

EPFA Vest – 24. sept. 2008

- DDK
- Dok

*»Oprindelig var sproget et middel til forståelse, men efterhånden er det blevet et middel til misforståelse.«
Tegning og tekst: Storm P.*

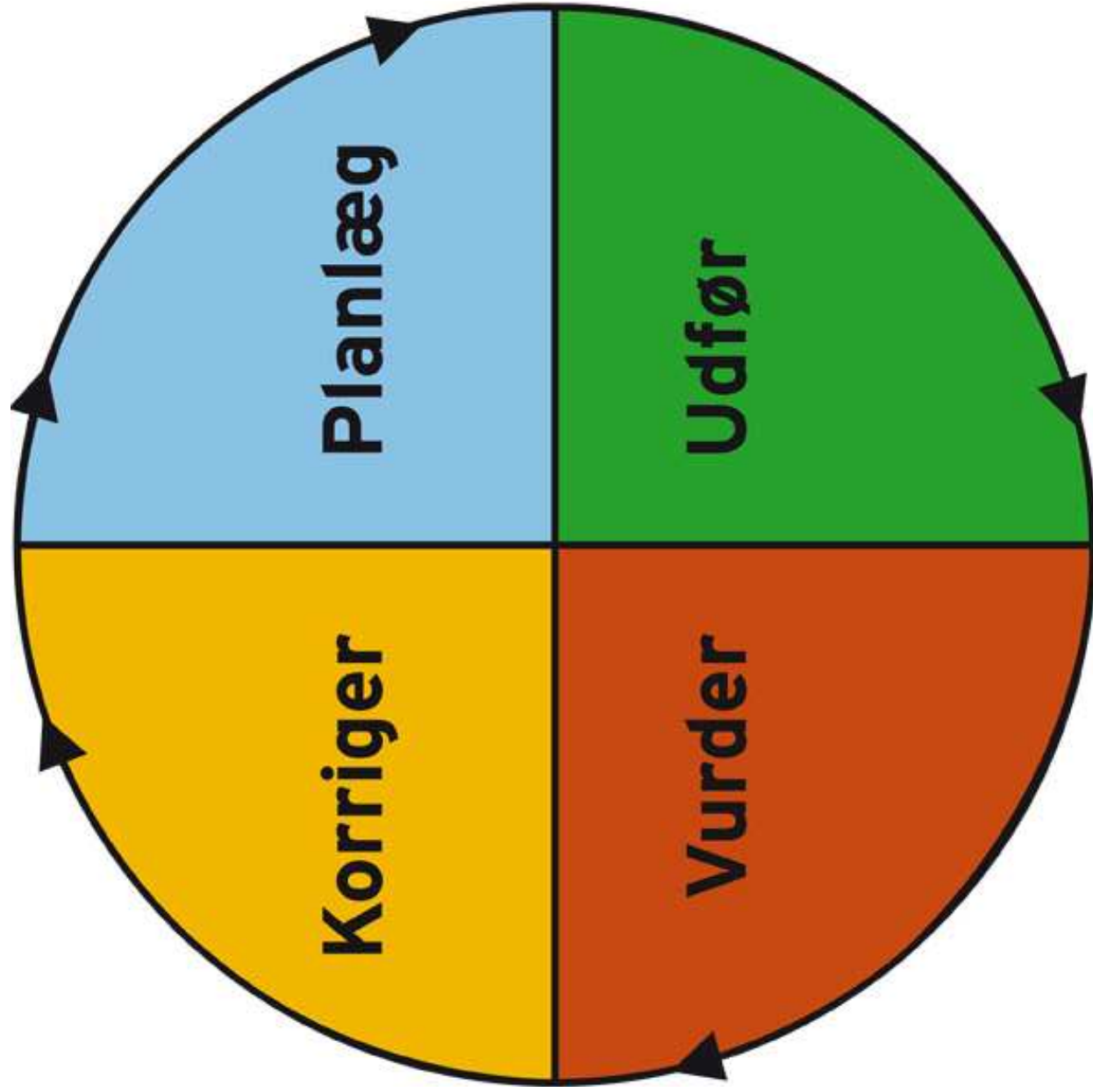


Erik Aalu

Kvalitetskonsulent
Radiograf, MIL

Kvalitetsafdelingen, SVS

**Sydvestjysk
Sygehus**



Den Danske
Kvalitetsmodel

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

IKAS

IKAS, *Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet*, udvikler, planlægger og står for driften af DDKM.

IKAS og DDKM er aftalt mellem regionerne og staten. Der er desuden lavet aftaler med KL, private hospitaler og Danmarks Apotekerforening.

IKAS er ledet af en bestyrelse, der består af repræsentanter for Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL og Dansk Erhverv.

IKAS bor i Århus og beskæftiger ca. 25 medarbejdere, hvoraf flertallet har sundhedsfaglig baggrund.

Forside - Microsoft Internet Explorer

Adresse <http://www.ikas.dk/>

English

FORSIDE SITEMAP KONTAKT PRINT

IKAS Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet

APOTEK
Så er det tid til test af DDKM. Pilottest startede den 14. august på 8 udvalgte apoteker.
Læs mere

SYGEHUS
Første version af Den Danske Kvalitetsmodel for sygehuse er nu en realitet. Modellen blev godkendt af IKAS' bestyrelse den 29. maj 2008.
Læs mere

KOMMUNE
IKAS har nu valgt de 5 kommuner, der skal være pilottestkommuner for akkrediteringsstandarderne, som er udviklet i 2. fase.
Læs mere

Den Danske Kvalitetsmodel DDKM
Læs mere

Forside
Den Danske Kvalitetsmodel

Apoteker
Kommuner
Sygehuse
Nyheder
Kontakt
TAK-systemet
IKAS tilbyder
OM IKAS
English
Ofte stillede spørgsmål

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet | Olof Palmes Allé 13, 1. th., | 8200 Århus N | Telefon 8746 0050 | info@ikas.dk

NYHEDER

13.8.2008
ISQua-konference i Danmark
Den internationale organisation, ISQua, som arbejder for kvalitetssikring og kvalitetsforbedring, afholder årsmøde i Danmark i oktober.

30.7.2008
Mening med Qalskaben
Selv om Den Danske Kvalitetsmodel koster tid og kræfter, vil man i sidste ende vinde mere, end man sætter til, siger overlæge Vilhelm Møller Pedersen til Dagbladet Ringsted.

30.5.2008
Prisbelønnet sygehus parat til DDKM
"Vi føler os velforberede til Den Danske Kvalitetsmodel", siger Finn Jensen, administrerende sygehus-

ARRANGEMENTER

13.8.2008
Kommuner vil gerne teste
IKAS måtte vurdere blandt de interesserede kommuner - som meldte sin til at

13.8.2008
Den Danske KVALITETSMODEL - EN UNIK MODEL
Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, er et enestående kvalitetsudviklings- og sikringsystem, som bygger på den metode, der hedder akkreditering.
Visionen er, at DDKM skal være fælles for alle danske sundhedsydelser. Det vil nemlig ikke blot skabe kvalitetsforbedringer inden for de enkelte sektorer - men også i borgerens/patientens forløb på tværs af sektorerne.
DDKM udvikles og planlægges af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS. IKAS er ledet af en bestyrelse, der består af repræsentanter fra staten, regionerne og kommunerne.
Første version af DDKM for offentlige og private sygehuse er færdigudviklet og vil blive overdraget i sommeren 2009. Læs mere [her](#).
Første del af DDKM på det kommunale område er klar til implementering. Læs mere [her](#).
På apotekområdet forventes den første version af DDKM at kunne overdrages til alle danske apoteker i december 2008. Læs mere [her](#).
Læs mere om visionen og modellen [her](#).

Internet

www.ikas.dk

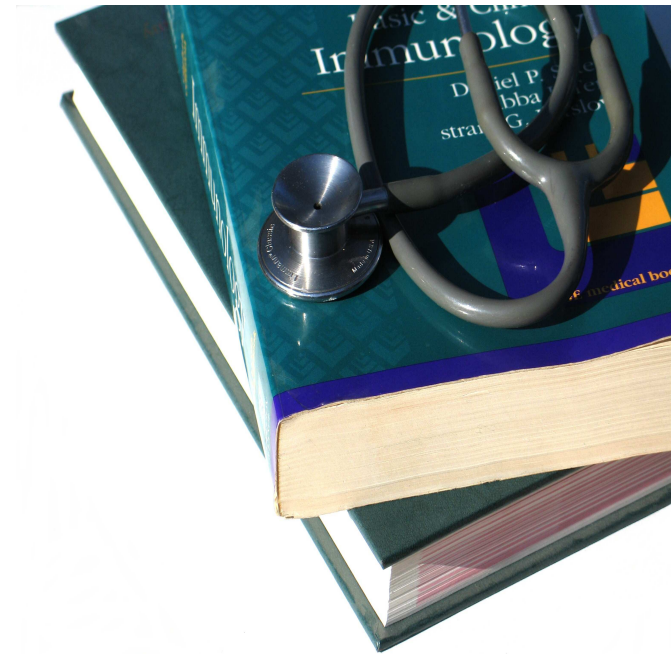
Sydvestjysk
Sygehus

Hvad er akkreditering

Akkreditering kan defineres som

*”kvalitetsvurdering, hvor et
anerkendt organ vurderer,
hvorvidt en aktivitet, ydelse eller
institution lever op til et sæt af
fælles standarder”*

*(Det Nationale Begrebsråd for
Sundhedsvæsenet, 2006)*



Hvem er med?



Målet er, at DDKM på sigt skal omfatte alle danske sundhedsydelser og være tværsektoriel.

DDKM er skabt i et samarbejde mellem staten og regionerne og dækker hermed allerede det offentlige sygehusvæsen, hvor modellen træder i kraft i 2009.

Men også apoteker, kommuner og private hospitaler har indgået aftale om at være del af DDKM.

Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter

1. Apopleksi
2. Brystkræft
3. Diabetes
4. Fødsler
5. Hjertheinsufficiens
6. Hoftenære frakturer
7. KOL
8. Lungekræft
9. Mavesår
10. Skizofreni
11. Tyk- og endetarmskræft

Generelle forløbsaktiviteter

12. Henvi sning
 Visitation
 Modtagelse
 Vurdering og planlægning
13. Koordinering
 Overdragelse
14. Diagnosticering
 Observation
15. Patientinddragelse
 Pt. information og
 kommunikation
16. Intensiv behandling
 Invasiv behandling
17. Rehabilitering
18. Medicinering
 Forebyggelse og
 sundhedsfremme
19. Ernæring

Organisatoriske aktiviteter

20. Beredskab og forsyning
 Patienttransport
 Apparatur og teknologi
21. Kvalitetsstyring
 Risikostyring
 Hygiejne
22. Dokumentation og
 datastyring
23. Rekruttering, uddannelse
 og kompetencesikring
24. Ledelse
 Politikker og retningslinier

Akkrediteringsstandarder

IKAS udarbejder akkrediteringsstandarder for god kvalitet i det danske sundhedsvæsen. Det sker i samarbejde med sundhedsprofessionelle fra hele landet.

Den Danske Kvalitetsmodel skal være på internationalt niveau. Derfor vil akkrediteringsstandarderne blive vurderet af International Society for Quality in Healthcare (ISQua).



Standardbetegnelse	Kvalitets- og risikostyring 1.2.7 Patientidentifikation (7/10)
Standard	Der foretages identifikation af patienten forud for enhver sundhedsaktivitet.
Standardens formål	At sikre, at den rette behandling gives til den rette patient
Målgruppe (ansvarlig)	Alle ledere og medarbejdere
Anvendelsesområde	Hele institutionen
Opfyldelse af standarden	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
Trin 1: Retningsgivende dokumenter	Indikator 1 Der foreligger retningslinjer for identifikation af patienter. <i>Vejledning</i> For at sikre korrekt identifikation kan særlige tiltag overvejes over for alle men specielt over for børn eller inhabile patienter, fx som følge af medicinpåvirkning, psykisk lidelse, bevidsthedsvækkelse eller bevidstløshed eller ved sproglige vanskeligheder; disse tiltag kan fx være anvendelse af identitetsbånd med navn og CPR-nummer.
Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Indikator 2 Ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne for patientidentifikation.
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Indikator 3 Rapporteringer om utilsigtede hændelser på baggrund af ikke korrekt patientidentifikation vurderes mindst en 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 kvalitetsforbedring, jf. Kvalitets- og risikostyring, standard 1.2.4.
Referencer	1. Vejledning nr. 60258 af 1. maj 1998 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen

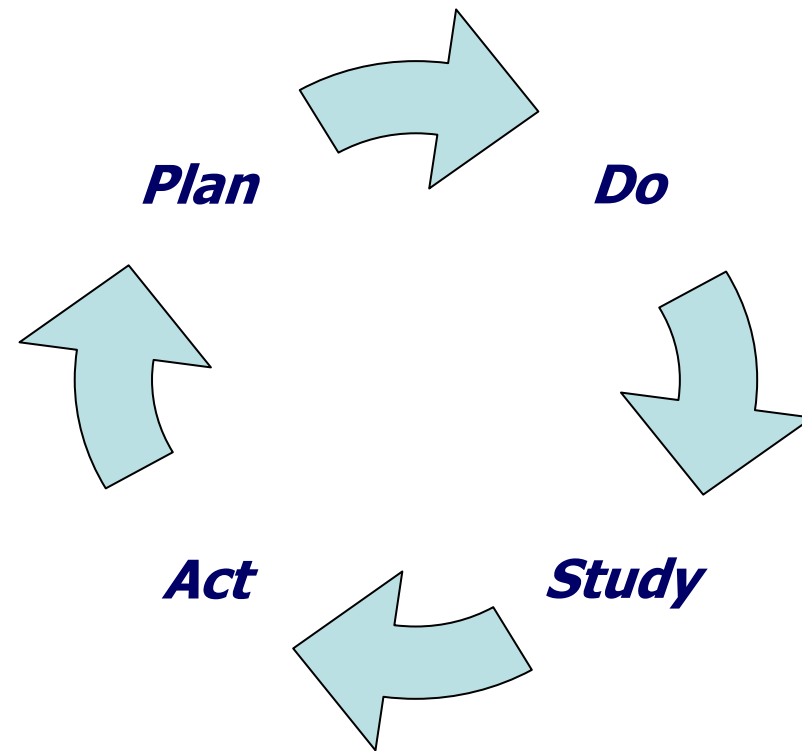
Standardbetegnelse	Kvalitets- og risikostyring 1.2.7 Patientidentifikation (7/10)
Standard	Der foretages identifikation af patienten forud for enhver sundhedsaktivitet.
Standardens formål	At sikre, at den rette behandling gives til den rette patient
Målgruppe (ansvarlig)	Alle ledere og medarbejdere
Anvendelsesområde	Hele institutionen

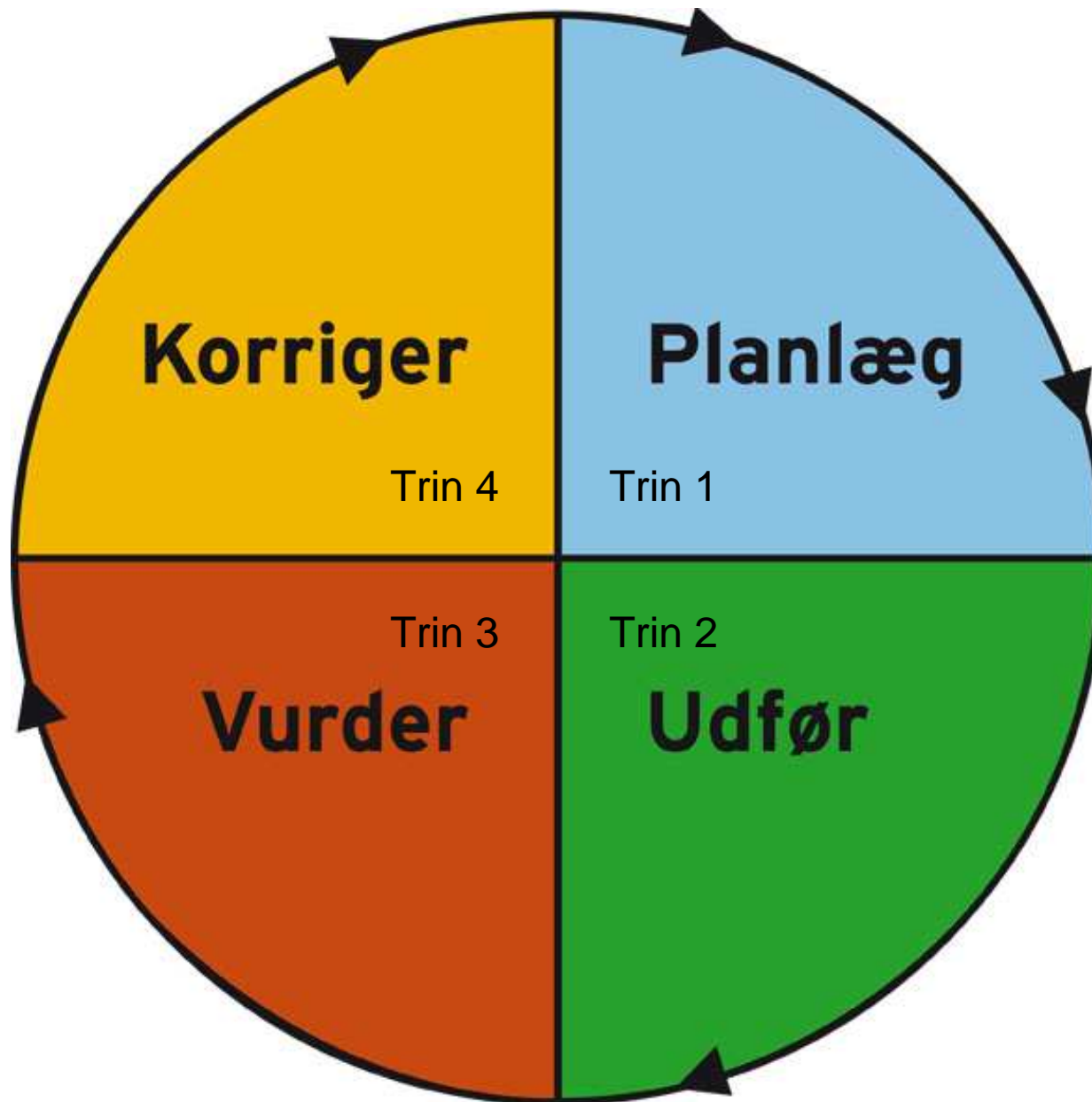
<p>Opfyldelse af standarden</p>	<p>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</p>
<p>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</p>	<p>Indikator 1 Der foreligger retningslinjer for identifikation af patienter.</p> <p><i>Vejledning</i> For at sikre korrekt identifikation kan særlige tiltag overvejes over for alle men specielt over for børn eller inhabil patienter, fx som følge af medicinpåvirkning, psykisk lidelse, bevidsthedssvækkelse eller bevidstløshed eller ved sproglige vanskeligheder; disse tiltag kan fx være anvendelse af identitetsbånd med navn og CPR-nummer.</p>

Kvalitetscirklen

Formålet med hele akkrediteringsprocessen er at sætte en uendelig cirkel af kvalitetsforbedring i gang.

Man planlægger en kvalitetsforbedring, **plan**
udfører den, **do**
undersøger, om det er lykkedes, **study**
hvorefter man handler på det, man har fundet ud af, **act**.





 Sydvestjysk Sygehus	Udskrevet er dokumentet ikke dokumentstyret.			Patientidentifikation		Niveau: Retningslin
	Dokumentbrugere: Alle (læs)	Til orientering: njo	Forfatter: njo	Ansvarlig: DIREKTØR	Nummer: R2	Version: 1

- 1) Formål
- 2) Fremgangsmåde
 - 2.1) Kriterier for identifikation af en patient
 - 2.2) Metoder til at identificere en patient
 - 2.3) Hvornår identifikation skal foretages
 - 2.4) Ansvar for identifikation
- 3) Dokumentation
 - 4) Referencer og litteratur
 - 5) Udarbejdet af
 - 6) AGREE gennemgang

1) Formål

Forebygge forvekslinger.

2) Fremgangsmåde

2.1) Kriterier for identifikation af en patient

Korrekt identifikation omfatter fulde navn og personnummer. For alle indlagte patienter anvendes identifikationsarmbånd.

2.2) Metoder til at identificere en patient

Hos voksne habile patienter sker identifikationen ved patientens angivelse af fulde navn og personnummer.

Ved ambulante inhabile patienter og børn bekræftes identiteten ved personalets eller pårørendes angivelse af fulde navn og personnummer.

Ved indlagte inhabile patienter og børn bekræftes identiteten af identifikationsarmbånd. Dette bekræftes tillige ved personalets eller pårørendes angivelse af patientens fulde navn og personnummer

2.3) Hvornår identifikation skal foretages

Identifikationen skal foretages forud for enhver handling rettet direkte mod patienten.

2.4) Ansvar for identifikation

Det personale, der udfører en patientrettet handling, har et selvstændigt ligeligt og udeelt ansvar for korrekt identifikation.

3) Dokumentation

Det personale, der påfører identifikationsarmbåndet dokumenterer dette i patientjournalen.

4) Referencer og litteratur

Vejledning nr. 60258 af 01/05/1998 - Vejledning om identifikation af patienter og anden

Hvor er DDKM

Første version af DDKM for offentlige og private sygehuse er færdigudviklet og vil blive overdraget i sommeren 2009.

Første del af DDKM på det kommunale område er klar til implementering.

På apoteksområdet forventes den første version af DDKM at kunne overdrages til alle danske apoteker i december 2008.

Akkrediteringen

Når fx sygehuset eller apoteket har implementeret de akkrediteringsstandarder, der udgør DDKM, skal institutionen gennem en ekstern survey (Audit).

Det betyder, at et hold sundhedsprofessionelle, der har fået en særlig uddannelse, vurderer institutionens opfyldelse af standarderne (Trin 1-4). Herefter kan institutionen akkrediteres.

Survey og akkreditering
finder fast sted hvert tredje år.



Dokumentstyring – din direkte vej til informationer



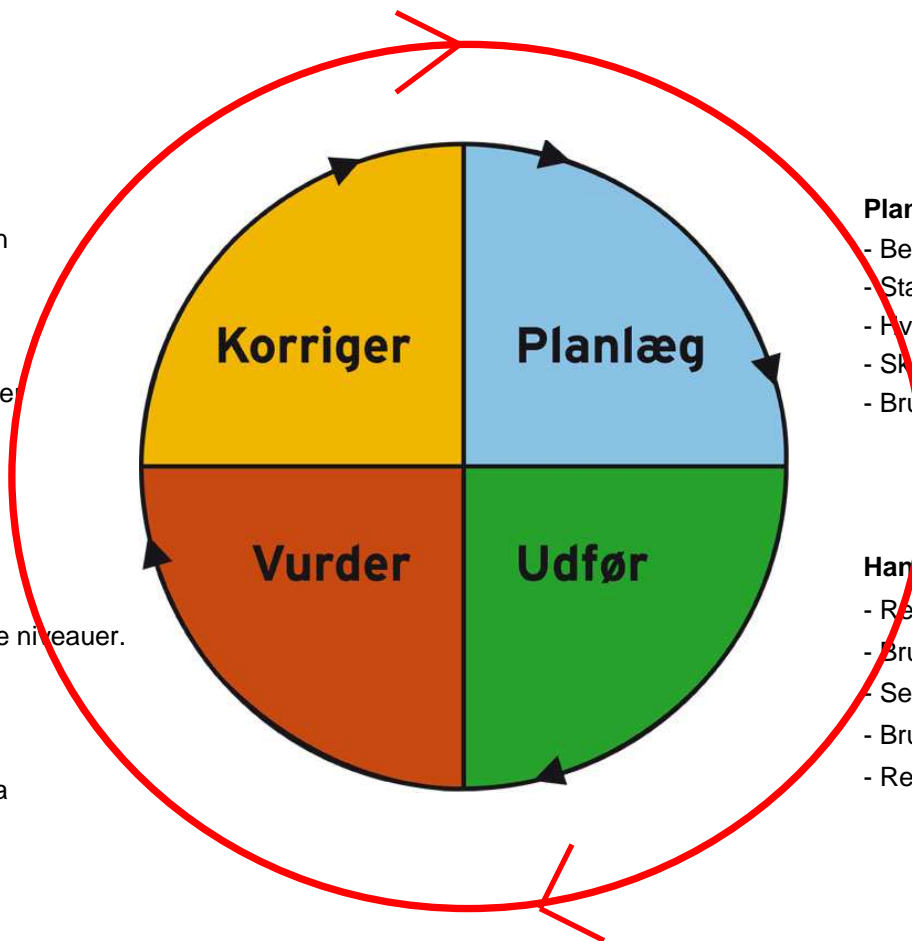
Dokumentstyring – Procesoptimering

Justering

- Tilbage melding til ledelsen
- Evalueringsaktiviteter
- Brugerfeedback
- Forbedringsaktiviteter.
- Love og regler/retningslinier
- Fælles SVS dokumenter

Vurdering af proces

- Brugerfeedback
- Indholdsoversigter for flere niveauer.
- Registreringer
- Oversigt over referencer
- Audit
- ... og andre systemer/data



Planlægning/mål

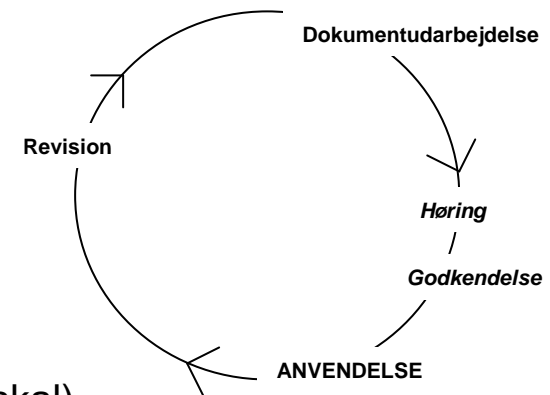
- Behov for ny dokumenter
- Status for *dokumenter under udarbejdelse*
- Hvilke dokumenter? – retningslinier/instrukser?
- Skabeloner
- Brugerstyret deltagelse i udarbejdelse

Handling

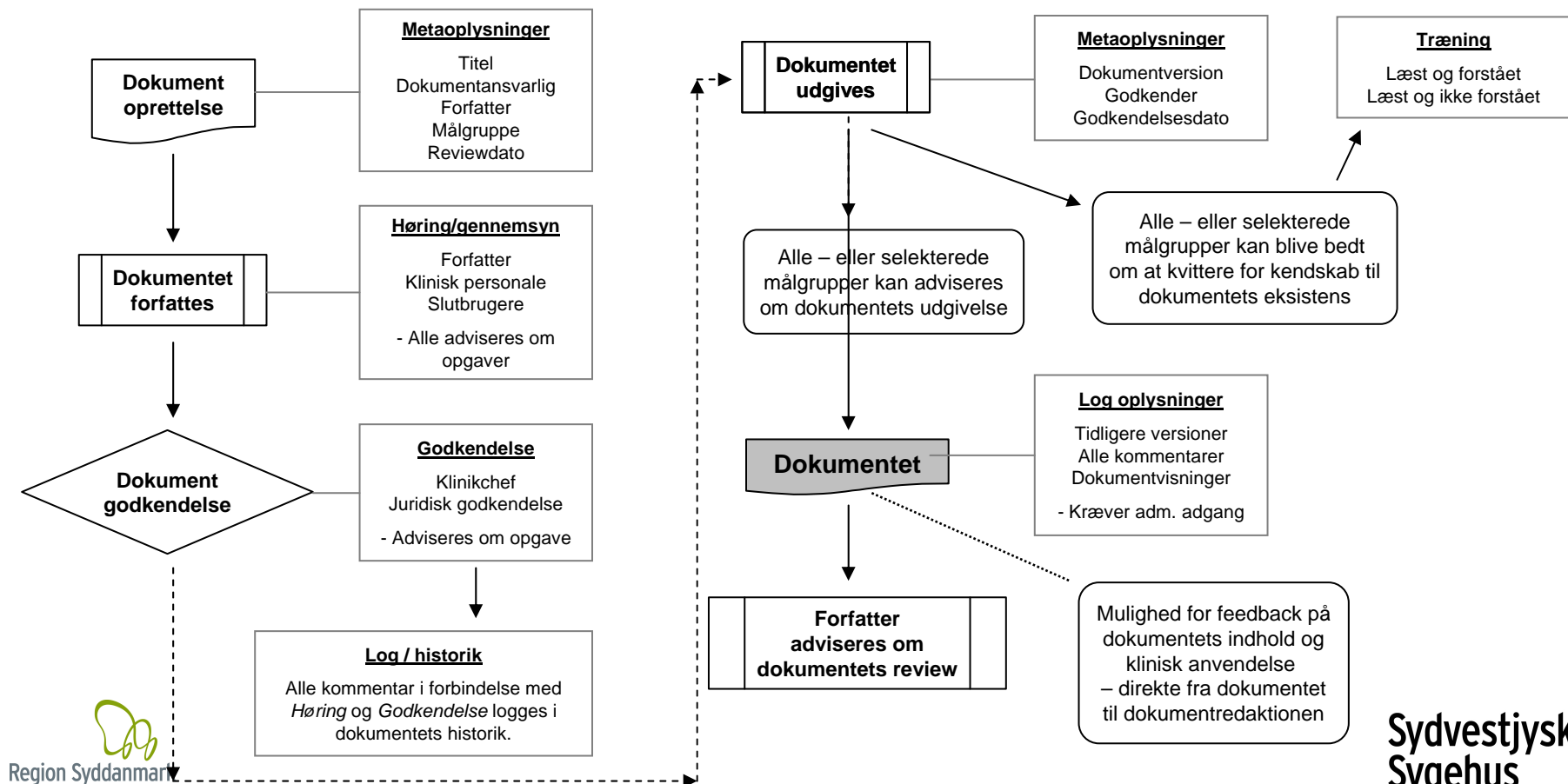
- Rette info rette sted – brugerstyret adgang.
- Brugerinddragelser – direkte brugerfeedback
- Selektiv advisering.
- Brugerkvittering
- Registrering af afvigelser.

Termer

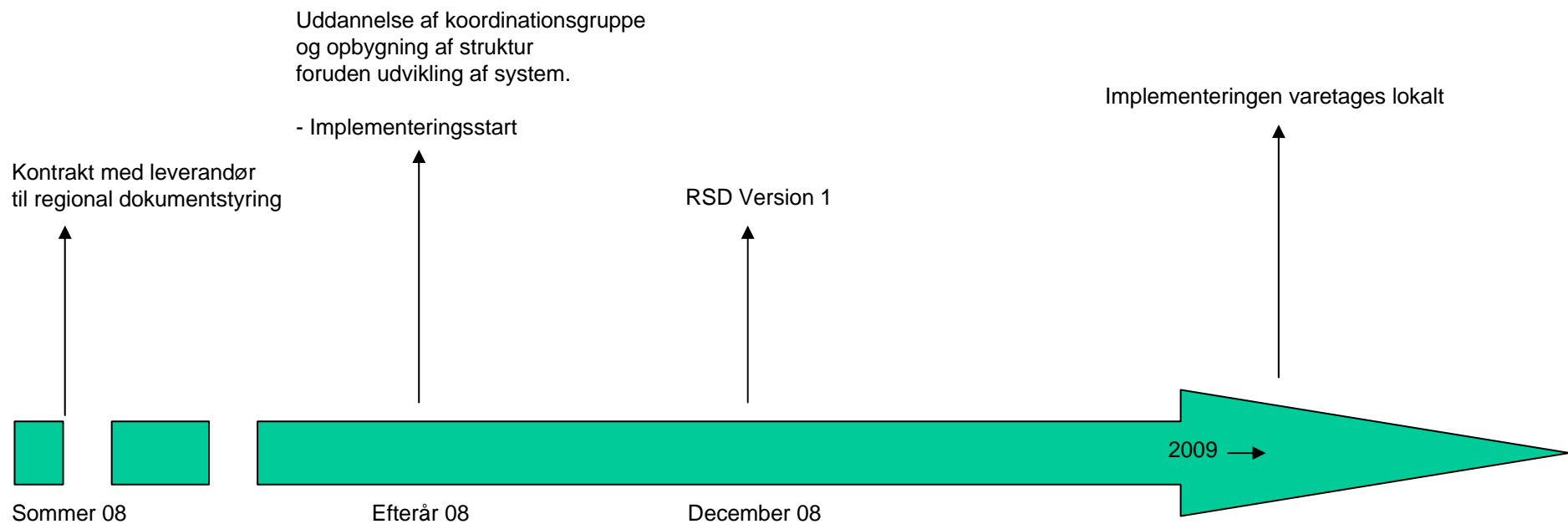
- **Oprettelse** – dokumentkladde (skal)
- **Høring** – gennemsyn hos interessenter (kan)
- **Godkendelse** – formel godkendelse (skal)
- **Udgivelse** – dokumentet gøres tilgængelig for målgruppe (skal)
- **Reviewdato** – deadline for revidering af instrukser eller retningslinier (skal/kan)
- **Træning** – brugerkvittering for kendskab til dokumentet (kan)



Dokument- og godkendelsesflow



Status – Region Syddanmark



Koordinationsgruppen

L	•	Læring		
A	•	Akkreditering	Sygehus Lillebælt	Lonnie Sander Therkildsen
	•		OUH	Jette Kraght Larsen
K	•	Kvalitet	SVS	Erik Aalund
	•		SHS	Tove Salting
M	•	Medico	Psykiatrien	John Verver / Peter Jezek
	•		Teknisk område	Bjarne Knudsen
U	•	Udvikling	IT	Niels Gundtoft
	•		HR/ Uddannelse	Lars Oberländer
S	•	Samordning	Sundhedsstaben	Allan V. Jensen

Forslag til plan for implementering af *Infonet*

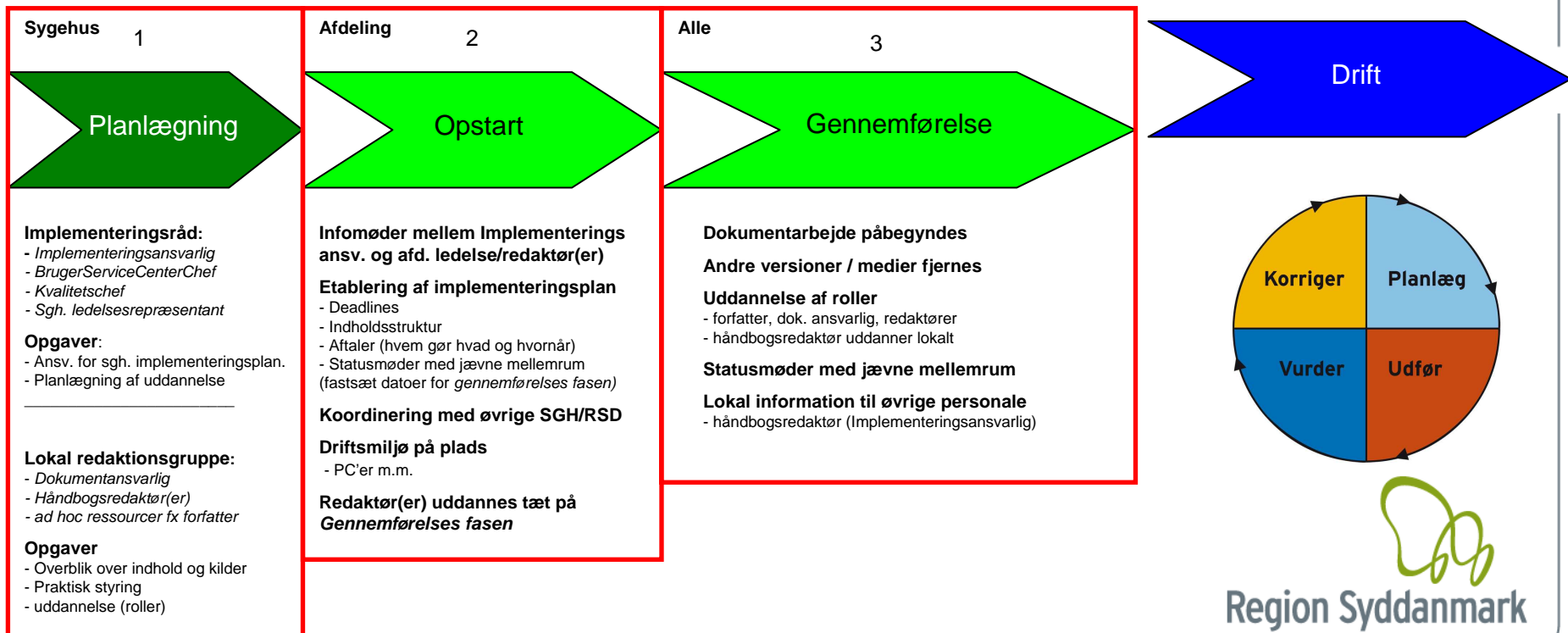
- dokumentstyring i Region Syddanmark

Dag 0

Koordinationsgruppen

Opgaver:

- Struktur
- Brugerstyring
- Politikker, retningslinjer og instrukser for dokumentstyring
- Indholdsdesign
- Manual(er)
- Uddannelsesplanlægning



Erfaringer

- SVS efter ca. 1 ½ år implementering

- Sygehusledelsen og afd. ledelserne bør udarbejde en fælles implementerings- og tidsplan gældende for hele sygehuset.
- Ledelserne skal tage ansvar og deltage aktivt i processen - men uddelegere redaktør og forfatteropgaver.
- Implementeringsprocessen skal struktureres under hensyntagen til dokumentstyring i Regions Syddanmark.
- Fremdrift bør indgå i en dialog mellem sygehusledelsen og afd. ledelserne med jævne mellemrum.
- Ledelserne skal sikre information omkring dokumentstyring og Infonet til øvrige medarbejdere.
- Implementeringen skal prioriteres af ledelserne.
- Indholdet bør undergå en kvalitetsvurdering og revision inden publicering i Infonet - kvalitet frem for kvantitet.
- *Helpdesk* bør organiseres i samarbejde med ITBrugerServiceCenter.