

# En kvantitativ undersøgelse af de sundhedsprofessionelles tidlige erfaringer med Den Danske Kvalitetsmodel i et læringsteoretisk perspektiv



Marianne Svejstrup – studienr: 20090467

Dorthe Trabjerg – studienr: 20090109

Master i Læreprocesser – Speciale 4. semester – Medicinsk pædagogik

Aalborg Universitet, Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi

Vejleder: Eva Just

Antal sider: 89

Antal anslag inkl. mellemrum: 172 371

Afleveringstidspunkt: 14.12 2010

# Indholdsfortegnelse

<b>Summary .....</b>	<b>6</b>
<b>Resume.....</b>	<b>7</b>
<b>Titel .....</b>	<b>9</b>
<b>Indledning .....</b>	<b>9</b>
<b>Problemfelt.....</b>	<b>9</b>
New Public Management .....	9
Umyndiggørelse.....	10
Kvalitetsreform og afbureaukratisering .....	11
QSHC: Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance .....	11
KREVI: Akkreditering, kendetegn og erfaringer.....	12
Ph.d-afhandling: Akkreditering og klinisk praksis .....	12
Speciale: På sporet af dømmekraften .....	13
Igangværende forskning, Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel.....	14
Personlig interesse og formål med specialet .....	14
<b>Problemformulering.....</b>	<b>15</b>
Afgrænsning .....	15
<b>Begrebsafklaring .....</b>	<b>15</b>
<b>Læsevejledning .....</b>	<b>16</b>
<b>Metode .....</b>	<b>16</b>
Teorivalg .....	17
Analysestrategi.....	19
Metode til indsamling af empiri.....	20
Population – inklusion og eksklusion.....	20
Adgang til feltet .....	21
Metode til udarbejdelse af spørgeskema.....	21
Udformning af spørgsmål .....	21
Spørgeskema .....	23

Validitet .....	23
Reliabilitet.....	24
Bias af generel karakter.....	24
Bias i forhold til spørgeskemaet .....	25
Opgørelse af respondenter.....	25
Svarprocent på spørgeskemaet.....	25
Respondenternes fordeling på personalegrupper .....	26
De kvalitative data fra spørgeskemaets bemærkningsfelter .....	28
<b>Den Danske Kvalitetsmodel .....</b>	<b>29</b>
Historik og formål .....	29
Plan – do – study – act .....	30
Survey .....	31
Akkrediteringsprocessen og TAK .....	32
Kort resume af DDKM.....	34
<b>Kvalitet.....</b>	<b>34</b>
Kvalitetsbegrebet.....	34
Struktur – proces – out-come .....	35
Kvalitetsbegrebet og patienttilfredshed .....	37
Patientjournalen.....	38
Kvalitetsbegrebet set i et sociologisk perspektiv .....	38
Kvalitet som organisatorisk opskrift.....	39
Overvågning og kontrol .....	40
<b>Læring .....</b>	<b>41</b>
Individuel læring.....	41
Batesons definition af læring .....	41
Læringskategorier .....	42
Grundelementer.....	42
Leg .....	44
Organisatorisk læring .....	44

Syn på organisation.....	44
Grundbegreber .....	44
Single-loop og double-loop.....	45
Deuterolæring .....	46
<b>Analyse af DDKM .....</b>	<b>48</b>
Analyse af udvalgte begreber i DDKM.....	48
Standard – en ny konstruktion.....	49
Survey, det nye ord for eksamen .....	49
Kontrol og læring - to sider af DDKM.....	50
TAK, som redskab til overvågning .....	50
Hvem definerer kvalitetsniveauet i DDKM.....	52
Offentliggørelse .....	52
Læringsperspektivet på DDKM.....	53
Audit .....	53
Internt survey .....	54
Læring og retningsgivende dokumenter .....	54
Kvalitetscirklen som "styring" af mismatch .....	55
<b>Analyse af empiri og diskussion.....</b>	<b>57</b>
Respondenternes samlede vurdering af akkrediteringsprocessen.....	57
Respondenternes samlede vurdering af akkrediteringsprocessens gavn for patienterne .....	58
Delkonklusion.....	60
Respondenternes <i>roller</i> .....	60
Hvem får <i>roller</i> ?.....	61
Udvikling af <i>tidsforbrug</i> for respondenter <i>uden særlig rolle</i> .....	62
Retningsgivende dokumenter og tidsforbrug.....	62
Ingen roller og faglig dialog.....	62
Delkonklusion .....	63
De retningsgivende dokumenter – trin 1 i DDKM.....	63

Udarbejdelse af dokumenter.....	63
De retningsgivende dokumenter som pensum.....	65
Kende og anvende de retningsgivende dokumenter.....	66
Offentligt tilgængelige dokumentstyringsystemer .....	69
Delkonklusion.....	70
Mono- og tværfaglig dialog.....	70
Delkonklusion.....	72
Dokumentation.....	72
Delkonklusion.....	76
Patientperspektivet .....	77
Delkonklusion.....	79
Kontrol .....	79
Delkonklusion.....	82
<b>Konklusion.....</b>	<b>83</b>
Læring .....	83
Kvalitetsudvikling.....	84
Hvilke elementer har de sundhedsprofessionelle primært identificeret, og hvilken betydning har det for deres syn på akkrediteringsprocessen? .....	85
Dokumenter .....	85
Dokumentation .....	85
Konklusion på teorivalg og metode til at besvare problemstillingen .....	86
<b>Perspektivering .....</b>	<b>87</b>
<b>Procesbeskrivelse.....</b>	<b>89</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>90</b>
Artikler .....	92
<b>Bilag .....</b>	<b>94</b>
Bilag 1 Søgestrategi.....	94
Bilag 2 Mail med link til spørgeskema .....	95
Bilag 3 Spørgeskema.....	97

Bilag 4 Oversigt over standarderne .....	103
Bilag 5 Opbygningen af en standard.....	106
Bilag 6 Tabeller .....	108
Bilag 7 Respondenternes udsagn .....	116

## Summary

18 months ago, The Danish Healthcare Sector received The Danish Healthcare Quality Programme (DDKM) containing 104 accreditation standards and 442 indicators, created by the independent board, The Danish Institute for Quality and Accreditation in Healthcare, IKAS. During the next three years the Danish hospitals must all go through the process of accreditation. The hospitals in Region Nord have just finished their external surveys and awaits their status of accreditation.

The subject of this report is:

The purpose of The Danish Healthcare Quality Programme is described as developing quality and learning. How are the two elements represented in the Programme? Which elements have the employees of the health sector primarily noticed, and how does this affect their view on the process of accreditation?

To enlighten our questions we have focused on Batesons view on individual learning and on Argyris and Schön ´s theory on organizational learning. The flexible concept of quality is particularly addressed. The different elements of DDKM are analysed in order to identify learning potentials, as well as using the concept of panopticon borrowed from Foucault, to show how the elements of control are embedded in DDKM.

Our empirical study consists of a survey distributed by e-mail to 4782 employees from two hospitals in two different regions. We have obtained a fairly high response rate of 30 %. Twice in the questionnaire the respondents are given the opportunity to give comments.

Summary of the results.

The 4 steps of the circle of quality, plan – do – study- act, allow for different opportunities of learning, both individual and organizational. There are many topics and elements in DDKM that calls upon the organisations to point out key-employees to take on specific areas of responsibility. These key-employees play an important part in the process of accreditation and are often pointed out among the Registered Nurses. These nurses experience a new span of influence by this appointment.

Working with the process of accreditation has a significant influence on the organizations ways of gathering knowledge about itself, and thereby increases the learning potentials within the organization. However it is not possible, at this early stage, to assess or evaluate the consequences of these changes in the organizations.

With receiving and implementation of DDKM, The Danish healthcare Sector is facing a major challenge. Especially the task of describing guiding documents, such as guidelines and instructions, has been experienced as a time consuming effort by the employees, who have been involved in that part of the process. And the feeling is that the core service of the professions has suffered at times. The increased burden of documentation is annoying to the majority, particularly the doctors.

## Resume

Det danske sundhedsvæsen modtog for 1 ½ år siden Den Danske Kvalitetsmodel i form af 104 akkrediteringsstandarder og 442 indikatorer, udarbejdet af det uafhængige akkrediteringsinstitut, IKAS. Sygehusene skal i løbet af de kommende tre år alle igennem akkrediteringsprocessen, den første region har netop afsluttet eksternt survey, og afventer sin akkrediteringsstatus.

Opgavens tema er:

Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er beskrevet som kvalitetsudvikling og læring. Hvordan er de to elementer repræsenteret i modellen? Hvilke elementer har de sundhedsprofessionelle primært identificeret, og hvilken betydning har det for deres syn på akkrediteringsprocessen?

Metoden til at belyse problemstillingen består af litteraturstudier, hvor der fokuseres på Batesons syn på læring, og Argyris og Schön's teori om organisatorisk læring. Der rettes særlig opmærksomhed mod det elastiske begreb kvalitet. De forskellige elementer i DDKM analyseres med henblik på at påpege potentielle muligheder for læring, ligesom Foucaults panopticon begreb bliver brugt til at vise de steder i DDKM, hvor kontrolelementet er det styrende. Den empiriske undersøgelse som forsøger at afdække problemstillingens sidste del inddrages i analysen. Den empiriske undersøgelse består af et spørgeskema udsendt til i alt 4782 potentielle respondenter i to regioner, og vi har i undersøgelsen en svarprocent på 30. I spørgeskemaet indgår to muligheder for respondenterne til at komme med bemærkninger.

Et resume af opgavens konklusion

Kvalitetscirkelns 4 trin giver forskellige muligheder for læring på individuel og organisatorisk niveau. I DDKM indgår mange forskellige emner og områder, og der er i sygehusene i stor omfang udpeget personer til at varetage de specifikke områder. Disse nøglepersoner har en særlig rolle i akkrediteringsprocessen. Det er i høj grad



sygeplejerskegruppen der har fået disse roller tildelt, og de har hermed fået en ny platform, en ny indflydelsessfære. Vi konkluderer, at arbejdet med akkrediteringsprocessen har påvirket organisationernes måde at indsamle viden om sig selv, og dermed øget organisationens læringspotentiale. Det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at vurdere, hvad konsekvenserne af denne adfærdsændring bliver.

Det danske sundhedsvæsen har med DDKM fået en stor opgave. Arbejdet med udformning af retningsgivende dokumenter har de sundhedsprofessionelle oplevet som en meget tidskrævende opgave, der i et vist omfang har taget tid fra kerneydelsen. Dokumentationsbyrden opleves som stigende, og særligt lægegruppen har øje for, at nogle indikatorer kræver meningsløs dokumentation.

## **Titel**

***En kvantitativ undersøgelse af de sundhedsprofessionelles tidlige erfaringer med Den Danske Kvalitetsmodel i et læringsteoretisk perspektiv.***

## **Indledning**

Emnet for dette speciale er Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der som et politisk projekt aktuelt udrulles over det samlede danske sundhedsvæsen. Konsekvenserne kendes endnu ikke, idet sygehusene først nu er begyndt at modtage de eksterne surveys, der skal føre til den eftertragtede akkrediteringsstatus. De første sygehuse vil modtage deres akkrediteringsstatus i første kvartal af 2011.

Med DDKM formuleres krav til sundhedsvæsenet om kvalitetsudvikling og læring, samt synliggørelse af kvalitetsparametre. Vi undrer os over de blandede budskaber i DDKM, på den ene side ønsket om læring og på den anden side et miks af kvalitetsmål, nogle formuleret af sygehusene selv, mens andre er nationale. Når sygehusejerne – regionerne – ønsker, at institutionerne skal være innovative og udviklende, betyder det et syn på læring som tager udgangspunkt i sygehusenes egne ønsker om at udvikle kvaliteten i behandlingen og ikke i kontrol.

DDKM er kritiseret for at øge dokumentationsbyrden for de sundhedsprofessionelle. (Heinskou, 2005; Hatting, 2007; Dahler-Larsen, 2008) Opleves DDKM af de sundhedsprofessionelle som en udviklingsmulighed eller som en styringsteknologi? Er det udtrykte ønske om læring i organisationerne i virkeligheden fernis over et ønske om øget kontrol og styring? Med DDKM gives ledelser og politikere styringsredskaber til at overvåge både aktivitet og kvalitet, det bliver derfor interessant at undersøge, hvad det er for en kvalitet, der er omdrejningspunktet i DDKM.

## **Problemfelt**

### **New Public Management**

Man kan betragte DDKM som et udtryk for New Public Management (NPM) (Hatting, 2007). New Public Management er en samlet betegnelse for en række initiativer og reformer, som bl.a. indebærer, at den offentlige sektor i højere grad styres af markedsmekanismer og kontraktstyring. Set i det perspektiv kan man betragte DDKM som en form for kontrakt på kvalitet mellem det politiske system, repræsenteret af Sundhedsstyrelsen på den ene side, og regionerne som ejere af sygehusene på den anden side. (Greve, 2002) Regeringens kvalitetsreform fra 2007 bærer tydeligt præg af

træk fra NPM, her er elementer af decentral styring, og fastlagte mål. En tænkning om målstyring, som kan genfindes i DDKM, i form af standarder og indikatorer, f.eks. pakkeforløb og servicemål. Vigtige elementer i DDKM er selvevaluering, audits og brugeroplevelser. Disse bliver lige så konkrete og styrende for afdelingernes prioriteringer som økonomirapporter og produktionsmål. Oplever de sundhedsvæsnets ledere denne udvikling, denne dualisme, som en mulighed for at løfte kvaliteten lokalt, eller udelukkende som kontrol og overvågning. Vores erfaring siger, at DDKM og arbejdet med akkrediteringsprocessen i højere grad er blevet forankret i sygeplejerskegruppen end i lægegruppen. Denne observation ligger i tråd med kvalitetschef Tove Salting, fra Region Syddanmark, som har arbejdet med akkreditering gennem flere år, da hendes institution har valgt et udenlandsk akkrediteringssystem. (Salting, 2008)

## **Umyndiggørelse**

En kritik af *Kvalitetsreformen* og NPM tankegangen findes i sociolog Rasmus Willig's essey *Umyndiggørelse*, som tager sit udgangspunkt i Århusianske pædagogers oplevelser med decentral styring, kvalitetsmål og evalueringer. Willig understreger, at de fund han har gjort også vil være gældende inden for andre områder f.eks. sundhedsvæsenet. En af de fremtrædende pointer er, at evaluering i sig selv, flytter fokus og ansvar fra den politiske styring af offentlige institutioner, til lederne og medarbejdere. I stedet for at placere og begrunde årsager til eventuelle kvalitetsbrist, i den måde og de vilkår, der er gældende for arbejdet (system- årsager), bliver ansvaret for kvaliteten *individualiseret*. Denne individualisering kan være en medvirkende årsag til, at personalet oplever udbrændthed og stress. Et andet aspekt som Willig's undersøgelser finder vigtig er, at der hos pædagogerne er brugt mange ressourcer til at udforme fælles retningslinjer, og at disse ressourcer er gået fra kerneydelsen. Samtidig har retningslinjerne fastsat nogle krav til pædagogerne, som de vanskeligt har tid til at opfylde, hvilket har betydet endnu mere pres på medarbejderne. Willig noterer sig, at pædagogernes grundholdning er: "Vi gør det godt, men vi kan altid gøre det bedre". Dette sammenholdt med oplevelsen af ikke at kunne leve op til standarderne, efterlader pædagogerne med et negativt selvbillede, som ryster deres professionelle autonomi. Dette får Willig til at konkludere, at pædagogerne føler sig umyndiggjort i forhold til deres professionelle kompetencer. (Willig, 2009)

## Kvalitetsreform og afbureaukratisering

Selvom kvalitetsreformen indeholder elementer for at mindske dokumentationsbyrden, i form af Afbureaukratiseringsplanen, (Regeringen, 2009) og selvom vi kan ane en politisk bevægelse, der kritiserer NPM-tendenserne i offentlige organisationer, (Gjørup et al, 2007) så er der ingen vaklen, når en nyudnævnt sundhedsminister udtaler sin begejstring over den igangværende akkrediteringsproces:

*"Hvis DDKM ikke allerede var en kendsgerning, måtte vi til at opfinde modellen... Det glæder mig at se, at læringselementet vejer mere end kontrolementet."* Bertel Haarder<sup>1</sup>, 27/8 2010.

Afbureaukratiseringsplanen indeholder 14 konkrete indsatsområder for at mindske dokumentationsbyrden for de sundhedsprofessionelle, hovedparten af indsatsområderne handler om at finde teknologiske løsninger på dokumentationsudfordringen, i form af bedre IT-systemer og sikkerhed for, at indhentede oplysninger deles, således at dobbeltregistrering minimeres. Der er ikke i de 14 punkter nogle intentioner om mindre registrering.

Kvalitetsbegrebet benyttes i mange sammenhænge, f. eks. når Regeringen taler om kvalitetsreform, Sundhedsstyrelsen om DDKM, eller når Danske Regioner har oprettet tildeling af stjerne til sygehusene som udtryk for kvalitet. Det er derimod usikkert, hvad de forskellige instanser mener med begrebet kvalitet. Hvem definerer kvalitetsbegrebet? Er der gået inflation i brugen af begrebet kvalitet? Vi vil udbrede kvalitetsbegrebet i specialet.

## QSHC: Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance

I tidsskriftet Quality and Safety in Health Care (QSHC) er der i år publiceret et *blindet, randomiseret* studie fra Australien, som undersøger virkningerne af akkreditering i sundhedsvæsnet. Undersøgelsen omfatter 19 institutioner, mere end 16 000 sundhedsprofessionelle, godt 320 000 indlagte patienter og knapt 2 millioner ambulante forløb indgår. Undersøgelsen konkluderer, at arbejdet med akkreditering har en *signifikant* positiv virkning på den organisatoriske kultur, og på ledelsen (management) af organisationen. Undersøgelsen viser en *ikke-signifikant* betydning, men en positiv trend på de kliniske ydelser. Arbejdet med akkreditering kunne *ikke* dokumenteres at have nogen effekt på arbejdsmiljøet, ligesom der heller ikke kunne spores større patientinddragelse. (Braithwaite, 2010) Resultaterne af denne forskning er banebrydende,

---

<sup>1</sup> <http://www.ikas.dk/Nyheder/Nyhedsvisning.aspx?Action=1&NewsId=89&M=NewsV2&PID=54>

idet tidligere forsøg på at afdække konsekvenser af akkreditering ikke har påvist nogen forskel. Der findes kun sparsom forskning af effekten af akkreditering.

### **KREVI: Akkreditering, kendetegn og erfaringer**

Det kommunale og regionale evalueringsinstitut, KREVI, har i 2009 udgivet en rapport, *Akkreditering, kendetegn og erfaring*, der konkluderer, at vi på nuværende tidspunkt kun har lidt systematisk viden om, hvorvidt, og i givet fald hvordan, akkreditering påvirker pleje og omsorg, men samtidig antydes det, at ledere, der har deltaget i KREVI's undersøgelse, har brugt akkrediteringsstandarderne til indirekte at forbedre kerneydelsen. Begrundelsen er, at akkreditering tvinger ledelse og personale til at reflektere over daglig praksis, når de skal forholde sig til, om standarder og procedurer er overholdt. (Scheel, 2009) KREVI har yderligere undersøgelser i støbeskeen.

### **Ph.d-afhandling: Akkreditering og klinisk praksis**

Post doc. Anne Hatting, tidligere RUC, har i sin ph.d-afhandling, *Akkreditering og klinisk praksis*, fra 2007 undersøgt og analyseret erfaringer med akkreditering i de to institutioner i det danske sundhedsvæsen, som har valgt udenlandske akkrediteringssystemer. DDKM var under udarbejdelse i 2007, og bliver kun antydningvist behandlet. Hatting har gennemført sine studier med et etnografisk design, og har lavet observationsstudier og interviews. Hun samler sin forskning i tre hovedkonklusioner:

- *"Når man prøver at skabe forandringer af arbejdsprocesser i professionelle organisationer, må man fokusere på enten kontrol eller nyskabelse og/eller udvikling. Man kan ikke med en og samme forandringsmodel forene de to mål.*
- *I forandringsprocesser indgår både rationel tænkning, manifesteret ved planlægning og forestillinger om opfyldelse af planerne, og emergent tænkning karakteriseret ved accept af manglende sammenhæng mellem stimulus og respons, og dermed uforudsigelighed.*
- *"Work-arounds", omgåelse (og ignorance) er en fast del af implementeringen af akkrediteringssystemer. Det betyder, at man kan forvente at praksis forstyrres og fornyes i et eller andet omfang, og man kan gå ind i praksis og studere handlinger, hvorved man kan få et indblik i, hvordan et system er blevet modtaget. Men man kan ikke drage entydige slutninger om best-practice, succes og fiasko." (Hatting, 2007, 391)*

Anne Hattings forskning er udført i institutioner, hvor topledelsen har set akkreditering som en mulighed for at profilere institutionerne, og derfor har valgt at indgå samarbejde med udenlandske akkrediteringsinstitutioner, det kan have influeret på resultaterne af undersøgelsen. Akkreditering i det danske sundhedsvæsen er på undersøgelsestidspunktet i sin spædste start, og udviklingen i sundhedsvæsenet har i perioden frem mod overdragelsen af DDKM til sygehusene ikke været statistisk. Vi kan genkende hovedkonklusionerne af Anne Hattings forskning i vores dagligdag, men er i tvivl om f. eks. udbredelsen af "work-around"-kulturen, ligesom vi ønsker at afdække, om de sundhedsprofessionelle i 2010 primært ser DDKM som kontrol eller læring. I ph.d-projektets perspektivering påpeges det, at det vil være vigtigt for de sundhedsprofessionelle, at der i de nye danske standarder (som er i høring på publiceringstidspunktet) tydeliggøres, hvornår formålet er kontrol, og hvornår formålet er kvalitetsudvikling og fornyelse.

### **Speciale: På sporet af dømmekraften**

Morten Brock og Jan Vernholm Groth har i januar 2009 udarbejdet speciale på CBS i Politisk Kommunikation og Ledelse, med titlen: *På sporet af dømmekraften – Den Danske Kvalitetsmodel iagttaget som nye beslutningspræmisser for beslutninger i sundhedssektoren*. De undersøger med projektet, hvordan standarder tilskrives forskellige funktioner, samt hvordan de bliver iagttaget af de praktikere, der skal anvende dem i deres beslutninger. De tager teoretisk afsæt i Luhmanns systemteori, hvor standarder indgår som beslutningspræmisser, iagttages af aktørerne, og bliver emne for kommunikation inden selektion. Deres empiriske undersøgelse er foregået som observationsstudier af klinikere, som netop har modtaget standarder fra DDKM til pilotafprøvning, og iagttagelse af klinikernes strategivalg i det efterfølgende arbejde med standarderne i pilotafprøvningen. I specialet inddrager forfatterne klassiske filosofiske begreber som *dømmekraft*, der bygger på *phronesis*, og *sophrosyne* (besindighed). De konkluderer, at klinikernes dømmekraft og klogskab, som ligger til grund for beslutninger, bliver nedvurderet med fremkomsten af standarderne i pilotafprøvning, og at standarderne ikke kan rumme de specifikke forskelligheder, som gør patienterne unikke. Vi vil afsluttende bemærke, at pilottesten af standarderne på i alt 6 sygehuse ikke førte til gennemgribende ændringer af DDKM.

## **Igangværende forskning, Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel**

Vi har desuden kendskab til en igangværende undersøgelse initieret af DSI – Dansk Sundhedsinstitut – med Marie Henriette Madsen som projektleder, formålet med dette endnu ikke publicerede projekt er at undersøge, hvordan DDKM tages i anvendelse i implementeringsfasen. Projektet tager udgangspunkt i blandt andet følgende spørgsmål: Hvilke strategier er taget i anvendelse ved implementering af DDKM? Hvilke forløb er sat i gang og hvem er involveret? Hvordan bliver DDKM's delelementer, f. eks. basisvurdering, selvevaluering og audit, brugt, og hvordan bliver de oplevet som redskaber til kvalitetsovervågning? Projektets metode vil være interview på ledelsesniveau, og af relevant personale, samt observationer på to hospitalsafdelinger. Det vil sige, at projektet har en kvalitativ tilgang til at belyse problemstillingen, som overordnet handler om læring i forbindelse med DDKM. Intentionen med projektet er, at der foreligger en vision om vidensdeling, så erfaringer indhøstede i de organisationer, som først implementerer DDKM kan udnyttes, og de organisationer, der sidst skal akkrediteres, kan få glæde af dem.

## **Personlig interesse og formål med specialet**

Vi er begge uddannede sygeplejersker med funktion som kvalitetskoordinatorer, den ene på afdelingsniveau og den anden på sygehusniveau. I funktionen som kvalitetskoordinator ligger ansvaret for implementeringen af DDKM, sammen med afdelings- /sygehusledelsen. Det betyder, at vi i vores daglige funktion arbejder med implementering af akkrediteringsstandarder og indikatorer, udformning af retningsgivende dokumenter, justering og ændring af arbejdsgange, så de lever op til kravene, indsamling af kvalitetsdata og vurdering af disse, samt medvirker til udarbejdelse af handleplaner ved kvalitetsbrist. Formålet med specialet er, at undersøge den betydning arbejdet med DDKM har haft på udviklingen i afdelingerne. Hvordan arbejdes der med skismaet mellem høj kvalitet og stigende produktionskrav? At arbejde med DDKM som sit primære område er som en svømmetur i et hajfyldt farvand, modstand og ignorering er nogle af de reaktioner vi dagligt møder. Ved at undersøge og analysere konsekvenserne af arbejdet med akkrediteringsprocessen, håber vi at kunne finde forklaringer, som breder vores perspektiv ud. Således at en nærmere undersøgelse af udbredelsen af modstand, og et indblik i modstandens karakter kan medvirke til, at der ikke bliver dannet to grupper i sygehuset, dem, der brænder for akkreditering og kan se de lovende muligheder, og dem, der bare venter på at det skal gå over igen.

## Problemformulering

**Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er beskrevet som kvalitetsudvikling og læring.**

**Hvordan er de to elementer repræsenteret i modellen?**

**Hvilke elementer har de sundhedsprofessionelle primært identificeret, og hvilken betydning har det for deres syn på akkrediteringsprocessen?**

### Afgrænsning

Vi vil i dette speciale udelukkende beskæftige os med akkrediteringsprocessen, og DDKM, på det somatiske sygehus, og fravælge hermed det store psykiatriske område. Vi fravælger at gå dybere ned i de arbejdsmiljømæssige konsekvenser af akkrediteringsprocessen. Vi har i undersøgelsen ikke inddraget institutioner, som har været akkrediteret efter udenlandske systemer, og kan derfor ikke sige noget om den langsigtede effekt af akkreditering. Vi fravælger en systematisk gennemgang af standarderne med henblik på at vurdere standardens bagvedliggende intention om kontrol eller læring, men vi vil inddrage enkelte standarder som eksempler. Vi har i vores empiriske undersøgelse valgt at lave denne på to institutioner i to regioner, således at der i alt involveres respondenter fra 8 forskellige matrikler. De to institutioner er på forskellige steder i akkrediteringsprocessen, Sygehus Vendsyssel havde ekstern survey i uge 44, 2010, og Hospitalsenheden Vest skal have det i uge 13, 2011.

### Begrebsafklaring

#### Kvalitet

Kvalitetsbegrebet vil blive udfoldet senere i specialet.

#### Kvalitetsudvikling

DDKM bygger på den grundlæggende model for systematisk kvalitetsudvikling, som tager udgangspunkt i kvalitetscirkelns 4 trin, plan – do – study – act.

Kvalitetsudvikling er et overordnet begreb for de aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at fremme kvaliteten af sundhedsvæsnets indsats inden



for de eksisterende rammer af den etablerede viden. Kvalitetsforbedring bruges synonymt med kvalitetsudvikling. (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsnet, 2003)

### **Sundhedsprofessionelle**

Vi har i specialet defineret de sundhedsprofessionelle bredt, idet vi medtager alle ansatte på sygehuset. Alle har en funktion og indgår i det system, som varetager diagnosticering, behandling, pleje og rehabilitering af patienter, eller deltager i støtte-, administrative eller ledelsesfunktioner. Dette gør vi ud fra den betragtning, at det er institutionen/sygehuset som samlet skal akkrediteres, og at alle ansattes funktioner er betydningsfulde.

### **Læsevejledning**

Til belysning af problemformuleringen har vi valgt en kombination af litteraturstudier, og en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse. Vi vil derfor i metodekapitlet redegøre for valg af teori, og særsomt redegøre for metoden til den empiriske undersøgelse. Herefter vil vi behandle undersøgelsens validitet og reliabilitet, samt fremlægge bias. Vi vil i slutningen af metodekapitlet ridse op, hvem vores respondentgruppe består af, og hvordan vi i et hermeneutisk forståelse vil tolke de bemærkninger respondenterne har haft mulighed for at afgive.

Herefter følger et kapitel med en gennemgang af DDKM, hvis læseren i forvejen har et indgående kendskab til DDKM, kan man nøjes med at læse det korte resume sidst i kapitlet.

For den videre opbygning af opgaven henvises til indholdsfortegnelsen, der indeholder kapiteloverskriften samt underoverskrifter på alle afsnit.

Vi gør opmærksom på, at der i analysen af empirien er udarbejdet en del krydstabeller, som indgår i opgaven i tekstform, dvs. ikke alle krydstabeller indgår som figurer i opgaven, men kan findes som bilag.

Der er indsat delkonklusioner med de vigtigste data fra spørgeskemaet som en afslutning i afsnittene, hvori de indgår. Disse delkonklusioner er ikke i fuldt omfang repeteret i konklusionen af hensyn til læsevenligheden.

### **Metode**

Metodebeskrivelsen er opbygget i tre afsnit, første del som beskriver vores teoretiske valg og fravalg, og anden del som beskriver analysestrategi, og tredje del som beskriver den empiriske undersøgelse.

## **Teorivalg**

I vores valg af litteratur er vi styret af et ønske om at behandle DDKM som et fænomen, der indeholder læring og kontrol. Vi har derfor fundet det hensigtsmæssigt at bygge specialet op som en mosaik af teoretiske begreber hentet fra flere forfattere. Vi har valgt vores teoretikere hovedsageligt indenfor den konstruktivistiske tradition. Vores teorivalg har dannet baggrund for analysen af DDKM, og samtidig været styrende for udformningen af vores spørgeskema, hvilket fremgår af afsnittet om *udformning af spørgsmål*. Vi benytter ikke de inddragede teorier i deres helhed, men inddrager dem relativt snævert til konstruktionen af spørgsmål, og som udgangspunkt for vores analyse.

## **Søgestrategi**

Vi har modtaget hjælp til søgning i tidsskrifter fra forskningsbibliotekaren i Region Midt, søgestrategien fremgår af bilag 1.

Derudover har vi i høj grad brugt kædesøgning, hvor vi fra pensums litteraturlister er blevet peget i interessante retninger.

## **Bech**

Ulrich Beck er valgt, fordi han som sociolog med sin udgivelse af bogen *Risikosamfundet* i 1986, introducerer et begreb, der samlede en kritisk samtidsdiagnose af det moderne kapitalistiske velfærdssamfund. Vi mener, at han med begrebet risikosamfund tilbyder et perspektiv, som kan være med til at belyse, hvorfor begrebet kvalitet får en så omsigribende udbredelse i vores samfund.

## **Foucault**

Michel Foucault er valgt i forhold til analyserammen, hvor han med sin diskursive analyse tilbyder en særlig optik at betragte fænomener på, at forholde sig direkte analyserende til de ord og begreber, der beskriver fænomenet. Diskursanalysen i sin fulde form indeholder en genealogisk analyse af fænomenet, hvor snit fra historien bruges som illustrationer på en anderledes opfattelse af udøvelsen af magt. I DDKM bruges ordet overvågning som en overskrift for et af trinene i kvalitetscirklen, vi mener derfor, at Foucault magtbegreb, og især hans opmærksomhed på fænomenet *panoptikon*, kan bidrage til, at vi får et nuanceret syn på DDKM.

## **Bateson**

Vi er klar over, at selvom formålet med en given aktivitet er *kontrol*, sker der altid læring, vores perspektiv på læring tager sit udgangspunkt i Gregory Bateson, der ser, at der er en tæt kobling mellem læring og forandring, og definerer læring som:

*"... en forandring over tid i den måde en organisme reagerer på et givent signal."* (Keiding og Laursen, s. 39)

Forandringen kan defineres som ændrede handlingsmønstre, men også som ændrede mentale strukturer, dvs. den ramme vi har for erkendelse. DDKM initierer organisatorisk læring og forandringsprocesser i institutionerne, men for at der kan ske forandringer – kvalitetsudvikling – er det aktørerne, der først skal forandre sig/ændre handlemønstre. Det vil sige, at vi, inden vi kan beskæftige os med organisatorisk læring, må se på den individuelle læring, dette er i tråd med det syn på læring, som Argyris og Schön udtrykker.

## **Argyris og Schön**

Chris Argyris og Donald Schön har med deres begreb *mismatch* som forudsætning for læring givet en forklaringsmodel, som vi ser, kan have sammenhæng med kvalitetscirklen, når emnet er organisatorisk læring. Kvalitetscirklen kan ses som DDKM's måde at kontrollere identifikationen af mismatch. Argyris/Schön henter inspiration til deres teori om læring i organisationer fra Batesons begrebsapparat.

Vi anerkender, at de sundhedsprofessionelle i høj grad benytter praksisfællesskabet som læringsrum, men vi fravælger i specialet læringsteori med dette perspektiv.

Vi har fravalgt Peter Senges teori om den femte disciplin, idet vi mener, at hans beskrivelse af den lærende organisation ligger meget langt fra intentionerne med DDKM på grund af det stærke element af kontrol.

## **Donabedian**

Avedis Donabedian er valgt, fordi han er sundhedsvæsnets "grand-old-man" i forhold til forskning i kvalitet. Han har haft indflydelse på udarbejdelse af begreber og definitioner, der ligger til grund for WHO's definitioner, og dermed også de danske definitioner. Hans udgangspunkt er naturvidenskabelige metoder til at afdække kvaliteten af pleje og behandling, men i den sidste del af hans forfatterskab vægter han patientens oplevelse af kvalitet med samme styrke, og bliver optaget af at udvikle metoder til at indfange denne viden.

## **Dahler-Larsen**

Peter Dahler-Larsen har med sin bog fra 2008 *Kvalitetens Beskaffenhed* givet sit perspektiv på, hvordan kvalitetsbegrebet gennemsyrrer samfundet. Han har anlagt et genealogisk analyseperspektiv, og forholder sig kritisk til kvalitetsbegrebets store udbredelse. Dahler-Larsen er valgt som repræsentant for den store gruppe forskere, der beskæftiger sig med evaluering som genstand for forskning eller som genstandsfelt for konsulentarbejde. Denne gruppe har med udgangspunkt i det evalueringsteoretiske paradigme forholdt sig meget kritisk til akkrediteringsprojekter eksemplificeret med DDKM.

Vi fravælger en dybere analyse af DDKM ud fra et evalueringsteoretisk perspektiv, velvidende at DDKM placerer sig i familien af ældre evalueringsmetoder. (Krogstrup og Dahler-Larsen, 2006)

## **Analysestrategi**

Vores undersøgelsesdesign består af to dele. En analyse af kvalitetsbegrebet, som det fremtræder i DDKM, ved hjælp af elementer fra diskursanalysen, og en empirisk undersøgelse af udbredelsen af personalets vurdering af læring og kontrol i akkrediteringsprocessen, ved hjælp af en kvantitativ tilgang. I analysen af det statistiske materiale vil vi benytte SPSS<sup>2</sup>, idet vi finder analyseredskabet i det spørgeskemaprogram, vi har fået stillet til rådighed af Aalborg Universitet, kun i begrænset omfang opfylder vore behov. Vi giver respondenterne mulighed for, ved hjælp af bemærkningsfelter at komme med kommentarer og oplevelser og dermed berette om subjektive opfattelser. Vi supplerer derfor de statistiske data og konklusioner med en hermeneutisk analysetilgang til respondenternes udsagn. Det vil sige, at vi vil meningskondensere udsagnene for derigennem at nærme os en metodetriangulering. Opsummerende betyder det, at vores endelige konklusioner vil udspringe af diskursanalysen af DDKM, statistisk analyse af empirien samt hermeneutisk behandling af respondentudsagn.

---

<sup>2</sup> **SPSS** er et program til håndtering af data til statistiske analyser. Programmet er modulbaseret med et omfattende basismodul, der udover de mest almindelige beregninger indenfor statistik, også omfatter datahåndtering og værktøjer til grafisk fremstilling af resultaterne.

## **Metode til indsamling af empiri**

I vores problemformulering rejser vi spørgsmålet om, hvilke elementer de sundhedsprofessionelle primært har identificeret (kvalitetsudvikling eller læring) i DDKM, og hvilken betydning det har for deres syn på akkrediteringsprocessen. Vi ønsker at undersøge udbredelsen af de implikationer akkrediteringen har på de sundhedsprofessionelle. Følgende afsnit indeholde en beskrivelse af den metode vi vil benytte til indsamling af empiri via spørgeskema, og de overvejelser, der ligger til grund for formulering af spørgsmålene. Vi er klar over, at spørgeskemaet som metode til indsamling af empiri, som handler om betydningen af et givent fænomen har sine begrænsninger. Men vi mener, at med den forforståelse vi har i forhold til emnet akkreditering, er det muligt at formulere spørgsmål, som i stort omfang finder genklang hos respondenterne. Ligesom vi med muligheden for, at respondenterne kan indsætte bemærkninger, giver os mulighed for at få øje på nye perspektiver.

## **Population – inklusion og eksklusion**

Studiepopulationen består af alle sundhedsprofessionelle ved Sygehus Vendsyssel og alle medarbejdere med mailadresse ved Hospitalsenheden Vest. Der er i de to institutioner valgt forskellige strategier i forhold til at give medarbejderne adgang til arbejds-mailadresser. Ved Sygehus Vendsyssel har alle medarbejdere mailadresser, og der er fra ledelsens side udtrykt forventning om, at alle har kompetencer til at kunne læse og afsende mails. Et konkret eksempel er, at lønsedler udelukkende udsendes elektronisk. Der er formuleret en politik for institutionen, hvor det fremgår, at alle medarbejdere er forpligtet til at tømme egen postkasse dagligt. Ved Hospitalsenheden Vest er beslutningen om, hvorvidt medarbejdere skal have e-mail placeret hos afdelingsledelserne, ligesom udgifterne ligger på afdelingsniveau. Det betyder, at der kan være stor forskel på, hvor mange, og hvilke medarbejdere, der har mail-adgang. I afdelinger, der har valgt, at det kun er et begrænset antal medarbejdere, der har mail, vil det primært være basispersonale og personale med servicefunktioner, der ikke har mail. For at imødegå forskellen i udbredelsen benyttes der ved opgørelse af populationens størrelse to fremgangsmåder. Ved Sygehus Vendsyssel sammenholdes antallet af respondenter med antallet af ansatte, ved Hospitalsenheden Vest sammenholdes antallet af respondenter med antallet af udsendte spørgeskemaer. Det betyder, at vi kun med varsomhed kan sammenligne de to institutioner. (Koch og Vallgård, 2003)

Populationen er valgt ud fra pragmatiske betragtninger om adgang til feltet, men også for Sygehus Vendsyssels vedkommende, fordi der med spørgeskemaet kan siges at foregå en slags evaluering af det eksterne survey, som er fundet sted 2 uger tidligere.

Hospitalsenheden Vest repræsenterer en institution, som står foran det eksterne survey, og derfor er på et andet stadie i akkrediteringsprocessen.

### **Adgang til feltet**

Sygehusledelserne ved de to institutioner er kontaktet direkte med henblik på at få deres godkendelse til udsendelse af spørgeskemaet. Vi kan formode, at fordi begge institutioner befinder sig midt i akkrediteringsprocessen, så vil det være af interesse for ledelserne, hvad vores undersøgelse viser, og derfor lette vores adgang til feltet.

### **Metode til udarbejdelse af spørgeskema**

De første spørgsmål i spørgeskemaet omhandler baggrundsinformation om respondenterne, hvilken institution er der tale om, hvilken afdeling, hvilken faggruppe og om respondenterne har ledelsesansvar. Peter Nielsen anbefaler, at baggrundsspørgsmål gemmes til sidst i spørgeskemaet, og at det første spørgsmål er interessant, spændende og appetitvækkende. (Nielsen, 2010, slides fra undervisning) Han gør opmærksom på, at når vi konstruerer vores spørgsmål som måleinstrumenter, skal vi være bevidste om hukommelses- og genkaldelsesproblemet, og ikke mindst respondenternes sprogforståelse. (Nielsen, 2003, 84-85) Vi vælger derfor, at indlede spørgeskemaet med baggrundsinformation, fordi disse spørgsmål er umiddelbart genkendelige og lette for respondenterne at forholde sig til, men ligeledes for at adressere genkaldelsesproblematikken og repetere ord og begreber, som knytter sig til akkrediteringsprocessen.

### **Udformning af spørgsmål**

Et spørgsmål omhandler hvor længe respondenterne har været uddannede, vores interesse er her, at indfange gruppen af nyuddannede, ud fra det teoretiske perspektiv, som tilbydes af Dreyfus og Dreyfus med novicebegrebet (Dreyfus, 1999), i det vi formoder, at den nyuddannede i endnu højere grad vil finde de retningsgivende dokumenter<sup>3</sup> nyttige og derfor bruge meget tid på dem. (Brock, 2009, s 51) Vi vil også kunne formode, at novicen vil vurdere, at hun bruger meget tid på dokumentation, men at hun sammenlagt vil vurdere akkrediteringsprocessen positivt, fordi akkrediteringen medvirker til at reducere kompleksiteten.

---

<sup>3</sup> De retningsgivende dokumenter omhandler her dokumenter, som udarbejdes i forbindelse med DDKM, herom senere.

Vi spørger til de sundhedsprofessionelles rolle i akkrediteringsprocessen, ud fra en erfaring om, at opgaverne koncentrerer sig på få hænder, sagt med en metafor: at kampen for den gode kvalitet udkæmpes af Tordenskjolds soldater. Det efterfølgende spørgsmål, som omhandler hvilke opgaver respondenterne har varetaget i akkrediteringsprocessen har flere formål, for det første adresserer vi genkaldelsesproblemet ved at liste meget bredt, hvilke opgaver man kan have været involveret i, det bliver vigtigt i forhold til det næste spørgsmål vedrørende tidsforbrug. For det andet kan spørgsmålet betragtes som en verificering af det foregående spørgsmål.

Spørgsmålet om respondenternes *tidsforbrug* er interessant ud fra en antagelse om, at akkrediteringsprocessen, som er en ny teknik de sundhedsprofessionelle tilegner sig, kan betragtes ud fra Dewey's tese om "learning-by-doing". (Dewey, 1969) Det er ikke muligt at stille spørgsmål af typen: "Hvad lærte du?" i spørgeskemaets form, vi har derfor operationaliseret begrebet læring. Vi antager, at læring i forbindelse med DDKM blandt andet består af at tilegne sig kendskab til dét, der står i de retningsgivende dokumenter, som er udarbejdet i forbindelse med DDKM. At læse og forholde sig til disse dokumenter er en tidskrævende aktivitet, vi mener derfor, det er relevant at spørge til personalets subjektive vurdering af tidsforbrug.

De næste spørgsmål handler om, hvordan akkrediteringsprocessen påvirker det daglige arbejde. Her spørges til *læringsperspektivet* ved DDKM, læring er et metabegreb, og bliver operationaliseret til spørgsmål om de sundhedsprofessionelle har opdaget, at der er udarbejdet nye retningsgivende dokumenter indenfor deres arbejdsområder, og om disse har ført til ændring af arbejdsgange og rutiner. I Batesons læringsforståelse er det vigtigste element *relationen* til omgivelserne, det bliver derfor interessant at undersøge, i hvilket omfang de nye dokumenter har styrket den faglige dialog blandt de sundhedsprofessionelle.

I spørgeskemaets spørgsmål forsøger at klarlægge respondenternes *holdning til akkrediteringsprocessen* i forhold til de af os udvalgte svarmuligheder. I holdningsspørgsmålene spørger vi til to centrale elementer i DDKM, *patientsikkerhedsarbejdet* og *brugerperspektivet*. Vi forsøger at afdække respondenternes holdning til diskursen om dokumentationsbyrden.

De næste spørgsmål forsøger at afdække, om respondenterne oplever akkreditering som *kontrol*. Vi er opmærksomme på, at begrebet kontrol er negativt ladet, og derfor ikke kan benyttes i formulering af spørgsmålet. Vi nærmer os emnet ved i det ene spørgsmål at bruge en dagligdags formulering: "At kigge over skulderen", og i den næste spørgsmål

en formulering: "Overvågning", som benyttes i DDKM. Det sidste spørgsmål, hvor fokus er rettet mod kontrol, tager sit udgangspunkt i Hattings forskning, hvor hun med sin antropologiske tilgang vurderer, at kontrol, retningslinjer og instrukser virker hæmmende på kreativitet og motivation til at iværksætte forandringer.

I finalespørgsmålet bedes respondenterne komme med en samlet vurdering af akkrediteringsprocessen, ud fra respondentens subjektive vurdering af nytteværdien for dem selv og for patienterne. Der er to steder mulighed for, at respondenterne kan tilføje kvalitative udsagn.

### **Spørgeskema**

Spørgeskemaet er udviklet i programmet SurveyXact, som stilles til rådighed for studerende ved Aalborg Universitet. Link til SurveyXact findes i den mail, som respondenterne modtager. Kontaktmail og spørgeskema findes som bilag 2 og 3. Spørgeskemaet er udsendt pr. mail samme dag i de to institutioner. Vi vælger at lade dataindsamlingsperioden køre over en periode på 11 dage, ud fra en betragtning om, at så har hovedparten, inklusive de deltidsansatte, været på arbejde. Vi vælger desuden at lade dataindsamlingsperioden køre hen over et månedsskift ud fra en betragtning om, at de sundhedsprofessionelle modtager deres lønseddel på mail, og at vi ved at have undersøgelsen over denne periode vil kunne få nogle af de sundhedsprofessionelle i tale, som ikke benytter mail som en daglig del af deres arbejde.

Vi vælger ikke at udsende rykker-mail med opfordring om at svare på undersøgelsen af to årsager, dels den metodologiske problemstilling, der er i, at der kan svares på spørgeskemaet flere gange, og dels en pragmatisk holdning om ikke at ville forstyrre feltet unødigt.

### **Validitet**

Vi har udsendt spørgeskemaet i pilotafprøvning i begge institutioner til ca. 25 personer, og har efterfølgende præciseret enkelte spørgsmål og kategorier. Der er i SurveyXact indbygget en mulighed for at validere de enkelte spørgsmål, ved at markere hvilke svarmuligheder, der ikke kan vælges samtidig. Denne funktionalitet er benyttet, hvor det har været relevant. Der er ligeledes indbygget en funktionalitet, hvor vi som designere kan vælge, at spørgsmålet *skal* besvares, før man får tilbudt det næste spørgsmål, denne funktionalitet er benyttet i fuld udstrækning i afkrydsningsspørgsmålene, men fravalgt ved bemærkningsfelterne.



Der er i spørgeskemaet valgt *svarkategorier* blandt de muligheder, der tilbydes af SurveyXact, disse svarmuligheder er videnskabeligt anerkendte, således at der er en ligelig fordeling mellem positive og negative svarmuligheder.

Vi har valgt at udlodde en gevinst blandt deltagerne, ud fra en betragtning om at respondenter, som har særlige opgaver i forbindelse med akkrediteringsprocessen i større omfang vil besvare spørgeskemaet. Udlodningen er følgelig tænkt til at kunne vække interesse for spørgeskemaet hos grupper, som umiddelbart ikke kan se eller genkende sig i akkrediteringsprocessen.

Respondenterne kodes i SurveyXact med en unik respondentkode, således at anonymiteten bevares. Det ligger i kombinationen af SurveyXact og adgangen udsendt som mail, at respondenter kan besvare spørgeskemaet flere gange, idet mailen, som indeholder linket, kan åbnes igen. Vi har ikke mulighed for at se gengangere på grund af det unikke respondentnummer, men hvis respondenter har opgivet sin mailadresse med henblik på at deltage i konkurrencen vil dette fremgå af den liste, hvorfra vinderen udtrækkes. Eventuelle gengangere kan ikke sorteres fra, da vi ikke kan koble *bemærkningsfeltet* sammen med respondentnummeret.

### **Reliabilitet**

Spørgeskemaundersøgelsen foretages på unikke tidspunkter i forhold til de to institutioners akkrediteringsbesøg, for Hospitalsenheden Vest godt 4 måneder før, og for Sygehus Vendsyssel 2 uger efter. Det betyder, at det er et øjebliksbillede af to institutioner på hvert sit stadie i en proces. I forhold til undersøgelsens *reproducerbarhed* vil spørgeskemaet kunne udsendes i de samme, eller andre institutioner, men vil sandsynligvis resultere i andre data, fordi det er en proces, vi undersøger. Udformningen af spørgsmålene er rettet direkte mod de to institutioner i undersøgelsen, f.eks. når der henvises til dokumentstyringssystemerne PRI og e-Dok, eller når respondenterne afkrydser, hvilke roller de har haft i akkrediteringsprocessen. Det betyder, at spørgeskemaet vil skulle tilpasses, inden det kan anvendes i institutioner udenfor Region Nord og Region Midt.

### **Bias af generel karakter**

Der er mulighed for bias i undersøgelsen, fordi vi vælger at undersøge et felt, som vi selv er en del af. Vores forforståelse kan have haft indflydelse på udformningen af

spørgsmålene, samt på udvælgelsen af, hvilke spørgsmål vi har fundet det interessant at stille. Men vores kendskab til feltet har også været med til at kvalificere spørgsmålene, vi har kunnet benytte termer, der direkte relaterer sig til de to institutioner, dette gælder f.eks. betegnelser på mulige roller i forbindelse med akkrediteringsprocessen.

Der kan være bias i forhold til, at vi i nogen udstrækning er kolleger/samarbejdspartnere til respondenterne i hverdagen. Dette vil kunne have indflydelse på sandhedsværdien af nogle respondents svar, ligesom det kan betyde, at nogle respondenter vil vælge at svare, primært fordi de kender os.

Der kan være bias i forhold til, at de to institutioners ansatte ikke direkte kan sammenlignes, bl.a. på grund af institutionernes forskellige tilgang til de sundhedsprofessionelles adgang til arbejdsmail.

### **Bias i forhold til spørgeskemaet**

Det er bias, at linket med adgang til spørgeskemaet kan åbnes flere gange, dvs. at der kan være gengangere i respondentgruppen.

Det er bias, at vi i spørgsmål 3, som handler om respondenternes faggruppe har glemt terapeuterne og jordemødrene som grupper. Der er en gruppe defineret som *andet*, men vi risikerer, at respondenter fra disse faggrupper har valgt vores undersøgelse fra ved dette spørgsmål, og derfor vil være underrepræsenteret i undersøgelsen.

## **Opgørelse af respondenter**

### **Svarprocent på spørgeskemaet**

Der er i alt udsendt 4782 mails med adgang til spørgeskemaet på begge institutioner, fordelt således:

Figur 1

<b>Institution</b>	<b>Udsendte link til spørgeskema</b>	<b>Respondenter</b>	<b>Svarprocent</b>
Hospitalsenheden Vest - HEV	3051	896	29 %
Sygehus Vendsyssel	1731	530	31 %
I alt	4782	1426	30 %

Med en svarprocent på 30, som er ganske pænt for en internetbaseret undersøgelse, men som alligevel ikke lever op til almindelige videnskabelige krav om svarprocenter på 60-70, synes det væsentligt at undersøge, om de respondenter, der har svaret på

spørgeskemaet, skiller sig særligt ud fra stikprøven som helhed. Det er sandsynligt, at respondenter, der har været meget involveret i akkrediteringsprocessen, vil være mere tilbøjelige til at svare på spørgeskemaet, end respondenter, der har været mindre involveret, og derfor vil være overrepræsenteret i besvarelsene. De sundhedsprofessionelle, der har let adgang til computere, og bruger computere i det daglige arbejde, vil også være overrepræsenteret i vores respondentgruppe. Helt overordnet kan siges, at undersøgelsen ikke lever op til krav for statistisk generaliserbarhed, men den kan formentlig sige noget om populationen.

Som det fremgår af figur 1, er der betydelig forskel på institutionernes størrelse, men hvis vi sammenligner den procentvisefordeling af ansatte med den procentvise fordeling af respondenter fra de to institutioner, kan vi se, at der den samme fordeling. Hvilket også kommer til udtryk i svarprocenterne.

Som tidligere nævnt har ikke alle ansatte ved Hospitalsenheden Vest mailadresse. Det drejer sig om i alt 898 personer. Vi ved ikke, om disse personer varetager særlige roller i forbindelse med akkrediteringsprocessen.

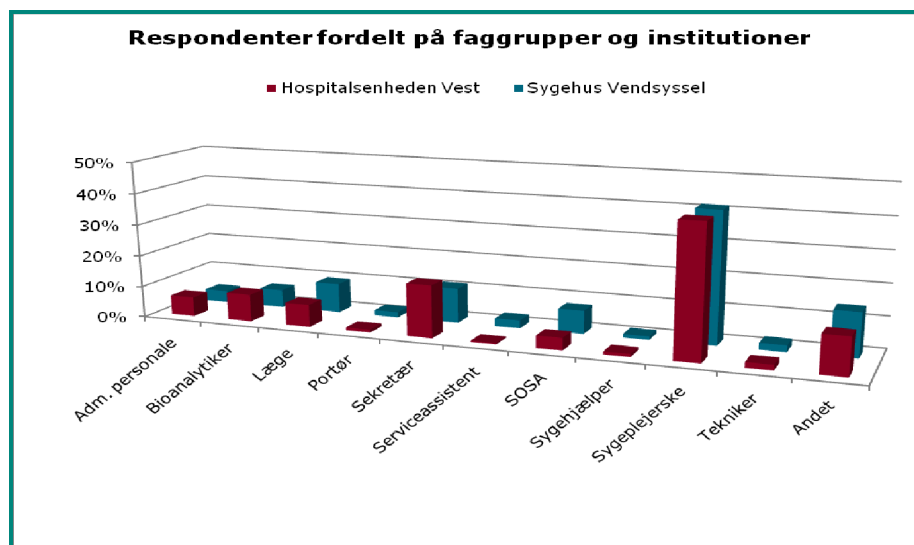
Nogle af respondenternes besvarelser er ikke komplette, eller spørgeskemaet er ikke blevet lukket korrekt, men de indgår i analysen i den udstrækning, de har besvaret spørgsmålene. Det drejer sig om i alt 280 respondenter.

Det fulde datasæt i SurveyXact, indgår som bilag i form af en CD. Respondenternes bemærkninger indgår sorteret efter faggruppe som bilag 7.

### **Respondenternes fordeling på personalegrupper**

Nedenstående figur viser et samlet overblik over, hvordan respondenterne er placeret i de forskellige faggrupper og disse faggruppers procentvise bidrag til undersøgelsen. Som det fremgår, er der ikke væsentlige forskelle mellem de to institutioners grupperinger. Vi vil derfor efterfølgende, når vi betragter enkelte faggrupper kunne samle disse fra begge institutioner, og f.eks. analysere hvad den samlede gruppe af sygeplejersker har svaret.

Figur 2



Respondenternes fordeling mellem faggrupper kan kun vanskeligt sammenholdes med størrelsen af faggrupperne ved institutionerne, fordi der benyttes forskellige opgørelsesmetoder og gruppen af deltidsansatte ikke kan oplyses. Det er derfor ikke muligt at sige entydigt, om undersøgelsen er repræsentativ i forhold til fordelingen mellem faggrupperne. Men hvis vi udvælger gruppen af læger og *forudsætter*, at alle læger er fuldtidsansatte, kan vi se, at antallet af læger ved Sygehus Vendsyssel udgør 7,7 % af antal ansatte<sup>4</sup>, og udgør 9,4 % af respondenterne fra Sygehus Vendsyssel. Ved Hospitalsenheden Vest udgør lægegruppen 11,7 % af antal ansatte<sup>5</sup>, men kun 7,1 % af respondenterne fra Hospitalsenheden Vest.

Sygeplejerskegruppen er den gruppe, som fylder blandt respondenter, idet de bidrager med 41 % ved begge institutioner. Den eneste gruppe, hvor vi ser en påfaldende forskel mellem institutionerne er for sekretærgruppen, men da vi ikke har data om sekretærgruppens størrelse ved de to institutioner, kan vi ikke afgøre, om forskellen udelukkende skyldes, at sekretærgruppen er større ved Hospitalsenheden Vest end ved Sygehus Vendsyssel.

Af tabel B i bilag 6 fremgår det, at der er enkelte personalegrupper med få respondenter, det drejer sig om sygehjælpere og portører. Sammenfaldende for disse grupper ses, at en forholdsvis stor andel har en rolle tildelt. Dette kan skyldes, at det indenfor disse personalegrupper fortrinsvist vil være respondenter, der er involveret i akkrediteringsprocessen, der vil være tilbøjelige til at besvare et spørgeskema med dette tema. Det kan også skyldes, at det indenfor disse personalegrupper primært er ansatte

<sup>4</sup> [Nøgletal for Sygehus Vendsyssel](#)

<sup>5</sup> Oplyst af lønningskontoret, Hospitalsenheden Vest, 1/12 2010

med særlige ansvarsområder, der vil være tilbøjelige til at sætte sig ved en computer. Og for personale fra Hospitalsenheden Vest kan det skyldes, at det fortrinsvist vil være personer med særlige ansvarsområder, der er tilbudt en mailadresse. Samme tendens, men med mindre tydelighed kan ses hos teknikerpersonalet.

### **De kvalitative data fra spørgeskemaets bemærkningsfelter**

Spørgeskemaet indeholder to muligheder for respondenterne til at aflevere bemærkninger i fritekst. Vi har i alt modtaget 210 udsagn i de to felter. Vi vil meningskondensere disse udsagn i forhold til, hvordan respondenterne ser på DDKM, og vi har derfor fundet det nødvendigt at opdele svarene i 5 kategorier. Kategorierne kan ses i nedenstående figur.

Figur 3.

<b>Kategori</b>	<b>Antal udsagn</b>
Kategori 1 De positive respondenter. Udsagnet har overvejende positiv karakter	40 udsagn
Kategori 0 Både-og respondenter. Udsagnet udtrykker både negative og positive værdier	42 udsagn
Kategori 2 Tvivler respondenter. Udsagnet udtrykker ingen klar holdning, forholder sig afventende	23 udsagn
Kategori 3 De negative respondenter. Udsagnet har overvejende negativ karakter	47 udsagn
Udenfor kategori/relevans. Udsagnet indeholder ikke elementer, der vedrører akkrediteringsprocessen	58 udsagn

Når udtalelser fra respondenter drages ind i analysen vil faggruppen fremgå, så vidt det er muligt, ligesom bemærkningen kan være forkortet.

## Den Danske Kvalitetsmodel

I dette afsnit vil vi foretage en gennemgang af DDKM og de forskellige elementer, som modellen består af. Vi har fundet det nødvendigt at gennemgå hele forløbet, dels fordi vi ikke kan forvente, at læseren kender elementerne i modellen, og dels fordi vi vil benytte disse elementer når vi behandler lærings- og kontrolbegreberne.

### Historik og formål

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) blev overdraget til sundhedsvæsnets d. 17. August 2009. Modellen blev undfanget i efteråret 2002 i en nærmest historisk beslutning fra de centrale aktører, nemlig Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) og Amtsrådsforeningen, der enedes om at danne Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsnets (IKAS). Der var flere væsentlige årsager til, at projektet blev igangsat på netop dette tidspunkt. En ikke uvæsentlig faktor var bl.a. en undersøgelse fra 2001 (Schiøler et al, 2001), som i medierne blev udlagt, som om der hvert år døde 5.000 patienter på danske sygehuse som følge af kvalitetssvigt og utilsigtede hændelser. På dette tidspunkt var H:S og Sønderjyllands Amt allerede i gang med at kvalitetssikre via udenlandske akkrediteringssystemer, og der var en generel erkendelse af, der skulle handles.

IKAS med bestyrelse har det overordnede ansvar for DDKM's strategi, udvikling af standarder og indikatorer, og planlægning af de processer, der skal føre til, at alle danske sygehuse er tildelt en akkrediteringsstatus i løbet af de kommende to år. IKAS er involveret i akkreditering af hele det danske sundhedsvæsen, men vi vil i dette speciale udelukkende beskæftige os med akkrediteringsprocessen på sygehusene, vel vidende at et af formålene med DDKM er sammenhængende patientforløb på tværs af sektorerne. (DDKM, 2009, s. 9)

Formålet med DDKM er følgende:

- at fremme **kvaliteten** af patientforløb
- at fremme **udviklingen** af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- at **synliggøre** kvaliteten i sundhedsvæsnets

IKAS angiver, at DDKM er udviklet med intentionen at skabe læring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnets gennem kontinuerlig vurdering af den enkelte institutions<sup>6</sup> resultater.

---

<sup>6</sup> IKAS bruger begreberne institution og enheder i standarderne. I opgaven vil institution betyde sygehus, og enhed vil betyde afdeling eller afsnit.

Modellen indeholder 104 akkrediteringsstandarder og 442 indikatorer. Akkrediteringsstandarden angiver et *emne*, og indikatorerne viser *målepunkterne*. Akkrediteringsstandarderne er opdelt i tre temaer, de organisatoriske standarder, de generelle patientforløbsstandarder og de sygdomsspecifikke standarder. For den sidste gruppe gælder, at der udelukkende er inddraget sygdomsområder/diagnoser, hvor der i forvejen arbejdes systematisk med kvaliteten, f.eks. NIP – Nationale Indikator Projekt. Oversigt over samtlige standarder kan ses i bilag 4. Standardernes fulde tekst kan ses på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) <sup>7</sup>

### **Plan – do – study - act**

Alle akkrediteringsstandarderne er opbygget efter en grundskabelon, se denne grundskabelon i bilag 5. DDKM og akkrediteringsstandarderne bygger på principperne i kvalitetscirklen:

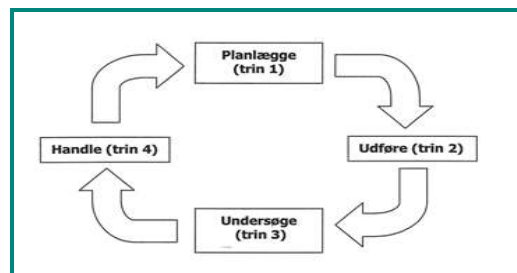
- *Plan* – trin 1 - der skal udarbejdes retningsgivende dokumenter for emnet, og der kan i akkrediteringsstandarderne være beskrevet, hvilke elementer det retningsgivende dokument som minimum skal indeholde. Gældende love og bekendtgørelser indskrives i de retningsgivende dokumenter.
- *Do* – trin 2 – her stilles krav om kendskab og implementering af de retningsgivende dokumenter. Begreberne *kender og anvender* bruges på trin 2, disse begreber er hentet fra Bloom´s taksonomi, og dækker her de tre laveste indlæringsmål. (Bloom, 1974) Trin 2 vil i de fleste tilfælde blive vurderet ved hjælp af observation og interviews i forbindelse med surveyornes besøg i afdelingerne.
- *Study* – trin 3 – beskriver kvalitetsovervågning. Til opfyldelse af indikatorer på trin 3 benyttes forskellige datakilder:
  - Nationale kvalitetsdatabaser f.eks. NIP<sup>8</sup> eller andre kliniske databaser
  - LUP – Landsundersøgelsen af Patientoplevelser
  - UTH – Utiliserte hændelser indrapporteret til DPSD – Dansk Patientsikkerhedsdatabase
  - Journalaudits gennemført på afdelings- eller enhedsniveau
  - Observation og registrering

<sup>7</sup> [Direkte link til akkrediteringsstandarderne for sygehuse](#)

<sup>8</sup> NIP- Nationale Indikator Projekt, er et klinisk referenceprogram som omfatter udvalgte diagnoser og sætter mål for diagnosticering, pleje, behandling og rehabilitering. Data til NIP trækkes centralt fra PAS – patientregistreringssystemet og LPR – Lands Patient Registeret. Der skal afholdes regionale audits, med udgangspunkt i de NIP registrerende afdelingers resultater, ligesom regionerne har pligt til at beskrive indsatsområder. NIP resultaterne offentliggøres på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

- *Act* – trin 4 – forudsætter, at data fra trin 3 vurderes og analyseres, og at der på baggrund heraf træffes ledelsesmæssige beslutninger om, hvorvidt kvalitetsniveauet er tilfredsstillende, eller om der er behov for at iværksætte kvalitetsforbedrende tiltag. Der udarbejdes handleplaner. Handleplanerne skal indeholde analysen, det nye mål, vurdering af de ressourcer, der er til rådighed for at nå målet, en tidsplan og en fastsættelse af hvem, der er ansvarlig for planens gennemførelse.

Kvalitetscirklen er illustreret i figur 4.



(DDKM, 2009, s. 11)

Kvaliteten udvikles på denne måde gennem en serie af cirkelforløb. Det centrale er her, at kvalitetsovervågning ikke i sig selv fører til bedre resultater, men først nyttiggøres, når overvågningsdata vurderes af fagpersoner og lægges til grund for en prioriteret iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedringer.

## Survey

Den Danske Kvalitetsmodel er en akkrediteringsmodel, og den er følgelig baseret på ekstern *survey*, som en vigtig metode til at evaluere og synliggøre kvaliteten. Ved ekstern *survey* kommer et survey-korps ud på institutionen og gennemfører interviews med ledelser på alle niveauer, og foretager patienttracere i de enkelte afsnit, hvor en enkelt patientjournal danner udgangspunkt for at følge patientens forløb, fra henvisningen er modtaget til epikrisen er sendt.

Tracermetoden kan også benyttes som systemtracer i de tilfælde, hvor surveyor har brug for at undersøge et afgrænset område i en større del af institutionen, f. eks. opbevaring af journaler, således at krav om fortrolighed efterleves. Tracermetoden vil give anledning til mange småinterviews af de sundhedsprofessionelle, som er involveret i patientforløbet. Surveyorne vil på de mange besøg i afdelingerne observere de sundhedsprofessionelles adfærd, ligesom spørgsmål, der skal belyse, om de retningsgivende dokumenter kendes og anvendes, vil blive benyttet. Ved afslutningen af



surveyet, der for et middelstort sygehus vil strække sig over en uge, vil sygehuset modtage en tilbagemelding fra surveyorne, hvor det vil fremgå, hvilken akkrediteringsstatus surveyorne vil anbefale til akkrediteringsnævnet.

Akkrediteringsnævnet vil efterfølgende tildele sygehuset én af følgende muligheder:

1. Sygehuset tildeles status som *akkrediteret*, når det har demonstreret evnen til at sikre kvaliteten på de områder, der er omfattet af DDKM. Denne status opnås, hvis standarderne i alt væsentligt er opfyldt.
2. Sygehuset tildeles status som *akkrediteret med bemærkninger*, når alle standarder ikke er opfyldt, men når disse i alt væsentligt forventes opfyldt indenfor en rimelig tidsfrist. Der kan planlægges fokuseret genbesøg, eller indsendelse af dokumentation.
3. Sygehuset tildeles status som *ikke akkrediteret*, når sygehuset ikke indenfor en rimelig tidsfrist i tilstrækkelig grad kan leve op til kravene i akkrediteringsstandarderne. Specielt skal sygehuset kunne sikre patienternes sikkerhed og lovfæstede rettigheder. Surveyorne skal ved status *ikke akkrediteret* komme med konkrete begrundelser.

Som det fremgår af formålet med DDKM, er et af elementerne at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet, og det betyder, at surveyrapporten skal offentliggøres i sin helhed, når akkrediteringsnævnet har truffet sin beslutning om tildeling af akkrediteringsstatus. Der er ikke fra IKAS's side, på nuværende tidspunkt, truffet beslutning om, hvordan det politiske krav om offentliggørelse skal effektueres. Det danske sundhedsvæsen offentliggør i forvejen LUP-resultater, NIP-resultater, servicemål, HSMR<sup>9</sup>, samt data fra sygdomsspecifikke kliniske databaser. Alle disse resultater ligger tilgængelige på internettet via Sundhed.dk, men ikke som en samlet pakke, og det kræver kendskab til feltet at kunne danne et samlet indblik, hvis man som patient skal foretage et kvalificeret valg af sygehus. Man kan derfor forudse, at et stempel som akkrediteret, vil være det grundlag patienter vil til- og fravælge institution på. IKAS og akkrediteringsnævnet har besluttet, at for at sikre en ensartet vurdering af akkrediteringsstatus, modtager ingen sygehuse, der har haft survey deres endelige status, før mindst 10 sygehussurvey-rapporter kan vurderes samtidig.

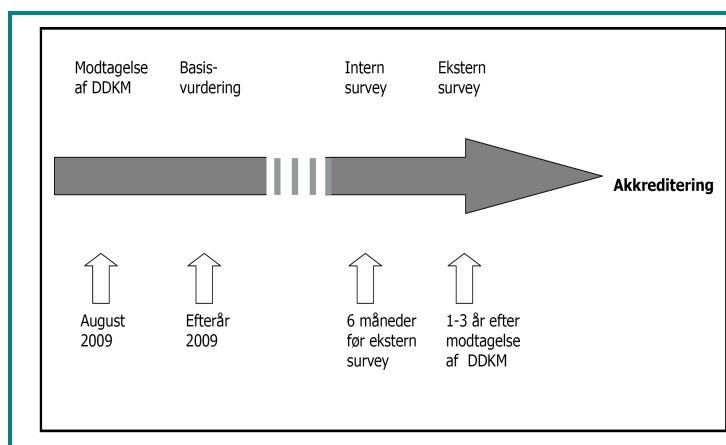
## **Akkrediteringsprocessen og TAK**

Det anbefales, at *selvevaluering* og *intern survey* anvendes som led i implementeringsstrategien.

---

<sup>9</sup> HSMR: Hospitals-Standardiseret-Mortalitets-Rate, antallet af dødsfald på et sygehus, som procent af det forventede antal døde, udregnet som  $(\text{antal dødsfald} / \text{forventet antal dødsfald}) \times 100$ .

Figur 5



IKAS anbefaler, at sygehusene udarbejder en tidsplan for akkrediteringsprocessen, og har, som det fremgår af fig. 4 helt konkrete forslag til, hvornår sygehusene skal gennemføre forskellige handlinger som medvirker til at klargøre til det eksterne survey. Til at understøtte processen har IKAS udviklet et IT-system, som benævnes TAK – Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling. TAK understøtter akkrediteringsprocessen, og det er her fordelingen af standarder foregår til de enkelte afdelinger, idet ingen afdelinger er omfattet af alle de 104 standarder, afdelingerne har fået tildelt omkring 80 standarder, afhængig af organiseringen og sygdomsområderne. I TAK foretager afdelingerne *basisvurdering / selvevaluering* af de enkelte indikatorer på de 4 trin i kvalitetscirklen. I TAK kan afdelingerne få adgang til skemaer, der benyttes til journalaudits, og vurderingen af den enkelte patientjournal skrives direkte ind i TAK, som automatisk aggregerer resultaterne af journalaudits. Der kan trækkes rapporter og oversigter og graden af målopfyldelse af afdelingerne, ligesom sygehuset kan overvåge afdelingernes aktivitet vedrørende akkrediteringsprocessen, og danne samlede rapporter på sygehusniveau. Ved det eksterne survey har surveyorne adgang til at se sygehusets og afdelingernes dokumentation i TAK.

IKAS anbefaler, at sygehusene ca. 6 måneder før det *eksterne survey* afholder *intern survey*. Intern survey er en proces, hvor kolleger fra andre afdelinger på sygehuset eller fra andre sygehuse vurderer, i hvor høj grad den enkelte afdeling opfylder akkrediteringsstandarderne. IKAS beskriver, at det interne survey kan betragtes som en generalprøve, eller at det kan ses som en støtte til afdelingens implementering, der kan skabe bevidsthed om relevante tiltag, der skal være på plads inden det eksterne survey.

## Kort resume af DDKM

Formålet med DDKM er:

- at fremme **kvaliteten** af patientforløb
- at fremme **udviklingen** af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- at **synliggøre** kvaliteten i sundhedsvæsenet

Kvalitetscirklen danner strukturen for opbygning af standarderne og angiver den overordnede metode for arbejdet med standarderne. Vigtige elementer i akkrediteringsprocessen er selvevaluering, journalaudit, internt survey og eksternt survey. Til dokumentation og monitorering af akkrediteringsprocessen har sygehusene fået et IT-redskab, som benævnes TAK.

## Kvalitet

Som det fremgår af formålet er *kvaliteten* omdrejningspunktet i DDKM. Det er derfor væsentligt at se nærmere på det elastiske begreb kvalitet.

## Kvalitetsbegrebet

Begrebet *kvalitet* har gennem tiden skiftet betydning, hvor vi tidligere talte om kvalitet som noget helt specielt, vi lod os overvælde af, noget helt unikt, som i kunstens eller gastronomiens verden, hvor oplevelsen af kvalitet sidestilles med en lykkefølelse, en fornemmelse af luksus, har kvalitetsbegrebet ændret status. Peter Dahler-Larsen har skrevet om *Kvalitetens beskaffenhed* og redegør for, at den store forskydning af kvalitetsbegrebet kan ses bestående af tre dimensioner:

- Kvaliteten er blevet allestedsnærværende
- Kvaliteten er blevet offentlig
- Kvaliteten er organisatorisk (Dahler-Larsen, 2008)

De tre dimensioner er vævet sammen. Kvalitetsbegrebet signalerer noget positivt ladet, og er i familie med andre plus-ord, som for eksempel værdier, dialog og visioner. Det er enkelte optimistiske slagord, som indikerer sund fornuft. At forholde sig med skepsis til den slags begreber bliver vanskeligt, ja nærmest umuligt. Men hvis vi har et ønske om mere kvalitet, bør vi også kunne beskrive, hvad det er for en kvalitet vi ønsker mere af.

Kvalitet defineres i begrebslisten i bilag 5 i DDKM, 1. udgave, som:

*“Egenskab ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde behov eller forventninger.*

*WHO har beskrevet 5 punkter i relation til kvalitet:*

- *Høj professionel standard*
- *Høj patienttilfredshed*
- *Helhed i patientforløbet*
- *Minimal patientrisiko*
- *Effektiv ressourceudnyttelse”*

Disse 5 punkter er også nævnt i Sundhedsstyrelsens *Strategi for Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet*, og vi kan spore de 5 punkter fra WHO tilbage til starten af 90´erne.

### **Struktur – proces – out-come**

Den enkeltperson som har bidraget mest i den tidlige fase med teorier og betragtninger over kvalitetsbegrebet og kvalitetsudvikling indenfor sundhedsvæsenet, er den amerikanske læge og forsker Avedis Donabedian (1919 – 2000). Donabedian er klar over vanskeligheden ved at beskrive, hvad kvalitet er, og hans forfatterskab kredser om denne problematik, når han opstiller modeller for hvordan, hvilke egenskaber og karakteristika man *kan* vurdere kvaliteten af, ved den ydelse patienten har modtaget.

Donabedian mener, at kvalitet i sundhedsvæsenet grundlæggende skal vurderes på tre områder:

- *Struktur*, som omfatter sundhedsvæsenets ressourcer og organisering, f.eks. de økonomiske vilkår, tilknyttede personaleresourcer, fysiske rammer, medicinsk udstyr, forekomst af kliniske retningslinjer
- *Proces*, som omhandler alle de aktiviteter, der udføres i forbindelse med den sundhedsfaglige ydelse til patienten
- *Out-come* – resultat, der refererer til det opnåede helbredsresultat for patienten (Donabedian, 1988)

Struktur og proces oversættes umiddelbart, mens vi beholder Donabedians begreb out-come, fordi en oversættelse til *resultat* ikke viser det brede perspektiv, han mener begrebet indeholder. I DDKM kan vi genfinde Donabedians opdeling, når standarderne sorteres i temaer, organisatoriske temaer – struktur, generelle temaer – proces, og sygdomsspecifikke temaer – out-come.

Donabedian anbefaler, at der udvikles kvalitetsindikatorer indenfor de tre områder, som er af forskellige typer. Nedenstående tabel viser eksempler på indikatorer fra DDKM, og deres placering indenfor de tre områder. Skemaet er ikke fyldestgørende.

Figur 6

<b>Indikatorer for struktur</b>	<b>Indikatorer for proces</b>	<b>Indikatorer for out-come</b>
1.1.3 Planlægning og drift "Der foreligger dokumentation for, at ledelser på alle niveauer evalueres i forhold til opfyldelsen af aktivitets- og kvalitetsmål."	2.7.5 Smertevurdering og -behandling "Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Er der dokumenteret en plan for smertebehandling? Er der dokumentation for at effekten af smertebehandlingen er vurderet?""	3.3.1 Diabetes "Institutionen rapporterer data i henhold til NIP-indikatorerne for diabetes, og der foreligger som minimum årlige auditrapporter for denne patientgruppe." Out-comeresultater er f.eks. måling af langtidsblodsukker, og kolesterol.
1.4.1 Ansættelse af personale. "Hver enhed gennemfører årligt en stikprøve på de sidste 5 ansattes stillings- og funktionsbeskrivelse, for at vurdere, om disse er fyldestgørende. Flere faggrupper skal være repræsenteret i stikprøven."	2.8.1 Planlægning af udredningsforløb. "Der gennemføres audit på baggrund af Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) vedrørende spørgsmålet: "Oplevede du, at der opstod unødigt ventetid på undersøgelser eller behandlinger, der forlængede dit ophold på sygehuset (under din undersøgelse/behandling i ambulatoriet, der forlængede dit besøg)?"	
1.7.2 Håndtering af apparatur til klinisk brug. "Hver enhed har et program, der sikrer nødvendig uddannelse i håndtering af klinisk apparatur i enheden."	2.15.1 Rehabilitering "Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Er patientens funktionsniveau beskrevet inden for 48 timer efter indlæggelse." "Der er gennemført journalaudit, hvor følgende spørgsmål indgik: "Er der i patientjournalen beskrevet, hvilken hjælp patienten har brug for?"" & "Er der dokumentation for udarbejdelse af genoptræningsplan ved udskrivelsen?"	
1.1.6 Institutionens bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter "Kontrol af rengøring af lokaler og inventar udføres regelmæssigt og dokumenteres i en logbog."		

Hvis vi benytter Donabedians syn på out-come, er det kun de sygdomsområder, som indgår i Det Nationale Indikator-projekt (NIP) som interesserer sig for out-come af en given behandling på længere sigt, f.eks. når diabetes type 2-patienten ved ambulant kontrol får målt langtidsblodsukker (HbA1c), eller kolesteroltal, så er det udtryk for compliance til behandlingen og patientens livsstil. Donabedian betragter out-come som effekten af den behandling og pleje patienten har modtaget på *patientens helbredsstatus* eller effekt på hele befolkningen. (Donabedian, 1978, 1988)

Donabedian mener også, at out-come skal ses som et udtryk for den *læring* og de *adfærdsændringer*, som kan observeres hos patienten. Han betragter læringsaspektet som en ny vinkel på out-come, men som en meget vigtig indikator. Den overordnede patienttilfredshed placeres af Donabedian også i området out-come. Med Donabedians syn på out-come er det ikke tilstrækkeligt at vurdere patientens tilstand ved udskrivelsen. Patienten må kontaktes efter nogen tid, med henblik på at vurdere fastlagte indikatorer, f.eks. fysisk formåen, smerter, livskvalitet, ændrede vaner som følge af ny indsigt i forbindelse med sygdommen. (Donabedian, 1988)

Donabedian understreger, at der skal udvises stor omhyggelighed i at udvikle indikatorer, som beskriver out-come af en specifik behandling, f.eks. vil en indikator, som omhandler dødelighed, kunne have en direkte negativ effekt på kvaliteten af en bestemt patientgruppe, hvor dødeligheden i forvejen er lav. Rationalet i dette argument er, at konsekvenserne ved at slække på kvaliteten ikke bliver synlige på indikatorniveau. (Donabedian, 2005, 693)

### **Kvalitetsbegrebet og patienttilfredshed**

En endnu større udfordring i forhold til at bedømme kvalitet, ser Donabedian i målinger af patienttilfredshed, idet f.eks. samme objektive resultat af en given operation f.eks. et nyt knæ, kan opleves som tilfredsstillende for en person med stillesiddende arbejde, men langt fra tilfredsstillende for en person, med stor fysisk aktivitet. Begge kan være smertefrie, men ingen af dem kan nu løbe maraton. Det er derfor svært, for ikke at sige umuligt, at vide, hvad den enkelte patient ser som god kvalitet. Det betyder ikke, at Donabedian afviser patienttilfredshedsundersøgelser som udtryk for behandlingens kvalitet, men han mener, der skal arbejdes med metoder til indsamling af patienternes subjektive oplevelser. Han siger:

*"To compare the consequences of these methods, we need to have more precise measures of the quantity and quality of life..."*

*...Our criteria and standards need to be more flexibly adaptable to the finer clinical peculiarities of each case. In particular, we need to learn how to accurately elicit the preferences of patients to arrive at truly individualized assessments of quality.” Donabedian, 1988, s. 1748.*

### **Patientjournalen**

Donabedian vurderer, at patientjournalen er den første og største kilde til informationer om behandlingens og plejens kvalitet, vel at mærke når der er foretaget dokumentationer. Han henviser til, at når det drejer sig om informationer om patientens livsverden, fysiske formåen, ønsker og behov er den største kilde sygeplejerskernes optegnelser. (Donabedian, 1966, s 696) Han konstaterer, at optegnelser om, hvad der foregår i kommunikationen mellem de sundhedsprofessionelle og patienten, kun meget sjældent kan genfindes. (Donabedian, 1988)

### **Kvalitetsbegrebet set i et sociologisk perspektiv**

Et bud på kvalitetsbegrebets store udbredelse giver Peter Dahler-Larsen (2008) med reference til den tyske sociolog Ulrich Beck, når han beskriver den refleksive modernitet, som ses i samfundet i dag. I den refleksive modernitet har samfundets kritiske udspørgen vendt sig mod institutionerne selv, alt bliver til genstand for refleksion. Autoriteternes position i samfundet bliver udfordret gennem denne refleksion, når der eksempelvis fra universitetets verden produceres ny viden, er blækket knapt tørt, før resultaterne betvivles. Modernitetens refleksivitet omfatter alle aspekter af samfundet, og efterlader borgerne med en grundlæggende usikkerhed, på f.eks. et forholdsvist simpelt spørgsmål: "Hvad skal jeg spise for at leve det sunde liv?" eller "Skal jeg vælge privathospital frem for mit lokale sygehus?"

Som en konsekvens af det refleksivt moderne lancerer Bech begrebet *risikosamfund*. Der er her ikke tale om sandsynlighedsberegning eller en simpel kalkule i forbindelse med risikovurdering, det handler i stedet om uventede eller uforudsete følger af produktionens anvendelse af teknologier og videnskab. I den forstand vil offentliggørelse af out-come på behandling af specifikke sygdomme, ligesom offentliggørelse af utilsigtede hændelser være med til at øge befolkningens oplevelse af, at det er risikabelt at vælge det ene sygehus frem for det andet. Et andet aspekt af risikosamfundet, er mediernes rolle, der med sin forkærlighed for fokusering på enkelt sager, der ikke kan ignoreres af de politiske beslutningstagere, er med til at sætte dagsordenen. Konsekvensen er, at enkelt sager bliver styrende for lovgivningen og ultimativt kan betyde øget kontrol. Et

eksempel herpå er fødevareskandalerne, som har ført til øget egenkontrol, og flere eksterne kontrolbesøg, eller kvinders brystkræftscreeninger på en privat klinik, der fører til politisk krav om kontrol af alle klinikker. (Beck, 1997)

### **Kvalitet som organisatorisk opskrift**

Peter Dahler-Larsen beskriver (2008), hvorledes kvalitetsdiskursen har været med til at definere en fremtrædende måde at udøve ledelse og organisation på, mere langtidsholdbart end andre "modeluner". Han tilskriver denne langtidsholdbarhed kvalitetsbegrebets overordnede, abstrakte og flertydige betydning, der kan sammenlignes med andre kulturelle temaer så som rationalitet, individualisering og effektivitet. Begrebet rettes til efter modens luner. (Dahler-Larsen, 2008, 66) Dahler-Larsen pointerer desuden, at der i løbet af de senere år er oprettet en række institutioner, hvis primære opgave er at kontrollere andre organisationers kvalitet, dette for at sikre *tilliden* til de organisationer, hvis kvalitet, de holder øje med. På denne måde får udbredelsen af kvalitet sin egen legitimitet og selvforstærkende logik. (Ibid, 67)

Dahler-Larsen formulerer også kritik af kvalitet som organisationsopskrift, og peger på tre hovedoverskrifter:

- Ressource- og omkostningssiden, som ofte bliver ignoreret, muligvis fordi kritik kan tolkes som modstand mod kvalitet
- Implementeringsgab, der er ofte langt mellem dem der definerer kvalitet, og dem der udfører samme
- En stigende opmærksomhed mod de utilsigtede virkninger af kvalitetsmålinger (Ibid, 71)

Især det sidste punkt udfolder Dahler-Larsen, han mener, at kvalitetsprojekter ofte legitimerer sig selv ved at love gennemskuelighed, f.eks. i form af øget dokumentation og offentlighed, men at de har en konstitutiv effekt på virkeligheden.

Han opdeler denne konstitutive virkning i 6 hovedoverskrifter:

#### Kvalitetsmåling

- *typificerer*, for at måle må der defineres målepunkter
- *interpellerer*, som objekter for kvalitetsvurdering (ud fra standarder) indsnævres professionelles manøvremligheder. Komplexitetshåndteringen (og risikoen) fjernes fra den professionelle og parkeres i det organisatoriske system
- *relaterer*, der skabes relationer mellem det der måles, og den, der måler



- *temporaliserer*, "verden" struktureres i tid af kvalitetsmålinger, desuden laves der mange kvalitetsmålinger af tid
- *kvantificerer*, ud fra en skala, som der ikke altid er konsensus om
- *fikserer*, når en indikator er valgt, så bliver det den, der er vigtig (Dahler-Larsen, 2008)

Dahler-Larsen påpeger også den såkaldte washback-effekt som en utilsigtet virkning af kvalitetsmålinger, begrebet er primært brugt i forbindelse med undervisning, hvor lærerne målretter undervisning mod det, eleverne testes i. Det er for tidligt endnu at konkludere, om washback-effekten får en fremtrædende plads i sundhedsvæsnets arbejde med akkrediteringsprocessen.

## **Overvågning og kontrol**

Til at belyse kontrolelementet har vi valgt at inddrage den franske sociolog og filosof Michel Foucault (1926 – 1984). Han anses for at tilhøre postmodernisterne. Foucault har ikke udviklet nogen færdig teori, men hensigten med hans arbejde er at problematisere forskellige aspekter af menneskenes erfaring og væren i samfundet. Foucaults genstandsområde for undersøgelser er de historiske variable forhold mellem magt, viden og subjektivitet. Foucault ser ikke magt som værende noget negativt eller destruktivt, men som en grundlæggende kraft i alle relationer. Enhver relation er derfor en magt-relation. (Heede, 2010) Han betragter magt som en avanceret teknik eller metode til afretning af os som individer, magt er selvdisciplinering, som fører til selvledelse. Som et effektivt redskab til disciplinering udbreder Foucault panoptikon-perspektivet, som har sin oprindelse i den arkitektoniske opbygning af fængslet. Fængslet designes således, at én person, usynlig for de fængslede, er i stand til at overvåge alle indsatte. Konsekvensen for de fængslede er, at adfærden ændres, fordi fangen ikke ved, hvornår han observeres og kan blive udsat for repressalier. De værdier og regler, som er gældende i fængslet, internaliseres i den fængslede, således at han fremstår som et selvforvaltende subjekt. (Foucault, 2002, 211-240)

Foucault ser det ikke som sin opgave, i sit forfatterskab, at påpege nutidige panoptiske installationer, men han viser, at panoptikon som begreb ikke kun gælder den måde, vi indretter bygninger på, men også den måde samfundet indrettes på. Vi vil inddrage Foucaults begreb om panoptikon i vores analyse af de teknologier som anvendes i forbindelse med DDKM.

## Læring

Som teoretisk referenceramme har vi valgt at inddrage Batesons begreber om læring. Vi finder Bateson velegnet som analyseramme, fordi hans læringsbegreb er så bredt, og han er åben for, at effekten af læring kan være såvel progredierende som regredierende. Samtidig mener vi, at læring hos individerne er en forudsætning for læring i organisationen. Argyris og Schön's beskrivelse af læring i organisationer ligger i forlængelse af Batesons læringsbegreb, og dele af deres teori vil indgå analysen af læringsperspektivet i DDKM.

### Individuel læring

Gregory Bateson (1904-1980), amerikansk filosof og antropolog, har ikke formuleret en afgrænset og afsluttet teori om læring, men har gennem hele livet arbejdet med forskellige aspekter af læring.

Bateson ser mennesket med udgangspunkt i interaktion, både med andre individer og med den omgivende verden. Hans syn på læring er inspireret af den behavioristiske tilgang, hvor han beskriver interaktive handlingssekvenser bestående af triaden "*stimulus- respons- forstærker*". Selvom Bateson læner sig op af klassisk behaviorisme, har han et systemteoretisk udgangspunkt. Han adskiller sig dog fra systemteoretikerne ved i høj grad at betone interaktionens og dermed omverdenens store betydning for læring. Interaktionsbegrebet er essentielt hos Bateson. (Keiding og Laursen, 2005)

Bateson mener, at mennesket handler ud fra forståelsen og fortolkningen af den aktuelle situation (kontekst) mennesket er i. Derfor er medmenneskelige relationer, og hvordan den enkelte er i dialektisk samspil med omgivelsen af stor betydning for læring. Ifølge Bateson er mennesket et vælgende væsen, og er i stand til at vælge med reference til egen forståelse af situationen. (Bateson, 2000)

### Batesons definition af læring

Bateson ser, at der er en tæt kobling mellem læring og forandring, og definerer læring som:

*"... en forandring over tid i den måde en organisme reagerer på et givent signal."* (Keiding og Laursen, 2005, s. 39)

Denne forandring af respons kan ifølge Bateson ses som udtryk for, at signalet tillægges betydning og dermed i sig selv tilskrives en form for mening.

## Læringskategorier

Bateson beskriver 4 logiske kategorier for læring.<sup>10</sup>

- Læring 0, *zero learning*. Helt mekanisk. Påvirkningen indoptages uden nogen form for korrektion.
- Læring 1, *learning 1*. Påvirkningen kan korrigeres inden for et sæt af fastlagte muligheder.
- Læring 2, *learning 2*: Der kan korrigeres i de fastlagte muligheder eller i tolkningen af påvirkningen.
- Læring 3, *learning 3*. Selve systemet af læringsmuligheder korrigeres, hvilket kan være meget belastende for organismen. (Bateson, 2000)

Bateson forudsætter, at læringskategorierne er i samspil med, og understøtter hinanden. Læring kan finde sted samtidigt inden for flere kategorier. Læring 2 er forandringer i læring 1, det vil sige korrektive forandringer i det sæt af muligheder, der vælges fra. Ved læring 2 udvikles et sæt af kontekstmarkører, som betyder, at den lærende bliver opmærksom på de signaler, som kendetegner en bestemt kontekst. Bateson mener ikke, at læring fordrer, at den lærende er bevidst om, at der sker læring, og ved læring 2 kræves ikke nødvendigvis en refleksion eller sprogliggørelse. (Ibid)

Bateson bruger også begreberne proto- og deuterolæring, disse lægger sig op af niveauerne læring 1 og 2, og vil ikke blive behandlet yderligere her.

Bateson er kritiseret for, at læringskategorierne er af spekulativ karakter, idet læring 0 og 1 er for simple og læring 4 er uden for det eksisterende og derfor ikke relevant. (Illeris, 2006)

## Grundelementer

De 4 læringskategorier formes af 4 grundelementer: *interaktion, feedback, adaption* og *konstruktion*. Gennem de fire grundelementer sker der en forandring af mentale og handlingsmæssige strukturer.

Individets *interaktion* med omverdenen står i relation til Batesons systemteoretiske udgangspunkt, hvor individets interaktion forudsætter, at der er en åbning i systemet, som tillader impulser at trænge igennem. Der skal være en åbning i individets system,

---

<sup>10</sup> Bateson har dog en 4. kategori, men som han selv skriver; "Probably does not occur in any adult living organism on this earth". (Bateson, 2000) Vi ser derfor bort fra læringskategori 4.

dvs. en form for forstyrrelse af menneskets mentale model. Det nytter ikke, ifølge Bateson, at se på den lærende uden også at se på omgivelserne, og den helhed, som disse elementer danner.

*Feedback* bygger på årsag – virkning, og individets forventning om reaktion. Positiv feedback, forstået som forventet feedback, vil give "mere af det samme", en snebold effekt. Mens negativ feedback, forstået som uønsket/ utilsigtet, vil give ændringer i individets fremtidige handlinger. Det er disse ændringer, der former læring. Bateson forudsætter, at enhver handling i udgangspunktet er baseret på en forventning om, at det er den mest hensigtsmæssige i den givne situation.

Feedback kan defineres som de hændelser i omgivelserne, som individet tilskriver en direkte sammenhæng med den forudgående handling, og derfor anvender som feedback på denne handling. Feedback er ikke noget, der gives fra omgivelserne, men skabes i systemet.

Grundelementet *adaptation* sikrer, at den enkelte opretholder ligevægt. Begrebet stammer fra biologiens verden og oversættes ofte med *tilpasning*, der ligger dog i Batesons betydning ingen antagelse om, at læring har karakter af tilpasning. En vigtig pointe i adaptationsbegrebet er, at der i læreprocessen er fokus på udvalgte aspekter af interaktionen med de samlede omgivelser, derfor vil adaptive processer altid være selektive. Det vigtige er det intentionelle, altså individets hensigt med adfærsændringen, at opretholde balance/søge et bestemt resultat. Individet er selektivt i sit sigte, som kan være rettet mod en del af omgivelserne. Selektionen er ikke nødvendigvis bevidst. Læringen i den enkelte situation formes af den lærende med reference til egen forståelse af situationen. Hvad der læres formes grundlæggende af det lærende individs hensigt.

*Konstruktionen* afgør hvilke af de mange muligheder i omgivelserne, der skal indgå i læringen, og dette sker ud fra individets mentale forståelse. Læringens indhold fastlægges af individet selv og ikke af omgivelserne. Læring bestemmes altså ikke af omgivelsernes fordring til den enkelte, men af den enkeltes ønsker om interaktion, ligevægt og om at lære. Men det betyder ikke, at den enkelte er upåvirket af omgivelserne. Bateson benytter billedet af et landkort, hvor kortet ikke er landskabet, men den enkeltes konstruktion af landskabet, med vægt på de "forskelle, der gør en forskel" for netop dette individ. Man kan ud fra dette se læring som den enkeltes rekonstruktion af helheden. (Keiding og Laursen, 2005)

## **Leg**

Bateson gør i sit arbejde opmærksom på, at legen kan være et vigtigt område for læring, idet alvorlige emner kan afprøves uden afgørende konsekvenser for de medvirkende. Dette forudsætter, at aktørerne bliver enige om en form for som-om-kontekst. Der er i legen også mulighed for at udforske fænomener ved at afprøve deres grænser i nye kontekster. Der kan ske transfer fra legens verden, således at det mentale kort er forment, inden det bliver alvor. (Keiding og Laursen, 2005)

Bateson beskæftiger sig ikke i sit arbejde med læringsbegrebet med læring i organisationer, vi har derfor valgt at inddrage Argyris og Schön.

## **Organisatorisk læring**

### **Syn på organisation**

For at kunne tale om organisatorisk læring, er det ifølge Argyris og Schön nødvendigt at beskrive, hvad en organisation er, og hvordan handling, undersøgelse, viden og læring kommer til udtryk i organisationen.

En organisation er kendetegnet ved, at individerne i organisationen accepterer at:

- der er procedurer for beslutninger taget på vegne af kollektivet
- autoritet til at handle på vegne af kollektivet er uddelegeret til enkeltindivider
- der er tydelige grænser mellem kollektivet og resten af verden (Argyris og Schön, 1996, s. 8)

Disse "spilleregler" behøver ikke nødvendigvis være bevidste/beskrevne for at kunne tale om en organisation. Og ofte bliver de først eksplicitte, når der bliver stillet spørgsmål ved dem, som følge af en krise, en overraskelse, nye medlemmer.

### **Grundbegreber**

Organisatorisk *handling* - action - er handling foretaget af individerne inden for en given organisations rammer.

*Organisatorisk undersøgelse* - inquiry - opstår, når der i organisationen opleves et mismatch, en overraskelse, som blokerer aktivitetsflowet, og giver grund til refleksion og yderligere handling med henblik på at genetablere flowet. (Ibid, s. 11) Inquiry bliver først organisatorisk, når den varetages på vegne af organisationen, af de aktører, der i organisationens definitioner har mandat til dette. (jf. de ovenfor nævnte spilleregler) Inquiry foretaget af individer i organisationen uden dette mandat kan således forblive

ukendt for organisationen, ligesom inquiry foretaget på vegne af organisationen kan forblive ukendt for individerne i organisationen.

*Organisatorisk viden* er ifølge Argyris & Schön dels indeholdt i organisationens miljø og kultur. Dette kan være afhængigt af enkeltpersoner inden for organisationen, men kan også være beskrevet i regler, beslutninger og regulativer og "maps", Argyris og Schön bruger begrebet "files". Og organisatorisk viden vil dels være indeholdt direkte i de rutiner og handlinger, der er i organisationen. De beskriver dette med begrebet "theories-of-action", som indeholder strategien til at klare en bestemt opgave, i en bestemt situation med henblik på at opnå et bestemt resultat. "Theory-of-action" kan enten være eksplicite og tydelige (espoused theory), eller de kan være implicitte, dette beskrives som "theory-in-use". (Ibid, s. 13) En organisations "theories-in-use" kan udelukkende identificeres ved at observere handlingsmønstre i organisationen. Disse "theories-in-use" er ikke nødvendigvis sammenfaldende med organisationens udtalte teori, og kan indeholde viden, der ikke kan forklares, men er indlejret i handlingerne/individerne.

*Organisatorisk læring* opstår, når individer i en organisation oplever en problematisk situation og undersøger den på organisationens vegne. De oplever et overraskende mismatch mellem forventede og virkelige resultater af handling, og responderer på dette mismatch gennem en proces af tanker og yderligere handling. For at det kan blive til organisatorisk læring kræves, at læringen og ændringen bliver indlejret i det billede af organisationen, som organisationens medlemmer har, eller indlejres i organisationens miljø og kultur. (ibid, s. 16) "Beviset" for at der er sket læring i organisationen er: en ændring i organisationens "theori-in-use".

Argyris og Schön lægger vægt på, at man først kan tale om organisatorisk læring, når der kan påvises en ændring i handlingerne, og at denne ændring ikke er afhængig af enkeltindviders tilknytning til organisationen.

### **Single-loop og double-loop**

Argyris og Schön opdeler læring i niveauer ved at bruge begreberne single-loop og double-loop. Single-loop beskriver den instrumentelle læring, der foregår i den daglige tilpasning af opgaver og resultater, indenfor de eksisterende rammer. Singleloop kan foregå på både individ- og organisatorisk niveau. Argyris og Schön anerkender, at singleloop – læring på sigt kan vise sig, at "gå i en forkert retning", både hvad angår organisationens strategi og individerne. (Schön, 1999) Double-loop er, når læringen bibringer ændringer både i værdierne i "theories-in-use" og i organisationens strategier og formodninger. (Argyris og Schön, 1996, 21) Double-loop læring forudsætter bevidst

refleksion. Doubleloop kan også foregå på individniveau, men det forudsætter, at individet handler på vegne af organisationen. Double-loop er vigtig for organisationens evne til at se kritisk på egen single-loop læring, med henblik på at vurdere konsekvenserne, fordi små ændringer kan have uforudsete og utilsigtede virkninger.

Argyris og Schön understreger selv, at der er uklare grænser mellem de to begreber, samt at skelnen mellem dem i en konkret organisation vil afhænge af organisationens størrelse og kompleksitet. Hvorvidt en organisation vil have behov for læring på doubleloop-niveau, vil desuden afhænge af, om det er et kernebegreb, der skal ændres. (Ibid, s.26)

Single-loop og double-loop svarer til dels til Batesons begreber læring 1 og læring 2.

### **Deuterolæring**

For at beskrive organisationens vilje/evne til læring benytter Argyris og Schön sig af begrebet deuterolæring (lånt fra Bateson), som i deres fortolkning beskriver det at lære at lære. De benytter primært begrebet til at beskrive de strukturer i en organisation, der har betydning for organisationens evne til at lære.

Der er i en organisation mange strukturer, der kan fremme/hæmme de *undersøgelser* (inquiries) indenfor organisationen, der ville kunne føre til læring, det drejer sig organisationens kommunikation, information, procedurer og regler, og evt. belønning.

Der findes i organisationer adfærd og interaktionsmønstre, der kan fremme/hæmme *læring*: venlige eller fjendtlige, intime eller distancerende, åbne eller lukkede, fleksible eller rigide, samarbejdende eller konkurrenceprægede, risikosøgende eller risikoundvigende. Disse positioner illustrerer modpoler på forskellige områder, men er ikke udtryk for, at organisationen er statisk i sin position. Organisationens evne til læring kan forekomme mere eller mindre lukket afhængig af hvilke emner, der forsøger at komme på organisationens dagsorden.

For at beskrive organisationens evne til deuterolæring benytter Argyris og Schön udtrykket "at skifte fra 0-I-læringssystemer til 0-II-læringssystemer".

En organisations evne til deuterolæring / 0-II-læringssystem er dybt afhængig af individernes evne til deuterolæring – for at beskrive dette benytter Argyris og Schön udtrykket "at skifte fra Model I til Model II-theories-in-use". Figur 4 viser forskellen mellem de to modeller værdier og strategier.

Figur 7

<b>Model I værdier</b>	<b>Model II værdier</b>
Opfylde opgaven som jeg ser den	Give og modtage gyldig information
Forsøg at vinde og undgå tab	Finde frem til og forsyne andre med gyldig information
Undgå negative følelser	Skabe betingelser for frit og oplyst valg
Vær rationel	Opmærksomhed på de værdier der er på spil i beslutninger
	Øge sandsynligheden for intern forpligtelse overfor de truffe beslutninger
	Forpligtigelse fordi handlingen er tilfredsstillende modsat lydighed baseret på belønning eller straf
<b>Model I strategier</b>	<b>Model II strategier</b>
Kontroller opgaven ensidigt	Udformning og ledelse af klimaet gøres til en fællesopgave
Beskyt dig selv ensidigt uden først at undersøge om det er nødvendigt eller ej	Beskyttelse af en selv og andre gøres til en fælles opgave. Undersøg gyldighed af slutninger
Beskyt den anden ensidigt uden først at undersøge om han ønsker at blive beskyttet eller ej.	Tal i direkte observerbare kategorier. Gør fortolkningsprocessen transparent
	Luk op for afkræftelse
	Lad dilemmaer komme op til overfladen

(Slide fra forelæsning i organisatorisk læring, 16. maj, 2009, Hanne Dauer Kjeller)

Det er værd at bemærke, at Argyris og Schön skriver, at model II og 0-II er idealer, som muligvis aldrig opnås. Men at deres primære værdi ligger i at tilbyde modeller for, hvordan man skaber en god organisatorisk dialog. (Argyris og Schön, 1996, 112)



## **Analyse af DDKM**

Ved hjælp af læringsteoretiske begreber og Foucaults panoptikonperspektiv vil vi analysere centrale elementer i DDKM. Analysen er derfor opdelt i to hovedafsnit, hvor den diskursanalytiske tilgang af DDKM er det gennemgående tema i første del, vil læringsperspektivet være styrende i anden del.

### **Analyse af udvalgte begreber i DDKM**

Ved at benytte diskursanalysen får man ikke tilbudt nogen entydig analysemetode, man kan snarere betragte diskursanalysen som en særlig måde at stille spørgsmål til sit emne på. Det overordnede spørgsmål er derfor:

*"Hvad er det for en virkelighed, der bliver skabt, ved at tale om den på netop denne måde, og med netop disse begreber frem for andre?" (Koch og Vallgård, 2003)*

Denne konstruktivistiske tilgang betyder, at vi ikke har nogen direkte og ufiltreret erkendelse af *virkeligheden* uden om sproget, eller den måde vi taler om virkeligheden på. Det er ikke en negation af, at virkeligheden findes, men det betyder, at gennem sproget og den måde vi kategoriserer virkeligheden, den måde virkeligheden *italesættes*, bliver den *konstrueret*.

DDKM har udviklet et helt nyt vokabularium for at italesætte akkrediteringsprocessen, hvilket har været en udfordring i forbindelse med implementering af DDKM. Det har været medvirkende til, at de sundhedsprofessionelle, for hvem en stor del af deres arbejdsopgaver har handlet om implementering af DDKM, har tilegnet sig det nye sprog, den nye måde at tale om virkeligheden. I den konstruktivistiske tænkning er det en indikator på dannelsen af et *system*, som er i færd med at afgrænse sig fra andre systemer. Vi kan tale om en gruppe af sundhedsprofessionelle, som bliver eksperter i en ny disciplin, akkreditering, og hvis medlemmer hovedsageligt rekrutteres i læge- og sygeplejerskekredse.

Ord og begreber i DDKM er hentet fra forskellige teoretiske paradigmer, og det har været nødvendigt, at DDKM indeholder sin egen omfangsrige begrebsliste, fordi den måde begreber er brugt i modellen, er en kombination af nye og gamle begreber, og nye definitioner af tidligere anvendte begreber.

## **Standard – en ny konstruktion**

Som eksempel kan nævnes *standard*, i traditionel brug af begrebet i sundhedsvæsenet vil der her være tale om standardbehandling, udrednings- og behandlingsregime, i forhold til en bestemt diagnose. I DDKM's betydning er *standard* betegnelsen for akkrediteringsstandarderne, der med sine fire trin udtrykker kvalitetsarbejdet gennem kvalitetscirklen for et givent emne. Den lægefaglige brug af ordet *standard* er i DDKM betegnet som *kliniske retningslinjer*, og defineres som:

*”Systematisk udarbejdet evidensbaseret anbefaling, der anvendes i klinisk praksis, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.”* (DDKM)

Eksemplet illustrerer, hvordan de sundhedsprofessionelle, der *ikke* har akkrediteringsprocessen som en del af deres funktioner, vil kunne opleve sproglig forvirring.

## **Survey, det nye ord for eksamen**

Survey som metode i sundhedsvæsenet har kun tidligere været benyttet på afgrænsede områder, f.eks. ved inspektor-besøgene i forbindelse med lægeuddannelsen. Sprogligt har ordet *survey* rod i det latinske *supervidere*<sup>11</sup>, som betyder at overskue. DDKM definerer *survey* som:

*”Systematisk vurdering af opfyldelsesgraden af kravene i akkrediteringsstandarderne, der foretages af eksterne surveyors fra andre institutioner.”* (DDKM)

Det vil sige, at begrebet får karakter af kontrol og eksamination, og læringselementet i den relation, som opstår mellem surveyorne og institutionens repræsentanter bliver nedtonet. Det faktum, at DDKM italesætter kontrolbesøget som *survey*, har betydet, at de sundhedsprofessionelle i stor udstrækning i stedet har brugt ordet *eksamen*, og omtalt standarderne som *pensum*. Gruppen af sundhedsprofessionelle med særlige opgaver i forhold til akkrediteringsprocessen har forsøgt at nedtone brugen af begreberne *eksamen* og *pensum*, og at fastholde DDKM-begreberne *survey* og *standarder*.

Formålet med det eksterne *survey* er, at surveyorne undersøger i hvilken grad institutionen opfylder samtlige indikatorer i alle standarder. I et læringsteoretisk perspektiv betyder det, at surveyorne klarlægger organisationens "theories-of-action", i

---

<sup>11</sup> Fra Den store Danske Encyklopædi:  
<http://www.denstoredanske.dk/Special:Opslag?opslag=survey>

form af de retningsgivende dokumenter, og herefter organisationens "theories-in-use". Det er forskellen mellem de to, der udgør de fund som surveyorne ligger til grund for deres endelige bedømmelse.

## **Kontrol og læring - to sider af DDKM**

Hatting anbefaler i sin ph.d., at man i udarbejdelsen af de danske akkrediteringsstandarder sætter en skarp skillelinje mellem standarder omkring patientsikkerhed, f. eks. hygiejnestandarderne, og standarder, hvor hovedformålet er fornyelse og læring. Hun vurderer, at det er vigtigt for de sundhedsprofessionelle at vide, præcist hvad formålet med den enkelte standard er. (Hatting, 2007, 393) Vi kan konstatere, at Hattings anbefalinger ikke er blevet fulgt i den endelige revision af DDKM, som fulgte pilotafprøvningsperioden.

## **TAK, som redskab til overvågning**

TAK er det nye IT-system, som institutionerne modtog samtidig med DDKM. Opfyldelsesgraden af standarder og indikatorer dokumenteres i TAK-systemet, ligesom dokumentation af journalaudit foregår her.

Michel Foucault tilbyder med panoptikonbegrebet en vinkel at belyse DDKM fra. Når vi betragter *plan - do - study - act*, kvalitetscirklen, ligger der i trin 3, som i alle standarder betegnes som Kvalitetsovervågning, en indgang til forståelse af modellens kontrolelement.

De sundhedsprofessionelle, der arbejder med journalaudit<sup>12</sup>, vil benytte TAK, som er det IT-værktøj, der er stillet til rådighed, til at udføre opgaven. Man kan ikke arbejde i TAK uden at være oprettet med særlige rettigheder. Det vil sige, at man på afdelingsniveau kan have rettigheder til at arbejde i egen afdeling og underliggende afsnit, på sygehusniveau har man rettigheder til at arbejde og se, hvad der foregår i alle underliggende afdelinger og afsnit. Derudover kan man have adgang til TAK-systemet med mange andre rettigheder, det vil sige, at man ikke på det enkelte sygehus, eller den enkelte afdeling, har noget sikkert overblik over, hvem der kigger med. Det kan være topledelsen i institutionen, repræsentanter for sygehusejerne eller repræsentanter for IKAS. Det panoptiske perspektiv ligger i flere lag, vi kan ikke gennemskue i TAK-systemet, hvem der overvåger sygehuset, men vi kan se, at mange forskellige instanser har muligheden. Til gengæld ved vi, at overvågningsmuligheden i TAK er et anvendt og

---

<sup>12</sup> Der skal gennemføres journalaudit 2 gange årligt på mindst 20 journaler, idet i alt 38 indikatorer besvares ved at genfinde dokumentation i journalen.

brugbart instrument for sygehusledelsen til at overvåge, om afdelingerne følger planen, som er lagt for akkrediteringsprocessen og den overordnede monitoreringsplan for kvalitetsarbejdet. Det er således ikke længere acceptabelt ikke at have gennemført selvevalueringer og audits indenfor de fastsatte tidsrammer. Ligesom resultaterne af audits vil blive synlige for alle, der har adgang.

Ud fra et panoptisk perspektiv vil selve det, at de sundhedsprofessionelle overvåges medføre en selvdisciplinering over tid. Det er ikke muligt for en enkelt afdeling at melde fra, at melde sig ud af akkrediteringsprocessen, idet det er sygehuset, der som samlet institution bliver akkrediteret.

I forbindelse med arbejdet med TAK skal afdelingerne gennemføre en selvevaluering i forhold til opfyldelsesgraden af de standarder, de er omfattet af. Der er mulighed for at vurdere *helt, delvist* eller *ikke opfyldt*, ligesom der er mulighed for at uploade dokumentation for opfyldelsesgraden af de enkelte indikatorer, f.eks. dokumentation for at der er afholdt undervisning i forbindelse med trin 2 (medarbejderne *kender og anvender* de retningsgivende dokumenter). Her gives sygehusledelsen en direkte adgang til at overvåge den måde, afdelingerne har valgt at vurdere opfyldelsesgraden, og hvilke tiltag de har planlagt.

Foucault understreger, at han ikke ser magt som noget positivt eller negativt, men som noget der er til stede i alle relationer, således også i mellem de sundhedsprofessionelle, der er udvalgt til at foretage journalaudit, og det TAK-system, de kommunikerer deres resultater til og de bagvedliggende magtstrukturer.

De enkelte indikatorer vil over tid virke disciplinerende på de sundhedsprofessionelle, der har deltaget i journalaudit. Der er i DDKM indbygget krav om, at ledelsen, f.eks. afdelingsledelsen, tager stilling til resultaterne af selvevaluering og journalaudit, og udarbejder handleplaner med henblik på kvalitetsforbedring (trin 4). Der ligger således et implicit krav til ledelsen om disciplinering af medarbejderne, så journalauditresultaterne bedres. Og da alle punkterne i journalaudit handler om at genfinde dokumentation, vil ledelsens disciplinering af medarbejderne ofte dreje sig om dokumentation, og ikke om kvaliteten af indholdet i de handlinger, som er udført.

Der er ikke fastsat målopfyldelseskrav i forhold til de indikatorer, der laves journalaudit på. Det betyder, at et dårligt resultat, f. eks. at der kan genfindes dokumentation for, at 4 ud af 20 patienter er blevet ernæringsscreenet, ikke vil give anledning til nogen påtale ved første journalaudit, men nok være anledning til at afdelingen udarbejder en

handleplan. Et efterfølgende journalauditresultat på samme niveau vil derimod påkalde sig opmærksomhed hos andre end det team, der har gennemført audit.

### **Hvem definerer kvalitetsniveauet i DDKM**

Trin 1 i DDKM's standarder stiller krav om, at der på institutionen foreligger retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard opnås. Men det er ikke op til den enkelte institution i alle tilfælde at sætte målene, 54 af standarderne indeholder absolutte krav til indholdet i de retningsgivende dokumenter, formuleret som:

*"Retningslinjen indeholder som minimum følgende..." (DDKM)*

Disse minimumskrav kommer fra forskellige kilder, det kan være Sundhedsloven, samt bekendtgørelser og vejledninger udstedt af Sundhedsstyrelsen. Det fremgår ikke af indikatorerne, hvilke krav der har sit udspring i lovgivning, og hvilke krav, der udspringer af vejledninger. Det vil sige, at lovgivning og vejledning tilsyneladende vægter lige meget i indikatorerne. Enkelte standarder kan ses som udtryk for stærke faglige selskabers evne til at få sat emner på dagsordenen i sundhedsvæsenet, f.eks. standard 2.7.5 *Smertevurdering og -behandling*, hvor Dansk Selskab for Palliativ Medicin og Dansk Selskab for Smertemedicin står som reference. Der er ligeledes eksempler på standarder, hvor der ikke refereres til nogen lov, bekendtgørelse eller vejledning, men alligevel indeholder normative krav til indholdet i de retningsgivende dokumenter, f.eks. standard 2.4.1 *Henvisninger*, og standard 2.8.1 *Planlægning af udredningsforløb*.

Den ultimative overvågning i DDKM's forstand er, når institutionen får besøg af et korps af surveyors, som har til formål at vurdere opfyldelsesgraden af de enkelte standarder og indikatorer gennem observationer og interviews. Inden surveyet skal institutionen gennemføre selvevaluering og samle dokumentation for tidligere gennemførte audits, samt tilknyttede handleplaner. Inspektioner af denne type er ikke traditionelt anvendte på sygehusene, og imødeses med lige dele bekymring, forventning og spænding.

### **Offentliggørelse**

Der ligger i formålet til DDKM et politisk krav om:

*"At synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet." (DDKM)*

Det vil sige, borgerne og patienterne skal have mulighed for at følge, hvad resultaterne af akkrediteringsprocessen, sygehusenes akkrediteringsstatus, bliver. Formålet hermed

kan vanskeligt defineres som læring, og konsekvenserne på sigt kendes ikke. Som tidligere nævnt er der allerede tradition for at offentliggøre en lang række kvalitetsdata på Sundhed.dk, men hvorvidt disse data benyttes af patienterne i forbindelse med det frie sygehusvalgs mulighed for patienten til selv at vælge behandlingssted, er fuldstændig udforsket. Vi kender ikke den form, som Sundhedsstyrelsen vælger at offentliggøre sygehusenes akkrediteringsstatus i.

## Læringsperspektivet på DDKM

Det menneskesyn, som kommer til udtryk gennem DDKM, slår til lyd for, at de sundhedsprofessionelle er produktive individer, som omhyggeligt udfører foreskrevne organisatoriske processer og procedure, og at nøglen til succes for organisationen ligger i, at disse beskrivelser bliver tiltagende mere præcise og detaljerede. Gennem arbejdet med kvalitetscirklen vil den i standarderne definerede kvalitet øges. Det læringssyn, der kommer til udtryk gennem DDKM, er således koncentreret om den læring de sundhedsprofessionelle opnår gennem arbejdet med standarderne, i form af selvevaluering, journalaudit og udarbejdelse af handleplaner.

## Audit

I denne første udgave af DDKM er det kun få standarder, der har indbyggede krav til målopfyldelse, det er hovedsageligt de sygdomsspecifikke standarder. Der er ingen krav om målopfyldelse på de indikatorer, der vurderes ved hjælp af journalaudit. Det vil sige, det er afdelingsledelserne, der skal vurdere journalauditresultaterne og beslutte, om der skal iværksættes initiativer med henblik på forbedringer. Deltagerne i audit-mødet vil for det første tilegne sig de begreber, som anvendes i DDKM, og samtidig vil de som en del af processen få *feedback* i enten negativ eller positiv forstand. Som Bateson påpeger, vil negativ feedback i forbindelse med journalaudit betyde en mulighed for læring.

Når journalauditresultaterne viser stort forbedringspotentiale, vil afdelingerne iværksætte forskellige tiltag (*inquiry* og *action*) med henblik på at bedre resultaterne, det kan handle om øget information, eller udarbejdelse af dokumentationsredskaber, som understøtter, at lige netop dokumentationen af den ønskede indikator kan genfindes ved den næste audit. Men forandringsprocessen refererer udelukkende til det udstukne mål, de sundhedsprofessionelle er kun i begrænset omfang tvunget til at "tænke ud af boksen". Den individuelle læring vil her udelukkende foregå som læring 1, og den organisatoriske læring som singlelooplæring.

## **Internt survey**

I DDKM anbefales det, at institutionerne 6 måneder før det eksterne survey, afholder internt survey. Formålet med det interne survey er, at afdelingerne får mulighed for at øve sig. I et læringsteoretisk perspektiv kan vi tale om, at afdelingerne *leger* survey, der ligger ingen sanktionerende bedømmelser indlejret i det interne survey, og erfaringsudveksling er en central del af øvelsen. I legen opstår der en anden fortrolighed med de begreber, som sættes i spil. Der leges med rollen som ekstern surveyor, når sundhedsprofessionelle med en dags kursus i rygsækken, går på besøg i en anden afdeling. Denne øvelse giver mulighed for læring 2 for de involverede, fordi de får mulighed for at se sammenhænge, eventuelt opleve et mis-match mellem egen *konstruktion* og den virkelighed, de er gæster i. Bateson fastslår, at ved læring 2 sker der ændring i de fastlagte muligheder eller tolkning af påvirkningen, og vi ser her det interne survey som en systematisk måde at planlægge læring på individniveau. Om det interne survey fører til organisatorisk læring, afhænger af de interne surveyores evne og muligheder for at påvirke egen praksis med de nye erfaringer.

Ud fra et systemperspektiv betyder det interne survey, at systemerne/afdelingerne åbner sig og tillader de interne surveyore at få indblik i, hvordan der arbejdes med akkreditering, deres "theories-in-use" i forhold til denne opgave. At der stilles spørgsmål til organisationens "theories-in-use" vil kunne betyde, at eventuel diskrepans mellem disse og organisationens "theories-of-action" bliver tydelige, og der kan opstå behov for ændringer af mere overordnet karakter, doubleloop-læring.

## **Læring og retningsgivende dokumenter**

Der er i alle standarder i DDKM på trin 1 krav om, at der i organisationen findes retningsgivende dokumenter. Overordnet har dokumenterne karakter af politikker, retningslinjer eller instrukser, der er ikke nogen fuldstændig stringent hierarkisk ordning af dokumenterne, idet der ikke automatisk er tilknyttet retningslinjer til politikker, eller instrukser til retningslinjerne.

De sundhedsprofessionelle har været involveret i skriveprocessen i såvel mono- som tværfaglige skrivegrupper. En større kreds har været involveret i høringsfasen på de retningsgivende dokumenter. Læringsperspektivet i forbindelse med udarbejdelse af dokumenterne knytter sig i første omgang til individuel læring, med Batesons niveauer vil dette oftest foregå som læring 2, hvis forfatteren i skriveprocessen reflekterer over indholdets relevans og konsekvenser. Først efter implementering af dokumenter som indeholder ændrede procedurer eller arbejdsgange, kan man tale om organisatorisk

læring af singleloop-typen. I arbejdet med de retningsgivende dokumenter udbygges organisationens "files", som danner grundlag for organisationens "theories-in-use". Der er i begge institutioner udarbejdet særlige dokumentstyringssystemer, elektroniske håndbøger, til at håndtere de mange retningsgivende dokumenter – PRI og e-Dok.

Nedenstående ses en stikprøve på sammenlignelige enhedsniveauer i de to institutioner, der indgår i undersøgelsen. Stikprøven illustrerer for det første det meget store antal dokumenter, som de sundhedsprofessionelle skal forholde sig til, og for det andet at der er stor spredning i antal af dokumenter. Det vil sige, at læringspotentialet, i de retningsgivende dokumenter for den enkelte enhed, er meget forskellige. Det er vigtigt at holde sig for øje, at langt fra alle de dokumenter, som den enkelte afdeling er omfattet af, er skrevet af personale fra afsnittet. Mange er skrevet på et højere niveau i organisationen, og dumper ned i afdelingens dokumentsamling og bliver hermed en del af afdelingens "files", og kræver derfor at personalet forholder sig til dem.

Figur 8

<b>Afdeling</b>	<b>Antal retningsgivende dokumenter d. 2.12 2010</b>
Medicinsk afdeling, Hospitalsenheden Vest	746
Medicinsk Center, Sygehus Vendsyssel	308
Urinvejskirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest	331
Urinvejskirurgisk Afsnit, Sygehus Vendsyssel	269

### **Kvalitetscirklen som "styring" af mismatch**

Argyris og Schön beskriver, at individerne på vegne af organisationen kan indlede inquiry efter at have oplevet mismatch. Der ligger i selve strukturen i kvalitetscirklen en systematik, som betyder, at de sundhedsprofessionelle på trin 3 i alle de tildelte standarder skal vurdere den opnåede kvalitet med henblik på at forholde sig til, om der er tale om et mismatch, om kvaliteten ikke lever op til det, der er beskrevet i de retningsgivende dokumenter. Det vil sige, at DDKM's standarder vil virke styrende for de videre handlinger på organisationens vegne. I forbindelse med selvevaluering kan der



være mismatch på flere områder og efterfølgende udarbejder afdelingerne handleplaner, hvori der prioriteres hvilke af problemområderne, der først kræver handling.

Der ligger i DDKM forskellige elementer af kontrol, den mest anvendte kontrolform er journalaudit. Hvis vi betragter denne kontrol ud fra et evalueringsteoretisk perspektiv, er der tale om en handlingslogik, der kan beskrives som et udtryk for mål-middel rationel tænkning. Metoden benyttes på basis af en tro på, at evaluering er et redskab til kontrol og læring, evaluering tolkes som redskab til kontrol af målopfyldelse samt fremme af målstyring. (Foss Hansen, 2003) Det vil sige, at aktørerne ingen indflydelse har på, hvad evalueringen indeholder, de spørgsmål, der skal besvares ved journalaudit, er givet på forhånd, f.eks.:

*”Indeholder alle de 3 første lægemiddelordinationer under indlæggelse i enheden en entydig angivelse af dosering?”* Standard 2.9.1, indikator 3.

Medicinordination som arbejdsgang på sygehuset er en rutineopgave, det betyder, at der er faste velimplementerede arbejdsgange og IT-systemer, som understøtter disse arbejdsgange. Det resulterer i høj målopfyldelse på indikatoren. Men selv en målopfyldelse, som viser, at indikatoren er dokumenteret i 18 ud af 20 journaler ved audit, vil ikke give anledning til, at de sundhedsprofessionelle vil reflektere over arbejdsgangene med henblik på at skabe fornyelse og innovative løsninger, man vil rette ind, og håbe på et bedre resultat ved næste halvårs-journalaudit.

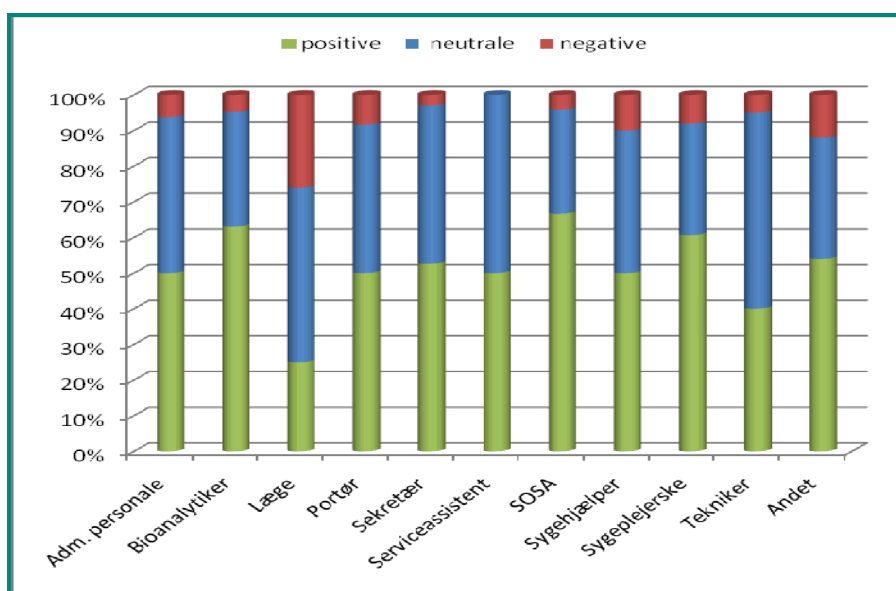
## Analyse af empiri og diskussion

Vi vil i dette kapitel analysere resultaterne af vores empiriske undersøgelse og diskutere disse ved hjælp af og med inddragelse af vores teoretiske analyse. Der vil blive refereret til kvantitative data, som ikke i alle tilfælde bliver illustreret med figurer, i så tilfælde vil der blive henvist til det bilag, der indeholder tabeller, som reference. Vi har delt kapitlet op i områder, som hver for sig relaterer sig til akkrediteringsprocessen, og alle indeholder elementer af læring og kontrol. Ved indledningen til hvert afsnit vil vi kort beskrive, hvordan emnet placerer sig i forhold til DDKM's begreber. Og vi vil efter hvert afsnit indsætte en delkonklusion på de empiriske data.

### Respondenternes samlede vurdering af akkrediteringsprocessen

Vi vil indlede med at se på respondenternes besvarelse af spørgeskemaet to sidste spørgsmål, hvor vi beder om en samlet vurdering af akkrediteringsprocessen. På spørgsmålet: *Akkrediteringen påvirker mit arbejde positivt*, svarer de sundhedsprofessionelle som det fremgår af figur 9. Vi har samlet respondenternes svar således at *enig* og *meget enig* i udsagnet er de *positive*, og respondenter, som er *uenige* eller *meget uenige* er de *negative*.

Figur 9



Der er stor forskel på, hvor mange respondenter, der er i de enkelte faggrupper, se tabel A i bilag 6.

For faggrupperne *læger* og *teknikere* gælder det, at gruppen af positive respondenter er mindre end 40 %, og dermed lavere end for de andre faggrupper. Det er ikke muligt, at vurdere om dette resultat er udtryk for en statistisk *signifikant* forskel mellem lægerne og de øvrige faggrupper, idet lægegruppens svarprocent, med 20 %, ligger i den lave ende. For alle faggrupperne gælder det, at en stor del af respondenterne svarer i kategorien *hverken – eller* (neutral). Med DDKM's overordnede formål om kvalitetsudvikling og læring, formål som det kan være vanskeligt at være uenige i, så er der en stor gruppe i alle faggrupper, som endnu ikke oplever, at akkrediteringsprocessen påvirker deres arbejde positivt. Det kan være et udtryk for, at DDKM og akkrediteringsprocessen forstyrrer respondenternes konstruktion af verden, hvilket ikke nødvendigvis opfattes som en positiv påvirkning af ens arbejde men derimod som en kritik eller trussel. Først når læreprocessen har ført til varige adfærdændringer og der opnås balance igen, kan respondenterne forventes at udtrykke, at akkrediteringen har påvirket arbejdet positivt. Det er derfor vigtigt at holde sig for øje, at vi med undersøgelsen intet kan sige om, hvorvidt akkrediteringsprocessen har været en succes eller fiasko.

En fjerdedel af lægerne har vurderet at akkrediteringsprocessen har en negativ påvirkning af deres arbejde, hvilket kan illustreres med følgende udsagn fra en kritisk læge, der lige har været igennem eksternt survey:

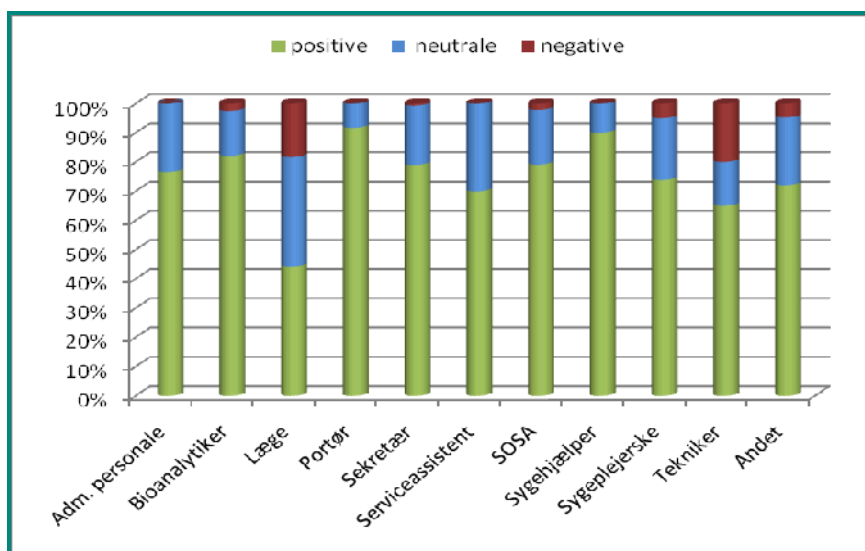
*“Der er brugt uforholdsvist mange ressourcer på at få det hele til at se pænt ud mens akkrediteringen stod på. Mandagen efter var alt tilbage ved et gamle. Spild af tid, ressourcer og penge. Akkreditering giver på ingen måde det rigtige billede af hverdagen på sygehuset.”*

Den kritiske læge giver her udtryk for, at akkrediteringsprocessen ikke sætter gang i kvalitetsudviklende læreprocesser af varig karakter. Vi tolker, at det eksterne survey har været som en teaterforestilling, et skuespil, opført til ære for de eksterne surveyore. Den læring, der tilsyneladende er sket er, at akkrediteringen ikke afspejler virkeligheden. Gruppen af negative læger har været flittige til at benytte bemærkningsfelterne i spørgeskemaet, og vi kan se, at *dokumentationsbyrden* og de mange *retningsgivende dokumenter* er de to primære kritikpunkter, vi vender tilbage til begge områder.

### **Respondenternes samlede vurdering af akkrediteringsprocessens gavn for patienterne**

På figur 10 ser vi på respondenternes vurdering af, om akkrediteringsprocessen er til gavn for patienterne. Her ser vi, at lægegruppen igen skiller sig ud med den mest negative vurdering på næsten 20 %. Teknikerne vurderer også negativt på spørgsmålet, men gruppen der ligger bag dette resultat er kun på 20 respondenter.

Figur 10



I den store sygeplejerskegruppe (509) vurderer 74 % af respondenterne, at akkrediteringsprocessen er til gavn for patienterne. Årsagen dertil kan skyldes, at der traditionelt ikke har været stor fokus på at beskrive sygeplejen i retningsgivende dokumenter i form af retningslinjer og instrukser. Der er i DDKM ikke standarder, som er forbeholdt sygeplejerskernes arbejdsområder, men der er i mange standarder elementer af sygepleje. F.eks. standard 2.2.1 *Vigtige samtaler med patienten*, som indeholder en lang række normative krav til de rammer og den håndtering, som skal danne grundlag for samtalen. Det betyder, at sygeplejerskegruppen nu får et alibi for at sætte bløde værdier på dagsordenen til gavn for patienten. En af de positive sygeplejersker udtaler:

*”Jeg synes det er befriende der endeligt er kommet ensretning i forhold til at håndtere opgaverne. Det er dejligt med fagligt funderede retningslinjer/vejledninger etc.”*

Vi kan se en tydelig forskel på figur 9 og 10 i forhold til gruppen af positive respondenter, således at respondenterne vurderer effekten for patienterne højere end den positive påvirkning på deres eget arbejde. Årsagen hertil kan skyldes, at de sundhedsprofessionelle lige nu oplever en betydelig arbejdsbyrde i forbindelse med akkrediteringsopgaven, som flytter fokus, og tager tid fra kerneopgaven i de forskellige faggrupper. Men når arbejdet med at skrive og læse retningsgivende dokumenter er faldet til et mere naturligt leje, og tidsforbruget hermed daler, vil presset på kerneydelsen aftage.

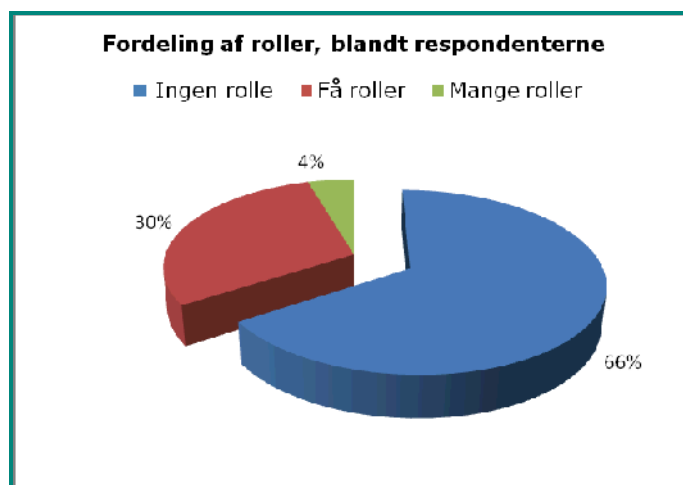
## Delkonklusion

På de to spørgsmål, hvor respondenterne bliver bedt om at komme med en samlet vurdering af akkrediteringsprocessen på eget arbejde og på den gavnlige effekt for patienterne, kan vi se, at respondenterne overvejende har en positiv indstilling til begge områder. De største tvivlere findes i lægegruppen. Der er en stor gruppe som vælger et neutralt standpunkt i forhold til akkrediteringens påvirkning på eget arbejde. Denne neutrale gruppe er mindre og har tilsluttet sig de positive, når det handler om at vurdere akkrediteringens effekt for patienterne.

## Respondenternes roller

Vi vil nu rette vores opmærksomhed mod de roller vores respondenter har i akkrediteringsprocessen. Det er muligt at varetage flere forskellige roller og funktioner, som relaterer sig til processen, f. eks. kan en afdelingsleder være akkrediteringskonsulent, hygiejnøgleperson, uddannet intern surveyor eller andet samtidig. Tabel B i bilag 6 viser antallet af roller fordelt på faggrupper. Vi har valgt, at respondenter med en eller to roller placeres i kategorien *få roller*, hvis respondenter har 3 eller flere roller placeres de i kategorien *mange roller*.

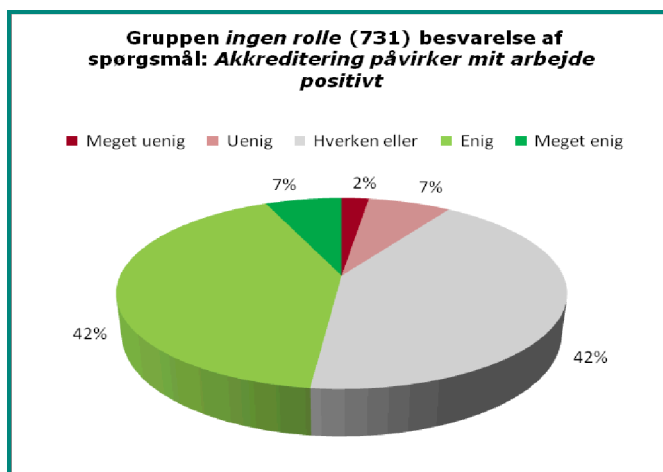
Figur 11



Som det fremgår af figur 11, angiver 66 % af respondenterne ikke at have en særlig rolle i akkrediteringsprocessen. Det betyder, at vi i vores respondentgruppe har fat i mange (942), for hvem akkreditering er en opgave i afdelingen, som de ikke umiddelbart har indflydelse på. Vi ønsker at vide, om det har indflydelse på den overordnede vurdering af akkrediteringsprocessen.

På figur 12 retter vi derfor fokus mod den store gruppe respondenter – 66 %, der ikke har særlige *roller* i akkrediteringsprocessen.

Figur 12



Som det fremgår af figuren er 9 % *uenige*, eller *meget uenige* i udsagnet om, akkreditering påvirker mit arbejde positivt, 49 % er *enige* eller *meget enige*. Af de 9 % tilhører godt en tredjedel lægegruppen, hvilket er den eneste gruppe, der skiller sig ud. Det vil sige, at i gruppen respondenterne *uden rolle* fremtræder lægegruppen som den mest negative. I gruppen af respondenter som ikke har nogen særlig rolle i akkrediteringsprocessen, ses den samme procentvise fordeling af *negative* som i hele gruppen af respondenter.

### Hvem får *roller*?

63 af vores respondenter har været uddannet i mindre end to år, og kun en enkelt af disse har fået tildelt en særlig *rolle* i akkrediteringsprocessen. For gruppen af *uddannede* ligger hovedparten af de respondenter, der har fået tildelt roller placeret hos de kompetente udøvere af fagene, idet 38 % af respondenterne, der har været uddannet mere end 5 år, har fået tildelt roller. (Tabel C, bilag 6)

Sygeplejerskerne har i stort omfang fået *roller* i akkrediteringsprocessen hvilket fremgår af tabel B i bilag 6, som viser, at af 591 sygeplejeske-respondenter har 220 tildelt en eller flere roller, svarende til 37 %.

Allerede i Anne Hattings ph.d-afhandling fra 2007 fremgår det, at lægernes engagement i akkrediteringsprocessen var begrænset, mens sygeplejerskerne var mere aktive:

*"... det var svært at få lægerne til at deltage i forberedelserne... ... sygeplejerskerne farer rundt for at få det her til at køre, og lægerne har lige opdaget, at det er her."* (Hatting, 2007, s. 274)

Hatting beskriver dette fænomen som en tendens, der også kan findes i internationale erfaringer med akkrediteringsprocesser. (Hatting s. 274)

### **Udvikling af tidsforbrug for respondenter uden særlig rolle**

Vi kan se, at mange i den store gruppe af respondenter uden *særlig rolle* (800) vurderer, at de bruger tid på akkrediteringsprocessen, og at tidsforbruget er øget betragteligt gennem de seneste 12 måneder. Gruppen af respondenter, der bruger *mindre end 10 timer* om ugen er i løbet af de seneste 12 måneder steget fra 20 % til 56 %. Og gruppen af respondenter, der vurderer *ikke at bruge tid* til akkrediteringsprocessen, eller ikke kan huske at have brugt tid, er faldet fra 78 % til 41 %. (Tabel D, bilag 6)

Når man ikke har en *særlig rolle*, i akkrediteringsprocessen, vurderer vi, at det øgede tidsforbrug primært er blevet brugt til at studere de nye retningsgivende dokumenter.

### **Retningsgivende dokumenter og tidsforbrug**

Akkrediteringsprocessens krav om beskrivelse af retningslinjer og instrukser betyder, at afdelingerne i stor udstrækning får beskrevet deres "theories-in-use", hvilket må formodes at være til stor hjælp for de nyuddannede. Det er ikke en formodning som bekræftes af vore data, idet halvdelen af de nyuddannede angiver, at de ikke bruger tid på akkrediteringsprocessen, og den anden halvdel bruger under 10 timer/uge. Når vi ser på de bemærkninger, som de nyuddannede har krydret vores spørgeskema med, er det ikke begejstring over dokumenterne, der fylder, men derimod frustration over de dokumentstyringssystemer, der er til rådighed, f.eks. bemærkes det:

*"Der er nedskrevet mange instrukser/retningslinjer, men PRI er stærkt kritisabelt, da det ofte ikke fremkommer med de ønskede dokumenter, når man søger på et aktuelt ord. Stor frustration i det daglige arbejde."*

Til gengæld giver de erfarne udtryk for, at de retningsgivende dokumenter har haft positiv indflydelse på introduktion af nyt personale, og således er med at vise de nyansatte ,hvilke "theories-of-action" som er gældende.

### **Ingen roller og faglig dialog**

I spørgeskemaet har vi valgt at sætte fokus på, om den faglige dialog i afdelingerne er oplevet som styrket i forbindelse med akkrediteringsprocessen. For gruppen af respondenter *uden rolle* kan vi se, at en tredjedel oplever, at den monofaglige dialog er blevet styrket, i forhold til den tværfaglige dialog oplever en fjerdedel af respondenterne en styrket dialog. (Tabel F og G, bilag 6)

*“Det bedste ved akkreditering er, at vi får talt om alle de ting, vi gør rutinemæssigt, men som bliver gjort på mange forskellige måder, fordi det ikke er ordentligt standardiseret.”*

Her rammer konsekvenserne af trin 1 i DDKM, hvor der skal laves retningsgivende dokumenter, helt ud i de sundhedsprofessionelles hverdag. Fra et læringsmæssigt perspektiv kan vi af bemærkningen se, at det indre kort, som de forskellige aktører har, er individuelt. Alle yder bedste kvalitet ud fra egen subjektive vurdering. Dialogen kan skabe et mismatch i den enkelte som kan føre til læring, men det betyder ikke, at vi kan konkludere, at de lærer det samme. I et organisatorisk perspektiv vil den faglige dialog indlejres i organisationens kultur, og med tiden udmønte sig i nye “theories-in-use”.

### **Delkonklusion**

Det er de kompetente sundhedsprofessionelle, der har fået særlige roller i forbindelse med akkrediteringsprocessen. Tidsforbruget for personale uden særlig rolle øges betragteligt, og i denne gruppe er det nu kun omkring en femtedel, der vurderer, at de ikke bruger tid på opgaven. Tiden bruges til at sætte sig ind i de retningsgivende dokumenter. En tredjedel af respondenterne uden særlig rolle vurderer, at den monofaglige dialog er øget. Halvdelen af respondenterne uden særlig rolle vurderer overordnet, at akkreditering påvirker arbejdet positivt.

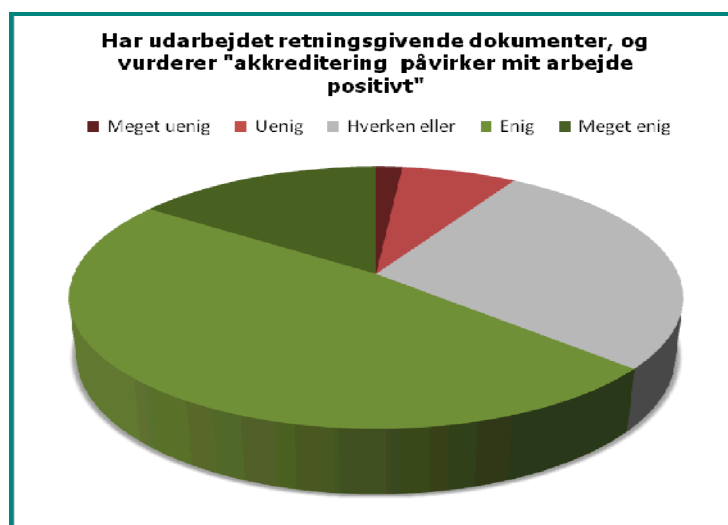
## **De retningsgivende dokumenter – trin 1 i DDKM**

### **Udarbejdelse af dokumenter**

Som tidligere omtalt er der i DDKM på trin 1 krav om retningsgivende dokumenter som knytter sig til det emne standarden omhandler. Udarbejdelsen af retningsgivende dokumenter i form af politikker, retningslinjer og instrukser, er foregået på mange forskellige niveauer, og dokumenterne har været sendt ud i høring inden den endelige godkendelse af institutions- eller afdelingsledelsen. 27 % af vores respondenter har deltaget i udarbejdelse af dokumenter, i denne gruppe findes respondenter, som har arbejdet i regionale grupper, eller grupper på institutionsniveau, men også respondenter, der har udarbejdet instrukser for et helt specifikt område. Hvis vi betragter denne gruppes samlede vurdering af akkrediteringsprocessen, kan vi se, at det at have været involveret i udarbejdelsen af retningsgivende dokumenter, betyder, at respondenterne i endnu højere grad vurderer, at akkreditering påvirker arbejdet positivt. Se figur 12.



Figur 12



Lederne har i kraft af deres funktion en fremtrædende rolle i implementeringen af DDKM, og 66 % har været involveret i at udarbejde retningsgivende dokumenter, men det betyder ikke, at opgaven udelukkende er blevet løst i ledergruppen. Af vores respondenter har vi i alt 380, der har været aktive, heraf har 236 ikke noget ledelsesansvar. (Tabel D, bilag 6) Vi er klar over, at ledergruppen er overrepræsenteret i vores respondentgruppe, men synes tallene giver et billede af, hvor mange der har været involveret i skriveprocesserne. En læge med ledelsesansvar udtaler:

*"Der er en vis positiv effekt af akkrediteringsprocessen i form af at udarbejde instrukser mv. Men det står på ingen måde i forhold til det enorme forbrug af tid og ressourcer. En del af processen er irrelevant for det praktiske arbejde og har karakter af, at man kontrollerer det der kan kontrolleres – ikke nødvendigvis det som er relevant."*

Den ledende læge giver hermed udtryk for, at processen med at udarbejde retningsgivende dokumenter på den ene side er positiv, men på den anden side har været alt for ressourcekrævende. At udarbejde retningsgivende dokumenter for de kliniske områder er ikke fremmed for lægegruppen, og spørgsmålet er, om lægerne oplever, at kravene om retningsgivende dokumenter, som skal produceres i en bestemt skabelon, for at passe ind i dokumentstyringssystemet, har været en unødigt revision af allerede eksisterende instrukser for det kliniske arbejde. Det vil sige, at akkrediteringsprocessen har handlet om, at indpakningen er ændret, men indholdet er det samme. En anden læge udtaler:

*“Ting som tidligere let kunne løses på tværs af afdelingerne, drukner nu i evindelig kævl om instrukser og standarder, alt er blevet utrolig besværligt, uden at kvaliteten er højnet.”*

Fra et læringsperspektiv ved vi, at ikke al læring fører til den ønskede udvikling, og en oplevelse, som den ovenstående, vil kunne betyde, at denne læges adaptive strategier betyder, at han melder sig ud af akkrediteringsprocessen, og forsøger at ignorere den udvikling, som organisationen er i færd med. Lægen indgår i relation med den øvrige afdeling (system), og det afhænger af hans position i systemet, hvorvidt hans holdninger vil have afgørende indflydelse på organisationen “theories-in-use”. På trods af lægens irritation, som kommer til udtryk i citatet, vil han blive tvunget til at bruge tid på opgaven. Det vil ikke være muligt for ham over tid vedvarende ikke at forholde sig til de retningsgivende dokumenter og ændrede arbejdsgange, hvor det påkræves. Når der i DDKM er indlagt journalaudit, selvevaluering, intern survey og ekstern survey, vil disse begivenheder konfrontere organisationen med mismatch.

Lægen bruger i citatet begrebet *standarder* i den klassiske læge-betydning, og signalerer hermed, at han ikke er en del af det system, som med tilegnelsen af nye ord og begreber er ved at danne sig et system i systemet.

### **De retningsgivende dokumenter som pensum**

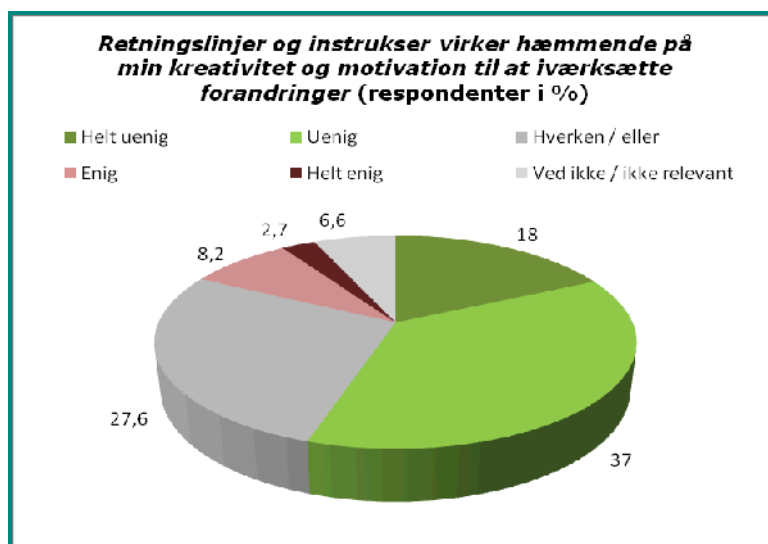
En leder udtaler:

*“Mit arbejde bliver negativt påvirket, da jeg ikke har tid til at skrive øvrige retningslinjer i forbindelse med nye bekendtgørelser. Der er ikke tid til at kikke ordentligt på opgaverne og finde den bedste løsning til sammenfletning af flere kvalitetssystemer.”*

Lederen giver hermed udtryk for, at DDKM er det faste pensum, som skal følges. Ganske vist indeholder DDKM's standarder de lovkrav og anbefalinger, som er kommet fra ministerierne, men bekendtgørelser og lovændringer, der er trådt i kraft efter færdigrevisionen af DDKM – 1. udgave, risikerer at drukne i det allerede fastsatte pensum. Nye initiativer og udviklingsprojekter, hvad enten de kommer fra medarbejdere eller som udefrakommende ønsker, vil skulle indgå i konkurrence med DDKM om de sundhedsprofessionelles opmærksomhed og prioritering. Og da der implicit i DDKM ligger repressalier i form af en vurdering som *ikke-akkrediteret*, vil initiativer som ikke relaterer sig direkte til DDKM have hårde odds.

Som det fremgår af nedenstående figur oplever hovedparten af vores respondenter ikke, at retningslinjer og instrukser påvirker deres kreativitet og motivation til at iværksætte forandringer.

Figur 13



Spørgsmålet om kreativitet kan betragtes ud fra to forskellige perspektiver, for det første kan man have en formodning om, at hvis der opleves en stor grad af kontrol, vil det have en hæmmende indvirkning på kreativiteten. Et andet perspektiv er, at DDKM og afledte retningslinjer i sig selv kalder på kreativiteten på samme måde, som når kunstnere bliver stillet overfor bundne opgaver. Vi har konstrueret spørgsmålet som et kontrolspørgsmål i forhold til, om respondenterne oplever kontrol som noget negativt, og er overraskede over, at 55 % *ikke* oplever retningslinjer og instrukser som hæmmende på kreativitet og motivation til at iværksætte forandringer. Det kan skyldes, at vi foretager vores empiriske undersøgelse på et tidspunkt, hvor de sundhedsprofessionelle er i gang med, eller lige har afsluttet den store opgave med at beskrive "theories-of-action". I selve skriveprocessen ligger der krav om refleksivitet og kreativitet, og det kan være en mulig forklaring på, at mere end halvdelen af respondenterne ikke vurderer retningslinjer og instrukser som hæmmende.

### Kende og anvende de retningsgivende dokumenter

En sygeplejerske udtaler:

*"Den megen tid jeg bruger på f.eks. at læse dokumenter tager tid fra patienterne. Fylder meget i hverdagen."*

Sygeplejerskens udtalelse kan ses som udtryk for, at hun oplever, at hun svigter fagets kerneområde til fordel for at læse dokumenter, som måske, eller måske ikke, indeholder krav om, at hun skal ændre sin praksis. Læsning af retningsgivende dokumenter vil give anledning til refleksion over egne handlinger og organisationens "theories-in-use", men det er ikke givet, at læseren vil opleve, eller få øje på, noget mismatch, som kan føre til læring. Den erfarne sundhedsprofessionelle derimod kunne opleve de retningsgivende dokumenter, som en *devaluering* af egen dømmekraft. (Brock og Groth, 2009) Det kan være det, der er på spil, når en respondent udtaler:

*"Oplever akkreditering som centralisering af ansvar. Mine faglige kompetencer devalueres, og jeg har INGEN indflydelse på de opgaver jeg pålægges, rutiner indføres uden at de fagprofessionelle inddrages. Jeg sidder tilbage med fornemmelsen af, at det trækkes ned over mit hoved."*

Her giver respondenter tydelig udtryk for, at akkrediteringsprocessen påvirker hendes faglige stolthed. Dahler-Larsen gør opmærksom på, at kvalitetsstyringssystemer, som DDKM, har konstitutive virkninger på de sundhedsprofessionelles selvopfattelse. Han bruger begrebet *interpellerer*, og siger hermed, at kvalitetsmålingen *afbryder* og forstyrrer den fagprofessionelles *tillid* til egne vurderinger. Det vil sige det faglige skøn bliver devalueret, og konsekvensen bliver i denne optik, at ansvaret for håndteringen af komplekse faglige problemstillinger fjernes fra den sundhedsprofessionelle, og parkeres i et organisatorisk system.

Respondenten gør også opmærksom på det implementeringsgab, der opleves at være mellem dem, der har defineret kvaliteten, og udøverne. Som tidligere beskrevet er der i en stor del af DDKM's standarder normative krav til indholdet i de retningsgivende dokumenter, disse krav beskriver den ønskede kvalitet. Med 104 standarder og krav om at arbejde efter kvalitetscirklen er opgaven enorm. Der er ikke i DDKM nogen forbud mod, at institutionerne eller afdelinger definerer *egne* kvalitetskrav, som knytter an til de normative krav i standarderne, men fordi opgaven i forvejen er enorm, har det været vigtigt for institutionerne ikke at stille yderligere krav til de sundhedsprofessionelle. Det betyder, at ejerskabet til kvalitetskravene ikke nødvendigvis er særligt stort i afdelingerne, og at de normative krav til de retningsgivende dokumenter vil virke centralistiske.

Vi har fået mange udsagn, som drejer sig om den store mængde af retningsgivende dokumenter, se figur 8. En sygeplejerske mener:

*"Der er tilkommet instrukser, der ikke har noget med sund fornuft at gøre."*

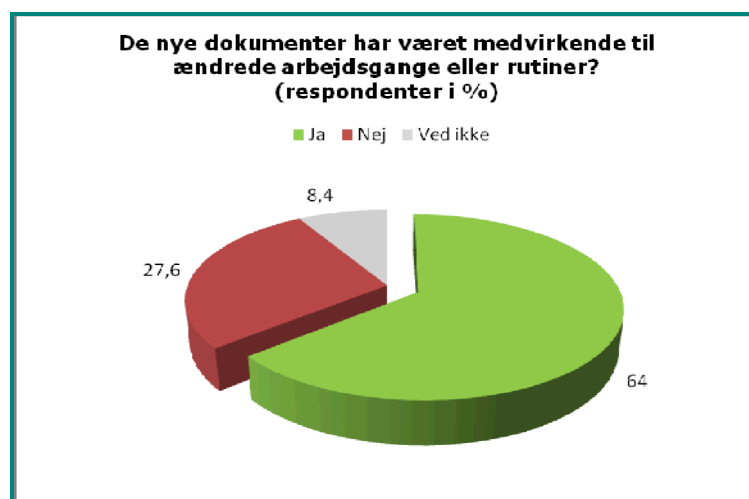
Og en bioanalytiker fortsætter i samme spor:

*"Nogen dokumenter er gode, men der er også dokumenter, der kunne "spares" væk."*

Med udarbejdelsen af de retningsgivende dokumenter til i alt 104 standarder, er de sundhedsprofessionelle blevet konfronteret med dokumenter, som beskriver arbejdsgange, der handler om institutionens overordnede rammer, som f.eks. dokumenter, der omhandler institutionens bygninger eller nødstrømsanlæg. Denne type dokumenter opleves som overflødige af personale i patientnære funktioner. Der er fra topledelsen valgt en strategi, der betyder, at alle de retningsgivende dokumenter, man bliver omfattet af, først skal i høring i afdelingerne, således at de, der senere bliver omfattet af dem, har haft mulighed for at gøre indsigelser. Der har derfor i denne indledende fase af akkrediteringsprocessen været lagt en meget stor arbejdsbyrde, i form af læsning af dokumenter ude i afdelingerne.

Respondenterne er i spørgeskemaet blevet bedt om at svare på, om de nye dokumenter i form af retningslinjer og instrukser har medvirket til, at de har ændret arbejdsgange eller rutiner.

Figur 14



Som det fremgår af figur 14, har 64 % angivet, at der er sket ændringer i arbejdsgange eller rutiner, mens godt en fjerdedel vurderer, at der ikke er sket ændringer. Svaret fra denne fjerdedel kan ses som udtryk for, enten at de retningsgivende dokumenter, f.eks. instrukserne, blot beskriver de allerede etablerede arbejdsgange, eller at instrukserne ikke er blevet implementeret.

Ved at se på gruppen, der *ikke* mener, at dokumenterne har medvirket til ændrede arbejdsgange, sammenholdt med hvilke faggrupper de tilhører, kan vi ikke se, at denne vurdering knytter sig specielt til nogen faggruppe, holdningen er udbredt til alle.

I besvarelser af spørgsmålet indgår også den gruppe på 30 %, som i et tidligere spørgsmål har angivet, at de ikke bruger tid på akkrediteringsprocessen, men det er kun en tredjedel af denne gruppe, som mener at de retningsgivende dokumenter ikke har ført til ændrede arbejdsgange. Det vil sige, man kan være en del af organisationen, angive at man ikke bruger tid på akkrediteringsprocessen, og alligevel ændre arbejdsgange og rutiner. Det tager vi som et udtryk for, at der her er spor af organisatorisk læring som minimum på singleloopniveau, men om der er tale om doublelooplæring i den forstand, at dette forudsætter bevidst refleksion kan ikke konkluderes ud fra undersøgelsens data.

En del respondenter udtrykker betænkelighed ved *holdbarheden* af de ændringer af arbejdsgange og rutiner, der er sket. Hvilket kommer til udtryk, når en sygeplejerske, der lige har været igennem eksternt survey, udtaler:

*”Det minder om absurd teater. Ting ændres i akkrediteringsugen, men allerede ugen efter er vi tilbage ved det gamle.”*

Med dette udsagn fortæller hun, at arbejdsgangsændringerne på ingen måde er blevet en del af organisationens "theories-in-use", selvom de, via de retningsgivende dokumenter, er skrevet ind i organisationens "theories-of-action". Men hun siger samtidig, at personalet ved præcist, hvordan det burde være. At de sundhedsprofessionelle nu er bevidste om, at der er forskel på dagligdag og "eksamen". Denne refleksion kan have utilsigtede konsekvenser i forhold til respondentens arbejdsmiljø, hvis hun dagligt oplever, og er bevidst om, gabet mellem virkeligheden som den burde være, jf. retningslinjer og instrukser, og den virkelighed hun arbejder i. Hvis hun derimod er i stand til at få sin undren over forskellen mellem "eksamen" og dagligdagen sat på dagsordenen i organisationen, vil aktørerne have mulighed for at reflektere over forskellene og de bagvedliggende årsager. Hvilket kan føre til, at ændringer, som kun forekom ved akkrediteringsbesøget, bliver af permanent karakter. Der er en mulighed for at flytte ansvaret fra det individuelle til det organisatoriske niveau.

### **Offentligt tilgængelige dokumentstyringssystemer**

Region Midt har fået e-Dok og Region Nord har fået PRI til at styre den store mængde politikker, retningslinjer og instrukser, fælles for begge systemer er, at de er internetbaserede. Det betyder, at der sker en vidensdeling i form af dokumenter, som "stjæles" fra naboafdelingen, fra en anden institution eller fra en anden region. På sigt vil dette langsomt føre til en ensretning af dokumenterne, hvilket kan siges at være

en konstitutiv virkning af kravene om retningsgivende dokumenter på trin 1 i DDKM. Vi vurderer, at der er opstået et læringsrum af fuldstændig uformel karakter blandt forfatterne og redaktørerne af retningsgivende dokumenter. En anden konsekvens er, at nogle afdelinger afgiver deres ret til selv at udforme retningsgivende dokumenter og dermed præge de retningslinjer, der arbejdes efter, ved blot at linke til andres dokumenter, f.eks. nærmeste universitetshospital.

Det, at dokumenterne ligger på internettet, betyder, at de kan Googles frem af patienter og pårørende, dvs. man nu har direkte adgang til at se, hvorledes de sundhedsprofessionelle beskriver f. eks. et udredningsforløb. Der ligger i denne funktion et panoptisk element, som endnu ikke opleves som problematisk af de sundhedsprofessionelle.

### **Delkonklusion**

27 % af vores respondenter har deltaget i udarbejdelse af dokumenter, for ledergruppen drejer det sig om 66 %.

55 % oplever ikke retningslinjer og instrukser som hæmmende for kreativiteten og motivationen for at iværksætte forandringer.

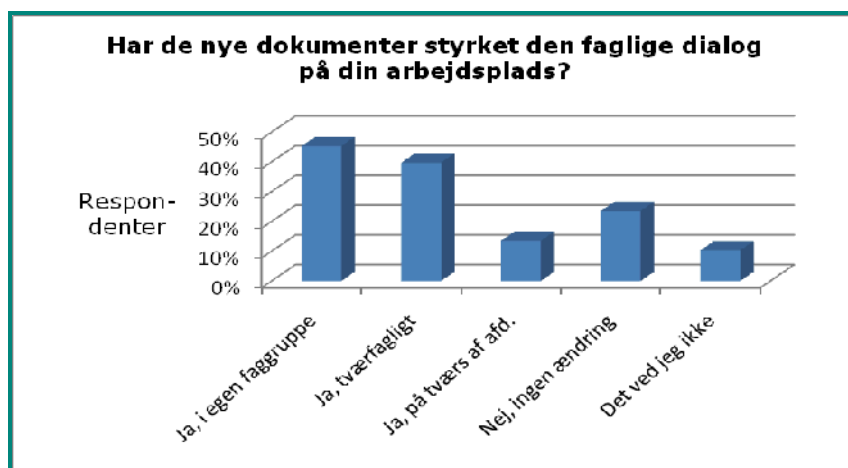
64 % af respondenterne angiver, at de nye dokumenter har betydet ændrede arbejdsgange eller rutiner.

### **Mono- og tværfaglig dialog**

En øget dialog om faglige problemstillinger vil af Argyris og Schön blive betragtet som model II strategier, hvor elementer som *at se udvikling som en fælles opgave* og *at lade dialogen handle om konkrete forhold og lade dilemmaer komme op til overfladen* indgår. Ved siden af dialogen om et givent emne vil aktørerne lære på deuteronomie, idet de vil få erfaringer om forandringsprocesser i organisationen. De vil lære, at erfaringer fra en kontekst kan flyttes til en anden kontekst. Argyris og Schön gør opmærksom på, at der er forhold i organisationen, der kan fremme/hæmme deuterolæring, f.eks. en venlig eller fjendtlig omgangstone, fleksible eller rigide positioner. Traditionelt sidder lægegruppen i toppen af organisationens hierarki, og deres position og indstilling vil derfor få en afsmittende virkning på, om organisationen er i stand til at opnå organisatorisk læring. Som tidligere dokumenteret er der i vores respondentgruppe ca. en femtedel af lægerne, med en negativ indstilling til akkrediteringsprocessen, men vi kan ikke i vores undersøgelse analysere os frem til, om deres holdning påvirker det øvrige personale, fordi vores datamateriale er for lille til en sådan detaljering. Men vi kan se på, om de

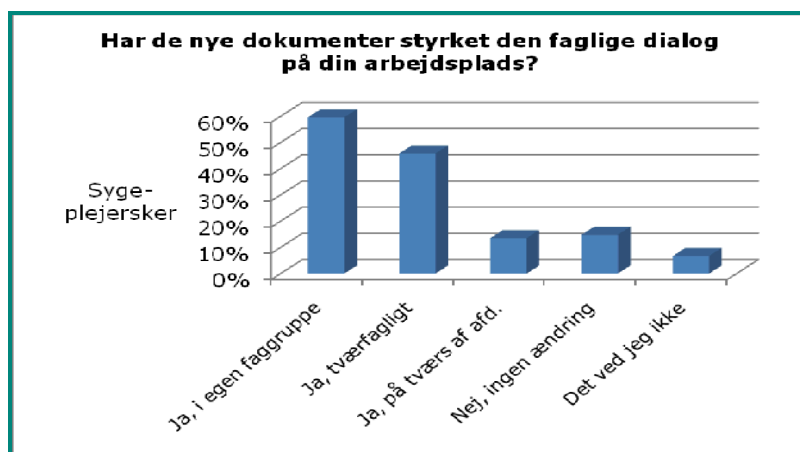
sundhedsprofessionelle har oplevet, at den faglige dialog er blevet styrket, mono- såvel som tværfagligt. Nedenstående figur 15 viser alle respondenternes vurdering af spørgsmålet.

Figur 15



Hvis vi ser på sygeplejerskegruppen isoleret, får vi et noget andet billede, idet sygeplejerskegruppen i endnu højere grad har vurderet, at den faglige dialog er blevet styrket med akkrediteringsprocessen.

Figur 16



Det virker som om akkrediteringsprocessen har sat faglige diskussioner på dagsordenen. Det er ikke et udtryk for, at sygeplejerskegruppen ikke tidligere har talt om faglige emner, men hvor dialogen har haft sit udgangspunkt i den enkelte patient, betyder akkrediteringsprocessen og de retningsgivende dokumenter, at sygeplejerskernes faglige dialog også får en anden dimension. Idet abstraktionsniveauet i dialogen er blevet øget ved at tale om retningslinjer og instrukser. Hermed bliver det legalt at tale om faglige emner, som måske er kommet til udtryk gennem uhensigtsmæssige arbejdsgange eller



kulturer. Eksempelvis har lovkravet om sundhedsfaglig kontaktperson, som beskrevet i standard 2.3.2, betydet faglige diskussioner om, hvad det *indebærer* at være sundhedsfaglig kontaktperson, og om hvilke faggrupper der bedst kan varetage opgaven.

Vi kan ikke vide, hvad det er for en læring de sundhedsprofessionelle som individer får ud af den øgede faglige dialog, men vi kan formode, at der opstår en større forståelse for andre faggrupper, at det indre kort i et læringsteoretisk perspektiv bliver udvidet. Og at øget tværfaglig dialog er med til at styrke organisationens læringskultur.

Af vores gruppe af respondenter kan vi se, at en tredjedel har en eller flere tildelte *roller* som relaterer sig til akkrediteringsprocessen. Det er afdelingsledelserne, der suverænt bestemmer, hvor mange personer de forskellige roller fordeles på, men vi kan se, at denne gruppe *med roller* i højere grad oplever styrket faglig dialog, end gruppen af respondenter uden særlige roller (tabel I, bilag 6). En leder udtaler:

*“Vi har forsøgt at have “almindelige” personalemedlemmer med i grupperne, der skulle lave retningslinjer, hvilket har givet en god, men måske langsommere proces.”*

Med den udtalelse kan vi se, at lederen har haft øje for at dele rollerne ud på flere personer, med henblik på at styrke det faglige samarbejde i afdelingen.

### **Delkonklusion**

Den monofaglige dialog er med akkrediteringsprocessen i høj grad blevet styrket, når 45 % af respondenterne giver udtryk for dette.

I gruppen af sygeplejerskerne er det 60 % der oplever dette. Den tværfaglige dialog har ligeledes opnået et løft, hvilket 40 % af vores respondenter udtrykker.

Akkrediteringsprocessen giver de sundhedsprofessionelle anledning til at tale om andet end konkrete patienter.

### **Dokumentation**

I DDKM er der 38 indikatorer, som monitoreres ved hjælp af journalaudit, dvs. at dokumentationen for opfyldelsen af kravene i standarden skal kunne genfindes i journalen. Det drejer sig om så forskelligartede fiks-punkter som:

“Er der dokumentation for, at der er udpeget en navngiven sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelse?”(Standard 2.3.2) eller:

“Er der dokumentation for, at patienten har givet informeret samtykke til den udarbejdede behandlingsplan?” (Standard 2.1.1)

Disse indikatorer er grundstammen i forhold til dokumentationskravene i DDKM, derudover ligger der en stor dokumentationsopgave i forhold til de sygdomsspecifikke standarder, hvor Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) har en lang række indikatorer, hvor dokumentationen skal indberettes. En stor del af disse indikatorer er ægte out-come indikatorer, som beskrevet af Donabedian, hvor det er den givne pleje og behandlings effekt på patientens helbredsstatus, som ligger til grund for indikatoren. Vi vurderer, at langt hovedparten af journalaudit-indikatorerne i Donabedians optik må betegnes som indikatorer for *proces*. En læge er opmærksom på samme problematik, når han udtaler:

*“Der er alt for meget fokus på proces i stedet for behandlingsresultater. I mine øjne er det spild af ressourcer, og vil ikke ændre kvaliteten af patientbehandlingen. Ressourcerne kunne være brugt bedre på forbedrede behandlingsmetoder og patientforløb, i stedet for bevidstløs fokusering på detaljer. Det er maskinledelse af værste skuffe.”*

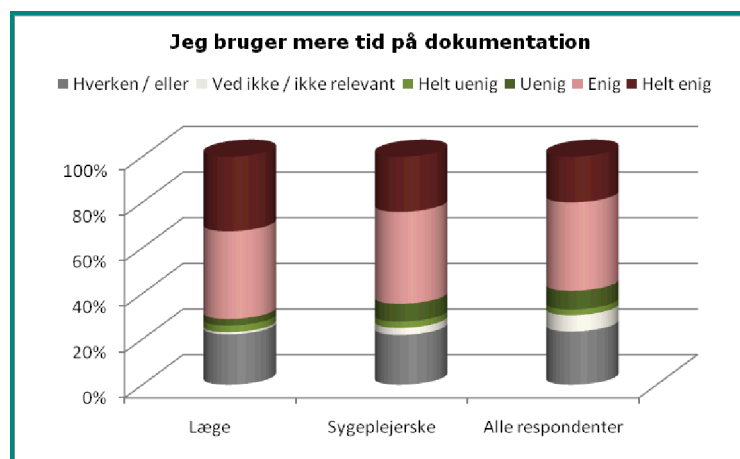
Lægen er opmærksom på, at de indikatorer, han skal opfylde i forbindelse med journalaudit, drejer sig om proces, og ikke siger noget om, hvad patienten har fået ud af behandlingen.

Dahler-Larsen gør opmærksom på at kvalitetsmålinger har konstitutiv virkning på virkeligheden, og bruger 6 begreber for at indkredse denne virkning. For det første *typificeres* kvaliteten, denne typificering ser vi i DDKM's valg af indikatorer til de 104 standarder, med typificeringen beskrives, hvad der betegnes som god kvalitet. Dahler-Larsen har også øje for, at mange kvalitetsmål handler om tid, dvs. at kvaliteten *temporaliseres*, når indikatoren handler om at vurdere om patienten har modtaget en ydelse indenfor en fastsat tidsramme. Ligesom han har øje for, at kvalitetsmålinger *fikserer* verden, når en indikator én gang er valgt, vil den virke styrende og fastholdende for opmærksomheden. Skræks scenariet må derfor være, at de sundhedsprofessionelle, som en *washback-effekt* af at udføre journalaudit, bliver eksperter til at dokumentere disse indikatorer, uden hensyntagen til hvad der i øvrigt er relevant at dokumentere. En læge har øje for denne konstitutive virkning, når han udtaler:

*“Det med at måle på alting bare for at måle, kan hurtigt blive en stor tidsrøver, og en kamp om at få tallene til at se pæne ud, uden måske at ændre det rigtige sted.”*

Vi har valgt at spørge vores respondenter, om de oplever de bruger mere tid på dokumentation, og om de oplever mere meningsløs dokumentation. Vi vil i vores fremlæggelse af empirien koncentrere os om læge- og sygeplejerskegruppen.

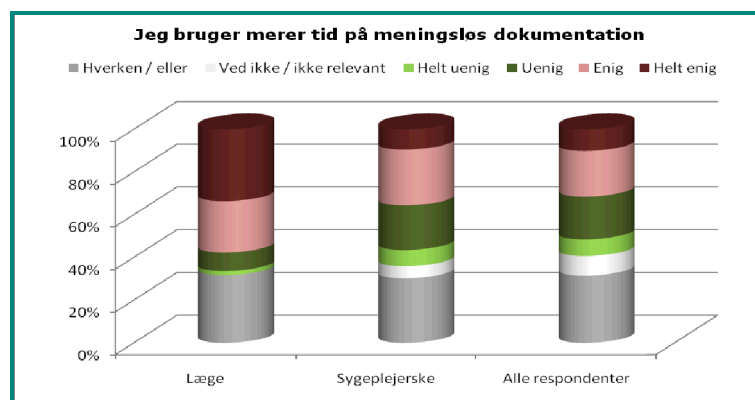
Figur 17



Som det fremgår af ovenstående er 59 % af respondenterne *enige* eller *meget enige* i udsagnet om, at der bruges mere tid på dokumentation. Det er ikke muligt at sige, om denne vurdering af dokumentationsopgaven er en direkte konsekvent af DDKM, eller der er andre dokumentationsopgaver, som også er kommet i spil. Den øgede dokumentationsopgave kan også ses i sammenhæng med det stigende fokus, der er på patientklager og patientforsikringsområderne, hvor mere dokumentation kan betragtes som defensive handlinger foretaget af de sundhedsprofessionelle for at holde ryggen fri i en evt. efterfølgende sag rejst af patienten. En sådan øgning af dokumentationen vil ikke nødvendigvis blive betragtet i et negativt lys af de sundhedsprofessionelle, men som en uundgåelig konsekvens af samfundsudviklingen.

Hvis vi retter opmærksomheden på den del af dokumentationsopgaven, som de sundhedsprofessionelle oplever som *meningsløs*, ser billedet således ud:

Figur 18



En af de indikatorer, som har høstet megen kritik, er indikatoren som omhandler:

“Er der dokumentation for, at patienten har givet informeret samtykke til den udarbejdede behandlingsplan?” (Standard 2.1.1)

Det er en indikator, som er rettet mod lægens interaktion med patienten, og en læge udtaler:

*“Det går over gevind, hvis man hver gang skal skrive, at patienten har accepteret, selvom det er underforstået.”*

Denne procesindikator har sit udspring i lovgivningen, og den overordnede intention er der ingen tvivl om, at alle er enige i. Men når journalaudit skal gennemføres, betyder det i praksis, at der skal genfindes dokumentation for, at patienten er informeret og har accepteret selv små ændringer i behandlingsplanen, f.eks. ændrede medicinordinationer. Det fører til, at de sundhedsprofessionelle finder work-arounds, som f.eks. standardiserede parafraser til journalen: *“Patienten er informeret og samtykker.”* En sådan dokumentation har kun til formål at kunne genfindes ved journalaudit, og siger intet om patientens oplevelser, eller den givne information. Donabedian påpeger, at der skal udvises stor varsomhed i udvælgelsen af indikatorer, og det er klart, at denne indikators konstitutive virkning ikke medvirker til at øge kvaliteten.

Dokumentationen er det medie, hvorigennem de sundhedsprofessionelles handlinger kan observeres løsrevet fra tid og sted, som det sker i forbindelse med journalaudit. På trin 3 i kvalitetscirklen skal de sundhedsprofessionelle i første omgang overvåge egne resultater, med henblik på at skabe kvalitetsforbedringer. De sundhedsprofessionelle, som får den *særlige rolle* at gennemføre journalaudit, indtager en position, som kan sammenlignes med fangevogteren i Foucault’s malende beskrivelse af Panoptikon. De bliver bærere af det syn på kvalitet, der ligger i DDKM, og får til opgave at påpege

uhensigtsmæssigheder i den måde, deres kolleger får dokumenteret deres handlinger på. Det vil sige, kvalitetskontrollen samler sin opmærksomhed mod dokumentationen af de *fikserede* områder i DDKM. Det forhold, at deltagerne i journalaudit får vogterens rolle i en panoptisk forståelse, skubber til de normale hierarkiske strukturer, som findes i organisationen. Vi kan se på rollefordelingen, at journalaudit i høj grad er blevet en disciplin for sygeplejersker, men de indikatorer, som indgår i journalaudit, handler for en stor del om lægens arbejdsområde. Vi kan ikke udelukke, at denne nye magtposition for sygeplejerskerne kan være en medvirkende årsag til, at lægegruppen er den faggruppe, der vurderer akkrediteringsprocessen mest negativt, ligesom vi heller ikke kan udelukke, at det er samme argument, der gør, at sygeplejerskerne som personalegruppe er glædest for DDKM.

De redskaber, som de sundhedsprofessionelle har til rådighed til at foretage dokumentationen i, er forskellige i de to institutioner. Vi spørger ikke respondenterne, om de i deres arbejde har elektronisk patientjournal, eller er henvist til papirjournaler. Vi spørger heller ikke til, i hvor høj grad dokumentationen er indeholdt i fortrykte skemaer og makroer. En sygeplejerske udtaler:

*“Vi skal bruge så meget tid på at dokumentere simpelthen alt, det stresser hele tiden at skulle tænke på, om man nu har husket at dokumenteret det hele. Tiden kunne måske bedre bruges på patienten.”*

Denne sygeplejerske giver udtryk for en oplevelse af at skulle dokumentere *alt*. Det er ikke et krav, som kan genfindes i DDKM, men er måske udtryk for den kultur sygeplejersken arbejder i. I et konstruktivistisk perspektiv kan der være tale om et system, som har udviklet autopoietiske træk i forhold til dokumentation. Det betyder, at systemet skaber sin egen legitimitet ved at dokumentere, og øget dokumentation vil blive selvforstærkende. Når den elektroniske patientjournal kommer, vil fritekst og prosa blive nedtonet til fordel for dokumentation i skemaform, og samtidig vil man undgå dobbeltdokumentation. Sygeplejersken vil sandsynligvis opleve den elektroniske patientjournal (EPJ) som en befrielse, da kravene om dokumentation er indlejret i skemaer i EPJ'en, og hendes bekymring for, om hun har dokumenteret nok, og husket det hele, vil mindskes.

### **Delkonklusion**

59 % af vores respondenter er *enige* eller *meget enige* i udsagnet om, at der bruges mere tid på dokumentation.

Når det drejer sig om meningsløs dokumentation er 32 % enige eller meget enige. Det vil sige, at ganske vist er dokumentationsbyrden øget, men det er ikke al dokumentation, der opleves som meningsløs af vores respondenter.

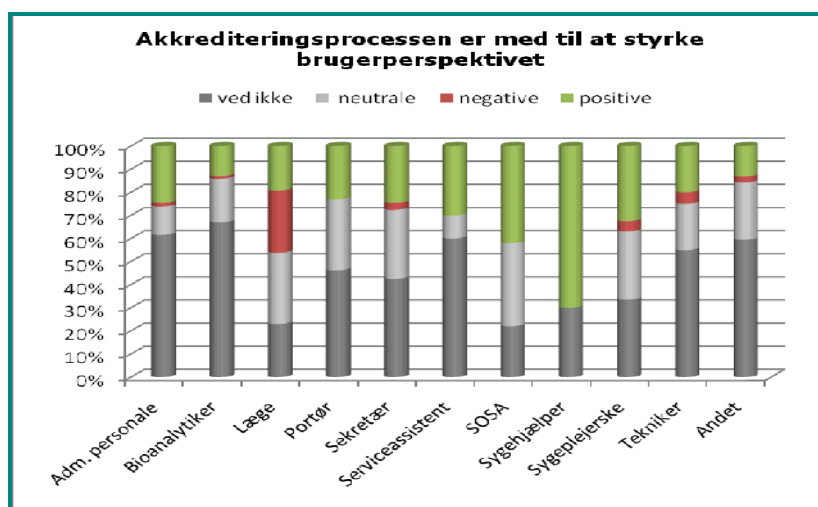
## **Patientperspektivet**

Patientperspektivet indgår i DDKM i form af de årlige LUP (Landsundersøgelsen af Patientoplevelser), og i alt 16 indikatorer skal besvares med et LUP-resultat. LUP-undersøgelsens resultater kan nu ses helt nede på afsnitsniveau, hvor det tidligere var et fælles resultat for institutionen. Det betyder, at LUP giver mere mening for de sundhedsprofessionelle, men institutionerne har kun i ringe omfang mulighed for at påvirke de spørgsmål, der indgår i LUP. De spørgsmål, som er udvalgt til LUP, er alle, som indikator betragtet, *proces*-indikatorer. Donabedian påpeger, at hvis patienten *rigtig* skulle komme til orde, skal patienten bidrage med at udpege indikatorer, som er betydningsfulde for netop denne patient. Og patienttilfredsheden vil så blive afgjort ved at måle *out-come* af det mål, som patienten selv har defineret.

Patienttilfredshedsundersøgelserne offentliggøres via Sundhed.dk og sporadiske, som regel kritiske, avisartikler, og kan dermed danne grundlag for patientens beslutning om, hvor han ønsker behandling, når han, med det frie sygehusvalg, får mulighed for selv at tage stilling. I Becks sociologiske perspektiv kan offentliggørelsen af patienttilfredshedsundersøgelser og andre kvalitetsdata være med til at øge den usikkerhed, som er et grundelement i *risikosamfundet*. Det bliver patientens individuelle valg at tillægge betydning til de mange kvalitetsinformationer, som er offentliggjort. Man kan argumentere for, at akkrediteringsprocessen hjælper patienten med at håndtere og reducere følelsen af risiko ved selv at træffe valg om behandlingssted. Når institutionerne har akkrediteringsstemplet, må kvaliteten være i orden, og patienten slipper for at sætte sig ind i de forskellige institutioners vanskeligt sammenlignelige kvalitetsdata.

Vi har i spørgeskemaet bedt respondenterne vurdere, om akkrediteringsprocessen har været med til at styrke brugerperspektivet, f.eks. gennem LUP. Nedenstående figur viser, de forskellige faggruppers vurdering af spørgsmålet.

Figur 19

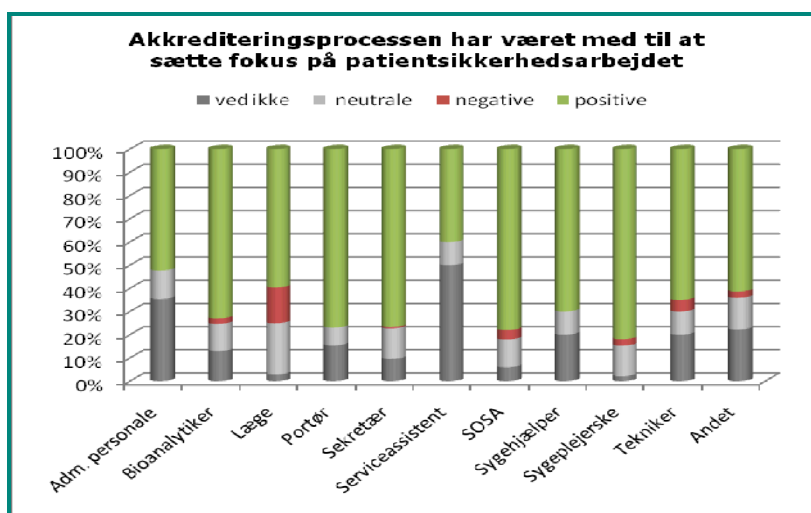


Som det fremgår, er der i alle personalegrupper en stor gruppe, som forholder sig *neutralt*, eller svarer *ved ikke* til spørgsmålet. Vi vurderer, at hvis man ikke har haft en rolle i forbindelse med selvevaluering, har man ikke fået øje på, i hvor høj grad brugerperspektivet bruges som indikator i DDKM.

Vi ser igen, at gruppen af læger vurderer akkrediteringsprocessens betydning for brugerperspektivet mest negativt. Vi kan ikke vide, hvad lægerne ligger til grund for deres vurdering, om den bundner i en metodemæssig kritik af LUP, forstået på den måde, at LUP-spørgsmålene drejer sig om proces og ikke out-come.

Der i DDKM 16 indikatorer, hvor de sundhedsprofessionelle i kvalitetscirkelns 3. trin skal overvåge den rapportering der er sket af utilsigtede hændelser i forhold til standardens emne, f.eks. hvilke utilsigtede hændelser, der er indtruffet og rapporteret indenfor medicineringsområdet. Som det fremgår af figur 20 vurderer vores respondenter, at akkrediteringsprocessen har medvirket til at sætte fokus på patientsikkerhedsarbejdet, arbejdet med rapportering og behandling af utilsigtede hændelser er en væsentlig del af patientsikkerhedsarbejdet.

Figur 20



Det er tydeligt, at de sundhedsprofessionelle i højere grad har set sammenhængen mellem akkrediteringsprocessen og patientsikkerhedsarbejdet, end mellem akkrediteringsprocessen og LUP. En sygeplejerske bemærker:

*“Vi har fået mere fokus på patientsikkerhed, taler mere om UTH, der har været indberettet i egen afdeling, ligesom det altid er et fast punkt på afdelingsmøderne.”*

Sygeplejersken fortæller, at utilsigtede hændelser er blevet et fast punkt på dagsordenen, vi får hermed en antydning af, at der er sket organisatorisk læring, at organisationen har lært at lære, der er tale om deuterolæring, og der i organisationen nu er dannet strukturer, som virker fremmede for, at medlemmerne kan lave *inquiries*. Her er tale om en læring, som i sig selv har potentialet for kvalitetsudvikling.

### **Delkonklusion**

De sundhedsprofessionelle har kun i begrænset omfang fået øje på at brugerperspektivet har en central rolle i akkrediteringsprocessen. Bevidstheden om patientsikkerhedsarbejdet er derimod øget betydeligt i akkrediteringsprocessen.

### **Kontrol**

Kontrol er som begreb negativt ladet, vi kan derfor i vores spørgeskema ikke spørge direkte, om de sundhedsprofessionelle føler sig kontrolleret med DDKM og akkrediteringsprocessen. Vi har derfor fundet det nødvendigt at formulere spørgsmålet som: I hvor høj grad er du enig i følgende udsagn: *Akkreditering betyder, at andre kigger os over skulderen, og Overvågning af afdelingen er med til at målrette indsatsen.*



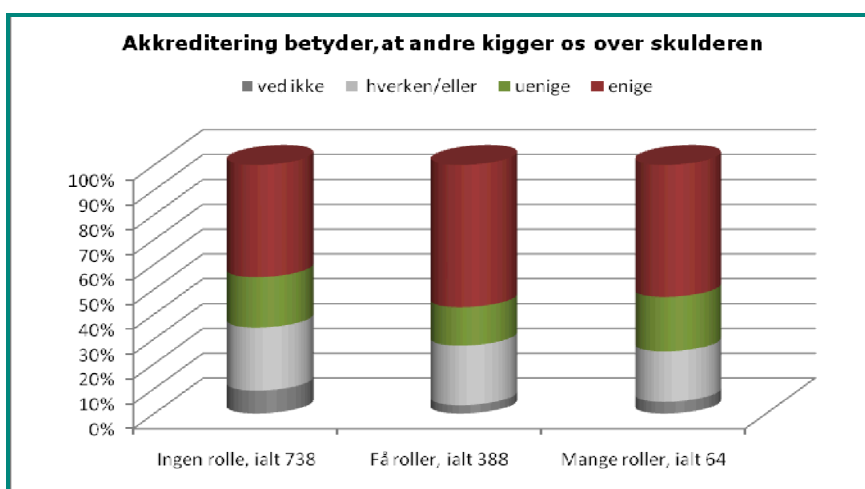
Vi får en bemærkning fra en bioanalytiker, som giver os en antydning af, at vores formulering *kigget over skulderen* også kan opfattes negativt, at hun overhovedet ikke er enig i præmissen for spørgsmålet:

*"Jeg har svaret "uenig" til spørgsmålet, at akkreditering svarede til at vi blev kigget over skulderen, det skyldes, at jeg opfatter kigget over skulderen som noget negativt. Jeg oplever både intern og ekstern audits og andre processer i akkreditering som brugbare arbejdsredskaber, der sætter fokus på nogle ting der kan arbejdes på og gøres bedre."*

Vi tolker, at kontrolelementet bliver en anledning til, at de ansatte modtager anerkendelse for deres arbejde. Anerkendelse kan, i et læringsteoretisk perspektiv i Batesons forståelse, tolkes som positiv feedback, hvilket i sig selv ikke fører til læring, idet kun negativ feedback vil føre til forstyrrelser, der medfører ændringer.

I spørgsmålet om de sundhedsprofessionelle oplever, at akkrediteringen betyder, at andre kigger os over skulderen, har vi valgt at se på respondenter med og uden roller i akkrediteringsprocessen.

Figur 21



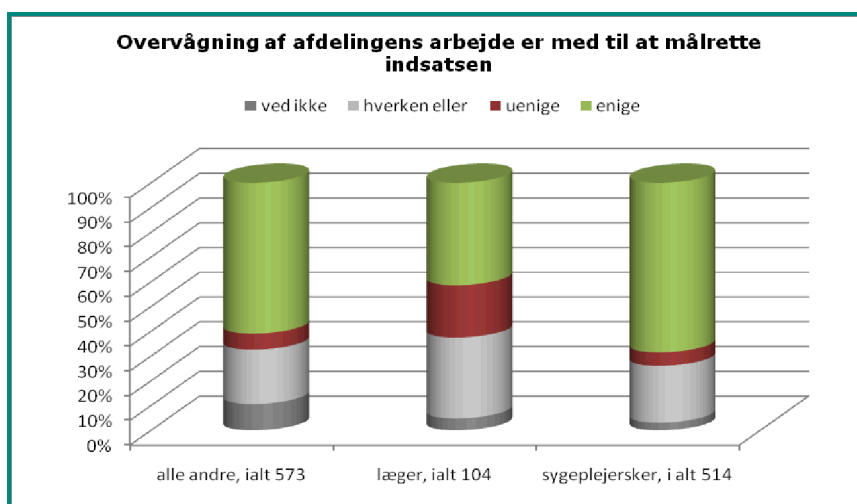
Som det fremgår, har respondentgruppen *med roller* i højere grad fået øje på kontrolelementet i DDKM. Men da vi har tilstræbt at spørge neutralt, kan vi ikke konkludere, om det opleves negativt eller positivt.

Når Beck taler om risikosamfundet, mener han ikke, at den enkelte er udsat for større risici. Men bevidstheden om, at verden er stor og kompliceret og at farer lurker fra sider, som man ikke har indflydelse på og dårligt nok kan have kendskab til, betyder, at den enkelte oplever verden som mere risikabel. Hvis vi lægger denne optik ned over den

komplerede organisation, som vi kalder sygehuse, vil man kunne argumentere for, at DDKM kan opleves som værende strukturerende for kompleksiteten og virke reducerende på den subjektive oplevelse af risiko. Forstået på den måde, at når de sundhedsprofessionelle stilles overfor en uendelig mængde krav om kvalitet, er DDKM's standarder retningsgivende, og hvis disse følges, arbejder individet med høj kvalitet. For nogle aktører i sundhedsvæsenet vil denne reducere opleves som tryghedsskabende, mens andre vil føle det som afgivelse af suveræniteten.

Overvågning er det andet begreb vi har valgt i spørgeskemaet for at nærme os respondenternes holdning til kontrol. Der ligger i DDKM på trin 3 et krav om kvalitetsovervågning, men i vores formulering af spørgsmålet har vi taget udgangspunkt i den panoptiske overvågning. Vi kan ikke præcist vide, hvad det er for en type overvågning, respondenterne tager stilling til, men vi kan se, at sygeplejerskegruppen i størst grad er enig i, at overvågning er med til at målrette indsatsen.

Figur 22



21 % af lægerne er ikke enige af udsagnet, og igen adskiller gruppen sig.

Et andet aspekt ved kontrolbegrebet kommer til udtryk, når en repræsentant for det administrative personale udtaler:

*"Efterhånden går dagen bare med kontrol – hvis tiden bliver brugt på arbejdsopgaverne, kunne vi måske få bedre tid til at løse dem korrekt fra start, og derved undlade al den kontrol. Jeg har ofte tænkt, at vi ved det offentlige må være mindre begavede end gennemsnittet, siden vores arbejde skal kontrolleres så meget. Det kan godt pille lidt ved ens faglige stolthed ☹"*

Denne udtalelse ligger i tråd med Rasmus Willig´s undersøgelse blandt de århusianske pædagoger, hvor kontrol og evaluering bliver taget personligt, bliver individualiseret, således at aktørerne med den megen kontrol oplever umyndiggørelse. En sådan opfattelse vil over tid kunne give et negativt selvbillede og påvirke arbejdsmiljøet for den enkelte.

At bruge spørgeskema som metode til at undersøge mangesidige begreber som kontrol og overvågning, giver vanskeligheder i tolkningen af resultatet. Og vores data skal her tolkes med forsigtighed.

### **Delkonklusion**

De sundhedsprofessionelle, som har en særlig rolle i akkrediteringsprocessen, har fået øje på kontrolelementet i DDKM.

Sygeplejerskerne oplever at akkrediteringsprocessen er med til målrette indsatsen.

## Konklusion

Vi vil indlede vores konklusion med at trække problemformulering frem igen.

**Formålet med Den Danske Kvalitetsmodel er beskrevet som kvalitetsudvikling og læring.**

**Hvordan er de to elementer repræsenteret i modellen?**

**Hvilke elementer har de sundhedsprofessionelle primært identificeret, og hvilken betydning har det for deres syn på akkrediteringsprocessen?**

### Læring

Vi har gennem vores analyse af DDKM redegjort for, hvordan læring er knyttet an til forskellige elementer i kvalitetsmodellen, og påpeget, hvordan kvalitetscirklen på alle trinene giver mulighed for såvel individuel som organisatorisk læring.

Læring i forhold til trin 1 drejer sig om at udarbejde retningsgivende dokumenter, hvilket kan give anledning til refleksion og inquiry på organisationens vegne.

Læring på trin 2 handler om at kende og anvende dokumenterne udarbejdet på trin 1. Hvis de sundhedsprofessionelle bliver forstyrret af de nye dokumenter, vil der primært ske individuel læring på læring 1-niveau. Men de nye retningsgivende dokumenter kan også blot beskrive allerede etablerede "theory-in-use", og der vil så ikke være behov for udvikling.

Der er i kvalitetscirkelens trin 3 et særligt krav om refleksivitet, når deltagerne skal forholde sig til egne resultater i form af journalaudit, LUP-resultater, NIP-resultater. Vi ser her, at ønsket om læring og udvikling bliver tydeligt i modellen.

På trin 4 stilles der krav om udarbejdelse af handleplaner, og for de involverede vil denne proces kræve forskellige strategier afhængig af størrelsen på det mismatch, de har oplevet, og den ramme de har at prioritere indenfor. Det er her, der kan blive behov for de sundhedsprofessionelles kreative kompetencer, hvis de vante løsningsstrategier ikke har ført til det ønskede resultat.

Når sygeplejerskerne i høj grad er blevet tildelt roller i akkrediteringsprocessen, kan det betyde, at de i forhold til at finde løsninger på mismatch, påtager sig opgaver, der ligger udenfor deres kompetenceområde. Dette kan af sygeplejerskerne betragtes som en spændende udviklingsmulighed. En ny magtposition for sygeplejerskegruppen. Hun er, af organisationen, tildelt en rolle med ret til at vurdere afdelingens kvalitetsresultater, som

de beskrives i kvalitetsmodellen, og hun får med sin mer-viden om disse resultater en legitim ret til at udvide sin indflydelsessfære.

Vi kan ikke konkludere, hvad de sundhedsprofessionelle eller organisationerne lærer af at arbejde med akkrediteringsprocessen, men vi får gennem vores empiri et indtryk af den bevægelse, organisationerne har gennemløbet i denne tidlige fase.

Argyris og Schön understreger betydningen af organisationernes handling, undersøgelse, viden og læring. Akkrediteringsprocessen har påvirket institutionernes måde at indsamle viden om sig selv, således at organisationerne er nødt til at ændre på de øvrige elementer. Processen har desuden påvirket organisationernes læringspotentiale, således, at de strukturer, der findes i organisationernes interaktionsmønstre, ændres til fordel for strukturer, der er mere åbne for en lærende kultur.

Først på sigt vil det blive muligt at vurdere, om læringen fører til kvalitetsudvikling, begrænset af standarderne, eller til kvalitetsudvikling, som rækker ud over de fikspunkter, som udgøres af standarderne. I denne tidlige fase kan vi konkludere, at den læring som i første omgang uddrages er, at de sundhedsprofessionelle bliver gode til disciplinen *akkreditering*.

## **Kvalitetsudvikling**

Kravet om kvalitetsudvikling er knyttet sammen med trin 3 i kvalitetscirklen, hvis de normative krav i trin 1 er opfyldt, er der ikke noget krav om kvalitetsudvikling.

Når det drejer sig om journalaudits, lister og logbøger, er dokumentationen altafgørende for at kunne foretage en vurdering af kvaliteten. Det er derfor uheldigt, når der i DDKM er indikatorer, som de sundhedsprofessionelle finder meningsløse eller ikke er i stand til at vurdere, hvad der skal til for at opfylde indikatoren tilfredsstillende. Sådanne indikatorer er sammen med de mange proces-indikatorer med til at præge lægegruppens vurdering af, at DDKM ikke giver kvalitetsudvikling men primært øger dokumentationsbyrden. Lægegruppen giver med deres bemærkninger udtryk for en irritation over de mange procesindikatorer, og foretrækker en højere vægtning af resultatindikatorer.

Kvalitetsbegrebet er defineret af de normative krav i DDKM, og de sundhedsprofessionelle har ingen indflydelse på, hvad der udvælges som kvalitetsparametre i indikatorerne. DDKM har ryddet alle andre kvalitetsudviklingsprojekter af banen. Med de indbyggede repressalier retter organisationen al sin energi mod netop de kvalitetsmål, som modellen definerer.

## **Hvilke elementer har de sundhedsprofessionelle primært identificeret, og hvilken betydning har det for deres syn på akkrediteringsprocessen?**

Vi har med vores empiriske undersøgelse ønsket at afdække udbredelsen af de konsekvenser akkrediteringsprocessen har haft for de sundhedsprofessionelle, og vi har konstrueret spørgeskemaet med baggrund i egen viden og udvalgte teoretiske elementer. Vi er klar over, at vi med udformningen af spørgeskemaet er med til at styre vore respondenter til at få øje på særlige elementer ved akkrediteringsprocessen.

Selvom vi med en svarprocent på 30 og i alt 1426 respondenter har fat en stor gruppe af sundhedsprofessionelle, er det kun med forsigtighed, vi kan konkludere på resultatet. Vi kan af vore data se, at en stor gruppe af sundhedsprofessionelle har *roller* i processen, og at det har en positiv betydning for deres overordnede vurdering af akkrediteringsprocessen.

Vi kan konkludere, at de sundhedsprofessionelle har oplevet to centrale og betydningsfulde aspekter i processen. *Dokumenterne og Dokumentation*.

### **Dokumenter**

Dokumenterne har betydning for de sundhedsprofessionelle på flere niveauer. Det har overordnet været en meget stor opgave at udarbejde de mange dokumenter, en bunden opgave, som mange oplever, har taget ressourcer fra kerneydelserne. 27 % af vores respondenter har deltaget i udarbejdelse af dokumenter og for ledergruppen drejer det sig om 66 %, hvilket vidner om opgavens størrelse og udbredelse. Derudover angiver 64 % af respondenterne, at de nye dokumenter har betydet ændrede arbejdsgange eller rutiner. I et læringsteoretisk perspektiv betyder dette, at der er sket læring som følge af arbejdet med dokumenterne. Sammenlagt er respondenternes holdning til de retningsgivende dokumenter positiv, hvilket understreges af, at de ikke oplever dem som hæmmende for kreativitet eller motivationen for at iværksætte forandringer.

Samtidig er der udviklet nye læringsrum med den øgede mono- og tværfaglig dialog, akkrediteringsprocessen giver de sundhedsprofessionelle anledning til at tale om faget, og faglige problemstillinger, om organisationens "theory-of-action".

### **Dokumentation**

Mere end halvdelen af vores respondenter giver udtryk for, at de oplever mere dokumentation i hverdagen. Det er tydeligt, at en del af vores respondenter oplever en del frustration over mængden af dokumentation, over de elementer, der skal dokumenteres, og over den manglende tillid til deres faglige evner. Det er desuden klart for mange, at den øgede dokumentation ikke siger noget om kvaliteten af ydelsen. De

sundhedsprofessionelle har et skarpt øje for dokumentation, som de anser for meningsløs. Og der kan ikke være tvivl om, at dokumentation af den type, er med til at påvirke holdningen til akkrediteringsprocessen og DDKM. Det betyder ikke, at de sundhedsprofessionelle på nuværende tidspunkt har mulighed for at påvirke DDKM, idet den politiske beslutning betyder, at hele det danske sundhedsvæsen skal akkrediteres efter denne første udgave af DDKM.

Med panoptikonbegrebet i mente har vi stillet spørgsmål, om de sundhedsprofessionelle har oplevet DDKM som kontrol. Vores undersøgelse viser, at det primært er respondenter med opgaver i forhold til akkrediteringsprocessen, der har fået øje på dette aspekt. Ligesom det også primært er denne gruppe, der har øje for, at brugerperspektivet har så stor en rolle i DDKM.

På de to spørgsmål, hvor respondenterne bliver bedt om at komme med en samlet vurdering af akkrediteringsprocessen på eget arbejde og på den gavnlige effekt for patienterne, kan vi se, at respondenterne overvejende har en positiv indstilling til begge områder. De største tvivlere findes i lægegruppen. Der er en stor gruppe, som vælger et neutralt standpunkt i forhold til akkrediteringens påvirkning på eget arbejde. Denne neutrale gruppe er mindre og har tilsluttet sig de positive, når det handler om at vurdere akkrediteringens effekt for patienterne. Det er tydeligt, at respondenterne vurderer effekten for patienterne højere end den positive påvirkning på deres eget arbejde. Af alle de sundhedsprofessionelle vurderer sygeplejerskegruppen i størst omfang, at akkrediteringsprocessen er med til at målrette indsatsen for udvikling.

### **Konklusion på teorivalg og metode til at besvare problemstillingen**

Vi har med vores valg af teori hovedsagelig fra den konstruktivistiske hylde stillet os selv overfor en stor udfordring. Både Bateson med sit syn på læring og Argyris og Schön's teori om organisatorisk læring har et meget højt abstraktionsniveau, og er vanskelige at benytte som referenceramme for analysen. Med Batesons læringsbegreb får vi at vide, at "der altid sker læring", hvilket gør det vanskeligt og meget upræcist at forholde sig til. Hvis alt er læring, hvad er så udvikling?

Argyris og Schön har en anelse mere konkret opfattelse af læring og udvikling, men de benytter alligevel begreber fra Bateson. Hvis vi skulle undersøge organisatorisk læring direkte, så skulle vi, fra Argyris og Schön's optik, ud og observere ændringer i handlinger. Altså empiriske studier i form af feltstudier.

Donabedian har med sit fokus på kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet givet en meget konkret beskrivelse af forskellige former for indikatorer og deres fordele og

begrænsninger. Han har med sine begreber medvirket til at udvide vores horisont i forhold til at forstå lægegruppens intuitive modstand mod DDKM.

Dahler-Larsen har med sit skarpe blik fortalt os, at kvalitet er et meget elastisk begreb, og at kvalitetskravene i DDKM er valgt ud fra en pragmatisk tilgang til feltet, det der har været muligt at blive enige om er god kvalitet, men at det lige så godt kunne have været andre kvalitetsmål.

Ved at benytte en kvantitativ tilgang til indsamling af empiri har vi bevæget os ud på tynd is i forhold til problemformuleringens ønske om at afdække "betydningen" af fænomenet akkreditering, men da formålet med specialet har været at udfordre vores forforståelse, som er dannet af vores daglige omgang med sundhedsprofessionelle med holdninger, har vi fundet det nødvendigt at undersøge udbredelsen af de fænomener, vi møder dagligt.

## **Perspektivering**

Sundhedsvæsenet har efter 1½ års arbejde med DDKM kun lige krydset startlinjen, og de afledte konsekvenser kendes endnu ikke. Dokumentationsbyrden opleves på nuværende tidspunkt som en reel trussel mod de sundhedsprofessionelles mulighed for at varetage kerneydelsen. Dette er ikke specielt for sygehusene, men en tendens som omfatter alle offentlige instanser. Med Regeringens Afbureaukratiseringsplans forsigtige tilløb, kan vi ikke forvente, at dokumentationsbyrden mindskes. For sygehusene ligger der en forhåbning om, at en fuld udrulning af den elektroniske patientjournal vil betyde, at i det mindste dobbeltdokumentation kan undgås, ligesom datafangst til kliniske databaser bliver lettere. Det er dog en stadig kilde til undren, at vi, i et så lille land som Danmark, har behov for, at hver region udvikler sin egen unikke elektroniske patientjournal.

Der er ikke nogen garanti for at indførelsen af nye IT-systemer vil mindske dokumentationsbyrden, man kan ligeså vel forestille sig, at der tilkommer nye krav om dokumentation. Dette forhold har Dahler-Larsen blik for, når han lidt ironisk foreslår, at man låner den politiske retorik fra skattestoppet, og indfører *dokumentationsstop*. Forstået på den måde, at hvis et nyt ønske om dokumentation opstår, kan det ikke indføres med mindre der reduceres et andet sted. Hvis vi leger med tanken, vil procesindikatorer sandsynligvis komme til at vige pladsen for resultatindikatorer, og de sundhedsprofessionelle vil ikke behøve at skulle dokumentere, at de faktisk følger gældende love og regler.



Kvalitetscirklen tilskynder de sundhedsprofessionelle til en systematisk vurdering af målopfyldelsen i forhold til de enkelte standarder. Det er samme metodik, der ligger bag de udenlandske akkrediteringssystemer. I H:S, der har været igennem akkreditering med Joint Commission flere gange, mener kvalitetschef Janne Lehmann Knudsen, at tiden er kommet til at arbejde med andre evalueringsformer end simpel målopfyldelse. Hun ønsker i stedet, at der bliver høstet erfaringer med evalueringsmodeller af responsiv karakter. (Knudsen et al, 2009) Det, som efterlyses, er mere deltagerbaserede evalueringsformer, hvor opgavens indhold er at udvikle praksis med henblik på problemløsning, og hvor det overordnede formål er empowerment af de sundhedsprofessionelle. Metoden hertil kan være selvevaluering, dialog, konfrontation og forhandling, og evaluators rolle vil være som proceskonsulent. (Foss Hansen, 2003)

Brugerperspektivet får en tiltagende vigtig rolle i moderne organisationer, der benytter New Public Management-strategier. Der er ingen tvivl om, at de sundhedsprofessionelle er opdraget i en tradition, hvor patienten sættes i centrum, men at betragte patienten som bruger, er et paradigmeskifte, som ikke er tilendebragt i sundhedsvæsenet. Med DDKM's store fokus på patientperspektivet, der kommer til udtryk gennem Landsundersøgelsen af Patientoplevelser, forsøges det at sætte brugeren i centrum. Spørgsmålet er om sundhedsvæsenet er klar til dette? Og om det er en reel mulighed?

Fremtidens patienter vil have mere fokus på den information, de kan tilgå via internettet. De vil derfor i endnu højere grad få øje på de mange forskellige kvalitetsmålinger, som sygehusene offentliggør. Spørgsmålet er, om kvalitetsmålingerne er af en sådan karakter, at grundlaget for at sammenligne forskellige institutioner er til stede? Og at det derfor kan give et noget uldent billede af tingenes tilstand. Måske er DDKM med til at reducere oplevelsen af kompleksitet ved brugeren, således at endnu flere patienter vil shoppe rundt, og benytte det frie sygehusvalg. De langsigtede konsekvenser heraf kendes ikke, da traditionelle markedsmekanismer har været nedtonede ved hjælp af lovgivning om sygehusvalg.

## Procesbeskrivelse

Vi har tidligere arbejdet sammen om projekter, og har begge arbejdet med DDKM fra starten. Det har betydet, at vi fra studiets begyndelse har haft en intention om at skrive speciale sammen, og at det overordnede emne skulle være DDKM. Samtidig har vi i de valgfrie opgaver gennem studiet nærmet os emnet, ved at arbejde med forskellige delelementer af DDKM: læring i forbindelse med utilsigtede hændelser, læring i forbindelse med landsundersøgelsen af patientoplevelser, læring i forbindelse med journalaudit, kvalitetskoordinatoren som proceskonsulent, kvalitetsudvalget som arena for medarbejderdeltagelse. Vi har således cirklet omkring emnet akkreditering gennem hele studiet, men først nu har vi mulighed for at studere selve implementeringen ved at studere to organisationer på forskellige stadier i akkrediteringsprocessen. Vi havde første møde med den tildelte vejleder, Eva Just, 1. oktober, hvor det der fyldte var en undren over, at akkrediteringsprojektet umiddelbart så ud til at appellere til gruppen af sygeplejersker i langt højere grad end til lægegruppen. På grund af akkreditering ved Sygehus Vendsyssel og internt survey ved Hospitalsenheden Vest, kommer skriveprocessen først rigtigt på sporet i uge 45.

Der indhentes adgangskoder til at benytte universitets spørgeskemamodul – SurveyXact. Spørgeskema udsendes elektronisk til alle medarbejdere ved de to institutioner i uge 47. Der er indhentet tilladelse til dette hos de to involverede hospitalsledelser. Vi lader SurveyXact være åben for respondenter i 11 dage, og har i den periode særligt fokus på analyseredskaber til data. Det bliver hurtigt klart, at de analysemuligheder, der er indbygget i SurveyXact, ikke i tilstrækkeligt omfang giver os mulighed for at kunne løse vores behov for at rekode og lave krydstabeller for udvalgte grupper. Vi må derfor bruge tid på at sætte os ind i SPSS, som må betragtes som "state of the art" analyseredskabet. Med de ny erhvervede kompetencer var vi klar til at se på data d. 2.12 2010, og brugte de efterfølgende dage til at lege med de mange muligheder. Der er sket en skarp udvælgelse af de mange tabeller til opgaven. Men det betyder, at vores datasæt stadig vil være kilde til ny og interessant viden, som vil blive benyttet efterfølgende.

Vi har i den meget koncentrerede skriveproces modtaget vejledning af Eva Just pr. mail.

Vi har igen oplevet, at muligheden for at trække sig tilbage fra praksis og lukke sig inde i et sommerhus i en længere periode, giver fordybelse og diskussion på en meget koncentreret og givende måde. Det betyder at vi har skrevet alle kapitler i specialet sammen og diskuteret hvert eneste afsnit. Ulempen ved det arrangement kan være, at vi får dannet os et lille "ekkokammer" og ikke får øje på andre perspektiver, men i forhold til produktionen af dette speciale har vi af arbejdsmæssige årsager ikke kunne vælge anderledes.

## Litteraturliste

Argyris, Chris; Schön, Donald: *Organizational Learning II. Theory, Method, and Practice*. Addison Wesley OD-series. 1996.

Albæk, Jens: *Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehuse*. Copenhagen business School. 2009. (Ph.d.afhandling)

Beck, Ulrich: *Risikosamfundet – på vej mod en ny modernitet*. Gyldendals Bogklubber. København.1997.(pp 9 – 113)

Bloom, Benjamin: *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals*. McKay, 1974

Brock, M; Groth, J. V: *På sporet dømmekraften: Den Danske Kvalitetsmodel iagttaget som nye beslutningspræmissers for beslutninger i sundhedssektoren*. Copenhagen Business School, 2009. Hentet 16. november 2010 via:  
[http://studenttheses.cbs.dk/bitstream/handle/10417/404/morten\\_brock\\_og\\_jan\\_vernholm\\_groth.pdf?sequence=1](http://studenttheses.cbs.dk/bitstream/handle/10417/404/morten_brock_og_jan_vernholm_groth.pdf?sequence=1)

Dahler-Larsen, Peter: *Kvalitetens beskaffenhed*. Syddansk Universitetsforlag. Odense. 2008.

Dahler-Larsen, Peter; Krogstrup, Hanne Kathrine: *Nye veje i evaluering*. Academica. 2006.

Dewey, John: *De store tænkere*. Berlingske Forlag. 1969. (p. 202 – 218)

Dreyfus, Hubert og Stuart: *Mesterlære og eksperter læring*. In: Nielsen, K. og Kvale, S. (red.): *Mesterlære – læring som social praksis*. Hans Reitzels Forlag. København. 1999. (p. 54 – 76)

Foucault, Michel: *Overvågning og straf. Fængslets fødsel*. Det lille Forlag, Frederiksberg. 2002.

Hansen, Hanne Foss: *Evaluering i staten, kontrol, læring eller forandring?* Samfundslitteratur. 2003.

Hatting, Anne: *Akkreditering og klinisk praksis*. En STS-analyse. Roskilde Universitetscenter. Institut for Samfund og Globalisering. 2007. (Ph.d.afhandling)

Heede, Dag: *Det tomme menneske*. Museum Tusulanums forlag, København. 2010.

IKAS: *Den Danske Kvalitetsmodel – 1. version*. Århus. 2009

Illeris, Knud: *Læring*. Roskilde Universitetsforlag. 2007.

Jakobsen, Birgitte Egholm og Henriksen, Jeanette: *Hvordan kan resultaterne af de Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser bidrage til at ledelsen kan udvikle den patientoplevede kvalitet?* Masterspeciale. Syddansk Universitet. 2010.

Keiding, Tina Bering; Laursen, Erik: *Interaktion og læring – Gregory Batesons bidrag*. Forlaget Up. København. 2005.

Koch, Lene; Vallgård, Signild: *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*. Munksgaard. 2003.

Nielsen, Peter: *Produktion af viden – en praktisk metodebog*. Teknisk Forlag. 1998.

Nilsson, Roddy: *Michel Foucault – en introduktion*. Hans Reitzels Forlag. København. 2009.

Rienecker, Lotte: *Problemformulering på de samfundsvidenskabelige uddannelser*. Samfundslitteratur, 2002.

Rienecker, Lotte; Jørgensen, Peter Stray: *Den gode opgave*. Samfundslitteratur. Frederiksberg. 2004.

Salting, Tove: *Social læring i en akkrediteringsproces*. Masterspeciale, Master i læreprocesser, 2006, hentet via specialebiblioteket, First Class.

Schön, Donald: *Two Views of Organizational Learning in the Public Sector*. In: Rossell, Steven A.: *Renewing Governance: Governing by Learning in the Information Age*. Oxford University Press. 1999.

Willig, Rasmus: *Umyndiggørelse – et essay om kritikkens infrastruktur*. Hans Reitzels Forlag. 2009.

## Artikler

Bateson, Gregory: *The logical og Learning and Communication*. The University of Chicago Press, edition 2000, pag. 279-308 Originally published 1972. Hentet via:

[http://jpmgoncalves.home.sapo.pt/textos/bateson\\_learningcommunication.pdf](http://jpmgoncalves.home.sapo.pt/textos/bateson_learningcommunication.pdf)

Braithewaite, J, et al: *Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study*. Qual. Saf. Health Care, 2010, 19 s. 14 – 21.

Bredsdorf, Niels: *Diskurser og diskursanalyser*. Biozoom, nr. 491, 2001. Hentet 22. november 2010 via: <http://www.biokemi.org/biozoom/issues/491/articles/1945>

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsnet: *Sundhedsvæsnets kvalitetsbegreber og – definitioner*. 2003. Hentet via:

[http://www.dsks.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber\\_rapport\\_januar2003.pdf](http://www.dsks.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf)

Donabedian, Avesis: *Evaluating the quality of medical care*. 1966. Hentet 15. november 2010 via <http://www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf>

Donabedian, Avesis: *The Quality of Care. How Can It Be Assessed?* 1988. Hentet 15. november 2010 via:

<http://www.bradfordvts.co.uk/ONLINERESOURCES/03.1%20CLINICAL%20GOVERNANCE%20incl%20appraisal,%20revalidation%20and%20tools%20for%20reflection/quality%20of%20care%20by%20Donabedian.pdf>

Donabedian, Avesis: *The Quality of Medical Care*. Science, New Series, vol. 200, nr. 4344, Health Maintenance Issue (May 26, 1978) pp. 856-864.

Greve, Carsten: *New Public Management*. Nordisk Kultur Institut, 2002, Hentet 15. november, 2010 via:

[http://www.nordiskkulturinstitut.dk/arbejdsrapporter/new\\_public\\_management.pdf](http://www.nordiskkulturinstitut.dk/arbejdsrapporter/new_public_management.pdf)

Gjørup, Jes et al: *Tilgiv os – vi vidste ikke hvad vi gjorde*. Politikken, 27. marts 2007.

Heinskou, Torben: *Nye styringssystemer i sundhedssektoren*. Social Kritik 102/2005.

Knudsen, Janne Lehmann et al: *Regulering af kvalitet i sundhedsvæsnet – fra udvikling til kontrol*. Ugeskrift for læger. 171/21, 2009. (1760 – 1764)

Primdahl, R, Steen Andersen,J: *Kvalitetsudvikling i praksis – mere end bare et kryds*. Sygeplejersken 2006, nr. 22. Hentet 16. november 2010 via:

<http://www.sygeplejersken.dk/sygeplejersken/?intArticleID=14522>

Regeringens plan for mindre bureaukrati i kommuner og regioner: *Mere tid til velfærd*. 2009, hentet via finansministeriets hjemmeside d. 16. november 2010. s.62 – 72  
<http://www.fm.dk/Arbejdsomraader/Offentlig%20modernisering/~media/Files/Offentlig%20modernisering/Publikationer/Mere%20tid%20til%20velfaerd.ashx>

Scheel, Linda S. et al: *Akkreditering, kendetegn og erfaringer*. Rapport udgivet af KREVI, 2009. Hentet via: [http://kreivi.dk/files/LSSC\\_Microsoft\\_Word\\_-\\_Krevi\\_rapport\\_050609\\_final\\_lssc.pdf](http://kreivi.dk/files/LSSC_Microsoft_Word_-_Krevi_rapport_050609_final_lssc.pdf)

Schiøler T, Lipczak H et al. Forekomsten af utilsigtede hændelser på sygehuse. Ugeskrift for Læger 2001;163:5370-39.

Sundhedsstyrelsen: *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. 2002. Hentet 16. november 2010 via:  
[http://www.sst.dk/publ/Publ2002/NATIONAL\\_STRATEGI/html/index3.html](http://www.sst.dk/publ/Publ2002/NATIONAL_STRATEGI/html/index3.html)

Visser, Max: *Gregory Bateson on Deutero-Learning and Double Bind: A Brief Conceptual History*. Journal of History of the Behavioral Sciences, Vol. 39(3), 269–278 Summer 2003

## **Bilag**

### **Bilag 1 Søgestrategi**

#### **Der er søgt i Bibliotek.dk.**

Her findes 9 hits.

#### **Der er søgt i SveMed+** (svensk artikel database, som indeholder skandinaviske artikler)

Her fremkom 20 hits.

#### **Sidst er der søgt i CINAHL**, den internationale sygeplejefaglige database.

Der er søgt på Accreditation AND health services AND management. Begrænset søgningen til 2007-2010 samt sprogene engelsk-dansk-svensk-norsk og særlig interesse : quality assurance.

Der kommer 66 poster/artikler frem.

Der er søgt i Ugeskrift for Læger og Sygeplejersken, med søgeord som kvalitetsudvikling, akkreditering, Den Danske Kvalitetsmodel.

Kædesøgning via uddannelsens pensumlitteratur.

Avisartikler om akkreditering, kvalitetsudvikling og Den Danske Kvalitetsmodel er fundet via Google.

## **Bilag 2 Mail med link til spørgeskema**

Til alle ansatte ved Sygehus Vendsyssel.

Du sidder med vigtig viden om, hvordan det er at arbejde på et sygehus i en akkrediteringstid. Måske har du deltaget meget aktivt, måske ikke. Under alle omstændigheder kan du bidrage med dine erfaringer ved at udfylde det spørgeskema, du kan finde ved at klikke her:

**LINK**

Spørgeskemaundersøgelsen bliver udsendt til alle personalegrupper ved Sygehus Vendsyssel og Hospitalsenheden Vest (Region Midt). Svarene vil blive brugt i forbindelse med vores masterspeciale. Der har aldrig været foretaget systematiske undersøgelser af forskellige personalegruppers indstilling og engagement i forhold til akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel. Sygehus Vendsyssel har for mindre end en måned siden haft eksternt survey, og Hospitalsenheden Vest skal igennem samme manøvre i marts 2011.

Vi håber, du vil bruge 5 minutter på at udfylde spørgeskemaet og eventuelt deltage i konkurrencen om en dejlig julekurv.

Tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen

Kvalitetskoordinator Dorthe Trabjerg, Sygehus Vendsyssel,

Email: dt@rn.dk

og

Kvalitetskoordinator Marianne Svejstrup, Hospitalsenheden Vest

Email: marianne.svejstrup@vest.rm.dk



Til alle ansatte ved Hospitalsenheden Vest.

Du sidder med vigtig viden om, hvordan det er at arbejde på et sygehus i en akkrediteringstid. Måske har du deltaget meget aktivt, måske ikke. Under alle omstændigheder kan du bidrage med dine erfaringer ved at udfylde det spørgeskema, du kan finde ved at klikke her:

[LINK](#)

Spørgeskemaundersøgelsen bliver udsendt til alle personalegrupper ved Sygehus Vendsyssel og Hospitalsenheden Vest. Svarene vil blive brugt i forbindelse med vores masterspeciale. Der har aldrig været foretaget systematiske undersøgelser af forskellige personalegruppers indstilling og engagement i forhold til akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel. Sygehus Vendsyssel har for mindre end en måned siden haft eksternt survey, og Hospitalsenheden Vest skal igennem samme manøvre i marts 2011.

Vi håber, du vil bruge 5 minutter på at udfylde spørgeskemaet og eventuelt deltage i konkurrencen om en dejlig julekurv.

Tak for din deltagelse.

Med venlig hilsen

Kvalitetskoordinator Marianne Svejstrup, Urinvejskirurgisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest

Email: [marianne.svejstrup@vest.rm.dk](mailto:marianne.svejstrup@vest.rm.dk)

og

Kvalitetskoordinator Dorte Trabjerg, Sygehus Vendsyssel

Email: [dt@rn.dk](mailto:dt@rn.dk)

## Bilag 3 Spørgeskema



### **Tak fordi du vil deltage i undersøgelsen.**

Undersøgelsen drejer sig om Den Danske Kvalitetsmodel og akkrediteringsprocessen.

Når du har besvaret et spørgsmål, skal du klikke på pilen til højre for at komme videre. Det tager ca. 5 minutter at deltage.

**Dine svar indgår anonymt i undersøgelsen, men hvis du vil deltage i lodtrækningen om en dejlig julekurv, skal du opgive din mailadresse sidst i spørgeskemaet.**

### **Hvilken institution arbejder du på?**

- (1)  Hospitalsenheden Vest - Herning, Holstebro, Lemvig, Ringkjøbing
- (2)  Sygehus Vendsyssel - Hjørring, Frederikshavn, Brønderslev, Skagen

### **Hvilken afdeling arbejder du på?**

- (1)  Kirurgi
- (2)  Medicin
- (3)  Pædiatri
- (4)  Gynækologi/obstetrik
- (5)  Diagnostisk afdeling
- (6)  Serviceafdelingen
- (7)  Teknisk afdeling
- (8)  Sygehusledelse og administration
- (9)  Anden afd.

**Hvilken faggruppe tilhører du?**

- (1)  Administrativt personale
- (2)  Bioanalytiker
- (3)  Læge
- (4)  Portør
- (5)  Sekretær
- (6)  Serviceassistent
- (7)  Social- og sundhedsassistent
- (8)  Sygehjælper
- (9)  Sygeplejerske
- (10)  Tekniker
- (11)  Andet

**Hvor længe har du været uddannet?**

- (1)  Jeg er uddannet inden for de seneste to år
- (2)  Jeg har været uddannet mellem 2 - 5 år
- (3)  Jeg har været uddannet mere end 5 år
- (8)  Jeg har ingen uddannelse

**Har du ledelsesansvar?**

- (1)  Ja
- (2)  Nej

**Hvad er *din* rolle i akkrediteringsprocessen?****Du må gerne vælge flere svarmuligheder.**

- (1)  Ingen særlig rolle
- (2)  Akkrediteringskonsulent
- (3)  Arbejdsmiljørepræsentant
- (4)  Dokumentationsnøgleperson - for plejen
- (5)  Ernæringsnøgleperson
- (6)  Hygiejnenøgleperson
- (17)  Intern surveyor
- (7)  Kvalitetskoordinator
- (8)  Leder
- (9)  Maskinnøgleperson
- (10)  Medicinnøgleperson

- (11)  NIP-registreringsansvarlig
- (12)  Patientsikkerhedsnøgleperson
- (13)  Registreringsansvarlig - kliniske databaser
- (14)  Registreringsansvarlig - DRG
- (15)  Tillidsrepræsentant
- (16)  Udviklingssygeplejerske

**Hvad har *dine opgaver* været i akkrediteringsprocessen?**

**Du må gerne vælge flere svarmuligheder.**

- (1)  Medlem af kvalitetsudvalg på afdelingsniveau
- (2)  Medlem af kvalitetsudvalg på sygehusniveau
- (3)  Medlem af det regionale kvalitetsråd
- (4)  Deltaget i monofaglig arbejdsgruppe, med henblik på at udarbejde retningslinjer og instrukser
- (5)  Deltaget i tværfaglig arbejdsgruppe, med henblik på at udarbejde retningslinjer og instrukser
- (6)  Medlem af ERFA-gruppe af permanent karakter
- (7)  Medlem af MED-udvalg
- (8)  Udarbejdet basis- og selvevaluering i TAK
- (9)  Deltaget i journalaudit
- (10)  Udarbejdet politikker, retningslinjer og instrukser
- (11)  Udarbejdet hørings svar på politikker, retningslinjer og instrukser
- (12)  Redaktør på e-Dok eller PRI
- (13)  Udarbejdet rapporter, som viser resultater, mønstre og tendenser (TAK, DSPD)
- (14)  Planlægning af akkrediteringsprocessen på sygehusniveau
- (15)  Planlægning af akkrediteringsprocessen på afdelingsniveau
- (16)  Undervisning af andre
- (17)  Deltaget i undervisning
- (18)  Internt survey

**Hvordan vurderer du dit *tidsforbrug* til akkrediteringsopgaver *de seneste 3 måneder*?**

- (1)  Jeg bruger min fuldtidsstilling på opgaverne
- (2)  Jeg bruger mere end 30 timer om ugen på opgaverne
- (3)  Jeg bruger mellem 20 og 30 timer om ugen på opgaverne
- (4)  Jeg bruger mellem 10 og 20 timer om ugen på opgaverne
- (5)  Jeg bruger under 10 timer om ugen på opgaverne

- (6)  Det bruger jeg ikke tid på

**Hvis du tænker på dine arbejdsopgaver for 12 måneder siden, hvordan vurderer du, at dit tidsforbrug til akkrediteringsopgaverne var dengang?**

- (1)  Da brugte jeg min fuldtidsstilling på opgaverne  
(2)  Da brugte jeg mere end 30 timer om ugen på opgaverne  
(3)  Da brugte jeg mellem 20 og 30 timer om ugen på opgaverne  
(4)  Da brugte jeg mellem 10 og 20 timer om ugen på opgaverne  
(5)  Da brugte jeg mindre end 10 timer om ugen på opgaverne  
(6)  For 12 måneder siden brugte jeg ikke tid på opgaverne  
(8)  Det kan jeg ikke huske

**De næste spørgsmål handler om, hvordan akkrediteringsprocessen påvirker dit daglige arbejde.**

**Er der indenfor de seneste 6 måneder udarbejdet nye retningsgivende dokumenter i form af politikker, retningslinjer og instrukser, indenfor dine arbejdsområder?**

- (1)  Ja  
(2)  Nej  
(3)  Ved ikke

**Har de nye dokumenter været medvirkende til, at du har ændret arbejdsgange eller rutiner?**

- (1)  Ja  
(2)  Nej  
(3)  Ved ikke

**Har de nye dokumenter styrket den faglige dialog på din arbejdsplads? Vælg gerne flere svarmuligheder.**

- (1)  Ja, i min egen faggruppe  
(2)  Ja, den tværfaglige dialog er styrket i afdelingen  
(3)  Ja, den faglige dialog er styrket på tværs af afdelinger/sygehuse  
(4)  Nej, jeg oplever ingen ændringer  
(5)  Det ved jeg ikke

**Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:**

---

---

---

---



---








---

**Hvor enig er du i følgende udsagn om akkrediteringsprocessen?**

	<b>Helt enig</b>	<b>Enig</b>	<b>Hverken / eller</b>	<b>Uenig</b>	<b>Helt uenig</b>	<b>Ved ikke / ikke relevant</b>
Jeg synes akkrediteringsprocessen har været med til at sætte fokus på patientsikkerhedsarbejdet	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg synes akkrediteringsprocessen har været med til at styrke brugerperspektivet f.eks gennem LandsUndersøgelsen af Patientoplevelser - LUP	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg bruger mere tid på dokumentation	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg bruger mere tid på meningsløs dokumentation	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Arbejdet med akkreditering har sat en positiv udvikling igang i afdelingen	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Akkrediteringen betyder, at andre kigger os over skulderen	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Overvågning af afdelingens arbejde er med til at målrette indsatsen	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Retningslinjer og instrukser virker hæmmende på min kreativitet og motivation til at iværksætte forandringer	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Din samlede vurdering af akkrediteringsprocessen.**

	 <b>Meget enig</b>	 <b>Enig</b>	 <b>Hverken eller</b>	 <b>Uenig</b>	 <b>Meget uenig</b>
Akkrediteringen påvirker mit arbejde positivt	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>
Akkrediteringen er til gavn for patienterne	(5) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/>

**Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her**

---

---

---

---

---

---

## **Bilag 4 Oversigt over standarderne**

### **Ledelse**

[1.1.1 Virksomhedsgrundlag \(1/6\)](#)

[1.1.2 Ledelsesgrundlag \(2/6\)](#)

[1.1.3 Planlægning og drift \(3/6\)](#)

[1.1.4 Økonomistyring \(4/6\)](#)

[1.1.5 Datasikkerhed og -fortrolighed \(5/6\)](#)

[1.1.6 Institutionens bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter \(6/6\)](#)

### **Kvalitets- og risikostyring**

[1.2.1 Kvalitetspolitik \(1/10\)](#)

[1.2.2 Kvalitetsorganisation \(2/10\)](#)

[1.2.3 Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed \(3/10\)](#)

[1.2.4 Kvalitetsforbedring \(4/10\)](#)

[1.2.5 Anvendelse af kliniske retningslinjer \(5/10\)](#)

[1.2.6 Risikostyring \(6/10\)](#)

[1.2.7 Patientidentifikation \(7/10\)](#)

[1.2.8 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser \(8/10\)](#)

[1.2.9 Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse \(9/10\)](#)

[1.2.10 Patientklager og patientforsikringsager \(10/10\)](#)

### **Dokumentation og datastyring**

[1.3.1 Dokumentstyring \(1/4\)](#)

[1.3.2 Patientjournalen \(2/4\)](#)

[1.3.3 Ensartethed og genkendelighed \(3/4\)](#)

[1.3.4 Allergi og intolerans \(4/4\)](#)

### **Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling**

[1.4.1 Ansættelse af personale \(1/5\)](#)

[1.4.2 Ansættelse af overlæger \(2/5\)](#)

[1.4.3 Introduktion af nyt personale \(3/5\)](#)

[1.4.4 Arbejdstilrettelæggelse \(4/5\)](#)

[1.4.5 Uddannelse og kompetenceudvikling \(5/5\)](#)

### **Hygiejne**

[1.5.1 Hygiejnepolitik \(1/5\)](#)

[1.5.2 Hygiejneorganisation \(2/5\)](#)

[1.5.3 Dokumentation og monitorering af nosokomielle infektioner \(3/5\)](#)

[1.5.4 Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar \(4/5\)](#)

[1.5.5 Håndhygiejne \(5/5\)](#)

### **Beredskab og forsyninger**

[1.6.1 Beredskabsplan \(1/2\)](#)

[1.6.2 Institutionens kritiske, patientnære tekniske forsyninger \(2/2\)](#)

### **Apparatur og teknologi**

[1.7.1 Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug \(1/3\)](#)

[1.7.2 Håndtering af apparatur til klinisk brug \(2/3\)](#)

[1.7.3 Vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug \(3/3\)](#)

## **Introduktion til generelle patientforløbsstandarder**

### **Patientinddragelse**

[2.1.1 Informeret samtykke til behandling \(1/4\)](#)

[2.1.2 Patientens inddragelse i beslutninger vedrørende behandlingen \(2/4\)](#)



[2.1.3 Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen \(3/4\)](#)

[2.1.4 Religiøs og kulturel støtte til patienter \(4/4\)](#)

### **Patientinformation og -kommunikation**

[2.2.1 Vigtige samtaler med patienten \(1/2\)](#)

[2.2.2 Skriftlig information i behandlingsforløbet \(2/2\)](#)

### **Koordinering og kontinuitet**

[2.3.1 Pakkeforløb \(1/3\)](#)

[2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson \(2/3\)](#)

[2.3.3 Forløbsansvar for patienter med kronisk sygdom \(3/3\)](#)

### **Henvisning**

[2.4.1 Henvisninger \(1/1\)](#)

### **Visitation**

[2.5.1 Visitation af akutte patienter til korrekt enhed \(1/2\)](#)

[2.5.2 Indkaldelse af patienter til undersøgelse og behandling \(2/2\)](#)

### **Modtagelse**

[2.6.1 Akutmodtagelser \(1/2\)](#)

[2.6.2 Modtagelse af elektivt henviste patienter \(2/2\)](#)

### **Vurdering og planlægning**

[2.7.1 Behandlingsplan i somatikken \(1/5\)](#)

[2.7.2 Behandlingsplan i psykiatrien \(2/5\)](#)

[2.7.3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien \(3/5\)](#)

[2.7.4 Vurdering af selvmordsrisiko \(4/5\)](#)

[2.7.5 Smertevurdering og -behandling \(5/5\)](#)

### **Diagnosticering**

[2.8.1 Planlægning af udredningsforløb \(1/6\)](#)

[2.8.2 Rekvisition af og prøvetagning til diagnostisk undersøgelse \(2/6\)](#)

[2.8.3 Laboratorydelser \(3/6\)](#)

[2.8.4 Billeddiagnostiske ydelser \(4/6\)](#)

[2.8.5 Undersøgelser udført uden for diagnostisk enhed \(5/6\)](#)

[2.8.6 Rettidig reaktion på prøvesvar \(6/6\)](#)

### **Medicinering**

[2.9.1 Lægemedelordination \(1/6\)](#)

[2.9.2 Lægemedeldispensering \(2/6\)](#)

[2.9.3 Lægemedeladministration \(3/6\)](#)

[2.9.4 Medicinafstemning \(4/6\)](#)

[2.9.5 Opbevaring af lægemidler \(5/6\)](#)

[2.9.6 Lægemedler til akutte situationer \(6/6\)](#)

### **Observation**

[2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund \(1/2\)](#)

[2.10.2 Sedation af patienter i forbindelse med invasive procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale \(2/2\)](#)

### **Invasiv behandling**

[2.11.1 Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesi \(1/4\)](#)

[2.11.2 Patientens ophold i opvågningsenheden \(2/4\)](#)

[2.11.3 Forebyggelse af forvekslingsindgreb \(3/4\)](#)

[2.11.4 Optælling og kontrol af anvendt materiale i forbindelse med kirurgiske og andre invasive procedurer \(4/4\)](#)

### **Intensiv behandling**

[2.12.1 Adgang til ydelser på intensiv terapienhed \(1/2\)](#)

[2.12.2 Behandling på intensiv terapienhed \(2/2\)](#)

### **Genoplivning**

[2.13.1 Hjertestopbehandling \(1/1\)](#)

### **Ernæring**

[2.14.1 Ernæringscreening \(1/2\)](#)

[2.14.2 Ernæringsplan og opfølgning \(2/2\)](#)

### **Rehabilitering**

[2.15.1 Rehabilitering \(1/1\)](#)

### **Forebyggelse og sundhedsfremme**

[2.16.1 Politikker for forebyggelse og sundhedsfremme \(1/4\)](#)

[2.16.2 Identifikation af sundhedsmæssig risiko \(2/4\)](#)

[2.16.3 Intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko \(3/4\)](#)

[2.16.4 Undervisning af patienter med kronisk sygdom \(4/4\)](#)

### **Overdragelse**

[2.17.1 Aftaler om samarbejde med primærsektoren \(1/4\)](#)

[2.17.2 Information til alment praktiserende læge ved udskrivelse af patient \(2/4\)](#)

[2.17.3 Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution \(3/4\)](#)

[2.17.4 Information ved overflytning mellem enheder og institutioner \(4/4\)](#)

### **Patienttransport**

[2.18.1 Patienttransport med sundhedsfaglig ledsager \(1/1\)](#)

### **Ved livets afslutning**

[2.19.1 Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende \(1/2\)](#)

[2.19.2 Omsorg for den afdøde patient \(2/2\)](#)

## **Introduktion til sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder**

[3.1.1 Apopleksi \(1/1\)](#)

[3.2.1. Brystkræft \(1/1\)](#)

[3.3.1 Diabetes \(1/1\)](#)

NB: Bemærk overgangsordning vedr. 3.4.1, 3.4.2, 3.4.3

[3.4.1 Graviditet \(1/3\)](#)

[3.4.2 Fødsel \(2/3\)](#)

[3.4.3 Barsel \(3/3\)](#)

[3.5.1 Hjerteinsufficiens \(1/1\)](#)

[3.6.1 Hoftenære frakturer \(1/1\)](#)

[3.7.1 Kronisk obstruktiv lungelidelse \(1/1\)](#)

[3.8.1 Lungekræft \(1/1\)](#)

[3.9.1 Akut blødende mavesår \(1/2\)](#)

[3.9.2 Perforation af mavesår \(2/2\)](#)

[3.10.1 Voksne med skizofreni \(1/2\)](#)

[3.10.2 Børn og unge med skizofreni \(2/2\)](#)

[3.11.1 Kræft i tyk- og endetarm \(1/2\)](#)

## Bilag 5 Opbygningen af en standard

Standardbetegnelse	Beskriver akkrediteringsstandardens tema og titel samt nummer ud af det samlede antal akkrediteringsstandarder inden for det pågældende tema.
Standard	Beskriver det samlede mål for akkrediteringsstandarden.
Standardens formål	Beskriver formålet med akkrediteringsstandarden.
Målgruppe (ansvarlig)	<p>Beskriver, hvem der har ansvaret for, at akkrediteringsstandarden efterleves. Initiativet til at implementere akkrediteringsstandarden påhviler ledelsen, der sammen med medarbejderne har et ansvar for, at akkrediteringsstandardens efterleves. For at sikre ledelsesfrihed må de enkelte institutioner selv definere på, hvilket ledelsesniveau ansvaret ligger, ligesom opgaver i forhold til efterlevelse af akkrediteringsstandardens kan uddelegeres.</p> <p>Hvis institutionen er organiseret på en måde, som bevirker, at målgruppen ikke er dem, der reelt har ansvaret for akkrediteringsstandardens indhold, er det akkrediteringsstandardens indhold, der afgør, hvor ansvaret skal placeres.</p>
Anvendelsesområde	Beskriver, på hvilket organisatoriske niveau i institutionen akkrediteringsstandardens skal være implementeret og anvendt. Det giver dermed et billede af, hvortil akkrediteringsstandardens skal fordeles. Som ved målgruppe er DDKM ikke normativ i forhold til, hvor langt ud i organisationen institutionen ønsker, at der skal fordeles akkrediteringsstandarder.
Opfyldelse af standarden	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
Trin 1: Retningsgivende dokumenter	<p>Trin 1 stiller krav om tilstedeværelse og indhold af retningsgivende dokumenter. Dette kan fx være et virksomhedsgrundlag, politikker, planer eller retningslinjer alt afhængig af akkrediteringsstandardens fokusområde.</p> <p>I akkrediteringsstandarderne stilles der som hovedregel ikke krav til, hvilket organisatorisk niveau der har ansvaret for udarbejdelsen af disse dokumenter. Ansvaret placeres derfor af ledelsen. Ofte vil det være placeret på institutionsniveau eller enhedsniveau, men det kan også være placeret på regionalt niveau.</p> <p>På trin 1 er der ofte indsat en vejledning som en hjælp til at forstå indikatoren, fx i form af præciseringer, eksempler eller yderligere forklaringer.</p> <p>Retningsgivende dokumenters gyldighedsperiode: Hvor lovgivning fastsætter tidsfrister, er disse gældende. Såfremt lovgivning tidsfrister ikke er angivet, skal de retningsgivende dokumenter, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel, revideres ved behov, så de er opdaterede - dog mindst hvert 3. år. Når der enkelte steder i akkrediteringsstandarderne angives, at fx virksomhedsgrundlaget skal ajourføres mindst hvert 4. år, skyldes dette, at virksomhedsgrundlaget revurderes i forbindelse med valg til regionsrådene.</p>
Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	<p>Trin 2 stiller krav om kendskab til og implementering af de retningsgivende dokumenter.</p> <p>På trin 2 anvendes ofte betegnelsen: "kender og anvender" for at understrege, at ledere og medarbejdere både skal kende de retningsgivende dokumenter og arbejde efter dem. Ud fra Blooms taxonomi omfatter "anvendelse", at man "kender" emnet, men det er valgt at fremhæve begge dele, ligesom begge dele skal være implementeret, for at trin 2 er opfyldt.</p> <p>Med mindre andet fremgår af indikatoren, vil der således ikke stilles krav om skriftlig dokumentation for opnåelse af indikatorer på trin 2. De vil i stedet blive vurderet ud fra observation og interviews ved ekstern survey.</p> <p>Den krævede kvalitetsovervågning på trin 3 understøtter opfyldelsen af akkrediteringsstandardens eller elementer af denne.</p>

Trin 3: Kvalitetsovervågning	<p>Trin 3 omfatter bl.a. følgende datakilder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Nationale kvalitetsdatabaser og NIP</li> <li>Patientadministrative systemer</li> <li>Landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser</li> <li>Logbøger</li> <li>Utilsigtede hændelser i Dansk Patient-Sikkerheds-Database</li> <li>Journalaudit</li> <li>Observation</li> </ul> <p>Ved flere indikatorer er der indsat en vejledning, som uddyber indikatoren ved eksempler eller forklaringer.</p> <p>Audit, datakilder og journalaudit er nærmere beskrevet i introduktionen samt i bilag 1, 2 og 3.</p>
Trin 4: Kvalitetsforbedring	<p>Trin 4 forudsætter, at data fra trin 3 analyseres og vurderes, og at der på baggrund heraf træffes en ledelsesmæssig beslutning om, hvorvidt kvalitetsniveauet er tilfredsstillende, eller om der på baggrund af analysen skal iværksættes kvalitetsforbedrende tiltag, herunder om kvalitetsovervågningen skal intensiveres. Ledelsen på det relevante niveau bør herefter prioritere de tiltag, som skal udmøntes, og lægge en plan for tidsperspektivet.</p>
Referencer	<p>Angiver udvalgte referencer til den pågældende akkrediteringsstandard. Referencerne består primært af dansk lovgivning, bekendtgørelser og referenceprogrammer. Der tilstræbes ikke udtømmende faglige referencer.</p>

## Bilag 6 Tabeller

### Tabel A Hvilken faggruppe tilhører du?

Hvilken faggruppe tilhører du?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Administrativt personale	76	5,3	5,3	5,3
	Bioanalytiker	108	7,6	7,6	12,9
	Læge	114	8,0	8,0	20,9
	Portør	17	1,2	1,2	22,1
	Sekretær	208	14,5	14,6	36,7
	Serviceassistent	17	1,2	1,2	37,9
	Social- og sundhedsassistent	74	5,2	5,2	43,1
	Sygehjælper	14	1,0	1,0	44,0
	Sygeplejerske	591	41,3	41,4	85,5
	Tekniker	26	1,8	1,8	87,3
	Andet	181	12,7	12,7	100,0
	Total	1426	99,7	100,0	
Missing	System	4	,3		
Total		1430	100,0		

**Tabel B Krydstabel, Hvilken faggruppe tilhører du, og hvor mange roller har du?**

**Hvilken faggruppe tilhører du? \* Flere roller Crosstabulation**

Count

		Flere roller						Total
		Ingen rolle	En rolle	To roller	Tre roller	Fire roller	Fem roller	
Hvilken faggruppe tilhører du?	Administrativt personale	50	17	2	6	1	0	76
	Bioanalytiker	72	26	6	3	0	1	108
	Læge	63	33	14	3	0	1	114
	Portør	10	7	0	0	0	0	17
	Sekretær	155	31	15	4	2	1	208
	Serviceassistent	14	3	0	0	0	0	17
	Social- og sundhedsassistent	52	19	3	0	0	0	74
	Sygehjælper	7	7	0	0	0	0	14
	Sygeplejerske	371	145	43	19	8	5	591
	Tekniker	20	6	0	0	0	0	26
	Andet	124	34	13	8	2	0	181
Total	938	328	96	43	13	8	1426	

**Tabel C Krydstabel, hvor længe har du været uddannet og hvor mange roller har du?**

**Hvor længe har du været uddannet? \* Flere roller Crosstabulation**

Count

		Flere roller						Total
		Ingen rolle	En rolle	To roller	Tre roller	Fire roller	Fem roller	
Hvor længe har du været uddannet?	Jeg er uddannet inden for de seneste to år	62	1	0	0	0	0	63
	Jeg har været uddannet mellem 2 - 5 år	100	19	4	2	0	0	125
	Jeg har været uddannet mere end 5 år	739	303	92	41	13	8	1196
	Jeg har ingen uddannelse	37	5	0	0	0	0	42
Total		938	328	96	43	13	8	1426

### Tabel D Krydstabel, hvordan vurderer novicer, uden rolle deres tidsforbrug?

Novicer uden rolle \* Hvordan vurderer du dit tidsforbrug til akkrediteringsopgaver de seneste 3 måneder?

#### Crosstabulation

Count

		Hvordan vurderer du dit tidsforbrug til akkrediteringsopgaver de seneste 3 måneder?				Total
		Jeg bruger min fuldtidsstilling på opgaverne	Jeg bruger mere end 30 timer om ugen på opgaverne	Jeg bruger under 10 timer om ugen på opgaverne	Det bruger jeg ikke tid på	
Novicer uden rolle	1,00	1	1	26	26	54
Total		1	1	26	26	54

### Tabel E Krydstabel, Hvor mange roller har du og har du ledelsesansvar?

Flere roller \* Har du ledelsesansvar? Crosstabulation

Count

		Har du ledelsesansvar?		Total
		Ja	Nej	
Flere roller	Ingen rolle	45	891	936
	En rolle	93	235	328
	To roller	44	52	96
	Tre roller	24	19	43
	Fire roller	8	5	13
	Fem roller	6	2	8
Total		220	1204	1424



**Tabel F Krydstabel, Ingen særlig rolle og faglig dialog på arbejdspladsen**

rolle?- Ingen særlig rolle \* faglige dialog på din arbejdsplads? - Ja, i min egen faggruppe Crosstabulation

Count

		faglige dialog på din arbejdsplads? - Ja, i min egen faggruppe		Total
		Ikke valgt	Valgt	
rolle?- Ingen særlig rolle	Ikke valgt	272	245	517
	Valgt	604	309	913
Total		876	554	1430

**Tabel G Krydstabel, ingen særlig rolle og faglig dialog på arbejdspladsen**

rolle?- Ingen særlig rolle \* faglige dialog på din arbejdsplads? - Ja, den tværfaglige dialog er styrket i afdelingen Crosstabulation

Count

		faglige dialog på din arbejdsplads? - Ja, den tværfaglige dialog er styrket i afdelingen		Total
		Ikke valgt	Valgt	
rolle?- Ingen særlig rolle	Ikke valgt	283	234	517
	Valgt	661	252	913
Total		944	486	1430

**Tabel H Krydstabel, faglig dialog og flere roller?**

faglige dialog på din arbejdsplads? - Ja, i min egen faggruppe \* Flere roller Crosstabulation

Count

		Flere roller						Total
		Ingen rolle	En rolle	To roller	Tre roller	Fire roller	Fem roller	
faglige dialog på din arbejdsplads? - Ja, i min egen faggruppe	Ikke valgt	633	173	50	15	4	1	876
	Valgt	309	155	46	28	9	7	554
Total		942	328	96	43	13	8	1430

## Tabel I Krydstabel Faggruppe og mere tid på dokumentation

Hvilken faggruppe tilhører du? \* følgende udsagn? - Jeg bruger mere tid på dokumentation

Crosstabulation

Count

		følgende udsagn? - Jeg bruger mere tid på dokumentation					Ved ikke / ikke relevant	Total
		Helt uenig	Uenig	Hverken / eller	Enig	Helt enig		
Hvilken faggruppe tilhører du?	Administrativt personale	1	8	17	26	2	11	65
	Bioanalytiker	4	9	14	36	18	4	85
	Læge	3	3	23	40	34	1	104
	Portør	1	0	2	4	1	5	13
	Sekretær	2	22	57	54	11	21	167
	Serviceassiste nt	0	1	3	2	1	3	10
	Social- og sundhedsassis tent	0	0	9	25	13	3	50
	Sygehjælper	0	0	1	5	4	0	10
	Sygeplejerske	14	40	112	207	124	16	513
	Tekniker	0	2	4	6	6	2	20
	Andet	5	12	36	56	25	19	153
Total		30	97	278	461	239	85	1190

## Tabel J Krydstabel Faggruppe og meningsløs dokumentation

Hvilken faggruppe tilhører du? \* følgende udsagn? - Jeg bruger mere tid på meningsløs dokumentation Crosstabulation

Count

		følgende udsagn? - Jeg bruger mere tid på meningsløs dokumentation					Ved ikke / ikke relevant	Total
		Helt uenig	Uenig	Hverken / eller	Enig	Helt enig		
Hvilken faggruppe tilhører du?	Administrativt personale	9	16	17	11	2	10	65
	Bioanalytiker	17	17	29	13	5	4	85
	Læge	2	9	33	25	35	0	104
	Portør	1	3	4	0	0	5	13
	Sekretær	13	39	60	18	6	31	167
	Serviceassistent	0	3	3	1	0	3	10
	Social- og sundhedsassistent	1	11	17	15	3	3	50
	Sygehjælper	0	2	2	4	2	0	10
	Sygeplejerske	39	107	155	134	49	29	513
	Tekniker	1	3	5	8	2	1	20
	Andet	10	28	50	25	17	23	153
Total	93	238	375	254	121	109	1190	

**Tabel K Krydstabel Kigge os over skulderen og antal roller**

**Kigge os over skulder 3 \* Tordenskjolds soldater Crosstabulation**

Count

		Tordenskjolds soldater			Total
		Ingen rolle	Få roller	Mange roller	
Kigge os over skulder 3	neutrale	187	93	13	293
	negative	150	60	14	224
	positive	333	222	34	589
	ved ikke	68	13	3	84
Total		738	388	64	1190

## Bilag 7 Respondenternes udsagn

Udsagnene stammer fra de to bemærkningsfelter i spørgeskemaet, respondenterne er opdelt i faggrupper

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Administrativt personale

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:
Ingen
Processen har styrket kommunikationen i forhold til kvalitet i arbejdet
Syntes det har været en lærig proces at vi har været igennem stort arbejde men håber vi får glæde af det mange år frem
Jeg er under uddannelse som lægesekretær, og har derfor ikke haft ansvarsområder i forbindelse med den danske kvalitetsmodel.
En meget tidskrævende proces mange steder, som man har svært ved at se meningen med.
Arbejder i Kvalitet og Udvikling ved Hospitalsenheden Vest, så vi har såvel en intern opgave som en stor ektern opgave at varetage.
Jeg har deltaget som akkrediteringsnøgleperson. Ang. arbejdsmiljø - så har jeg deltaget som sikkerhedsleder
Der har været et par steder, hvor jeg ikke lige kunne svare fyldestgørende, da jeg er sekretær i et kvalitetsudvalg, og dermed ikke gyldig medlem af kvalitetsudvalget mm.
Er først startet i nuværende stilling pr. 01.11.10
Er ansat som vagtplanlægger
Der er brugt mange ressourcer på DDKM - også i administrationen. Mange af de administrative opgaver, som DDKM pålægger os, gør vi i forvejen. Det ressourcekrævende er, at vi nu også skal dokumentere, at vi gør det. I en sparetid, hvor alt skal effektiviseres, synes jeg ikke, at det er hensigtsmæssigt at bruge så mange ressourcer på DDKM.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Bioanalytiker

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:
Afdelingen er DANAK-akkrediteret efter DS/EN ISO 15189, derfor er jeg fuldtidsansat til at varetage akkrediteringerne
Afdelingen er akkrediteret efter en anden standard. Den har haft stor betydning for den faglige tilgang og dermed dialogen om det faglige. DDKM berører kun sporadisk det faglige på laboratorieområdet

Da afdelingen i forvejen har implementeret et kvalitetstyringssystem efter ISO 15189 standarden, har arbejdet fortrinsvis været at integrere de nye standarder fra DDKM i afdelingens eksisterende dokumentsamling. Det har således ikke været revolutionerende nyt områder som afdelingen har skullet forholde sig til.
Grundet tidspres og øget produktion har jeg ikke kunnet anvende de timer til akkrediteringsprocessen, som ville være ønskeligt.
På grund af stort arbejdspress at rutineopgaver bliver akkrediteringsprocessen nedprioriteret.
Som ansat i Kl. Immunologisk afd. Arbejder jeg i forvejen med kvalitetssikring, er uddannet intern auditor. Så dette er ikke nyt for mig
Der er små fremskridt på det faglige plan i min arbejds hverdag. Desværre har vi før prøvet at forbedre men mange falder tilbage i gamle vaner og her griber afdelingsledelsen ikke ind, hvilket er højst irriterende.
Jeg kender overhovedet ikke noget til den forestående/igangværende akkreditering
Vi er allerede akkrediteret hos DANAK og har derfor ikke de store omlægninger/forandringer i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel. Vi har jo været akkrediteret meget længe og de nye arbejdsgange er indarbejdet i vores tankegang og arbejdsgang.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Læge

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:
Det er naturligvis godt for det faglige niveau at udvikle nye instrukser i takt med at der fremkommer ny evidens på området. Men det der med at måle på alting bare for at måle, kan hurtigt blive en stor tidsrøver, og en kamp om at få tallene til at se "pæne nok" ud, uden måske at ændre det rigtige sted.
Akkrediteringen er meget fjern fra de daglige problemer når det gælder arbejdsmiljø, daglig patientbehandling og varetagelse af andre arbejdsopgaver.
Jeg er lægevikar og har kun arbejdet her i 3 måneder og har derfor ikke den store baggrund for at kunne mærke ændringer af behandling.
Jeg burde bruge mere end 10 timer per uge med de opgaver jeg har, men tiden er der ikke
Er lige startet på afdelingen, så mange af spørgsmålene har jeg ikke rigtigt relation til
Indenfor pædiatri omhandler akkrediteringen mest organisatoriske områder - derfor det ikke styrket den 'faglige' dialog. Men vi arbejder også med faglige dokumenter sideløbende med akkrediteringsproces
Der er brugt uforholdsvist mange ressourcer på at få det hele til at se pænt ud mens akkrediteringen stod på. Mandagen efter var alt tilbage til det gamle. Spild af tid, rusurser og penge. Akkrediteringen giver på ingen måde det rigtige billede af hverdagen på sygehuset.
Om indførelse af ny instruks har fået mig til at ændre adfærdsmønster: Jeg har svaret nej, men svaret burde måske være et ved ikke- dybest set er mange af de "nye" instrukser en

<p>beskrivelse af allerede anvendte procedurer- her melder spørgsmålet sig om der er ændringer i forhold til hidtil gældende praksis og det kan jeg ikke helt udelukke - omvendt er jeg ikke bevidst om eventuelle forandringer. Et system med politikker, retningslinjer og instrukser rummer muligheden for at opdatere alle medarbejderes adfærdsmønstre over kort tid, men rummer samtidig faren for, at vi alle opfører os suboptimalt i forhold til en optimal verden og adfærd.</p>
<p>da jeg er KBU læge kan jeg ikke sammenligne med tidligere...</p>
<p>Der har været tale om en stor extra arbejdsbelastning.</p>
<p>Ting som tidligere let kunne løses på tværs af afdelingerne drukner nu i evindeligt kævl om instrukser og standarder. Alt er blevet utroligt besværligt uden at kvaliteten er højnet.</p>
<p>Jeg er læge på en anæstesi-afdeling. Den var ikke med i de indledende kategorier.</p>
<p>Der er alt for meget fokus på proces i stedet for behandlingsresultater. I mine øjne er det et utroligt spild af ressourcer sammenlignet med hvor meget det vil ændre kvaliteten i patientbehandlingen. Disse ressourcer kunne være brugt bedre på forbedrede behandlingsmetoder og patientforløb i stedet for en bevidstløs fokusering på detaljer. Det er maskinledelse af værste skuffe.</p>

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Portør

<p>Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:</p>
<p>Jeg er overbevist om at det vil styrke fagligheden. Men hos os er udarbejdelsen af instrukser lige startet,og derfor endnu ikke et meget udbredt redskab.</p>

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Sekretær

<p>Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:</p>
<p>Mangler afkrydsningsmuligheder.</p>
<p>Den faglige dialog er øget mono- og tværfagligt i afdelingen vha. 4 obligatoriske fyraftensmøder med bestemte hovedemner, hvor udvalgte e-dok dokumenter bliver diskuteret i monofaglige grupper, hvorefter der er mulighed for at komme med indput i plenum. Alle kommentarer, f.eks. hvorvidt en given instruks/del af instruks ikke bliver fulgt/skal laves om bliver samlet op til videre opfølgning.</p>
<p>Der er en del usikkerhed blandet personalet om, hvilken betydning akkreditering får. Hvis alle gør deres bedste i det daglige arbejde, virker det for mange spild af god arbejdstid, at lave akkreditering.Det fylder for meget.</p>
<p>Under processen har der været stress og meget hektisk til tider, selv om man ikke selv har haft en primær rolle i arbejdet. Men arbejdet med akkreditering har til sidst kun givet positive</p>

resultater, idet der er kommet styr på ting, som før har "svævet lidt i luften".
Jeg føler det er tidsspild, da vi overgår til EPJ lige om lidt, og alle sekretærinstrukserne alligevel skal ændres, da vores arbejdsgange bliver meget anderledes.
Undersøgelsen tager ikke højde for hvor længe jeg har arbejdet her. Det spiller da en rolle, hvis jeg er ny ansat.
Jeg er elev.
det har været rigtig dejligt at få fx. instrukser og retningslinier skrevet ned, så man ved, hvordan arbejdet skal foregå - hvem der gør hvad, hvordan osv. osv - man snakker "samme sprog"
Det jeg oplevede i forbindelse med akkrediteringen var, at der pludseligt var en masse ting, der skulle laves om (men kun i uge 44!) - det synes jeg er u hensigtsmæssigt, da det så giver et falsk billede af hvordan tingene i virkeligheden forholder sig. Dette har jeg også hørt gøre sig gældende i andre afdelinger end i vores egen. Når man "pynter" på tingene, har man jo dermed også frataget sig selv muligheden for at få ting forbedret. Jeg synes også det er bekymrende, at der skal akkreditering til for at bragt nogle ting i orden - og det er sådan både jeg og andre har oplevet det.
I første omgang syntes jeg, at det virkede utroligt besværligt, men et stykke tid inde i processen kunne jeg hurtigt se fordelene ved at få gamle rutiner vendt og diskuteret. Alt i alt en god oplevelse.
Synes det er ærgerligt, at den generelle holdning er, at mange af de tiltag vi lavede til uge 44 ikke skal fortsætte. Der burde være et uanmeldt kontrolbesøg så man blev holdt i ørerne og fortsatte de gode nye tiltag.
Oplæring af nyt personale er lettere efter der er indført retningsgivende dokumenter. Nu gør alle tingene ens.
Har været på orlov indtil d. 01.09.2010, og kan derfor ikke sammenligne med tidligere.
Jeg tror, at dialogen tværfagligt vil blive styrket med tiden.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Serviceassistent

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Social- og sundhedsassistent

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:

.



Vi får sat focus på nogle ting og får måske en snak om hvorfor vi gør som vi gør, det er fint med lidt debat

i spørgsmålet omkring hvilken opgave man har varetaget vedr akreditering, synes jeg det er mærkeligt at i ikke vil høre fra den menige arbejder uden at man skal side i et eller andet udvalg

### Hvilken faggruppe tilhører du?: Sygehjælper

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:

### Hvilken faggruppe tilhører du?: Sygeplejerske

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:

- svært at overskue hvad den enkelte spl. skal kunne. - mange af de efarene spl. syntes ikke de længere kan se hvad er en retningslinie som de skal kende, eller om der er en lokal instruks på vej. - meget svært at bruge PRI. Dårlig søge funktion, og dem som laver dokumenter/instrukser ligger ikke mange søge ord på, hvilket vanskeliggør det at finde noget som helst - flere spl. har ytret ønske om at få tid afsat til at læse ting igennem. Det er er ikke meget tid til i en travl hverdag.

har ikke deltaget aktivt i selve akkrediteringen, var på videreuddannelse da det foregik

Jeg synes det ville have været på sin plads at der i "intro"-mailen stod hvad akkreditering er..en forklaring ville have været en stor hjælp jeg tror usikkerheden på deffinitionen, påvirker de svar i får tilbage når i ber folk svare på noget man ikke helt ved hvad betyder. Jeg tror også det påvirker jeres svar % da nogle opgiver undervejs. ET TIP til en anden gang :-)

kvalitetsmæssigt er det en landevinding inden for sygehusvæsnet - jeg er prislykkelig for denne proces - tænk på hvilken kvalitet vi kan leverer til vores patienter - du kan jo i løbet af ett splitsekundt være patient - vil du ikke have den bedste mest evidensbaseret pleje og behandling! Vores team er styrket med processen- vi er proaktive istedet for reaktive!

De nye dokumenter har sat gang i en masse frustrationer i personalegruppen. Vi er midt i en stor sparerunde og har mistet 12 kolleger pga forflytninger, orlov opsagte stillinger osv i løbet af det sidste år, så vi oplever ikke, at der er hverken tid, overskud eller ressourcer til at sætte os ind i de mange nye akkrediteringstiltag.

Jeg synes at man bruger alt for meget tid på dette projekt. Tiden går fra patienterne. Jeg synes man skal opføre sig ordentligt og bruge sin sunde fornuft. Der er dog kommet nogle gode diskusioner ud af det, så noget kan man bruge, men meget er på for højt et plan.

Det er også blevet mere uoverskueligt, da der er kommet alt for mange nye instrukser- som ikke er nye. Det vigtige drukner....

Er forholdsvis nyanset på HEV - og som følge deraf - er mine svarmuligheder ikke helt dækkende for emnet....
der er blevet brugt meget tid på, hvad vi måtte sige og ikke sige. Nu stod det ringbind der og der og det skulle vi vide. Alt i alt har det været et stort gedemarked, hvor jeg tænker, hvis det er bedring af plejen man vil, så kunne det gøres meget anderledes.
Det har været en hård, men samtidig spændende proces, hvor alle personalegrupper har forbyttet sig i netop deres område. Det har været rigtig "sundt" at få talt procedurene igennem, således at vi bedre kunne ensrette vores handlinger.
jeg synes altid vi har arbejdet målrettet og denne proces har ikke ændret noget.
Hele processen med akkreditering har været meget hård og tidskrævende, der har været mange nye dokumenter/kvalitetsbreve at læse, men på sigt bliver det meget givtigt, at der er mere system i det hele.
Jeg er kvalitetsnøgleperson på min afd. og selve akkrediteringsprocessen og DDKM er jeg meget optaget af.
synes til gengæld at det bliver brugt rigtigt meget tid på nogle instrukser som ikke virker relevante. Når man ikke kan se relevansen forsvinder motivationen
Det har ikke medført store ændringer i praksis, men givet en fokusering på forskellige emner.
Det halter med drøftelse i afsnittene af de mange nye retningslinier, vi hver især læsekvitterer for. Det ville være godt med en anbefaling af arbejdsgang/ fremgangsmåde til os alle, så vi sikrer ens opfattelse/holdning til retningslinierne.
Vi har forsøgt at have "almindeligt" personale med i grupperne, der skulle lave retningslinier, hvilket har givet en god, men måske langsommere proces.
jeg synes det er befriende der endelig er kommet ensretning i.f.t. at håndtere opgaverne. Det er dejligt med fagligt funderet retningslinjer/vejledninger etc.
vi har fået mere focus på patientsikkerhed. Taler mere om uth, der har været indberettet i egen afd., ligesom det altid er et fast punkt på afd. møderne.
Øget focus på kvalitet i patientforløb. - bl.a. videreudvikling af tjeklister Øget focus på hygiejniske forhold. - både patient- og personalerelateret- Øget focus på arbejdsmiljø. - "oprydning" både i det fysiske miljø og i aktiviteter i det store fælles arbejdsrum (mindre støj og afbrydelser)-
at læse i E-DOK har været meget tidskrævende og indimellem lidt frustrerende, da mange kom i starten af projektet og de samme dokumenter ofte er kommet flere gange med rettelser
Synes det kan være svært, at finde det rigtige dokument, da jeg måske tænker på nogle andre søgeord end dem der har udarbejdet E-dok.
Det har været en meget givende proces, hvor der er givet tid til diskussion og ideudveksling.
Det har fyldt så meget i afdelingen, at det er gået ud over bla det sociale og på det daglige arbejde
Jeg oplever akkrediterings processen som medvirkede til at man i afdelinger få diskuteret hvad god sygepleje er.

Jeg synes som afdelingssygeplejerske, at det har været meget spændende at deltage i denne proces. Det har været tidskrævende, men lærerigt for alle og har været med til at sætte fokus på kvaliteten. Vi havde besøg af ekstern survey i flere timer, hvilket også var udviklende for personalet.
Tænker mere over områder som hygiejne, dokumentation, sikkerhed, utilsigtede hændelser, kontaktperson, opbevaring af papirer med cpr nr.
Det vi bruger tid på er kontaktlæge/sygeplejerske dokumentation,
Det kræver bare meget tid at efterleve kvalitetsstandarderne og det kan virkelig være til gene for patienterne, fordi kvalitet og kvantitet har en anden umiddelbar prioritering blandt patienterne
Jeg har været på barsel siden slutningen af april 2010 og føler at jeg er gået helt glip af akkrediteringen. Jeg ved stadig ikke helt hvad det er. Måske er der lavet en masse om og det bliver nok svært at skulle starte på arbejde igen.
akkrediteringen har fyldt utrolig meget de sidst mrd i afd, måske også for meget. Men vi har fået snakket om mange ting, hvilket har været sundt.
nyansat pr 1/10-10
Der er (med rette) at spørgsmålstejn ved nogle arbejdsgange. Nogle retningslinier styrker dialogen, men nogen kan også give anledning til konflikter da ikke alle faggrupper er indforstået med ændringerne.
jeg er bekymret for om vi efterhånden som vi skal spare mere og mere, om der vil være tid til at passe patienterne. Vi bruger en del tid på dokumentation af mange værdier i afd. Ivores afd har vi en del unge raske pt, som kun kommer her for at få ordnet et mindre problem, jeg mener vi bruger for meget tid på rutineopgaver på dem i forhold til akkreditering.
Dette er en "tidsrøver"!
Det er svært at sige om den faglige dialog er blevet styrket. Akkrediteringsprocessen har givet anledning til mange diskussioner. Mange har lydt på at det er mange ressourcer som bliver brugt på det og at tiden kunne bruges mere på patienterne. Jeg håber at noget vil blive brugt og ikke blive sat i mapperne til næste gang der er survey på besøg. Det har da gjort at vi har snakket fagligt om hvad vi går og gør i det daglige, og det er positivt for jeg synes der er brugt rigtig mange ressourcer på det i lang tid.
Meget tid er gået med at lede efter dokumenter i PRI
Nogen gange "Absurd teater" - ting ændredes i akkrediteringsugen, men allerede ugen efter "tilbage ved det gamle"
Det er vigtigt at fastholde de faglige opgraderinger der er sket de sidste måneder i praksis, så det smitter af på vores professionelle virke.
Det kunne være spændende at se på implementeringsstrategier iforhold til nye instrukser, så der bliver taget højde for personalet f. eks deres præferencer til at tilegne sig ny viden. og er standarderne udarbejdet på evidens - baseret viden???
Jeg oplever at vi har haft en høj kvalitet i ambulatoriet, og pt har handlingerne ikke ændret sig - dermed ikke sagt at der ikke kommer ændringer, for jeg tror bestemt akkrediteringen medfører positive ensartede retningslinjer.

Er ikke helt sikker på, hvad I mener med den faglige dialog. Jeg mener at mange ting er blevet ensrettet, men om det har styrket den faglige dialog, ved jeg ikke rigtig?
Mængden af nye dokumenter har for os på det første akkrediterede sygehus været for overvældende på alt for kort tid. Først efter uge 44 kan vi begynde at indarbejde indholdet i instrukserne for alvor.
der er i forvejen veludviklet faglig dialog, da der kontinuerligt sker ændringer, så det har ikke medført de store ændringer andet end ekstra arbejde på administrativt plan
Kan have svært ved at "se pointen" på nogle punkter. Tænker at meget virker som tidsspilde og uovervejede tiltag.
Jeg oplever at der bruges for meget tid på e-doc. Tid der går fra patienterne, for der er jo ikke tale om at patientflowet bliver mindre, mens alle dokumenterne bliver lavet.
fra at være mindre positiv, kan jeg nu se formålet og optimeringen for det danske sundheds og sygevesen.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Tekniker

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:
Det fylder meget i vores hverdag, at alle afsnit har emner der skal akkrediteres, hvor Teknisk afdeling er involveret : Forsyning, kommunikation, brand, Adgangskontrol, ventilation, vedligehold, kursus for bruger, nye og mere omfattende dokumentation for ovennævnte.
Det er faktisk noget af det bedste man er kommet med i lang tid, pri.rn.dk. er også et godt værktøj.
Et godt initiativ, som er overtaget af papirnussere, der får alting til at drukne i papir, med negativ effekt på kvaliteten.
Det er noget af det bedste man er kommet med, her tænker jeg også på pri.rn.dk. her får man et godt overblik.
Man er som sædvanligt kommet for sent i gang rundt om på afdelingerne og der var mange ting vi var nød til at sige NEJ til de sidste 14 dage, da der simpelthen ikke var tid til at udføre mere. Dette blev ikke altid godt modtaget (-; . Der blev også brugt en del unødvendige kroner, da man i nogen situationer glemte at bruge hovedet, men bare ville have lavet alt, nødvendigt eller ej.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Andet

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her:
Min gruppe jordemødre er ikke nævnt under fagpersongruppen, så det kommer til at stå som

<p>andre i jeres undersøgelse. Hos os har det givet ekstra arbejde, for at sikre at tingene blev registreret rigtig og for at ændre vaner, der forhåbentlig er til bedste for vore brugere , men samtidig tager noget fra deres tid</p>
<p>Fysioterapeuter - som faggruppe kan man ikke vælge i dette skema! Jeg syntes overordnet at DDKM og akkrediteringen er for overfladisk og går ikke ind og ser på den enkelte faggruppes specifikke arbejde - det en svaghed. Yderligere er den planlagt, så de enkelte afdelinger kan nå at forberede sig. Dvs de mange fejl der er, ikke bliver opdaget, da man vender tilbage til gamle vaner og arbejdsgange når en sådan akkreditering er overstået!</p>
<p>Det kan være svært at lave evidensbaseerede retningslinje inden for mit fag, hvor hovedparten af viden er best practice viden</p>
<p>Der er nedskrevet mange instrukser/retningslinjer, men PRI er stærkt kritisabelt, da det ofte ikke fremkommer med de ønskede dokumenter når man søger på et aktuelt ord. - stor frustration i det daglige arbejde!!</p>
<p>jeg er phd-studerende uden klinisk funktion</p>
<p>Akkreditering ifølge DDKM har været medvirkende til, at vi har fået styr på nogle processer, der ellers ikke var skrevet ned og taget stilling til. Det er helt klart positivt!</p>
<p>Terapeuter er overset som personalegruppe i dette skema!</p>
<p>Der findes andre personer/faggrupper der arbejder aktiv med DDKM og akkreditering end dem der står på listerne. Der mangler "none of the above" som svar til visse spørgsmål. Når man skal lave DDKM/ akkrediterings-arbejde ved siden af daglige kliniske opgaver, er det typisk at man arbejder i "blocks" f.eks. 1-2 uger arbejder man ad gangen med DDKM fuldtid, og resten af tid bruges til øvrige opgaver - man fletter DDKM-arbejde ind i tidsplanen - det hænger ikke sammen med svarmuligheder om arbejdstimer f.eks &lt; 10 timer om ugen osv.</p>
<p>Oplever akkreditering som centralisering af ansvar. Mine faglige kompetencer devalueres og jeg har INGEN indflydelse på de opgaver jeg pålægges. Rutiner indføres uden at de fagprofessionelle i plejen inddrages når beslutninger omk. diverse rutiner skal besluttes. Akkreditering har sine positive sider men disse overskygges i den grad af at jeg sidder tilbage med en fornemmelse af at dette trækkes ned over mit hoved uden indflydelse herpå. Dette påvirker efter min opfattelse arbejdsmiljøet i neg. retning. Desuden tager opgaver der følger med akkreditering unødigt tid fra mine egentlige kerneydelser.</p>
<p>Jeg er sikker på at akkrediteringen med tiden nok skal føre med sig at det er godt at have skrevne retningslinjer som alle arbejder efter. jeg er arbejdsmiljøkonsulent i Vest og savner selvfølgelig at der også er noget helt klart i DDKM om arbejdsmiljø. men vi har selvfølgelig andre områder at forholde os til. Arbejdstilsynets regler mv. men selv om arbejdsmiljø ikke er det store emne i DDKM har vi da alligevel grebet bolden og er i gang med at indskrive vores retningslinjer i e-DOK</p>
<p>Synes det er det bedste ved akkreditering, at vi får talt om alle de ting vi gør rutinemæssigt men som bliver gjort mange forskellige måder fordi det ikke er ordentlig standardiseret.</p>
<p>Der kommer jævnligt procedure til læsekvittering. Det giver nu og da anledning til debat, men vi havde også før debat om procedurerne, så det er ikke nyt. NIP indikator er nyt, men det giver ikke et bedre billede af forholdene efter min mening, til gengæld giver det frustration over, hvordan det vil blive brugt. Jeg kan være bekymret for, om det store arbejde andre har haft med dette projekt, vil være frugtbart.</p>
<p>Jeg er udviklingsterapeut. Ikke som afkrydset udviklingssygeplejerske men det kom tæt på. Vi</p>

<p>har udarbejdet tværmatrikulære og tværfaglige instrukser hvilket naturligt fremmer dialog på tværs. Dialogen på arbejdspladsen er også fremmet. Da retningslinier for fysio og ergoterapi til apopleksi var færdige udtrykte flere medarbejdere- jamen hvorfor har vi dog ikke haft disse noget før. Nu venter et forsat arbejde med at drøfte og tilpasse instrukser. Nu vi er igang er det ligesom at ønsker til instrukser vælter frem så om 3 år..... Held og lykke med masteren</p>
<p>retningslinjerne er endnu ikke færdige</p>
<p>Dokumentationen tager urimelig meget tid fra vores kerneområde, nemlig at passe de fødende. Det er spild af ressourcer, at bruge tid og penge på, at beskrive instrukser om hvordan, der skal bankes på døren og hvordan man staver almindelige latinske ord.</p>
<p>Det kan være svært at udarbejde retningslinjer for forskere på meget forskellige projekter og med meget forskellige arbejdsvilkår. Desuden kan afkreditering i praksis meget let blive at bruge en masse energi på at lave dokumenter for dokumentationens skyld og uden praktisk betydning i hverdagen. Derfor finder jeg det positivt, at vi på min. afdeling har holdt antallet af og brugen af dokumenter på et minimum.</p>
<p>Min afdeling har allerede længe været akkrediteret efter ISO 15189 standarden, så DDKM har ikke medført ændrede arbejdsgange eller yderligere krav til dokumentation.</p>
<p>Det har været kilde til stor frustration at der ikke har været afsat mere tid/flere ressourcer til den faglige udvikling som arbejdet med instrukser er, men det hovedsagligt skal findes indenfor de i forvejen pressede rammer.</p>
<p>Har kun været ansat i knap 2 måneder.</p>
<p>når igangværende arbejde med retningslinjer/instrukser er helt klar/-e, tror jeg det vil blive et godt monofagligt redskab, ikke mindst i f.t. introduktion og oplæring a fnytt personale</p>
<p>Jeg forventer at få nogle gode værktøjer, til at blive bedre til at lære af evt. fejl</p>
<p>Der er mig bekendt ingen procedurer for forskningspersonale.</p>
<p>jeg arbejder i en afdeling, som har været akkrediteret i flere år, dvs. at den seneste aktivitet omkring den danske kvalitetsmodel indgår i vores allerede igangværende kvalitetsarbejde og -udvikling</p>
<p>Det er en stor udfordring at få lavet tværfaglige retningslinjer med de mange forskellige sengeafdelinger. Ofte bliver vi glemt som faggruppe, ligesom i denne undersøgelse. Ergoterapeuter og fysioterapeuter.</p>
<p>Jeg er radiograf og udviklingsradiograf</p>
<p>Tror det vil blive nemmere for min kolleger på det tværfaglige og tværsektorielle plan at gå i PRI og se, hvad jeg laver. Instukser og retningslinier er nu synlige.</p>

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Administrativt personale

<p>Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her</p>
<p>Som tidligere nævnt kan jeg ikke se meningen i, at bruge så MEGET tid på dokumentation -</p>

tiden var bedre investeret i reelt arbejde. Efterhånden går dagen bare med kontrol - hvis tiden blev brugt på arbejdsopgaverne kunne vi måske få bedre tid til at løse den korrekt fra start og derved undlade al den kontrol. Jeg kan ofte tænke, at vi ved det offentlige må være mindre begavet end gennemsnittet siden vores arbejde skal kontrolleres så meget - det kan godt pille lidt ved ens faglige stolthed :-)
Har også via studie kendskab til hvordan akkrediteringen påvirker positivt, så det er min holdning selvfølgelig påvirket af.
Jeg forholder mig afventende. Synes det har været vanskeligt at finde evidensbaseret materiale, der påviser at akkreditering som proces skaber en materiel værdi i organisationen
Jeg er ansat på hjælpemiddelenheden og har derfor ikke meget direkte kontakt/føling med DKV i forhold til patientforløb på regionshospitalet
Har kun været ansat 3 måneder

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Bioanalytiker

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her
Jeg har svaret "uenig" til spørgsmålet at akkreditering svarede til at vi blev kigget over skulderen. Det skyldes, at jeg opfatter "kigget over skulderen" som noget negativt. Jeg oplever både interne og eksterne audits og andre processer i akkrediteringen som brugbare arbejdsredskaber, der sætter fokus på nogle ting, der kan arbejdes på og gøres bedre.
Akkreditering er et fantastisk ledelsesværktøj, der giver god anledning til at få styr på ens afdeling.
Jeg håber at akkreditering er til gavn for patienterne. Der går dog meget tid til oprettelse af dokumenter. Nogle dokumenter er gode at have og selvfølgelig også nødvendige, der er dog også dokumenter som kunne "spares" væk - specielt hvis man arbejder i en lille afdelingen. Tiden til oprettelse af sådanne dokumenter, tager tiden fra patienterne, som jo burde være vores mål med tiden.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Læge

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her
Akkrediteringen har kortvarigt sat focus på enkeltstående situationer og retningslinier fuldstændig løsrevet fra den daglige virkelighed på afdelingen.
På nogle områder går det over gevind, f eks at man hver gang skal skrive, at pt har accepteret, selvom det er underforstået. Det er kun relevant, når pt skal bedøves. Det er også et problem, at man bliver tæppebombet med ikke-relevante dokumenter.
Igen, som KBU læge kan jeg ikke vurdere ændring over tid. Men - mit generelle indtryk er at

dokumentationskrav og instrukser ikke bør trækkes længere end at de stadig er et nyttigt redskab. Instrukser der er svære at finde, ikke svarer på det jeg har svært ved at huske mv er ubrugelige. Det er bittert hvis jeg skal koncentrere mig om formelle krav fx diktere "patienten informeret og samtykker"- "medicin opdateret i EPJ" i stedet for at tænke mig om og tale med patienten eller bare notere i EPJ- det giver jo ingen sikkerhed at jeg påstår informationen er givet videre! tror i på mit ord på at jeg bestræber mig på at være fagligt kompetent så tag konsekvensen og lad være med at bede mig dobbeltdokumentere...

Akkreditering består i at lære at dokumentere, at man dokumenterer. Tager tid, så man ikke længere har tid til at udføre de ting, man tidligere samvittighedsfuldt udførte uden dokumenteringstyrani. Der er ingen erstatning for tid og intelligens.

Ja i sidste ende nok til gavn for patienterne. Men apparatet virker meget omfattende og man kan undertiden undre sig over om resultaterne vil stå mål med indsatsen. Derfor arbejder vi også stadig meget bevidst med den faglige kvalitet. Den afspejles ikke helt parallelt med de formelle resultater af journalaudits, servicemål og LUP.

Der er en vis positiv effekt af akkrediteringseffekten i form af udarbejdede instrukser mm; men den står på ingen måde i forhold til det enorme forbrug af tid og ressourcer. En del af processen er decideret irrelevant for det praktiske arbejde og patientsikkerheden og har karakter af at man kontrollerer det der kan kontrolleres - ikke nødvendigvis det der er relevant.

Jeg har fået meget opbakning fra min ledelse samt opbakning og praktisk hjælp fra kvalitetsmedarbejderne på sygehuset.

Det virker meget grotesk at bruge så mange ressourcer på en proces og i visse henseende på nogle ting som er en naturlig ting af ens daglige arbejde. Mener ikke selv jeg har et "akkrediteringsproblem". Og så foregår det i en tid hvor der skal spares så mange penge - DET BETYDER NOGET FOR PATIENTERNES SITUATION OG PERSONALETS VE OG VEL.

Det er spild af tid

I hvilket omfang akkr. er til gavn for patienterne er aldrig dokumenteret og rent spekulativt. Jeg savner derfor svarkategorien "ved ikke" ved dette spørgsmål.

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Portør

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Sekretær

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her

Alt i alt har det været en spændende proces. Patienterne bliver de store vindere af processen.



Jeg tror, at det bliver til gavn for pt. og personale på sigt
Akkreditering bude ikke ændre på noget, da man må have en forventning til , at personalet yder deres absolut bedste, når de udfører deres arbejde.
synes man bruger for meget tid på at dokumenterer alting i stedet for bare at få udført et patientvenligt arbejde. Mener dokumentationen er ved at tage overhånd i forhold til behandlingen af patienter
Muligvis er akkrediteringen til gavn for både personale og patienter, men der bruges meget tid på det, i en tid, hvor der hele tiden skæres ned på kerneydelserne. Der er konstant nye tiltag, vi skal forholde os til, og vi når ikke altid at komme ordentligt ind i tingene, før der er nye vigtige ting, vi skal forholde os til. Dette virker stressende, når der i forvejen er travlt. Derfor får akkrediteringen måske ikke den gode modtagelse, det egentlig fortjener.
Nogle af de ting vi skal dokumentere, bliver ikke senere brugt til noget og det virker som om man skal dokumentere bare for at dokumentere.....

#### Hvilken faggruppe tilhører du?:Serviceassistent

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her

#### Hvilken faggruppe tilhører du?:Social- og sundhedsassistent

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her

.

akkreditering er kommet for at blive så vi kan ligeså godt se positiv på det og få alt det bedste ud af det. Vi vil jo alle gerne gøre tingene rigtig og det bedste for vore patienter.

#### Hvilken faggruppe tilhører du?:Sygehjælper

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her

#### Hvilken faggruppe tilhører du?:Sygeplejerske

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her
Til gavn for patienterne bliver det nok, men jeg føler meget tid går fra patientplejen for at vi kan læse/skrive og dokumentere i akkrediteringsprocessen.
Der er tilkommet instrukser der ikke har noget med sund fornuft at gøre
Se sidste kommentar felt
Jeg syntes at akkrediteringsprocessen har været meget motiverende og jeg er ikke i tvivl, om at det er til gavn for patienterne og ligeledes påvirker mit arbejde positivt. På den anden side har det også været en tidsrøver. En tid som kunne have været patienten til gode.
I mange tilfælde sættes fokus på relevante problem-områder - og løsninger ift hertil - men i andre tilfælde kan selve akkrediteringsprocessen synes at være til for sin egen skyld.
fokus er det forkerte sted. Vores fysiske rammer er elendige, det har større betydning for kvaliteten i vores arbejde
Jeg syntes at akkrediteringsprocessen har været meget motiverende og jeg er ikke i tvivl om at det påvirker mit
Akkreditering er til gavn for patienten i nogen omfang, men instrukser der omhandler lovmæssige pt.rettigheder og pt. sikkerhed er til gavn for patienten hvis ikke de bliver udført med den enkelte person for øje.
Jeg er i tvivl om hvorvidt det gavner ptt. vi skal bruge så meget tid på at dokumentere simpelthen alt, det stresser hele tiden at skulle tænke på om man nu har husket at dokumentere det hele. Tiden kunne måske bruges bedre på ptt.
En stor og tidskrævende proces som jeg godt kunne ha ønsket mere tid til.
Synes meget tid på dokumentation går fra tiden hos patienterne.
synes det er vigtigt at man forsøger at få medarbejderne mere med i processen så det ikke virker som noget der bare betyder mere arbejde og en elsamem ifm survey
Jeg synes til tider, det kan være meget frustrerende med alle de instrukser, som man skal læsekvittere for. Og de bliver til stadighed lavet om igen. Det er svært at få tid til at sætte sig ind i alle de mange instrukser i hverdagen.
Akkreditering skulle gerne være til gavn for både patienter og personale. Det kræver dog mere arbejde end at læsekvitterer i mit hoved.
Det er ikke til gavn for patienterne, for vi bruger mindre tid på dem, og mere på papir/computer-arbejde
Jeg ser mange positive ting i akkrediteringen, men er meget bekymret over, at fokus rettes stærkt mod de punkter der er lavet retningslinier omkring. Det kan nemt tage fokus væk fra de ting, som er sværere at beskrive og måle. Instrukser kan være en god hjælp men også give en falsk tryghed, hvis man ikke kan tænke ud af boksen og en gang imellem måske endda vælge fra!
på trods af den positive indvirkning akk. har på dokumentationen, er der dog også en del dokumentation som udelukkende er for dokumentationens skyld. Gør arbejdsgange stive og urealistiske.

Jeg har kun været på afdelingen i 1 uge så det er begrænset hvad jeg kender til det på nuværende tidspunkt
Positivt med focus på vores indsats, og på patienters oplevelser, men forløbet føles "styret", og afspejler ikke det virkelige billede i tilstrækkeligt omfang.
Jeg synes, der lægges en masse personale ressourcer i arbejdet, så forventningerne til vidrebringelse/implementering af nye procedurer mm er derfor også store, Desværre nedprioriteres implementeringen og ejerskabet får ikke rod fæste i personalegruppen. Projektet får karakter af "en opgave pålagt oppefra". En skam, for akkrediteringsprocessen kunne jo bruges til en større bevidstgørelse og udvikling inden for forskellige faggruppers kompetencer.
Synes det er besværligt, at skulle finde alle dokumenterne i computeren.
Det er svært at besvare mange af spørgsmålene da de kan tolkes forskelligt. F.ex selvfølgelig er akkrediteringen til gavn for pt da kvaliteten forhåbentlig bedres men samtidig går der tid fra pt når vi skal akkreditere/lave instrukser og lign og det synes jeg ikke fremgår tydeligt.
Den megen tid, der bliver brugt på dokumentation, går fra tiden ude hos patienterne.
Jeg er sikker på at akkrediteringen på sigt har positive følger, men vi har i afd. følt os presset da der ikke har været ekstra ressourcer til de mange ekstra opgaver. Jeg har også oplevet at det flere gange har været ledere der har været spurgt, selv om de til daglig ikke har berøring med de pågældende emner, og mener derfor ikke det giver det helt reelle billede.
Al den tid der går med processen, går fra min tid til patienterne - dette er negativt for mig..
Selvfølgelig er det til gavn for patienterne, men det kræver meget arbejde/tid at få det indført og indkørt.
Den megen tid jeg bruger på f.eks. at læse Pri dokumenter tager tid fra patienterne. Fylder utroligt meget i hverdagen. Oplever at mine ledere bruger utrolig meget tid på det.
Mængden af opgaver i forbindelse med DDKM har i den sidste tid været ganske omfattende. Det kan være svært for den enkelte sygeplejerske at afse den fornødne tid uden at føle, at dette bliver på bekostning af patientplejen. Samtidig er mange brugeres manglende IT-færdigheder en stor udfordring for den / de implementeringsansvarlige.
Har i perioder været meget presset på tid og arbejdsopgaver.
Indtil nu er der nok gået noget tid fra patienterne for at få det til at fungere, men på sigt tror jeg det bliver positivt. Den negative side er også, at nogen kollegaer er meget vrede over at det skal iværksættes og det går nogen gange ud over den "anvarlige" i afsnittet. Det kan godt være hårdt psykisk at stå model til.
helt enig der hvor det er relevant, jeg mener man går for vidt med måling af alle værdier på raske pt 1
Akkrediteringsprocessen var en stor mundfuld at komme igennem.
Jeg synes det har taget for meget af afdelingens ressourcer at være med i den proces. vi har ikke været flere til at udføre de daglige opgaver, men derimod færre da der har været personale taget fra til at være med i akkrediteringen.
Den tid, vi bruger på akkreditering, går fra patienterne!! Meget af det vi registrerer og bliver målt på giver ikke det rette billede. Et eksempel: en meget stor del af patienterne har en kintaktperson - og det scorer vi højt på i surveys, men et meget lille antal patienter ved hvem

deres kontaktperson er - Det er da tosset!!
Der går tid fra patienterne i den periode, hvor der bruges mange ressourcer på at sætte sig ind i mange nye retningslinier
Det er meget tidskrævende ... og standarderne er ikke alle evidensbaserede! Der skal også være fokus på praksislæringen.. standarderne/retningslinierne kan ikke stå alene! og evaluering af dette store system der er sat igang - inden for hvilken tidsramme??
Jeg føler der skal lægges rigtig meget arbejde i akkrediteringsprocessen, som er tid der tages fra udvikling og direkte patientarbejde. Det er ret frustrerende.
I øjeblikket bliver der brugt så meget tid på det, at man nogle gange føler, at patienterne er lidt til overs.
I forhold til tidligere spørgsmål: Jeg er hygiejnesygeplejerske, der er ikke som sådan en "passende" afkrydsning for det, konsulent, rådgiver eller lign. Derfor kan der heller ikke svares præcist på spørgsmålet om rolle i forhold til akkreditering. Ledelsesansvar? I gængs forstand: nej. Men i relation til fagområdet: Ja.
Selve processen har været for forjaget, men resultatet bliver på langt sigt nok godt
*her er fjernet mailadresse*
arbejdet er tidskrævende og til tider vanskelig at få afsat tid og ress til.
Der går meget tid med instrukser osv, som man ellers kunne bruge på patienterne. Det virker ikke som om, det er blevet overvejet at det tager lang tid at arbejde med akkrediteringen - så vi skal stadig nå de samme programmer som vanligt oveni. Jeg har tidl. arbejdet på kir. afdeling, hvor jeg var arb.miljø-rep, pt-sikkerhedsnøgleperson, medlem af LU samt redaktør i E-dok, så da bruge jeg betydeligt mere tid på det. Det betød så at mange andre ting ikke blev udviklet i den periode samt at jeg deltog mindre i det daglige arbejde med patienterne, så mine kolleger havde mere travlt. Kort sagt, så burde der følge timer med en så stor opgave!
Der har også været brugt meget tid på petitesser. Skal løbende bruges tid på dette. Nogle af forslagene skal ses i.f.t hvad der praktisk og fysisk muligt. Altid godt med andre øjne.....udvikling

### Hvilken faggruppe tilhører du?:Tekniker

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her
Det virker som om, der overalt bruges rigtig mange ressourcer på opgaven. Denne tid på det omfattende dokumentation - for dokumentationens skyld - må tages fra andre opgaver i Sundhedsvæsenet, der måske ikke gavner patienterne eller udsætter behandlingen af disse ?
den tid der bliver brugt på akkreditering vil af gode grunde gå fra det direkte patientrelaterede arbejde. Jeg er ikke sikker på, at patienterne får en bedre behandling på baggrund af, at vi er i en akkrediteringsproces. Til tider kan man få den tanke, at vi laver procedurer og retningslinier, får at kunne holde vores ryg fri, hvis der sker noget utilsigtet.

## Hvilken faggruppe tilhører du?:Andet

Hvis du har yderligere kommentarer, er du meget velkommen til at skrive dem her
se tidligere kommentarer. Generelt er de ting man undersøger - ting der bør være på plads fra sin uddannelses institution. Der ingen der kigger på om den behandling man bruger er GOLDEN Standard eller er videnskabelig undersøgt.
Kvaliteten i mit arbejde stiger ikke ved øget dokumentation - snart fylder dokumentationen mere end selve det arbejde der skal dokumenteres. En dårlig udvikling.
Mit arbejder bliver negativt påvirket da jeg ikke har tid til at skrive øvrige retningslinjer/dokumentation ifm øvrige diverse bekendtgørelser eller udarbejder. Der er ikke tid til at kigger ordentlig på opgaverne og finder den bedste løsning til sammenfletning af flere kvalitetssystemer. Efter min mening, har afdelingen kun tid til at sætte links til HEV fælles dokumenter - "kvantitet" i antal af dokumenter og ikke "kvalitet" bliver arbejdet med!!!
Det er i høj grad også til gavn for personalet
Har skrevet i tidligere felt.
der bliver brugt mere tid på skriftlig arbejde og den tid går fra direkte patientkontakt.jeg syntes akkreditering er vigtig men måske en bedre strukturering af instrukser og retningslinjer.
Instrukser og Akkreditering giver meget meningsløs dokumentationsarbejde. tiden til dette arbejde kan kun tages fra behandlingen af patienter, så tvivler på at det har nogen gavnlig effket. tværtimod. Den største risiko ved at indføre instrukser i behandlingen af patienter er, at de nemt kan komme til at fungere som sovepude i en travl hverdag. således at individuelle hensyn i behandlingen overses.
Akkreditering tager meget tid FRA patienterne på nuværende tidspunkt. Forhåbentlig på sigt bliver det til gavn for patienternes forløb.
Der er mange gode tanker bag afkreditering. Der kan imidlertid være stor forskel fra teori til praksis, hvilket svækker den reelle anvendelse. Desuden er alle mine kommentarer sagt fra et forsker-synspunkt - jeg ser ikke patienter.
Alt det administrative fylder for meget i forhold til hvilken gavn til har for patienterne
Er ikke så langt i processen endnu. Kan forestille mig at det nogle gange vil være til gavn for pt. og nogle gange vil bremse og nye tiltag
Påvirker mit arbejde positivt fordi nogle ting bliver skemalagt og helt klare at gå til - nemt. Påvirker mit arbejde negativt fordi det er en stress-faktor og et pres at få det gjort og det kan blive meget stift og ufleksibelt.
jeg vil ikke tvinges til at besvare