



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet  
Olof Palmes Allé 13, 1. th.  
8200 Århus N.

## Høringssvar vedr. Den Danske Kvalitetsmodel – standarder og indikatorer for det kommunale område

Hermed foreligger fælles høringssvar fra Lægeforeningen og Dansk Medicinsk Selskab vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), jf. det af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) udarbejdede høringmateriale.

Lægeforeningen finder det glædeligt at Kommunernes Landsforening samt repræsentanter for ni kommuner har medvirket aktivt i tilblivelsen af materialet – ligesom Københavns Kommune, Greve Kommune og Aalborg Kommune indgår i det videre forløb som pilotkommuner. Det lover godt for det videre kvalitetsudviklingsarbejde på det kommunale sundhedsområde – ligesom det kan medvirke til at danne en fælles grobund for samarbejdet mellem kommunerne og det øvrige sundhedsvæsen.

Forhold som understøttes fint af de 5 valgte temaer, herunder bl.a. standarder og indikatorer vedr. kvalitets- og risikostyring samt vedr. koordinering, kontinuitet og overdragelse.

Lægeforeningen har i sidstnævnte forbindelse noteret, at den første standard (KOM 1.1.1) omhandler overdragelse af borgeren fra sygehus til kommune og vice versa. En standard der matcher den af IKAS tidligere udarbejdede standard på sygehusområdet vedr. patientforløb vedr. sektorskifte omhandlende almen praksis. Herved dækker DDKM nu to af tre sider i trekanten mellem sygehus, almen praksis og kommunerne. Lægeforeningen skal på denne baggrund foreslå, at IKAS på tilsvarende vis udarbejder en standard med tilhørende indikatorer for kontakten mellem almen praksis og kommunerne og således også her medvirker til at kvalitetssikre det gode patientforløb. Det er eksempelvis Lægeforeningens erfaring, at almen praksis kan have svært ved at få etableret den rigtige kontakt/kontaktperson i kommunerne.

I forbindelse med temaet medicinering – og den første standard (KOM 1.2.1) Dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination - skal Lægeforeningen benytte lejligheden til at henvise til de elektroniske hjælpemidler i form af den personlige elektroniske medicinprofil (PEM'en) samt det i MEDCOM

Sundhedspolitisk sekretariat

9. oktober 2007

Jr. 2007-9704/105544  
GA

Domus Medica  
Trondhjemsvej 9  
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500  
Tlf.: 3544 8214 (direkte)  
E-post: dadl@dadl.dk  
E-post: ga@dadl.dk (direkte)  
Fax: 3544 8505  
www.laeger.dk



regi igangsatte arbejde med etablering af en fælles medicindatabase, der kan sikre opdaterede personlige medicinjournaler – og dermed også kvalitetssikre både ordination samt den nødvendige dokumentation i forbindelse med ordinationen.

Det skal endeligt foreslås, at det i materialet tydeliggøres, hvordan DDKM, som ekstern evalueringsmodel, forventes at spille sammen med selvevaluering, som fortsat er og vil være en hjørnesten i selvevaluering.

### **Ressourcer**

Indførelse af DDKM på det kommunale område – vil i lighed med sygehusområdet – kræve ekstra indsats af personalet i form af dokumentation, udarbejdelse af skriftlige daterede retningslinjer, der løbende opdateres, årlige journalaudits, årlig monitorering mv. Positive og nødvendige tiltag – men også tiltag som ressourcemæssigt vil skulle afbalanceres i forhold til personalets tid til den enkelte patient, således at der ikke opstår et misforhold mellem den anvendte tid på dokumentation og den anvendte tid på patientbehandling og pleje.

Lægeforeningen har noteret, at pilottesten har til formål at teste standarderne med tilhørende indikatorer i praksis om standarderne er forståelige, om indikatorerne kan måles samt logistikken i relation til standardfordeling i kommunen før selve implementeringen. Pilottesten bør dog også anvendes til at sætte fokus på

- Ressourceforbrug og outcome
- Estimer/beregninger på anvendelse af manpower, herunder sammenhæng med anvendelse af manpower til behandling mv.
- Evidens for at DDKM vil indebære et kvalitetsløft for behandling mv. incl. eksempler på, hvordan præcis den enkelte patient vil kunne forvente en bedre behandling som følge af DDKM.

Pilottestene kan hensigtsmæssigt tilrettelægges, således at de kan give svar på de spørgsmål en MTV-vurdering stiller. Og i princippet bør DDKM – i lighed med andre nye tiltag inden for sundhedsvæsenet – kunne "bestå" en MTV-vurdering inden en egentlig implementering.

Lægeforeningen og Dansk Medicinsk Selskab ser med ovenstående bemærkninger frem til den videre udvikling af DDKM på det kommunale område.

Med venlig hilsen

Jens Winther Jensen