



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet
Oluf Palmes Alle 13, 1. th.
8200 Aarhus N.

Høringssvar vedrørende Den Danske Kvalitetsmodel – akkrediteringsstandarder for sygehuse, januar 2008

Hermed foreligger fælles høringssvar fra Lægeforeningen og Dansk Medicinsk Selskab vedr. udkast til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), jf. det af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) udarbejdede høringmateriale af januar 2008.

Vi skal indledningsvist anerkende det gennemførte korrektionsarbejde af DDKM på baggrund af første høringrunde i foråret 2007. Vi har samtidig noteret, at DDKM som en dynamisk model fortsat skal udvikle sig. Vi skal her pege på nødvendigheden af en fortsat tilpasning af modellens størrelse samt præcisering af de enkelte standarder og indikatorer, således at DDKM også i praksis kan blive det kvalitetsudviklingsredskab, som det er tiltænkt – ikke kun i forbindelse med ekstern akkreditering, men også som aktivt redskab til selvevaluering, som fortsat er og vil være en hjørnesten i kvalitetsudviklingen.

De seneste NIP-data inden for en række diagnosegrupper, bl.a. akut blødning, diabetes, hjertesvigt og skizofreni viser desværre, at der i den målte periode fra begyndelsen af 2003 – 2007 ikke er sket en tilfredsstillende stigning i antallet af opfyldte indikatorer, der for nogle af diagnoserne betyder, at det fortsat kun er ca. halvdelen af patienterne, der modtager den "samlede behandlingspakke". Vi finder disse udviklinger (eller manglende positive udviklinger) alarmerende, særligt på baggrund af at der er tale om på forhånd aftalte nationale standarder og indikatorer, der bør opfyldes for at give patienterne den bedst mulige behandling.

Vi er opmærksomme på, at de tilvejebragte NIP-data er et udtryk for integrerede data/system-data og derfor ikke udgør et retvisende billede af de enkelte afdelings/lægers seriøse kvalitetsudviklingsarbejde. Samtidig må vi dog også fastslå, at data har stor værdi i forhold til at få vist et aktuelt billede af det samlede kvalitetsniveau og dermed også få sat en ramme for diskussion og evaluering af behandlingsniveau.

Sundhedspolitisk sekretariat

8. februar 2008

Jr. 2007-9704
GA

Domus Medica
Trondhjmsgade 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

Vi skal anbefale, at IKAS medtager disse erfaringer i forbindelse med det videre arbejde med DDKM, således at der sikres både det nødvendige ledelsesmæssige fokus og ikke mindst incitament til at indføre og arbejde med udgangspunkt i modellens anbefalinger.

Proces

Vi skal i lighed med vores tidligere høringsvar fortsat anbefale, at IKAS bruger den nødvendige tid til hver planlagt fase, således at implementering af DDKM sker på det bedst mulige grundlag. Dette er mere vigtigt end at overholde på forhånd fastsatte tidsfrister og tidsplaner.

Anbefalingen skal ses i sammenhæng med, at det er vurderingen, at implementeringen også af den foreliggende reviderede model vil være uhyre ressourcekrævende i tid, uddannelse, manpower og dermed også penge – eksempelvis, at der i processen er stipuleret en særdeles anselig mængde møder og audits, som i sig selv vil kræve et enormt ressourceforbrug. Et forbrug, som på den enkelte afdeling vil skulle være afbalanceret i forhold til det kliniske personales tid til patientbehandling – og det ydermere i en situation med generel mangel på klinisk sundhedspersonale. Implementering af DDKM er en ressourcekrævende ekstra opgave som pålægges de enkelte afdelinger. For at opgaven kan udføres skal der tilføres ekstra ressourcer til afdelingerne, således at de enkelte afdelingers kerneydelser (behandling, forskning og uddannelse af personale) ikke berøres.

Derfor bliver det vigtigt, at de nu planlagte pilottests bliver gennemført på et så realistisk grundlag som muligt – evalueret og den nødvendige lære udtaget og synliggjort. De planlagte pilottests bør bl.a. skabe dokumentation for og synliggøre:

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

Pilottestene kan herefter hensigtsmæssigt tilrettelægges, således at de kan give fyldestgørende svar på de spørgsmål, som 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

Afsluttende bemærkninger

Lægeforeningen og DMS ser med ovenstående bemærkninger frem til den videre udvikling af DDKM og skal i denne forbindelse afslutningsvist foreslå – hvis IKAS finder behov herfor – at Lægeforeningen og DMS på relevant tidspunkt – afholder et møde med deltagelse af IKAS og repræsentanter for de videnskabelige selskaber med henblik på at drøfte den videre udvikling af DDKM.

Kontaktperson vil i denne forbindelse være konsulent Geert Amstrup, Lægeforeningen, ga@dadl.dk – tlf. 35448214.

Med venlig hilsen



Jens Winther Jensen



og Michael Hasenkamm