrukne Sidewiki Kontroller Oversæt AutoFyld Log ind

Adresse http://pri.rn.dk/pri/P/Sider/61e7914d-6556-492d-a4ce-52e0dc0cf36.aspx?sf=All Gå Hyperlinks

Google Søg Sidewiki Kontroller Oversæt AutoFyld Log ind

Vælg... Vælg... Vælg... Vælg... Log på

REGION NORDJYLLAND Søg

Dokumenter Avanceret Søgning Bilag Dokumentsamlinger Nye Apparatur Actioncards Transfusion Infektionshygiejne Hjælp Hjælp til søgning

Hjertestopinstruks for Aalborg Psykiatriske Sygehus (APS)

Formål

Formålet med instruksen er:

- Kvalitetsforbedre indsatsen af basal hjertestopbehandling
- Kvalitetsforbedre medarbejdernes handlekompetence i forbindelse med hjertestop
- Kvalitetsforbedre hjertestopberedskabet
- Sikre evaluering heraf med henblik på fortsat kvalitetsudvikling

Beskrivelse

Den fulde instruks, gældende **fra** 1. februar 2010, kan hentes under bilag
[Klik her](#) for at se den fulde instruks, gældende **indtil** 31. januar 2010.

Handlinger

- Tilbage
- Vis dokumentrelationer

Egenskaber

Titel
Hjertestopinstruks for Aalborg Psykiatriske Sygehus (APS)

Forfatter
Afdelingsledelserne på A, E og 5

Faglig ansvarlig
PRI-udvalget

Godkendt af
Søren Riemann / Region Nordjylland

Fagspeciale
Psykiatri

Målgruppe
Alt personale

Revideres senest
09-10-2009

Gældende for
Psykiatrien > Afdeling A; Psykiatrien > Afdeling E; Psykiatrien > Afdeling S

Erstatter
-

Udført

Websteder, du har tillid til

Eksempel 2: Vurdering af selvmordsrisiko

Standardbetegnelse	Vurdering og planlægning 2.7.4 VURDERING AF SELVMORDSRISIKO (4/5)
Standard	Institutionen yder en aktiv indsats for at forebygge selvmord blandt patienter.
Standardens formål	At personalet identificerer patienter i selvmordsrisiko og iværksætter tiltag, der forebygger, at patienterne forsøger eller begår selvmord
Trin 1: Retningsgivende dokumenter	Indikator 1 Der foreligger retningslinjer for selvmordsforebyggelse. (...)
Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Indikator 2 Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Indikator 3 Der gennemføres analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.8.
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Indikator 4 På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.4.

Eksempel 2: "Kender og anvender"

Vurdering af selvmordsrisiko - Microsoft Internet Explorer

Filer Rediger Vis Foretrukne Funktioner Hjælp

Tilbage Søg Foretrukne Søg Gå Hyperlinks

Adresse http://pri.rn.dk/pri/Sider/0d527987-7642-43d5-92fc-fe88ded99255.aspx?sf=All

Google Søg Sidewiki Kontroller Oversæt AutoFyld Log ind Log på

REGION NORDJYLLAND Søg

Dokumenter Avanceret Søgning Bilag Dokumentsamlinger Nye Apparatur Actioncards Transfusion Infektionshygiejne Hjælp Hjælp til søgning

Vurdering af selvmordsrisiko

Problemstilling

Retningslinjen skal sikre effektiv identifikation patienter i selvmordsrisiko med henblik på iværksættelse af tiltag, der forebygger, at patienterne forsøger eller begår selvmord.

Målgruppe – modtagelse

Ledere og medarbejdere involveret i behandling af patienter på sygehuse og i sektorer i Region Nordjylland.

Definition af begreber

Selvmordsforsøg: En handling uden dødelig udgang, hvor en person med vilje indtager en overdosis medicin eller lignende eller udviser anden ikke-vanemæssig adfærd, der vil være skadevoldende, hvis andre ikke griber ind, og hvor hensigten har været at fremme vedkommendes ønskede forandringer via handlingens forventede konsekvenser (WHO).

Selvmordstanker: Selvmordstanker strækker sig fra forestillinger om at dø til vedvarende og påtrængende overvejelser om at begå selvmord. Selvmordstanker defineres i denne forbindelse som overvejelser om selvmord.

Selvmordsadfærd: Selvmordstanker og/eller selvmordsforsøg.

Det støttende og ledsagende princip: Udttryk for vigtigheden af at sørge for, at patienten når frem til det aftalte behandlingstilbud. Har patienten fået en behandlingstid direkte efter udskrivelse fra somatisk/psykiatrisk skadestue eller afdeling, bør det sikres, at patienten møder op, eksempelvist ved at sørge for transport, følge med personale eller pårørende kan inddrages.

Handlinger
▪ Tilbage
▪ Vis dokumentrelationer

Egenskaber
Titel Vurdering af selvmordsrisiko
Forfatter Overlæge Jonna Jacobsen Pleisner, Center for Selvmordsforebyggelse, Psykiatrien i Region Nordjylland
Faglig ansvarlig Psykiatrien i Region Nordjylland
Godkendt af Jens Kjær-Rasmussen / Region Nordjylland
Fagspeciale -
Målgruppe Klinik
personale
Ledelse
Revideres senest 10-12-2012
Gældende for Anæstesien; Graviditet og Fødsel;

Udført Websteder, du har tillid til

Kvalitetsovervågning

- Der skal gennemføres 26 Journalaudits på det organisatoriske og generelle område:
 - Gennemføres halvårligt på 20 patientjurnaler

Grundelementer

Standarder

Generelle forløb

Sygdomsspecifikke
forløb

Organisatoriske
forhold

Evaluering

Selv evaluering

Ekstern evaluering

Rapport

Tilbagemelding

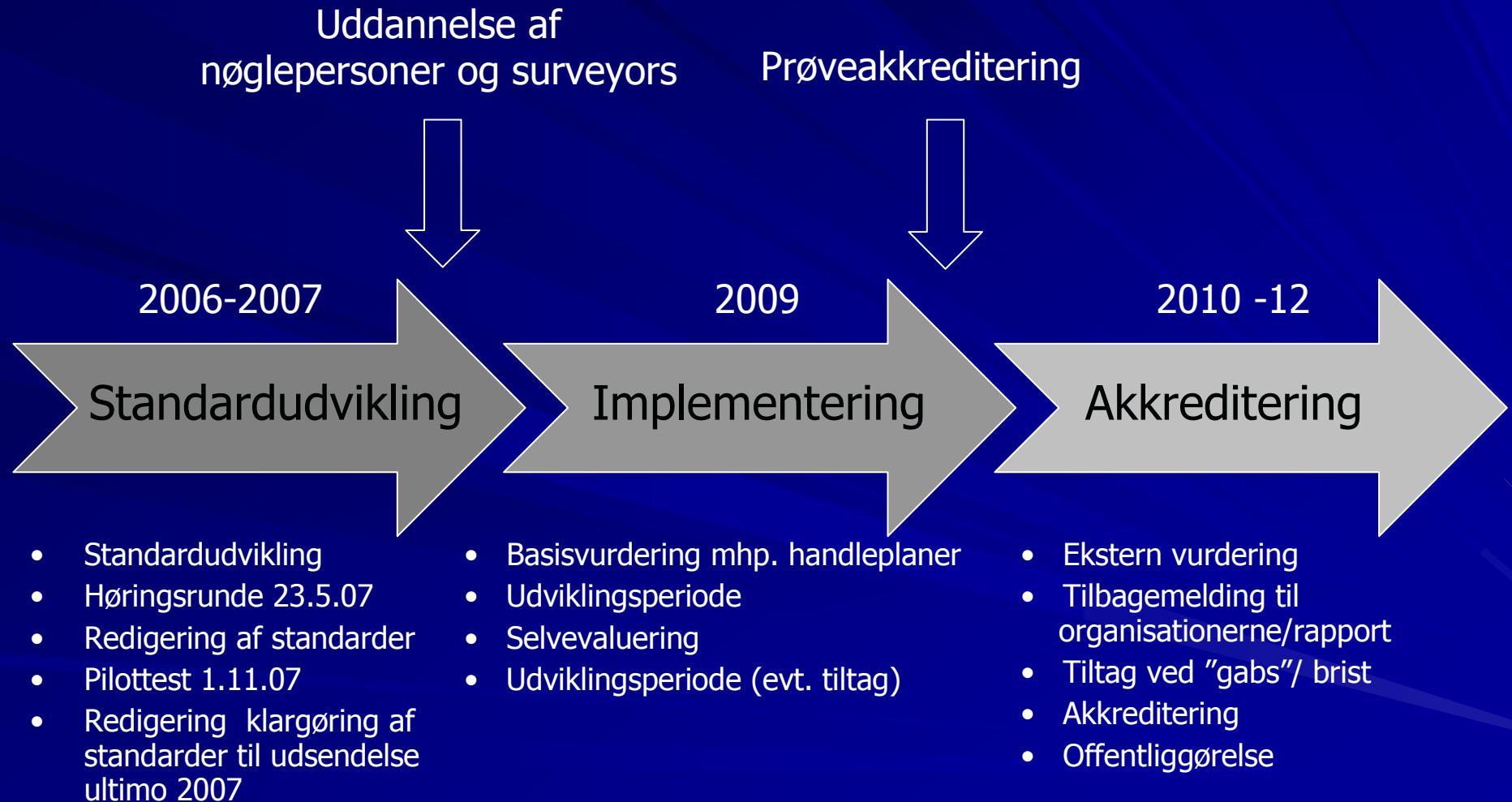
Offentliggørelse

Akkreditering

Juni 2004

Den Danske Kvalitets Model
for Sundhedsvæsenet

Den Danske Kvalitetsmodel



www.IKAS.dk

