

Høringssvar til 2. version af akkrediteringsstandarder for sygehuse (DDKM)

Nedenstående indehold sendes til IKAS 8. februar 2012 via elektronisk skabelon

1. Danske Patienters kommentarer til *Forståelighed og anvendelighed af standarderne*

Det er en gennemgående udfordring, at udgivelsen er så omfangsrig. Det gør det vanskeligt at skabe et overblik. Danske Patienter anbefaler, at 2. version gennemskrives med læsevenligheden for øje. Evt. ved inddeling i flere kapitler, der tydeligt målretter sig forskellige niveauer, som forskellige aktører har brug for at læse udgivelsen på.

2. Danske Patienters kommentarer til *Forståelighed og anvendelighed af de indledende kapitler samt bilag*

Kap. 2: Præsentationen af hvad, der er nyt i 2. version er vigtigt og giver læseren et centralt overblik. Det kan overvejes om dette skal indlede hele dokumentet, da mange, som skal forholde sig til versionen vil være bekendt med 1. version og dennes grundlæggende struktur.

Kap. 1: Kunne evt. slankes ved, at nogle af afsnittene bliver til bilagsinformationer ud fra deisen "need to know – nice to know": fx kunne love og bekendtgørelse være bilag mv. Dette ville skabe et klarere fokus på det, som er kernen i teksten.

3. Danske Patienter har udover ovenstående følgende kommentarer:

Indledning

Nærværende høring målretter sig standarder for sekundærsektoren. Danske Patienter vil dog benytte lejligheden til at sætte fokus på, at DDKM er et vigtigt instrument til at sikre kvalitet i patientforløb på tværs af både sektorer og specialer. Men skal det lykkes, forudsætter det, at alle dele af sundhedsvæsenet forpligtes til at følge standarderne, da patientforløb ikke stopper ved udgangen fra sygehuset, men ofte fortsætter i almen praksis og/eller kommunalt regi.

I forlængelse heraf bør DDKM omfatte forløbsbaserede standarder, som går på tværs af sektorer.

Overordnet set er det positivt, at der i 2. version opstilles rammer for udformning og anvendelse af retningslinjer for behandling og forløbsbeskrivelser for konkrete patientgrupper, og at der lægges op til, at det skal ske for flere patientgrupper, end de der er nævnt i 1. version. Af hensyn til patientsikkerheden er det også godt, at der lægges op til, at der skal foretages konkret risikovurdering.

Danske Patienter anbefaler, at der generelt indføres indikatorer, som sikrer, at behandlingen opfylder FN's handicapkonvention/ patientrettigheder.

Nye tiltag i version 2

Danske Patienter finder det fornuftigt, at man har skærpet kravet til trin 4, således at der skal være gennemført tiltag til forbedring og målt på effekten. Da vurderingskriterierne ikke er vedhæftet høringsversionen, er det ikke muligt at afgive endelig vurdering af, om det sikrer tilstrækkelige forbedringstiltag.

Danske Patienter mener, at det er en kvalitetsforbedring, at der nu indføres standarder for borger/patientinddragelse – både organisatorisk og individuel inddragelse - men der bør arbejdes videre med at få patientperspektivet tydeligere inddraget i alle standarder, hvor det er relevant.

I forlængelse heraf bør det overvejes, hvilken betydning det har for den indsamlede viden om det er borgeres eller patienters og pårørendes forventninger og ønsker, man efterspørger, da disse kan være væsentligt forskellige. Det er Danske Patienter vurdering, at begge perspektiver er relevant, men at patienters og pårørendes viden i relation til DDKM er primær for kvalitetsudviklingen.

Forslag til ny standard

Danske Patienter opfordrer til overvejelse, om pårørende skal omfattes af en selvstændig standard, jævnfør de faglige anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen udkommer med i løbet af marts måned.

4. Kommentarer til de enkelte standarder:

1.2.1 Kvalitetspolitik og – organisation

Danske Patienter finder det relevant, at man i denne indskriver et krav om, at der her indgår brugerrepræsentation, som led i udmøntning af 1.2.11.

1.1.7 Inddragelse af borgerne i udviklingen og tilrettelæggelsen af sygehusets ydelser
Under formål foreslås, at "kan ske" ændres til "sker" for at styrke intentionen.

1.2.11 Inddragelse af borgernes forventninger og erfaringer

Vi finder det problematisk, at man ikke her skal eksplicitere, hvordan man bruger informationer fra patienter og pårørende, da der er tale om udvikling af nye rutiner under den nye standard, hvor tydeliggørelse af metoder til anvendelse af information fra patienter og pårørende, dels ville øge videnudvikling om metoder til inddragelse, dels kunne sikre en mere systematisk og målrettet brug af den indsamlede viden.

Under formål foreslås en skærpelse af formuleringen "... med inddragelse af borgernes ønsker, erfaringer, forventninger og behov" til "...med udgangspunkt i....." (i givet fald rettes indikator 3 svarende til denne formulering).

Under baggrund foreslås eksemplerne bredt ud med eksempler på patientrepræsentation som oprettelse af rådgivende brugerråd og inddragelse af patienter og pårørende i komitéarbejde eller arbejdsgrupper.

1.2.3 Kvalitetsovervågning

Standarden er meget central for kravene til kvalitetsudvikling og bør derfor omfatte både organisatorisk, faglig og patientoplevet kvalitet. Planen skal således i overordnede træk beskrive, hvilke aspekter af kvaliteten, der omfattes af den samlede plan. Dvs. hvilke processer og resultater, der

overvåges, og hvorledes overvågningen dækker hhv. organisatorisk, faglig og patientoplevet kvalitet.

Danske Patienter finder det ikke tilstrækkeligt, at der til den patientoplevede kvalitet alene stilles krav til opfølgning ud fra LUP. Der bør igangsættes flere initiativer til afdækning af patienters vurdering af kvalitet. Herunder kvalitativ afdækning af patienters oplevelser for at kvalificere de handlerplaner, som skal forbedre kvaliteten. Dette vil være relevant for en række standarder, hvor kvalitetsovervågningen ikke er dækkende uden yderligere indhentning af brugernes oplevelser bl.a. i relation til 1.2.11, 2.1.2 og 2.3.2.

1.2.6 Risikostyring

Under formål: "... systematisk tilgang til risikovurdering og risikostyring" defineres risikostyring som omfattende risikovurdering. Der behøver under formål kun at stå risikostyring.

Indikator 4: tilføjelse vedrørende patientrapportering – foreslås udvidet til også at omfatte patienters viden: "Ledere, medarbejdere og patienter har viden om rapportering af utilsigtede hændelser og anvender rapporteringssystemet" (alternativt kan patientrapportering indskrives i standard 1.2.10 eller 1.2.11). Indhold: Det foreslås endvidere, at punkt d) styrkes ved følgende tilføjelse: "hvorledes læring fra utilsigtede hændelser uddrages, udbredes og anvendes"

1.2.9. Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse

Under formål foreslås, at der suppleres til "...der bidrager til at fjerne eller mindske fysiske og/eller psykiske mén samt sociale konsekvenser efter en utilsigtet hændelse". Tilføjjelsen stiler mod at hjælpe patienter hvor utilsigtede hændelser fører til at patienten mister arbejde, pension e.l. eller hvor patienten f.eks. har problemer med anerkendelse af uarbejdsdygtighed.

1.2.10 Patientklager og patientforsikringssager

Under indhold: "Retningslinjerne i indikator 1 om håndtering af mundtlige og skriftlige klager beskriver som minimum følgende....b) Procedure for håndtering af sager til Patientombuddet.

Vi foreslår en klargøring af, at sager til Patientombuddet også omfatter rapporterede utilsigtede hændelser, som håndteres i standard 1.2.6., og at der i denne standard konsekvent anføres *forsikrings- og/eller klagesager*.

Indikator 7. Denne indikator er ikke endimensional – da den indeholder både analyse af klage- og forsikringssager.

1.5.3 Forebyggelse og overvågning af nosokomielle infektioner

Under indikator 1 foreslås en tilføjelse". forebyggelse og *håndtering* af nosokomielle ...".

1.7.2. Håndtering af apparatur til klinisk brug

Trin 2: foreslå en ny indikator *om at effektiv og sikker håndtering afspejles i praksis* med henblik på at styrke praksis på området.

2.7.5 Smertevurdering og behandling

Indhold: der bør tilføjes et nyt punkt g) "Henvi sning til specialistbehandling (fx smerteklinik) for smerter, som afdelingen ikke har relevant behandling for", da dette i nogle tilfælde kan være nødvendigt, for at patienten får det rigtige tilbud.

2.1.1 Informeret samtykke

Under formål har vi følgende overvejelse: En del patienter oplever fejl i form af komplikationer, som de ikke på forhånd var informeret om. Derfor kan det overvejes, om det eksplicit skal fremgå i relation til information om konkrete behandlingstilbud, at patienten skal informeres om det forventede resultat af behandlingen, herunder risiko for bivirkninger, komplikationer, senfølger etc.

Under indikatorer har vi ligeledes følgende overvejelse: Til tider er der et misforhold mellem det, der er dokumenteret i journalen (patienten er informeret om...), og det patienten oplever (de sagde ikke noget om, at jeg kunne forvente.....). Det bør overvejes at tilføje en indikator, der afspejler, hvorvidt patienten oplever at have afgivet informeret samtykke.

2.1.4 Religiøs og kulturel støtte til patienten

Der bør også sikres kommunikation og forståelse mellem fagfolk og patienten, samt de pårørende – dette kan evt. anføres i standardbetegnelse ns indhold.

2.15.1 Rehabilitering

Vi finder standarden væsentlig, men forudser, at der herunder rejser sig en række snitflade-problemer, da rehabilitering ikke er en del af sundhedsloven. Derudover vil vi under standardens formål forslå, at det præciseres at: "patienterne kender og er inddraget i udarbejdelsen af genoptrænings- eller rehabiliteringsforløbet"

2.2.1 Vigtige samtaler med patienten

Det bør sikres, at der også er rammer for patientens behov for at tale om ting, som er vigtige for personen indenfor det psykiske/fysiske/psykosociale og eksistentielle - kan evt. anføres i standardbetegnelse ns indhold.

2.3.2. Sundhedsfaglig kontaktperson

Som fremgår under 1.2.3, er der behov for strammere krav til inddragelse af patienters oplevelser i en række standarder. Således her et eksempel, hvor vi under indikator 4 vil vi foreslå, at det indføres, at det følges, om patienter og pårørende oplever, at kontaktpersonordningen sikrer koordinering af de sundhedsfaglige ydelser og oplever at der er den nødvendige information.

2.3.3 Forløbsansvar for patienter med kroniske sygdomme

Vi finder det ikke tilstrækkeligt, at standarden som minimum tilbydes patienter med demens, KOL, skizofreni, hjerteinsufficiens og type 2-diabetes. Vi mener, at der bør være krav om etablering af det nødvendige samarbejde, herunder ansvarsplacering, for *alle* patienter, hvis forløb kan forbedres heraf. Det vil sikre kontinuitet, koordination og tryghed, som er kerneydelser i sundhedsvæsenet – ikke mindst i relation til mennesker med kroniske sygdomme. Herunder bør mennesker med multisygdomme nævnes specifikt, da antallet med flere sygdomme er stigende og med stigende behov for ydelser i sekundærsektoren.

3.12.3 Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb

Vi har noteret, at der i referencerne alene er henvist til aftaler vedrørende kræft. Det bør her også anvendes og derfor henvises til retningslinjer for konkrete patientforløb for andre sygdomme.
