



## Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel – ”at gøre det rigtige på den rigtige måde”

### Hvorfor ”Kvalitetsmodellen”

På Diakonissestiftelsen ønsker vi ”kvalitet” i alle sammenhænge døgnet rundt. Derfor benytter vi arbejdsmetoder, der fremmer kontinuerlig faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring og kvalitetssikring af vores organisering, arbejdsprocesser og ydelser. Det betyder, at vi kan tilbyde stabilitet og kvalitet i vores leverancer, dokumentere at vi lever op til de til enhver tid givne standarder på området samt sikre, at de kontinuerlige forbedringer ses som synlige aftryk – og altså forankres i dagligdagen.

Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel har fokus både på kvalitetssikring (egenkontrol) og kvalitetsudvikling (innovation og forbedring). Både i kvalitetssikring og kvalitetsudvikling er refleksion og tilpasning de bærende elementer. Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel er baseret på et helhedsorienteret syn på de resultater, som Diakonissestiftelsens arbejde skaber, og de indsatser der er en forudsætning for resultaterne.

Nøgletal for bl.a. brugertilfredsundersøgelser, utilsigtede hændelser, tilsyn med videre indgår i Diakonissestiftelsens kvalitetsovervågning. Udviklingen med hensyn til relevante nøgletal følges på alle ledelsesniveauer og indgår i Diakonissestiftelsens ledelsesinformation.

Diakonissestiftelsens kvalitetspolitik er første version. Kvalitetspolitikken er dannet på grundlag af systematisk evaluering af erfaringer med arbejde med innovation og kvalitet gennem 2012-2014.

### *Status april 2015*

Lovpligtige eksterne audits (tilsyn) er implementeret i alle enheder. Tilsvarende er lov om Patientsikkerhed implementeret og der sker løbende indberetning af data til Dansk Patientsikkerhedsdatabase samt nationale kliniske kvalitetsdatabaser, fx. Dansk Palliations Database. Regelmæssige brugerundersøgelser er implementeret i Hjemmeplejen med første brugerundersøgelse i 2013. Brugerundersøgelsen er gentaget i november 2014.

I 2014 er der gennemført akkreditering af Hospice ved Den Danske Kvalitetsmodel. UC Diakonissestiftelsen gennemgår institutionsakkreditering ved Danmarks Akkrediteringsinstitution i løbet af 2015.

Kvalitetsorganisation og egenkontrol forventes implementeret pr. 1. oktober 2015 i alle enheder, herunder også hjemmeplejen og plejecentre. Ultimo 2015 vil der ske en basisvurdering i alle driftsenheder og efterfølgende justering af den samlede Kvalitetspolitik i løbet af 2016.

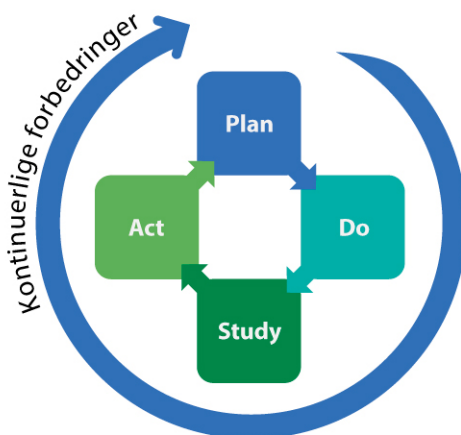
Kritiske procedurer som dokumentation, utilsigtede hændelser, medicinhåndtering og magtanvendelse indgår altid i de gennemførte egenkontroller. I 2015 og 2016 er der i hjemmepleje og på plejecentre fokus på procedurer vedr. tidlig opsporing, triage og borgerinddragelse (den motiverende samtale og dialog med pårørende) samt hverdagsrehabilitering.

Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel opfylder fem vigtige formål:

- Den er en måde at bygge bro mellem styring og ledelse på afdelingsniveau, idet kvalitetsmodellen og dens egenkontrol/selvevaluering bygger bro mellem "hvor vi skal hen, og hvordan vi gør det".
- Den udgør et ledelsesredskab for den enkelte leder til at dokumentere opfyldelse af kvalitetsmål og standarder - kvalitetssikring
- Den stiller et fælles sprog om kvalitet til rådighed for medarbejderne omkring arbejdet med kvalitet og er kendetegnet ved en inkluderende og lærende kvalitetskultur baseret på intern åbenhed og videndeling om alle evaluerings- og opfølgingsaktiviteter
- Den skaber en ramme for prioritering af forbedringsindsatser og løbende udvikling af vores ydelser
- Den skaber en fælles ramme og tilgang for egenkontrol/selvevaluering samt ekstern audit/akkreditering og sikrer herigennem sammenhæng mellem det *interne løbende kvalitetsarbejde* og en *ekstern vurdering af kvalitet*

### Hvad er "Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel – At gøre det rigtige på den rigtige måde"

Kvalitetsmodellen er baseret på en struktureret tænkning og metode til at skabe løbende forbedringer, der involverer fire faser:



- Plan: At identificere, analysere og opstille mål og standarder,
- Do: At igangsætte aktiviteter/implementere mål og standarder
- Study: At undersøge og evaluere effekten af de igangsatte aktiviteter,
- Action: At fastholde aktiviteter eller iværksætte korrigerende aktiviteter, hvor kvaliteten ikke er opfyldt

Vurdering af de kontinuerlige forbedringer sker i alle afdelinger ved regelmæssig egenkontrol/selvevaluering. Målet hermed er, at ledere og medarbejdere i afdelingerne sammen kritisk evaluerer hverdagens praksis. Gennem at fokusere på de resultater, afdelingen skaber, skal leder og medarbejdere sammen besvare spørgsmålet: "Hvordan ved vi, at vores indsats lever op til de mål, vi sætter for dem?" og "hvilke indsats skal vi sætte i gang for at korrigere eller fastholde praksis?".

Den løbende drøftelse af effekt af vores kvalitetsindsats skaber et langsigtet perspektiv på udvikling/innovation af vores ydelser.

### Fire rammestandarder

Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel rummer 4 rammestandarder, som omfatter:

- 1.0 *Ledelse* af kvalitets- og risikostyring, der beskriver hvem og hvordan, der arbejdes med egenkontrol/selvevaluering og kvalitetsudvikling.
- 2.0 *Retningsgivende dokumenter*: Kvalitetsstandarder, politikker, retningslinier og øvrige grundlæggende dokumenter, der beskriver mål for arbejdet med kvalitet i den enkelte enhed.
- 3.0 *Egenkontrol/selvevaluering*, der beskriver rammerne for arbejdet med kvalitetsstyring – sikre vi lever op til fastlagte mål og standarder.
- 4.0 *Kvalitetsudvikling*, der beskriver rammerne for arbejdet med løbende forbedring af indsats og fremadrettet innovation

De fire rammestandarder er vedlagt som bilag X.

Retningsgivende dokumenter opdateres, udbygges og implementeres løbende. Målet er at 2. generation af Diakonissestiftelsens kvalitetsmodel er fuldt udrullet pr. 1. juni 2016.

### Standard 1.0: Ledelse

Kvalitetsarbejdet er baseret på klart kommunikeret ansvarsfordeling med tydelig beskrivelse af ansvaret for systematisk planlægning, evaluering og opfølgning.

#### Kvalitetsråd

Organiseringen af kvalitetsarbejdet sker under hensyn til, at det primære kvalitetsarbejde finder sted i de enkelte enheder i opgavevaretagelsen overfor borgeren og behovet for tilpasning til faglige værdier og prioriteringer.

Diakonissestiftelsens kvalitetsråd fungerer som overordnet organ for kvalitetssikring og -udvikling. Kvalitetsrådet består af Diakonissestiftelsens ledere for 9 borgerrettede driftsenheder (Søster Sophies Minde, Hjemmeplejen, De psykiatriske bofællesskaber Dronningensvej, UCD, Hospice, Salem, Hvide Gule Hus, Marthagården og Louisegården). Diakonissestiftelsens administrerende direktør er formand for kvalitetsrådet. Diakonissestiftelsens projektleder for DiaLab sekretariatsbetjener rådet. Kvalitetsrådet er nedsat marts 2015. Forud for nedsættelse af kvalitetsrådet fungerede Diakonissestiftelsens Chefgruppe som øverste ledelse af den tværgående kvalitetsindsats i organisationen i samarbejde med ledere af de enkelte enheder.

Kvalitetsrådet består af samtlige ledere af borgerrettede driftsenheder og giver dermed tydelighed omkring den ledelsesmæssige prioritering af kvalitetsarbejdet.

Kvalitetsrådet sikrer, at der er et overordnet system til kvalitetssikring i de enkelte enheder, at der sker løbende monitorering af kvaliteten og at standarder implementeres, samt at der sker løbende kontrol og dokumentation. Kvalitetsrådet har ansvar for, at den ledelsesmæssige koordinering og forankring af kvalitetsarbejdet sikres lokalt.

Kvalitetsrådet har ansvar for:

- Ansvarsplacering – hvem i organisationen er ansvarlig for hvilke standarder/mål
- Løbende fastlæggelse og godkendelse af mål og standarder. Udvalgte fokusområder indarbejdes i den overordnede forretningsstrategi for Diakonissestiftelsen.
- Godkendelse af implementeringsplaner for de enkelte kvalitetsstandarder
- Løbende drøftelse resultater af egenkontrol, tilsyn og eksterne audits, data vedr. UTH, brugerundersøgelser m.v. med henblik på at skabe læring på tværs af organisationen.
- Beslutning om metoder til løbende kvalitetsovervågning – herunder kvalificering af ledelsesinformation.
- Etablering af nødvendige støttefunktioner.

Kommissorium for kvalitetsrådet er vedlagt som **bilag X**.

### **Lokal leder af hver af de 9 borgerrettede enheder**

Lederne har ansvar for:

- Implementering af retningsgivende dokumenter
- Gennemførelse af egenkontrol og udarbejdelse af handleplaner for implementering af korrigerende indsatser samt opfølgning
- Drøftelse af resultater samt videndeling mellem medarbejdere i enheden
- Prioritering af indsatser baseret på data fra kilder til kvalitetsovervågning
- Fastlæggelse af ansvar for udarbejdelse, analyse og opfølgning på iværksatte handleplaner

- At sikre, at relevant personale deltager i udredningen af at finde årsagen til den manglende målopfyldelse samt at finde løsninger på den manglende målopfyldelse

I forbindelse med iværksatte forbedringstiltag skal følgende dokumenteres:

- a) konkrete mål for indsatsen
- b) tidsramme for gennemførelsen
- c) hvilke tiltag, der skal gennemføres
- d) hvem, der er ansvarlig for gennemførelsen
- e) hvilken effekt, der ønskes opnået
- f) hvordan målopfyldelsen overvåges
- g) hvem, der er ansvarlig for opfølgning
- h) iværksættelse af nye tiltag, såfremt den ønskede effekt af igangsat tiltag ikke er opnået

### **Innovationsambassadører**

I hver af de borgerrettede enheder er udpeget 1-2 innovationsambassadører. Innovationsambassadørerne har kompetencer vedr. innovation og udvikling og indgår i organisationen omkring Diakonissestiftelsens DiaLab.

Innovationsambassadørerne bidrager i kvalitetsarbejdet og har til opgave at:

- Deltage i implementering af standarder
- Bringe viden ind i egen afdeling
- Sparring til andre medarbejdere

### **Kvalitetsnøglepersoner**

I de enkelte driftsenheder er udpeget nøglepersoner, som har erhvervede specifikke kompetencer og ansvar i relation til implementering af standarder vedr. udvalgte kvalitetsområder. Kvalitetsnøglepersonerne refererer til enhedens leder. Aktuelt (pr. 1.4. 2015) er udpeget kvalitetsnøglepersoner i relation til standarder for ældreområdet i Frederiksberg Kommune, som følger:

- *Care ambassadør*: Ledende sygeplejerske for både Søster Sophies Minde og Omsorgspladserne. Deltager i Frederiksberg kommunes organisation vedr. KMD care.
- *Superbrugere*: En medarbejder fra hvert vagtlag på Søster Sophies Minde, en fra omsorgspladserne og en fra hjemmeplejen.
- *Risk-koordinatorer*: En medarbejder fra hjemmeplejen, ledende sygeplejerske på Søster Sophies Minde samt leder fra Omsorgspladserne. Indberetning af utilsigtede hændelser sker samme med den/de relevante medarbejdere. Indberetninger sendes til Risk-manager i Frederiksberg kommune. De efterfølgende analyser og resultater drøftes i enheden med henblik på læring og opfølgning og at der igangsættes nødvendige korrigerende aktiviteter.

- *Nøglepersoner vedr. Fælles Medicin Kort (FMK):* En medarbejder fra Søster Sophies Minde, en fra omsorgspladserne og en fra hjemmeplejen. Intern medicinkontrol foretages 1 x i kvartalet ud fra fastlagt skema.

### **Forum for Innovation og Kvalitet**

Diakonissestiftelsen har i 2013-2014 blandt andet med støtte fra OPALL og Væksthus Hovedstaden etableret en strategi for praksisnær innovation. Som del heraf er etableret et velfærdsteknologisk living lab – DiaLab, som har stået i spidsen for en række OPI samarbejdsprojekter med private og offentlige virksomheder, vidensinstitutioner m.v. 1. juni 2015 afsluttes samarbejdet med OPALL og Væksthus Hovedstaden. Arbejdet med innovation vil efterfølgende blive lagt ind under Kvalitetsrådet.

En gang om året afholdes fælles møde mellem Kvalitetsrådet, innovationsambassadører og kvalitetsnøglepersoner fra de enkelte enheder. Her drøftes resultater af kvalitetsmålinger gennem det sidste år, iværksatte aktivitetsforbedringer, ny viden samt og ideer til innovative forbedringer. Fokus områder for det følgende år drøftes og beslutes.

Forum for Innovation og Kvalitet afholder første møde november 2015.

### **Standard 2.0: Retningsgivende dokumenter**

De retningsgivende dokumenter indeholder godkendte kvalitetsstandarder fra kommune, region eller uddannelsesbekendtgørelse samt standarder vedr. dokumentation og patientsikkerhed baseret på lovgivning, som Diakonissestiftelsens enheder skal leve op til. Herudover indgår godkendte mål for de leverede ydelser, som fastsat af Kvalitetsrådet. For Uddannelsescenteret suppleres med akkrediteringsstandarder fra Danmarks Akkrediteringsinstitution og for hospice suppleres med akkrediteringsstandarder fra Den Danske Kvalitetsmodel.

Kvalitetsrådet har ansvar for at sikre et samlet overblik over Diakonissestiftelsens gældende organisatoriske og ydelsesspecifikke standarder.

### **Kliniske retningslinjer**

En klinisk retningslinje er en faglig (sundhedsfaglig, socialfaglig, uddannelsesfaglig, etc) vejledning, som vedrører afgrænsede og specifikke faglige og organisatoriske standarder. Vejledningen er baseret på den samlede, aktuelt bedste videns- og praksisbaserede viden og anvendes af fagprofessionelle/medarbejdere som beslutningsstøtte i den daglige praksis. En klinisk retningslinje kan ikke stå alene, men anvendes i sammenhæng med den enkelte medarbejders faglighed/uddannelse og erfaring.

Kliniske retningslinjer er et vigtigt redskab til beslutningsstøtte, som kan bidrage til at:

- Kvalitetssikre og ensarte indsatser og ydelser

- Sikre at borgeren får den bedste indsats eller ydelse
- Understøtte kompetenceudvikling af medarbejderne.

Et eksempel på en klinisk retningslinje vedr. dokumentation er vedlagt som **bilag x**.

### Instrukser

Instrukser indeholder konkrete handleanvisninger til medarbejderne om udmøntning af de kliniske retningslinjer.

I det omfang, det teknologisk bliver muligt, vil de kliniske retningslinjer og instrukser med tiden blive gjort tilgængelige for medarbejderne via iPad/iPhone.

## Standard 3.0: Kvalitetssikring

Kvalitetssikring har til formål at dokumentere, at de ydelser, der leveres, lever op til de fastsatte standarder/mål. Kvalitetssikring sker på Diakonissestiftelsen gennem egenkontrol og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende kvalitet.

Der gennemføres egenkontrol på alle godkendte standarder *en gang om året*. Resultatet af de gennemførte årlige egenkontroller og afledte handleplaner drøftes og godkendes i kvalitetsrådet. Områder, hvor kvalitetsniveauet ikke lever op til den fastsatte standard vil få krav om øget frekvens af egenkontrol med rapportering til Kvalitetsrådet.

Den enkelte leder kan beslutte at gennemføre *supplerende egenkontrol* i relation til identificerede fokusområder og kritiske processer.

### Egenkontrol

Egenkontrol gennemføres som audit baseret på den dokumenterede (skriftligt og ikke skriftligt) faktiske virksomhed og faglige indsatser.

#### *Audit*

Fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold.

Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber – og definitioner/ DSKS 2003

Den elektroniske omsorgsjournal indgår i audit og gennemføres som en stikprøve på 20 tilfældige journaler på den givne enhed i (ældre og sundhed).

## Standard 4.0: Kvalitetsudvikling

Succesfuld kvalitetsudvikling kræver tilstedeværelse af mange faktorer. Det kræver først og fremmest ledelse, motiverede og kompetente medarbejdere, en organisation med de rette kompetencer og effektivt fungerende værktøjer, herunder it-systemer til at understøtte processerne.

Formålet med kvalitetsudvikling er, at brugere og modtagere af ydelser skal opleve en forbedring af kvaliteten. Dette formål skal opfyldes ved at:

- Fremme løbende faglige og organisatoriske forbedringer af forløb og ydelser
- At bidrage til at kvaliteten gøres synlig

Målinger fra de systematiske egenkontroller og indsamlet ledelsesinformation bruges til at prioritere, hvor indsatsen skal forbedres. Dette følges op af ledelsesmæssige og faglige tiltag, der sikrer fremdrift i kvaliteten af ydelserne.

Systematisk fokus på forbedring af kvaliteten indgår som strategisk indsatsområde på Diakonissestiftelsen og ses som et middel til at sikre, at Diakonissestiftelsen også fremover leverer ydelser af højeste standard og derved er attraktivt og efterspurgt af borgere, patienter og højt kvalificeret personale.

Med baggrund i ovenstående vil vi arbejde for, at Diakonissestiftelsen kan dokumentere

- at de borgerrettede enheder løser de tildelte opgaver og opfylder alle anerkendte mål for god kvalitet
- at dette sker ved dokumentation af faglig konkurrencedygtighed samt et intensiveret fokus på outcome, effekt og resultatindikatorer
- at kvalitetsmål integreres i alle relevante dele af det daglige arbejde
- at dokumentation og monitorering er baseret på valide og aktuelle data med henblik på anvendelse på forskellige niveauer
- at resultater formidles i alle relevante sammenhænge på alle niveauer i organisationen

### *Ledelse – en afgørende forudsætning for kvalitetsudvikling*

En forudsætning for at have succes med kvalitetsudvikling er, at ledere på alle niveauer aktivt inddrager hensynet til kvalitetsudvikling i ledelsesopgaven. Men det ledelsesmæssige fokus i hele organisationen er betinget af, at den øverste strategiske ledelse går forrest og engagerer sig seriøst og varigt. Kun hvis det er tilfældet, kan det forventes, at resten af organisationen engagerer sig i kvalitetsudvikling og at resultaterne kommer til at stå mål med indsatsen.

Holdninger og kultur er centrale begreber i kvalitetsudvikling. I den forbindelse er det vigtigt ledelsesmæssigt at understøtte, at det er legitimt og forventeligt, at medarbejderne løbende



reflekterer over eksisterende metoder, strukturer og samarbejdsrelationer, og at medarbejderne aktivt deler deres viden med kollegaer og ledelse. På den måde kan kvalitetsudvikling blive både top-down og bottom-up-proces.

Med baggrund i ovenstående har vi fokus på:

udvikling af redskaber til implementering af viden i den daglige praksis – til både ledere og medarbejdere

- at iværksatte initiativer tager udgangspunkt i, hvad der giver værdi for patienter, brugere, borgere og pårørende
- at der etableres en incitamentsstruktur, der understøtter fokus på kvalitetsudvikling
- at der ageres på dårlige resultater på kvalitetsområdet
- at det at lære af de bedste og lære fra sig bliver en naturlig del af at arbejde både i den enkelte enhed og på tværs af enheder
- at identificere de metoder og mekanismer, der kan skabe forandring.

Som del af ovenstående vil vi arbejde på at nyttiggøre borgere- og pårørendeoplevelser gennem anvendelse af eksisterende data fra brugertilfredshedsundersøgelser. Vi vil samtidig supplere med en mere proaktiv inddragelse af borgere og brugere gennem f.eks. bruger- og fokusgrupper med patienter, brugere og pårørende samt patient, bruger- og pårørendeinddragelse i arbejdsgangsanalyser etc. Med afsæt i erfaringer fra DiaLab vil vi arbejde med i kvalitetsudvikling at skabe synergi med ideer og processer vedr. innovation. Herunder i dele af processerne omkring kvalitetsudvikling indtænke studerende fra UC Diakonissestiftelsen og Diakonissestiftelsen mange frivillige.