

Forretningsudvalgets møde den 4. december 2012

Sag nr. 4

Emne: Tgi kqpcn'uwpf j gf ur rcp"4235"/"ucwwu'r °"gmukugt gpf g'r rcpgt

5'bilag

Region Hovedstaden

Høringsudkast

# Sundhedsplan

- Status for planer på sundhedsområdet

# Indholdsfortegnelse

<b>Indholdsfortegnelse .....</b>	<b>2</b>
<b>Forord.....</b>	<b>3</b>
<b>1. Region Hovedstaden - ét sammenhængende sundhedsvæsen .....</b>	<b>4</b>
1.1 Regionens sundhedsplan .....	4
1.2 Vision, politikker og planer.....	4
1.3 Organisering af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden .....	6
<b>2. Sundhedstilstanden i regionen.....</b>	<b>7</b>
<b>3. Partnerskab med patienten.....</b>	<b>10</b>
<b>4. Planer på praksisområdet.....</b>	<b>12</b>
4.1 Praksisstruktur .....	12
4.2 Tilgængelighed .....	13
<b>5. Hospitals- og Psykiatriområdet.....</b>	<b>14</b>
5.1 Den præhospitale indsats og akutstruktur .....	14
5.2 Hospitals- og Psykiatriplan 2020 .....	15
5.3 Fremtidens hospitaler.....	17
5.4 Kræftplan .....	17
<b>6. Tværsektorielt samarbejde .....</b>	<b>20</b>
6.1 Sundhedsaftaler .....	20
6.2 Forebyggelse .....	21
6.3 Praksissektorens rolle.....	22
6.4 Fødeplan.....	23
6.5 Strategi for kronisk sygdom .....	23
6.6 Plan for den ældre medicinske patient.....	25
<b>7. Kvalitet .....</b>	<b>27</b>
7.1 Kvalitetspolitik- og handlingsplan .....	27
7.2 Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013 .....	28
7.3 Kvalitetsudvikling i praksissektoren .....	29
<b>8. Uddannelse .....</b>	<b>31</b>
<b>9. Forskning og innovation .....</b>	<b>33</b>
9.1 Sundhedsforskning.....	33
9.2 Innovation .....	35
<b>10. Den fremtidige planlægning på sundhedsområdet .....</b>	<b>37</b>

## **Forord**

[indsættes senere]

Høringssu.dk

# 1. Region Hovedstaden - ét sammenhængende sundhedsvæsen

Region Hovedstaden er landets største sundhedsvæsen. Regionen har ansvaret for at levere en række sundhedsydelser til de 1,7 mio. borgere, der er bosiddende i regionen. Regionen har også ansvaret for at tilbyde en række specialtjydelser på hospitalerne til borgere fra andre regioner.

Region Hovedstaden har som mål, at landets største sundhedsvæsen også skal være landets bedste sundhedsvæsen med et stærkt, offentligt hospitalsvæsen, der sammen med praksissektoren arbejder på at fremme sundhed for alle i regionen og arbejder på at mindske den sociale ulighed i sundheden.

Målet er at skabe et sammenhængende, velfungerende sundhedssystem, der virker for alle borgere, og som kan måle sig med det bedste i verden, og hvor patienter og pårørende oplever, at de bliver velinformeret og medinddraget i alle beslutninger, der vedrører behandlingen.

Borgerne i regionen skal tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau, og i samarbejde med praksissektoren og kommunerne skal behandlingen varetages så tæt på borgerne som muligt.

Sundhedstilbuddene i Region Hovedstaden skal være patienternes foretrukne valg, og udover at være patienternes foretrukne valg skal hospitalerne i Region Hovedstaden også være attraktive arbejdspladser og dermed medarbejderens foretrukne valg.

## 1.1 Regionens sundhedsplan

Dette er Region Hovedstadens anden sundhedsplan, og den erstatter sundhedsplanen, der blev udarbejdet i 2009.

Sundhedsplanen indeholder en beskrivelse af regionens samlede opgavevaretagelse på sundhedsområdet, herunder de væsentligste planer og strategier med vægt på de principper og udviklingstendenser, som de bygger på. Samtidig gives en overordnet status på implementeringen af de væsentligste planer på sundhedsområdet og afslutningsvist beskrives, hvilke fokusområder der er de kommende år.

## 1.2 Vision, politikker og planer

Regionen arbejder målrettet med at udarbejde planer for de vigtigste indsatsområder og implementere disse for at leve op til visioner og målsætninger på sundhedsområdet

Region Hovedstadens sundhedsplanlægning tager udgangspunkt i regionens vision på sundhedsområdet:

### **Trivsel og sundhed for alle!**

Sundhedsvisionen i Region Hovedstaden er, at vi udvikler et førende sundhedsvæsen med høj kvalitet og lige adgang til den nyeste og mest effektive behandling. Et sammenhængende sundhedsvæsen, der motiverer borgere og medarbejdere til at sikre den bedst opnåelige livskvalitet gennem hele livet. Vi skal være blandt de førende storbyregioner i Europa indenfor forskning og udvikling. Vi har fokus på lighed i sundhed - tryghed og trivsel for alle.

Denne vision udgør ledestjernen for regionsrådets strategier, politikker og planer.

Som grundlag for regionens sundhedsplanlægning udarbejdede regionsrådet i 2006 en række hensigtserklæringer, som fortsat er gældende. Regionens sundhedsplan skal understøtte:

- udvikling af høj kvalitet i behandlingen,
- hensyntagen til nærhed,
- brugernes behov og den demografiske udvikling,
- sammenhængende patientforløb og samarbejde med kommuner og praktiserende læger,
- driftsoptimering,
- forskning og innovation,
- udvikling og uddannelse,
- et godt arbejdsmiljø, samt rekruttering og fastholdelse.

For at leve op til regionens vision på sundhedsområdet arbejder regionen målrettet med at implementere planerne.

### **Sundhedsplanen består af følgende planer, politikker og strategier**

Sundhedsprofil	Hospitals- og Psykiatriplan 2020
Sundhedsaftaler (2. generation)	Præhospital indsats og sundhedsberedskab (ny sundhedsberedskabsplan under arbej.)
Praksisplaner for:	Fødeplan
- almen praksis (ny plan under udarbejdelse)	Kræftplan
- speciallægepraksis (ny plan under udarbejdelse)	Ældreplan
- fodterapi (ny plan under udarbejdelse)	Kvalitetspolitik og kvalitetshandlingsplan
- kiropraktik	Bruger, patient og pårørende politik
- fysioterapi	Politik for Sundhedsforskning 2020
- psykologhjælp (ny plan under udarbejdelse)	Patient Empowerment Strategi
Forebyggelsespolitik	Uddannelsespolitik
Strategi for kronisk sygdom	
Innovationspolitik 2020 (forventes vedtaget i 2012)	

### **Region Hovedstaden planer, politikker og strategier, foråret 2013**

Alle planer tager udgangspunkt i, at kun når sektorerne arbejder sammen, og kun når der visiteres rigtigt og koordineres effektivt inden for og mellem de

enkelte sektorer, er det muligt at skabe høj kvalitet i den service, der ydes til regionens borgere.

Regionens hospitals- og psykiatriplan samler en lang række behandlingstilbud på færre enheder for at styrke den faglige kvalitet i behandlingen og give et bedre grundlag for forskning, udvikling og innovation. Samlingen af funktioner på færre enheder skaber imidlertid andre udfordringer i forhold til sammenhængende patientforløb. Derfor skal almindeligt forekommende sygdomme kunne behandles nær borgerne uden unødvendige overflytninger, og hospitalerne skal samarbejde om opgavevaretagelsen og sikre hensigtsmæssige patientforløb.

Sundhedsaftalerne, som er indgået mellem regionen og de 29 kommuner, er et nøgleredskab i arbejdet for at sikre sammenhæng og kvalitet i det samlede sundhedsvæsen. Sundhedsaftalen beskriver målsætningerne for den fortsatte udvikling af det tværsektorielle samarbejde. Gennem en veludbygget samarbejdsstruktur understøttes implementeringen af aftalernes målsætninger.

Hospitals- og psykiatriplanen, plan for præhospital indsats, praksisplanerne og sundhedsaftalerne skaber rammerne for samarbejde både inden for den enkelte sektor og mellem sektorerne.

Med konkrete planer for forebyggelse, kronisk sygdom, fødeområdet, kræftområdet og den ældre medicinske patient, har regionen samtidig sat fokus på det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde inden for områder, hvor der er et særligt behov for koordinering.

Der er desuden vedtaget en bruger-, patient- og pårørendepolitik, der har til formål at højne kvaliteten af regionens ydelser ved at sætte ekstra fokus og fælles retning på samarbejdet med brugere, patienter og pårørende.

Regionens kvalitetspolitik og -handlingsplan sikrer, at der arbejdes for en høj og ensartet kvalitet på tværs af sektorer og virksomheder. Regionens forskningspolitik og innovationspolitik skal sikre sundhedsforskning på et højt internationalt niveau, der kan understøtte udviklingen i sundhedsvæsenet.

### **1.3 Organisering af sundhedsvæsenet i Region Hovedstaden**

For at kunne levere sundhedsydelser til alle borgerne, som lever op til regionens vision, er det nødvendigt med et stærkt samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet.



Aktørerne i sundhedsvæsenet består af:

### Praksissektoren

I Region Hovedstaden er der ca. 4.000 privat praktiserende behandlere: praktiserende læger (herunder lægevagten), speciallæger, fysioterapeuter, kiropraktorer, psykologer, fodterapeuter og tandlæger (herunder tandlægevagten).

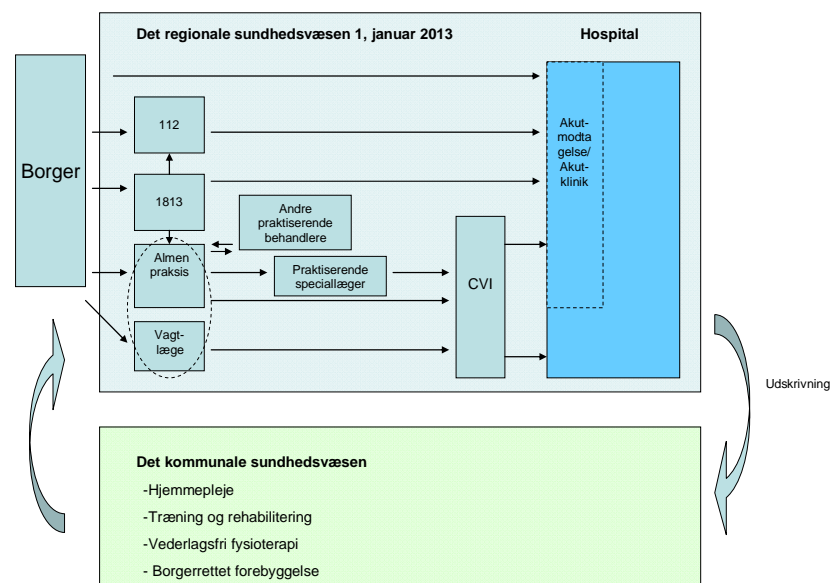
### Kommuner

De 29 kommuner i Region Hovedstaden. Regionen har indgået individuelle sundhedsaftaler med kommunerne om blandt andet indlæggelses- og udskrivningsforløb, forebyggelse, genoptræning og hjælpemidler.

### Hospitaller

Der er 9 somatiske hospitaler i regionen og Region Hovedstadens Psykiatri, som består af 10 voksenpsykiatriske centre og et psykiatrisk center for børn og unge samt en række distriktpsikiatriske og opsøgende tilbud.

Nedenstående figur illustrerer organiseringen af det samlede sundhedsvæsen og patientens indgang til dette som det er i dag. Samarbejde på tværs af sektorerne og inden for den enkelte sektor med en høj grad af kommunikation til patienter og pårørende er afgørende for, at der kan skabes de sammenhængende patientforløb, som er nødvendige for, at den enkelte patient oplever effektive og trygge behandlingsforløb af høj kvalitet. Sammenhæng er derfor i Region Hovedstaden et gennemgående tema i alle planlægningsindsatser.



## 2. Sundhedstilstanden i regionen

Som en del af regionens rådgivningsforpligtigelse overfor kommunerne indgår i sundhedsaftalerne, at der udarbejdes en sundhedsprofil. Der er foreløbigt udarbejdet to sundhedsprofiler (2007 og 2010). Den næste sundhedsprofil udarbejdes i 2013 og bliver offentliggjort i første halvår af 2014.

Sundhedsprofilen, som både er kommunal og regional, er et unikt redskab som bl.a. danner grundlag for sundhedsaftalerne mellem kommunerne, praksissektoren og regionen. Sundhedsplanlægning går på tværs af sektorer, og sundhedsprofilen bidrager til, at regioner og kommuner har et fælles grundlæg for de opgaver, der skal løses.

De gentagne sundhedsprofiler betyder, at man kan følge udviklingen i borgernes sundhedstilstand over tid, og den kan dermed anvendes i forbindelse med vurdering af regionale og kommunale indsatser på sundhedsområdet.

### **Udvikling i borgernes sundhedsadfærd fra 2007 til 2012**

- Sammenlignet med resten af landet er regionen generelt flot placeret i forhold til borgernes sundhedsadfærd
- Store forskelle mellem regionens kommuner
- Positiv udvikling i borgernes sundhedsadfærd
- Øget andel af borgere med kronisk sygdom
- Øget andel af borgere med multisygdom

Overordnet viser sundhedsprofilerne, at der er en positiv udvikling i borgernes sundhedsadfærd i Region Hovedstaden fra 2007 til 2010. Sammenlignes resultater for Region Hovedstaden med resten af landet, ligger regionen generelt flot placeret i forhold til borgernes sundhedsadfærd. Men der ses samtidig en øget andel af borgere med kronisk sygdom og en øget andel borgere med flere sygdomme. Stigningen i andelen af borgere med kronisk sygdom og flere sygdomme ses i høj grad som et udtryk for, at befolkningen er blevet ældre.

Der er i Region Hovedstaden færre overvægtige, færre borgere der ryger, færre borgere, der udsættes for passiv rygning og færre borgere med et usundt kostmønster end landsgennemsnittet. Sundhedsprofilerne viser også, at borgerne i Region Hovedstaden generelt er mere fysisk aktive i deres fritid, men samtidig er der flere, som er stillesiddende i store dele af deres fritid. I forhold til alkohol er der flere af borgerne i Region Hovedstaden, som overskrider Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser for lavrisikoforbrug.

Generelt viser sundhedsprofilerne markant social ulighed – både i forhold til sundhedsadfærd, trivsel og kroniske sygdom. Denne forskel er i høj grad med til at forklare de store forskelle der ses på tværs af kommunerne i regionen.

**Borgere med multisygdom**

- 57 % på 16 år og derover har mindst én kronisk sygdom
- 12 % lever med mindst tre kroniske sygdomme

Høringsudkast

### 3. Partnerskab med patienten

Hvordan det enkelte menneske lever bedst muligt med sin sygdom, er et individuelt anliggende, men ved at lytte til, hvad der er vigtigt for den enkelte, kan regionen i højere grad sikre, at ydelserne tilpasses patienternes ønsker og behov. Samarbejde med og inddragelse af brugere, patienter og pårørende er et vigtigt indsatsområde i regionen, hvilket blandt andet kommer til udtryk gennem regionens Bruger-, patient- og pårørende- politik samt regionens Kvalitetspolitik. En af de fire bærende værdier i kvalitetspolitikken er, at patienten skal være i centrum.

Samarbejdet mellem personale og patienter kan bidrage til at forbedre patienternes oplevelser og kan skabe øget tryghed i en situation, der for mange kan være præget af usikkerhed. Aktiv involvering af patienterne kan medvirke til forbedringer i kvaliteten af regionens arbejde. Samtidig kan et øget partnerskab med patienterne bidrage til øget egenomsorg.

Samarbejdet sker dagligt i mødet med brugerne af regionens ydelser både i somatikken og psykiatrien, så brugere, patienter og pårørendes viden, erfaringer, behov og ønsker fortsat medvirker til at løfte kvaliteten af alle ydelserne. Patienter og pårørende har en stor viden om, hvordan et sygdomsforløb opleves, som kan benyttes til at styrke og forbedre deres forløb på hospitalet.

Regionens hospitaler har i en årrække haft fokus på patienters medinddragelse i beslutninger og involvering i forhold til behandlings- og plejeforløbet. Det har medført en række initiativer, herunder indlæggelsessamtaler, feedbackmøder med deltagelse af patienter, pårørende og personale, fokus på informationsmøder for patienter og pårørende, patientskoler, undervisnings-tilbud til patienter og pårørende, rehabiliteringssamtaler, etablering og udvikling af webbaserede patientnetværk mv. Mange af hospitalerne har desuden forbedring af partnerskabet med patienterne som indsatsområde i deres udviklingsaftaler med regionen.

#### **Feedbackmøder**

Alle regionens hospitaler arbejder med direkte patientfeedbackmøder, hvor en gruppe af patienter fortæller om deres oplevelser i kontakten med en given afdeling, mens personale fra afdelingen lytter på og får input til, hvordan de kan forbedre praksis til gavn for patienterne.

Samarbejdet med patienterne skal også bidrage til at understøtte patienternes ressourcer og handlekompetencer – også kaldet patient empowerment.

Mobilisering af patienternes egne ressourcer sker bl.a. gennem patientuddannelse, hvor fx kroniske patienter gennem kendskab til egen sygdom bliver bedre i stand til at mestre dagligdagen i et aktivt samspil med sundhedsvæsenet. Et andet redskab til patient empowerment er telemedicin, hvor medinddragelse af patienterne gennem teknik kan styrke deres evne til egenomsorg

og dermed støtte rehabilitering og sundhedsfremme. Region Hovedstaden satser på at konsolidere og udvikle anvendelsen af telemedicinske løsninger gennem etableringen af Center for telemedicin.

Andre initiativer er fx regionens etablering af en webbaseret patientportal henvendt til patienter med kronisk sygdom, som er beskrevet nærmere i sundhedsplanens afsnit om strategi for kronisk sygdom.

Partnerskab med patienter kan ske på mange måder, og regionen arbejder med flere forskellige metoder, der på forskellig vis fremmer dialogen med patienter – og med pårørende.

Høringsudkast

## 4. Planer på praksisområdet

Der udarbejdes hvert fjerde år praksisplaner for hver af praksissektorens forskellige behandlergrupper (undtaget tandlægehjælp). Praksisplanerne udarbejdes for at sikre en tilstrækkelig kapacitet og understøtte den strukturelle udvikling i praksissektoren samt for at formulere målsætninger for udvikling af samarbejde og kvalitet i perioden. Praksisplanerne implementeres løbende gennem årlige handleplaner for hver af behandlergrupperne.

Til og med 2012 er der udarbejdet praksisplaner for områderne

- almen praksis (2012-2015; høringsudkast)
- speciallægepraksis (2008-11), kapacitetsplan (2012)
- psykologhjælp (2009-2012)
- fodterapi (2013-2016; høringsudkast)
- kiropraktik (2012-2015; høringsudkast)
- fysioterapi (2011-2014)

Opdaterede planer for psykologhjælp og speciallægepraksis er under udarbejdelse til politisk godkendelse i 2013.

### 4.1 Praksisstruktur

Et mere specialiseret hospitalsvæsen forudsætter, at praksissektoren som en del af det hele sundhedsvæsen, organiserer sig i større enheder, der via optimeret arbejdstilrettelæggelse og brug af praksispersonale fortsat vil være i stand til at varetage en bred palet af ydelser, herunder akutbehandling og en styrket kronikerindsats.

I forlængelse heraf ønsker regionen at fremme praksisfællesskaber, idet de generelt vurderes at have en række fordele:

- øgede rekrutteringsmuligheder
- øget brug af praksispersonale
- fælles apparaturudnyttelse,
- (tvær)faglig sparring,

Det er således en grundlæggende antagelse i praksisplanerne, at større praksisenheder er et middel til at sikre og udvikle praksis' bæredygtighed.

#### **Praksisfællesskaber**

Med henblik på at fremme praksisfællesskaber\* har der i projektform været etableret en ordning, hvor praksis har kunnet søge rådgivning og facilitering ift. større flytte- og sammenlægningsprocesser. Regionen har fokus på at anvende metoder og erfaringer fra projektet til fortsat at understøtte etableringen af praksisfællesskaber.

\* Ved praksisfællesskaber forstås fællesskaber af praksissektorens ydere gerne på tværs af fag- og sektorgrænser.

## 4.2 Tilgængelighed

Alle praksisplaner fokuserer på at sikre borgerne lige adgang til behandling i praksissektoren.

Der skal være det rette antal praksis fordelt geografisk hensigtsmæssigt i regionen.

Tilgængeligheden i praksis skal forbedres. I praksisplanerne er der særligt fokus på forbedret fysisk og telefonisk tilgængelighed, herunder at de praktiserende behandlere er tilgængelige ved akut behov for behandling. Særligt telefonisk tilgængelighed til almen praksis er afgørende, hvis almen praksis skal varetage sin akutforpligtelse effektivt. Det er derfor vigtigt, at den telefoniske tilgængelighed forbedres f.eks. via organisatoriske løsninger i praksis.

Borgerne skal have lige muligheder for at benytte sundhedstilbuddene i praksissektoren. Region Hovedstaden lægger derfor vægt på, at alle praksisgrupper er tilgængelige for borgere med bevægelseshandicap, synshandicap og hørehandicap. Derfor skal der ske en løbende forbedring af den fysiske tilgængelighed i praksis. Det har vist sig særligt vanskeligt at realisere i almen praksis og speciallægepraksis i byområder.

Patienterne skal i øvrigt let kunne få viden om tilgængeligheden i praksis. Derfor skal alle behandlere i praksissektoren sikre opdaterede oplysninger om egen praksis på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

### **Kortlægning af telefonisk og fysisk tilgængelighed**

I 2012 kortlagde regionen tilgængeligheden både fysisk, telefonisk og elektronisk i almen praksis.

- 18 % af almen praksis var ikke tilgængelige på telefonen på undersøgelsestidspunktet.

- 83 % af almen praksis var ikke tilgængelige for personer med bevægelseshandicap på undersøgelsestidspunktet.

En ny kortlægning planlægges i starten af 2013.

## 5. Hospitals- og Psykiatriområdet

### 5.1 Den præhospitale indsats og akutstruktur

Borgerne i Region Hovedstaden skal have let adgang til en kompetent døgn-dækkende akutbetjening og relevant præhospital behandling.

Akut syge patienters forløb starter oftest præhospitalt via 1-1-2, vagtlæge, eller egen læge i dagtid, som visiterer og indleder behandlingsforløbet. Andre akutte patientforløb starter i akutafdelingen, hvor logistikken skal tilrettelægges, så en bred vifte af diagnostiske undersøgelser er umiddelbart tilgængelige og det relevante personale til stede, når patienterne har behov for det. Den kliniske logistik skal understøtte, at alle patienter vurderes hurtigt af relevante speciallæger eller læger på speciallægeniveau.

Akutbetjeningen skal baseres på patientforløb som bærende element, teamsamarbejde mellem en flerhed af specialer og patient- og personalesikkerhed samt systematisk informationsudveksling.

Regionen har udbygget den præhospitale indsats, så diagnostik og behandling i dag allerede påbegyndes på skadestedet og undervejs til behandling på sygehuset. Regionens anbefalinger i ”Præhospital indsats og sundhedsberedskab” fra februar 2008 er allerede gennemført eller er ved at blive implementeret.

#### **Ny akutstruktur**

- Traumecenter på Rigshospitalet
- Fire døgnåbne akutmodtagelser\* på de fire akuthospitaler
- Akutklinikker på de øvrige hospitaler, som er åbne i tidsrummet kl. 07 til 22 alle dage
- Akutklinik placeret i sammenhæng med et sundhedshus i Helsingør. Åben i tidsrummet kl. 07 til 22 alle dage

*\* akutmodtagelser svarer til Sundhedsstyrelsens ’fælles akutmodtagelser’*

Hospitals- og Psykiatriplan 2020 indebærer, at akutstrukturen i regionen er ændret. Der er døgnåbne akutmodtagelser på de fire akuthospitaler og specialhospitalerne har akutklinikker i tidsrummet fra kl. 07 til 22 hver dag. De nye hospitalsbyggerier skal understøtte de akutte patientforløb efter de nye principper. Akutmodtagelserne udvikles derfor gradvist efterhånden, som de nye hospitaler står færdige.

I Helsingør etableres et sundhedshus med en akutklinik inden Helsingør Hospital lukker den 1. februar 2013. I Frederikssund skal der ligeledes etableres et sundhedshus med en akutklinik inden Frederikssund Hospital lukker.

Regionen har i 2012 etableret en akuttelefon (1813), som tilbyder borgeren vejledning i almindelige forholdsregler ved akut sygdom og tilskadekomst samt om ventetider på regionens akutmodtagelser og akutklinikker. På sigt vil regionen via akuttelefonen indføre visiteret adgang til alle regionens akuttilbud på hospitalerne.

Region Hovedstaden er i færd med at udarbejde en sundhedsberedskabsplan.

## 5.2 Hospitals- og Psykiatriplan 2020

Regionsrådet vedtog i juni 2011 "Hospitals- og Psykiatriplan 2020" (HOPP 2020). HOPP 2020 er en naturlig videreførelse af Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 og erstatter dem. Den fulde implementering af HOPP 2020 kræver større ombygninger og nybyggeri, som planlægges gennemført frem mod 2025.

### **Hospitals- og Psykiatriplan 2020: Initiativer som er implementeret**

- Fire planlægningsområder med ét akuthospital og mindst ét psykiatrisk center
- Samling af specialer og funktioner på færre enheder
- En central visitationsenhed (somatik) i alle planlægningsområder og én central visitationsenhed for psykiatrien
- En diagnostisk enhed i alle planlægningsområder, hvor der er tilknyttet en rådgivningstelefon for praksissektoren

HOPP 2020 fastholder fokus på at udvikle bedre og mere sammenhængende patientbehandling. Patienten er i fokus og målet er øget kvalitet. Patienter skal opleve at blive behandlet i ét sammenhængende forløb uanset, hvad patienten fejler, og hvor og hvornår patienten kommer i kontakt med sundhedsvæsenet. Regionen er derfor opdelt i fire planlægningsområder både inden for somatikken og psykiatrien. Alle planlægningsområder har et somatisk akuthospital og mindst er et psykiatrisk center med akutfunktion. Der er et stort sammenfald mellem hospitalernes optageområder og de psykiatriske centres optageområder for at understøtte rammerne for samarbejde mellem hospitalerne og de psykiatriske centre og for at understøtte samarbejdet med kommunerne.

En meget stor del af patienterne vil derfor altid få tilbud om at modtage behandling i det planlægningsområde, hvor patienten har bopæl. Herved sikres der nærhed og mulighed for et tæt samarbejde med fx almen praksis og kommunale aktører. I de tilfælde, hvor en behandling ikke tilbydes i planlægningsområdet, vil der overvejende være tale om specialiseret behandling, som er samlet på færre enheder i regionen.

### **Visioner for fremtidens psykiatri i Region Hovedstaden**

- en psykiatri med patienten i centrum
- baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering
- en psykiatri med en bred vifte af behandlingstilbud
- baseret på let adgang til udredning og behandling
- fokuseret på forebyggelse, ambulant og opsøgende indsats
- kendetegnet ved sammenhængende forløb og samarbejde på tværs
- en psykiatri hvor tvang minimeres
- en psykiatri med kompetente og engagerede medarbejdere
- en psykiatri i stimulerende fysiske rammer
- fokuseret på forskning, udvikling og fornyelse

Samling af specialer og funktioner er et vigtigt fokusområde i planen med det udgangspunkt, 'at øvelse gør mester'. De forskellige specialer og funktioner skal have et tilstrækkeligt stort patientgrundlag, så der er basis for forskning, udvikling og uddannelse. Der er siden regionens dannelse i 2007 gennemført over 300 samlings og flytninger af specialer og funktioner.

I foråret 2011 blev der etableret fire centrale visitationsenheder (CVI'er) for det somatiske område. CVI'erne understøtter hurtige og korrekte henvisninger fra praksissektoren til hospitalsafdelingerne, samtidig med at de kan understøtte, at kapaciteten på regionens hospitaler anvendes bedst muligt på tværs af planlægningsområderne. Der er i 2012 ligeledes etableret én fælles visitationsenhed for psykiatrien.

For at styrke udredningen af patienter med mistanke om alvorlig sygdom, og hvor symptomerne er uklare, blev der i foråret 2012 etableret diagnostiske enheder ved regionens fire akuthospitaler. I tilknytning til de diagnostiske enheder er etableret en rådgivningstelefon, hvor henvisende læge, hvilket ofte vil være praktiserende læge, kan henvende sig og få råd og vejledning af en specialist.

HOPP 2020s mål og ideer ligger fast, men ændringer i forudsætningerne for planen følges tæt gennem de kommende år. Forudsætningerne for planarbejdet kan ændre sig, så tilpasninger bliver fagligt eller økonomisk nødvendige.

### **Tilpasning af HOPP 2020 kan ske på grund af:**

- Ændringer i den faglige udvikling
- Nye krav fra Sundhedsstyrelsen
- Ændringer i patientgrundlaget
- Ændringer i de økonomiske vilkår

## 5.3 Fremtidens hospitaler

Investeringer i hospitaler, i de fysiske rammer, er nødvendige for at imødekomme fremtidens krav og sikre trygge sammenhængende patientforløb. Region Hovedstaden planlægger syv store hospitalsbyggerier.

Formålet med byggerierne er at fremtidssikre de fysiske rammer, således at de understøtter den organisering (patientforløb og arbejdsgange), som er kendetegnet ved et moderne hospitalsvæsen, samt patienternes og de pårørendes krav til hospitaler. Et af fokusområderne i byggerierne er at etablere enestuer til psykiatriske og somatiske patienter.

### **Store hospitalsbyggerier i Region Hovedstaden**

- Rigshospitalet (tilbygning og renovering)
- Herlev Hospital (tilbygning og renovering)
- Hvidovre Hospital (tilbygning og renovering)
- Psykiatrisk Center Sct. Hans (tilbygning og renovering)
- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (nyt Hospital på Bispebjerg Bakke)
- Nordsjællands Hospital (nyt hospital mellem Hillerød og Allerød)
- Glostrup Hospital (tilbygning og renovering)

Statens kvalitetsfond støtter seks af byggerierne, som er udbygning og renovering af Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Psykiatrisk Center Sct. Hans og Rigshospitalet. Herudover støttes etableringen af et nyt akuthospital mellem Hillerød og Allerød samt etableringen af et nyt akuthospital på Bispebjerg Bakke, som etableres i sammenhæng med Psykiatrisk Center København. Det syvende projekt er etablering af et nyt stort neurorehabiliteringshus på Glostrup Hospital, som regionen selv finansierer.

De store byggerier planlægges gennemført frem mod 2025. Først når byggerierne står færdige, kan den fulde effekt af planlægningen opnås.

## 5.4 Kræftplan

Regionsrådet vedtog i marts 2011 regionens første kræftplan. Kræftplanen er en opfølgning på allerede iværksatte regionale initiativer som følge af de tre nationale kræftplaner og nationale pakkeforløb for kræftpatienter og screeningsprogrammer.

Kræftplanen giver anbefalinger for regionens indsats fremover på området.

### **Formål med regionens kræftplan**

Kræftpatienter skal inden for de givne rammer have den bedst mulige behandling i det samlede patientforløb - også i de dele, som ligger ud over udrednings- og behandlingsfaserne.

Regionen har gjort en stor indsats for at sikre højere kvalitet, kortere ventetid og sammenhæng i udrednings- og behandlingsforløbet for kræftpatienter og på en række områder er regionen både nationalt og internationalt førende indenfor kræftbehandling. Kræftplanen har særligt fokus på en styrket indsats indenfor følgende områder:

- Diagnostik og behandling
- Tidlig opsporing af kræftsygdomme
- Rehabilitering, senfølger, opfølgende kontroller og sammenhængende forløb
- Palliation
- Patientaspektet
- Aktivitets- og kvalitetsmålinger
- Forskning
- Personale og uddannelse

### **Eksempler på gennemførte initiativer i den regionale kræftplan:**

- Samling af kræftbehandling på færre enheder
- Etablering af palliative sengeafsnit på alle akuthospitaler med udgående palliativ funktion
- Støtte til projekter, som understøtter bedre dialog mellem patienter og sundhedsprofessionelle og inddragelse af patienterne i eget forløb
- Implementering af et nyt nationalt registrerings- og monitoreringssystem for kræftpakkerne.

Regionen har fokus på tidlig opsporing af kræftsygdomme og behandling af disse, således at kvaliteten fortsat forbedres. Kræftplanen understøtter, at den igangværende samling af kræftudredning og -behandling på færre enheder fortsættes, fx er den gynækologiske kræftkirurgi i dag samlet på fire afdelinger (i 2007 var der seks afdelinger) og nogle behandlinger indenfor specialet, fx kirurgisk behandling af kræft i de ydre kvindelige kønsorganer og kræft i æggestokkene er samlet på én afdeling.

Kræftpatienter lever i dag længere med kræft og har derfor ofte længere palliative forløb end tidligere. Den palliative indsats er en tværfaglig helhedsbehandling med patienten og den nærmeste familie i centrum. Med regionens kræftplan styrkes den basale og specialiserede palliative indsats, samtidig med at der er fokus på det tværsektorielle samarbejde om palliation. Der er ved alle regionens akuthospitaler etableret palliative sengeafsnit og udgående palliative teams, og et af indsatsområderne i 2013 er at sikre, at der i hele regionen er mulighed for specialiseret palliativ rådgivning på døgnbasis.

Et andet vigtigt indsatsområde er at forbedre kommunikationen mellem patienterne og de sundhedsprofessionelle. I 2011 blev der derfor afsat midler til en række projekter, som skal understøtte bedre dialog mellem parterne og inddragelse af patienterne i eget forløb.

Høringsudkast

## 6. Tværsektorielt samarbejde

### 6.1 Sundhedsaftaler

Sundhedsaftalen skal sikre kvalitet, sammenhæng og effektivitet i forebyggelse, behandling, pleje og rehabilitering af borgere, der har behov for en indsats fra både hospital, kommune og almen praksis. Fokus i sundhedsaftalerne er derfor på faglig udvikling, koordination og kommunikation mellem parterne.

Sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og de 29 kommuner i regionen består af en grundaftale, der er fælles for regionen og alle kommunerne samt individuelle sundhedsaftaler indgået mellem regionen og de enkelte kommuner. De individuelle aftaler beskriver blandt andet bilaterale udviklingsprojekter og kommunernes tilslutning til forløbsprogrammer og forskellige følgeordninger.

De nuværende sundhedsaftaler gælder i perioden 2011– 2014. Aftalerne bygger videre på de positive erfaringer, der siden 2007 er opnået gennem samarbejdet om udvikling, konkretisering og implementering af Sundhedsaftalernes målsætninger. Sundhedsaftalerne for 2011 – 2014 er baseret på ambitiøse målsætninger med fokus på at sikre den fortsatte udvikling af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde.

#### **Sundhedsaftalerne 2011 – 2014: Eksempler på indsatser, der er under implementering**

- Forløbsprogrammer for KOL og Type 2-diabetes, Hjerter-Kar, Lænderyg og Demens
- Tværsektoriel kommunikationsaftale om indlæggelses- og udskrivningsforløb
- Forløbsbeskrivelser om genoptræning
- Ramme for samarbejde om håndtering af utilsigtede hændelser i sektorovergangene
- Ramme for rådgivning af kommuner om hygiejne – herunder risiko ved smitte i sektor overgange
- Etablering af tværsektoriel platform til styrkelse af forskningssamarbejde mellem hospitaler, kommuner, praksis og forskningsinstitutioner

Arbejdet med konkretisering af sundhedsaftalernes målsætninger varetages af en række tværsektorielle udviklings- og arbejdsgrupper.

Herudover er der nedsat samordningsudvalg omkring de enkelte hospitaler med repræsentation af de involverede hospitaler, kommuner og almen praksis.

Samordningsudvalgene har en væsentlig opgave i forhold til at sikre lokal implementering af de regionale retningslinjer, vejledninger og programmer, der aftales i regi af sundhedsaftalerne.

Monitering på fremdriften i arbejdet med sundhedsaftalerne er ligeledes et fokusområde både lokalt og på regionalt niveau. Monitoreringsarbejdet understøttes blandt andet gennem udarbejdelse af ledelsesinformation om udviklingen fx i forhold til forebyggelige indlæggelser og udviklingen i antallet af genoptræningsplaner.

## 6.2 Forebyggelse

Sundhed og sygdom er skævt fordelt. Alt for mange dør for tidligt eller har nedsat livskvalitet på grund af sygdomme, der kan forebygges. Lighed i sundhed skal nås gennem et evidensbaseret forebyggelsesarbejde, hvor det tværsektorielle samarbejde til stadighed udbygges.

### Formål med regionens forebyggelsespolitik

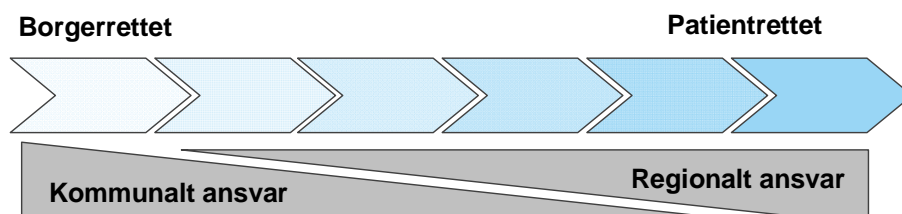
- Forebyggelse skal indtænkes i den samlede daglige indsats i regionens sundhedsvæsen inden for somatikken, i psykiatrien, i praksissektoren og på handicapområdet.
- Forebyggelse skal altid ses som en del af det samlede gode forløb.
- Regionen som arbejdsplads skal som rollemodel understøtte forebyggelsesindsatsen.

I sundhedsloven skelnes mellem patientrettet og borgerrettet forebyggelse. Borgerrettet forebyggelse er rettet mod den raske del af befolkningen med det formål at mindske risikoen for, at sygdom opstår, mens patientrettet forebyggelse skal forebygge, at sygdom udvikler sig yderligere og søge at begrænse eller udskyde dens eventuelle komplikationer.

Sundhedsloven fastslår, at kommunerne har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, mens ansvaret for den patientrettede forebyggelse deles mellem regioner og kommuner.

Dette delte ansvar understreger nødvendigheden af et velfungerende samarbejde på tværs af sektorer, både for at sikre ensartethed i forebyggelsestilbuddene samt sammenhæng og kvalitet i den samlede vifte af forebyggelsestilbud til regionens borgere.

### Opgavefordeling på forebyggelsesområdet



I sundhedsaftalerne for 2012- 2014 er fokus først og fremmest på fælles udvikling af forløbsprogrammer for kronisk sygdom med særligt fokus på integrationen af den patientrettede forebyggelse i velstrukturerede patientforløb.

Med baggrund i sundhedsprofilen tilrettelægges en koordineret indsats mellem hospitalerne, psykiatrien, kommunerne og praktiserende læger. Der skal arbejdes på at opnå yderligere evidens i arbejdet med forebyggelse. Region Hovedstaden rådgiver kommunerne i forhold til tilrettelæggelse af forebyggelsesindsatser som en del af regionens rådgivningsforpligtelse.

I forebyggelsesarbejdet skal den enkeltes mulighed for at leve med og håndtere sin sygdom understøttes af sundhedsvæsenet gennem systematiske patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud. Organiseringen af disse tilbud sikres bl.a. gennem forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

### 6.3 Praksissektorens rolle

Praksissektoren skal udvikles som en integreret del af sundhedsvæsenet. I takt med den øgede specialisering og centralisering i hospitalsvæsenet samt befolkningens ændrede sundhedstilstand er det centralt, at tilbud udbygges udenfor hospitalerne og tæt på patienterne, herunder i praksissektoren, for at sikre et helt sundhedsvæsen. Dette kræver i stigende grad et udbygget samarbejde mellem regionens hospitaler, praksissektoren og kommunerne.

Langt de fleste patienter færdigbehandles i praksissektoren. Men en del patienter henvises til behandling i det specialiserede sundhedsvæsen og/eller dele af det kommunale sundhedsvæsen.

Det er derfor centralt, at behandlere i praksissektoren medvirker til at sikre helhed i patientforløb blandt andet ved:

- bidrage i udarbejdelse og implementering af forløbsprogrammer
- at efterleve relevante forløbsprogrammer
- at medvirke til effektiv kommunikation på tværs af sundhedsvæsenets aktører tværs af sundhedsvæsenets aktører

I overenskomsterne med de enkelte behandlere i praksissektoren, såvel som i praksisplanerne, er der fokus på at sikre sammenhæng og samarbejde på tværs af sektorer og faggrænser.

Indsatsen for at styrke det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde er desuden styrket bl.a. gennem etablering og udvikling af konsulentordninger på de fleste overenskomstområder. Ordningernes formål er typisk at sikre forbedret sektorsamarbejde og kvalitetsudvikling. For speciallægepraksis er der nedsat specialerettede samarbejdsfora med samme formål.

## 6.4 Fødeplan

Regionen har landets største svangreomsorg og varetager omkring 1/3 af samtlige fødsler i Danmark. Det kræver gode offentlige fødesteder, der sammen med praksissektoren og kommunerne kan sikre sammenhæng og høj kvalitet ved graviditet, fødsel og barsel. At være gravid og få et barn er en af de største og mest begivenhedsrige omvæltninger i livet.

Fødeplanen skal sikre, at graviditet, fødsel og barsel opleves som en sammenhængende og naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed for kvinden og hendes partner.

Fødeplanen tager således udgangspunkt i en indsats, der tilrettelægges ud fra individuelle behov, som strækker sig fra det basale til det specialiserede tilbud. Indsatsen tilpasses til kvindens og familiens erfaringsgrundlag og understøtter faderens medvirken og den tidlige familiedannelse. Regionsrådet vedtog i 2010 sin første fødeplan, hvor størstedelen af anbefalingerne nu er implementeret.

### **Formål med fødeplanen**

Der skal tilbydes lige adgang til forebyggelse, udredning, behandling og pleje for alle regionens borgere ved graviditet, fødsel og barsel.

Kvinderne og familien skal være sikre på at få en høj faglig kvalitet på svangreområdet. Derfor er der i fødeplanen fokus på forløb og overgange mellem sektorer, og der er fokus på differentiering og niveaudeling af indsatsen. Det skal sikre optimal støtte og omsorg i forhold til medicinske, psykiske eller sociale risikofaktorer for den gravide og familien

Der er i regi af sundhedsaftalerne nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe, der skal konkretisere fødeplanens anbefalinger til en yderligere styrkelse af samarbejdet mellem fødested, praksissektor og kommuner med fokus på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

## 6.5 Strategi for kronisk sygdom

Regionsrådet vedtog i 2008 en strategi for kronisk sygdom. Strategien bygger på principper om, at patienter med kronisk sygdom skal tilbydes sammenhængende behandling, der er koordineret mellem sektorer og baseret på det bedst mulige vidensgrundlag. Herudover tager strategien afsæt i modellen for kronisk sygdom, der tilsigter, at den informerede og aktive patient møder det velforberejede og aktive behandlerteam.

Regionens Kronikerprogram 2010-2012 er bygget op omkring modellen for kronisk sygdom og indeholder en lang række initiativer både rettet mod pati-

enten og mod behandlerens side. Disse indsatser understøtter på forskellig vis implementeringen af forløbsprogrammerne.

Forløbsprogrammerne er rammen for organiseringen af indsatserne for kronisk syge patienter. De skal samtidig understøtte patienterne til at mobilisere og udnytte egne ressourcer via patientuddannelse og støtte til egenomsorg. Netop patientens evne til at yde egenomsorg og tage aktiv del i sit sygdomsforløb er afgørende for det samlede behandlingsresultat. Derfor har regionen igangsat flere initiativer, der har fokus på at styrke patientens evne til at mestre sin sygdom og til at yde egenomsorg:

#### **Initiativer som følge af Kronikerprogrammet**

- Patientundervisning og undervisning i kronisk sygdom
- ”Grib om livet” - ny patientportal om kronisk sygdom
- Gennemført forløbsprogrammer for KOL, type 2-diabetes, hjertekarsygdom, demens.
- Forløbsprogram for lænderyglidelser opstartes ultimo 2012.

Patientundervisning og undervisning i kronisk sygdom er en obligatorisk del af den rehabilitering, som patienterne via forløbsprogrammerne tilbydes. Det er her afgørende, at patientundervisere har de fornødne sundhedspædagogiske kompetencer, og at der udstikkes anbefalinger for indholdet i patientuddannelser. Uddannelsen af patientundervisere samt anbefalinger for indholdet i patientuddannelser er et vigtigt indsatsområde i regionens Kronikerprogram.

I Kronikerprogrammet er der udviklet en patientportal ”Grib om livet”, hvor der er produceret en lang række patientfilm. Filmene tilbyder patienterne læring om deres sygdom baseret på information fra patient til patient. I disse film fortæller patienter selv om, hvordan det er at leve med kronisk sygdom og om deres egne oplevelser af at gå igennem forskellige faser af deres sygdomsforløb. Filmene blev vist for EU's sundhedsministre i forbindelse med deres møde i Danmark i foråret 2012.

I forløbsprogrammerne præciseres, hvem der har ansvaret for hvilke patienter, og hvad indholdet i de indsatser, der gives patienterne, skal være. Formålet er en klar arbejdsdeling mellem sektorerne, som skal sikre, at patienterne oplever et helt og sammenhængende forløb. Almen praksis er i flere forløbsprogrammer tovholder for patientforløbet. Forløbsprogrammerne bidrager også til at sikre, at tilbuddene er så ensartede som muligt uanset, hvor i regionen patienten bor.

I organiseringen og arbejdsdelingen af behandlingen af kroniske syge patienter er afsættet, at patienterne vurderes systematisk ud fra graden af sygdom. Regionen har udviklet en tværsektoriel rehabiliteringsdatabase, som samler data om rehabiliteringen i alle tre sektorer for, at ledelser i regionen, i kommuner og i almen praksis bliver klædt bedst muligt på til at tilrettelægge og planlægge indsatserne fremadrettet.

I Kronikerprogrammet er der også tiltag, der sigter mod at styrke kommunikationen mellem sektorerne. Eksempelvis har udbredelsen af MedCom standarder understøttet, at sundhedsfagligt personale i både kommuner, almen praksis og på hospitaler har de rette elektroniske informationer om patienterne og til den rette tid.

Endelig har flere implementeringstiltag haft fokus på, at det sundhedsfaglige personale får større kendskab og tillid til hinanden og hinandens tilbud på tværs, hvilket er en afgørende forudsætning for at sikre det sammenhængende patientforløb.

## 6.6 Plan for den ældre medicinske patient

Regionsrådet vedtog i 2009 en plan for den ældre medicinske patient. Indsatsen er udbygget med vedtagelsen af Ældreplan 2011.

Planen for den ældre medicinske patient beskæftiger sig overordnet med at forbedre kvaliteten i den samlede indsats over for den ældre borger i hele behandlingsforløbet. Planen retter sig især mod den mindre gruppe af ældre patienter, som har flere samtidige sygdomme, nedsat funktionsevne og behov for hjælp i hjemmet.

### **Initiativer med fokus på den ældre medicinske patient**

- Der er på alle regionens hospitaler etableret ordninger, hvor svage ældre medicinske patienter følges hjem af hospitalets personale.
- Et forsøg med forløbskoordination på demsenheden på Hillerød Hospital er blevet gjort permanent og skal udbredes til regionens andre demsenheder.
- Bispebjerg Hospital har i samarbejde med Københavns Kommune etableret en Tværsektoriel Udredningsenhed på hospitalet. Den skal sikre ældre borgere hurtig udredning med henblik på at undgå indlæggelser.

Med planen understøttes regionens arbejde for at skabe helhed i patientforløb, da samarbejdet mellem hospital, kommune og praktiserende læge efter udskrivelsen er afgørende for et vellykket efterforløb og for at undgå genindlæggelser. Samarbejdet starter med tidlig opsporing, herunder tidlig indsats i hjemmet gennem udgående hospitalsfunktioner. Det fortsætter gennem koordinerede indlæggelsesforløb, hvor udskrivningen forberedes under indlæggelsen, og der sker en koordineret indsats og støtte til borgeren i forbindelse med udskrivelsen og umiddelbart i tiden derefter.

Mange patienter klarer sig selv efter endt indlæggelse. En mindre gruppe patienter har dog behov for, at der hurtigt sikres en tryk forbindelse til praktiserende læge og hjemmepleje for at sikre den optimale opfølgning i efterforløbet. Over for denne gruppe af patienter er der iværksat opfølgende hjem-

mebesøg af patientens praktiserende læge og hjemmesygeplejen i fællesskab. Endelig har en lille gruppe meget svage patienter brug for en betydelig støtte for at sikre en tryk og sikker overgang fra hospitalet til hjemmet. Til denne gruppe patienter er der iværksat ordninger, hvor personale fra hospitalet følger patienten hjem til eget hjem

I ældreplanen lægges der vægt på, at den ældre under indlæggelsen forberedes til udskrivelsen i strukturerede samtaler, således at den ældre kan føle sig tryk i udskrivningssituationen.

Hospitalerne stiller sin ekspertise til rådighed i samarbejde med kommunerne, således at flest mulige situationer kan klares uden indlæggelse eller med henblik på forebyggelse af genindlæggelser.

Eksempelvis er der etableret geriatriske teams i akutmodtagelserne med henblik på at styrke fokus på geriatriske problemstillinger. På Videncenter for Sårheling er etableret en undervisnings- og supervisionsfunktion vedr. sår i relation til kommunerne. Et andet eksempel er en afprøvning sammen med kommunerne af en screeningsindsats af faldtruede ældre i akutklinikken med henblik på opfølgende faldforebyggende tiltag i kommunerne.

HØRINGSUDBRAG

## 7. Kvalitet

### 7.1 Kvalitetspolitik- og handlingsplan

Kvalitetspolitikken for det samlede sundhedsvæsen i Region Hovedstaden angiver mål og principper for det fælles kvalitetsarbejde i regionens sundhedsvæsen.

Politikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

#### **Kvalitet i behandlingen**

- Behandlingen skal være sikker for patienterne
- Patienten skal være i centrum
- Behandlingen skal være effektiv
- Der skal være lighed i regionens tilbud om behandling

#### **Sikkerhed**

Patientsikkerhed skal integreres på alle niveauer i den kliniske hverdag, sikkerhedskulturen skal udvikles og understøttes, patienter og pårørende skal inddrages i arbejdet med patientsikkerhed, der skal udvikles og implementeres metoder til forebyggelse af sikkerhedssvigt og patientsikkerhed skal integreres i uddannelserne.

#### **Patienten i centrum**

Dialog med patienter og pårørende skal styrkes, og der skal udvikles metoder hertil. Inddragelse af patienter og pårørende i planlægning og gennemførelse af behandlingen skal fremmes. Organiseringen af sundhedsvæsenet skal tage afsæt i patienternes behov. Patientinddragelse skal indgå i uddannelserne. Der skal uddrages læring af klagesystemet. Der skal tilbydes god service.

#### **Effektivitet**

Behandlingen skal være rationel, veldokumenteret og omkostningseffektiv. Arbejdsgange, herunder informationssystemer skal understøtte sammenhængende patientforløb. Behandlingen skal baseres på kliniske retningslinjer og forløbsbeskrivelser, og patienterne skal tilbydes alle relevante elementer i behandlingen.

#### **Lighed**

Kvaliteten i behandlingen skal være den samme for alle, og behandlingen skal tilrettelægges ud fra den enkeltes behov. Der skal være sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorgrænserne. Forebyggelse skal være en integreret del af sundhedsvæsenets tilbud til borgerne.

## 7.2 Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken på regionens hospitaler i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden.

Målsætningerne for 2010 – 2013 er blandt andet:

- Nedbringelse af infektioner, patientskader og forebyggelige dødsfald.
- Opnåelse af akkrediteringsstatus ved Joint Commission International og Den Danske Kvalitetsmodel
- Øget patienttilfredshed på en række områder
- Implementering af forløbsprogrammer for en række kroniske lidelser
- Udarbejdelse af kliniske retningslinjer for alle specialer
- Udvikling af den kliniske kvalitet
- Rationel anvendelse af medicin
- Nedsat variation i behandlingskvaliteten mellem hospitalerne

Gennem målsætningerne fokuseres indsatsen på nogle væsentlige områder, og hospitalerne har en høj grad af frihed til at planlægge deres indsatser, understøttet af nogle tværgående initiativer. Denne tilgang til kvalitetsudvikling genfindes også på nationalt niveau.

Der er iværksat en række tværgående initiativer som skal understøtte at målsætningerne opnås. Det drejer sig blandt andet om

- ensartet observation af kritisk syge patienter og særlige teams som kan tilkaldes,
- metode til identifikation af patientskader,
- handlingsplan for infektionsbekæmpelse,
- analyse af forløb hos afdøde patienter med henblik på identifikation af utilsigtede hændelser og sikkerhedsproblemer,
- tjekliste i forbindelse med operationer,
- forebyggelse af tryksår,
- styrkelse af kompetencer i medicinhåndtering hos sygeplejersker,
- forbedret anvendelse af blodtransfusioner.

### **LEAN strategi**

Regionens LEAN strategi understøtter arbejdet med kvalitetshandlingsplanen på en række områder. Den overordnede mission for LEAN strategien er at understøtte udviklingen af et moderne og effektivt sundhedsvæsen i Region Hovedstaden ved at skabe øget værdi for borgere og patienter gennem bedre kvalitet, højere produktivitet og kortere gennemløbstider samt en større medarbejdertilfredshed ved konkrete LEAN aktiviteter.

I den regionale LEAN strategi er der defineret fokusområder og indsatser med årlige målsætninger frem til 2016. Der er i henhold til strategien i 2011 og 2012 gennemført LEAN projekter på ambulatorierne på en række af regi-

onens hospitaler med støtte og rådgivning fra den regionale LEAN enhed. Sideløbende er der foretaget en omfattende uddannelsesindsats i form af introduktionsmøder, undervisning og egentlige uddannelsesforløb.

### 7.3 Kvalitetsudvikling i praksissektoren

Kvalitetsudviklingen i praksissektoren ligger indenfor rammerne af regionens overordnede kvalitetspolitik og baserer sig på de fire grundlæggende værdier som tilsammen danner fundamentet for kvalitetsudvikling, jf. afsnit 7.1.

Det er visionen, at behandlere i praksissektoren gør en målrettet og systematisk indsats med udvikling af kvaliteten. Kvalitetsudviklingen i praksissektorens bør ske indenfor rammerne af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

#### **Ledelse og organisation**

Rigtig anvendelse af praksispersonale og en hensigtsmæssig arbejdsorganisering kan påvirke kliniske resultater, herunder fx optimere kronikerbehandlingen. Der lægges derfor vægt på stærke faglige miljøer og faglige efteruddannelsesaktiviteter, som udvikler organisatoriske og ledelsesmæssige kompetencer. F.eks. ved at anvende metoder og erfaringer fra facilitatorprojektet..

#### **Projekt om facilitatorbesøg i almen praksis**

Facilitatorordningen bidrager til indsatsen over for kronisk syge ved at understøtte organisations- og kompetenceudvikling i almen praksis. Projektets facilitatorer har i perioden 2011-2012 gennemført flere end 900 praksisbesøg med henblik på at optimere klinikkens rutiner omkring opsporing, diagnosticering, stratificering og behandling af patienter med kronisk sygdom med udgangspunkt i forløbsprogrammernes anbefalinger.

#### **Dokumentation og opfølgning på kvalitet**

På alle praksisområder er det hensigten fremadrettet at fokusere på kvaliteten af leverede ydelser ved systematisk at arbejde med egne data. Der arbejdes løbende på at sætte praksis i stand til at bruge data til udvikling i klinikkerne.

#### **Patientsikkerhed og rapportering af utilsigtede hændelser**

Sundhedspersoner i praksissektoren er omfattet af pligten til at rapportere utilsigtede hændelser i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD). Alle utilsigtede hændelser kan rapporteres igennem systemet. Der er etableret en patientsikkerhedsorganisation, hvis formål er at indsamle, systematisere og drage læring af rapporterede hændelser. Antallet af rapporterede hændelser fra praksissektoren har været stigende siden loven om UTH trådte i kraft.

Antallet af rapporter danner grundlaget for læringsdelen, som er det absolut primære ved rapporteringssystemet. I 2011 drøftede patientsikkerhedsrådet for praksissektoren bl.a. temaer om vacciner, håndtering af parakliniske un-

dersøgelse, håndtering af den akutte dårlige patient, høj- og lavenergi traumer og hændelser i lægevagten.

Der arbejdes fremadrettet på at tilskynde såvel fagpersoner som patienter og pårørende til at anvende rapporteringsmuligheden med henblik på læring og kvalitetsforbedring.

**Rapporterede utilsigtede hændelser**

I 2011 blev der i gennemsnit rapporteret godt 50 utilsigtede hændelser pr. måned fra praksissektoren om hændelser enten i praksissektoren, i sektorovergang eller i øvrige dele af sundhedsvæsenet

HØRINGS  
SUNDHEDSKAST

## 8. Uddannelse

Uddannelse og kompetenceudvikling er en konstant drivkraft i udviklingen af et sammenhængende sundhedsvæsen, der sætter patienten i centrum.

Region Hovedstaden har udarbejdet en uddannelsespolitisk vision, der skal sikre, at regionen kan tilbyde den bedste patientbehandling gennem kompetente medarbejdere, der arbejder ud fra nyeste viden.

### **Vision for Region Hovedstadens uddannelsesindsats**

Region Hovedstaden uddanner til fremtidens sundhedsvæsen og arbejdsmarked og skaber effektivitet, innovation og kvalitet i patientbehandlingen gennem uddannelse og udvikling af medarbejderne.

Visionen understøttes af fem politiske målsætninger, der tilsammen skaber en ramme, som hospitalerne kan målrette deres uddannelsesaktiviteter efter. På det fælles regionale plan bidrager målsætningerne til at skabe et løft i den samlede indsats på uddannelses- og kompetenceudviklingsområdet.

### **Politiske målsætninger frem mod 2018**

- Udviklingen af uddannelse og kompetenceudvikling er med til at sikre, at medarbejderne kan indfri sundhedsvæsenets konkrete behov for kompetencer. Det kræver en styrket organisering, strategi, prioritering og koordinering (mål om investering).
- Det skaber kvalitet i behandlingen, at der er høj kvalitet i uddannelse. Uddannelse skal være baseret på nyeste viden, og det skal være sjovt både at lære og lære fra sig. Der skal være plads til eksperimenterende læring, og læringsmiljøer skal være under konstant udvikling. Med afsæt i patientforløbet skabes der sammenhæng i læringsforløbet (mål om kvalitet).
- Som sundhedsprofessionel skal man kunne udvikle sit potentiale gennem livet, og Region Hovedstaden skal derfor tilbyde attraktive karriereveje for sine medarbejdere. Region Hovedstaden bidrager til vækst i hovedstadsområdet ved at påtage sig sin del af ansvaret for, at unge, der har svært ved at finde rette vej i forhold til uddannelse og beskæftigelse, får nye muligheder (mål om udvikling og vækst).
- Samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praksissektor skal også omfatte uddannelse og kompetenceudvikling. Patienten er i centrum i et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor patienter/borgere uddannes til at kunne mestre egen situation, og den sundhedsprofessionelle til at bringe patientens/borgerens viden i spil (mål om involvering).
- Region Hovedstaden lader sig inspirere i samarbejdet med forskellige aktører, også fra det private erhvervsliv, både i Danmark og i udlandet. Ny viden skal omsættes til praksis, og det sker blandt andet gennem uddannelse og mere forskningsforståelse. Det skaber bedre patientbehandling (mål om samarbejde og udsyn).

### **Opgaveforskydning**

Opgaver flytter mellem faggrupper for at sikre den mest hensigtsmæssige behandling og pleje af patienten. Det skaber god kvalitet, høj effektivitet og nye måder at tilrettelægge den daglige behandling af patienten på. Når der sker opgavedeling og opgaveflytning på væsentlige områder, er det afgørende, at der er fokus på uddannelse og kompetenceudvikling af medarbejderne, så de kan løse de nye arbejdsopgaver. Opgavedeling og opgaveflytning er derfor et helt centralt indsatsområde i regionens håndtering af ændringerne i sundhedsvæsenet.

Ved at have flere medarbejdergrupper, som potentielt kan løse nogle af de samme opgaver, kan man indrette arbejdet fleksibelt, så det passer til udviklingen i sundhedsvæsenet. Samtidig giver det mulighed for, at medarbejderne kan bruge deres ressourcer bedst muligt.

Opgavedeling og opgaveflytning forudsætter, at der er fokus på rekruttering og personaleudvikling, og at de forskellige faggrupper får mulighed for at supplere deres uddannelse, så de kan løse de nye arbejdsopgaver.

### **Løbende kompetenceudvikling**

Nye strategier og politikker skaber behov for kompetenceudvikling. Der arbejdes derfor løbende med opkvalificering af medarbejdere til at kunne varetage sundhedsopgaven, som den bliver defineret i Region Hovedstadens forskellige strategier som fx kræftplanen, fødeplanen og plan for den ældre medicinske patient.

Kompetenceudvikling har fokus på både de fagspecifikke og generelle kompetencer, der sikrer, at medarbejderne har spidskompetencer inden for deres faglige område og kan samarbejde i teams på tværs af faggrupper og sektorer, hvor patienten/borgeren udgør en aktiv ressource. Samtidig sikrer den løbende kompetenceudvikling en effektiv udnyttelse af ressourcerne.

#### **Eksempler på nye uddannelser og konkrete kompetenceudviklingsinitiativer**

- Operationsteknikeruddannelse
- Beskrivende radiograf
- Koloskoperende sygeplejerske
- Medicinkurser for sygeplejersker
- Konflikthåndtering på akutmodtagelser, etc.

## 9. Forskning og innovation

Indsatsen for forskning og innovation er væsentlig for at sikre en fortsat positiv udvikling af det samlede sundhedsvæsen og indgår som en naturlig og prioriteret del af driften af regionens sundhedsvæsen. Samtidig skal et tæt samspil om forskning og innovation med erhvervsliv og universiteter bidrage til at fremme vækst og udvikling i regionen.

Indsatsen for forskning og innovation skal derfor ses i tæt sammenhæng med regionens øvrige politikker og strategier, både på sundhedsområdet og på det regionale udviklingsområde.

### 9.1 Sundhedsforskning

Region Hovedstadens sundhedsforskning skal bidrage til, at borgere og patienter tilbydes sundhedsydelser og behandlinger af høj international kvalitet med udvikling og implementering af nye behandlingsmuligheder og teknologier i klinisk praksis.

Sundhedsforskningen er ligeledes afgørende for at kunne skabe vækst i biosundhedserhvervet, således at regionens biosundhedsklynge kan måle sig med de bedste i verden. Forskningen er også grundlag for uddannelsen af læger og andet sundhedspersonale og helt afgørende for rekruttering og kompetenceudvikling af sundhedspersonale.

#### **Vision for sundhedsforskning i Region Hovedstaden 2020**

I Region Hovedstaden er en anerkendt og synlig sundhedsforskning af høj international kvalitet i tæt samspil med klinik, erhvervsliv, universiteter og relevante uddannelsesinstitutioner et væsentligt grundlag for et effektivt og fremtidssikret sundhedsvæsen, der generelt tilbyder sundhedsydelser af høj kvalitet og på udvalgte områder på højt internationalt niveau.

Sundhedsforskning omfatter al forskning med sundhedsvæsenet som genstandsfelt og forskningen udføres af forskellige relevante faggrupper. Med sundhedsforskning tænkes derfor på hele spektret omfattende grundforskning, epidemiologisk forskning, klinisk forskning, forskning i forebyggelse og sundhedsfremme samt implementerings- og sundhedstjenesteforskning.

Politik for Sundhedsforskning 2020 tager afsæt i regionens overordnede sundhedspolitiske vision og værdier, hvor målsætningen dels er et førende sundhedsvæsen med høj kvalitet og lige adgang til den nyeste og mest effektive behandling, dels at Region Hovedstaden skal være blandt de førende storbyregioner i Europa inden for forskning og udvikling. Politik for Sundhedsforskning 2020 skal samtidig ses i tæt sammenhæng med vision og mål i de øvrige relevante politikker på områder, herunder især Hospitals- og Psykiatriplan 2020.

Med Politik for Sundhedsforskning 2007 satte regionen fokus på at styrke forskningen inden for sundhedsvæsenet, primært ved at skabe bedre regionale rammer. Politik for Sundhedsforskning 2020 bygger videre på den hidtidige indsats, men med en særlig fokus på at understøtte forskning af høj international standard samtidig med, at indsatsen for implementering af ny forskningsviden styrkes.

Regionens Politik for Sundhedsforskning 2020 bygger på indsatser indenfor seks temaer opdelt på henholdsvis strategiske indsatsområder og udvikling af rammebetingelserne for forskning.

Implementering af forskningspolitikken og udvikling af handlingsplanerne vil ske i tæt dialog med hospitalerne og virksomhederne og skal ses i sammenhæng med de nye udviklingsaftaler for hospitalerne. Politikken initiativer vil blive realiseret via toårige handlingsplaner, som vil danne grundlag for nye initiativer samt understøtte til videreudvikling af forskningspolitikken.

I den første 2-årige Handlingsplan er fokusområderne:

- *Udvikling af strategiske samarbejder og erhvervsamarbejder*, hvor der gennemføres en række initiativer, der skal fremme strategiske alliancer og samarbejder med førende internationale regioner, universitetshospitaler og virksomheder.
- *Udvikling af processer for implementering*, hvor der igangsættes en række initiativer, der kan fremme implementeringsprocesser under hensyntagen til de forskellige typer af forskning og forskningsresultater - og under hensyntagen til de forskellige sektorerers organisering.
- *Udvikling af forskningsledelse og forskningskompetencer*, hvor der igangsættes konkrete initiativer/uddannelses tilbud i samspil med regionens uddannelsesvirksomhed, professionshøjskolerne og universiteterne, der skal styrke henholdsvis forskningsforståelse og -træning samt den egentlige forskningsledelse.
- *Udvikling af forskningskarriereforløb for alle relevante personalegrupper*, hvor der igangsættes og udvikles en række tiltag, der skal fremme forskerkarriereforløb for alle typer af akademikere og andre relevante faggrupper i sundhedsvæsenet.

Det er målet, at sundhedsforskningen og en større grad af implementering af forskningsviden skal bidrage til at løse de mere langsigtede strategiske udfordringer i sundhedsvæsenet.

Samspil og samarbejde med erhvervslivet er afgørende i forbindelse med udvikling og indførsel af nye teknologier og arbejdsgange samt udviklingen af nye lægemidler og medicoteknisk udstyr. Samtidig vil et styrket samarbejde mellem sundhedsvæsenet og erhvervslivet danne grobund for vækst i erhvervslivet og styrket international konkurrenceevne. Region Hovedstaden har derfor i 2012 etableret Videncenter for Innovation og Forskning.

### **Videncenter for Innovation og Forskning (VIF)**

VIF blev etableret i 2012 og har til formål at bistå ledelser og medarbejdere i regionen med fremme af forsknings- og innovationsindsatsen i sundhedsvæsenet. VIF fungerer som én indgang, hvor ledere og medarbejdere på alle niveauer i sundhedsvæsenet, eksterne samarbejdspartner og det politiske niveau kan henvende sig, hvis de har brug for viden, støtte og rådgivning om forskning og innovation. Herudover er VIF med til, i samarbejde med aktører i sundhedsvæsen og erhvervsliv, at fremme og facilitere større strategiske satsninger og samarbejder om forskning, innovation og kommercialisering.

## 9.2 Innovation

Regionsrådet har besluttet at udarbejde en innovationspolitik for Region Hovedstaden i 2012. Regionen skal være på forkant med at udvikle fremtidens sundhedsvæsen og samtidig bidrage til at skabe vækst og udvikling i regionen.

### **Innovationspolitikken har som overordnede mål, at:**

- Region Hovedstaden udvikler en innovationskultur
- Region Hovedstaden sikrer øget og hurtigere implementering af de gode ideer
- Region Hovedstaden satser på innovationspartnerskaber

Innovation og samarbejde med eksterne aktører om udvikling af nye løsninger skal være en naturlig del af dagligdagen for ledere og medarbejdere på regionens hospitaler, virksomheder og stabe.

Region Hovedstaden vil udvikle samspillet med patienten og de pårørende om udvikling af innovative løsninger, der sætter patienten i centrum og eksempelvis gør patienter og pårørende i stand til at tage hånd om egen behandling og liv. Sundhedsvæsenet skal tage sig godt af dagens patient, mens morgendagens patient hele tiden er i sigte.

Samtidig kan udviklingen bidrage til, at danske virksomheder bliver først til at udvikle nye løsninger indenfor sundhedssektoren. Der er et stort potentiale i offentlig-privat innovation til at udvikle sundhedsvæsenet, og bidrage til at drive den vækst og udvikling, der skal til for at skabe nye markeder, nye forskningsområder og nye arbejdspladser.

Med innovationspolitikken ønsker Region Hovedstaden at tage ansvar og skabe løsninger på et meget væsentligt område for det danske samfund.

### **Hvad er innovation**

Nyt – på grundlag af ny viden og behov skabes nye ideer og nye metoder gennem utraditionelle samarbejder.

Nyttigt – gennem udvikling og afprøvning dokumenteres det, eventuelt i en forretningsmodel, at ideen er innovativ og vil være gavnlig for sundhedsvæsenet, borgerne og / eller samfundet.

Nyttiggjort – innovation lykkes ved at blive realiseret gennem implementering og udbredelse til gavn for sundhedsvæsenet, borgerne og samfundet.

Innovation skal forankres bredt i hele organisationen, og samtidig ses i tæt sammenhæng med de centrale mål og visioner, som regionen sætter for udvikling af sundhedsvæsenet og hovedstadsregionen som helhed. Innovationspolitikken er derfor bygget op omkring syv temaer, hvor de første tre har fokus på rammerne og grundlaget for innovation. De øvrige fire temaer har fokus på særlige strategiske indsatsområder, hvor innovation fremmes ved særlige satsninger og målrettede initiativer.

Særligt i fokus er tænkningen om ”sammenhængende patientforløb” og ”patienten i centrum”, som i høj grad fordrer nytænkning og nye partnerskaber som grundlag for udvikling af nye, innovative fremtidssikrede løsninger.

Regionens syv store hospitalsbyggerier er en oplagt katalysator for innovation med mulighed for at gentænke arbejdsgange, serviceprocesser, patientforløb mv., med helt anderledes indhold og indretning af bygningerne. Det er regionens målsætning at få etableret moderne, effektive og indbydende rammer for behandling af patienter samtidig med, at de ansatte har bedst mulige rammer for udøvelse af deres opgaver, og ressourceforbruget minimeres.

## 10. Den fremtidige planlægning på sundhedsområdet

Region Hovedstadens sundhedsplanlægning skal tage højde for både de positive og de negative udviklingstendenser i relation til sundhed. Indsatsen skal tilrettelægges, så der tilbydes en rationel, veldokumenteret og omkostningseffektiv behandling. De udfordringer, som bl.a. sundhedsprofilen identificerer, og udviklingstendenserne indenfor sundhedsområdet har stor betydning for både regionens planlægning, fokusområder og samarbejdsformer mellem sektorerne.

### Kvalitet

I 2014 fastlægges nye indsatsområder og målsætninger for kvalitetsarbejdet på hospitalerne, når en ny kvalitetshandlingsplan vedtages.

### Det hele sundhedsvæsen og sammenhængende patientforløb

Sundhedsplanlægningen vil fortsat have fokus på det hele sundhedsvæsen og det sammenhængende patientforløb, herunder samspillet mellem hospitaler, praksissektor og kommuner. Regionsrådet vedtog i 2012 en udviklingsstrategi ”Region Hovedstaden – Helhed i sundhed”, der bygger på og udgør en fokusering af regionens konkrete politikker, planer og aftaler.

Udviklingsstrategien er udgangspunkt for de udviklingsaftaler, der efterfølgende på sundhedsområdet er indgået med regionens hospitaler, og den har fokus på følgende temaer: Helhed i patientforløbet, partnerskab med patienten og effektiv behandling. Udviklingsaftalerne gælder for en 2-årig periode.

For at forbedre sammenhængen i patientforløbene vil regionen udvikle sammenhængende it-systemer, der understøtter kommunikation og viden om patienterne på tværs af hospitaler og sektorer. Målet er ”det papirløse hospital”, hvor såvel intern kommunikation som kommunikationen mellem praksissektor og hospitaler og kommuner foregår elektronisk. Samtidig vil udviklingen af it-redskaber og -systemer bidrage til at sikre en højere patientsikkerhed i behandlingen. For eksempel vil det nye fælles medicinkort og den kommende it-sundhedsplatform skabe grundlag for en betydelig mere korrekt og sikker behandling end i dag.

### Styrkelse af indsatsen overfor udsatte grupper

De store sociale forskelle i sygdomsforekomst og middellevetid er en af regionens største udfordringer. Regionen vil styrke det tværsektorielle samarbejde og skabe kvalitetsforbedringer ved udvikling af samarbejdet med kommunerne om svage grupper for at mindske ulighed ved at iværksætte en række projekter. Området har stor bevågenhed, blandt andet i det politiske underudvalg vedr. udsatte borgere. Regionen iværksætter en række samarbejdsprojekter mellem regionen og kommunerne, der styrker kommunernes og regionens indsats i forhold til indsatsen over for udsatte grupper.

### Fremtidens kliniske grundstruktur og fremtidens hospitaler

Der vil i den kommende periode fortsat ske ændringer i organiseringen af regionens hospitaler. I takt med at de store hospitalsbyggerier står færdige,

vil hospitalsdriften på Frederikssund og Frederiksberg hospitaler blive lukket og regionens akutstruktur ændres. Den fulde implementering af akutmodtagelser gennemføres i takt med, at byggerierne ved akuthospitalerne er færdige.

Implementering af akutmodtagelser bliver en af de mest gennemgribende ændringer i organiseringen af hospitalerne i mange år, idet der vil blive stillet andre krav til ledelse og organisering af hospitalerne, og der vil blive stillet andre krav til de sundhedsfaglige strukturer og de sundhedsfaglige kompetencer. Det er derfor naturligt og ikke mindst nødvendigt, at den kliniske logistik og sundhedsfaglige organisering på hospitalerne understøtter etableringen af akutmodtagelserne, og at hospitalernes samarbejde med praksissektoren og de kommunale aktører optimeres og tilpasse de nye strukturer.

Et indsatsområde de kommende år er derfor at udarbejde regionale standardiserede patientforløbsbeskrivelser for alle sygdomme, der beskriver ansvar, tid og overgange mellem afdelinger og hospitaler. De standardiserede patientforløbsbeskrivelser skal understøtte etableringen af akutmodtagelser, at ressourcerne anvendes bedst muligt og at der tilbydes ensartet høj kvalitet i behandlingen i hele regionen.

### **Specialisering og nære sundhedstilbud**

Implementering af regionens hospitals- og psykiatriplan samt Sundhedsstyrelsens specialeplan samler de specialiserede funktioner på færre enheder til gavn for kvaliteten. Dette nødvendiggør samtidig etablering af lokale tilbud til de patienter, som har behov for behandling i nærmiljøet af fx ukomplicerede lidelser samt til forundersøgelser, ambulante og korterevarende indgreb, hvor der ikke er behov for specialistkompetencer. I 2013 etableres sundhedshuset i Helsingør og før hospitalet i Frederikssund lukkes, skal der også her etableres et sundhedshus, som kan tilbyde borgerne ambulante behandling i nærmiljøet.

En øget specialisering er også en udfordring for de mange patienter med flere sygdomme, og de patienter, som har uklare symptomer eller sjældne sygdomme. Det er derfor en udfordring at sikre specialisering og bredde i den diagnostiske tilgang på samme tid. For at imødekomme udfordringen er det målet, at alle patienter skal behandles med en multidisciplinær og multiprofessionel tilgang.

### **En indgang til - og styrkelse af - akutbehandling**

I takt med at akutstrukturen ændres, bliver der et øget behov for at sikre, at borgerne er velinformede om, hvor de skal henvende sig ved sygdom og akutte skader. Kendskabet til akuttelefonens funktion skal udbredes yderligere, så flere borgerne benytter den til at søge råd og vejledning ved akutoptået sygdom.

Det er målet, at det akutte beredskab skal være enstrenget, og at lægevagten skal integreres med akutmodtagelser og akutklinikker. Frem mod foråret 2014 bliver der gradvist indfaset visiteret adgang til regionens akuttilbud via regionens akuttelefon 1813.

Et andet indsatsområde de kommende år er styrkelse af kompetencerne i akutmodtagelserne og akutklinikkerne.

### **Patienten med kræft**

Kræftbehandlingen skal hele tiden blive bedre, og det er vigtigt, at regionerne samarbejder for at sikre videndeling og erfaringsudveksling.

Regionen har vedvarende fokus på at give kræftpatienterne den bedst mulige behandling i hele forløbet. Udrednings- og behandlingskapaciteten justeres løbende, der er planlagt initiativer, som understøtter den multidisciplinære tilgang til udredning og behandling, og der vil i løbet af 2013 blive implementeret et forløbsprogram for palliation og rehabilitering på kræftområdet, som skal understøtte fokus på efterbehandling. Fra 2014 implementeres screening for tarmkræft.

Et særligt indsatsområde de kommende år er børn med kræft. Børn med kræft har øget risiko for senfølger og ny kræftsygdom. I dag kan Danmark ikke tilbyde den bedst mulige og mest skånsomme strålebehandling til børn. Regionen har derfor afsat midler, således at det er muligt at etablere et partikelte-rapianlæg på Rigshospitalet, så danske kræftpatienter – især børn med kræft – fremadrettet kan tilbydes den bedste og mest skånsomme behandling i Danmark.

### **Patienten med psykisk sygdom**

Et indsatsområde de kommende år er, at der skal følges op på de visioner, som regionsrådet har besluttet for området. Det handler om en psykiatri baseret på recovery, netværksinddragelse og rehabilitering. Patienten skal være i centrum og der skal være opmærksomhed på patientens egne ressourcer og evner i behandlingen.

Både voksenpsykiatrien og børne- og ungepsykiatrien får de kommende år tilført flere ressourcer. Målet er at sikre en kapacitetsudvidelse og nedbringe ventetiden til behandling.

Sammenhængen mellem somatikken og psykiatrien styrkes yderligere. I planlægningsområde Byen samles udover Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler også Psykiatrisk Center København i nybyggeriet på Bispebjerg Bakke, og i planlægningsområde Midt skabes klar og entydig sammenhæng mellem somatikken på Herlev Hospital og Psykiatrisk Center Ballerup.

### **Et sundhedsvæsen med fokus på børns behov**

Region Hovedstadens fødeplan fastlægger den fremtidige indsats ved graviditet, fødsel og barsel. I 2013 vil alle planens anbefalinger være implementeret. Samarbejdet mellem praksis, hospitaler og kommuner er meget væsentligt for at den gravide og barslende kvinde og hendes familie oplever et sammenhængende og kontinuerligt forløb.

Region Hovedstaden vil i 2013 udarbejde en børnepolitik med aktiv inddragelse af borgere og samarbejdspartnere. Regionen har desuden besluttet, at

der i 2013 ud fra data i Børnedatabasen udarbejdes en første børnesundhedsprofil for Region Hovedstaden, som forløber for en børne- og unge sundhedsprofil, der vil kunne gennemføres i 2014-2015.

### **Medicin**

Medicin er et satsningsområde på tværs af hospitaler og praksissektor. Udgifterne til medicin tegner sig for en stor andel af sundhedsudgifterne. Behandlingsmuligheder med nye, dyre lægemidler betyder, at der er fokus på, at medicinen anvendes rationelt og at rekommandationer og behandlingsvejledninger følges. Der er kvalitetsmæssige gevinster ved systematiske medicin-gennemgange hos patienter, der er i behandling med mange lægemidler samtidig. Regionen styrker opfølgningen på medicinforbruget og øger den faglige rådgivning af sundhedspersonalet i både hospitals- og praksissektor.

### **Patientinddragelse**

Patienter og pårørende besidder en stor viden og ekspertise om eget liv og sygdomsforløb, som i højere grad skal integreres i behandlingen af den enkelte patient for at kunne tilbyde den bedste behandling. Regionen arbejder aktivt med patientinddragelse både i udarbejdelsen og implementeringen samt lokalt i forbindelse med den kliniske behandling. Et indsatsområde er her kompetenceudvikling. Både patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle skal uddannes, så de aktivt kan bidrage til at deres viden og ekspertise integreres i behandlingen.

### **Offentlig-private samarbejder om forskning og innovation**

Regionen har en række erhvervmæssige styrkepositioner, særligt inden for lægemiddelindustrien, life science og medicoteknologi, som en fortsat satsning på forskning og innovation i sundhedsvæsenet skal være med til at sikre en fremtid. Attraktive forskningsmiljøer, ny viden og nye teknologier udgør et nødvendigt grundlag for at skabe flere vækstvirksomheder og stærke, højt specialiserede virksomheder i erhvervsklyngerne. Regionen satser derfor på at etablere langt flere offentlig-private samarbejder om at udvikle sundhedsvæsenet, og dermed bidrage til at drive den vækst og udvikling, der skal til for at skabe nye markeder, nye forskningsområder og nye arbejdspladser.

### **Implementering af forskningsresultater**

Regionen vil fremover arbejde mere systematisk med anvendelse og implementering af forskningsbaseret viden på tværs af alle sektorer i sundhedsvæsenet – det vil sige både i klinisk praksis på hospitaler og virksomheder samt på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, kommuner og praksissektor. Målet er at sikre en hurtig og effektiv implementering af relevante forskningsresultater på tværs af det samlede sundhedsvæsen i regionen.

### **Udviklingsmuligheder for medarbejderne**

Medarbejdernes faglige dygtighed og arbejdsglæde er afgørende for, at regionen kan lykkes med effektivitet, udvikling og høj kvalitet i behandlingen. Medarbejderudvikling og uddannelse har derfor en fremtrædende plads i arbejdet med at realisere regionens sundhedsvision. Det er besluttet, at der nedsættes et Uddannelsesfagligt råd, der skal arbejde på det strategiske plan, og rådet skal blandt andet vurdere sundhedsvæsenets uddannelsesbehov,

drøfte initiativer til at fremme et godt arbejdsmiljø og udvikling og have fokus på ideer, der kan løse hospitalernes aktuelle uddannelsesudfordringer. Rådet har dermed til hensigt at kvalificere uddannelsesarbejdet i regionen og bidrage til et sammenhængende sundhedsvæsen.

### **Nye samarbejdsmodeller mellem sektorerne**

Fremtidens hospitalsvæsen forventes i langt højere grad at være baseret på ambulant behandling fremfor sengebåren aktivitet. Udviklingen inden for fx medicoteknologien og udvikling af nye behandlingsmetoder har generelt mindsket behovet for indlæggelse og dermed øget mulighederne for at udvide den ambulante behandling. Det stiller øgede krav til samarbejdet mellem fx kommuner og hospitaler og giver behov for udvikling af nye modeller for tværsektorielt samarbejde.

Region Hovedstaden har fokus på at skabe rammerne for et forpligtende samarbejde mellem aktører i sundhedsvæsenet og vil udarbejde et forslag til en model for tværsektorielt samarbejde på tværs af sektorerne med udgangspunkt i patientens behov. Udover praksissektoren og hospitaler skal kommunernes kompetencer og sundhedsopgaver også inddrages i projektet. Målet er, at der skal sikres konstruktive processer om nye muligheder og nedbrydning af barrierer i forhold til det fælles mål: øget sundhed for patienterne.

Til

- Sundhedskoordinationsudvalget
- Region Hovedstadens MED-udvalg

**Opgang** Blok H  
**Telefon** 38 66 50 00

**Web** [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Journal nr.: 12011650

Dato: 12. december 2012

## **Forslag til Region Hovedstadens 2. Sundhedsplan**

Region Hovedstaden er landets største sundhedsvæsen. Regionen har ansvaret for at levere en række sundhedsydelser til de 1,7 mio. borgere, der er bosiddende i regionen.

Region Hovedstaden har som mål, at landets største sundhedsvæsen også skal være landets bedste sundhedsvæsen med et stærkt, offentligt hospitalsvæsen, der sammen med praksissektoren arbejder på at fremme sundhed for alle i regionen og arbejder på at mindske den sociale ulighed i sundheden.

Region Hovedstaden har udarbejdet forslag til regionens 2. sundhedsplan, som skal erstatte den sundhedsplan, der blev udarbejdet i 2009.

Sundhedsplanen indeholder en beskrivelse af regionens samlede opgavevaretagelse på sundhedsområdet, herunder de væsentligste planer og strategier med vægt på de principper og udviklingstendenser, som de bygger på. Samtidig gives en overordnet status på implementeringen af de væsentligste planer på sundhedsområdet og afslutningsvist beskrives, hvilke fokusområder regionen har på sundhedsområdet de kommende år.

Forslaget er behandlet første gang i regionsrådet den 11. december 2012.

Af hensyn til det videre arbejde med planen skal vi bede om at modtage jeres bemærkninger til forslaget inden den 13. februar 2013. Bemærkninger bedes fremsendes til Region Hovedstaden, Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, e-mail:

[hospitalsplan@regionh.dk](mailto:hospitalsplan@regionh.dk)

- :/ Forslag til regionens 2. sundhedsplan (Sundhedsplan - status for planer på sundhedsområdet) vedlægges.

Planen forventes at kunne forelægges regionsrådet til endelig godkendelse på møde den 16. april 2013.

Med venlig hilsen

Svend Hartling  
Koncerndirektør

Til Sundhedsstyrelsen

**Opgang** Blok H  
**Telefon** 38 66 50 00

**Web** [www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Journal nr.: 12011650

Dato: 12. december 2012

## **Forslag til Region Hovedstadens 2. Sundhedsplan**

Hermed fremsendes i henhold til Sundhedslovens § 206 forslag til Region Hovedstadens 2. sundhedsplan, som skal erstatte den sundhedsplan, der blev udarbejdet i 2009.

Planforslaget er udformet som en sammenhængende statusredegørelse for planlægningen på sundhedsområdet. Planforslaget redegør overordnet for regionens væsentligste planer, strategier, politikker og aftaler på sundhedsområdet. Disse udgør samlet set regionens sundhedsplanlægning.

Forslaget er behandlet første gang i regionsrådet den 11. december 2012.

Planen behandles af Region Hovedstadens MED-udvalg d. 23. januar 2013 og Sundhedskoordinationsudvalget den 8. februar 2013 og forventes at kunne forelægges regionsrådet til endelig godkendelse på møde den 16. april 2013.

Af hensyn til det videre arbejde med planen skal vi bede om at modtage jeres rådgivning i forhold til forslaget inden den 13. februar 2013. Rådgivning bedes fremsendes til Region Hovedstaden, Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet, e-mail:

[hospitalsplan@regionh.dk](mailto:hospitalsplan@regionh.dk)

Med venlig hilsen

Svend Hartling  
Koncerndirektør

Forretningsudvalgets møde den 4. december 2012

Sag nr. 6

Emne: Chtr r qtvgtkpi "ch'Mxcrkvgwj cpf rki ur rcp

6 bilag

Kvalitetsudvalget

# Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan - Sikkerhed

Afreportering til regionsrådet  
November 2012

REGION

## Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet afrapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden afrapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

## Behandlingen skal være sikker

Arbejdet med at forebygge utilsigtede hændelser og gøre behandlingen sikker baseres på fire gennemgående indsatsområder

- Reduktion af uventet død
- Reduktion af skader
- Reduktion af infektioner
- Udvikling af sikkerhedskulturen

Der er opstillet følgende målsætninger for de fire indsatsområder:

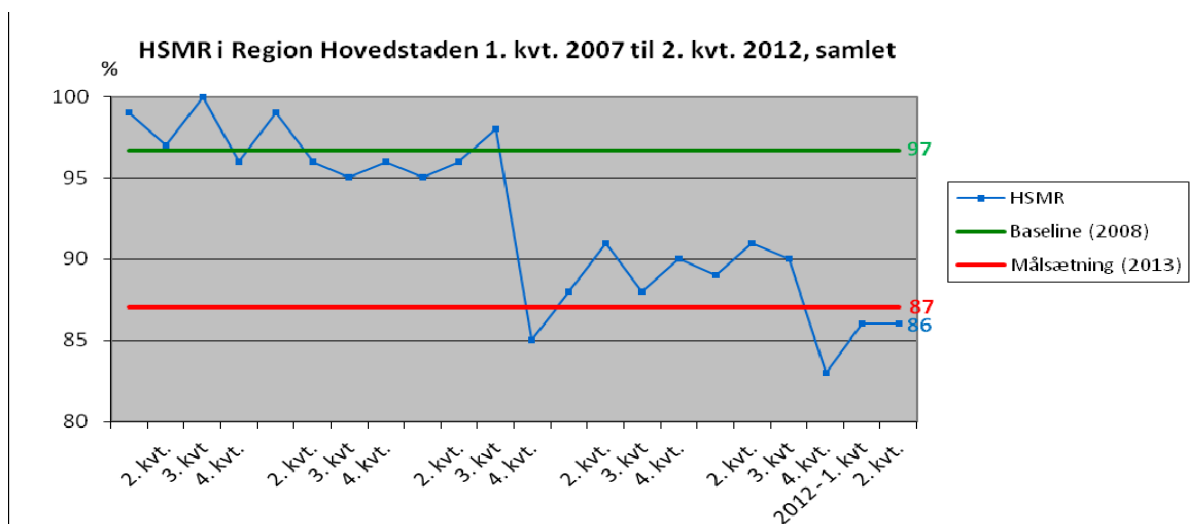
- Dødelighed reduceres med 10 % - målt ved hospitalsstandardiserede mortalitetsrater
- Forekomst af skader reduceres med 25 % - målt ved Global Trigger Tool
- Forekomst af hospitalserhvervede infektioner reduceres med 50 %
- Rapporteringer af utilsigtede hændelser fra praksissektoren stiger

### Målsætning: Reduktion af dødelighed med 10 %, målt ved HSMR (Hospitalsstandardiserede mortalitetsrater)

Dødeligheden opgøres ved hospitalsstandardiserede mortalitetsrater (HSMR), som opgøres kvartalsvis for hospitalerne og på regionsniveau. HSMR er antallet af dødsfald som procent af det forventede antal dødsfald beregnet ud fra landsgennemsnittet. I beregningen af det forventede antal dødsfald indgår diagnose, alder, køn og indlæggelsesmåde (akut eller planlagt), civilstand og øvrige sygdomme for patienter, der har været indlagt i perioden.

Udgangspunktet for beregningen er HSMR på landsplan for 2008, som er standardiseret til indeks 100. Da Region Hovedstaden i 2008 lå lavere end landsgennemsnittet, er baseline for Region Hovedstaden 97. Målsætningen er således opnået, når HSMR for 2013 er 10 % lavere end baseline, dvs. 87. I 2. kvartal 2012 var HSMR for Region Hovedstaden 86. Den samlede HSMR for de seneste fire kvartaler er ligeledes 86. Målsætningen om en reduktion på 10 % er således nået.

I andet kvartal 2012 var der i alt i regionen 1796 dødsfald, som indgår i beregningen af HSMR. Det forventede antal dødsfald var 2077, hvilket giver en HSMR på 86.



Figur 1: HSMR Region Hovedstaden 2007 - 2012

### HMSR for de enkelte hospitaler

Når man ser på de enkelte hospitalers HMSR, skal det understreges, at specialesammensætning, visitationsregler, aktivitet og andre faktorer, som ikke har noget at gøre med behandlingskvaliteten, har stor betydning for HMSR. Forskelle i HMSR mellem forskellige hospitaler afspejler således ikke nødvendigvis kvalitetsforskelle. Tilsvarende kan flytning af specialer mellem hospitaler, ændring af optageområder og ændring af visitationsregler påvirke HMSR i både positiv og negativ retning. HMSR er derfor ikke velegnet til sammenligning mellem hospitaler, men kan bruges til at se på udviklingen på det enkelte hospital over tid med de ovenfor anførte forbehold. I bilag 1 ses HMSR for de enkelte hospitaler.

### Målsætning: Skader reduceres med 25 %

Forekomsten af patientskader måles i Region Hovedstaden ved metoden Global Trigger Tool (GTT). Ved metoden udtrækkes journaler fra 20 tilfældigt udvalgte patienter på hospitalet hver måned og gennemgås af et team på to-tre personer, typisk læger og sygeplejersker med forskellig klinisk baggrund. Teamet identificerer forekomsten af triggere (markører) under behandlingsforløbet, fx blodtransfusion, genindlæggelse eller infektion. Hvis der findes en trigger i journalen vurderes det efterfølgende, om patienten er blevet skadet under indlæggelsen.

Det har vist sig, at der er en række begrænsninger ved Global Trigger Tool metoden. Der kan således være betydelig variation mellem antallet af triggere forskellige teammedlemmer finder. Valide målinger kræver et stabilt team og løbende drøftelser af vurderingerne. Derudover er antallet af fundne triggere og skader afhængig af andre faktorer såsom teamets erfaring og den sundhedsfaglige dokumentation i journalerne. Ofte ses en stigning i antal fundne skader i den første periode efter metoden er taget i brug, formodentligt som udtryk for at teamet bliver bedre til at identificere triggere. Det kræver derfor systematiske målinger over ca. 12 måneder at etablere en baseline, og dette skal helst være efter at teamet har anvendt metoden i mindst ½ år.

Derudover kan organisatoriske ændringer og ændringer af patientsammensætningen medføre ændringer af resultaterne. Dette betyder, at organisatoriske ændringer undervejs kan medføre, at man ikke sikkert kan afgøre, om en ændring i antallet af skader skyldes en kvalitetsændring. Endeligt medtages kun skader, som er resultatet af aktive handlinger, dvs. skader der skyldes, at noget er glemt eller overset kan

ikke findes ved GTT. Visse typer kvalitetsforbedringer fx ved bedre håndtering af blodprøvesvar, vil således ikke kunne registreres ved GTT.

Hospitalerne i regionen er alle opstartet med GTT og har stort set alle etableret en baseline. Hospitalerne i regionen rapporterer generelt om metodemæssige og organisatoriske udfordringer med GTT. Hospitalerne har opstartet arbejdet med GTT på forskellige tidspunkter, og for nogle er der undervejs sket ændringer i sammensætning af teams. Antallet af målinger varierer derfor for de forskellige hospitaler. Da GTT er en ny metode, har der skullet skabes konsensus om vurderingerne. Derudover er der for flere af hospitalerne sket organisatoriske ændringer og sammenlægninger i løbet af perioden, som har medført, at det har været nødvendigt at etablere en ny baseline.

Samlet er baseline i Region Hovedstaden i gennemsnit 44 (median 39), men med stor variation såvel mellem de enkelte målinger på det enkelte hospital samt mellem hospitalerne. GTT-metoden indeholder ikke justeringer for sammensætning af patientgrundlaget eller andre faktorer, som kan påvirke forekomsten af triggere og skader. Det er derfor ikke meningsfuldt at sammenligne hospitalernes resultater på tværs. Baseline for det enkelte hospital anvendes som udgangspunkt for registrering af ændringer i skadehyppighed på hospitalet og som udgangspunkt for læring om skademønstre.

Der er i regionen etableret et netværk for hospitalernes Global Trigger Tool Reviewteam, der mødes ca. to gange årligt. I samarbejde med netværket arbejdes på fortsat udvikling af anvendelsen af metoden samt kvalitetssikring af fortolkningen af resultaterne.

.

## **Målsætning: Hospitalserhvervede infektioner reduceres med 50 %**

En væsentlig del af de skader, som påføres patienter på hospitalerne, er infektioner, som i vid udstrækning kan forebygges. Det er derfor et mål i kvalitetshandlingsplanen at reducere antallet af hospitalserhvervede infektioner med 50 % i perioden 2010-2013.

### **Baggrund**

8-10 % af patienterne erhverver infektion i forbindelse med deres indlæggelse. Ved infektioner forlænges indlæggelse gennemsnitligt med 11 dage. På landsplan svarer det til en anslået ekstraudgift på 2 mia. kr. i Danmark eller 600-700 mill. kr. i Region Hovedstaden

Et vigtigt skridt i realiseringen af målsætningen i kvalitetshandlingsplanen har været at etablere et samlet overblik over forekomsten af infektioner, herunder at få fastlagt, hvilke infektioner der måles på, hvilke afdelinger der indgår, hvilke opgørelsesmetoder der anvendes samt at definere et udgangspunkt (baseline) for de enkelte områder.

Projektet blev påbegyndt i 2011. Der er udvalgt følgende otte indsatsområder, som hver har en arbejdsgruppe med en formand:

1. Bakteriæmi/sepsis (bakterier i blodet)
2. Respirator associerede pneumonier (lungeinfektioner hos patienter i respirator)
3. Infektioner relateret til centralt venekateter (CVK)
4. Postoperative sårinfektioner
5. Methicillin-resistente Staphylococcus Aureus, MRSA (multiresistente bakterier)
6. Clostridium difficile
7. Antibiotika forbrug og resistensovervågning, herunder ESBL (multiresistente bakterier)
8. Urinvejsinfektioner

For hvert indsatsområde er nu opstillet kriterier for registrering, baseline, mål for indsatsen, handleplan mv. En mere præcis beskrivelse af kommissorier og handleplaner og tiltag til reduktion af infektioner på de enkelte områder tillige med en beskrivelse af projektets organisation er tilgængelige på: <http://regi-intranet.regionh.dk/menu/Kvalitet+og+patienter/Halvering+af+infektioner/>

Denne hjemmeside vil løbende blive opdateret i takt med projektet udvikler sig.

I 2012 er ansat 3 akademiske medarbejder på Rigshospitalet, Hvidovre Hospital og Herlev Hospital.

Deres opgaver omfatter bla.:

- Dataindsamling
- Koordinering på tværs af indsatsområder
- Formidling af data

Inden for de enkelte indsatsområder er der primært arbejdet med afdækning af egnede datakilder til fælles regional overvågning og etablering af adgang til disse.

De fleste af indsatsområderne har haft mulighed for at benytte eksisterende datakilder, som kliniske eller administrative IT-systemer og databaser eller landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser til overvågningen. På nuværende tidspunkt har 7 af 8 indsatsområder leveret de første data fra hele eller dele af det område, der ønskes overvåget. En nærmere drøftelse og bearbejdning af data i arbejdsgrupperne, de Sundhedsfaglige Råd og "Task Force" er imidlertid endnu ikke foretaget for alle indsatsområder ligesom et ensrettet format for afrapportering på tværs af indsatsområder endnu ikke er endeligt fastlagt.

Status for de enkelte områder er følgende:

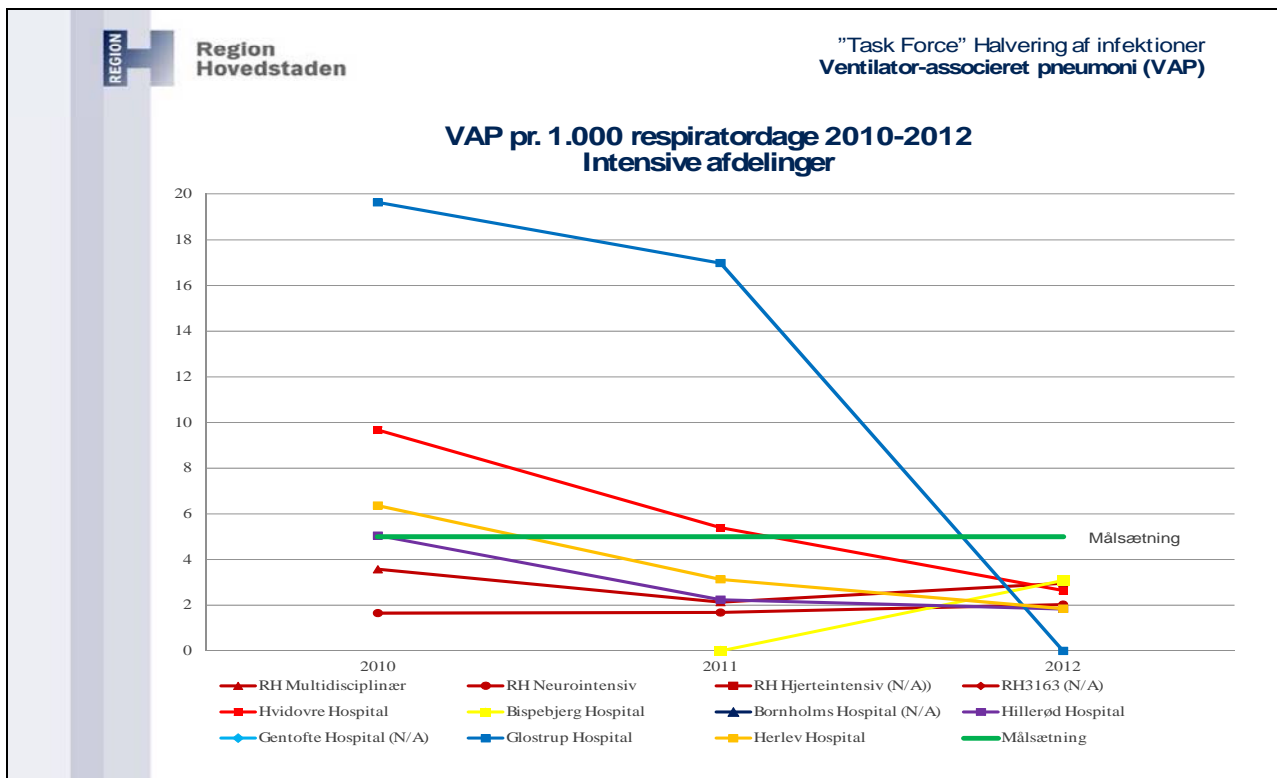
### **Status:**

#### **1. Bakteriæmi/sepsis (bakterier i blodet)**

Alle somatiske afdelinger i Region Hovedstaden indgår i overvågningen af hospitalserhvervede bakteriæmier. Overvågningen sker på baggrund af centrale udtræk af prøvesvar fra de mikrobiologiske databaser samkørt med udtræk af data på indlæggelser fra Landspatientregistret. Bakteriæmier opgøres som infektioner pr. 10.000 sengedage pr. hospital. De første data for hele Region Hovedstaden forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

#### **2. Respirator associerede pneumonier (VAP) (lungeinfektioner hos patienter i respirator)**

Antallet af VAP overvåges på alle afdelinger, der har respiratorbehandlede patienter, dvs. alle intensive afdelinger og nogle få specialafsnit. For de afdelinger, der har CIS (Critical Illness System) sker registreringen via dette system, mens de øvrige afdelinger laver en manuel indberetning. Medio 2012 har 8 af 11 afdelinger leveret data, mens de øvrige er ved at implementere registreringsformen. VAP opgøres som VAP pr. 1.000 respiratordage. Registrering af respiratordage for den ene afdeling er endnu ikke implementeret, hvorfor nedenstående diagram kun indeholder data fra 7 afdelinger.



Figur 2: Antal VAP pr. 1000 sengedage på intensiv afdelinger i Region Hovedstaden 2010 – medio 2012

De viste afdelinger ligger i 2012 under det fastsatte mål om <5 VAP pr. 1.000 respiratordage. Fire afdelinger har mere end halveret forekomsten siden 2010. Fælles for disse afdelinger er, at de har arbejdet målrettet med implementeringen af elementerne i Respiratorpakken fra Projekt Patientsikkert Sygehus og Operation Life. De øvrige afdelinger har haft en stabil lav forekomst.

### 3. Infektioner relateret til centralt venekateter (CVK)

CVK-relaterede infektioner skal overvåges på alle somatiske afdelinger i Region Hovedstaden. Overvågningen af disse kan ikke ske tilstrækkeligt validt baseret på allerede eksisterende datakilder. Der skal derfor udvikles en valid elektronisk registreringsform. Man ønsker at registreringen kan foregå via fælles regional elektronisk CVK-plejeplan udviklet i KISO-skabelonen og arbejdsgruppen er i dialog med aktører, der kan afklare hvilke specifikationer dette kræver. Hvis en fælles elektronisk plejeplan udvikles, vil udtræk af de nødvendige data være mulig. En tidsplan for dette er afhængig af den tekniske løsning af den elektroniske plejeplan.

### 4. Postoperative sårinfektioner

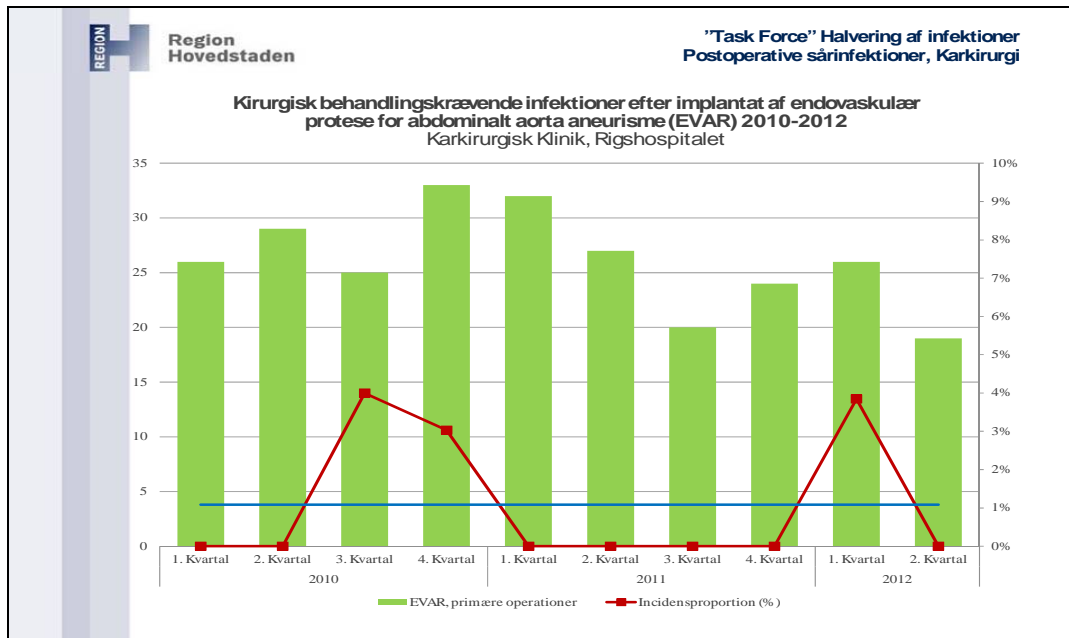
De postoperative sårinfektioner overvåges inden for 3 specialer: Ortopædkirurgi, Karkirurgi, Gynækologi, hvor der for hvert område er valgt en operationstype. Postoperative sårinfektioner opgøres som andelen af primære operationer, der kompliceres af en kirurgisk behandlingskrævende postoperativ sårinfektion.

Ortopædkirurgiske postoperative sårinfektioner efter indsættelse af kunstigt hofte- eller knæled følges via Domus-systemet, der automatisk kobler reoperationer sammen med primære operationer på baggrund af operationskodning og tidsmæssig sammenhæng. Alle ortopædkirurgiske afdelinger i Region Hovedstaden undtagen Bornholms Hospital og Rigshospitalet anvender pr. 1. september 2012 Domus til registrering af ortopædkirurgiske postoperative sårinfektioner. Der arbejdes på en fuldstændig dækning af Region Hovedstaden.

Data fra de afdelinger, der anvender Domus forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

Karkirurgiske postoperative sårinfektioner efter endovaskulær protese for abdominalt aorta aneurisme (EVAR) følges gennem den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase "Landsregistret Karbase".

Karkirurgisk klinik på Rigshospitalet er eneste karkirurgiske afdeling i Region Hovedstaden. Opgørelse af kirurgisk behandlingskrævende postoperative sårinfektioner efter EVAR frem til 2. kvartal 2012 fremgår af nedenstående figur:



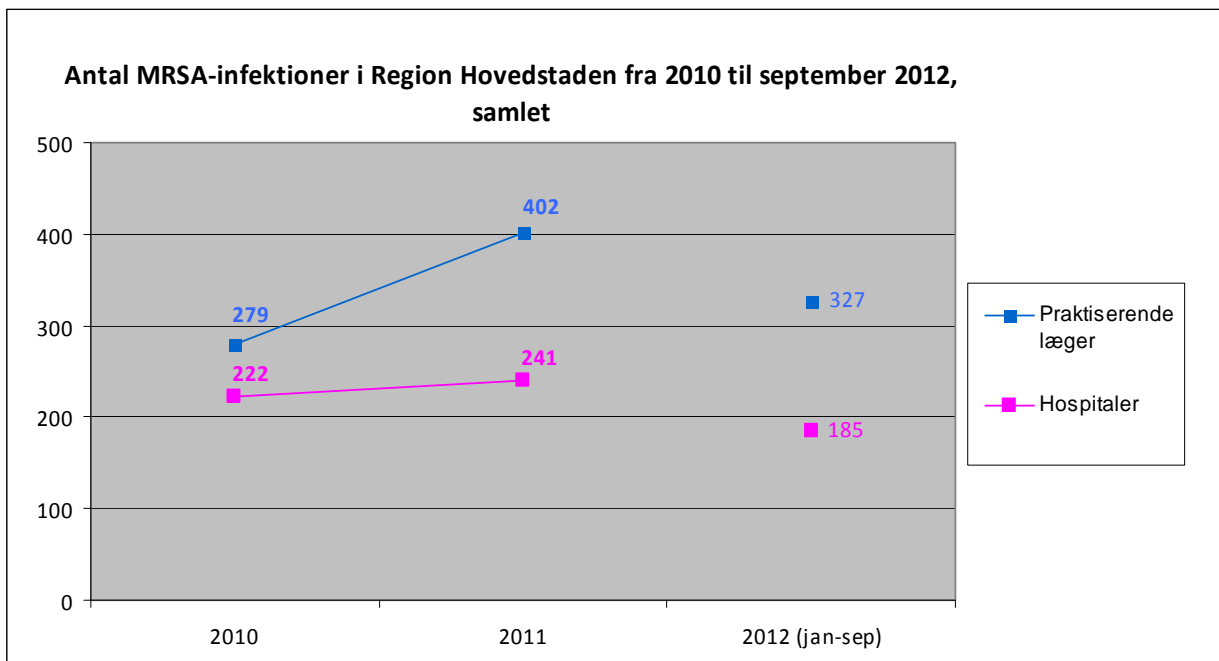
**Figur 3:** Antal karkirurgiske operationer (EVAR) og andel kirurgisk behandlingskrævende infektioner på Karkirurgisk klinik Rigshospitalet 2010 – medio 2012.

I perioden er der i alt lavet 269 primære EVAR-operationer - mellem 19 og 33 pr. kvartal. Andelen af kirurgisk behandlingskrævende sårinfektioner er for hele perioden 1,1 % (den blå streg i figur 3) og årligt mellem 0 og 2 %. Målsætningen for indsatsområdet er < 2 % kirurgisk behandlingskrævende sårinfektioner.

Gynækologiske postoperative sårinfektioner efter hysterektomi (fjernelse af livmoder) gennem den landsdækkende kliniske kvalitetsdatabase Dansk Hysterektomi Database. Denne database gennemgår i 2012 en strukturændring med bl.a.sammenlægning med Dansk Hysteroskopi Database og den nye databasen (DHH) skal implementeres i Analyseportalen. Der afventes en tidsplan for dette, hvilket betyder, at der først kan ske en rapportering fra denne i løbet af 2013.

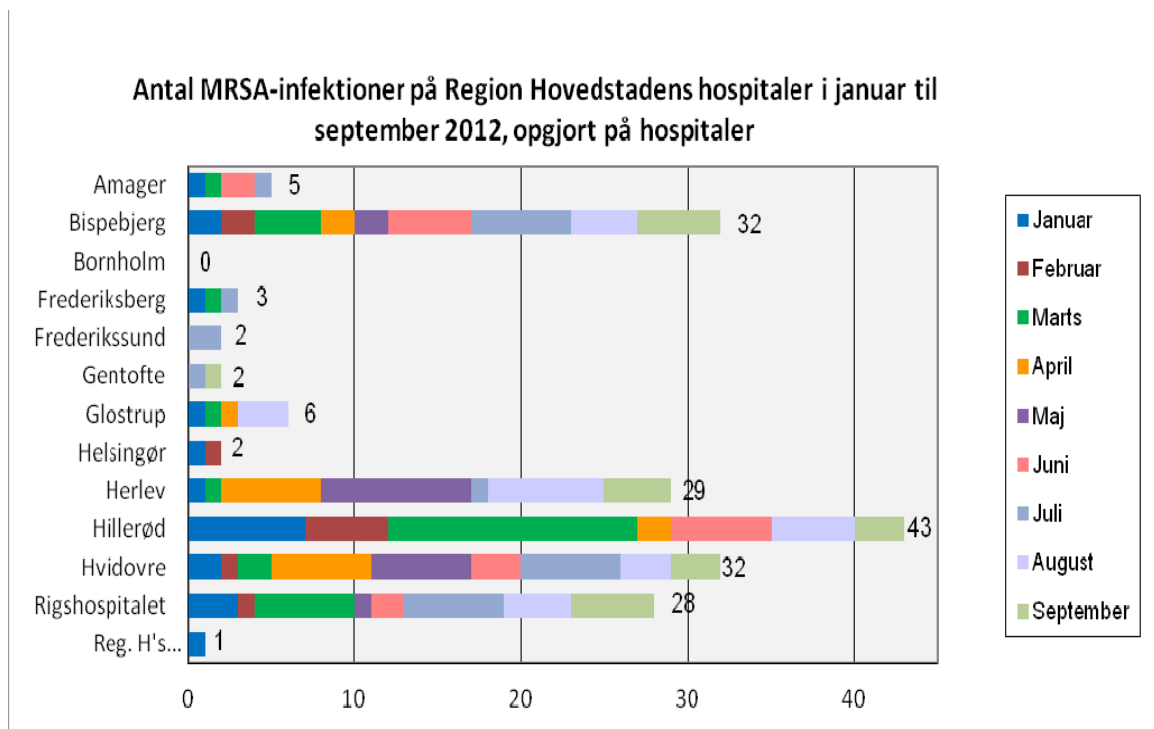
## 5. Methicillin-resistente Staphylococcus Aureus, MRSA (multiresistente bakterier)

MRSA overvåges for alle borgere i Region Hovedstaden. Dette sker som laboratorieovervågning af alle prøver fra hospitaler og praktiserende læger. Data samles hos MRSA VidenCenter på Hvidovre Hospital. Fra 2010 til 2011 skete der en stigning i MRSA-infektioner i både praksis- og hospitalssektor. I dette års første halvdel har praksis- og hospitalssektoren haft henholdsvis 274 og 164 tilfælde.



**Figur 4:** Antal nye MRSA infektioner i Region Hovedstaden 2010 - 2012

For de enkelte hospitaler ses der store udsving for årets første tre kvartaler. Mens Hillerød Hospital har haft 43 MRSA-infektioner, har Bornholm, RHP, Frederikssund og Gentofte hospitaler haft hhv 0,1 og 2.

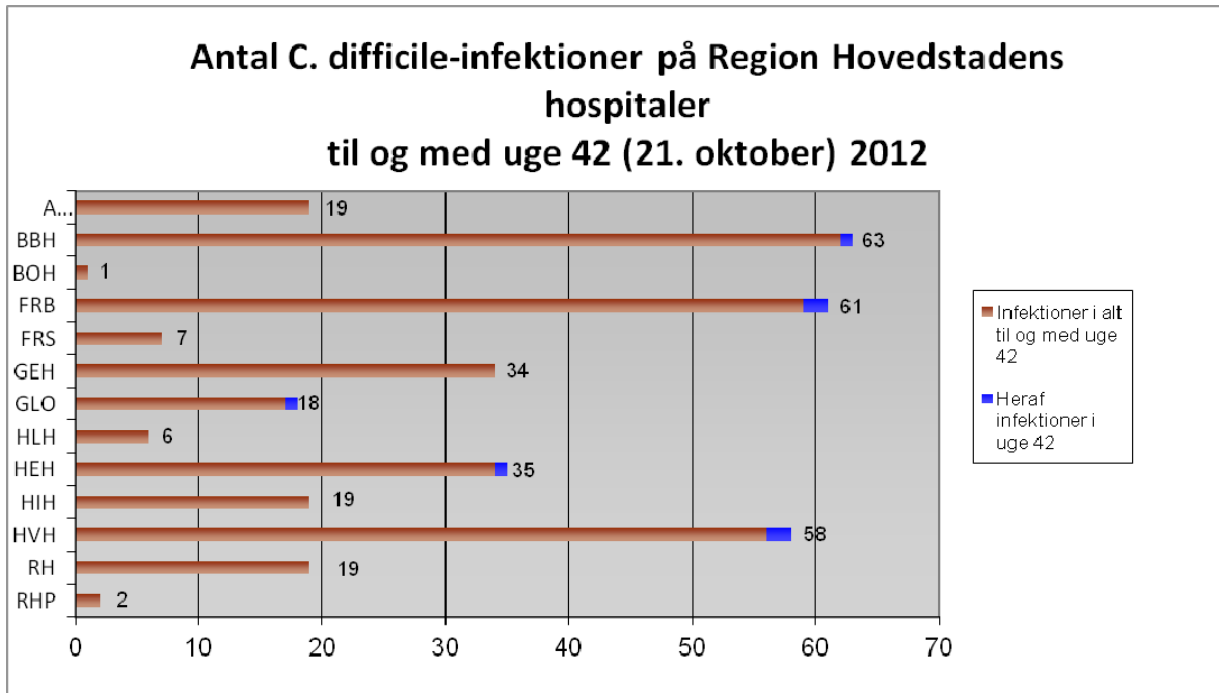


**Figur 5:** Antal MRSA infektioner på Region Hovedstadens hospitaler 2012

## 6. Clostridium difficile

Bakterien **Clostridium Difficile CD027** har givet alvorlige problemer på hospitalerne i en lang række lande og har i de senere år udgjort et voksende problem i Danmark. Infektion med Clostridium difficile er den hyppigste årsag til, at patienter får diaré i løbet af en indlæggelse på hospitalet, og det kan være farligt for ældre og skrøbelige patienter.

Forekomsten af Clostridium Difficile følges tæt i regionen med udarbejdelse af ugentlige opgørelser.



**Figur 6:** Antal infektioner med Clostridium Difficile CD027 på Region Hovedstadens hospitaler 2012

Efter en kraftig stigning i forekomsten af Clostridium Difficile CD 027 på regionens hospitaler i 2009 iværksattes en række initiativer med henblik på at knække den stigende kurve:

- Regional overvågning af CD027 blev iværksat foråret 2009
- Desinficerende rengøring med et klorholdigt middel på isolationsstuer (klor dræber sporer)
- Regional infektionshygiejnisk vejledning vedrørende patienter med maveinfektion er udarbejdet
- ERFA-gruppe for Clostridium difficile er oprettet
- Gratis vancomycin til alle patienter med Clostridium difficile.
- Regional behandlingsvejledning for patienter med C.difficile infektion er udarbejdet
- Anskaffelse af Glosair, en maskine der førstøver hydrogen peroxid med sølvkationer og desinficerer
- ”Task Force” overvåger hospitalserhvervede infektioner i hovedstadsregionen med det erklærede formål at halvere antallet indenfor 4 år.

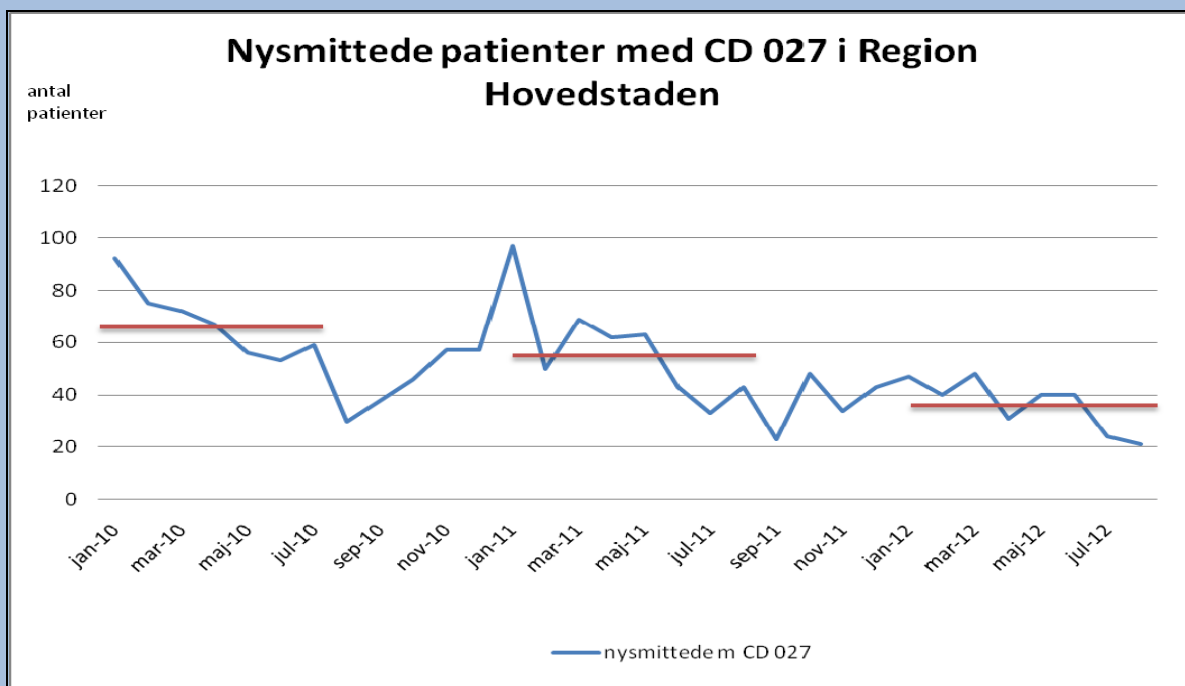
### Behandling uden for hospitalet

Op mod 40 procent af CD027- patienter får tilbagefald flere uger eller måneder efter det første diarretifælde, og mange af dem er derfor derhjemme, når det sker. I Region Hovedstaden er der derfor etableret fem ambulatorier, som behandler patienter med Clostridium difficile henvist af praktiserende læge.

### Gratis medicin i særlige ambulatorier

Ambulatorierne findes på Bispebjerg, Bornholm, Herlev, Hillerød og Hvidovre Hospitaler. Her bliver patienterne vurderet af specialister på området og får udleveret medicinen Vancomycin gratis.

Resultatet af den målrettede indsats viser sig nu. Det gennemsnitlige antal nysmittede i årets første 8 måneder er faldet fra 63 i 2010 til 36 i 2012.



Figur 7: antal nysmittede patienter med Clostridium Difficile CD027 i Region Hovedstaden jan 2010 – aug 2012

## **7. Antibiotika forbrug og resistensovervågning, herunder ESBL (multiresistente bakterier)**

Antibiotikaforbruget på hospitalerne overvåges ved udtræk fra Region Hovedstadens Apotek, der indkøber, distribuerer og registrerer alt forbrug af antibiotika på Region Hovedstadens hospitaler.

Antibiotikaforbruget opgøres i DDD (WHO's definerede døgndoser).

Resistensovervågningen sker som laboratorieovervågning af de hyppigste og mest klinisk betydende bakterier og antibiotikagrupper. Resistensen opgøres som andelen af resistente isolater.

Antibiotikaforbrug og resistensudvikling analyseres sammen så eventuelle stigninger i resistens som følge af forbrugsmønstret identificeres. De første data for hele Region Hovedstaden forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

## **8. Urinvejsinfektioner**

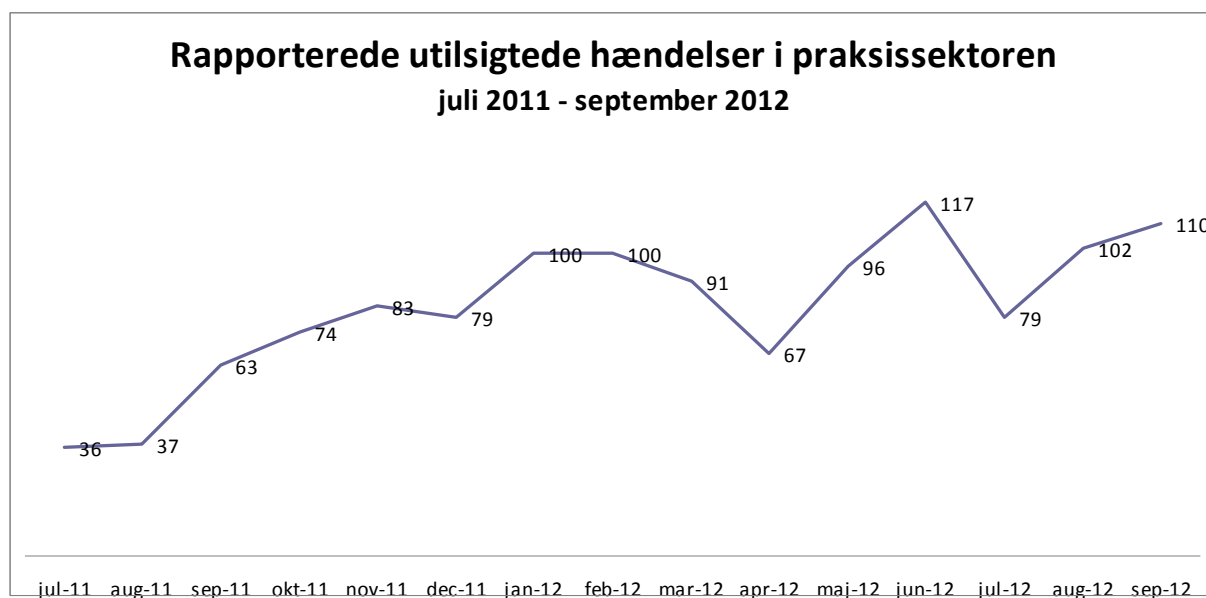
Urinvejsinfektioner opgøres på alle somatiske afdelinger i Region Hovedstaden. Overvågningen sker på baggrund af centrale udtræk af prøvesvar fra de mikrobiologiske databaser samkørt med data på indlæggelser Landspatientregistret. . Urinvejsinfektioner opgøres som infektioner pr. 1000 sengedage. De første data for hele Region Hovedstaden forventes klar til rapportering ved udgangen af 2012.

## **Målsætning: Rapporteringer af utilsigtede hændelser fra praksissektoren stiger**

Praksissektoren blev inddraget i patientsikkerhedsarbejdet fra september 2010 via en udvidelse af Sundhedsloven, som herefter pålægger praksissektoren at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD).

Formålet med indrapporteringerne er gennem åbenhed og læring at forbedre sikkerhedskulturen og dermed forebygge utilsigtede hændelser. En stigning i antallet af rapporteringer vurderes således som udtryk for udvikling af en moden sikkerhedskultur med fokus på læring og kontinuerlig udvikling af kvalitet og sikkerhed.

Nedenstående figur viser antallet af rapporteringer i DPSD om praksissektoren. Praksissektoren inkluderer alle ydere deri herunder almen praksis, speciallæger, vagtlæger, tandlæger, fysioterapeuter, fodterapeuter, kiropraktorer, psykologer og apoteker. Det drejer sig om hændelser, der er fundet sted i den angivne sektor. Hændelserne er ofte rapporteret i den sektor, hvor de fandt sted, men kan også være rapporteret i en anden sektor.



**Figur 8:** Antal rapporteringer af utilsigtede hændelser i praksissektoren i Region Hovedstaden 1. juni 2011 – 29. august 2012

Rapporteringerne fra og om praksissektoren stiger (se figur), og der er øget interesse for læring af de utilsigtede hændelser. Alvorlige hændelser sker ofte på tværs af kommuner, praksis og hospitaler, hvorfor der også er stigende efterspørgsel på mere omfattende årsagsanalyser imellem sektorerne. Analysearbejdet giver bl.a. grundlag for igangsætning af specifikke indsatser, som fx indsats for den akutte patient i almen praksis og vagtlægeregi samt indsats for optimering af arbejdsgange ifm. parakliniske undersøgelser. Derudover er fokus nu også på i højere grad at inddrage speciallægepraksis

## Regionale initiativer i forhold til dødelighed, skader og infektioner

Der er iværksat en række tværgående initiativer på området, som har til formål at fremme sikkerhed i behandlingen. Flere af initiativerne er eller planlægges at blive udbredt nationalt.

- **Undervisning i brug af GTT.** Der er gennemført undervisning i brugen af GTT og etableret et regionalt netværk, der løbende drøfter metoden og herunder vurdering og fortolkning af resultaterne.
- **Early Warning Score.** Der er indført en fælles regional model for observation og indsats i forhold til pludselige ændringer i patienternes tilstand, således at der tidligt kan handles på tegn på forværring.
- **Mobilt Akut Team** er et eksperthold, der med minutters varsel hvor som helst på hospitalet kan yde akut livreddende behandling til patienter, som har udviklet eller er ved at udvikle en livstruende tilstand.
- **Mortalitetsanalyser.** Et antal journaler på patienter, der er døde under indlæggelse, gennemgås af et team af seniore læger og drøftes efterfølgende med personalet med henblik på identifikation af sikkerhedsbrist og læring.
- **Audit af hjertestop.** Der er gennemført analyse af 74 hjertestop på 11 hospitaler i regionen og identificeret en række temaer, hvor der er potentiale for forbedringer. Det er efterfølgende besluttet, at der gennemføres analyse af alle hjertestop på hospitaler i regionen.
- **Sikker kirurgi** er en procedure, som gennemføres i forbindelse med kirurgi, og som sikrer at de nødvendige sikkerhedstjek foretages samt fremmer kommunikationen i forløbet.

- **Blodmanagement.** Formålet med indsatsen er at sikre en rationel anvendelse af blodtransfusioner på hospitalerne, således at der leves op til Sundhedsstyrelsens retningslinjer.
- **Medicinhandlingsplan.** Der er iværksat en række initiativer til styrkelse af den faglige rådgivning i forhold til rationel medicinanvendelse. Initiativerne er rettet imod hospitaler, alment praktiserende læger, praktiserende speciallæger og tværsektoriel koordinering.
- **Infektionshandlingsplan,** se ovenfor.
- **Indsats mod tryksår.** Det er på tværs af regionerne besluttet at gennemføre en indsats til forebyggelse af tryksår med den målsætning at tryksår opstået under indlæggelse er elimineret i 2014. Indsatsen opstartes i 2012 med en kortlægning af forekomsten af tryksår og etablering af en baseline.

### **Kvalitetsudvalgets bemærkninger**

Kvalitetsudvalget glæder sig over at handlingsplanens målsætning for reduktion i HSMR er opnået. Udvalget forventer, at der arbejdes videre med henblik på yderligere reduktioner, som det fremgår af nationale målsætninger.

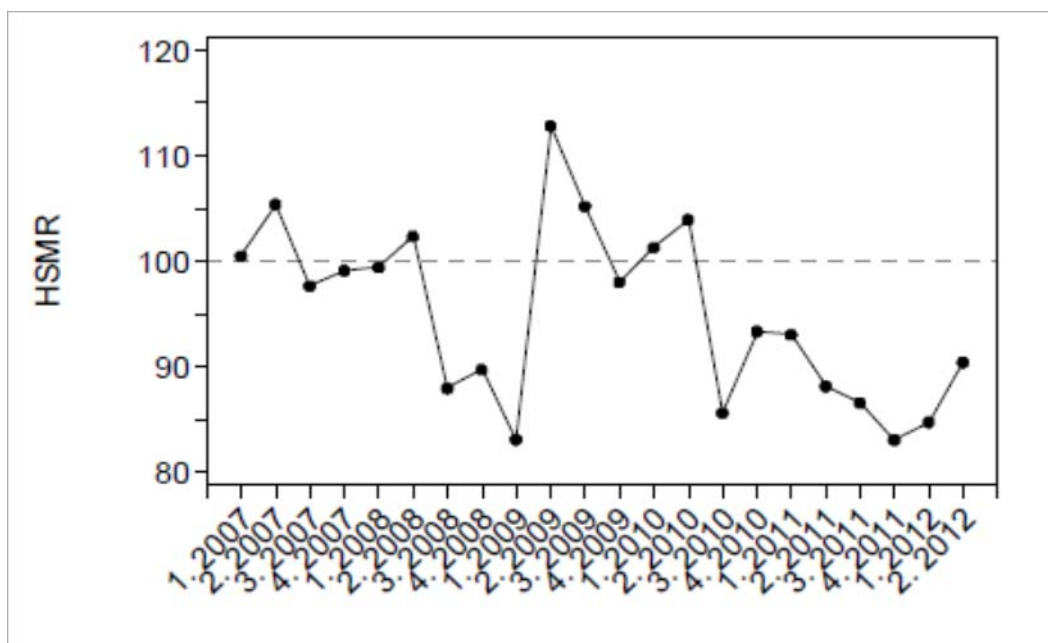
Kvalitetsudvalget konstaterer, at den systematiske måling af skader kræver en stor implementeringsindsats og at metoden ikke er velegnet til sammenligning mellem hospitaler. Metoden giver viden om skadesmønstre og styrker fokus internt på det enkelte hospital

Kvalitetsudvalget finder resultaterne af indsatsen i forhold til Clostridium Difficile tilfredsstillende og ser frem til at få data for de øvrige indsatsområder.

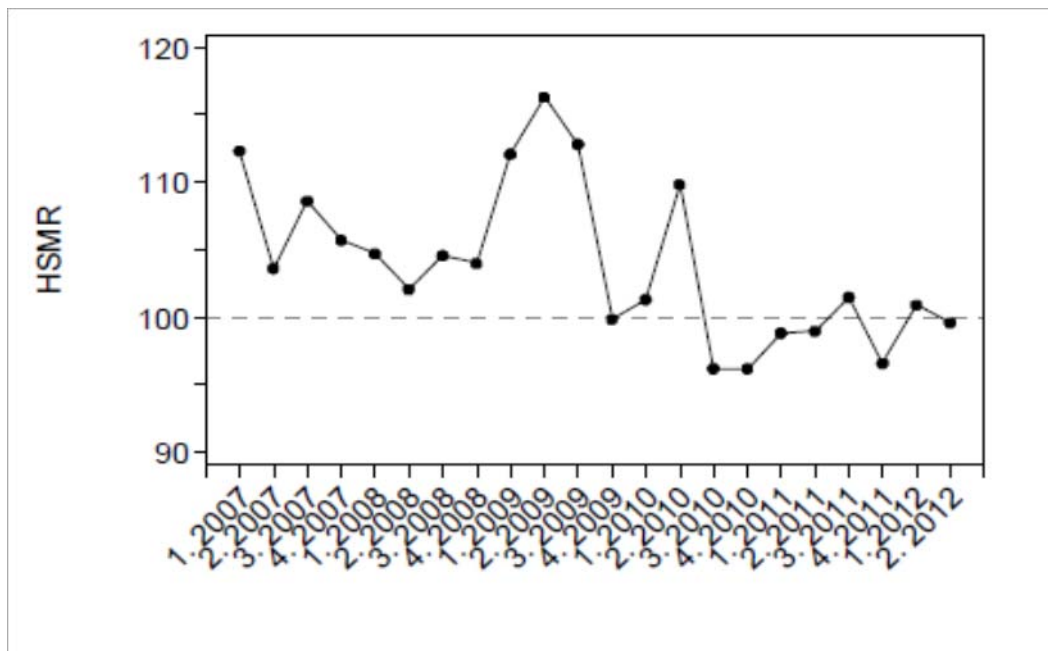
Kvalitetsudvalget følger udviklingen af rapporteringer af utilsigtede hændelser i praksissektoren med henblik på udvikling af en moden sikkerhedskultur.

## Bilag 1 HSMR for hospitaler i Region Hovedstaden

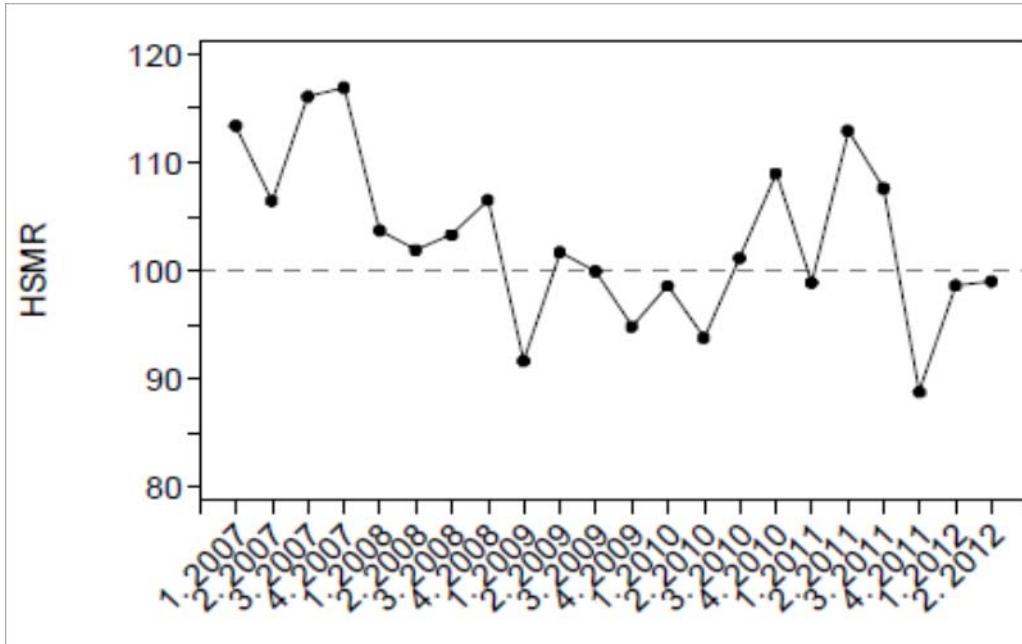
### Amager Hospital



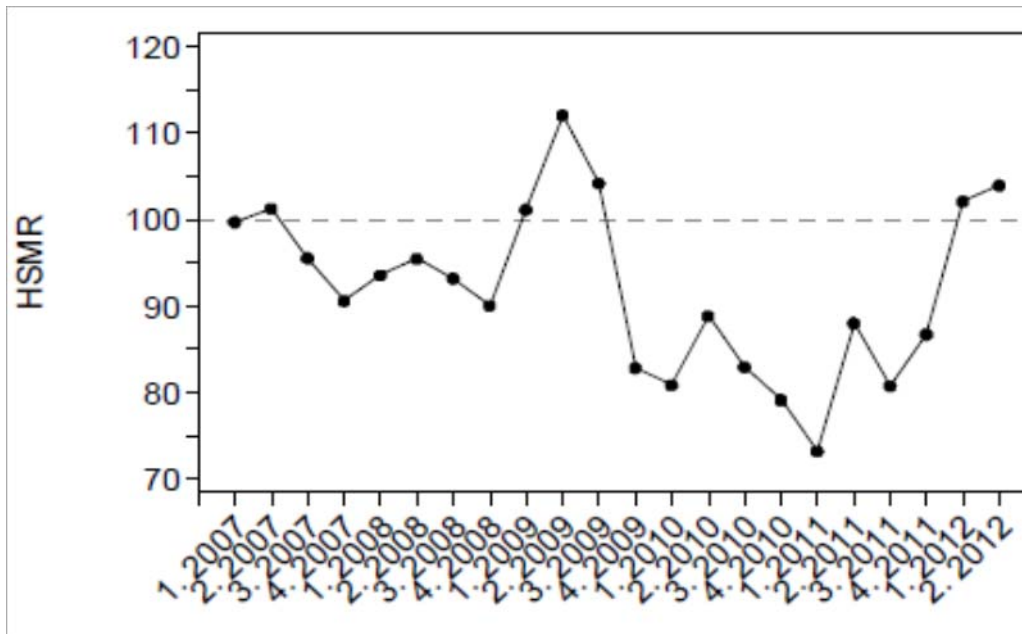
### Bispebjerg Hospital



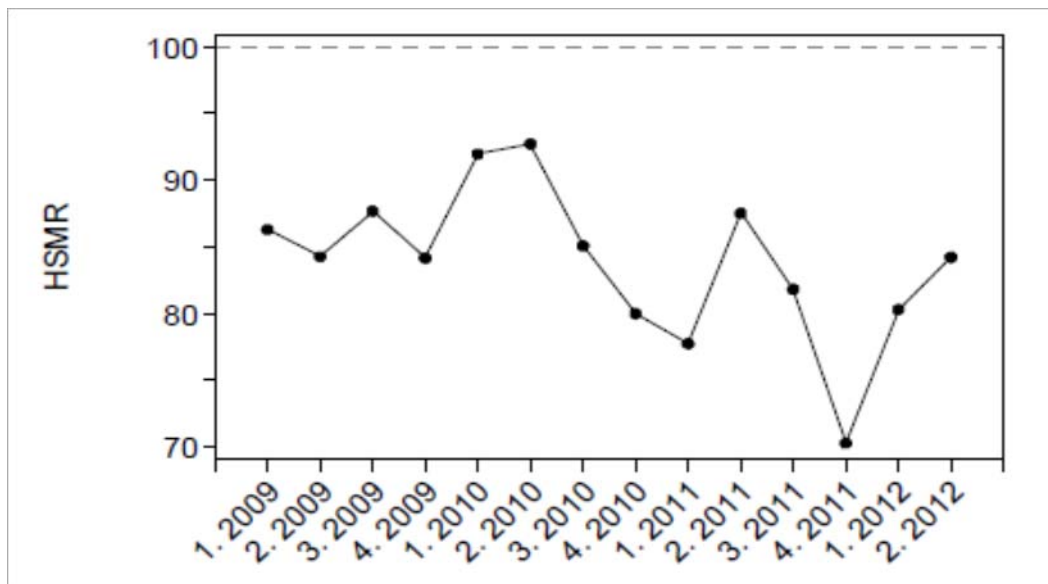
Bornholms Hospital



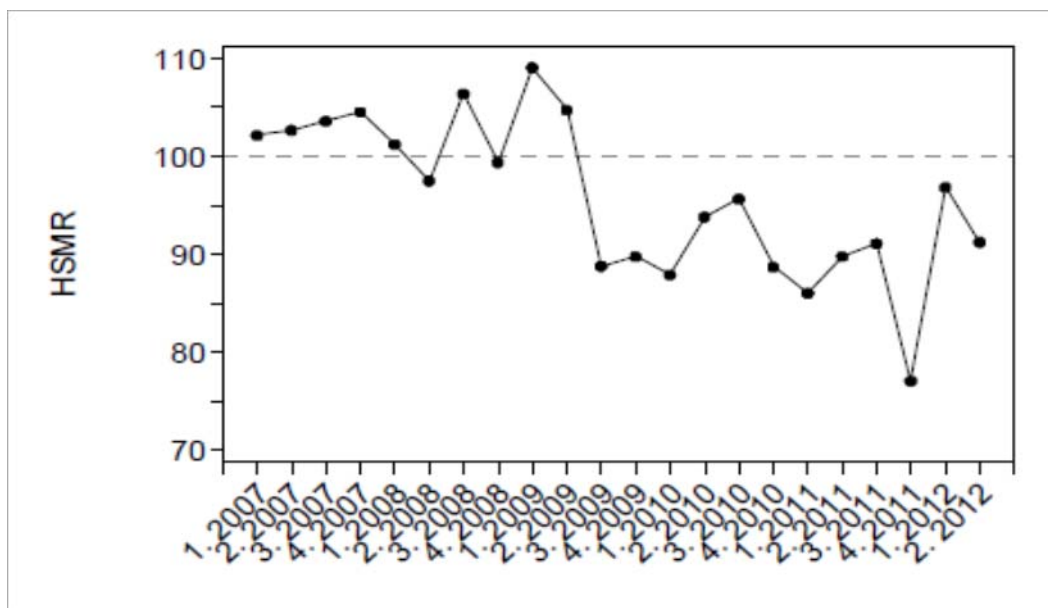
Frederiksberg Hospital



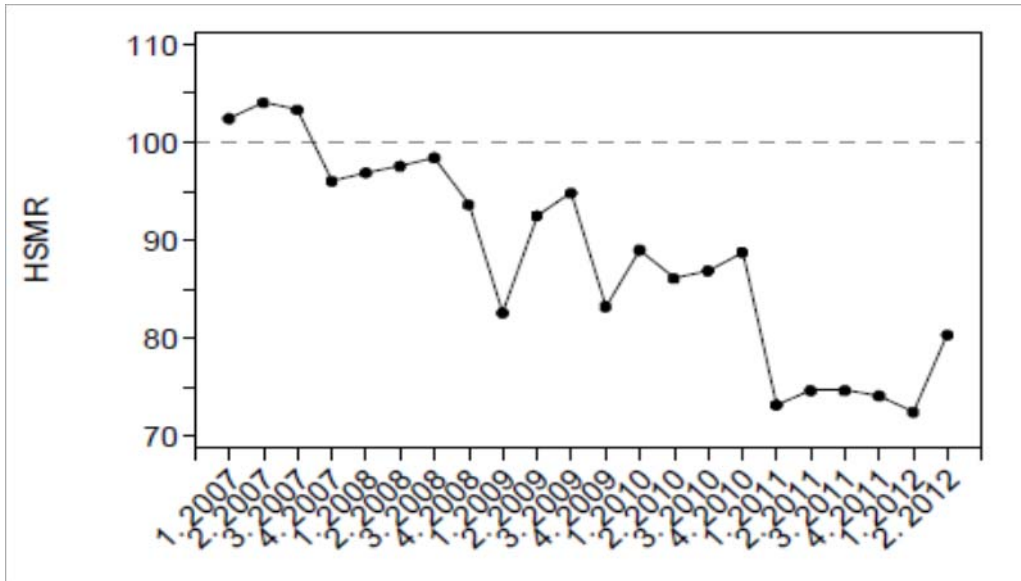
Frederikssund Hospital



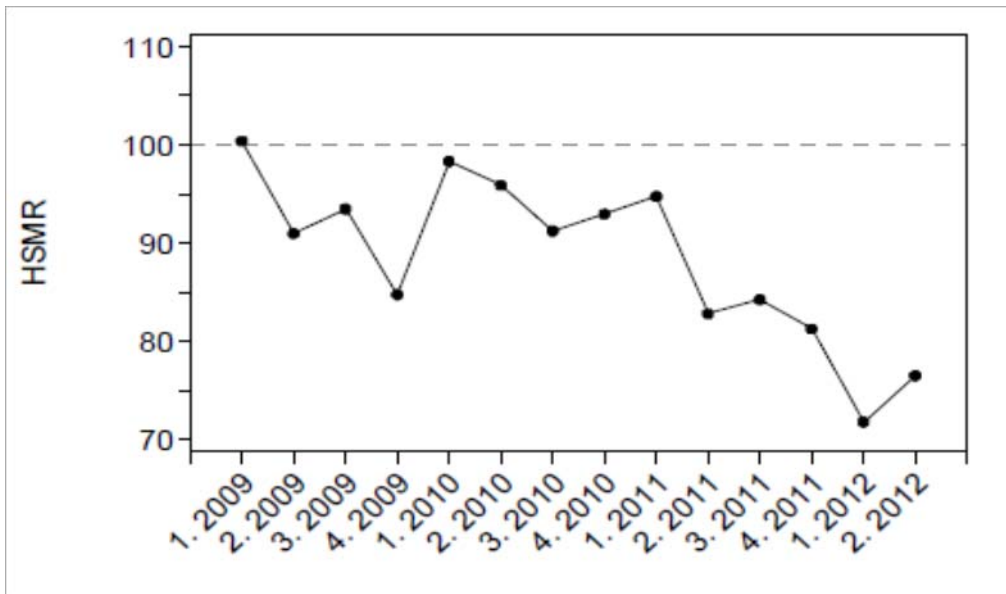
Gentofte Hospital



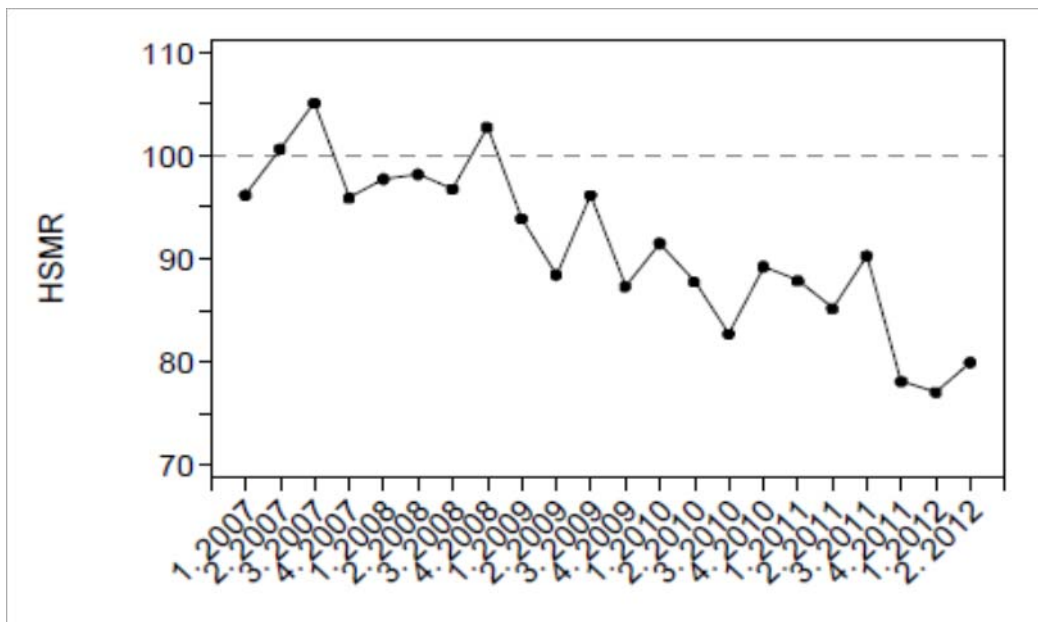
Glostrup Hospital



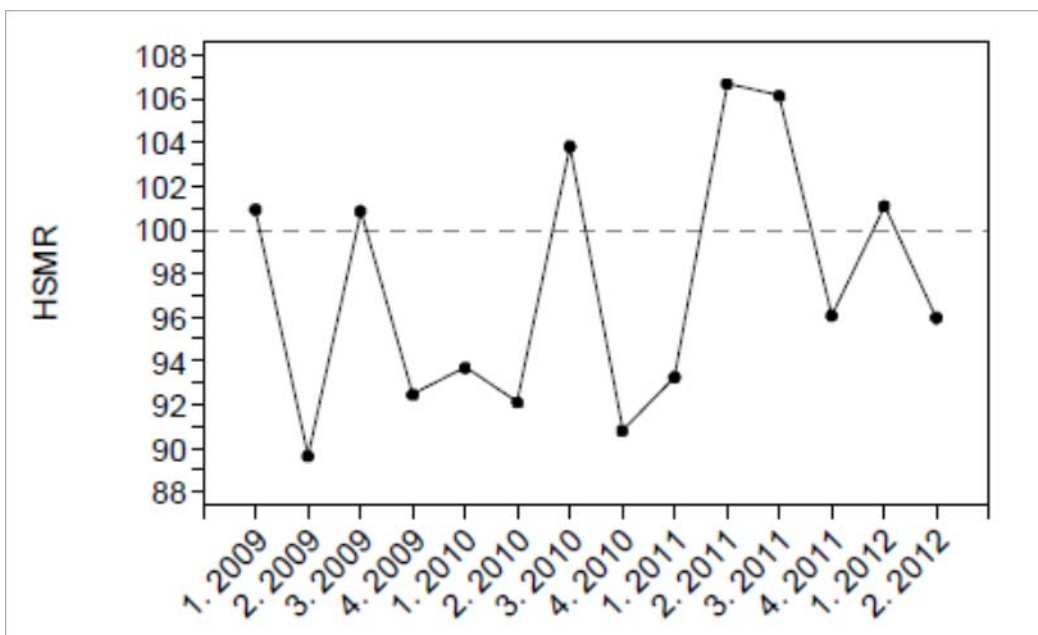
Helsingør Hospital



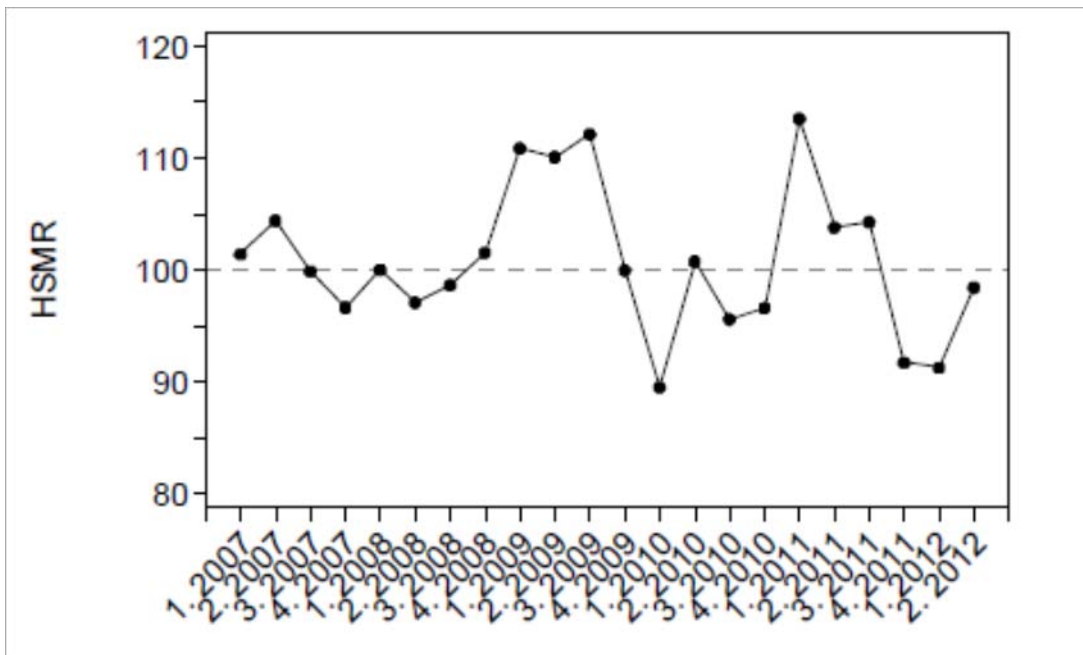
Herlev Hospital



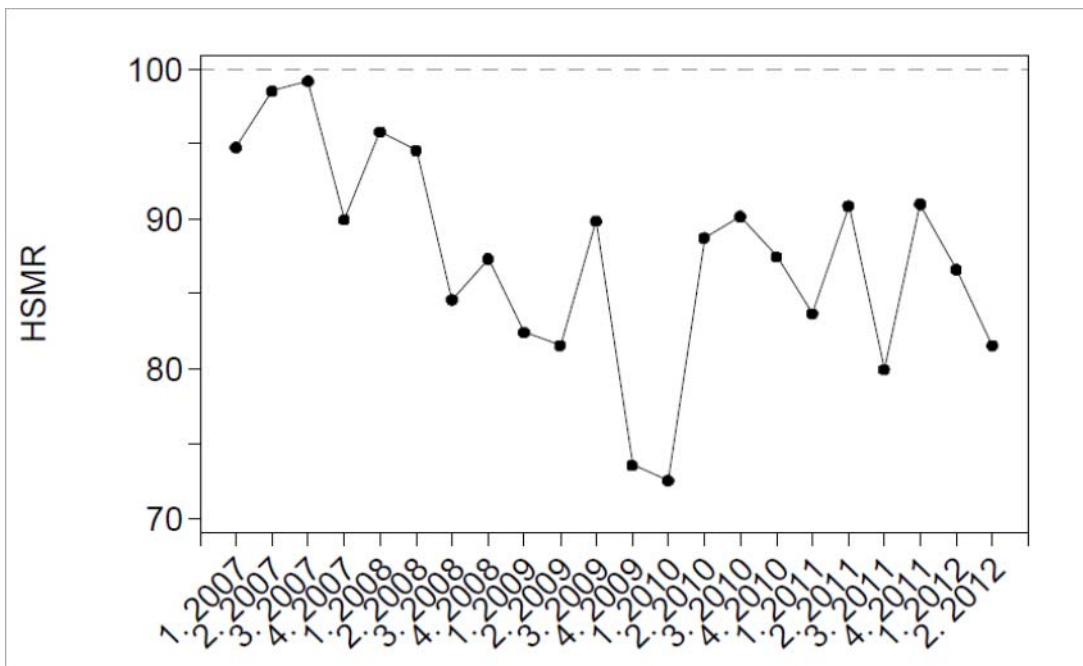
Hillerød Hospital



Hvidovre Hospital



Rigshospitalet





Kvalitetsudvalget

# Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan - Effektivitet

Afreportering til regionsrådet  
November 2012

REGION

## Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet afrapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden afrapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

## Behandlingen skal være effektiv

Patienterne skal tilbydes en rationel, veldokumenteret og omkostningseffektiv behandling, og der skal være sammenhæng i udrednings- og behandlingsforløb på tværs af sektorer og hospitaler. Arbejdet med at tilbyde en effektiv behandling tager afsæt i fire overordnede indsatsområder:

Ensartet kvalitetsniveau

Sammenhængende patientforløb

Rationel medicinanvendelse

It understøttelse

Der er opstillet følgende målsætninger for de fire indsatsområder:

- Målopfyldelse i NIP i henhold til dialogaftaler
- Kliniske retningslinjer for alle specialer
- Pakkeforløb for hjerter, diabetes og apopleksi implementeret
- 90 % efterlevelse af medicinrekommendationer
- Integration af it og kvalitet

### Målsætning: Målopfyldelse i NIP i henhold til dialogaftaler

Målsætningen tager udgangspunkt i de årlige dialogaftaler. I dialogaftalerne indgik mål for udvalgte indikatorer i fire databaser i det nationale indikatorprojekt (NIP). Indikatorerne er udvalgt af de relevante sundhedsfaglige råd ud fra en vurdering af, hvor der var behov for en særligt fokuseret indsats for at forbedre regionens resultater.

Siden kvalitetshandlingsplanens vedtagelse i 2010 er det nationale indikatorprojekt lagt sammen med de øvrige kliniske kvalitetsdatabaser i Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP). De tidligere NIP databaser føres uændret videre. Endvidere er de årlige dialogaftaler i Region Hovedstaden afløst af toårige udviklingsaftaler, som ikke indeholder fælles målsætninger for klinisk kvalitet.

Resultaterne for de indikatorer, der indgik i dialogaftalerne fremgår af nedenstående tabel.

Sygdomsområde	Indikator	Region H 2010	Region H 2011	Landsresultat 2011
<b>Hjerteinsufficiens</b>	1, andel af patienter, der får foretaget ekkokardiografi – standard 90 %	81 %	89 %	92 %
	2, andel af patienter der NYHA klassificeres ved udskrivning eller ved første ambulante kontrol – standard 90 %	71 %	85 %	89 %
	3b, andel af patienter med nedsat systolisk funktion, der er opstartet eller forsøgt opstartet behandling med betablokker – standard 80 %	83 %	84 %	88 %
<b>Apopleksi</b>	3, andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi og atrieflimren, som sættes antikoagulations- behandling indenfor 14. indlæggelsesdøgn – standard 95 %	84 %	86 %	85 %
	4, andel af patienter der får udført en MR/CT scanning indenfor 1. indlæggelsesdøgn – standard 80 %	76 %	85 %	85 %
	10, andel af patienter, der vurderes med vandtest indenfor 1. indlæggelsesdøgn – standard 90 %	62 %	77 %	73 %
<b>Diabetes</b>	Hele behandlingspakken – ingen standard fastsat, et højt niveau tilstræbes	76 %	85 %	85 %
<b>Skizofreni</b>	5a, andel af patienter, hvor de pårørende tager imod tilbud om kontakt – standard 90 %	76 %	75 %	82 %
	6, andel af incidente patienter, der tager imod psykoekudation inden for to år – standard 40 %	32 %	37 %	44 %

**Tabel 1:** Målopfyldelse for indikatorer i dialogaftalerne 2010 og 2011

Selv om dialogaftalerne er faldet væk er der fortsat fokus på den kliniske kvalitet og resultaterne i de tidligere NIP databaser for apopleksi, hjerteinsufficiens, diabetes og skizofreni, som indgik i dialogaftalerne, følges tæt.

For **apopleksi** opfylder Region Hovedstaden standarderne for 10 ud af 18 indikatorer og ligger over landsresultatet for 11 ud af 18 indikatorer i sidste årsrapport. Der er forbedrede resultater for 10 af 18 indikatorer i sidste årsrapport.

For **hjerteinsufficiens** opfylder Region Hovedstaden standarderne for fem ud af syv indikatorer og ligger over landsresultatet for to ud af syv indikatorer i sidste årsrapport. Der er forbedrede resultater for seks ud af syv indikatorer i sidste årsrapport.

For **diabetes** opfylder Region Hovedstaden standarderne for seks ud af syv indikatorer og ligger på eller over landsresultatet på fire ud af syv indikatorer. Der ses forbedrede resultater for alle indikatorer i sidste årsrapport.

For **skizofreni** opfylder Region Hovedstaden standarderne for 11 ud af 25 indikatorer og ligger på eller over landsgennemsnittet på 13 ud af 25 indikatorer. Der er forbedrede resultater for 16 ud af 25 indikatorer i sidste årsrapport.

## **Regionale initiativer**

### Auditmøder

Der afholdes regionale møder med de relevante sundhedsfaglige råd for alle de ca. 50 kliniske kvalitetsdatabaser, inkl. de fire nævnte, hver gang der udkommer en årsrapport. På mødet drøftes Region Hovedstadens resultater, det vurderes om datakompletheden og kvaliteten er tilfredsstillende. På baggrund af drøftelsen rådgiver det pågældende sundhedsfaglige råd det regionale kvalitetsråd og ledelsessystemet i Region Hovedstaden med anbefalinger til konkrete indsatsområder og/eller kvalitetsudviklingsaktiviteter på baggrund af resultaterne i årsrapporten. I bilag 1 ses et eksempel på referatet fra et møde med SFR.

### LEAN

Regionens LEAN strategi understøtter arbejdet med kvalitetshandlingsplanen på en række områder. Den overordnede mission for LEAN strategien er at understøtte udviklingen af et moderne og effektivt sundhedsvæsen i Region Hovedstaden ved at skabe øget værdi for borgere og patienter gennem bedre kvalitet, højere produktivitet og kortere gennemløbstider samt en større medarbejdertilfredshed ved konkrete LEAN aktiviteter.

I den regionale LEAN strategi er der defineret fokusområder og indsatser med årlige målsætninger frem til 2016. Der er i henhold til strategien i 2011 og 2012 gennemført LEAN projekter på ambulatorierne på en række af regionens hospitaler med støtte og rådgivning fra den regionale LEAN enhed. Sideløbende er der foretaget en omfattende uddannelsesindsats i form af introduktionsmøder, undervisning og egentlige uddannelsesforløb.

## **Målsætning: Kliniske retningslinjer for alle specialer**

Regionens sundhedsfaglige råd blev oprindeligt bedt om at udarbejde to kliniske retningslinjer for hvert speciale. Herudover kræver akkrediteringsstandarderne at der udvikles kliniske retningslinjer for en række kliniske patientforløb.

Status: Der er udarbejdet og publiceret ialt 141 regionale kliniske vejledninger. Der er syv SFR som ikke har udfærdiget fælles vejledninger endnu. Disse er kendetegnet ved at være specialer, som kun findes på få hospitaler. Øvrige SFR har produceret fra 2 - 13 fælles kliniske vejledninger. Status for arbejdet med regionale vejledninger: Samlet foreligger der ca. 230 regionale vejledninger (inkl. kliniske vejledninger).

## Målsætning: Pakkeforløb for hjerter, diabetes og apopleksi implementeret

Et pakkeforløb er en veldefineret ramme for, hvilke undersøgelser patientforløbet skal indeholde med fagligt begrundede mål for, hvor hurtigt henvisning, udredning, behandling og rehabilitering skal ske.

Hjertepakkerne blev aftalt i Økonomiaftalen mellem regeringen og regionerne for 2009. Pakkerne omfatter patienter med ikke-akutte livstruende hjertesygdomme. Følgende hjertesygdomme er omfattet af hjertepakkerne:

- *Stabil angina pectoris*
- *Ustabil angina pectoris og NSTEMI*
- *Hjertesvigt*
- *Hjerteklapsygdom*

Den seneste statusopgørelse fra februar 2012 viser, at Region Hovedstaden oplever udfordringer i forbindelse med at opfylde forløbstiderne for pakkeforløbene. Rehabilitering udgør den væsentligste udfordring for hospitalerne, idet pres på fysioterapien har medført ventetider til hjerterehabilitering for hjertesvigt, stabil og ustabil angina pectoris og NSTEMI. Desuden er der udfordringer i forhold til at overholde forløbstid for udredningsstart.

Forløbstiderne for stabil angina pectoris overholdes eller overholdes med få dages overskridelse for det samlede pakkeforløb på fire ud af 11 hospitaler. For ustabil angina pectoris og NSTEMI er der syv ud af 11 hospitaler, der overholder eller overholder med få dages overskridelse. For hjertesvigt er det fem hospitaler og for hjerteklapsygdom fire ud af 11 hospitaler, der overholder forløbstider.

Region Hovedstaden har i 2012 taget en række initiativer med henblik på at styrke kendskabet til pakkerne i . På den baggrund har der i 2012 været en intensiveret informationsindsats overfor primær sektoren. Indsatsen har omfattet fyraftensmøder på syv af regionens hospitaler for almen praksis om hjertepakker. Derudover informeres alment praktiserende læger via klinikbesøg af facilitatorer om hjertepakkerne. Regionen afholder ligeledes i efteråret tema-undervisning i hjertepakkerne for alment praktiserende læger.

Pakkeforløb for diabetes og apopleksi.

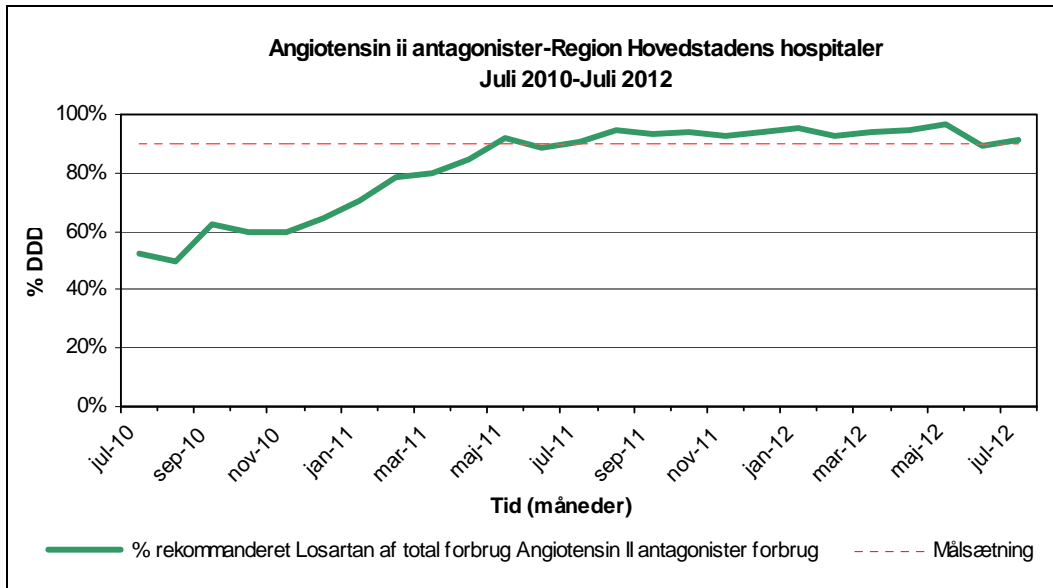
I Region Hovedstaden skal der i perioden 2010 – 2013 udarbejdes regionale pakkeforløb for diabetes og apopleksi.

## Målsætning: 90 % efterlevelse af medicinrekommendationer

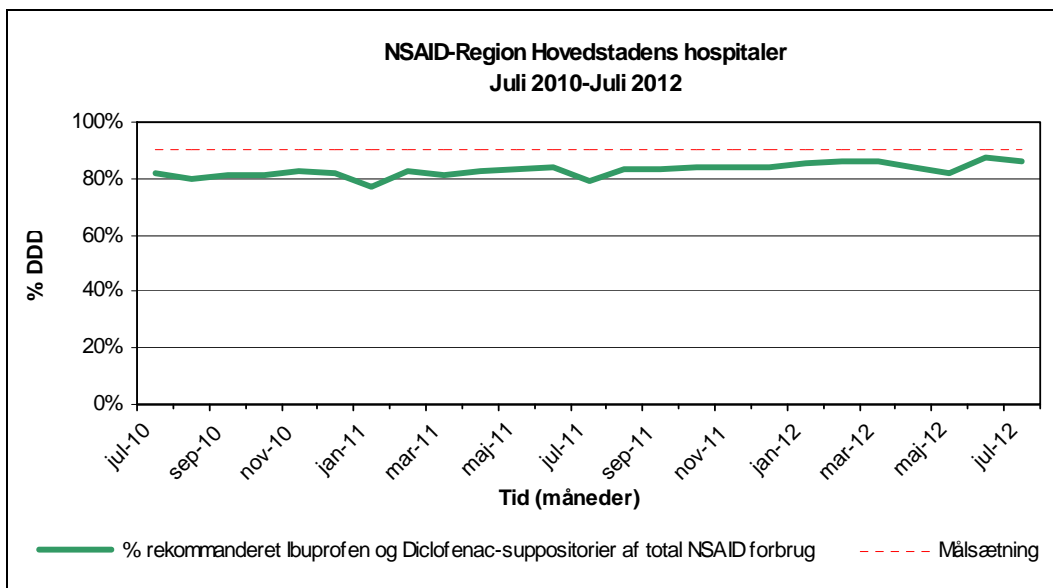
### Hospitaler

Rekommendationer for hvilke lægemidler, der bør anvendes på regionens hospitaler, udarbejdes af den regionale lægemiddelkomité (RLK) i form af en årlig rekommandationsbog eller af Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS), som udarbejder fællesregionale behandlingsvejledninger for en række sygdomsområder, hvor medicinen er meget dyr.

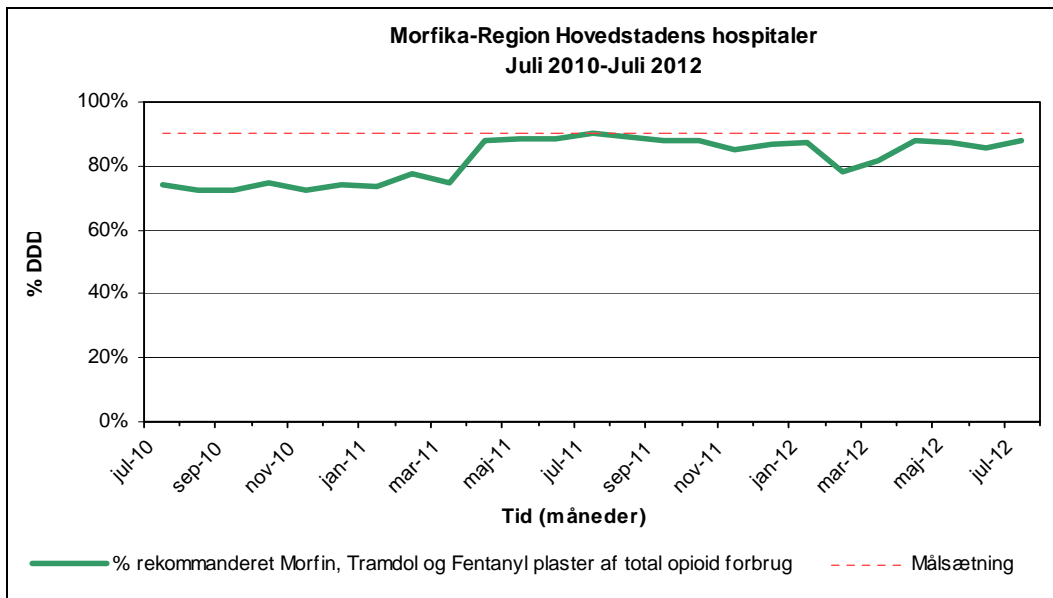
Der er særlig fokus på tre udvalgte lægemiddelgrupper, hvor det vurderes at der er kvalitetsmæssige og/eller økonomiske gevinster ved høj efterlevelse af rekommandationerne. Det drejer sig om Angiotensin 2 antagonister (blodtryksmedicin), NSAID (gigtmedicin) og morfika (stærk smertestillende medicin). I dialogaftalerne var opstillet mål for hospitalernes brug heraf. Figurerne herunder viser forbruget i de tre lægemiddelgrupper



**Figur 1:** Forbrug af rekommanderet lægemiddel i forhold til totalforbrug på regionens hospitaler – Angiotensin 2 antagonist



**Figur 2:** Forbrug af rekommanderet lægemiddel i forhold til totalforbrug på regionens hospitaler – NSAID



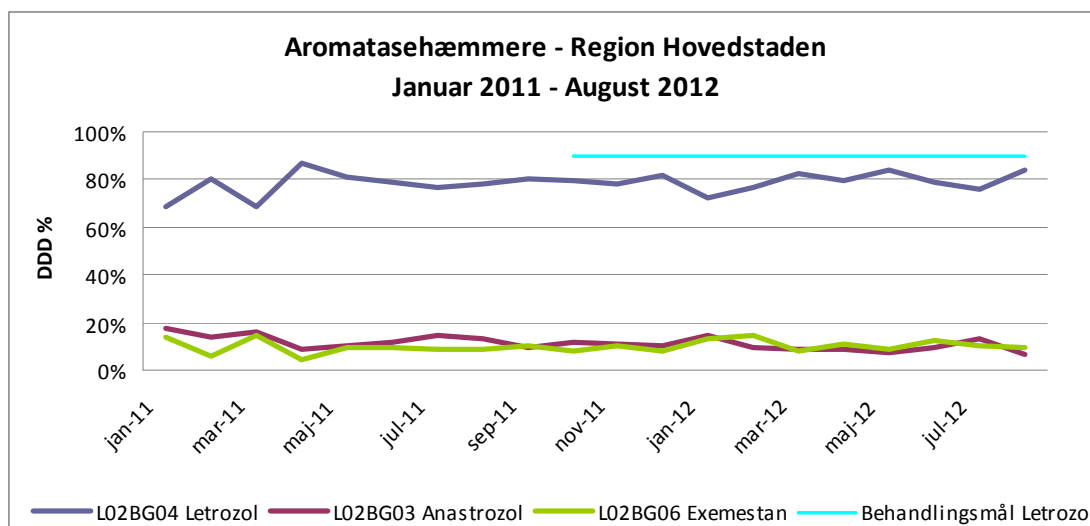
**Figur 3:** Forbrug af rekommanderet lægemiddel i forhold til totalforbrug på regionens hospitaler – morfika

Som det fremgår ligger forbruget i de tre lægemiddelgrupper på eller tæt på målsætningen på 90 % efterlevelse af rekommandationerne.

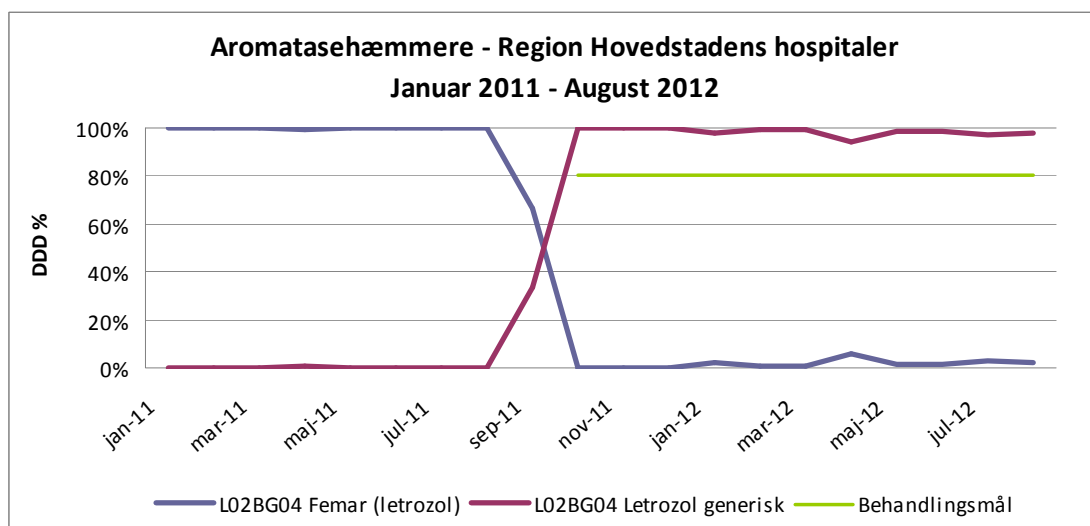
Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin (RADS) udarbejder behandlingsvejledninger og rekommandationer for en række behandlinger, hvor medicinen er meget dyr. Formålet med RADS er at sikre ensartet kvalitet i behandlingen på tværs af landet samt, via udbud, at sikre den billigste pris for lægemidlerne. Regionernes efterlevelse af rekommandationerne monitoreres af de regionale lægemiddelkomiteer. RADS har udarbejdet rekommandationer for aromatasehæmmere (antihormonbehandling til visse typer brystkræft), G-CSF (lægemidler til behandling af blodsygdomme), lægemidler til behandling af sclerose, heptatitis (leverbetændelse) samt HIV/AIDS. Den regionale lægemiddelkomité (RLK) følger op på implementeringen af rekommandationerne fra RADS i dialog med de sundhedsfaglige råd og de kliniske afdelinger.

Figurene herunder viser mængdeforbruget på hospitalerne i Region Hovedstaden i de fem lægemiddelgrupper i forhold til rekommandationerne.

**Aromatasehæmmere (antihormonbehandling til visse typer brystkræft)**



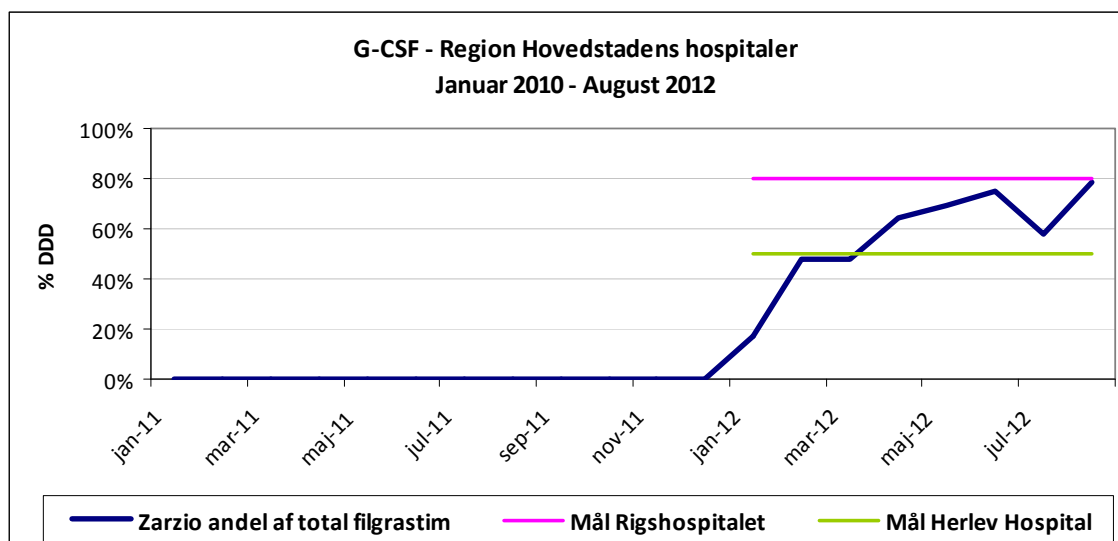
**Figur 4:** Forbrug af de enkelte aromatasehæmmere i forhold til det samlede forbrug af aromatasehæmmere. Der er få afdelinger, der ikke lever op til et behandlingsmål på 90 % af patienterne på letrozol i forhold til den samlede gruppe af aromatasehæmmere (figur 4). RLK afventer en forklaring fra disse afdelinger.



**Figur 5:** Forbrug af generisk (billig) letrozol i forhold til det samlede forbrug af letrozol.

I Region Hovedstaden lever alle afdelinger op til et forbrug på min. 80 % generisk letrozol i forhold til letrozol total.

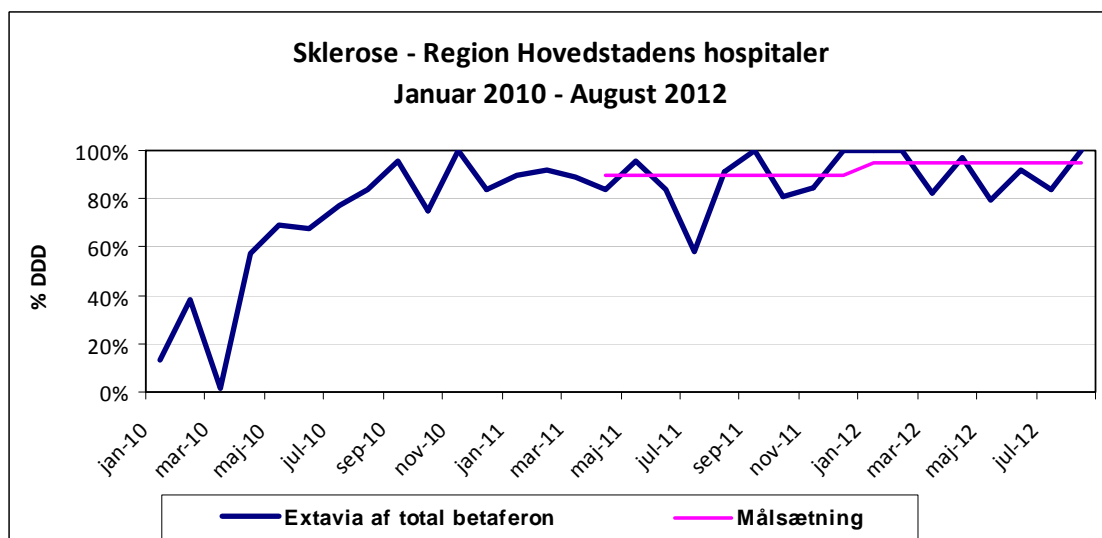
**G-CSF (Granulocytkoloni stimulerende vækstfaktor, lægemidler til behandling af visse blodsygdomme)**



**Figur 6:** Forbrug af generisk filgrastim i forhold til det totale forbrug af filgrastim.

De hæmatologiske afdelinger lever op til deres respektive målsætninger (Herlev Hospital 50 % og Rigshospitalet 80 %).

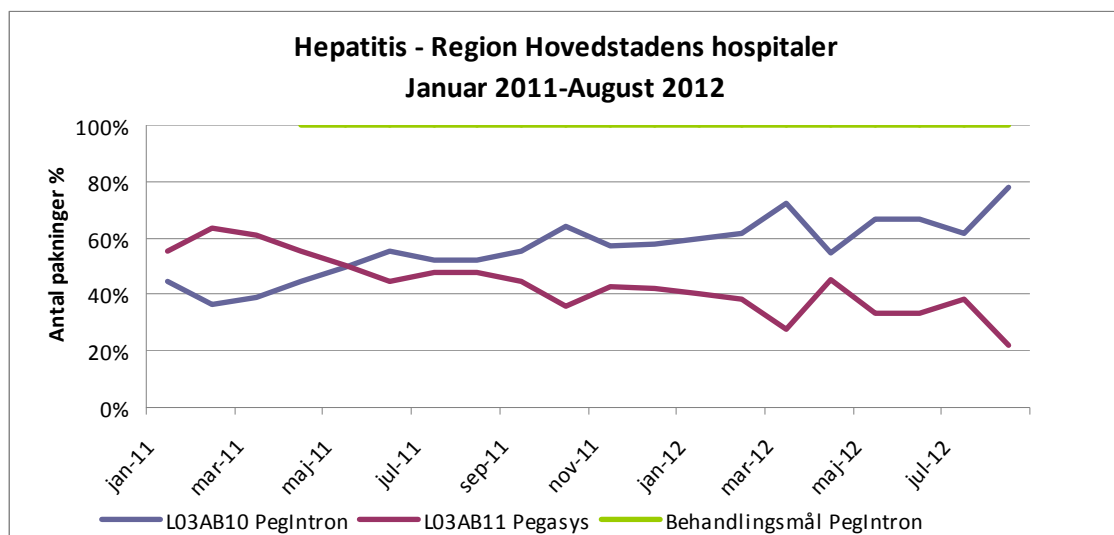
## Sclerose



**Figur 7:** Forbrug af Extavia i forhold til forbrug af total betaferon

De neurologiske afdelinger overholder i store træk vejledningen. De to store afdelinger har hver nogle få patienter som ikke kan anvende Extavia, pga. svækket håndmotorik i forhold til at betjene injektionssprøjten.

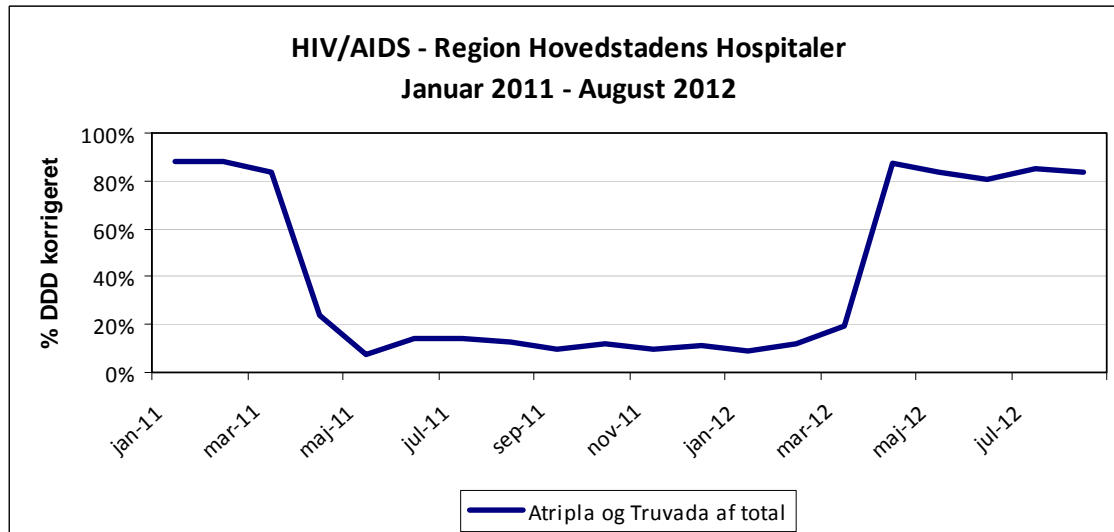
## Hepatitis (Leverbetændelse)



**Figur 8:** Forbrug af PegIntron og Pegasys angivet i antal pakninger da definerede døgndoser ikke kan sammenlignes

Forbruget af PegIntron i Region Hovedstaden bør i 2012 være 100 %. Det overholdes på de fleste afdelinger, mens der er to afdelinger der anvender Pegasys til patienter over 80 kg, da denne behandling er billigst til disse patienter. Det har RLK accepteret foreløbigt, indtil der kommer en ny revision af RADS vejledningen, som forventes at adressere denne patientgruppe.

### HIV/AIDS



**Figur 9:** Forbrug af Atripla (3-stof) og Truvada (2-stof) i.f.t. det samlede forbrug af 3, 2 og enkeltstofferne

I perioden marts 2011 – maj 2012 medførte priserne på de pågældende lægemidler, at rekommandationerne fra RADS blev ændret, således at det hidtil rekommanderede lægemiddel ikke var rekommanderet i den periode. Figur 9 viser, at afdelingerne i regionen meget hurtigt omstiller behandlingen efter den gældende behandlingsvejledning. RLK konkluderer at forbruget er i overensstemmelse med vejledningerne.

## Praksissektor

Medicinfunktionen udarbejder rekommandationer for førstevalg af lægemidler til voksne for de mest almindelige indikationer i almen praksis. Rekommandationerne offentliggøres på [www.Basislisten.dk/hovedstaden](http://www.Basislisten.dk/hovedstaden) og i hospitalernes rekommandationsbog. Anbefalingerne koordineres med hospitalernes rekommandationer for at lette sektorovergange for patienterne. Der er opnået en høj grad af overensstemmelse mellem hospitalernes rekommandationer og rekommandationerne i praksissektoren. Anbefalingerne revideres en gang årligt, samt løbende hvis ændringer på lægemiddelmarkedet kræver det.

Brug af de anbefalede lægemidler samt kvaliteten i lægemiddelordinationerne søges fremmet ved bl.a. besøg af en medicinkonsulent i den enkelte praksis, udsendelse af information i praksissektorens elektroniske nyhedsbrev og afholdelse af temamøder.

I 1. halvår 2012 udgjorde anbefalede lægemidler på praksissektorens Basisliste 93 % af mængdeforbruget af de 25 mest solgte lægemiddelstoffer i praksissektoren (se tabel x.x). De 25 mest solgte lægemidler udgør lidt mere end halvdelen af det samlede mængdeforbrug af lægemidler. Det skal bemærkes, at der ikke findes regionale anbefalinger for alle lægemiddelgrupper på markedet.

Data for 1. halvår Nr. Lægemiddelstof	Mio. kr. AUP		Mio. DDD		Placering i 2011
	2011	2012	2011	2012	
1 C10AA01 - Simvastatin	9,5	7,6	22,8	23,6	1
2 C08CA01 - Amlodipin	5,1	4,8	17,0	18,1	2
3 B01AC06 - Acetylsalicylsyre	12,6	15,0	15,7	15,6	3
4 C03AB01 - Bendroflumethiazid og kalium	20,2	19,9	13,2	12,7	4
5 C03CA01 - Furosemid	5,5	5,6	11,9	12,2	5
6 C09AA02 - Enalapril	4,5	5,0	11,5	11,7	6
7 C09CA01 - Losartan	8,0	5,3	8,6	10,3	7
8 N06AB04 - Citalopram	13,3	6,2	7,5	7,9	8
9 N02BE01 - Paracetamol	15,0	16,0	7,2	7,3	9
10 C09AA05 - Ramipril	2,3	1,4	6,8	7,2	10
11 A02BC02 - Pantoprazol	4,7	4,7	6,0	7,1	12
12 C07AB02 - Metoprolol	12,0	17,1	5,2	5,5	13
13 G03AA10 - Gestoden og estrogen	4,5	3,0	6,5	5,5	11
14 A10BA02 - Metformin	5,9	8,1	4,9	5,5	16
15 C09DA01 - Losartan og diuretica	8,0	6,2	4,7	5,5	17
16 A02BC01 - Omeprazol	4,5	3,7	5,0	5,1	15
17 C10AA05 - Atorvastatin	25,8	21,3	4,0	4,7	20
18 H03AA01 - Levothyroxinnatrium	4,9	5,6	4,0	4,3	19
19 M01AE01 - Ibuprofen	6,6	6,2	4,2	4,2	18
20 G03AA09 - Desogestrel og estrogen	7,4	5,1	5,1	4,1	14
21 C09BA02 - Enalapril og diuretica	2,9	1,9	3,4	3,5	23
22 N06AB06 - Sertralin	3,4	5,7	3,4	3,5	24
23 M05BA04 - Alendronsyre	3,4	2,2	2,9	3,2	25
24 G03AA07 - Levonorgestrel og estrogen	0,9	4,6	0,7	3,2	99
25 R03AK07 - Formoterol og andre midler mod obstruktiv lungesygdo	56,8	55,8	2,9	2,9	27
Top 25 i alt	247,7	238,1	185,2	194,4	
Antal af total AUP hhv. DDD - alle lægemidler	16%	16%	53%	55%	
Andel af top 25 anbefalet på Basislisten 2012 (grønne + blå)	93%	94%	92%	93%	
Andel af top 25 ikke anbefalet på Basislisten 2012 (røde)	5%	3%	6%	5%	
Andel af top 25 der ikke er taget stilling til på Basislisten 2012 (sorte)	2%	2%	2%	2%	

**Tabel 2:** Opgørelse over de 25 mest solgte lægemidler i 1. halvår 2012 sammenholdt med Basislisten

AUP = Apotekets udsalgspriser (omsætning), DDD= Definerede Døgn doser (mængdeforbrug). Lægemidler med grønt = anbefalet på basislisten, blå = anbefalet på basislisten til visse patienter, rød = ikke anbefalet på basislisten. sort = der er ikke taget stilling på basislisten.

## Målsætning: Integration af it og kvalitet

Implementering af it systemer og redskaber til dokumentation i patientjournalen er et tværgående indsatsområde i dialogaftalerne mellem koncerndirektionen og virksomhederne i 2011. Planen omhandlede

- Implementering og klinisk anvendelse af modulerne i den elektroniske patientjournal (HEPJ) i alle patientbehandlede afdelinger i 2011
- At virksomhederne implementerer tværsektoriel kommunikation og lever op til sundhedsaftalens krav om udbredelse (MEDCOM)
- Udrulning af OPUS notat journalskemaer for den indledende sygeplejevurdering, som i første fase omfatter sengeafdelinger på hospitalet .

Arbejdet med it understøttelse af dokumentation og kommunikation har primært fokuseret på udvikling, afprøvning og implementering af elektronisk patientjournal (H-EPJ) og kliniske inddateringsskemaer (KISO). Der er endvidere løbende fokus på it understøttelse af den tværsektorielle kommunikation.

### Status på HEPJ

Hospitalerne har i perioden oplevet omfattende driftsproblemer med de etablerede IT systemer, hvorfor KD har truffet beslutning om at prioritere konsolidering af de bestående systemer og en øget driftssikkerhed, fremfor yderligere udrulning af moduler, der tilsammen udgør den elektroniske patientjournal. Udbedring omfatter omhyggelig gennemgang af alle hospitalers IT drift og netværk samt udskiftning og fornyelse af hard ware.

Få hospitaler arbejder primært elektronisk med brug af Opus for alle sundhedsfaglige medarbejdergrupper og resten af hospitalerne anvender Opus til lægenotater.

Det regionale Journaludvalg har i 2011/2012 fastlagt en fælles struktur for Opus, således at denne bedre understøtter at klinikerne kan genfinde notater med forskelligt indhold, på tværs af hospitaler. Denne struktur består af en række fælles notatyper samt klassifikation af de faggrupper der skal indføre notater i patientjournalen.

Journaludvalget arbejder endvidere med politikker for hvor andre gennemgående informationer bør placeres, fx for patientens allergi samt navn på patientens sundhedsfaglige kontaktperson. Dette sker dels for at styrkepatientsikkerheden, dels for at nedbringe omfanget af dobbeltdokumentation.

Som led i regionens ambitiøse planer for en sundhedsplatform, indgår erfaringer og politikker fra Journaludvalget i det aktuelle arbejde med at kravspecifisere indhold til den kommende EPJ.

### Status på Kliniske inddateringsskemaer (KISO)

KISO, der består af en suite af strukturerede elektroniske journalskemaer, herunder alle elementer i indledende sygeplejevurdering og daglige plejestatus notater, samt mere generelle og separate skemaer vedr., tryksårsscreening, ernæringsscreening og vitale værdier er udviklet i regionalt regi, afprøvet og nu i drift på Gentofte Hospital. Systemet er bygget i Opus notatskabelon. I 2012 er Amager Hospital kommet til og Hillerød og Herlev Hospitaler planlægger ibrugtagningen i år. En grundig evaluering efter pilotdrift på Gentofte Hospital har vist at systemet fungerer stabilt, at brugerne generelt er tilfredse og det er derfor besluttet at systemet kan udrulles på 1 hospital af gangen.

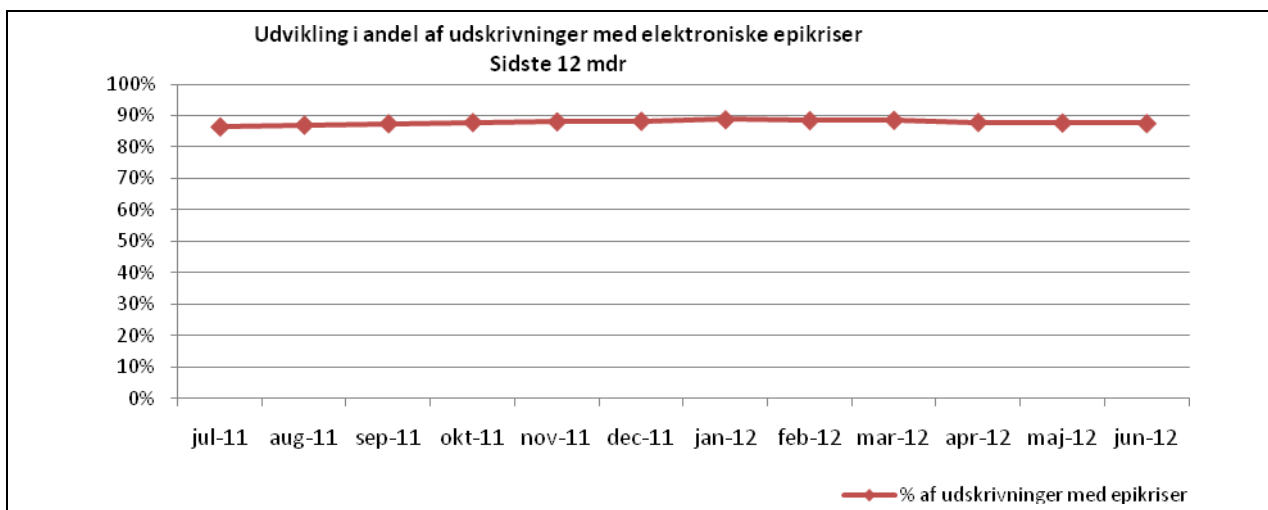
KISO suiten understøtter nye brede regionale initiativer, herunder implementering af Early Warning score og en forebyggende indsats mod opståelse af tryksår under indlæggelse.

Journaludvalget godkender nye skemaer i KISO suiten.

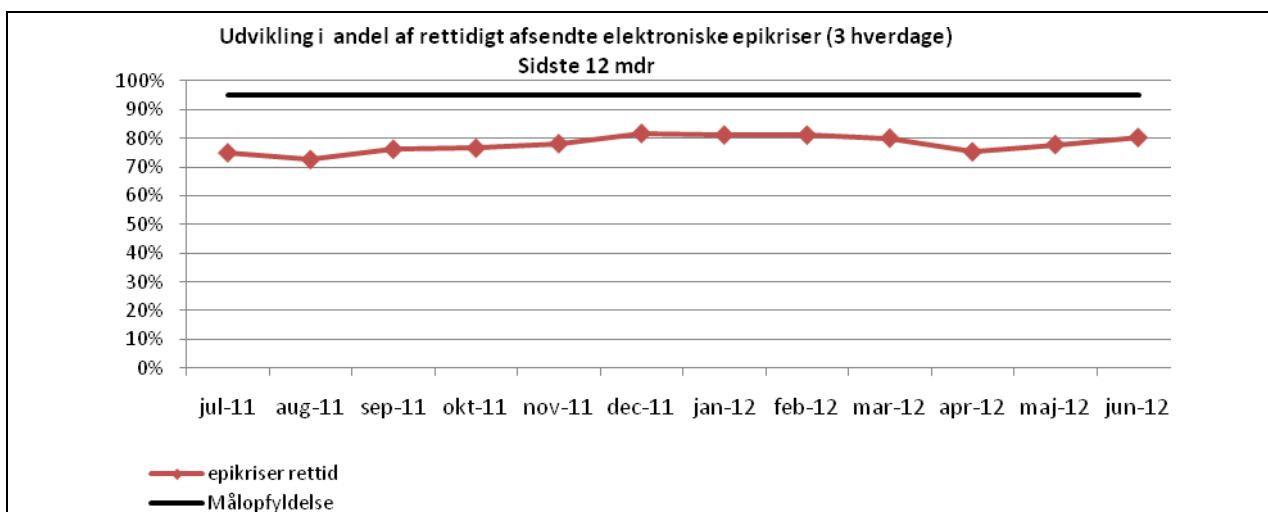
### It understøttelse på tværs af sektorer:

I de seneste år har der været sat stort fokus på at udvikle, implementere og udbrede rettidig brug af elektroniske Medcom standarder, der elektronisk understøtter informationsflowet på tværs af sektorgrænser, regionsgrænser og mellem hospitaler.

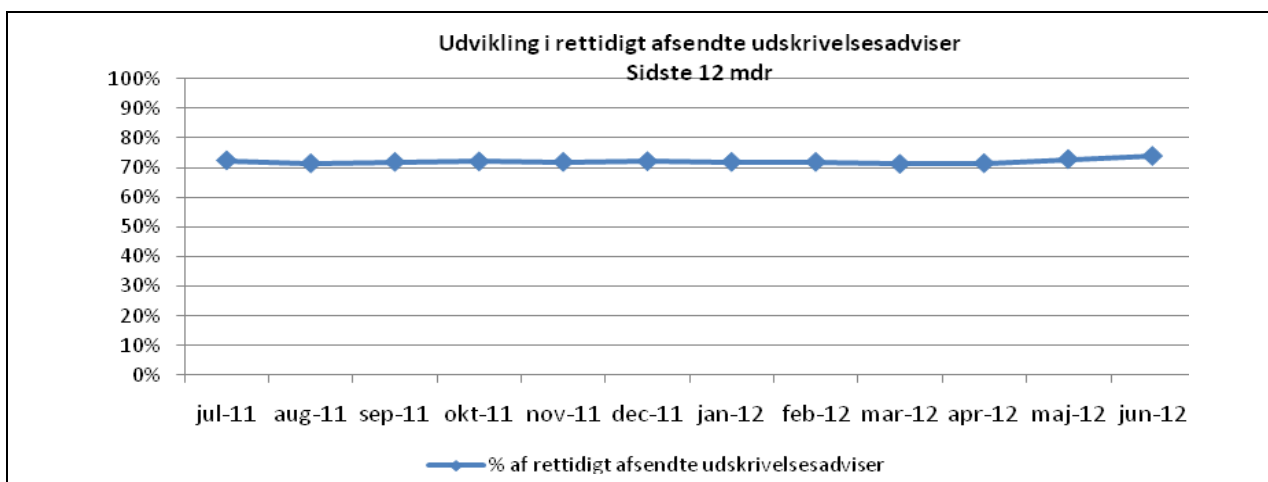
Aftalen omkring brug af elektroniske Medcom meddelelser er bundet op i Sundhedsaftalen. I flere år har samarbejdet mellem hospitaler og praksis været bedst understøttet af elektronisk kommunikation bl.a. ved afsendelse af elektroniske epikriser til egen læge ved udskrivelse, elektroniske advis til kommunerne ved udskrivelse eller afsendte elektroniske henvisninger til hospitalerne.



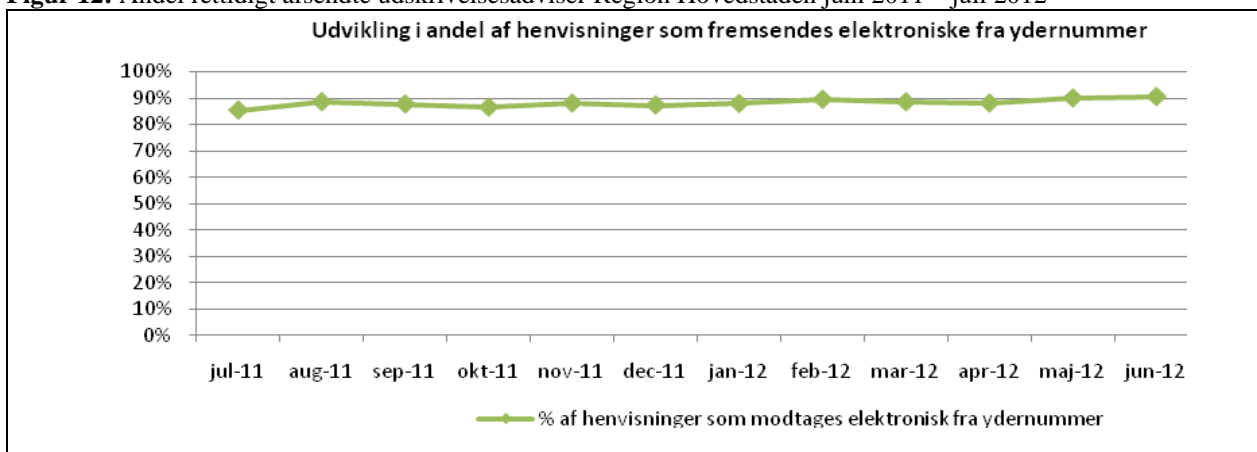
**Figur 10:** Andel udskrivninger med elektroniske epikriser Region Hovedstaden juli 2011-juni 2012



**Figur 11:** Andel rettidigt afsendte elektroniske epikriser Region Hovedstaden juni 2011 – juni 2012



**Figur 12:** Andel rettidigt afsendte udskrivelsesadviser Region Hovedstaden juni 2011 – juni 2012



**Figur 13:** Andel elektroniske henvisninger fra praktiserende læger Region Hovedstaden juni 2011- juni 2012

## Målsætning: Opnåelse af akkrediteringsstatus ved JCI og DDKM

Det er en tværgående målsætning for alle de fire værdier i kvalitetshandlingsplanen, at regionens hospitaler opnår akkrediteringsstatus hos både Joint Commission International og Den Danske Kvalitetsmodel. Alle regionens hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri blev tildelt akkrediteringsstatus af Joint Commission International i 2011.

### Akkreditering ved Den Danske Kvalitetsmodel

Alle regionens hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri har i perioden 16.januar – 14. juni 2012, som de sidste hospitaler i Danmark, gennemgået akkrediteringsbesøg ved Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM).

Regionens nyetablerede Præhospitale Virksomhed har som de første i Danmark endvidere gennemgået det første danske præhospitale akkrediteringsbesøg, som endvidere omfattede Falck samt Københavns og Frederiksberg Ambulancetjenester. Der foreligger derfor endnu ikke et nationalt sammenligningsgrundlag for det område.

Grundlaget for akkrediteringsbesøgene er 1. udgave af de danske standarder for hospitaler, som består af 104 standarder. Hver standard konkretiseres i et antal indikatorer (målelige elementer) og samlet drejer det sig om 450 indikatorer, der hver især skal vurderes og scores ifm. hospitalsbesøget.

For den Præhospitale Virksomhed drejer det sig om et særskilt standardsæt målrettet det præhospitale område med 53 standarder og 250 indikatorer.

## Resultater

Alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri har klaret sig overordentligt godt og samlet er der opnået et bedre resultat end i de øvrige regioner. På en række områder er standarderne i DDKM ”overopfyldte” i Region Hovedstaden.

- I alt 9 hospitaler og regionens Præhospitale virksomhed har opnået resultatet: Akkrediteret uden bemærkninger
- I alt fire hospitaler har opnået resultatet: Akkrediteret med bemærkninger, heraf skal to hospitaler have genbesøg og to alene indsende dokumentation.

Alle hospitaler har fået megen uforbeholden ros og god omtale.

På tværs af samtlige 13 hospitalsbesøg drejer det sig om

- Velfungerende og sammenhængende Kvalitetsorganisation
- Modenhed i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, herunder den brede tilgang til proaktivitet, læring samt måden der arbejdes med indsamlede kvalitetsdata
- Fremskreden implementering af diverse krav
- Forhold i bygnings- og infrastrukturen, herunder brug af risikoanalyser og styring af hele området omkring kritiske forsyninger
- Hele medicineringsområdet – dels de fastlagte processer og systemer og dels det elektroniske medicineringsystem, der via brug af strekkodescanner og pda kan øge sikkerheden i medicineringsprocesser markant<sup>1</sup>
- Personalestyring- og –kompetenceudvikling, herunder kvalifikationsvurdering, kompetenceprofiler, bemyndigelsesprocesser mv.
- Hygiejne- og infektionsmonitoreringsområdet – både den integrerede hygiejneorganisation, håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøringsmonitorering, rådgivningsarbejdet samt monitorering og håndtering af infektioner og infektionsudbrud
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder udgående teams samt en række kronikerindsatser
- Arbejdet med samarbejdsaftaler og kontrakter mellem virksomheder og eksterne leverandører.

Region Hovedstadens nyetablerede Præhospitale virksomhed har på trods af den relative korte forberedelsestid opnået et flot resultat og Region Hovedstadens Psykiatri fik nationalt set, det bedste resultat for psykiatrien og ekstraordinært megen ros, for det omfattende harmoniseringsarbejde, der er udført for samlet at løfte og binde de mange matrikler sammen, for behandlingsindsatsen og de rammer, der er etableret for psykiatriske patienter.

Hospital	AMH	BBH	BOH	FRH	FSH	GEH	GLO	HEH	HIH	HLH	HVH	RH	RHP
<b>Standarder</b> ikke fuldt opfyldt	1	0	1	4	0	0	0	2	0	0	5	9	0
<b>Indikatorer</b>	2	0	1	6	0	0	0	0	0	0	3	2	1

<sup>1</sup> Region Hovedstadens hospitaler udmærker sig generelt ved at være de eneste hospitaler i Danmark der ikke har nævneværdige fund på medicineringsstandarderne

Ikke opfyldt													
<b>Indikatorer</b>													
Delvis opfyldt	5	4	3	14	1	2	0	7	1	2	10	19	2
<b>Resultat</b>											Besøg	Besøg	

	Akkrediteret uden bemærkninger
	Akkrediteret med bemærkninger

**Tabel 3:** Oversigt over fund ved DDKM akkreditering 2012 Region Hovedstaden

Samlet set er der fra 0 - 20 fund/hospital med relativ stor variation i antal fund. De relativt markante forskelle i resultater mellem enkelte og de øvrige virksomheder vurderes ikke generelt at være et udtryk for reel variation i hospitalernes performance. Årsagen hertil skal dels findes i det store antal surveyors, i surveyornes varierende fortolkninger af standarders krav og formål og endelig forskelle i surveyornes vægtning og bedømmelse af den demonstrerede/observerede praksis.

### Bemærkninger og opfølgning

Der var ingen sammenfaldende tværgående fund mellem hospitalerne.

De væsentligste fund er:

- Mangler i dokumenter<sup>2</sup>
- Dokumentstyring af vejledninger og opslag
- Beredskabsplan – manglende afholdt øvelse eller opdateret plan for hospitaler der i 2012 er fusioneret med områdehospital og således i 2012 indgår i områdehospitalets beredskabsplan
- Krav om at handlingsplaner for forbedringsindsatser skal opfylde en foruddefineret skabelon og opsætning
- Patienters allergioplysninger dokumenteres flere steder i patientjournalen
- Tilfælde hvor der ikke er dokumenteret smertevurdering i patientjournalen
- Misforståelser omkring placering af krav til indhold i henvisninger (disse findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og ikke på hospitalets hjemmeside)
- Regionens ændring af journalauditindikatorer (anden formulering, men samme fokus)
- Ikke fuldt implementeret proces for opfølgning på kritiske prøvesvar
- Beskyttelse af personhenførbare data (på PC og i klinisk undersøgelsesudstyr).

Der er ingen krav om opfølgning for virksomheder som af Akkrediteringsnævnet er ”Akkrediteret uden bemærkninger”.

Hospitaler der er ”Akkrediteret med bemærkninger” skal enten

- indsende dokumentation for håndtering af fundet (fx udarbejde en instruks eller indsende data) indenfor 3 måneder
- have et fokuseret genbesøg indenfor 3 – 6 måneder efter det initiale akkrediteringsbesøg. Genbesøg udføres når bemærkningerne er udløst af manglende implementering. Fokus ved genbesøget er alene de standarder og indikatorer, der ikke var fuldt opfyldte. (Kriterier for at

<sup>2</sup> Forklaringen er at regionale og hospitaler dokumenter som udgangspunkt har en anden inddelingslogik og er udfærdiget før DDKM standarderne forelå i første udgave.

blive akkrediteret med bemærkninger, og for beslutning om genbesøg, adskiller sig væsentligt fra JCI's, som afhænger af en matematisk scoringsalgoritme).

## **Kvalitetsudvalgets bemærkninger**

Kvalitetsudvalget finder, at regionen skal være ambitiøs i forhold til den kliniske kvalitet. Generelt skal alle standarder i de kliniske kvalitetsdatabaser opfyldes. Udvalget glæder sig over at der er fremgang på en række områder, og at Region Hovedstaden ligger bedst i landet på apopleksi. Udvalget forventer at den positive udvikling fortsætter.

Kvalitetsudvalget konstaterer, at der fortsat ikke er udarbejdet kliniske retningslinjer fra syv sundhedsfaglige råd. Udvalget forventer, at der rettes op på dette forhold.

Kvalitetsudvalget finder at efterlevelsen af rekommandationerne for medicin generelt er tilfredsstillende i såvel hospitalssektor som praksissektor. Udvalget har fokus på implementering og efterlevelse af rekommandationer fra RADS.

## BILAG 1

### INDSTILLING FRA DET SUNDHEDSFAGLIGE RÅD FOR NEUROLOGI TIL VICEDIREKTØRKREDSSEN VEDR. OPFØLGNING PÅ ÅRSRAPPORTEN 2011 FOR DANSK APOPLEKSI REGISTER

d. 15.5.2012

Årsrapport	2011 – Dansk Apopleksi Register
Ansvarligt SFR	Neurologi
SFR formandskab	<p><b>Allan Andersen og Bente Ourø Rørth</b></p> <p><b>Auditmøde afholdt d. 16. april 2012.</b> <b>Deltagere:</b> Allan Andersen, ledende overlæge, Glostrup (auditgruppeformand) Arjen Stoop, hospitalskoordinator Hillerød Hospital Dorte Hansen, Afdelingssygeplejerske, Bornholm Helle Iversen, overlæge Glostrup Jan Utzon; Overlæge Kontaktperson for Apopleksi Enhed for Udvikling og Kvalitet Kai Jensen, led. overlæge Hillerød Hospital Karen Eriksen; Fysioterapeut, Bispebjerg Jesper Tybring, Ergoterapeut, Herlev Jesper Erdal, Ledende overlæge, Herlev Lene Hamberg; Oversygeplejerske, Hillerød Lene Michelsen, Afdelingslæge, Glostrup Lisbeth Skree, ergoterapeut, Bornholm Hospital Lise Leth Jeppesen; Overlæge, Bornholm Hospital Maria Papina; Overlæge, Hillerød Marie Birgit Larsen, fysioterapeut, Rigshospitalet Merethe Ørtoft, ledende oversygeplejerske, Herlev Mette Egelund; Oversygeplejerske, Rigshospitalet Palle Petersen; Ledende overlæge, Rigshospitalet Peter Michael Nielsen; Overlæge, Amager Stine Lassen; Fysioterapeut, Bornholm Susanne Zielke; Klinisk oversygeplejerske Sygeplejerske, Bispebjerg Tanja Kirstine Hyldahl; Sygeplejerske, Rigshospitalet Therese Dahl; Ledende ergoterapeut, Glostrup Trine Thomsen; Sygeplejerske, Bispebjerg</p> <p>Den fulde årsrapport er tilgængelig via følgende link: <a href="https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_apopleksi-aarsrapport2011v1124042012.pdf">https://www.sundhed.dk/content/cms/69/4669_apopleksi-aarsrapport2011v1124042012.pdf</a></p>
Har kvalitetsniveauet et tilfredsstillende niveau på regionens hospitaler – vurderet med udgangspunkt i de valgte indikatorer?	<p>Det er overordnet særdeles glædeligt, at apopleksi resultaterne i år igen er løftet markant på mange af indikatorerne. Region Hovedstaden er på 2 år gået fra at have nogle af landets dårligste resultater til nu at have landets bedste.</p> <p>(Der henvises i øvrigt til skema med samtlige</p>

Hvis ikke – uddyb	indikatorresultaterne, der vedhæftes som bilag)
<p>Har SFR anbefalinger til konkrete indsatsområder til Kvalitetsrådet i relation til ovenstående samt evt. et estimat for hvad det vil koste at gennemføre dem?</p>	<p>Der er sket forbedringer på alle de indsatsområder, som blev aftalt sidste år:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vandtest</li> <li>2. CT-scanning</li> <li>3. Ergo og fysioterapi</li> <li>4. Ernæring</li> </ol> <p>Dette skyldes ikke mindst de midler som Regionsrådet afsatte til ansættelse af sygeplejefaglige nøglepersoner på de indberettende afdelinger i løbet af sidste år.</p> <p>Det største tilbageværende problem vurderes af auditgruppen at være, at vandtesten, som trods en fremgang på 12% i året fortsat kun er 76%. Auditgruppen er enige om, at der skal gøres en kraftiganstrengelse for systematisk implementering af den nye dysfagi vejledning. Det betyder bl.a., at alle hospitaler skal sikre vandtesten bliver foretaget ved modtagelsen og at der opsættes skilt ved sengen såfremt patienten ikke har fået foretaget vandtest (så alle kan se det). Det aftales, at afdelingerne <u>senest 1. juni</u> skal have udarbejdet en implementeringsplan inklusiv en lokal tidsplan for implementeringen af vejledningen. Vejledningen skal dog være implementeret <u>senest d. 1. september 2012</u>. Det er afdelingsledelsens ansvar, at implementere vejledningen på de enkelte afdelinger. Målet er, at alle hospitaler i Region H overholder standarden i 2012.</p>
<p>Giver gennemgangen af årsrapporten og dens konklusioner og anbefalinger i øvrigt anledning til forslag til indsatsområder?</p>	<p>Nej</p>
<p>Giver gennemgangen af årsrapporten i øvrigt anledning til kommentarer?</p>	<p>Vi er glade for fremgangen og at Region H nu ligger i top på landsniveau, men endnu ikke tilfredse før alle mål er nået.</p>
<p>Godkendt af Vicedirektørkredsen på møde d.</p>	

## Bilag 1 – apopleksi oversigt over indikatorer og resultater

<b>GENNEMGANG AF INDIKATORER</b> Hvis indikatoren er opfyldt er den angivet som grøn, hvis den næsten er opfyldt er den gul og hvis den ikke er opfyldt er den rød.	<b>Kommentar fra klinisk audit</b>	<b>Auditgruppens løsningsforslag</b>
<b>Indikator 1</b> - Indlæggelse på apopleksienhed senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 90%)  Status: Region Hovedstaden overholder standarden med et resultat på 95%. Lands gennemsnittet er 94%. Region H har forbedret resultatet med 2% sammenholdt med 2010.  Hospitalernes resultater ligger i intervallet 89% (Amager) til 100% (Rigshospitalet)	Auditgruppen betragter resultatet som tilfredsstillende.	<b>Overordnet kommentar:</b> <b>Det er overordnet særdeles glædeligt, at apopleksi resultaterne i år har forbedret sig igen.</b>  Der vurderes, at de penge der har været afsat til at ansætte en indpisker har bidraget væsentligt til de gode resultater.
<b>Indikator 2</b> – Trombocyt-hæmmende behandling af patienter med akut iskæmisk apopleksi uden atrieflimren senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 95%)  Status: Region Hovedstaden overholder standarden med et resultat på 95%. Lands gennemsnittet er 93%. Region H har forbedret resultatet med 2% sammenholdt med 2010.  Hospitalernes resultater ligger i intervallet 85% (Bornholm) til 97% (Frederiksberg og Herlev)	Auditgruppen betragter resultatet som tilfredsstillende. På landsplan er Region H den, der ligger bedst på denne indikator.	
<b>Indikator 3</b> - Antikoagulansbehandling af patienter med akut iskæmisk	Fremgangen på 2% i forhold til 2010 betragtes som utilfredsstillende.	Apopleksienhederne skal indskærpe, at nye læger og sygeplejersker kender

<p>apopleksi og atrieflimren senest 14 dage efter indlæggelse (mindst 95%)</p> <p>Status: Region Hovedstaden resultat er 86% og opfylder ikke standarden. Landsgennemsnittet er 85%. Der er i Regions H tale om en fremgang på 2% sammenholdt med 2011.</p> <p>Hospitalernes resultater ligger i intervallet 38% (Bornholm) - 97% (Bispebjerg).</p>	<p>Auditgruppen konkluderede, at der stadig er en udfordring mhp. dataregistrering, som medvirker til at standarden ikke overholdes.</p>	<p>vejledningen. Afdelingsledelsen og de lokale indpiskere skal have opmærksomhed herpå såvel som sikre dataregistreringen. Den nye vejledning omkring registrering i Dansk Apopleksi databasen er udkommet i VIP i denne uge. Alle afdelinger bedes om at formidle og følge vejledningen.</p>
<p><b>Indikator 4</b> - CT/MR-scanning senest 1. indlæggelsesdøgn (mindst 80%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 85% og opfylder standarden. Landsgennemsnittet er 85%. For Region H er der tale om en forbedring på 9% sammenholdt med 2010.</p> <p>Hospitalernes resultater ligger i intervallet 78% (Bispebjerg) – 90% (Hillerød)</p>	<p>Det er meget tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en fremgang på 9% i forhold til 2010 og derfor overholder standarden.</p> <p>Auditgruppen blev dog enige om, at standarden for denne indikator fagligt set er meningsløs, idet skanningen skal foregå hurtigst muligt og helst indenfor 2 timer. Led.ovl. Kai Jensen pointerede, at aftalen mellem neurologisk afdeling og billeddiagnostisk afdeling på Hillerød Hospital ang. CT/MR-skanning indenfor 2 timer, kører rigtigt godt. Auditgruppen blev enig om at det ville være godt, hvis hele Region Hovedstaden havde denne mulighed.</p>	<p><u>Beslutning:</u> Den regionale kontaktperson for apopleksi Jan Utzon skriver på vegne af auditgruppen til den nationale kontaktperson Annette Ingeman i Kompetencecenter Vest, at Region Hovedstaden vil bede om registrering af klokkeslæt på CT/MR-skanning, med standarden på 2 timer efter patienten er kommet til sygehuset. Selve standarden foreslås at ligge på 80%.</p>
<p><b>Indikator 5</b> – Vurdering ved fysioterapeut senest 2. indlæggelsesdøgn. (mindst 90%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 86% og opfylder ikke standarden. Der er tale om en fremgang på 8% sammenholdt med 2010. Landsgennemsnittet er 86%.</p>	<p>Det er tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en fremgang på 8% i forhold til 2010.</p> <p>Det er dog utilfredsstillende, at Region Hovedstaden fortsat ikke helt opfylder standarden.</p> <p>Udfordringen er tilstedeværelse af fysioterapeuter på alle dage, inkl. weekenden. Nogle hospitaler har omprioriteret fysioterapi ressourcer og dermed løst problemet for weekenderne og</p>	<p>Der er enighed i auditgruppen om, at der er særdeles godt fagligt belæg for at fysioterapi og ergoterapi er vigtigt <u>alle</u> dage for denne patientgruppe også weekender og helligdage (der kan henvises til dokumentalistrapporten for apopleksi). Alle hospitaler bør således prioritere deres ressourcer i overensstemmelse hermed så behandling kan tilbydes alle dage. Endvidere anbefales, at man på afdelingerne</p>

<p>Hospitalernes resultater ligger i intervallet 77% (Frederiksberg) – 89% (Hillerød og Herlev)</p>	<p>enkelte også for helligdagene (Herlev, Glostrup) . Helligdagene er dog fortsat et problem flere steder.</p> <p>Nogle hospitaler oplever at direktionerne ikke prioriterer tilstedeværelse af fys og ergoterapeuter på alle dage.</p>	<p>er særligt opmærksom, hvis patienten overflyttes fra andet hospital.</p> <p>Den Regionale Auditgruppe anbefaler, at man på hospitaler som i dag ikke har weekend dækning gennemgår arbejdsgangene lokalt mhp., at apopleksi patienter på alle Region Hovedstadens hospitaler fremover kan tilbydes fysioterapi også i weekenden. Auditgruppen konkluderer at afdelingerne i høj grad selv har mulighed for at sørge for fys og ergoterapi bemanning i weekenden og på helligdage. Hvis nogle afdelinger i den forbindelse har problemer med at få lov til det fra direktionens side bedes de henvist til auditgruppens formand Allan Andersen eller den regionale kontaktperson Jan Utzon.</p>
<p><b>Indikator 6</b> - Vurdering af ergoterapeut senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 90%)</p> <p>Status: Region Hovedstaden resultat er 86% og opfylder ikke standarden. Der er tale om en fremgang på 8% i forhold til 2010. Landsgennemsnittet er 83%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 72% (Bisbebjerg) – 95% (Bornholm)</p>	<p>Det er tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en fremgang på 8% i forhold til 2010.</p> <p>Det er dog utilfredsstillende, at Region Hovedstaden fortsat ikke opfylder standarden.</p> <p>Udfordringen er tilstedeværelse af ergoterapeuter på alle dage, inkl. weekenden. Nogle hospitaler har omprioriteret ergoterapi ressourcer og dermed løst problemet for weekenderne og enkelte også for helligdagene. Helligdagene er dog fortsat et problem flere steder.</p>	<p>Det er den Regionale Auditgruppes opfattelse, at det er vigtigt at patienterne hurtigt bliver tilbudt ergoterapi også i weekenden. Den Regionale Auditgruppe anbefaler, at man på hospitaler som i dag ikke har weekend dækning gennemgår arbejdsgangene lokalt mhp., at apopleksi patienter på alle Region Hovedstadens hospitaler fremover kan tilbydes ergoterapi også i weekenden.</p> <p>Endvidere anbefales, at man er særligt opmærksom, hvis patienten overflyttes fra andet hospital.</p>
<p><b>Indikator 7</b> – andel af patienter med tidlig mobilisering (mindst 80%)</p> <p>Status: Region Hovedstaden resultat er 73% og opfylder ikke</p>	<p>Indikatoren er ny og registrering er startet 1. maj 2011. Region Hovedstaden overholder næsten standarden. Der blev konstateret stor variation i Region Hovedstaden. Anbefalingen i rapporten går ud på at optimere</p>	<p><u>Beslutning:</u> Alle afdelinger gennemgår deres egne arbejdsgange mhp. optimeret registrering.</p>

<p>standarden. Lands gennemsnittet er 74%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 47% (Frederiksberg) – 93% (Hillerød)</p>	<p>interne arbejdsgange. Spørgsmålet er hvornår man præcist registrerer, ved modtagelse eller i afdelingen. Forskellige faggrupper registrerer og man ved ikke altid om patienten har været mobiliseret. Det gode resultat for Hillerød kan forklares ved at apopleksi patienter relativt kort tid ligger i modtagelsen og at opgaven er kendt i afdelingen.</p>	
<p><b>Indikator 8</b> - Vurdering af ernæringsrisiko senest 2. indlæggelsesdøgn (mindst 90%)</p> <p>Status: Region Hovedstaden resultat er 82% og opfylder ikke standarden. Der er tale om en fremgang på 10% sammenholdt med 2010. Landsresultatet er 85%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 59% (Amager) - 90% (Rigshospitalet)</p>	<p>Indsatsen har også på dette område båret frugt med en fremgang på 10% sammenholdt med sidste år.</p> <p>Det er dog utilfredsstillende, at Region Hovedstaden fortsat ikke opfylder standarden.</p> <p>Glostrup har en arbejdsgang hvor patienten systematisk ved modtagelse bliver screenet</p>	<p>Det aftales, at de enkelte afdelinger, som har et problem gennemgår deres arbejdsgange mhp. at sikre opfyldelsen af standarden til næste år.</p>
<p><b>Indikator 9. Andel af patienter der får foretaget indirekte synketest (standard 80%).</b></p> <p>Status: Region Hovedstaden resultat er 81% som svarer til landsgennemsnittet. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 63% (Frederiksberg) - 91% (Hillerød)</p>	<p>Med virkning fra 1. maj 2011 blev monitoreringen af dysfagiscreening omlagt således, at der nu anvendes 2 indikatorer vedrørende brugen af henholdsvis inddirekte og direkte synketest. Førstnævnte omfatter en dokumenteret faglig vurdering af patientens vågenhed, evne til at hoste og synke umiddelbart efter indlæggelse og før patienten er tilbudt mad og drikke. Sidstnævnte omfatter gennemførsel af en vandtest med og uden fortykkelsesmiddel samt fast føde. Afdækning af patienternes eventuelle problemer med at synke væske og mad er afgørende i forhold til at sikre patienterne en tilstrækkelig ernæring og undgå alvorlige komplikationer i forbindelse med fejlsynkning herunder pneumoni.</p>	<p>Susanne Zielke vil indkalde til møde mhp. at få udarbejdet et fælles struktureret skema på tværs af afdelingerne.</p>

	Gennemførelse af en indirekte vandtest er en simpel klinisk procedure, som bør ske hurtigst muligt i forbindelse med indlæggelse.	
<p><b>Indikator 10</b> - Vandtest på indlæggelsesdagen (standard mindst 90%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 74%. Der er tale om en fremgang på 12% sammenholdt med 2010. Region opfylder således ikke standarden. Landsgennemsnittet er 77%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 50% (Rigshospitalet) - 90% (Hillerød).</p>	<p>Der blev konstateret en stor fremgang i Region Hovedstaden over de sidste år, men standarden opfyldes ikke endnu, hvilket er utilfredsstillende på en så vigtig procesindikator. En manglende vandtest kan betyde dødsfald pga lungebetændelse som følge af fejlsynkning. Det er derfor ingen formildende omstændighed, at stort set alle patienter får vandtest i løbet af indlæggelsen. Testen skal udføres på indlæggelsesdagen, inden patienten får mad og drikke.</p> <p>Auditgruppen betragter standarden som for lav, idet risikoen for aspirationspneumoni er stor for denne patientgruppe. Tidligere analyse af UTH'er har også vist at overgangen fra neurologisk afdeling til andre afdelinger kan give problemer idet personalet eller pårørende ikke er opmærksom på at patienten kan have synkeproblemer.</p>	<p>Forbedringsforslag: Afdelingsledelsen har ansvar for systematisk implementering af den nye dysfagi vejledning, som bl.a betyder, at alle hospitaler skal sikre vandtesten ved modtagelsen og at der opsættes skilt ved sengen såfremt patienten ikke har fået foretaget vandtest så alle kan se det. Målet er, at alle hospitaler i Region H overholder standarden i næste år.</p> <p><u>Det aftales at afdelingerne senest 1. juni har udarbejdet en implementeringsplan inklusiv en lokal tidsplan for implementeringen af vejledningen. Vejledningen skal dog være implementeret senest d. 1. september 2012.</u></p> <p>Arbejdsgruppen for apopleksi vil desuden også nedsætte en arbejdsgruppe, der vil se på skemaer og spisedrikkevejledninger, der er anbefalet i vejledningen, der skal sikre at vi anvender fælles skemaer og vejledninger. Susanne Zielke indkalder til møde i denne gruppe.</p>
<p><b>Indikator 11</b> - Ultralydsscanning/ CT-angiografi af halskar senest 4. indlæggelsesdøgn (mindst 90%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 89% og lever næsten op til standarden. Det er en fremgang på 7% sammenholdt med 2010. Landsgennemsnittet er 80%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 63% (Bornholm) - 98% (Frederiksberg).</p>	<p>Det er meget tilfredsstillende, at Region Hovedstaden har haft en stor fremgang de seneste par år og har nu de bedste resultater i landet målt på denne indikator.</p> <p>Forventningen er at standarden overholdes i næste år.</p>	<p>Det aftales, at de enkelte afdelinger som har et problem gennemgår deres arbejdsgange mhp. at sikre opfyldelsen af standarden til næste år.</p>

<p><b>Indikator 12. Andel af patienter der venter mindre end 14 dage på carotisendartektomi (standard 90%)</b></p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 76%. Landsgennemsnittet er 49%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 33% (Herlev) - 100% (Herlev og Bispebjerg).</p>	<p>Region Hovedstaden ligger på denne indikator langt bedst i landet, men lever ikke op til den fastsatte standard.</p>	<p>Der er behov for gennemgang af talmaterialet mhp. at kvalitetssikre dette og undersøge hvilke faktorer der er årsag til at nogle operationer først udføres mere end 14 dage efter apopleksien.</p>
<p><b>Indikator 13a+b:</b> Andel af patienter, der indlægges inden for henholdsvis 3 og 4,5 timer efter symptomdebut (standard 30%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 49% indenfor 3 timer og 61% indenfor 4,5 timer. Landsgennemsnittet er henholdsvis 43% og 54%.</p>	<p>Begge standarder overholdes og Region Hovedstaden har de bedste resultater i landet målt på denne indikator.</p>	
<p><b>Indikator 14:</b> Andel af patienter der trombolyseres inden for 1 time (standard 50%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 68%. Landsgennemsnittet er 61%.</p>	<p>Region Hovedstaden har de bedste resultater i landet. Auditgruppen konstaterede, at der ikke umiddelbart kan tages stilling til resultaterne for indikator 14 og 15 pga. registreringsproblemer. Af opgørelsen fremgår nemlig trombolypatienter på hospitaler, som ikke udfører trombolyse.</p>	<p>Der er nedsat en national gruppe som gennemgår disse tal mhp. fejlfinding.</p>
<p><b>Indikator 15:</b> Andel af patienter med akut iskæmisk apopleksi der trombolyseres (standard 10%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 16%. Landsgennemsnittet er 13%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 5% (Herlev) - 92%</p>	<p>Indikator 15: Samme problemstilling som indikator 14.</p>	<p>Organisatoriske tiltag og lokale audit, som kan være med til at øge andelen, som kan tilbydes trombolysebehandling.</p> <p>Region Hovedstadens resultater er meget varierende – der er muligvis tale om mangelfulde data. Auditgruppen vil arbejde videre med dette.</p>

Bis-pebjerg.		
<p><b>Indikator 16</b> - Mortalitet indenfor 30 dage efter indlæggelse (max 15%)</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 11% og opfylder standarden. Landsgennemsnittet er ligeledes 11%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 4% (Amager) – 40% (Rigshospitalet)</p>	<p>Region Hovedstaden overholder standarden. I rapporten konstateres en meget høj dødelighed på Rigshospitalet. Også Hillerød har forhøjet dødelighed.</p> <p>Side 84 i rapporten forklarer Rigshospitalets særlige position og konkluderer også, at dødeligheden på Rigshospitalet forventes højere og at der med udgangspunkt i de registrerede procesindikatorer ikke er noget grundlag for at tro at behandling og pleje skulle være ringere på Rigshospitalet end på andre enheder. Hillerød Hospital har analyseret 29 patienter som døde under indlæggelsen i det første halve år. Alle patienter havde svære infarkter eller blødninger og der var ikke tegn på forebyggelige dødsfald.</p> <p>Auditgruppen konkluderede at der er ikke er tale om en dårlig udvikling i resultaterne for de enkelte enheder om almindelig variation. (jf. dødeligheden for de hæmorrhagiske apopleksier, som har været relativ meget svingende de sidste tre år).</p>	<p><b>Analyse:</b></p> <p>Rigshospitalet har gennemgået alle afdøde patienter, der indgår i rapporten og konkluderer at dødeligheden – taget de enkelte patientforløb og patienternes tilstand ved indlæggelse i betragtning – ikke er specielt høj. RH har i 2011 haft 94 patientforløb med apopleksi. I alt 17 patienter er døde i afdelingen inden for 30 dage (det tal som offentliggøres). Fire patienter er døde inden for 30 dage efter at være overflyttet fra RH til stam-sygehus. Det giver en samlet 30-dages-dødelighed på <math>21/94 = 22\%</math>. I Reg. H er dødeligheden samlet 11%. Af de døde i Neurologisk Klinik var 8 indlagt akut fra Traumecenter hvor de alle blev indbragt med ambulance i bevidstløs tilstand (dvs uden umiddelbar mistanke om apopleksi, som ville have medført indlæggelse på Glostrup eller BBH). Hvis man tillader sig at fratække disse "Traumecenter-patienter" er dødeligheden 14% (9/94). Af de 9 øvrige døde patienter var 3 overflyttet fra andet sygehus med malignt mediainfarkt mhp evt hemikraniectomi, 3 havde gennemgået EVT og 3 havde basilaristrombose - dvs alle var svært syge. I NIP (Dansk Apopleksiregistrering) anføres kun 43 patientforløb - det skyldes at patienter overflyttet til stamsygehus registreres der og ikke som RH-forløb.</p> <p>Led.ovl. Kai Jensen fra Hillerød oplyste, at en gennemgang af alle journaler af de afdøde patienter (29) fra det første halve år 2011,</p>

		<p>ikke gav fingerpeg om hvad der kunne give forklaringen for denne forhøjede mortalitet. Ud fra de sidste fire kvartaler (Q4 2010 - Q3 2011) viser at resultaterne svinger lidt og at der er tale om helt almindelig variation - og dette var også konklusionen i den regionale auditgruppe. Den lokale auditgruppe på Hillerød Hospital har dog aftalt at lave en (stikprøve) gennemgang af de afdøde patienter fra det andet halve år 2011.</p> <p>Auditgruppen konkluderede at – ved evt. henvendelser fra journalister vedr. mortalitet er det vigtigt at nævne at tallene i rapporten viser, at alle afdelinger følger de nationale og regionale retningslinjer og protokoller. Hvis pressen spørger til RHs resultater kan henvises til Palle Pedersen.</p>
<p><b>Indikator 17:</b> Andel af patienter der dør inden for 30 dage efter indlæggelse - Iskæmisk + Uspecifik. (standard 12%).</p> <p>Status: Region Hovedstadens resultat er 9% og opfylder standarden. Landsgennemsnittet er ligeledes 8%. Hospitalernes resultater ligger i intervallet 4% (Amager) – 36% (Rigshospitalet)</p>	<p>Region H lever op til standarden. Der henvises til diskussion i indikator 16.</p>	

<p><b>Indikator 18:</b> Andel af patienter der dør inden for 30 dage efter indlæggelse - Hæmorrhagisk (standard mindre end 40%)</p> <p>Region Hovedstaden har en mortalitet for denne gruppe på 30%, hvilket er 7% mindre end sidste år. Lands gennemsnittet er 31% Hospitalernes resultater ligger i intervallet 15% (Frederiksberg) til 75% (Rigshospitalet)</p>	<p>Region H lever op til standarden. Der henvises i øvrigt til diskussionen i indikator 16.</p>	
<p><b>All-or-None</b> – patienter der får den fulde behandlingspakke inden for tidsfristerne (9 indikatorer)</p> <p>Status: I Region Hovedstaden 55% af apopleksipatienterne fået den fulde behandlingspakke i 2011, hvilket er en forbedring på 18% sammenlignet med 2010. Lands gennemsnittet er 53%.</p> <p>Hospitalernes resultater ligger i intervallet 39% (Bispebjerg) til 66% (Glostrup).</p>	<p>Auditgruppen udtrykte tilfredshed over de stærkt forbedrede resultater i Region Hovedstaden over de sidste tre år. Målopfyldelsen i Region H på denne indikator var 19% i 2009, 38% i 2010 og nu 55% i 2011.</p>	<p>De betydeligt bedre resultater på mange af de enkelte indikatorer forklarer i sig selv forbedringen af all-or-none resultatet, da all-or-none er afhængig af opfyldelse af de enkelte indikatorer.</p>
<p>All-Or-None indikator (100% opfyldelse af relevante indikatorer) (13 indikatorer)</p> <p>Status: I Region Hovedstaden har 41% af patienterne fået den fulde behandlingspakke i 2011. Lands gennemsnittet er 36%.</p> <p>Hospitalernes resultater ligger i intervallet 20% (Amager) til 53% (Hillerød).</p>	<p>Denne nye indikator er kommet med da de i året er tilkommet en række nye indikatorer. (Den gamle all og non indikator ovenfor bibeholdes så man kan sammenligne med tidligere år). Auditgruppen udtrykte tilfredshed over, at Region Hovedstaden ligger <b>bedst i landet</b> på denne nye indikator.</p>	

Patientudvalget

# Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan – Patienten i centrum

Afreportering til regionsrådet  
November 2012

REGION

## Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet afrapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden afrapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

## Patienten skal være i centrum

Fokusering på patientperspektivet tager udgangspunkt i fire overordnede indsatsområder

- respektfuld og fyldestgørende kommunikation,
- direkte dialog og feedback med/fra patienter og pårørende,
- udvikling af kontaktpersonordningen,
- udvikling af kulturen omkring patientinddragelse.

Der er opstillet følgende målsætning for indsatsområdet:

En fem procents stigning i andelen af positive svar på syv spørgsmål i den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

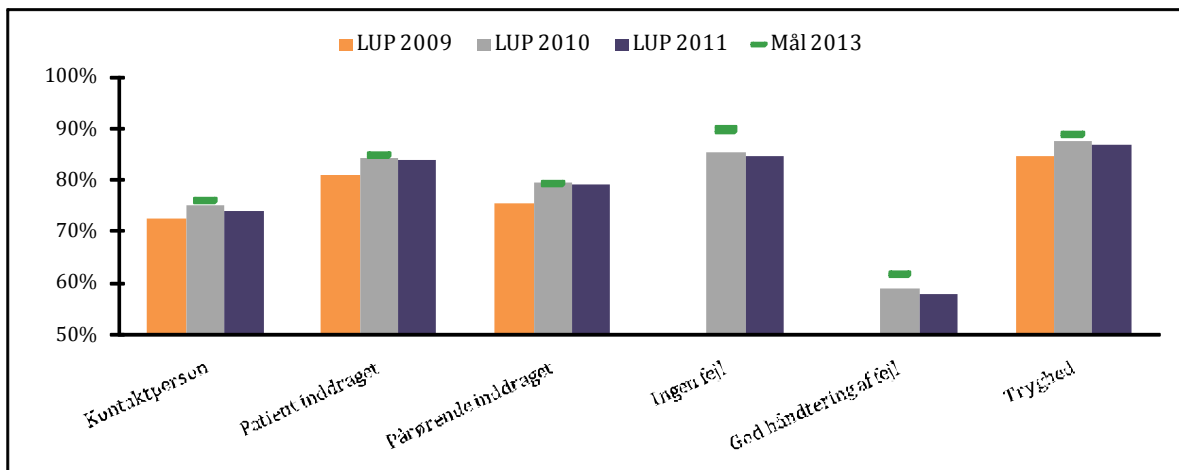
Det drejer sig om følgende spørgsmål fra LUP:

- Patienternes oplevelse af at have en kontaktperson
- Patienterne oplever ingen fejl
- Patienternes tilfredshed med personalets håndtering af fejl (hvis patienten oplever fejl)
- Patienternes oplevelse af ventetid fra de skulle møde til de blev kaldt ind (kun ambulante)
- Patienternes oplevelse af at blive medinddraget i planlægning af egen behandling
- Patienternes oplevelse af, at de pårørende blev inddraget i beslutninger vedr. behandlingen i passende grad
- Patienternes tryghed ved udskrivelsen

Beregning af stigningen på fem procent sættes i forhold til resultaterne i LUP fra 2009. Det skal dog bemærkes, at det ikke er muligt at anvende dette udgangspunkt for tre af målsætningerne: patienternes oplevelse af fejl, patienternes tilfredshed med personalets håndtering af fejlene samt patienternes oplevelse af ventetid. Det skyldes, at der er sket ændringer i spørgsmålsformuleringerne, hvorfor det ikke er muligt at foretage en sammenligning mellem resultaterne for 2009 og de følgende år. For disse spørgsmål er det i stedet resultaterne fra LUP 2010, der er udgangspunkt for beregning af målsætningen for 2013.

## Resultater for Region Hovedstaden

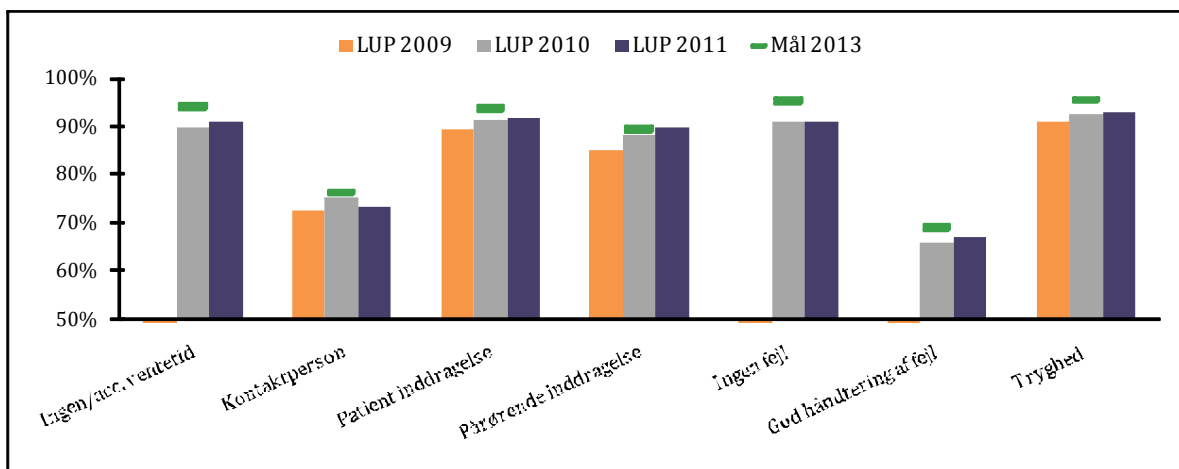
For de indlagte patienter er der på de fire spørgsmål, der har 2009 som baseline, sket forbedringer fra 2009 til 2010. Fra 2010 til 2011 er resultaterne for de indlagte patienter generelt enten status quo eller forringet.



**Figur 1.** Indlagte: Udviklingen i andelen af positive svar på udvalgte spørgsmål fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

\*Spørgsmålene i 2009 vedrørende fejl og håndtering af fejl indgår ikke i figuren, da de er usammenlignelige med spørgsmålene i 2010 pga. andre svarkategorier.

For de ambulante patienter er der forbedringer for de fleste spørgsmål. Fra 2009 til 2010 er der sket forbedringer for de fire spørgsmål, der har 2009 som baseline. Fra 2010-2011 er der for spørgsmålet om håndtering af fejl, hvor baseline er 2010, en beskeden fremgang, ligesom resultaterne for ventetid, inddragelse af pårørende og tryghed ved udskrivelsen er forbedret siden 2010. Derimod er resultaterne omkring kontaktperson forringet.



**Figur 2.** Ambulante: Udviklingen i andelen af positive svar på udvalgte spørgsmål fra Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP)

\* Spørgsmålene i 2009 vedrørende fejl og håndtering af fejl indgår ikke i figuren, da de er usammenlignelige med spørgsmålene i 2010 pga. andre svarkategorier.

## Resultater for de enkelte hospitaler

For hvert hospital er der for de enkelte spørgsmål fra kvalitetshandlingsplanen opstillet en målsætning. Målsætningen for det enkelte hospital er opstillet ud fra en beregning af den andel, som hospitalet skal bidrage med for, at regionen samlet set opnår en fem procents stigning i andelen af positive svar.

Beregningen af hospitalernes andel tager udgangspunkt i det enkelte hospitals resultat i basisåret<sup>1</sup>, således at de hospitaler, der har den mindste andel positive svar, skal bidrage relativt mere end de hospitaler med en større andel positive svar. Hospitalernes resultater kan ses i bilag 1.

De fleste hospitaler har oplevet en fremgang inden for enkelte målsætninger sammenlignet med resultaterne fra LUP 2010 og flere af hospitalerne har allerede i 2011 nået de regionale målsætninger for 2013 om en stigning på fem procent og vil således skulle arbejde med at fastholde de gode resultater det kommende år. Nogle af hospitalerne har dog haft siden 2010 haft et fald i andelen positive svar, hvilket betyder, at de får en større opgave med henblik på at nå målene for 2013 (jf bilag 1).

Generelt er de mest positive resultater at finde hvad angår de ambulante patienters vurdering af ventetid i ambulatorierne, hvilket, er gået frem for samtlige hospitaler på nær ét, sammenlignet med 2010. Der er således færre patienter, der oplever uacceptabel ventetid, fra de skulle møde i ambulatoriet, til de blev kaldt ind. På kvalitetsmålet der omhandler, hvorvidt patienterne oplever at have haft én eller flere kontaktpersoner i forbindelse med indlæggelsen, har fire hospitaler allerede nået målsætningen for 2013, imens fem hospitaler har haft en nedgang på dette spørgsmål siden 2010. De ambulante patienters oplevelse af at have haft en kontaktperson har for ti ud af tolv hospitaler udviklet sig negativt siden 2010. Seks af hospitalerne har rykket sig i positiv retning, hvad angår resultaterne for, hvornår patienterne oplever, at deres pårørende er inddraget i de beslutninger, der blev truffet vedrørende patientens behandling. De ambulante patienters oplevelse af, at deres pårørendes er blevet inddraget i tilstrækkelig grad, har udviklet sig positivt på en del af hospitalerne sammenlignet med 2010.

De kvalitetsmål, der omhandler ambulante patienters oplevelse af personalets håndtering af fejl, er det mål med de største udsving sammenlignet med resultaterne fra 2010 i enten positiv eller negativ retning. Tre af hospitalerne har allerede nået målet for 2013 på det ambulante område, imens flere af hospitalerne ligger et stykke fra at nå målsætningen. Andelen af indlagte patienter, der er trygge ved at skulle hjem fra afdelingen, er endvidere faldet i forhold til 2010 på flere af hospitalerne, imens de ambulante patienters oplevelser af at være trygge i forbindelse med udskrivelsen ikke har ændret sig nævneværdigt siden 2010.

## Regionale initiativer

På tværs af regionen er der en række initiativer i gang som sætter den patientoplevede kvalitet på dagsordenen. Med udgangspunkt i et ønske om at forbedre resultaterne af den årlige Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) har en regional LUP-arbejdsgruppe udarbejdet et idékatalog til forbedring af de områder, der er udvalgt i Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan 2010 til 2013. Idékataloget rummer en bred vifte af nye forslag til og erfaringsbaserede eksempler på tiltag, der kan føre til mere tilfredse patienter. Arbejdsgruppen har peget på, at et vedvarende fokus på patienten- og dermed øget tilfredshed og forbedrede LUP-tal – udelukkende kan opnås gennem et holdnings- og kulturskifte blandt ledelser og medarbejdere i regionens virksomheder. Særligt ledelserne må drive dette kulturskifte, hvor god behandling og god service ses som supplerende dele af en samlet tilgang til patienten. Men også det sundhedsfaglige frontpersonale og administrationen må tage ansvar og forbedre tilgangen til de mennesker, vi behandler.

Endvidere er der regionsregi nedsat en regional styregruppe og arbejdsgruppe, der arbejder med patientempowerment i et bredt perspektiv. Styregruppen er bredt sammensat af ledere og medarbejdere, herunder patientvejleder på tværs af regionen og har til opgave at udarbejde en strategi og handleplan

---

<sup>1</sup> For de spørgsmål, hvor formuleringen er ændret i forhold til LUP 2009 er basisåret 2010. For de øvrige spørgsmål er basisåret 2009.

for det videre arbejde med patient empowerment i Region Hovedstaden samt at samle og koordinere viden og erfaringer på området. Region Hovedstaden vil i 2012 arbejde med udvikling af patientinformation samt webbaseret patientkommunikation. Udover den igangsatte indsats på patientkommunikations/informationsområdet skal der fra 2013, på baggrund af arbejdsgruppens rapport, udarbejdes forslag til en styrket, systematiseret og koordineret indsats vedr. patientinvolvering i Region Hovedstaden. Arbejdet skal udmøntes i en strategi og handleplan, som også har fokus på videndeling og inspiration.

På hospitalsniveau pågår der også et stort arbejde med at forbedre den patientoplevede kvalitet, og LUP-resultaterne viser da også, at målrettede indsatser på de kliniske afdelinger ofte giver resultater. De lokale initiativer omkring patientoplevet kvalitet opsamles løbende i Region Hovedstadens Videns – og Idébank, der administreres af Enheden for Brugerundersøgelser. Videns- og Idebanken kan tilgås fra internettet på adressen: <http://www.regionh.dk/patientinddragelse>

## Klagesager

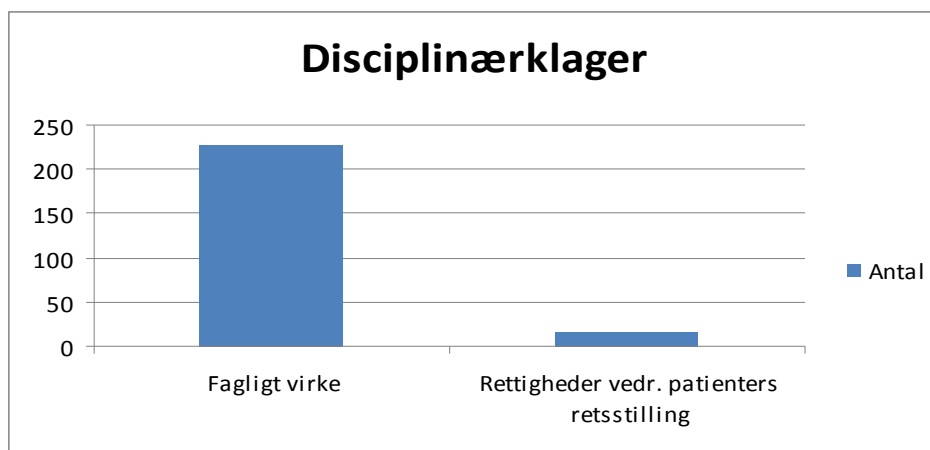
Klagesager indgår ikke i kvalitetshandlingsplanen, men med indførelsen af et nyt patientklagesystem er der kommet fokus på den kilde til forbedring af sundhedsvæsenet, som patientklager udgør.

Den 1. januar 2011 trådte et nyt patientklagesystem i kraft. Formålet med det nye system er bl.a. at styrke patienternes retsstilling samt at understøtte, at der i endnu højere grad end hidtil sker en læring i hele sundhedsvæsenet. Som et led i denne ændring oprettedes Patientombuddet, der bl.a. overtog sekretariatene for det tidligere Patientklagenævn (nu Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn) og den del af Sundhedsstyrelsen, der varetager driften af Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Disciplinærnævnet behandler klager over konkrete sundhedspersoners faglige virke.

Med det nye klagesystem indførtes imidlertid også en adgang til at klage til Patientombuddet over sundhedsvæsenets samlede virksomhed i et patientforløb og adgang til at klage over manglende overholdelse af en lang række af patientrettigheder efter sundhedsloven, som der ikke hidtil havde været mulighed for at klage over. Med det nye klagesystem fik regionerne endvidere pligt til at tilbyde og, hvis patienten ønsker det, at afholde en dialog med patienter, der har klaget til Patientombuddet eller til Disciplinærnævnet over den sundhedsfaglige behandling.

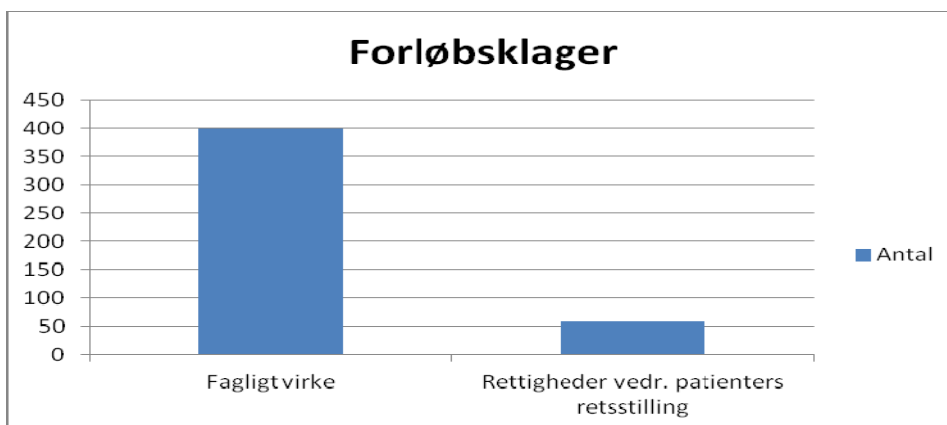
Nedenfor bringes oversigter over klage- og erstatningssager i 2011 vedrørende behandlingen på regionens hospitaler, de psykiatriske centre og det præhospitale område.

Disciplinærklager omhandler sundhedspersoners faglige virke. Klager vedrørende patienters retsstilling omhandler en række forhold omkring ansvar og rettigheder, fx informeret samtykke, ret til information, sundhedspersonens ansvar ifm. information og inddragelse, selvbestemmelse i særlige tilfælde, tavshedspligt og indhentning eller videregivelse af helbredsoplysninger.



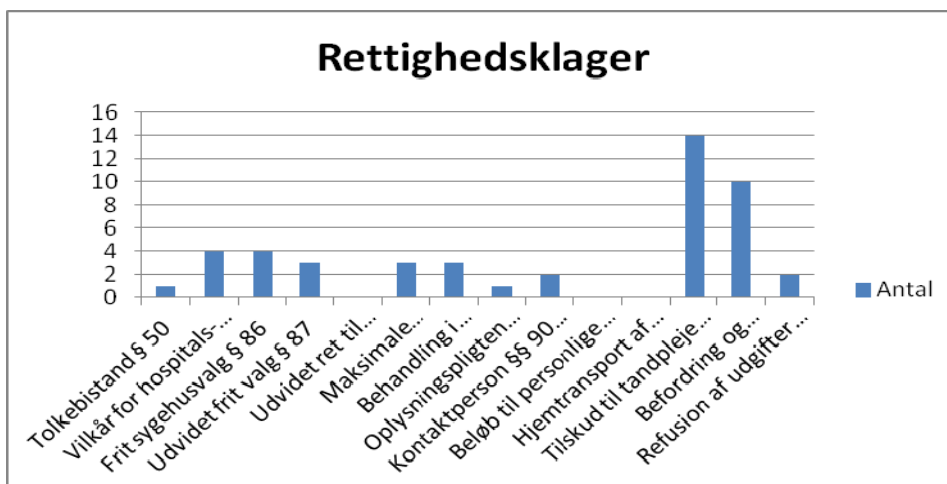
**Figur 3.** Antal disciplinærklager, Region Hovedstaden 2011

Som noget nyt blev det med lovændringen muligt at klage over sundhedsvæsenets faglige virke. Det betyder, at det er muligt at klage over et utilfredsstillende forløb uden at det nødvendigvis omhandler konkrete sundhedspersoner.



**Figur 4.** Antal forløbsklager, Region Hovedstaden 2011

Med lovændringen blev det også muligt at klage over forhold vedrørende patientrettigheder, fx frit sygehusvalg, ventetider ved livstruende sygdomme, ret til behandling i udlandet, kontaktperson mv.

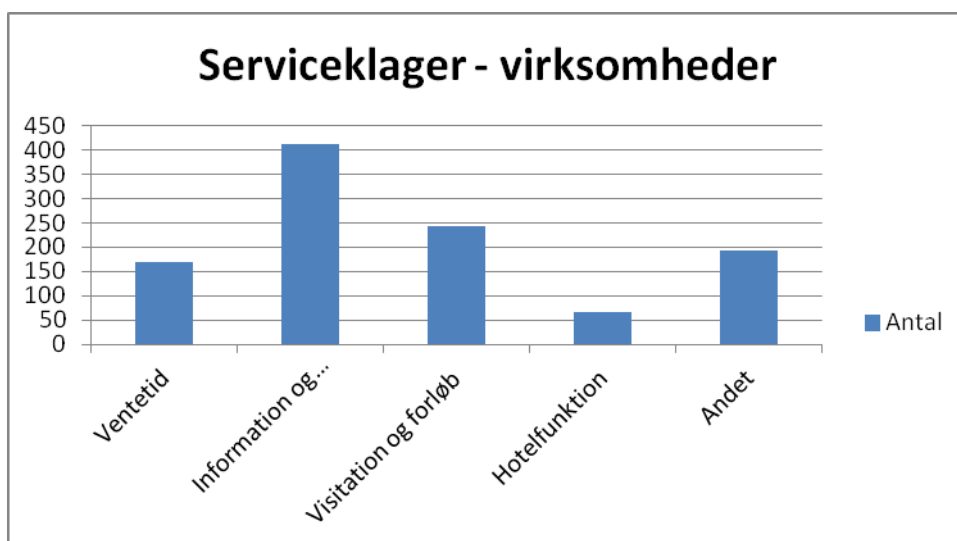


**Figur 5.** Antal rettighedsklager, Region Hovedstaden 2011

Serviceklager behandles ikke i patientombuddet men på det hospital, som klagen omhandler. Ventetid vedrører ventetid på undersøgelse og behandling, herunder ventetid i ambulatorier, skadestuer mv. Information og personalets opførsel vedrører klager over manglende eller mangelfuld information og kommunikation mellem personalet og patienten eller dennes pårørende samt klager over personalets adfærd, herunder sprog og tiltaleform.

Visitation og forløb vedrører klager over manglende henvisning til undersøgelser og behandling og klager over manglende sammenhæng i et undersøgelses- og behandlingsforløb, i det omfang de pågældende tilfælde falder uden for adgangen til at indbringe en klage til Patientombuddet over sundhedsvæsenets faglige virksomhed.

Hotelfunktion vedrører klager over de fysiske rammer, rengøring, maden, faciliteter og rammer forhold, såsom besøgstider og andet samt andre servicemæssige forhold.



**Figur 6**, antal serviceklager, Region Hovedstaden 2011

For at sikre læring på tværs i sundhedsvæsenet afdækker patientombuddet kritiske sammenhænge blandt andet ved at sammenstille viden fra patientklager med rapporteringer af utilsigtede hændelser. Patientombuddet udgiver en række nyhedsbreve, OBS-meddelelser, advarsler og temarapporter.

Med lovændringen fik patienter ret til at få tilbudt en dialog om deres klage med regionen. Formålet med dialogen er at tilbyde patienten en direkte kontakt til de ansvarlige for behandlingen, for på den måde at afklare misforståelser, få uddybet hændelsesforløbet og forebygge at noget tilsvarende sker igen. Der blev i 2011 afholdt 542 dialoger i regionerne, og i 239 af tilfældene fandt patienten, at der herefter ikke var grund til at opretholde klagen.

## Patientudvalgets bemærkninger

### Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser

I forhold til den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser har Patientudvalget følgende bemærkninger:

Udvalget er tilfreds med, at der er nedsat en regional LUP arbejdsgruppe, der er kommet med forslag til initiativer, som kan tages i anvendelse lokalt. Udvalget finder, i lighed med arbejdsgruppen, at varige forbedringer af patienternes oplevelser opnås ikke med mindre det prioriteres ledelsesmæssigt. Ledelsesmæssigt engagement kan fx komme til udtryk ved at anvende incitamenter og konsekvens overfor personalet.

Det er Patientudvalgets opfattelse, at arbejdsgruppen har identificeret de væsentligste indsatsområder, når den udover ledelse arbejder med struktur og organisation, uddannelse, feedback og involvering og kommunikation. Det er Patientudvalgets forhåbning, at arbejdsgruppens arbejde kan bidrage til at sikre læring på tværs af afdelinger og hospitaler. Der bør være særlig opmærksomhed på overgange, herunder kommunikation om og i overgange. Desuden finder udvalget, at patientkontakt bør være en væsentlig del af de sundhedsprofessionelles uddannelse.

Endelig peger udvalget på, at det kan være formålstjenligt, at se på en generel forbedring af LUP-tallene som pejlemærke, frem for kun at se på de syv der er defineret i kvalitetshandlingsplanen.

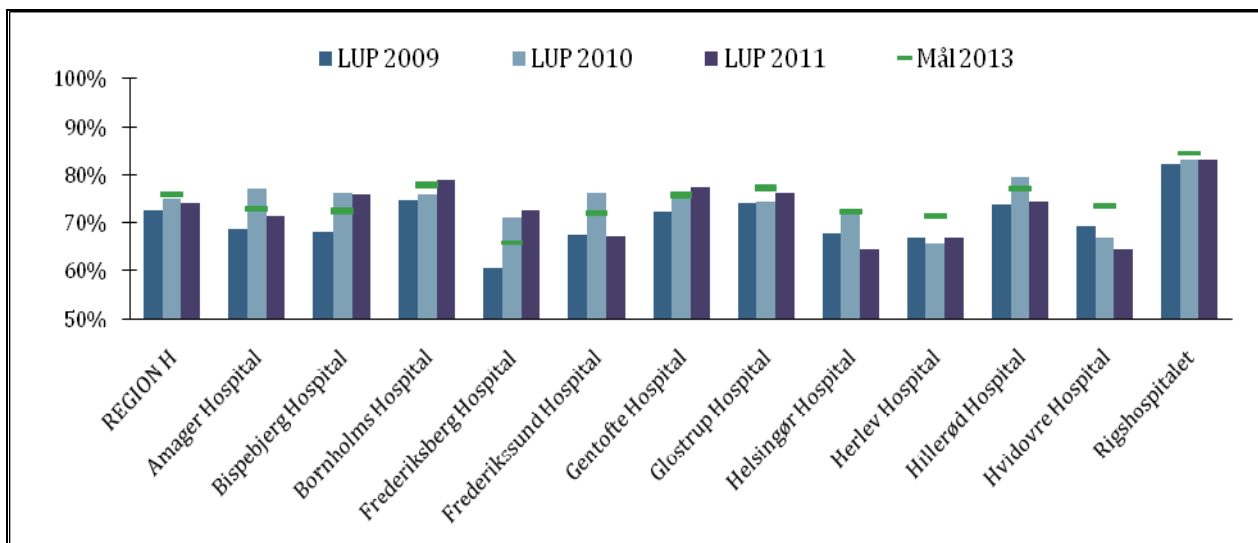
#### Klagesager

Patientudvalget finder, at det giver god mening at inkludere klageområdet i kvalitetshandlingsplanen. Klager er en vigtig kilde til læring og kan med fordel indarbejdes bedre i hospitalernes arbejde med kvalitet og kvalitetsudvikling.

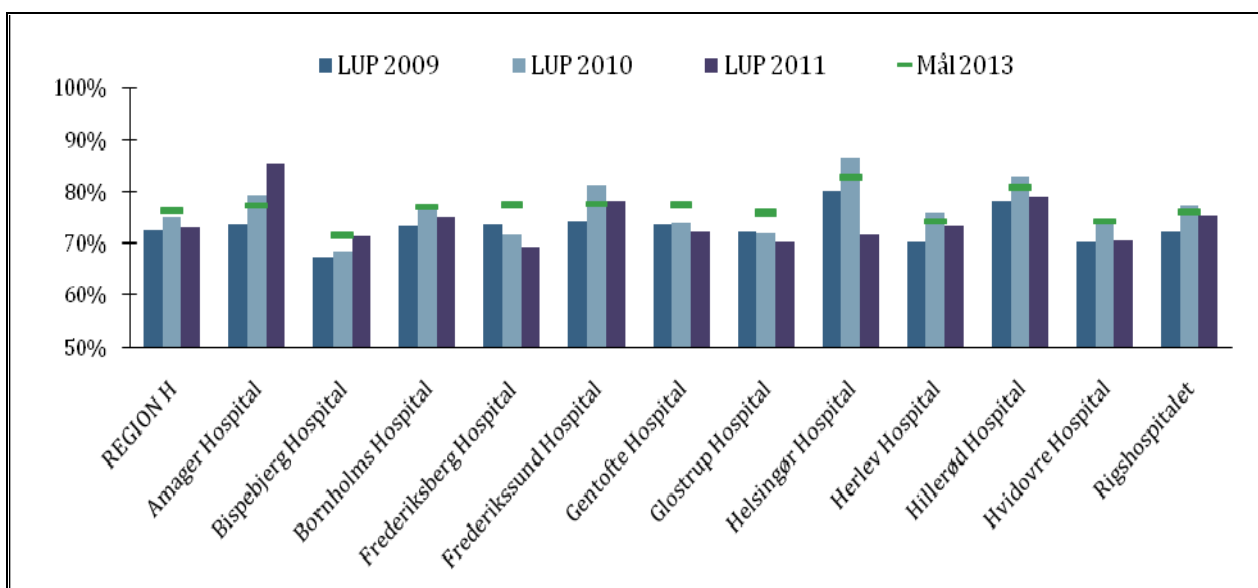
Udvalget vil i foråret 2013 se nærmere på, hvordan regionen kan blive endnu bedre til at få læring fra klageområdet – herunder fra dialogsamtalerne. Metoder til dette kunne være at bruge klager som case-historier og lære af hinanden på tværs af hospitaler (tilsvarende det arbejde der fx er gjort i LUP arbejdsgruppen).

Udvalget finder det beklageligt, at Patientombuddet i deres årsrapport for 2011 ikke har detaljerede statistiske opgørelser, der kan bidrage til læring fra klageområdet på tværs af regionerne.

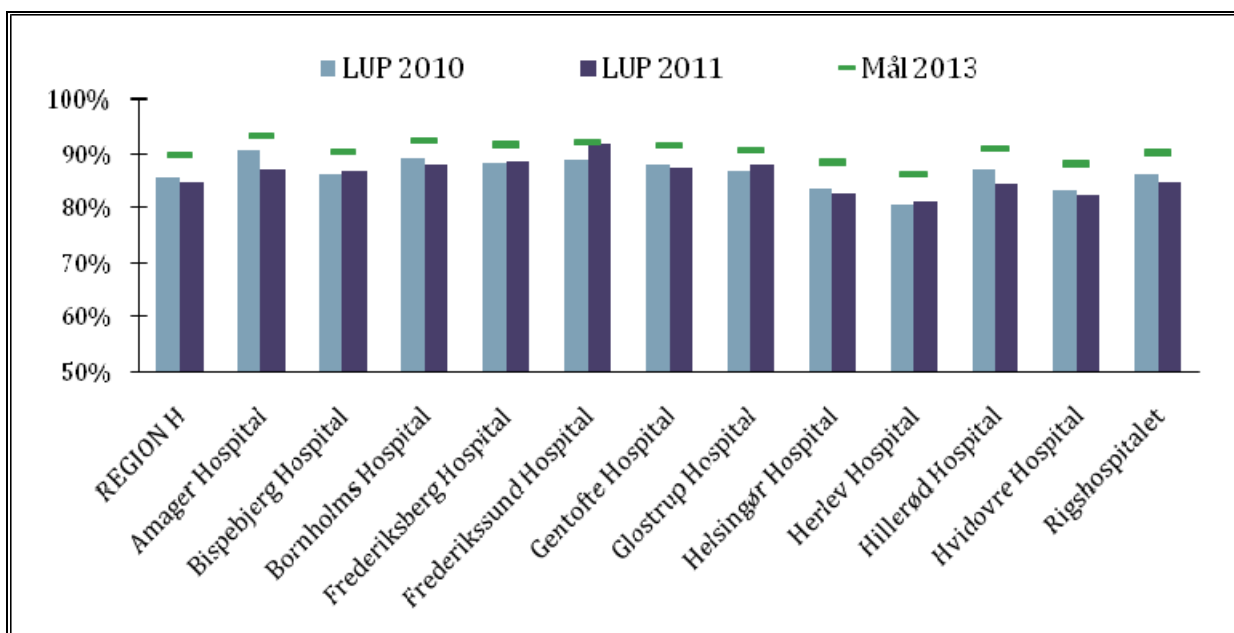
## Bilag 1. Resultater for hospitalerne i Region Hovedstaden



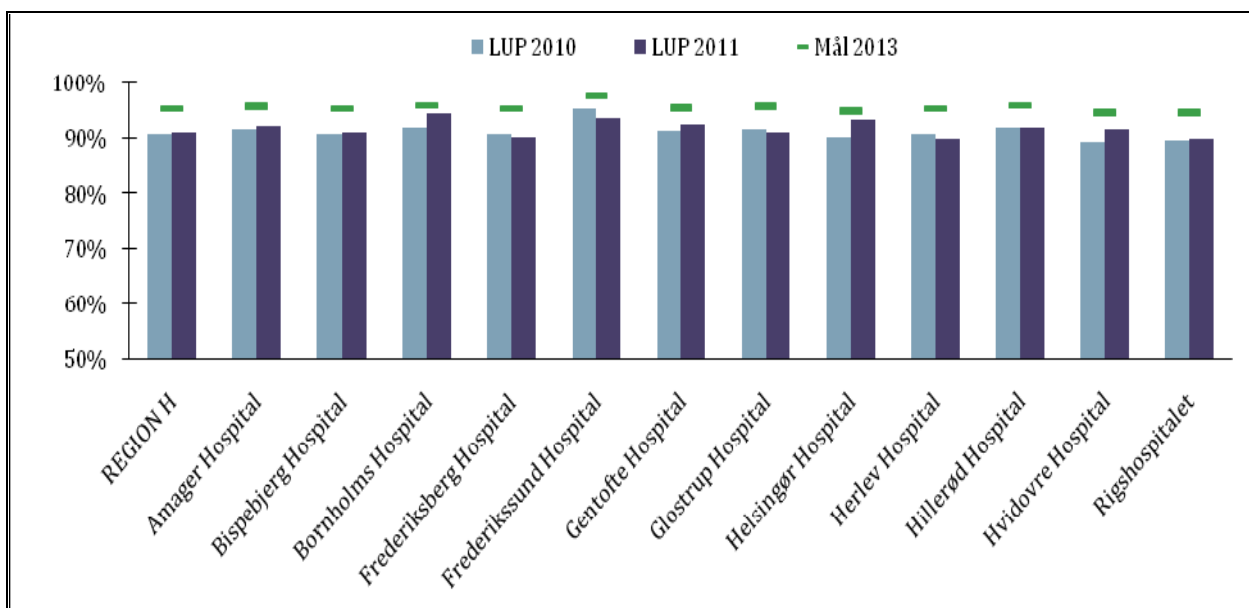
**Figur 1.1** Indlagte: Oplevelse af at have en kontaktperson, hospitaler i Region Hovedstaden



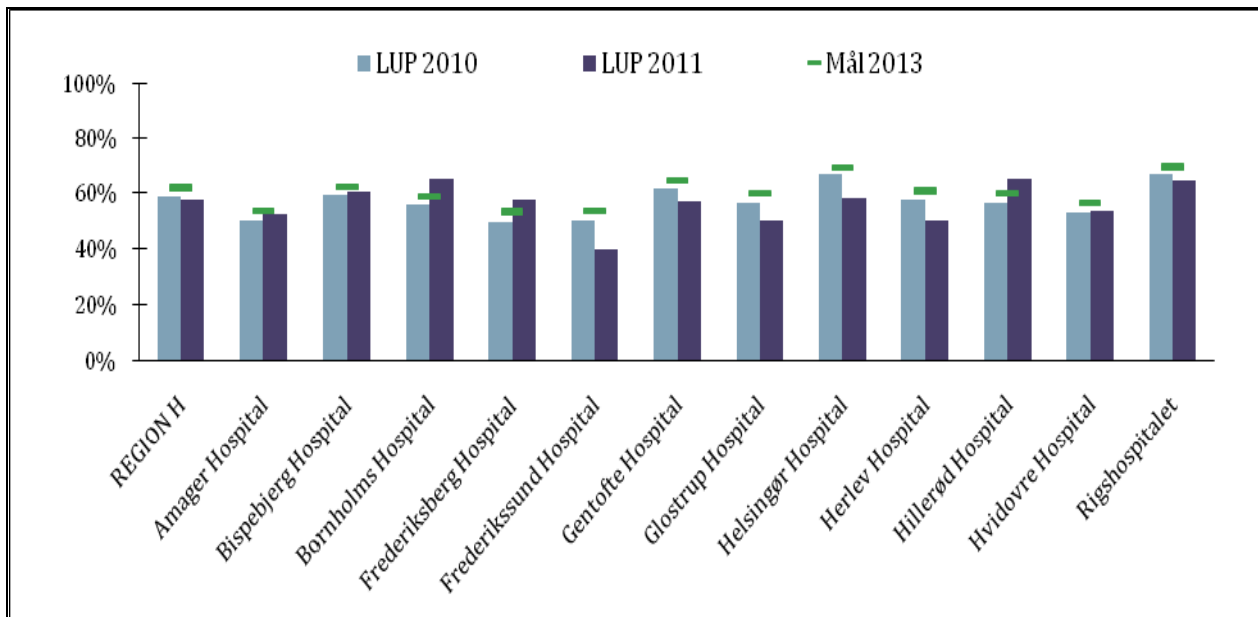
**Figur 1.2** Ambulante: Oplevelse af at have en kontaktperson, hospitaler i Region Hovedstaden



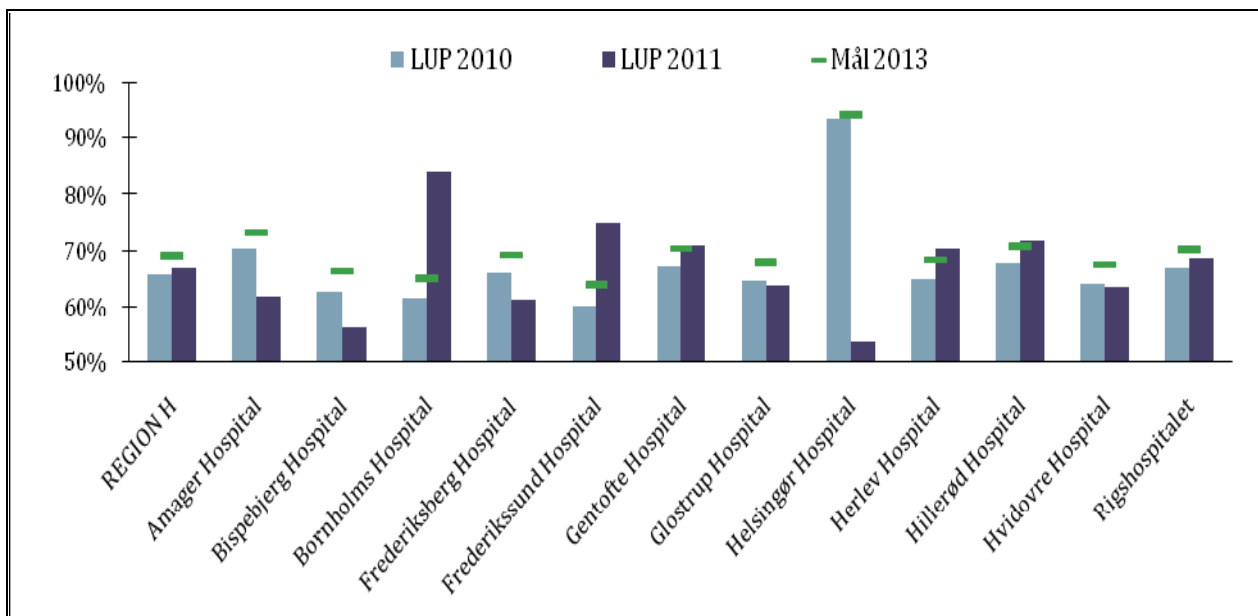
**Figur 2.1** Indlagte: Oplevelse af fejl, hospitaler i Region Hovedstaden



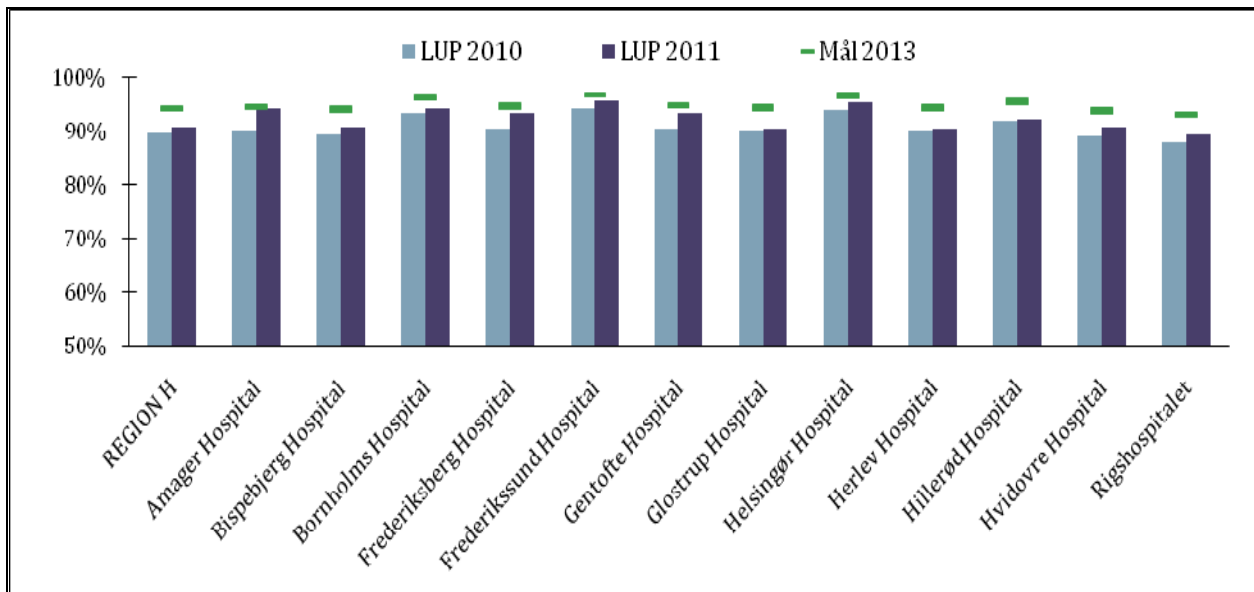
**Figur 2.2** Ambulante: Oplevelse af fejl, hospitaler i Region Hovedstaden



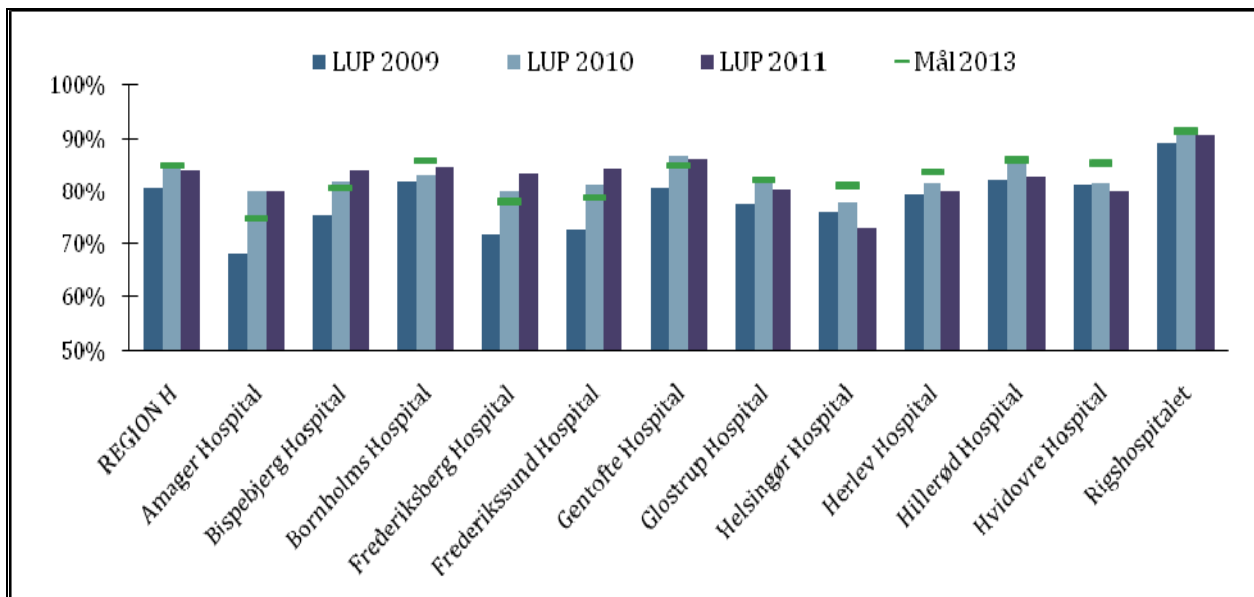
**Figur 3.1** Indlagte: Håndtering af fejl. Hospitaler i Region Hovedstaden



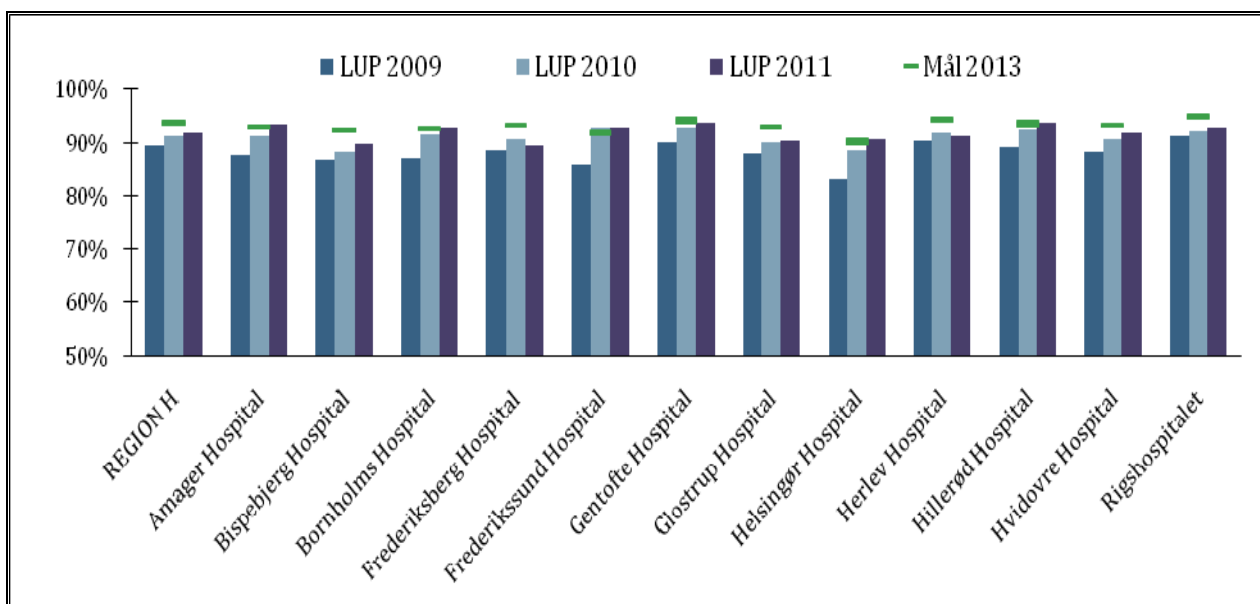
**Figur 3.2** Ambulante: Håndtering af fejl, hospitaler i Region Hovedstaden



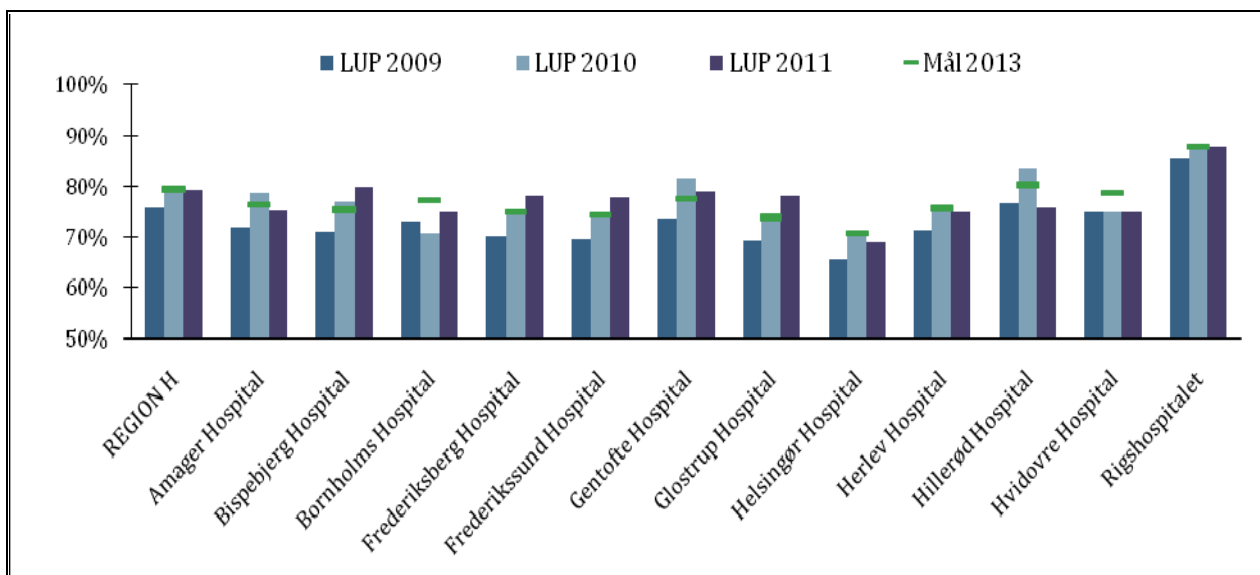
**Figur 4.1** Ambulante: Oplevelse af ventetid, hospitaler i Region Hovedstaden



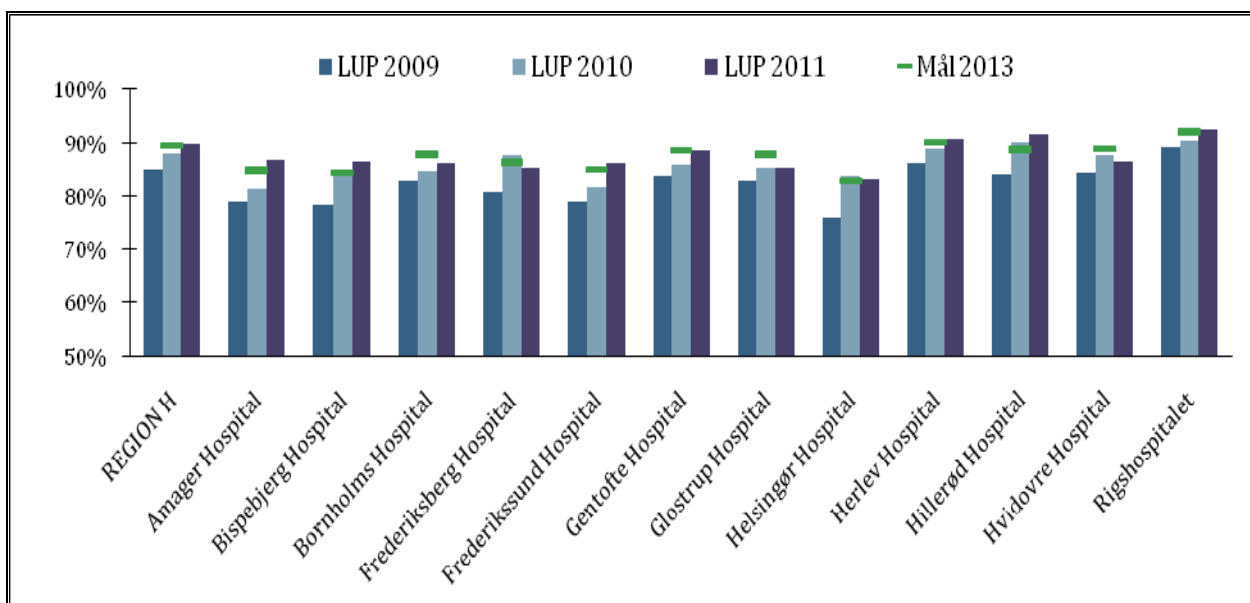
**Figur 5.1** Indlagte: Medinddragelse i egen behandling, hospitaler i Region Hovedstaden



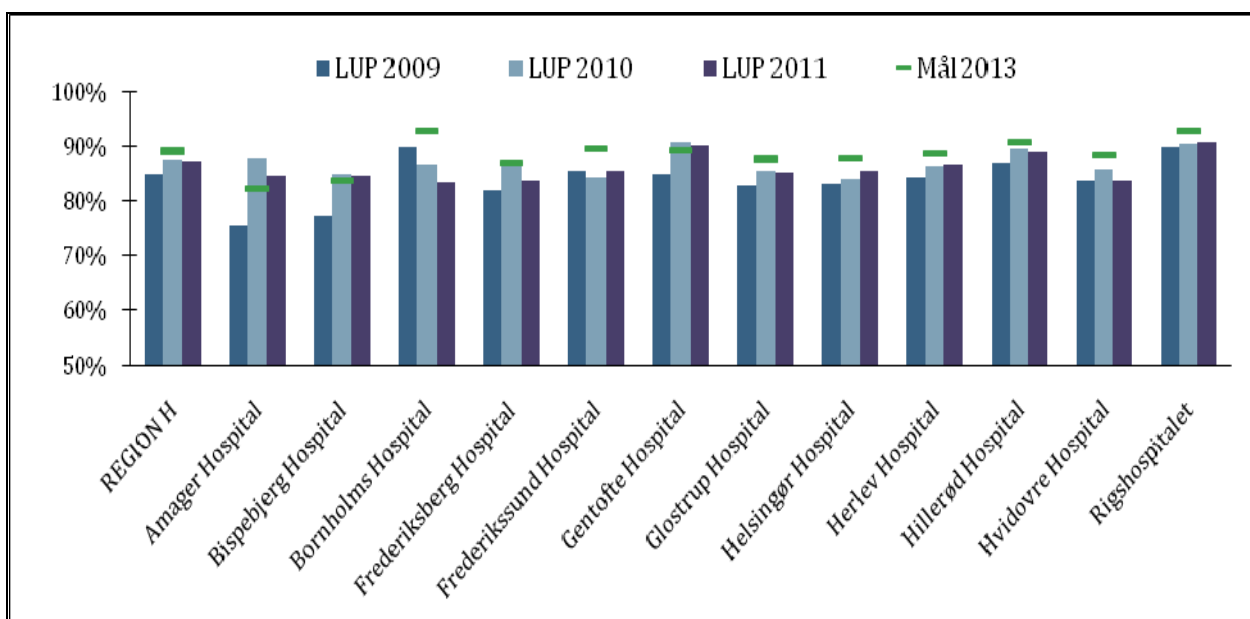
**Figur 5.2** Ambulante: Medinddragelse i egen behandling, hospitaler i Region Hovedstaden



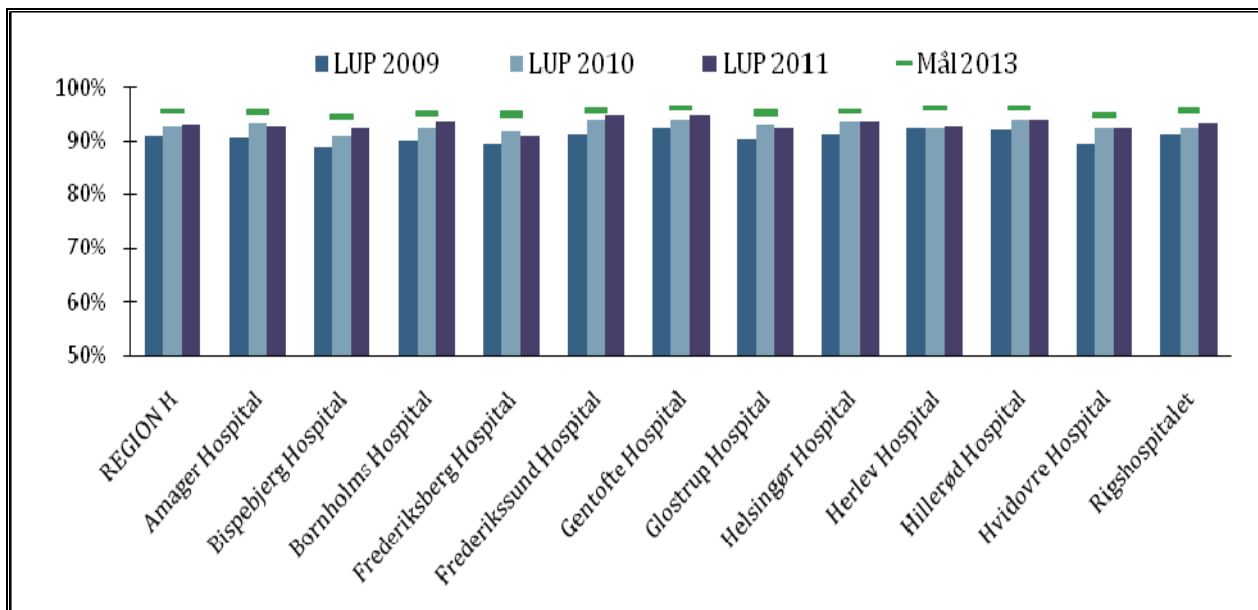
**Figur 6.1** Indlagte: Inddragelse af pårørende, hospitaler i Region Hovedstaden



**Figur 6.2** Ambulante: Inddragelse af pårørende, hospitaler i Region Hovedstaden



**Figur 7.1** Indlagte: Tryghed ved udskrivelse, hospitaler i Region Hovedstaden



**Figur 7.2** Ambulante: Tryghed ved udskrivelse, hospitaler i Region Hovedstaden

Udvalg vedrørende Udsatte  
Borgere

# Status for Region Hovedstadens Kvalitetshandlingsplan – Lighed

Afrapportering til regionsrådet  
November 2012

## Indledning

I juni 2010 vedtog regionsrådet Region Hovedstadens Kvalitetspolitik samt Kvalitetshandlingsplan 2010 – 2013. Kvalitetspolitikken baserer sig på fire grundlæggende værdier: *sikkerhed, patienten i centrum, effektivitet og lighed*, som tilsammen danner fundamentet for arbejdet med kvalitetsudvikling.

Kvalitetshandlingsplanen er den konkrete udmøntning af kvalitetspolitikken i perioden 2010 til 2013. I kvalitetshandlingsplanen er der opstillet konkrete målsætninger for kvalitetsudviklingen for hver af kvalitetspolitikkenes fire værdier i perioden. Ved udgangen af 2013 opgøres en samlet status for forløbet af handlingsplanen og opnåelsen af de opstillede målsætninger, og der udarbejdes forslag til kvalitetshandlingsplan for den kommende periode.

Undervejs i forløbet af rapporteres årligt til regionsrådet om status for arbejdet med de fire værdier og de foreløbige resultater i forhold til at opfylde målsætningerne. Samtidig følges udviklingen løbende i de politiske underudvalg. Denne rapport er den anden af rapportering undervejs i handlingsplanens gyldighedsperiode. Rapporten har været behandlet i de politiske underudvalg, således at kvalitetsudvalget har drøftet afsnittene om sikkerhed, effektivitet og akkreditering, patientudvalget har drøftet afsnittet om patienten i centrum og udvalget for udsatte borgere har drøftet afsnittet om lighed.

## Der skal være lighed i behandlingen

Der skal være let og lige adgang til behandling af høj kvalitet for alle borgere uanset social status, etnisk oprindelse og bopæl. Lighed opnås ved en lang række indsatser med fokus på fire indsatsområder:

- Nedsat variation i behandling
- Kvalitetsudvikling i praksissektoren
- Nedbrydning af barrierer i forhold til sårbare grupper
- Forløbsprogrammer for kronisk sygdom

Der er opstillet følgende målsætninger for de fire indsatsområder:

- Nedsat variation i behandlingsresultater afdækket via de kliniske kvalitetsdatabaser
- Hospitalsplan og psykiatriplan er udrullet
- Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme implementeret
- SundDialog implementeret
- Dokumentation af vurdering af patienters evne til kommunikation i alle journaler

### Målsætning: Nedsat variation i de kliniske kvalitetsdatabaser

Målet er at sikre den samme høje kvalitet i behandlingen uanset hvor i regionen behandlingen foregår. Der tages udgangspunkt i de kliniske kvalitetsdatabaser.

En klinisk kvalitetsdatabase indsamler og behandler informationer (data) om den sundhedsfaglige behandling af en nærmere afgrænset patientgruppe. Til at måle kvaliteten har det sundhedsfaglige personale inden for hvert enkelt sygdomsområde udvalgt en række målepunkter (indikatorer).

Indikatorerne er udvalgt, fordi de er særligt betydningsfulde, når det skal vurderes, om behandlingskvaliteten ligger på det ønskede niveau. Indikatorerne varierer fra sygdomsområde til sygdomsområde. Alle de kliniske kvalitetsdatabaser udgiver en årsrapport, hvor data for indikatorerne præsenteres.

Målsætningen er at mindske variationen i regionens tilbud om behandling til patienterne bl.a. ved at mindske variationen mellem hospitalerne på de indikatorer, som måles via de 50 landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Indsatsen sker naturligvis ved at hæve bunden – altså resultaterne på de hospitaler, som leverer de dårligste indikatorresultater.

I Region Hovedstaden holdes møde med det sundhedsfaglige råd indenfor et givet område, hver gang der kommer en årsrapport for en klinisk kvalitetsdatabase. På baggrund af årsrapporten vurderes om kvalitetsniveauet indenfor området har et acceptabelt niveau på regionens hospitaler og variationen i behandlingskvaliteten vurderes. Det pågældende sundhedsfaglige råd rådgiver i forlængelse heraf det regionale kvalitetsråd og ledelsessystemet i Region Hovedstaden med anbefalinger til konkrete indsatsområder og/eller kvalitetsudviklingsaktiviteter på baggrund af resultaterne i årsrapporten.

Indsatsen i forhold til opfyldelsen af målsætningen består således primært i, at de sundhedsfaglige råd og administrationen gennemgår årsrapporterne og herunder fokuserer på at sikre, at der i samarbejde med de relevante afdelinger foretages en målrettet indsats for en forbedring på de afdelinger, hvor resultaterne er utilfredsstillende. Året efter følges op på om indsatsen er lykkedes. Region Hovedstaden er den eneste region, der på denne systematiske måde gør brug af de kliniske kvalitetsdatabaser til udvikling af den kliniske kvalitet.

Årsrapporten for voksendiabetes 2011, der dækker perioden 1. marts 2011 til 29. februar 2012, viser en markant forbedring i målopfyldelsen (indikatorresultaterne) i Region Hovedstadens diabetesambulatorier over de senere år.

All-or-None udtrykker, hvor stor en andel af vore patienter, der modtager alle elementer i de fastlagte og vedtagne behandlingstilbud, - og udtrykker derfor i hvor høj grad den enkelte patient gennemgår "det perfekte patientforløb". For diabetes hos voksne vedrører det procesindikatorerne, med følgende 5 elementer ("den samlede pakke") :

- Andelen af diabetespatienter, der mindst 1 gang om året har fået målt langtidsblodsukker
- Andelen af diabetespatienter, der mindst 1 gang om året har fået målt blodtryk
- Andelen af patienter over 30 år, som mindst hvert 2. år har fået målt kolesterol
- Andelen af diabetespatienter, som mindst hvert 2. år har fået undersøgt nyrefunktionen, - og
- Andelen af diabetespatienter, som mindst hvert 2. år har fået foretaget fodundersøgelse

Rapporten viser, at region hovedstadens diabetesambulatorier stedse har forbedret indsatsen for disse patienter på alle fem områder, således at 85 % nu modtager den samlede behandlingspakke (identisk med landsresultatet 85%).

Det er en væsentlig forbedring ift. de foregående år :

2009 : 70%

2010 : 74%

Variationen imellem ambulatorierne i Region Hovedstaden er blevet mindre, og diabetespatienterne modtager nu i højere grad de samme behandlingstilbud, uanset hvor, de varetages:

2009, variation 38-95%

2010, variation 54-95%

2011, variation 69-95%

hvilket illustrerer, at en nedsat variation, og dermed højere grad af lighed i behandlingen, opnås ved at hæve bunden - altså resultaterne på de hospitaler, som leverer/har leveret de dårligste indikatorresultater.

## Målsætning: Udrulning af hospitals- og psykiatriplan

Hospitalsplanen og Psykiatriplanen understøtter kvalitetsudvikling, herunder målet om lighed i behandlingen ved at etablere ensartede behandlingstilbud på et højt specialiseret niveau til alle regionens borgere. Gennemførelse af planen vil medføre en generelt styrket faglighed og en højere kvalitet i behandlingen. Målet er, at regionen skal være én udredende og behandlende enhed. Det betyder, at akut behandling skal leveres med den samme høje kvalitet døgnet rundt – året rundt i hele regionen, og at regionens borgere uanset hvor de bor, hvor og hvornår de kommer i kontakt med et af regionens hospitaler, skal modtage behandling og pleje på et højt fagligt kvalitets- og serviceniveau.

Ved kvalitetshandlingsplanens vedtagelse var Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007 gældende. Efterfølgende er Hospitals- og Psykiatriplan 2020 (HOPP 2020) vedtaget.. HOPP 2020 trådte i kraft den 1. maj 2012, og erstattede Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007.

HOPP 2020 er i vid udstrækning er en naturlig videreførelse af de overordnede linjer, der er lagt med Hospitalsplan 2007 og Psykiatriplan 2007. HOPP 2020 understøtter, at der fastholdes fokus på at udvikle bedre sammenhængende patientbehandling, at strukturen i regionens hospitalsvæsen fortsat skal understøtte udvikling af stærke og toneangivende faglige miljøer, hvor patienten er i fokus og målet er høj kvalitet, og som samtidig bidrager til at skabe et attraktivt og dynamisk arbejdsmiljø for medarbejderne.

I 2012 er der implementeret en række initiativer i HOPP 2020, fx:

- I januar 2012 åbnede en rådgivende akuttelefonen. Formålet med akuttelefonen er at tilbyde borgere vejledning i almindelige forholdsregler ved akut sygdom og tilskadekomst og oplyse om ventetider på regionens akut-modtagelser/-klinikker.
- I april 2012 blev der etableret diagnostiske enheder ved regionens fire akuthospitaler. Formålet med de diagnostiske enheder er at sikre hurtig diagnosticering af patienter med alvorlig uafklaret sygdom. Alle diagnostiske enheder har en rådgivningstelefon, hvor henvisende læger kan henvende sig i alle hverdage og få råd, vejledning og sparring om diagnosticering af alvorligt syge patienter.
- I maj 2012 ændrede regionens akutklinikker åbningstid til 07.00-22.00.

Den fulde implementeringen af HOPP 2020 forudsætter i høj grad større ny- og ombyggeri, og der er en stor intern afhængighed mellem mulighederne for at flytte funktionerne. De seks byggeprojekter, som i henholdsvis 2009 og 2010 fik forhåndstilsagn om finansiering fra statens kvalitetsfond, har i 2011 og 2012 været i gang med den videre planlægning. Det drejer sig om udbygning af Herlev Hospital, Hvidovre Hospital, Rigshospitalet og Psykiatrisk Center Skt. Hans, samt byggeri af Nyt Hospital Nordsjælland og Nyt Hospital og Ny Psykiatri Bispebjerg. Det samlede forhåndstilsagn fra statens kvalitetsfond til de seks projekter er 12,85 mia. kr.

## **Målsætning: Forløbsprogrammer for kronisk sygdom implementeret**

Der er udarbejdet og godkendt forløbsprogrammer for KOL, diabetes, hjerte-kar sygdom, lænderyg lidelser og demens i Region Hovedstaden. Derudover har Sundhedsstyrelsen i år udarbejdet forløbsprogrammer for kræftrehabilitering og hjerneskade. Implementeringen af disse forløbsprogrammer sker bl.a. ved at udvikle en række understøttende værktøjer i regi af regionens Kronikerprogram. Kronikerprogrammet består af 18 projekter der kan inddeles i fem temaer, hvor de enkelte projekter på forskellig vis understøtter implementeringen af forløbsprogrammerne:

1. Kompetenceudvikling
2. Patientuddannelse og egenomsorg
3. Forløbskoordination
4. It-understøttelse
5. Evaluering

Implementeringen af forløbsprogrammerne indebærer, at de beskrevne tilbud om rehabilitering er etableret, og at klinikerne kender til dem, og endelig at de rette patienter henvises til de rette tilbud rettidigt. Kronikerprogrammets projekter understøtter implementeringsindsatser i forhold til alle tre elementer.

På nuværende tidspunkt eksisterer der kun data, som kan vise hvor langt man er nået i forhold til etableringen af sammenhængende rehabiliteringstilbud og hvor mange patienter, der er henvist til rehabilitering. Der er kun fortaget en opgørelse<sup>1</sup> heraf for KOL, Type 2-diabetes og hjertekar sygdomme, da implementeringen af forløbsprogrammer for lænderyg lidelser og demens kun netop er igangsat.

Opgørelsen viser, at man er godt på vej både med etablering af tilbud og med antallet af borgere, som henvises til tilbuddene. Alle hospitaler har et sammenhængende tilbud inden for KOL. 90 pct. af kommunerne har etableret et *sammenhængende* rehabiliteringstilbud for borgere med KOL. På diabetesområdet er der fortsat otte kommuner og fire hospitaler, som ikke har et sammenhængende tilbud i 2011, men der kan være tale om, at der er etableret forskellige enkeltstående tilbud. Inden for hjerteområdet er der ni ud af 11 hospitaler, som har et sammenhængende tilbud, og tre ud af 29 kommuner.

Der er ingen indbyrdes afhængighed mellem hospitaler og kommuner i forhold til at implementere forløbsprogrammerne, men det letter selvsagt koordineringen, hvis man følges ad i et planområde. Forløbsprogrammet for hjerte-kar sygdomme har en begrænset målgruppe, nemlig patienter der tilbydes et hjertepakke forløb. Det er således ikke alle hospitaler der har patienterne til udredning, men alle hospitaler skal kunne tilbyde rehabilitering. Ligeledes har kommunerne kun i mindre omfang erfaringer fra tidligere i forhold til denne gruppe. For mindre kommuner må antallet af patienter der skal tilbydes rehabilitering også forventes at være begrænset.

Via Sundhedsaftalen har kommunerne forpligtiget sig på at implementere forløbsprogrammerne for KOL og type 2 diabetes. Implementeringen af forløbsprogrammerne for hjerte-kar sygdom og demens skal aftales i 2012 og for forløbsprogrammet for lænderyg i løbet af aftaleperioden. Forløbsprogrammerne for kræftrehabilitering og hjerneskade er ikke nævnt i Sundhedsaftalen, da man ikke var bekendt med disse, da aftalen blev indgået.

Antallet af henviste borgere til de etablerede rehabiliteringstilbud er steget med ca. 30 pct. fra 2010 til 2011. I 2011 har knap 2.000 borgere i alt (kommune + hospital) modtaget et sammenhængende rehabiliteringstilbud, mens det tilsvarende antal inden for type 2 diabetes er knap 3.100 og 1.600 inden for hjerte-kar sygdomme. Antallet af nydiagnosticerede borgere med hhv. KOL og type 2 diabetes er ca. hhv. 14.000 og 6.000 pr. år.

Næsten alle deltagere i kommunale rehabiliteringstilbud henvises fra almen praksis. Flere borgere med KOL end med type 2 diabetes henvises fra hospitalerne til kommunal rehabilitering, men andelen er meget lille.

## Målsætning: SundDialog implementeret

Sunddialog er et internetbaseret, interaktivt samtaleværktøj beregnet til praksispersonalets dialog med patienter med henblik på livsstilsændringer. Samtaleværktøjet strukturerer, dokumenterer og målretter indsatsen og er udviklet til de forebyggende konsultationer. SundDialog har fokus på pædagogiske redskaber, hvor patienter lærer at forvalte livet i retning af sundere adfærd. For at kunne udnytte det kræves en uddannelse af praksispersonalet i brugen af programmet og den tilhørende samtale teknik og

---

<sup>1</sup> Opgørelsen er baseret på data indsamlet i 2011, sammenlignet med data for 2010.

pædagogik. Med SundDialog er det endvidere muligt at indsamle data til brug for fremtidig forskning og kvalitetssikring inden for forebyggelse og livsstilsændringer.

Implementering af SundDialog indgår som et delprojekt i regionens Kronikerprogram der afsluttes i 2012. Projektets hovedformål er at udbrede og implementere SundDialog i almen praksis gennem uddannelse af 300 praksispersonaler og igangsættelse af 9.000 patientforløb.

SundDialog har løbende markedsført programmet og tilbudt uddannelse til praksispersonalet.. Der er afholdt uddannelse for i alt 185 praksispersonaler i projektperioden og iværksat 3.319 patientforløb.

## Målsætning: Vurdering af patienternes evne til kommunikation i alle journaler

Vurdering af patientens evne til kommunikation, herunder evne til at modtage vejledning og information, er en afgørende forudsætning for at inddrage patienten i tilrettelæggelse af behandlingen. I vurderingen indgår dels evt. fysiske barrierer (syn, hørelse, tale og sprog) og dels kognitive eller psykologiske barrierer. På baggrund af vurderingen tager den sundhedsprofessionelle de nødvendige forholdsregler for at sikre en tilfredsstillende kommunikation med og uddannelse af patienten. Vurderingen af patientens evne til kommunikation skal dokumenteres i journalen. For at monitorere om vurderingen er dokumenteret i alle journaler foretages journalaudit to gange om året på alle hospitaler for såvel indlagte som ambulante patienter. Hospitalerne auditerer 20 journaler pr./afdeling.

Følgende to spørgsmål indgår i journalaudit:

1. Er det dokumenteret, om der er forhold hos patienten, der skal tages hensyn til, når patienten skal vejledes/informeret?
2. Fremgår det, hvad patienten er vejledt og informeret om?

Resultat:

	<b>Indlagte patienter November 2010</b>	<b>Indlagte patienter Maj 2011</b>	<b>Indlagte Patienter Maj 2012</b>	<b>Ambulante patienter November 2010</b>	<b>Ambulante patienter Maj 2011</b>	<b>Ambulante patienter Maj 2012</b>
Spørgsmål 1	71 %	81 %	87 %	58 %	65 %	69 %
Spørgsmål 2	76 %	81 %	84 %	74 %	74 %	84 %

## Bemærkninger fra Udvalget vedrørende Udsatte Borgere

Udvalget vedrørende udsatte borgere har følgende bemærkninger til afrapporteringen:

Overordnet set bemærker udvalget, at kvalitetshandlingsplanen primært forholder sig til geografisk lighed i behandling. Udvalget finder det interessant at undersøge, hvordan det står til med den sociale ulighed. Er der forskelle i behandlingstilbud og –resultat afhængigt af fx uddannelses- eller indkomstniveau? Udvalget vil i den kommende tid beskæftige sig med, hvilke data vi har, der kan fortælle noget om den sociale dimension.

Udvalget finder, at målsætningen Forløbsprogrammer for kronisk sygdom implementeret fremadrettet bør udbygges, så der kommer mere fokus på hvordan man kommer i mål med implementeringen, samt at man i højere grad sikre en ensartethed i monitoreringen af indsatsen.

Udvalget finder at man er langt fra målet i forhold til målsætningen SundDialog implementeret. SundDialog er dog i perioden også blevet udbredt til nogle ambulatorier, hvilket ikke er et mål i handlingsplanen. Udvalget er interesseret i at vide, hvilke patienter der anvender SundDialog. Bliver det brugt af nogle andre patientgrupper, end de der normalt tager i mod tilbud om livsstilsændringer?

I forhold til målsætningen Vurdering af patienternes evne til kommunikation i alle journaler finder udvalget vedrørende udsatte borgere, at det interessante må være hvordan kvaliteten i kommunikationen har været. Det kan tallene fra journalaudit ikke fortælle noget om. Udvalget vil derfor i den kommende tid beskæftige sig med dette.

Forretningsudvalgets møde den 4. december 2012

Sag nr. 7

Emne: Tgi kqp"J qxgf ucf gpu'ht go vk ki g'cmmtgf kgtkpi uwtcvgi k

5 bilag

**Koncern Plan, Udvikling og Kvalitet**  
Enhed for Udvikling og Kvalitet

**Evaluering af akkreditering  
& Elementer til en fremtidig  
akkrediteringsstrategi for  
Region Hovedstaden 2013**

30. oktober 2012

## Indhold:

Sammenfatning og anbefalinger.....	3
1. Indledning .....	3
1.1 Grundlaget for Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi i 2008.....	4
2. Centrale udgifter til akkreditering.....	5
3. Resultater af akkrediteringsbesøg i 2011 og 2012 .....	6
4. Evalueringsundersøgelser og tilkendegivelser .....	9
5. Konklusioner.....	11
7. Overvejelser om konsekvenser ved fravalg af det internationale akkrediteringssamarbejde.....	12
7 . Anbefalinger til akkrediteringsstrategi og understøttende aktiviteter .....	13
Bilagsoversigt .....	16
Bilag 1: Regionens akkrediteringshistorie.....	17
Bilag 2: Fund under JCI akkreditering i 2011.....	18
Bilag 3: Fund under DDKM akkreditering i 2012.....	19
Bilag 4: Områder der ikke er indeholdt i DDKM standarder .....	20
Bilag 5 International certificering af udvalgte patientforløb ved JCI .....	21
Bilag 6 JCI's standarder for lægelig uddannelse og forskning.....	22
Referencer .....	24

## Sammenfatning og anbefalinger

Koncerndirektionen har over sommeren og i efteråret drøftet oplevelser og evaluering af akkreditering og anbefalinger til den fremtidige strategi i en række fora, herunder i ledelsesfora og kvalitetsorganisationen og Region H MED. Herudover indgår resultater fra to evalueringsundersøgelser (2011 og 2012).

Der er enighed om at regionens hospitaler har haft stort udbytte og læring af den gældende akkrediteringsstrategi og at denne har ført mange forbedringer med sig.

Herudover har drøftelserne afdækket forskellige synspunkter på og opfattelser af akkreditering, udbytte og oplevelser under besøg og på hvad der bør indgå i den fremadrettede plan.

Koncerndirektionen har i sin indstilling lagt vægt på tilkendegivelser fra Regionens Kvalitetsråd.

*Koncerndirektionen anbefaler følgende indhold i regionens akkrediteringsstrategi for 2013 og frem:*

- at Region Hovedstaden fortsat ser akkreditering som en væsentlig ramme for kvalitetsudvikling og et redskab til kvalitetsstyring og kvalitetsforbedring
- at Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi fremover bygger på akkreditering ved Den Danske Kvalitetsmodel
- at der internt i regionen skal arbejdes med forskellige koncepter der fremmer systematisk arbejde med kvalitetsudvikling og implementering, herunder uddannelse
- at Region Hovedstaden vægter at fortsætte det internationale samarbejde om kvalitetsudvikling, og derfor vil afsøge relevante internationale koncepter, snitflader og samarbejder, der også fremover stimulerer kvalitetsudvikling og forbedring af sundhedsvæsenets ydelser
- at patientinvolvering og tværgående sektorsamarbejde er et bærende element i regionens ydelser
- at der skal ske en kontinuerlig uddannelse af medarbejdere og ledere i kvalitetsudviklingsmetoder og kvalitetsstyring
- at ovenstående elementer skal indgå i regionens kvalitetshandlingsplan fra 2014 og frem

## 1. Indledning

Regionsrådet traf i 2008 beslutning om regionens akkrediteringsstrategi frem til 2012, hvor alle regionens hospitaler har tilendebragt akkreditering ved såvel Joint Commission International (JCI) i 2011 og den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) i 2012.

Der skal derfor ultimo 2012 træffes beslutning om regionens fremtidige akkrediteringsstrategi.

Grundlaget for beslutningen er de erfaringer som er opnået efter akkreditering ved JCI og DDKM og dette oplæg er baseret på følgende input:

- Resultater af JCI akkreditering og samarbejde i 2010 og akkreditering i 2011
- Resultater af DDKM akkreditering i 2012
- Resultater af brugerundersøgelse af ledere og medarbejders oplevelser efter JCI akkreditering i 2011 og DDKM akkreditering i 2012
- Drøftelser i kvalitets- og ledelsesorganisation, som har fundet sted over sommeren og efteråret 2012 i Kvalitetsråd, kredsen af vicedirektører, Udvidet direktørkreds, hospitalernes kvalitetschefer og akkrediteringskoordinatorer samt i Regionens MED udvalg.

Akkreditering er en proces, hvorved en uafhængig akkrediteringsorganisation, vurderer hvorvidt en organisation lever op til kvalitetskrav i et sæt standarder, som er udformet for at forbedre kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen. Standarderne omfatter alle væsentlige funktioner og personalegrupper i organisationen. Akkreditering inkluderer således stort set alle indsatser og kan betragtes som en paraply for udviklingsarbejdet.

Akkrediteringstankegangen hviler på forventningen om, at organisationen konstant arbejder med at skabe og fastholde en kultur der understøtter kontinuerlig datadrevet kvalitetsforbedring af processer og resultater. Der er fokus på eksplicite regler, klar organisering og opgavefordeling, kvalitetsstyring (datadrevet ledelse) og regelmæssig overvågning af nøgleprocesser for at identificere forbedringsbehov.

Det har igennem de sidste 12 år vist sig at forberedelse til akkreditering har været et stærkt ledelses- og forandringsredskab der har banet vejen for store forandringer i hospitalerne. Akkreditering har sat fokus på og stimuleret professionernes faglighed og brug af evidens, harmonisering af den faglige indsats på tværs af afdelinger og organisationens systemkvalitet og beredskab i bred forstand. Resultater af selve akkrediteringsbesøgene er i denne sammenhæng sekundært, idet de mange forandringer og gevinster for patienter og personale skal sætte varige spor i den daglige drift, for at give mening for brugere og ansatte.

Akkreditering beskytter ikke mod fejl og kvalitetsbrist, men er et redskab der kan hjælpe organisationen til at til at udstikke rammer for alle væsentlige processer, definere og analysere risici samt overvåge og forbedre sikkerhed og kvalitet.

### 1.1 Grundlaget for Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi i 2008.

Regionens drøftelser om akkrediteringsstrategi i 2008 tog afsæt i daværende Kvalitetsstrategi 2007-2009 (februar 2007), status for DDKM og det hidtidige kvalitetsarbejde i regionens virksomheder, herunder erfaringer med international akkreditering ved JCI på nogle af regionens hospitaler.

DDKM akkreditering blev påbegyndt i regionerne 2010 og det er en grundlæggende præmis at den er obligatorisk for alle offentlige og private hospitaler i Danmark og således ikke kan fravælges.

Beslutning om valg af begge akkrediteringskoncepter blev truffet i august 2008 og var betinget af

- hospitalernes erfaringer og udbytte af samarbejdet med JCI gennem flere år med afsæt i afprøvede internationale kvalitetsstandarder, samt udbyttet af JCI's besøg på de ikke akkrediterede hospitaler i efteråret 2007 (foranalysen)
- hospitalernes erfaringer med at udvikle, implementere og monitorere egne kvalitetsstandarder
- ønsket om at fastholde momentum og udbrede opnåede resultater, som ikke var i fokus i første og gældende udgave af DDKM standarderne
- at medarbejderne og ledere ikke skulle kende de forskellige standardsæt, men alene de for dem relevante vejledninger, der både adresserer JCI's og DDKM's krav Dette har meget stor betydning, da vejledningerne, og ikke standarderne, er det primære arbejdsredskab for medarbejderne i relation til akkreditering. Klinikerne skal således ikke forholde sig til to sæt standarder, men til de udarbejdede vejledninger
- ønsket om at opnå mere lige/ensartede tilbud til borgerne. Samordning af kvalitetsarbejdet på tværs af regionen var en nødvendighed for at opnå dette mål
  - beslutningen tog derfor afsæt i behovet for en regional samordning af regler, praksis og kvalitetsinitiativer på tværs af matrikler, tidligere amtsgrænser og afdelinger som er aktualiseret af regionens hospitals- og psykiatriplaner. Det var vurderingen at dette formål blev understøttet af JCI's standarder for hospitaler
- ønsket om et fortsat samarbejde med JCI begrundedes i ønsket om at fastholde et ambitiøst og proaktivt fokus på patientsikkerhed, sikkerhed i de fysiske rammer, infektionsovervågning og -hygiejne samt personaleudvikling- og -styring - områder som endnu ikke var fuldt udfoldede i DDKM version 1.

Dertil kommer

- at samarbejdet med JCI vurderedes at have haft afgørende betydning for regionens førende position indenfor patientsikkerhed og for det kulturskred der er en forudsætning herfor

- ønsket om at fastholde muligheden for international inspiration/sparring med surveyore der færdes i hospitalsvæsenet i mange lande
- at akkrediteringsstrategien skulle understøtte regionens visioner om international orientering, inspiration og innovation og målet om et hospitalsvæsen i verdensklasse.

Strategien var således et ønske om at supplere DDKM og fastholde opnåede resultater. Akkreditering ved JCI betragtedes som en overbygning i akkrediteringsarbejdet<sup>1</sup>.

Regionen har siden den spæde start af DDKM været meget aktiv i udviklingen af modellen og således bidraget både til udviklingen af evalueringsgrundlag, den senere revision af dette, rådgivning om organisatoriske processer, IT systemer, herunder til hospitalernes selvevaluering (TAK systemet) m.v. Regionen har endvidere haft en betydelig rolle i relation til udfærdigelse af koncept for akkrediteringsbesøg samt stillet regionens samlede materiale vedr. hjælpemidler og metodebeskrivelser til afvikling af akkrediteringsbesøg til rådighed for Institut for Kvalitetsudvikling og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).

Det vurderes at regionen har brugt adskillige årsværk på at understøtte udvikling af modellen.

*Strategien hvilede også på at medarbejderne ikke skal lære og skelne mellem akkrediteringskoncepter og standarder i de to modeller, men derimod skal kende relevante regionale og lokale vejledninger og instrukser. Disse dokumenter rummer således problemfrit krav i begge sæt standarder.*

## 2. Centrale udgifter til akkreditering

Akkreditering ved DDKM og JCI skal ske hvert 3. år.

Hospitalerne resurseforbrug ifm. akkrediteringsforberedelse og selve besøgene er ikke estimeret og beskrevet i dette afsnit. Der foreligger ikke valide beregninger heraf, da det er vanskeligt at udlede disse af øvrige drift og udviklingsaktiviteter.

Den centrale forvaltning har afholdt de direkte udgifter til akkrediteringsorganisationerne – se tabel nedenfor. *Se i øvrigt bilag 1 for regionens akkrediteringshistorie.*

### **Udgifter til DDKM:**

Regionen betaler et **årligt** gebyr på aktuelt kr. 3.3 mio. Dette beløb dækker udgifter til drift af IKAS, betaling af surveyore, herunder ophold og forplejning ved akkrediteringsbesøg hvert 3. år mm. Endvidere modtager afdelinger der stiller surveyore til rådighed for akkreditering på andre hospitaler, et refusionsbeløb til dækning af vikar.

Fra 2012 inkluderer den årlige udgift endvidere et midtvejsbesøg på hvert hospital af 1 – 2 dages varighed. Standardmanualer med DDKM standarder er ikke inkluderet. Regionen har anvendt ca. 200.000 på indkøb af standardmanualer

### **Udgifter til JCI:**

JCI er en privat non-profit virksomhed og international akkreditering ved JCI er frivillig. Der betales ingen licens/abonnementsafgift, men indgås kontrakt om hvert besøg (enten som et rådgivende konsulentbesøg eller et akkrediteringsbesøg). Den centrale forvaltning har afholdt de direkte udgifter til honorar, rejse, ophold, forplejning og professionelle tolke, oversættelse og indkøb af standardmanualer, oversættelse af vejledninger og andet materiale.

---

<sup>1</sup> Teksten ovenfor er udpluk fra Region Hovedstadens Akkrediteringsstrategi – notat af august 2008.

Et akkrediteringsbesøg ved JCI på alle 13 hospitaler i ca. 5 uger, inkl. tolke, rejse, hotel, forplejning mv. kostede i 2011 i: 6.942.740 kr., heraf anvendes ca. 2.200.000 kr. til tolke.

Akkrediteringsorganisation.	Udgift pr. år	Udgift til akkr. i 2011	Samlede centrale udgifter for en 3 årig periode (1 besøg):
<b>DDKM</b>	3.300.000 kr.		<b>9.900.000 kr.</b>
<b>JCI – honorar</b>		3.441.295 kr.	<b>6.942.740 kr.</b>
<b>Tolke</b>		2.200.000 kr.	
<b>Rejse, hotel og forplejning:</b> 801.445 kr.		251.445 kr. 410.000 kr. 140.000 kr.	
Standarder, oversættelse af diverse, trykning og indkøb /3. år):		500.000 kr.	
<b>Total for en 3 – årig periode for begge koncepter</b>			<b>17.142.740 kr.*</b>
Udgifter fordelt pr. år ved begge akkrediteringskoncepter			<b>5.614.246 kr.</b>
Udgifter pr. år DDKM			<b>3.600.000 kr.</b>
Gennemsnitlig årlig udgift JCI for akkrediteringsbesøg hvert 3. år			<b>2.314.247 kr.</b>

\*Udgifter til evt. (frivillig) Mock Survey ved JCI forud for akkrediteringsbesøg er ikke indregnet.

### 3. Resultater af akkrediteringsbesøg i 2011 og 2012

#### 3.1 JCI akkreditering i 2011:

Samlet set klarede hospitalerne sig godt. Der er tale om, at hvert hospital uanset tidligere akkrediteringsstatus, har fået bemærkninger vedrørende 18 – 51 målelige elementer ud af de i alt 1300. Heraf er 3 – 20 vurderet som ”ikke opfyldt”, svarende til et gennemsnit på 7 pr. hospital. Mellem 1250 – 1280 af de i alt 1300 målelige elementer er således bedømt ”fuldt opfyldt” på alle regionens hospitaler. Samlet set er kun ca. 80 af de i alt 320 standarder berørt af fund på tværs af de 13 rapporter.

11 hospitaler opnåede akkreditering og 2 hospitaler måtte have et fokuseret genbesøg 5 måneder efter og klarede sig meget flot og stort set uden nogen fund igennem dette.

	AMH	BBH	BOH	FBH	FSH	GEH	GLO	HEH	HIH	HLH	HVH	RH	RHP
Målelige elementer/fund i alt	30	31	26	27	29	17	34	51	43	32	30	38	37
Målelige elementer DO	20	24	18	24	25	14	30	31	35	20	26	34	33
Målelige elementer IO	10	7	8	3	4	3	4	20	8	12	4	4	4
<b>Resultat</b>													

Ikke opfyldt: IO Delvist opfyldt: DO

Akkrediteret:



Fokuseret genbesøg:



*Oversigt over tværgående fund- se bilag 2*

Herudover henvises for yderligere oplysninger til Notat: *Forløb og resultater ifm. JCI akkrediteringsbesøg i marts og maj 2011. Endvidere separate oversigter over fund efter JCI akkreditering.*

*Indsigelser*

Regionen gjorde indsigelse mod tværgående fund vedr. ambulancejournaler og fik medhold i en regional fleksibel ordning omkring udveksling og opfølgning på u hensigtsmæssige ambulanceoverflytningsforløb. To hospitaler gjorde endvidere indsigelse mod et fund i rapporten, men fik ikke medhold.

*Opfølgning*

Alle hospitaler skal indenfor 45 dage efter modtagelsen af den endelige rapport fra JCI, udfærdige en opsamlingsrapport med fokus på de fund, der har udløst en ”ikke opfyldt ” scoring af et måleligt element/indikator. Denne rapport og evt. dokumenter og/eller implementeringsdata skal godkendes af JCI. De fund der skal arbejdes med på tværs af regionen, løftes i den regionale kvalitetsorganisation.

**3.2 DDKM akkreditering 2012**

Samlet set har alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri klaret sig fint og bedre end de øvrige regioner.

- I alt 9 hospitaler har opnået resultatet: Akkrediteret uden bemærkninger.
- Den præhospitale virksomhed er Akkrediteret uden bemærkninger
- I alt 4 hospitaler har opnået resultatet: Akkrediteret med bemærkninger.
  - 2 hospitaler har haft genbesøg og nu akkrediteret uden bemærkninger
  - og 2 har indsendt dokumentation

Der tegner sig et forskelligartet billede mht. fund der har medført en scoring af standard eller indikator på det enkelte hospital. Således er 0 – 9 standarder og 0 – 31 ud af det samlede antal på 450 indikatorer bedømt delvist eller ikke opfyldt. Et hospital har opnået at få 0 fund (Glostrup Hospital).

	AMH	BBH	BOH	FBH	FSH	GEH	GLO	HEH	HIH	HLH	HVH	RH	RHP	PRÆ <sup>2</sup>
Standarder, der ikke er fuldt opfyldt	1	0	1	4	0	0	0	2	0	0	5	9	0	1
Indikatorer IO	2	0	1	6	0	0	0	0	0	0	3	2	1	4
Indikatorer DO	5	4	3	14	1	2	0	7	1	2	10	19	2	23
Resultat											Besøg	Besøg		

Ikke opfyldt: **IO** Delvist opfyldt: **DO**

Akkrediteret uden bemærkninger:



Akkrediteret med bemærkninger:



For fund der blev italesat ved mere end 1 besøg- se bilag 3.

For en samlet oversigt over **fund**/hospital/standard – se særskilt Notat *Fund under DDKM survey – januar – juni 2012.*

En række fund relaterer sig til krav der bortfalder i DDKM standarder, version 2, og der tegner sig derfor ikke oplagte områder for fælles regional opsamling.

<sup>2</sup> Andet standardsæt

### *Indsigelser*

8 hospitaler og den præhospitale virksomhed har valgt at benytte sig af indsigelsesretten og dermed udfordre surveyornes vurderinger og scoringer på mellem 1 - 7 forskellige fund.

I alt 7 virksomheder har fået medhold fra teamleder og /eller Akkrediteringsnævnet i alle eller enkelte indsigelser og dermed opnået ændringer i scoringen af indikatorer eller standarder. 4 hospitaler har oplevet at Akkrediteringsnævnet har lempet eller skærpet scoringen, 2 at nævnet har tilføjet nye. Dette er delvist beklaget af IKAS.

### *Opfølgning*

- For hospitaler der er Akkrediteret uden bemærkninger er der ingen opfølgningskrav.
- 2 hospitaler har haft genbesøg og nu akkrediteret uden bemærkninger
- 2 har indsendt dokumentation og er nu akkrediteret .

Akkrediteringsrapporter med opnåede scoringsresultater offentliggøres på IKAS's hjemmeside [www.IKAS.dk](http://www.IKAS.dk)

### **3.3 Områder der især får positiv omtale ved akkrediteringsbesøgene**

På en række områder overopfylder regionens virksomheder de danske standarder, og forklaringen er at hospitalerne har arbejdet med at opfylde krav i JCI's standarder, som på en del af områderne er mere detaljerede og omfattende. Disse områder har på tværs af alle virksomheder udløst uforbeholden ros.

- Kvalitetsorganisation (kvalitetsråd, komitéer og udvalg), modenheden i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, herunder den brede tilgang til proaktivitet, læring samt måden der arbejdes med indsamlede kvalitetsdata ("*kvalitetsarbejdet er i et højere gear*")
- At alle generelt er meget langt med implementering af diverse krav
- Journaldokumentationen
- Bygnings- og infrastrukturen, herunder brug af risikoanalyser og styring af hele området omkring kritiske forsyninger
- Hele medicineringsområdet – dels de fastlagte processer og systemer og dels det elektroniske medicineringsystem der via brug af strekkodescanner og pda kan øge sikkerheden i medicineringsprocesser markant<sup>3</sup>
- Personalestyring- og –kompetenceudvikling, herunder kvalifikationsvurdering, kompetenceprofiler, bemyndigelsesprocesser mv.
- Hygiejne- og infektionsmonitoreringsområdet – både den integrerede hygiejneorganisation, håndhygiejne, uniformshygiejne, rengøringsmonitorering, rådgivningsarbejdet samt monitorering og håndtering af infektioner og infektionsudbrud
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder udgående teams samt en række kronikerindsatser
- Arbejdet med samarbejdsaftaler og kontrakter mellem virksomheder og eksterne.

JCI fremhæver følgende velfungerende områder

- Kvalitetsorganisation (kvalitetsråd, komitéer og udvalg)
- Journaldokumentationen
- det elektroniske medicineringsystem der via brug af strekkodescanner og pda kan øge sikkerheden i medicineringsprocesser markant<sup>4</sup>
- Personalestyring- og –kompetenceudvikling, herunder kompetenceprofiler
- Hygiejne- og infektionsmonitoreringsområdet – både den integrerede hygiejneorganisation,
- Det tværsektorielle samarbejde, herunder udgående teams samt en række kronikerindsatser
- Det tværfaglige samarbejde om patienter.

<sup>3</sup> Region Hovedstadens hospitaler udmærker sig generelt ved at være de eneste hospitaler der ikke har nævneværdige fund på medicineringsstandarderne.

<sup>4</sup> Region Hovedstadens hospitaler udmærker sig generelt ved at være de eneste hospitaler der ikke har nævneværdige fund på medicineringsstandarderne.

## 4. Evalueringsundersøgelser og tilkendegivelser

Der blev efter JCI besøget i 2011 og efter DDKM besøget i sommeren/efteråret 2012 foretaget en evaluering af ledere og medarbejderes oplevelser af forberedelser til, effekt af og oplevelser under akkrediteringsbesøget. Undersøgelserne er foretaget af Enhed for Brugerundersøgelser og består af fokusgruppeinterviews og spørgeskemaundersøgelse. Herudover er der via møder i forskellige fora fremsat vurderinger og forslag.

De aggregerede resultater af interviews og spørgeskemaundersøgelsen for begge undersøgelser foreligger nu i sammenskrevet rapport, som er **vedlagt dagsordenen**<sup>5</sup>. Desuden vedlægges følgenotat fra Styregruppen for Evaluering af akkreditering, hvor der perspektiveres på resultaterne af de to undersøgelser.

Resultaterne viser bl.a. at oplevelserne om effekten af akkreditering især knytter sig til følgende områder:

- Øget patientsikkerhed
- Øget brug af kvalitetsdata
- Mere ensartet patientbehandling
- Øget fokus på højrisikoydelser
- Bedre overblik over og anvendelse af vejledninger.

Mindst oplevet effekt af akkreditering anføres for følgende områder:

- Bedre behandlingsforløb
- Øget patienttilfredshed
- Øget personaletilfredshed.

Tilkendegivelser ved møder og ved ovennævnte undersøgelser viser at der er forskelle mellem medarbejdere og leders vurderinger og også mellem ledelsesniveauerne indbyrdes. Det samme gælder for hospitalerne, hvor konkrete oplevelser giver anledning til forskellige vurderinger.

Undersøgelserne afdækker også generelle synspunkter på akkreditering, herunder også på hvorvidt akkreditering fører til kvalitetsudvikling.

Lægegruppen udskiller sig som den mest skeptiske personalegruppe.

I undersøgelsen anfører flere at DDKM standarderne er mere relevante end de internationale standarder, herunder at der er nogle få ”udanske” krav i JCI standarderne.

Et stort flertal, fandt det positivt og en fordel at akkrediteringen i 2012 foregik på dansk og iht. dansk kontekst og kulturelle selvforståelse. Det tilkendegives at det danske akkrediteringsbesøg foregik under mere afslappende forhold, at de danske surveyore var mere lyttende, anerkendende og fleksible og at besøget foregik i en let og venlig atmosfære.

De fleste finder at forberedelserne til akkreditering har været meget nyttige, uanset om det var JCI ’s eller DDKM standarder.

Flere finder at forholdene under akkrediteringsbesøgene (både JCI og DDKM) ikke giver et retvisende billede af hospitalet, idet der forud herfor gennemføres ekstraordinær oprydning, rengøring, flytning af patienter mv. Mange anbefaler derfor, at akkrediteringsbesøg gennemføres uvarslet. Det gælder især

---

<sup>5</sup> Personalets oplevelser af DDKM –akkreditering 2012 og JCI akkreditering i 2011, Region Hovedstaden.

medarbejdere og ledere på hospitaler der har haft besøg af JCI flere gange, idet udbyttet efter akkrediteringsbesøget i 2011 var mere beskedent end tidligere

Udbytte, erkendelser, læringspotentiale og opfølgning efter DDKM besøget synes at være mindre. Dette er især italesat under interviews. Behovet for opfølgning efter DDKM besøget, herunder iværksættelse af forbedringer opleves således mindre.

### *Surveyore*

I undersøgelsen fremhæves DDKM surveyorne som venlige, anerkendende og lyttende (83 %). Mange finder det endvidere sympatisk at det er klinikere, ligesom dem selv, der kommer på besøg (evaluering i øjenhøjde).

Der er en del kritik at spore når det kommer til den faglige ydelse. Af evaluerings-undersøgelserne fremgår det, at 56% af de adspurgte medarbejdere fandt at JCI surveyorene gav brugbar inspiration og 52 % mener at surveyorne påpegede uerkendte problemstillinger mod henholdsvis 33 og 28% ifm. DDKM akkreditering.

Mange hospitaler har udtalt at de ikke følte sig grundigt evalueret eller udfordret af de danske surveyore. Det er under akkrediteringsbesøgene observeret at danske surveyore ikke var professionelle nok i rollen, at de manglede faglig viden om nogle af de processer de skulle evaluere og at de i mange tilfælde ikke bemærkede åbenlyse kvalitetsbrist eller ikke søgte at validere personalets udtalelser. Generelt blev sygeplejen, de diagnostiske specialer og hele det ambulante område ikke eller kun meget beskedent involveret og evalueret i det forventede omfang. De diagnostiske specialer følte sig især ikke udfordret.

Det påpeges endvidere at DDKM surveyorne fokuserede meget på detaljer og indhold i dokumenter og ikke gik tilstrækkelig i dybden ifm. afdelingsbesøg.

Det vurderes at de primære årsager hertil er surveyornes beskedne erfaring (må maks. udføre 15 dages survey/år) og det faktum at danske surveyore rekrutteres og uddannes efter andre kriterier.

De daglige tilbagemeldinger og den endelige mundtlige og skriftlige tilbagemelding vurderes med nogle undtagelser, generelt at være af beskeden kvalitet, ligesom der blev observeret stor variation i bedømmelse af de samme typer af fund.

Der er således generelt enighed om at JCI surveyore er mere professionelle, bedre trænet og mere erfarne i at gennemgå og evaluere processer og systemer både på hospitals- og afdelingsniveau. Dette gælder også evnerne til at give klare tilbagemeldinger og skabe erkendelse og læring kvag spørge- og observationsteknik. Hertil kommer anerkendelsen af, at en del af deres professionalisme stammer fra omfattende international virksomhed, ligesom det ikke alene kan betragtes som en ulempe at surveyorne ikke er socialiseret ind i den danske selvforståelse.

### *Habilitet*

Endeligt rejses der i undersøgelsen problemstillinger omkring muligheden for at bevare integritet og habilitet for danske surveyore i et land som Danmark med et relativt lille sundhedsvæsen. En række ledere har efter forårets DDKM akkrediteringsbesøg udtrykt bekymring herom, idet surveyorne, selv om de rekrutteres fra de øvrige regioner, ofte kender adskillige personer på de sygehuse, hvor de udfører akkrediteringsbesøg, enten gennem tidligere ansættelser eller gennem nationale netværk (der tales om fætter-kusine effekten). Der er derfor potentielt risiko for at surveyores bedømmelse kan påvirkes i den ene eller den anden retning. Nogle surveyore har under besøget på Region Hovedstadens hospitaler mødt de surveyore, der skal udføre genbesøg på surveyorens eget hospital. Også dette kan potentielt påvirke den enkelte surveyor.

### *International inspiration*

Under nogle fokusgruppeinterviews har der været fremsat tilkendegivelser om at der er mere at lære af JCI og at man er bekymret over at miste det internationale input og samarbejde med JCI.

Synspunkterne er forskellige. På den ene side er der direktions- og kvalitetsstabe der mener at DDKM akkreditering har og vil kunne opfylde hospitalets behov og på den anden side udtrykkes bekymring for at tabet af international inspiration og dygtige surveyore vil reducere respekten for og den samlede effekt af akkreditering.

## 5. Konklusioner

Drøftelser og evalueringsundersøgelserne viser at akkreditering, især ved JCI har medført udvikling, læring og forbedring i regionen. Desuden har akkrediteringsforberedelserne understøttet den regionale harmonisering og fusionsprocesser. Ledelser på alle niveauer opfatter akkreditering som et ledelsesredskab.

Det er imidlertid overraskende at drøftelser og evalueringen har afdækket at en række ledere og medarbejdere i regionen ikke oplever at forberedelser til akkreditering er forbundet med kvalitetsudvikling og at en del ikke mener at kliniske kerneydelser er omfattet af akkrediteringen.

Der er imidlertid flere diskurser og positioner i evalueringsundersøgelserne og der tegner sig således ikke en entydig og sammenfaldende opfattelse, idet evalueringen også inkluderer generelle synspunkter på akkreditering.

Der er ikke tvivl om, at det har været et meget stort arbejde for hospitalerne at håndtere sammenlægninger, besparelser, øvrige regionale aktiviteter samtidigt med forberedelsen til to akkrediteringer.

Evalueringen af hhv. JCI (2011) og DDKM (2012) samt drøftelser med direktions-, Kvalitetsråd-, kvalitetschefer og akkrediteringskoordinatorer i efteråret 2012 gør det klart at ledere og personale som udgangspunkt ikke ønsker at arbejde med to generiske akkrediteringskoncepter. Der peges derfor på DDKM som regionens akkrediteringsmodel.

Dette er ikke begrundet i et ønske om at ophøre det internationale samarbejde med JCI, men et ønske om at begrænse de resurser der anvendes til akkrediteringsforberedelse.

Tilkendegivelser der støtter op om valg af ét akkrediteringskoncept er bl.a.:

- at der er tale om to forberedelsesprocesser i løbet af en treårig periode, hvilket af mange klinikere opleves som meget intenst og tidskrævende, ligesom det for hospitalernes kvalitetsorganisation er resursekrævende. Det opleves at akkrediteringsforberedelsen dermed stjæler fokus fra andre udviklingsområder
- forskellige synspunkter der går på at standardgrundlaget og akkrediteringsbesøgene enten er for ens eller forskellige til at begrunde fastholdelse af to generiske akkrediteringskoncepter. To forberedelsesprocesser til akkrediteringsbesøgene opleves derfor som dobbeltarbejde.

Det er under drøftelserne og evalueringen også blevet berørt at der er forventninger om, at et fravalg af JCI akkreditering vil indebære en væsentlig reduktion i krav til sundhedspersonalets dokumentation i patientjournaler. Imidlertid vil dette kun i meget begrænset omfang være tilfældet, idet langt de fleste dokumentationskrav er indeholdt i lovgivning, bekendtgørelser eller vejledninger fra nationale myndigheder, herunder især Sundhedsstyrelsen.

Bekymringen for at miste international inspiration og fokus på områder, som vi endnu ikke har erkendt som indsatsområder i Danmark, er reel. Denne opfattelse er også udtrykt i RegionH MED ifm. drøftelsen af regionens fremadrettede akkrediteringsstrategi.

Der er også udtrykt bekymring for de områder der ikke er inkluderet i DDKM standarderne (se bilag 4).

Der er således enighed om og behov for at fastholde og sikre inspiration og læring via internationalt samarbejde.

## 7. Overvejelser om konsekvenser ved fravalg af international

### akkreditering

De danske standarder er skrevet af danskere til brug i Danmark og med afsæt i dansk lovgivning, struktur og tradition.

Med fremkomsten af version 2 af DDKM standarderne står det klart, at der ved fravalg af JCI vil være områder der ikke længere vil være i fokus under akkrediteringsbesøgene (se bilag 4), hvorfor det må forventes at momentum og opnåede resultater på disse områder vanskeligt vil kunne opretholdes. Der skal således tages stilling til hvilke af disse områder, regionen fortsat skal arbejde videre med.

Betydningen og udfordringer i det internationale samarbejde med JCI knytter sig hovedsageligt til

- at standarderne fastlægges i et internationalt samarbejde og afspejler internationale risici og udfordringer for sundhedsvæsenet – ofte før disse udfordringer/problemer erkendes eller opstår i Danmark
- at nogle af standarderne er ”udanske” og i en vis grad udfordrende. Fx kravet om regelmæssig kvalifikationsevaluering af speciallæger, som opleves upopulært blandt en del af speciallægerne, men fornuftigt i ledelsessystemet
- at hospitaler bedømmes i en international kontekst der ikke inkluderer dansk selvforståelse og traditionelle forklaringsmodeller
- at der under akkrediteringsbesøgene skal kommunikeres på engelsk/benyttes tolk og at mange dokumenter skal oversættes
- at dansk lovgivning og sundhedsvæsenets struktur ikke er kendt for surveyorne
- surveyorkorpsets flerkulturelle sammensætning og erfaring med sygehusvæsenet i alle verdensdele samt deres faglige ekspertise og uvildighed.

Der er, som det også fremgår af evalueringsundersøgelserne, således både ulemper og fordele i det internationale samarbejde.

Værdien af surveyornes uafhængighed kan opfattes som en hjælp til at se ”blinde vinkler” og identificere implicite eller uskrevne regler i vores praksis. Denne evne er vanskelig at udvikle og fastholde for danske surveyore, der i deres daglige arbejde er udfordret af og arbejder under de samme vilkår og strukturer, som de organisationer de i rollen som surveyore, skal bedømme. Fællesskabet omkring disse vilkår bringer så at sige surveyore og hospitalets ansatte i ”samme båd”.

Anerkendelse og respekt for akkrediteringskonceptet og villigheden til at acceptere fund og udviklingsmuligheder samt arbejde med opfølgingskrav, er derfor i høj grad knyttet til læring og erkendelser under akkrediteringsbesøget, dvs. surveyornes præstationer, herunder faglige viden, pædagogiske og analytiske evner, skarphed og observationsevne samt evne til at vurdere processer der afviger fra de kendte.

Det er vurderingen at samarbejdet med JCI har været en afgørende og væsentlig drivkraft og inspirationskilde på kvalitets- og patientsikkerhedsområdet og det opleves som en fordel at JCI samarbejder med betydningsfulde internationale organisationer som WHO, IHI m.fl.

Det har ifm. drøftelserne om den fremtidige akkrediteringsstrategi været nævnt at international akkrediteringsstatus også kan have betydning fx på tildeling af internationale forskningsmidler.

## **7 . Anbefalinger til akkrediteringsstrategi og understøttende aktiviteter**

Der er som led i drøftelserne af den fremtidige akkrediteringsstrategi fremkommet en række forslag. Valg af akkrediteringsstrategi skal understøtte regionens aktuelle kvalitetspolitik og –handlingsplan samt øvrige indsatsområder og visioner. Den skal dels medvirke til at sikre den organisatoriske kvalitet og samordning mellem regionens virksomheder, men også understøtte at de kliniske kerneydelser kommer mere i fokus både i et nationalt og internationalt perspektiv.

Akkrediteringsstrategien skal også sikre hospitalernes muligheder for at træffe beslutning om lokale udviklingsinitiativer som kan drive og fastholde momentum i kvalitetsarbejdet.

Der er således generelt opbakning til at regionens hospitaler alene skal arbejde med én generisk akkrediteringsmodel, hvorfor der peges på DDKM som regionens akkrediteringsmodel.

Akkrediteringsstrategien skal understøtte målet om kontinuerlig forbedring, igennem:

1. Systemperspektivet, dvs. en samlet organisatorisk understøttelse af kvalitetsudviklingen via akkrediteringskoncept
2. Mere tydeligt fokus på kerneydelser – nationale og regionale tiltag
3. Globalisering og internationalisering.- udsyn og læring
4. Kultur - uddannelse og implementering
5. Patientperspektivet

### ***Ad 1: System perspektivet – akkreditering***

- Alle regionens hospitaler akkrediteres ved DDKM

For at fastholde fokus mellem akkrediteringsbesøg foreslås forskellige indsatser, herunder

- Akkrediteringsopgaver udført af Regionens egne surveyore efter aftale med hospitalerne, fx varslede som uvarslede, fokuserede (fx medicinerings, bygningsområdet) eller mere generelle besøg (alle standarder) på hospitalerne med fokus på DDKM krav samt de JCI krav der bevares
- 

Regionen vil fortsat medvirke til at DDKM yderligere forbedres og professionaliseres. Der skal gøres en indsats for at bevare respekten for akkreditering som styringsredskab og den faglige vurdering der ligger til grund for akkrediteringsafgørelser. Der er således ønske om forbedring af surveyornes faglige niveau og erfaring samt modellens vurderingskriterier.

Regionen er stærkt optaget af udviklingen af en national, tværsektoriel akkrediteringsmodel, der kan bedre kan understøtte hele patientforløbet og binde sundhedsvæsenets aktører tættere sammen

Version 2 af DDKM standarderne der skal gælde for perioden 2013 – 2016, er væsentligt forbedret og mere sammenhængende. Standarderne giver mere handlefrihed på en række områder og vurderes at kunne fungere som en ramme for det lokale kvalitetsarbejde. Den nye version af standarderne indeholder nye udfordringer for specialer, der er tilknyttet nationale kliniske databaser, samt enkelte andre ændringer, men generelt er der ikke væsentligt nye udfordringer og indsatsområder for Region Hovedstadens hospitaler. Der er imidlertid behov for konsolidering på en række områder.

### ***Ad 2 Mere tydeligt fokus på kerneydelser – nationale og regionale tiltag***

*Nationale indsatser*

a) Danske Regioner har vedtaget at alle regioner skal arbejde med syv indsatsområder for at skabe bedre kvalitet og gøre en forskel for patienterne. På flere af områderne er der også potentiale for at reducere sundhedsvæsenets omkostninger. En del af indholdet i Patientsikkert Sygehus konceptet indgår og spredes dermed til hele landet. De tværregionale indsatsområder, hvoraf de fleste allerede indgår i Region H's Kvalitetshandleplan, er beskrevet med proces og resultat mål og skal afrapporteres årligt. De syv indsatsområder er:

2012

- Forebygge, at patienterne får tryksår under indlæggelse
- Sikre at Sikker Kirurgi Tjeklisten bliver brugt ved alle operationer
- Sikre hurtig diagnose og behandling af patienter med blodforgiftning

2013 (indikatorer er endnu ikke defineret)

- Udvikle fælles indsatser for at forebygge antibiotikaresistens
- Udvikle fælles indsatser for at reducere forbruget af blod
- Igangsætte fælles indsats indenfor psykiatrien
- Sætte fokus på, at RADS' (Rådet for Anvendelse af Dyr Sygehusmedicin) anbefalinger på medicinområdet bliver efterlevet

b) regionale initiativer i Region Hovedstaden

- **Forløbs- og sektorsammenhæng**
  - Samarbejdsmuligheder og fælles redskaber der kan reducere kontinuitetsbrud ved sektorskift skal yderligere udforskes og afprøves.

Desuden foreslås

- **Diagnosespecifikke interne audits**
  - For at understøtte øget fokus på de specialespecifikke ydelser foreslås at der udvikles et koncept for: gennemførelse af tracers/besøg i specialer med fokus på specialiets kvalitet iht. nationale kliniske databaser og indikatorer.

### **Ad 3: Globalisering og internationalisering – udsyn og læring**

Regionen er og skal fortsat være centralt placeret som dén internationale metropol og vækstdynamo, der er Danmarks forbindelsesled til Øresundsregionen, Europa og globalt og når det gælder forskning, udvikling, innovation og uddannelse.

For at fastholde og styrke den internationale dimension og inspiration anbefales der følgende muligheder

- Hvert hospital certificeres af JCI ud fra ét selvvalgt sygdomsforløb, som indgår i JCI's "Clinical Care Program Certificering" (CCPC) – *se bilag 5*.
- Rigshospitalet, Region Hovedstadens Psykiatri og evt. regionens områdehospitaler certificeres/akkrediteres af JCI iht. de i 2012 nytilkomne standarder for
  - Forskning
  - Uddannelse af læger, herunder speciallægerStandarderne har fokus på universitetshospitaler og adresserer forhold omkring tilrettelæggelse og afvikling af uddannelse, tilsyn med studerende med patientkontakt samt forskning på mennesker (*se bilag 6*).
- Hospitalernes indleder eller udvikler individuel kontakt, netværk og samarbejde med et internationalt hospital: Hvert hospital udvælger et internationalt samarbejdshospital afhængig af hospitalets profil og

ydelser. Formål er bl.a. at søge inspiration og læring, videndeling og benchmarking enten på meget specifikke og udvalgte områder eller mere generelt.

- Internationalt samarbejde om benchmarking af udvalgte patientforløb

Region Hovedstadens kvalitetshandlingsplan løber fra 2010-2013. Det anbefales, at ovenstående elementer helt eller delvist indgår i handlingsplanen sammen med øvrige elementer, der understøtter målsætningerne i kvalitetspolitikken om sikkerhed, effektivitet, patientcentrering og lighed.

#### *Ad 4 Kultur – uddannelse og implementering*

Kvalitetsarbejdet skal konsolideres. Der skal arbejdes mere systematisk med anerkendte redskaber til kvalitetsudvikling, Udvikling og implementering af god praksis og fastholdelse heraf, er en væsentlig og vanskelig ledelsesopgave. Der er derfor behov for at sætte mere fokus på at kvalificere relevant personale, nøglepersoner og ledere til at drive forandrings- og forbedringsarbejdet.

- Regionen vil derfor afdække behovet for relevante uddannelsestiltag/tilbud der kan understøtte det lokale engagement og gennemførelse af kvalitetsforbedringsinitiativer og sætte fokus på udvikling af en mere stabil og robust forbedrings- og sikkerhedskultur.
- Der er behov for en mere systematisk brug af kvalitetscirklen/forbedringsmetoden til at understøtte det lokale kvalitetsudviklingsarbejde. Forbedringsmetoden anvendes bl.a. med succes i Patientsikkert Sygehus.

#### *Ad 5 Patientperspektivet*

Der skal arbejdes med modeller for patientinvolvering i forbedringsarbejdet – fx

- bedre brug af patienters feed back
- bedre udnyttelse af det læringspotentiale der er indeholdt i patienters klager samt
- mere systematisk opfølgning på patientklager.

## **Bilagsoversigt**

Bilag 1: Akkrediteringserfaringer i regionens historie

Bilag 2: Fund under JCI akkreditering i 2011

Bilag 3: Fund under DDKM akkreditering

Bilag 4: Områder der ikke er indeholdt i DDKM standarder

Bilag 5: JCI's certificering af udvalgte sygdomsforløb

Bilag 6: JCI's standarder for forskning og uddannelse af læger

## Bilag 1: Regionens akkrediteringshistorie

Akkrediteringsaktiviteter i regionen fra 2008 – 2012 har, som led i uddannelses, forberedelses- og læringsaktiviteter, været omfattende:

- 2008: Hospitalerne under det tidligere Hovedstadens Fællesskab blev akkrediteret for 3. gang af JCI
- 2009: En række af de ikke tidligere akkrediterede hospitaler gennemgik prøvebesøg som led i uddannelse af 36 regionale surveyore
- 2010: De ikke tidligere akkrediterede hospitaler (7) gennemgik en såkaldte "Mock Survey", som er en generalprøve på akkreditering ved JCI
- 2010: Hospitalerne under det tidligere Hovedstadens Fællesskab (5) gennemgik en Mock Survey udført af regionens interne surveyorkorps, iht. både DDKM og JCI standarder
- 2011: Alle regionens hospitaler gennemgik JCI akkreditering
- 2012: Alle regionens hospitaler gennemgik DDKM akkreditering.

## Bilag 2: Fund under JCI akkreditering i 2011

Pga. et mindre antal gennemgående surveyore og en mere regional tilgang til vurdering af opfyldelsen af standarderne er der mere sammenhæng og overensstemmelse i fund.

Der er således stort sammenfald i fund på tværs af hospitalerne, men også individuelle forskelle.

### ***Gennemgående og væsentligste fund***

Ufuldstændig implementering af krav i vedtagne vejledninger, politikker mv. er hovedårsagen til næsten alle fund, som overordnet betraget knytter sig til:

- Rettidig vurdering og triagering af akutte patienter
- Sikkerhed i overflytningsituationer
- Journalføring af samtykke, vurderinger, screeninger, behandlingsplaner,
- Lægeligt tilsyn og dokumentation heraf i weekender og helligdage
- Udførelse af årlige resuméer for komplekse ambulante patienter
- Kompletthed i udskrivningsbreve
- Forskellige elementer i relation til anæstesi og kirurgi
- Manglende proces for monitorering af nye lægemidler (indikation, udbredelse/kontrol)
- For høje temperaturer i medicinrum og mangler i konsistens af temperaturkontrol
- Håndtering af kritiske prøvesvar og kontrol af sikkerhed i decentralt placeret laboratorieapparat
- Brandsikkerhed, hygiejne og ryddelighed i de fysiske rammer og ved ombygninger
- Personaleoplysninger, evaluering og bemyndigelse af sundhedspersonale, herunder i Udefunktioner
- Kontraktstyring og monitorering heraf.

### Bilag 3: Fund under DDKM akkreditering i 2012

Imod forventningen har de i alt 14 DDKM akkrediteringsbesøg ikke afdækket nævneværdige tværgående fund mellem hospitalerne og hvor få fund på hospitalerne knytter sig til samme DDKM standard eller indikator, er selve det fund, der har givet anledning til bemærkningen, kun i få tilfælde det samme. Der tegner sig et forskelligartet billede mht. fund der har medført en scoring af standard eller indikator på det enkelte hospital. Således er 0 – 9 standarder og 0 – 31 indikatorer bedømt delvist eller ikke opfyldt. Et hospital har opnået at få 0 fund (Glostrup Hospital).

Bemærkninger og fund knytter sig til:

- Dokumenter (politikker, vejledninger og instrukser). Bemærkningerne går især på at dokumenterne ikke er skrevet således at der er ét dokument pr. DDKM akkrediteringsstandard (som i resten af landet)<sup>6</sup> – og at enkelte indholdspunkter ikke fremgår eksplicit
- Krav om/manglende ”paraplydokumenter”, fx for de såkaldte KRAM faktorer (Kost, Rygning, Alkohol og Motion)
- Dokumentstyring af instrukser og andre dokumenter. Fokus på, at opslag på opslagstavler, vaskemaskiner mv ikke er versionsstyret. Forældede udprintede versioner af gældende instrukser
- Forskel i formulering af regionens journalaudit spørgsmål og DDKM’s
- Beredskabsplan – manglende afholdelse af øvelser eller ikke opdaterede planer for hospitaler der i 2012 er fusioneret med områdehospital og således nu en del af områdets beredskabsplan
- Krav om at handlingsplaner skal opfylde en foruddefineret skabelon og opsætning
- CAVE oplysninger dokumenteres flere steder i patientjournalen end krævet
- Manglende smertevurdering
- Bemærkninger til krav til indhold i henvisninger og hvor disse kan findes af regionens praktiserende læger (findes på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) og ikke på hospitalets hjemmeside (ikke et krav)
- Ikke fuldt implementeret proces for opfølgning på kritiske prøvesvar
- Adgang til personhenførbare data (fx i ikke- aflåste kontorer eller personoplysninger i scanningsudstyr).

For den præhospitale virksomhed var der bemærkninger til:

- Manglende data fra/gennemførelse af enkelte journalauditindikatorer
- Få manglende dokumenter
- Manglende skriftligt introduktionsprogram for en udvalgt personalegruppe
- Manglende kliniske retningslinjer for en række somatiske tilstande.

---

<sup>6</sup> Forklaringen er at regionale og hospitale dokumenter som udgangspunkt har en anden inddelingslogik og er udfærdiget før DDKM

## Bilag 4: Områder der ikke er indeholdt i DDKM standarder

JCI's standarder forsøger at adressere alle væsentlige processer og systemer på et hospital og samtlige personalegrupper, herunder servicepersonale involveret i driften af hospitalet. Standarderne er udformet så de kan omsættes iht. lokal lovgivning i de over 54 lande som JCI samarbejder med.

Udover mange sammenfaldende fokusområder og krav mellem de to standardsæt, indeholder JCIs' standarder endvidere et større fokus på højrisikoområder og - aktiviteter på hospitaler og et mere eksplicit fokus på

- den fysiske sikkerhed (infrastruktur, bygninger, forsyningssikkerhed, vedligeholdelse)
- Køkken og fødevarerområdet
- Akut modtagelse af patienter, korrekt visitation og triagering af patienter samt lægelig revurdering
- tværfagligt samarbejde omkring patienter for at øge sikkerhed og kontinuitet
- krav til indhold i vurderinger, herunder for plejepersonale og journaldokumentation af den kliniske udredning, behandling, pleje, rehabilitering og overflytning/overgange
- krav til særlige vurderinger og beskyttelse af særligt sårbare patientgrupper
- Processer omkring organdonation
- Forretnings- og markedsføringsetik
- alle aspekter omkring valg af lægemidler, monitorering af forbrug og kriterier for ibrugtagning af nye lægemidler, processer for højrisikomedicin, bivirkningsregistrering, delegeret ordination, transport mv.
- Personalehåndtering uddannelse, kompetenceevaluering og -udvikling, bemyndigelse samt databaseret evaluering af læger iht. klinisk performance
- Patientrettigheder udover lovbundne krav, herunder ifm. forskning
- Risikostyring og proaktivitet på tværs af alle standarder
- Specifikke riskioområder, fx patientfald og skader
- Hygiejne og hygiejnens sammenhæng til alle relevante områder på hospitalet udover de direkte kliniske processer
- Diagnostiske afdelingers ydelser (laboratorier og billediagnostik) og samarbejde med de kliniske afdelinger og specifikke ydelser
- Personalets arbejdsmæssige sikkerhed, herunder vaccinationsprogrammer, smitsomme sygdomme
- Håndtering af studerende indenfor de sundhedsfaglige uddannelser.
- To nye kapitler for forskning og uddannelse af læger træder i kraft i 2012

### Surveykoncept fra 2014

På baggrund af en række forsøg introducerer JCI nu konceptet med uvarslet akkrediteringssurvey internationalt. Dette har været praktiseret i USA i 4 år. Uvarslede akkrediteringsbesøg finder sted indenfor 6-8 måneder før udløb af hospitalets akkrediteringsstatus.

Konceptet indebærer forenkling og forkortelse af besøget, dvs. reduktion i antal tværgående interviews. Dokumentgennemgang kan foregå før besøget og hospitalsinterviews kan foregå ved videokonferencer således at besøget helliges afdelingsbesøg og observationer.

## Bilag 5 International certificering af udvalgte patientforløb ved JCI

### JCI's 15 Clinical Care Program Certificering

Fokus i international certificering er organisatorisk og klinisk kvalitet for udvalgte diagnoser. JCI har i alt godkendt 15 programmer med fokus på sygdomsspecifik kvalitet.

Hvert program indeholder generiske organisatoriske og patientforløbs standarder og har 5 standardkapitler med 42 standarder. De 6 patientsikkerhedsmål er inkluderet i alle programmer.

Implementering af evidensbaseret best practice og nationale/internationale behandlingsretningslinjer samt dokumentation af proces og resultater for disse patientforløb indgår. Minimumskrav til population.

Surveyore med specialeindsigt udvælges af JCI og der deltager 1- 3 surveyore i 1 – 2 dage.

JCI's 15 Clinical Care Program Certificering gælder for følgende tilstande/diagnoser/patientforløb:

Kardiologi:

- Hjertesvigt
- Akut Myokardieinfarkt

Kræft: Alle typer

Neurologi:

- Akut apopleksi
- Traumatisk Hjerneskode

Lungemedicin

- OL
- Astma

Endokrinologi: Diabetes mellitus (type 1 og / eller type 2)

Nefrologi:

- Kronisk nyresygdom (fase I-IV)
- Terminal nyresygdom

Ortopædkirurgi: Alle ledudskiftninger

Palliation: Palliativ behandling (alle typer)

Smertebehandling

Infektionsmedicin: HIV / AIDS behandling

Transplantation: Alle typer

## Bilag 6 JCI's standarder for lægelig uddannelse og forskning

### Lægefaglig uddannelse (LU)

Lægefaglig uddannelse omfatter medicinstuderende og den lægelige videreuddannelse

LU kapitlet indeholder 7 standarder med 29 ME.

Der adresseres følgende overordnede krav i standarderne:

- Ledelsen skal godkende og overvåge hospitalets deltagelse i uddannelse af læger
- Hospitalets sundhedsfaglige personale, patientpopulation, teknologi og faciliteter stemmer overens med uddannelsesprogrammets målsætninger
- Udpegning af uddannelsesansvarlige læger herunder:
  - komplet liste over undervisningspersonale
  - personalet kender listen
  - proces for overvågning akademiske titler (krav om fornyelse)
- Der skal foreligge en supervisions - og evalueringsproces og den skal følges og dokumenteres herunder:
  - patientjournaler gennemgås
- Den uddannelse der finder sted skal koordineres og ledes herunder:
  - der skal foreligge en komplet opdateret liste over alle studerende/videreuddannelse (læge)
  - der skal foreligge dokumentation for en række punkter
- Uddannelsessøgende skal overholde hospitalets politikker/procedurer:
  - introduktion skal indeholde patientsikkerhed, kvalitetsprogram, hygiejne, IPSM, medicinvejledninger og anden påkrævet intro/uddannelse
    - studerende skal kende ovenstående
    - ved supervision af studerende skal vurderes hvorvidt ovenstående overholdes
    - studerende skal inddrages i dataindsamling til hospitalets kvalitetsmonitorering
- Lægestuderende udfører arbejde, som ligger udenfor uddannelsesprogrammet, skal have stillingsbeskrivelse, kvalifikationsvurderes og bemyndiges hertil

### Forskning (FO)

FO kapitlet omhandler al forskning med mennesker. Kapitlet indeholder 11 standarder med 47 ME.

Der adresseres følgende overordnede krav i standarderne:

- Hospitalet skal beskytte patienter – personale der indgår i forskning – og forskningsforsøg herunder:
  - Beskrive og informerer om etisk professional adfærd ifm forskning
  - Udpege medarbejdere som skal udforme politikker
- Hospitalet skal overholde myndighedskrav ift forskning, og stille tilstrækkelige ressourcer til rådighed til at drive forskningsprogram
- Omfanget af forskningsaktiviteterne skal fastlægges herunder:
  - Programmets omfang
  - Faciliteter der skal inddrages i funktionen
  - Fastlægge kvalifikationer og dokumentere disse hos de medarbejdere der deltager i forskning
  - Fastlægge hvornår personale kan indgå i forskningsprojekter
- Fastlæggelse af krav for sponsorer af forskning herunder:
  - Overholdelse af hospitalets politikker
  - Anvendelse af kvalificerede forskerhold
  - Overholdelse af datalovgivning dvs beskytter personlige data
  - Ydes sponsorens forskningsfunktioner gennem ekstern forskningsorganisation, krav om en klar definition af ansvarsområder for den eksterne forskningsorganisation
- Politik der beskriver hvorledes ”forskningsgennemgang” struktureres og gennemføres

- Styring af interesse konflikter (fx økonomiske) samt monitorering af samme
- Integration af forskningsprogrammet i hospitalets kvalitets- og patientsikkerhedsplaner fx rapportering af uth ifm forskning
- Politikker og procedure ift.:
  - Forskningspolitik beskriver inddragelse eller udelukkelse af sårbare patienter i klinisk forskning/videnskabelige undersøgelser, indhentning og dokumentation af samtykke til deltagelse
  - Information til patienter og pårørende om mulighed for at indgå i kliniske forskning eller videnskabelige undersøgelser der involvere mennesker
  - Information til patienter der ønsker/anmodes om at deltage i klinisk forskning/videnskabelige undersøgelser:
    - Forventede fordele, muligt ubehag, mulige risici, alternativer som måske kan hjælpe patienten, procedurer der skal følges, samt at det ingen indflydelse får hvis patienten ønsker at afbryde deltagelse
    - Information til patienter og pårørende om organisationen proces for indhentning af informeret samtykke samt mulighed for at afbryde deltagelse

## Referencer

1. Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi – notat af august 2008
2. Region Hovedstadens Kvalitetspolitik og –plan 2010
3. Forløb og resultater af JCI akkrediteringsbesøg, marts og maj 2011
  - a. Oversigt over JCI fund for 4. akkrediterede hospitaler
  - b. Oversigt over JCI fund for 1. gangs akkrediterede hospitaler
4. Oversigt fund ved DDKM akkreditering i 2012
5. Fælles regionale kvalitetsinitiativer, beskrivelser ved Danske Regioner
6. Patientsikkert Sygehus: [www.patientsikkertsygehus.dk](http://www.patientsikkertsygehus.dk)
7. Den Danske Kvalitetsmodel: Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 1. version, 2009, IKAS
8. Akkrediteringsstandarder for sygehuse, 2. version, 2012, IKAS
9. Internationale standarder for hospitaler, Joint Commission International, 4. udgave 2011





# Personalets oplevelser af DDKM akkreditering 2012 og JCI akkreditering 2011 i Region Hovedstaden

UDKAST

## **Personalets oplevelser af DDKM akkreditering 2012 og JCI akkreditering 2011 i Region Hovedstaden**

Udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser på vegne af Koncerndirektionen, Region Hovedstaden.

Rikke Gut

Line Holm Jensen

Annette Hallum Knudsen

Jacob Hviid Hornnes

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, oktober 2012.

ISBN: 978-87-91520-76-1

Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Denne rapport citeres således:

Enheden for Brugerundersøgelser: Personalets oplevelser af DDKM akkreditering 2012 og JCI akkreditering 2011 i Region Hovedstaden, Frederiksberg 2012.

Foto: Solveig Røigaard-Petersen (Forside billede), Susanne Østergaard (Billedet side 20, 30, 34 og 64), Lars Wittrock (Billedet side 18 og 28) og Niels Falbe (Billedet side 40 og 57).

Rapporten findes på:

[www.patientoplevelser.dk](http://www.patientoplevelser.dk)

[www.regionh.dk](http://www.regionh.dk)

Henvendelse vedrørende undersøgelsen til:

Styregruppeformand Inge Kristensen

Enhed for Udvikling og Kvalitet

Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

E-mail: [inge.kristensen@regionh.dk](mailto:inge.kristensen@regionh.dk)

Projektleder Rikke Gut

Enheden for Brugerundersøgelser

Frederiksberg Hospital

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

E-mail: [efb@regionh.dk](mailto:efb@regionh.dk)

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>Resume</b>	<b>6</b>
<b>2 Introduktion</b>	<b>10</b>
<b>3 Resultater: Sammenligning af DDKM og JCI</b>	<b>13</b>
<b>4 Resultater for Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)</b>	<b>20</b>
4.1 Samlede resultater	20
4.2 Forberedelse	25
4.3 Akkrediteringsbesøget	25
4.4 Opfølgning på besøget	30
4.5 Læring og oplevet effekt	31
4.6 DDKM som koncept	34
4.7 Dansk akkreditering	35
4.8 Samlet indtryk	36
4.9 Forskelle mellem grupper	37
<b>5 Resultater for Joint Commision International (JCI)</b>	<b>40</b>
5.1 Samlede resultater	40
5.2 Forberedelse	45
5.3 Akkrediteringsbesøget	46
5.4 Opfølgning på besøget	49
5.5 Læring og oplevet effekt	50
5.6 JCI som koncept	55
5.7 International akkreditering	58
5.8 Samlet indtryk	60
5.9 Forskelle mellem grupper	60
<b>6 Metoder</b>	<b>65</b>
6.1 Forundersøgelsen	65
6.2 Spørgeskemaundersøgelsen	66
6.3 Interviewundersøgelsen	67
<b>7 Datamateriale</b>	<b>69</b>

7.1	Spørgeskemaundersøgelsen	69
<b>8</b>	<b>Bilag</b>	<b>72</b>
8.1	Bilag 1: Styregruppen	72
8.2	Bilag 2: Spørgeskemaer	73
8.3	Bilag 3: Interviewguides	95

UDKAST

## Forord

Regionsrådet besluttede i 2008, at samtlige hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri skulle omfattes af både Joint Commission International (JCI) internationale akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Regionen ønskede med den strategi at fastholde tilknytningen til et internationalt perspektiv på kvalitet og sikkerhed, parallelt med arbejdet med nationale kvalitetsstandarder. Vi kunne gøre det, da der er et stort sammenfald i de to koncepters fokusområder.

Jeg er stolt af, at alle Region Hovedstadens hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri er akkrediteret efter skrappe internationale kvalitetskrav samt danske kvalitetskrav. Akkrediteringerne er med til at sikre, at patienterne får en professionel og sikker behandling af høj kvalitet. Takket være en grundig forberedelsesproces, hvor mange har ydet en stor indsats for at udvikle praksis, arbejdsgange og vejledninger, kom vi i mål. Samtidig skal vi huske at formålet med akkrediteringerne, nemlig at øge sikkerhed og kvalitet for vores patienter, kun indfries hvis det lykkes at integrere og implementere ændrede procedurer og arbejdsgange i vores daglige arbejde.

I 2011 iværksatte vi en evaluering, der belyste medarbejderes og leders oplevelse af akkrediteringen ved JCI. En tilsvarende evaluering er gentaget i 2012 efter akkrediteringen ved DDKM. Vi ønsker at vide mere om, hvilket udbytte de to akkrediteringer giver hospitalerne, og hvordan medarbejdere og ledere vurderer effekten.

Resultaterne af de to undersøgelser indgår, når der skal træffes beslutning om Regionens fremadrettede akkrediteringsstrategi.

Evalueringen belyser, hvad der har fungeret godt ved akkrediteringsprocesserne, og som vi skal holde fast i. Den sætter også fokus på nogle af de områder, hvor vi allerede nu kan identificere behov for bedre formidling, ændret tilgang eller organisering, så effekten af arbejdet med akkrediteringsstandarder bliver endnu bedre.

De to delrapporter om DDKM-akkrediteringen og JCI-akkrediteringen er særdeles brugbare og giver mulighed for at perspektivere emner, vi i forvejen har fokus på:

- Implementere strategiske forventninger på tværs af organisationen
- Etablere en korpsånd i en tid hvor sundhedsvæsenet ændrer sig, hvor vi fusionerer og skal bygge nyt
- Skabe øget fokus på kerneydelser og resultater af de indsatser vi sætter i gang

Jeg vil gerne takke de medarbejdere og ledere, der har afsat tid til at deltage i evalueringerne. Det er jeres input, som giver os et kvalificeret grundlag at fastlægge regionens fremtidige akkrediteringsstrategi på.

Oktober 2012  
Region Hovedstaden



Helle Ulrichsen  
Regionsdirektør

## Resume

### Materiale og metode

Evalueringen af akkreditering ved DDKM og JCI i 2012 og 2011 består af to kvantitative og to kvalitative undersøgelsesrunder. Spørgeskemaer er sendt til et udsnit af ledere og medarbejdere og samtlige direktionsmedlemmer i Region Hovedstadens virksomheder. I alt har 1.192 personer besvaret spørgeskemaet vedrørende DDKM 2012 (samlet svarprocent på 44 %), mens 1.773 personer har besvaret spørgeskemaet vedrørende JCI 2011 (samlet svarprocent på 56 %). Interviewundersøgelserne er gennemført som 12 fokusgruppelinterview med 116 ledere (62 ved DDKM og 54 ved JCI). Dertil kommer en forundersøgelse blandt ca. 50 medarbejdere og ledere. De spørgeskemaer og interviewguides der er anvendt ved evaluering af henholdsvis DDKM og JCI akkrediteringerne, er næsten identiske. I den kvalitative del er der i 2012 ligeledes fokus på det, at blive akkrediteret efter to modeller samt på forskellene mellem modellerne og en sammenligning af dem.

Den oplevede effekt, som spørgeskemaundersøgelsen afdækker i henholdsvis 2011 og 2012, kan ikke tolkes sådan, at de oplevede effekter i 2011 er effekter af JCI og de oplevede effekter i 2012 alene er effekter af DDKM. En sådan sammenligning kan ikke foretages, fordi effekterne af særligt den sidste model ikke kan isoleres. Ligeledes er krav fra både JCI og DDKM skrevet ind i gældende vejledninger, og det er umuligt for personalet at skelne den oplevede effekt af én model frem for en anden samt de øvrige tiltag, der sker på hospitalerne bl.a. som følge af lovgivningskrav og regionale eller lokale udviklingstiltag. Desuden kan en given oplevet effekt af DDKM være påvirket af, at hospitalerne er blevet akkrediteret to gange med mindre end et års mellemrum.

### Forberedelsen

Undersøgelsen viser, at størstedelen af personalet er tilstrækkeligt informeret om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved såvel DDKM som JCI, dog er der en større andel af lederne, der mener, at de er tilstrækkeligt informeret end blandt medarbejderne. Den største del af medarbejderne mener, at de er blevet tilstrækkeligt informeret om de vejledninger, de skal arbejde efter.

### Modellerne og dansk kontra international akkreditering

I spørgeskemaundersøgelserne svarer statistisk signifikant flere positivt på, at standarderne i DDKM er relevante set i forhold til svarene om relevansen af standarderne i JCI. I interviewene fremhæver lederne, at de sygdomsspecifikke standarder i DDKM har gjort det lettere at motivere særligt lægegruppen.

Der er flere der svarer positivt på, at det er en fordel, at surveyorne har dansk erfaring set i forhold til international erfaring. De menige medarbejdere synes i højere grad end direktionsmedlemmer og ledere, at det er en fordel. Når der i interviewene bliver spurgt ind til problemstillingen dansk kontra international akkreditering, fremkommer en række dilemmaer. Interviewpersonerne fremhæver, at kravene i standarderne i JCI i nogle tilfælde er vanskelige at forene med dansk kultur og at det er rart, at standarderne i DDKM tager udgangspunkt i det danske sundhedsvæsen, og at surveyorne kender til dansk kultur og praksis. På den anden side nævner nogle interviewpersoner, at DDKM surveyornes egen placering i og kendskab til arbejdsvilkår og udfordringer i Danmark medfører en risiko for, at surveyorne identificerer sig med og bliver for forstående overfor klinikernes situation, så der ikke bliver sat det nødvendige spørgsmålstejn ved praksis.

Lederne fortæller, at de i forbindelse med survey ved JCI får input udefra, og at de får udfordret deres praksis. Det samme er ikke tilfældet med DDKM. Til gengæld synes medarbejdere, at det er rart, at survey foregår på dansk.

### Surveyorne

Når resultaterne fra de to spørgeskemaundersøgelser sammenlignes, viser der sig at være statistisk signifikante forskelle i personalets oplevelser af især surveyorne. Flere fra personalet svarer positivt på, at JCI surveyorteamet er velforberejdet, grundige, fokuserer på relevante ting, gør opmærksom på ukendte problemstillinger og giver brugbar inspiration. Til gengæld svarer flere positivt på, at DDKM surveyorne er lyttende.

Resultaterne af interviewene viser, at hovedparten af ledere og medarbejdere oplever, at surveyorne fra JCI er professionelle, har stor erfaring og en tilgang til survey, der gør dem i stand til at udfordre praksis på et andet niveau end DDKM-surveyorne, der sammenlignet med JCI er utrænede i survey-situationen og mindre professionelle. JCI har en systematik i deres måde at gennemføre survey på, der betyder, at de kan se sammenhænge og problemstillinger på tværs af en organisation. DDKM-surveyorne har ikke samme systematiske måde at gribe survey an på. Interviewpersonerne beskriver, at surveyorne fra DDKM overså mange fund, som de mener, at JCI-surveyorne ville have fundet og gravet dybere ned i. Desuden er JCI-surveyorne, i modsætning til DDKM-surveyorne, i stand til at "bide sig fast" i de problemstillinger, de ser undervejs i survey. DDKM-surveyorne har ikke den samme vedholdenhed og virker af den grund mere overfladiske i deres tilgang.

En styrke, som interviewpersonerne fremhæver, hos DDKM frem for JCI er surveyornes pædagogiske og anerkendende tilgang til personalet, hvor udgangspunktet for survey er en positiv dialog med personalet om deres praksis. Interviewpersonerne oplever JCI-surveyorne som mere autoritære og kontante i deres tilgang til survey, hvilket bidrager til, at personalet i højere grad oplever survey som en eksamenssituation. En hel del af interviewpersonerne betegner surveyorne fra JCI som fejlfindere, imens surveyorne fra DDKM bliver betegnet som kommunikatører.

De fleste interviewpersoner ser det som et problem, at DDKM surveyorne er kendte ansigter inden for de specialer, som de besøger. Mødet med danske surveyore bliver beskrevet som en fætter/kusine relation, hvilket gør, at personalet er usikre på, hvor objektive surveyorne er, og hvordan det spiller ind, at de ser hinanden i andre sammenhænge, og at de indbyrdes udfører survey hos hinanden.

### Reaktioner og retvisende billede

Direktionsmedlemmerne svarer i højere grad bekræftende på, at lederne reagerede positivt på akkrediteringsbesøget ved JCI end ved DDKM. Billedet er det samme, om end knapt så udtalt, når lederne spørges til deres oplevelser af, hvorvidt medarbejderne reagerede positivt på JCI og DDKM besøget.

38 % af personalet svarer positivt på, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget ved DDKM og 37 % ved JCI. Medarbejderne mener i mindre grad end ledere og direktionsmedlemmer, at der bliver givet et retvisende billede. Flere fremsætter ønske om uanmeldte akkrediteringsbesøg, så survey gennemføres under mere hverdagslignende forhold.

### Tilbage melding og opfølgning

Flere fra personalet har svaret positivt på, at JCI's såvel daglige som afsluttende mundtlige tilbage melding gav dem læring sammenlignet med tilbage meldingerne fra DDKM. Den afsluttende mundtlige tilbage melding fra DDKM beskrives som for kort og unuanceret til, at den giver et klart billede af de problemstillinger, der skal arbejdes videre med. Den afsluttende tilbage melding fra JCI beskrives derimod som klar, tydelig og dybdegående med fokus på såvel det positive som det negative. Endvidere fokuserer interviewpersonerne på, at JCI har en mere "retfærdig" måde at bedømme en organisation på end DDKM, da JCI tager udgangspunkt i et pointsystem, imens DDKM's bedømmelse bliver oplevet som mere subjektiv og tilfældig.

Hovedparten af de interviewede direktionsmedlemmer og afdelingsledere oplever, at DDKM i den skriftlige afrapportering udelukkende forholder sig til det, der er faktuelle fund. Det betyder, at afrapporteringen de fleste steder er for overfladisk og ikke særligt brugbar i forhold til arbejdet med den videre udvikling af kvaliteten. De fleste af interviewpersonerne ønsker, at den skriftlige afsluttende rapport skal være mere nuanceret og beskrivende i forhold til det, surveyerne har observeret, således at fx forhold, der har været tæt på at blive et fund, bliver nævnt i rapporten.

Efter JCI akkrediteringen har flere fra personalet svaret positivt på, at de var informeret om hospitalets indsatsområder, og at akkrediteringsbesøget medfører ændringer end efter DDKM akkrediteringen. I forhold til om der er fulgt op på resultaterne efter akkreditering, mener direktionsmedlemmerne i højere grad end alle de øvrige ansatte, at dette er tilfældet.

### Læring og oplevet effekt

I spørgeskemaet bliver alle spurgt til deres oplevelser af forskellige effekter af akkreditering. Der er spurgt til effekter af akkreditering generelt set. Baggrunden for dette er en antagelse om, at det er umuligt for personalet at skelne mellem effekterne af henholdsvis DDKM og JCI.

I forhold til effekt af akkreditering er der lidt forskel på, på hvilke områder personalet oplever de største og mindste effekter af akkreditering i 2011 og 2012. Samlet set oplever den største andel af personalet effekt på: øget fokus på højrisikoydelser, øget patientsikkerhed, mere ensartet patientbehandling og bedre overblik over vejledninger. Lederne fremhæver endvidere effekt på øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer. De områder, hvor færrest blandt personalet oplever effekt af akkreditering, er i forhold til mere tilfredse medarbejdere og patienter, bedre behandlingsforløb for patienterne og tydeligere ansvarsfordeling. I interviewene fremgår det, at hverken de interviewede direktionsledere eller medarbejdere oplever, at de har lært ret meget nyt af DDKM-akkrediteringen. Enkelte påpeger at regionens JCI forberedelse og survey-erfaringer kan spille ind på den oplevede effekt af DDKM akkreditering, herunder oplevelsen af ikke at blive tilstrækkeligt udfordret. Nogle af interviewpersonerne oplever, at akkrediteringen ved DDKM har påpeget nogle af de problemområder, som JCI-akkrediteringen også har haft fokus på som fx behovet for datadrevet ledelse, mangel på velfungerende IT-systemer m.m.

### Akkreditering ved to modeller

I interviewene bliver det pointeret, at ingen af de interviewede ledere og medarbejdere ønsker akkreditering ved to modeller. Samtidig mener nogle af interviewpersonerne, at det er ærgerligt at sige farvel til JCI, idet DDKM endnu ikke er på et niveau, der kan udfordre praksis i regionen. Særligt direktionsledere og afdelingsledere taler om, at regionen frem for akkreditering ved to modeller bør vælge et system, der kan udfordre regionens praksis på en anderledes måde, end to akkrediteringer, der i indhold og krav ligner hinanden meget.

### Forskelle mellem grupper

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er analyseret for at afdække, om der er forskelle mellem forskellige gruppers svarfordelinger afhængig af bestemte baggrundsvariable, som fx graden af kontakt med surveyorne, faggrupper, anden- og femtegangsakkrediterede hospitaler og direktioner/ledere/medarbejdere.

På langt de fleste spørgsmål er det personale, der har haft direkte kontakt med surveyorteamet mere positive i deres oplevelser af såvel DDKM som JCI akkrediteringen end det personale, der ikke har haft direkte kontakt.

Lægegruppen adskiller sig fra de øvrige faggrupper ved, at de i mindre grad oplever effekter af akkreditering. De er også i mindre grad end de andre faggrupper enige i, at hospitalet samlet set har gavn af akkreditering.

Ved undersøgelsen i 2011(JCI) var der flere statistisk signifikante forskelle på personalets oplevelser fra første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler. Ved JCI undersøgelsen var personalet fra de fjerdegangsakkrediterede hospitaler mere positive end de førstegangsakkrediterede. Ved undersøgelsen i 2012 (DDKM) er der kun få statistisk signifikante forskelle, dog er billedet omvendt således, at personalet på de andengangsakkrediterede hospitaler er mere positive på enkelte spørgsmål set i forhold til de femtegangsakkrediterede.

Der er en tendens til at besvarelser fra henholdsvis direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere adskiller sig fra hinanden på forskellige områder i forhold til akkrediteringen. Direktionsmedlemmerne er mere positive end lederne, som igen er mere positive end medarbejderne i deres oplevelser af akkreditering. Generelt peger interviewene på, at direktionsmedlemmerne og afdelingslederne er mere positive overfor JCI end medarbejderne er, mens medarbejderne er mere positive overfor DDKM, end direktionsmedlemmerne og afdelingslederne er.

UDKAST

## 2 Introduktion

### Baggrund

Regionsrådet vedtog i august 2008 en akkrediteringsstrategi for regionens virksomheder. Akkrediteringsstrategien indebærer:

- At alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri skal akkrediteres ved den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)
- At alle hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri skal akkrediteres ved Joint Commission International (JCI)

Det blev samtidig besluttet, at akkrediteringsstrategien skal vurderes, når hospitalerne har erfaringer med at arbejde med standarderne fra såvel JCI som DDKM og har oplevet akkrediteringsbesøg med internationale og danske surveyorer. Koncerndirektionen har derfor ønsket en evaluering blandt regionens ledere og medarbejdere.

### Formål

Formålet med evalueringen er:

- At kortlægge ledere og medarbejders erfaring med akkreditering ved henholdsvis JCI og DDKM, herunder forberedelsesfasen, akkrediteringsbesøgene og opfølgningen
- At kortlægge den oplevede effekt af arbejdet med akkreditering ved JCI og DDKM

### Metode og datagrundlag

Evalueringen er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser som en spørgeskemaundersøgelse og en kvalitativ interviewundersøgelse. Evalueringen af DDKM akkrediteringen er gennemført fra april til september 2012, mens evalueringen af JCI er gennemført i oktober/november 2011. Evalueringen er forankret i en styregruppe (se oversigt over medlemmerne i bilag 1).

I forbindelse med 2011 undersøgelsen er der desuden gennemført en forundersøgelse bestående af fire fokusgruppeinterview blandt medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer. I forbindelse med 2012 undersøgelsen er der desuden gennemført to fokusgruppeinterview med medarbejdere.

Spørgeskemaerne er sendt til et udsnit af ledere og medarbejdere og samtlige direktionsmedlemmer i Region Hovedstadens virksomheder. Skemaet indeholdt dels nogle fælles spørgsmål, som alle tre grupper blev stillet, og dels nogle specifikke spørgsmål til de enkelte grupper. I alt har 1.192 personer besvaret spørgeskemaet vedrørende DDKM (samlet svarprocent på 44 %), heraf har 313 udfyldt det afsluttende kommentarfelt i skemaet, mens 1.773 personer har besvaret spørgeskemaet vedrørende JCI (samlet svarprocent på 56 %), heraf har 492 udfyldt det afsluttende kommentarfelt i skemaet.

Det vides ikke, om nonrespondenterne er mere eller mindre positive over for henholdsvis JCI og DDKM akkrediteringen, end de der har besvaret spørgeskemaerne. Der er foretaget bortfaldsanalyser i forbindelse med begge undersøgelser, der viser, at der er forskel i svarprocenter for såvel faggrupper som for første/andengangsakkrediterede hospitaler og fjerde/femtegangs akkrediterede hospitaler samt forskelle i svarprocenter på de enkelte virksomheder (se afsnit 7.1.2 og 7.1.3).

Interviewundersøgelserne er gennemført blandt 116 ledere (62 ved DDKM og 54 ved JCI) på forskellige niveauer. Ved interviewundersøgelserne forestod koncerndirektører sammen med hospitalsdirektører i alt 12 fokusgruppeinterview. Processen blev faciliteret af en konsulent fra Enheden for Brugerundersøgelser. På den måde kunne koncerndirektøren få en direkte tilbagemelding fra involverede ledere, hvilket koncerndirektøren finder værdifuldt, når der skal træffes beslutning om den fremtidige akkrediteringsstrategi.

**Tabel 2.1 Evalueringens faser og metoder**

Evaluering af JCI 2011
<b>Fase 1: Forundersøgelse</b>
Fire fokusgruppeinterview: to med medarbejdere og to med ledere på forskellige niveauer
<b>Fase 2: Kvantitativ undersøgelse</b>
Elektroniske spørgeskemaer til tre grupper: medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer. Samlet svarprocent 56 %
<b>Fase 3: Kvalitativ undersøgelse</b>
Seks fokusgruppeinterview med ledere på forskellige niveauer
Evaluering af DDKM 2012
<b>Fase 1: Kvalitativ undersøgelse</b>
To fokusgruppeinterview: et med kliniske medarbejdere og et med ikke-kliniske medarbejdere Seks fokusgruppeinterview: to med direktionsmedlemmer og kvalitetschefer og fire med ledere på forskellige niveauer
<b>Fase 2: Kvantitativ undersøgelse</b>
Elektroniske spørgeskemaer til tre grupper: medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer. Samlet svarprocent 44 %

I første halvår 2012 har de 12 hospitaler og Region Hovedstadens Psykiatri været igennem et akkrediteringsforløb ved DDKM. For hospitalerne i det tidligere H:S er det femte gang, de bliver akkrediteret, for de øvrige hospitaler og Regions Hovedstadens Psykiatri, som en samlet virksomhed, er det anden gang. I foråret 2011 gennemgik hospitalerne og Region Hovedstadens Psykiatri et akkrediteringsforløb ved JCI.

**Tabel 2.2 Anden- og femtegangsakkrediterede hospitaler**

Andengangsakkrediterede hospitaler	Femtegangsakkrediterede hospitaler
Region Hovedstadens Psykiatri	Amager/Hvidovre Hospital
Bornholms Hospital	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital
Gentofte Hospital	Rigshospitalet
Glostrup Hospital	
Frederikssund Hospital	
Helsingør Hospital	
Herlev Hospital	
Hillerød Hospital	

### Læsevejledning

Gennem rapporten benævnes grupper af personale som: ”direktionsmedlemmer”, ”ledere” og ”medarbejdere”. Når der i rapporten står ”personalet” eller ”alle”, så omhandler det alle tre grupper. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen beskrives oftest med angivelse af andele i procent. Resultater fra interviewundersøgelsen beskrives fx med ordet ”flere”, hvis en tendens har været gennemgående i interviewene og beskrives af flere.

### Evaluerer efter akkreditering ved de to modeller

Spørgeskemaerne og interviewguides til brug ved evaluering af DDKM akkrediteringen, er næsten identiske med dem, der er blevet anvendt i 2011 undersøgelsen, men hvor der i 2011 undersøgelsen bliver spurgt til JCI, bliver der i 2012 spurgt til DDKM. I den kvalitative del er der fokus på det, at blive akkrediteret efter to modeller og den kvalitet dette medfører samt fokus på forskellene mellem de to modeller og en sammenligning af dem.

Det er vigtigt at fremhæve, at den oplevede effekt, som spørgeskemaundersøgelsen afdækker i henholdsvis 2011 og 2012, ikke kan tolkes sådan, at de oplevede effekter i 2011 er effekter af JCI og de oplevede effekter i 2012 alene er effekter af DDKM. En sådan sammenligning kan ikke foretages, fordi effekterne af særligt den sidste model ikke kan isoleres. I 2011 er krav fra både JCI og DDKM skrevet ind i vejledninger, og det er umuligt for personalet som helhed at skelne den oplevede effekt af én model frem for en anden samt de øvrige tiltag, der sker på hospitalerne på grund af lovgivningskrav og udviklingstiltag. Desuden vil en given oplevet effekt af DDKM være meget påvirket af, at hospitalerne allerede er blevet akkrediteret tidligere, og af at de med et års mellemrum skal akkrediteres to gange.

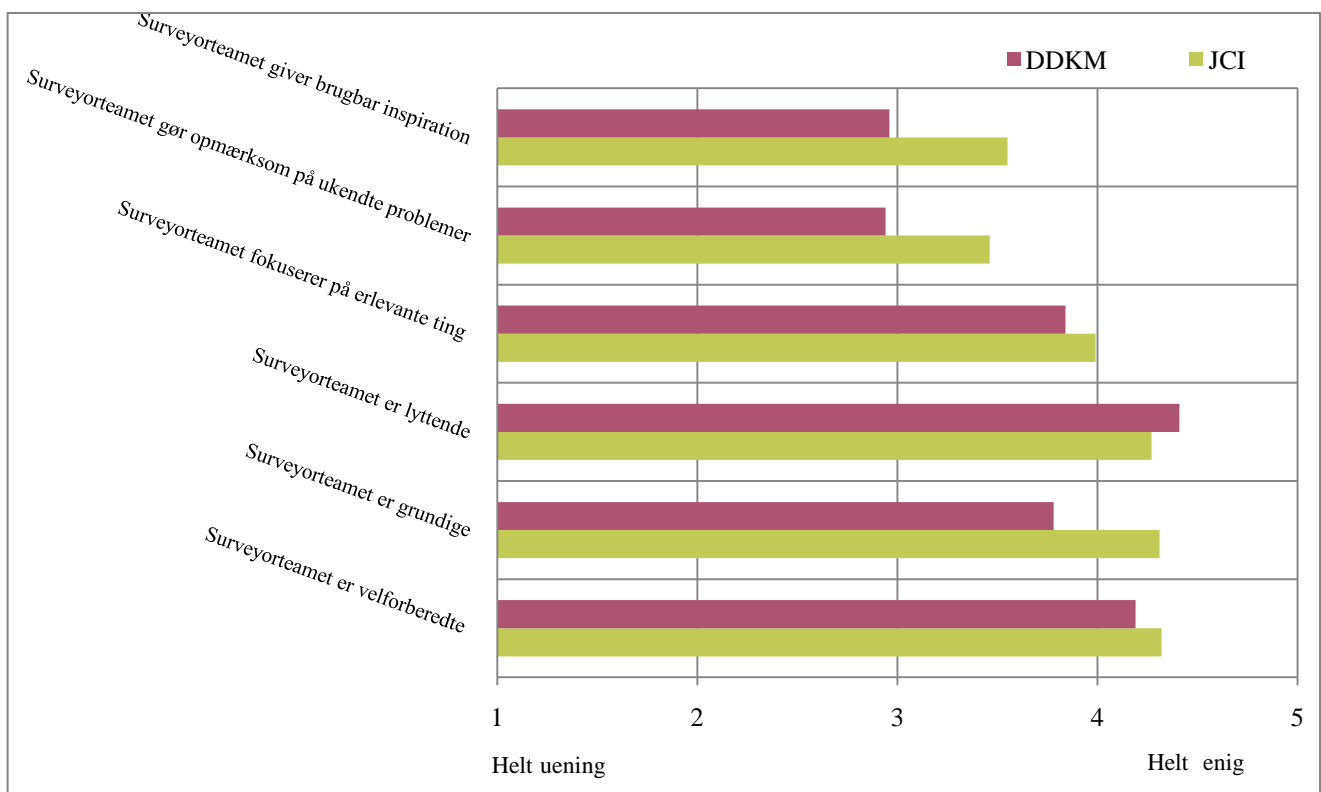
UDKAST

## 3 Resultater: Sammenligning af DDKM og JCI

Når resultaterne fra de to spørgeskemaundersøgelser sammenlignes, viser der sig at være statistisk signifikante forskelle i personalets oplevelser af de to akkrediteringer på flere områder (se figur 3.1-3.3). Det drejer sig især om, at personalet som helhed oplever JCI surveyorteams kompetencer og den deraf følgende læring ved mundtlige tilbagemeldinger mere positivt end de tilsvarende kompetencer og deraf følgende læring fra teamet fra DDKM. DDKM akkrediteringen vurderes til gengæld mere positivt end JCI i forhold til, at standarderne er relevante, velegnede til kvalitetsudvikling og at surveyorteamet har dansk frem for international erfaring.

**Figur 3.1 Surveyorteamet**

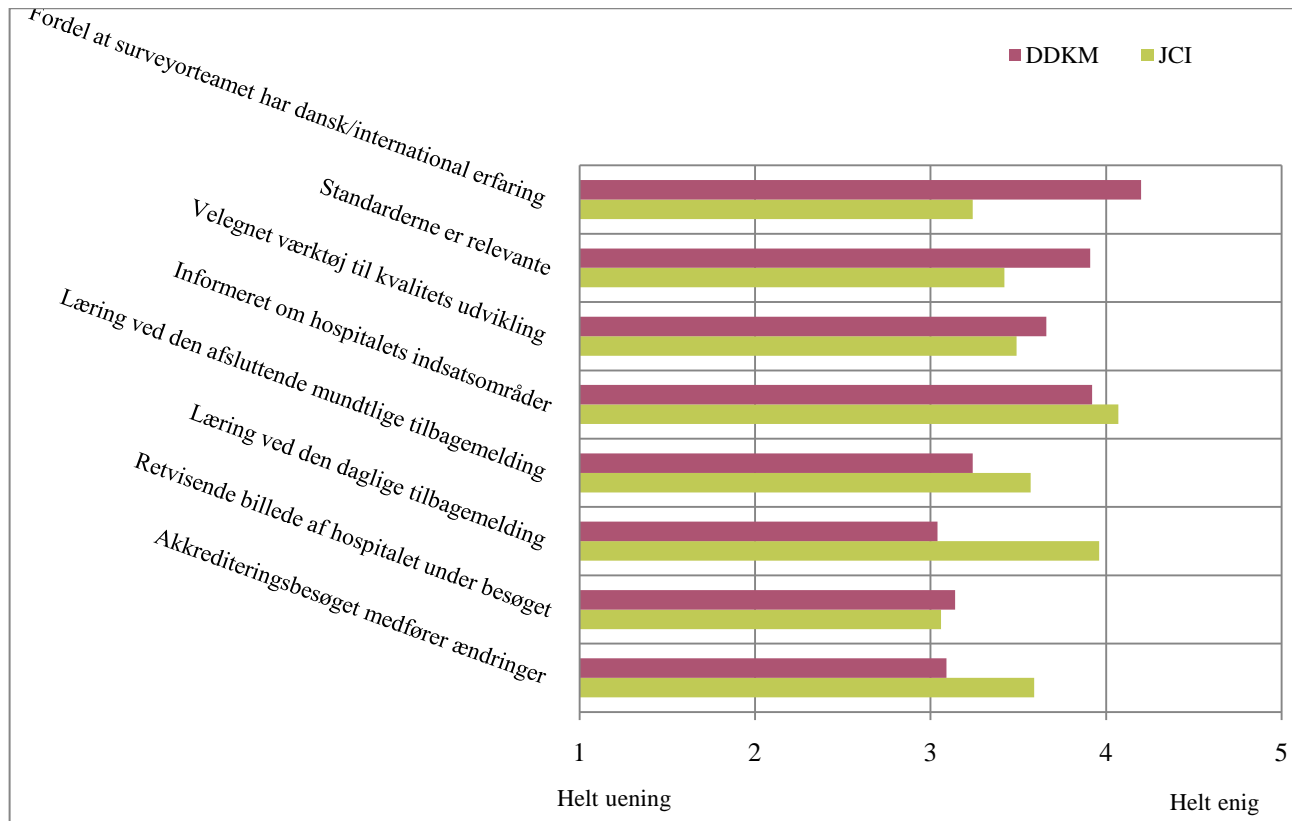
Spørgsmål hvor der er statistisk signifikant forskel på oplevelsen af DDKM og JCI



DDKM

Figur 3.2 Akkrediteringsbesøget, opfølgning og koncept

Spørgsmål hvor der er statistisk signifikant forskel på oplevelsen af DDKM og JCI



En sammenligning af direktionernes vurdering af akkreditering ved henholdsvis JCI og DDKM, viser ingen statistisk signifikant forskel i deres vurderinger af de to modeller på den ene halvdel af spørgsmålene, på den anden halvdel vurderer de JCI mere positivt end DDKM. Det er surveyornes egenskaber og læring ved daglige tilbagemelding, som de vurderer mere positivt ved JCI end DDKM.

For lederne med personaleansvar er der statistisk signifikante forskelle på de fleste spørgsmål, når JCI og DDKM bliver sammenlignet. Lederne med personaleansvar vurderer JCI mere positivt end DDKM på de samme områder som direktionerne, men derudover oplever de også DDKM mere positivt end JCI i forhold til relevante standarder, velegnet værktøj til kvalitetsudvikling og et surveyorteam med dansk erfaring frem for international.

Ledere uden personaleansvar<sup>1</sup> og medarbejderne følger i deres oplevelser af de to akkrediteringer samme tendenser som lederne med personaleansvar. Dog har ledere uden personaleansvar generelt mere positive oplevelser af JCI end DDKM, mens medarbejderne har områder, hvor de er mest positive overfor JCI og andre områder, hvor de vurderer DDKM mest positiv. Blandt andet mener medarbejderne i højere grad, at surveyortemaet fra DDKM er lyttende end teamet fra JCI. (Se bilagshæftet)

<sup>1</sup> Ledere uden personaleansvar er ansatte, der i lønsystemet er registreret som ledere, men som i spørgeskemaet har svaret, at de ikke har personaleansvar. Størstedelen af denne gruppe er overlæger, men der findes også fx ledende oversygeplejersker, ledende bioanalytikere og sygeplejersker.

I spørgeskemaets kommentarfelt er der også flere, der sammenligner de to akkrediteringer. De skriver blandt andet, at der er fordele og ulemper ved begge modeller.

”

*Overordnet set er nogle af JCI's krav fjollete/umulige at indføre i Danmark, men omvendt virkede JCI's akkreditering mere grundig og professionel. Det bedste ville i min optik være, at vi blev akkrediteret efter DDKM, men at det var folk fra JCI, der gjorde det. (KOMMENTARFELT. LEDER)*

### 3.1.1 Surveyorne

Resultaterne af interviewene viser, at hovedparten af ledere og medarbejdere oplever, at surveyorne fra JCI på de fleste områder er bedre surveyore end surveyorne fra DDKM. Surveyorne fra JCI er professionelle, har stor erfaring og en tilgang til survey, der gør dem i stand til at udfordre praksis på et helt andet niveau end DDKM-surveyorne, der sammenlignet med JCI er meget utrænede i survey-situationen og mindre professionelle. JCI har et stort overblik over den organisation, de vurderer, og en systematik i deres måde at gennemføre survey på, der betyder, at de kan se sammenhænge og problemstillinger på tværs af en organisation. Det overblik har DDKM-surveyorne ikke, og de har heller ikke en ligeså systematisk måde at gribe survey an på, som JCI har. Ledere og medarbejdere oplever survey ved DDKM som mere sporadisk og usystematisk end survey ved JCI, bl.a. fordi det synes mere tilfældigt, hvilke problemstillinger DDKM-surveyorne slår ned på. Interviewpersonerne beskriver også, at surveyorne fra DDKM overså mange relevante fund, som det er overbevisningen, at JCI-surveyorne ville have fundet og gravet dybere ned i. Desuden er JCI-surveyorne, i modsætning til DDKM-surveyorne, i stand til at ”bide sig fast” i de problemstillinger, de ser undervejs i survey og være vedholdende. DDKM surveyorne har ikke den samme vedholdenhed og virker af den grund mere overfladiske i deres tilgang, og både ledere og medarbejdere oplever helt klart, at de får mere ud af survey ved JCI end DDKM.

”

*Min fornemmelse var, at JCI var mest grundige. Det kan godt være, at surveyorne fra JCI talte med en fokuspersion, men de lagde altså også mærke til, at folk ikke overholdt håndhygiejnen frem og tilbage fra en patient. Man blev faktisk kigget på, selv om man ikke troede det. Surveyorne fra DDKM fik spurgt om rigtig mange ting, men det var meget overfladisk. Når de kom ud i vores afdelinger, så de det bare, de spurgte ikke ind til det. (KLINISK MEDARBEJDER)*

En force hos DDKM frem for JCI, som interviewpersonerne tydeligt fremhæver, er surveyornes pædagogiske og anerkendende tilgang til personalet, hvor udgangspunktet for survey er en positiv dialog med personalet om deres praksis. Interviewpersonerne oplever JCI-surveyorne som mere autoritære og kontante i deres tilgang til survey, hvilket bidrager til, at personalet i højere grad oplever survey som en eksamenssituation. Direktioner, afdelingsledere og kvalitetschefer oplever, at DDKM-surveyorne, i kraft af deres kommunikerende tilgang, i højere grad end JCI-surveyorne, bidrager til at skabe en god stemning og motivere medarbejderne.

”

*Vi er mere gearede til at have denne her dialog. Hvor den amerikanske model, der føler jeg virkelig, at jeg skal til eksamen. Det kunne lige så godt være en general, der stod foran mig, og så skal jeg komme med det dokument og det dokument. Dem der akkrediterer fra Danmark kender jo systemet, så der er nogle ting, man ikke behøver at tale om, for det ved de. Det var næsten sådan en antiklimatisk oplevelse sammenlignet med amerikanerne. Men på sigt, tror jeg, at det vil passe os bedre at have den danske model, fordi vi kan få talt sammen på en anden måde. (IKKE KLINISK MEDARBEJDER)*

Når interviewpersonerne blev bedt om at sammenligne surveyorne fra JCI med surveyorne fra DDKM blev JCI betegnet som fejlfindere, imens surveyorne fra DDKM blev betegnet som kommunikører. JCI-surveyorne havde fokus på det begreb, som de kalder ”drilling down,” hvor de udfordrer praksis indtil de finder fejl. DDKM-surveyorne havde derimod fokus på dialog, hvor de med en spørgende og lyttende tilgang var nysgerrige på, hvordan hospitalerne arbejdede med kvalitetsudvikling.

”

*DDKM-surveyorne var flinke mennesker – og tilgængelige, og det var ikke sådan, at de spurgte om nogle ting, der ikke var relevante. Så min fornemmelse var, at de var velforberejede..... men de var ikke fejlfindere. De havde en anden tilgang til det. De var ude på at skabe dialog i den seance de sad i, om det var dokumentstyring eller personaleområdet – hvordan vi gik til det – hvad det var, vi satte fokus på, hvordan vi forsøgte at uddanne vores personale mest hensigtsmæssigt i.f.t. de mål, virksomheden havde, hvilke udfordringer vi så på personaleområdet, hvordan vi sikrede brand. Men min opfattelse var, at det var meget løs snak. Jeg gik fra mit møde på personaleområdet og tænkte: Gad vide hvad de egentlig ledte efter? IKKE KLINISK MEDARBEJDER*

### 3.1.2 Dansk kontra international akkreditering

Interviewpersonerne oplever DDKMs klare force som standarderne, idet de tager udgangspunkt i det danske sygehusvæsen, at surveyorne taler dansk, og at surveyorne kender til dansk kultur. JCI- surveyorne har ofte vanskeligt ved at forstå dansk praksis, og af den grund bruger JCI-surveyorne ofte unødigt tid på problemstillinger, der ikke er relevante i det danske sygehusvæsen.

Et område som direktioner og afdelingsledere fremhæver i interviewene, og som også viser sig i resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er, at JCI, idet de arbejder internationalt, kan bidrage med ny inspiration, viden og idéer udefra. Det gør, at Region H kontinuerligt bliver udfordret til at udvikle sig og gøre tingene på nye måder. Muligheden for at bidrage med ny inspiration har DDKM ikke i samme målestok, idet Danmark er for lille et land til, at der er tilstrækkeligt med ny inspiration at hente på tværs af regionerne. Når JCI kommer ind i, et for dem relativt ukendt dansk sygehusvæsen, giver det desuden den mulighed, at de kan stille nogle andre spørgsmål og udfordre praksis på en anden måde, end DDKM er i stand til. Et andet aspekt, der fylder meget i interviewene er, at DDKM-surveyorne er for kendte ansigter inden for deres respektive specialer, hvilket gør, at de flere steder har haft problemer med at give en objektiv bedømmelse af kvaliteten. Dette problem findes ikke med surveyorteamet fra JCI.

”

*Risikoen i DDKM er, at den bliver for indforstået. JCI kommer med nogle helt andre holdninger, fordi de ikke kan forstå, hvorfor vi gør, som vi gør. Amerikanerne kommer med en anden vinkel og kan stille spørgsmålstejn på en helt anden måde, der får én til at tænke, ja, hvorfor gør vi egentlig det.*

(IKKE KLINISK AFDELINGSLEDELSE, FEMTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Et andet problem, som påpeges i interviewene er, at de områder, som DDKM- surevyerne ser under survey er udfordringer, som er velkendte i Danmark. Af den grund bliver drøftelsen af de udfordringer, der er meget indforståede og mindre handlingsorienterede

”

*Vi bliver hurtigt enige om, hvad der er svært. Der foregår meget snak om, hvad vi arbejder med i Danmark for tiden, som er sådan nogle udfordringer vi har fælles. Jeg synes ikke, at vi bliver udfordret tilstrækkeligt, og det har noget med kvalifikationer, som selvfølgelig har noget med træning at gøre.*

(DIREKTØR)

### 3.1.3 Den mundtlige og skriftlige tilbagemelding

Hvad angår den afsluttende mundtlige tilbagemelding støtter resultaterne fra interviewene resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, idet det er direktioner og leders klare oplevelse, at den mundtlige tilbagemelding fra JCI er bedre end tilbagemeldingen fra DDKM. Den afsluttende mundtlige tilbagemelding fra DDKM er for kort og unuanceret til, at den giver et klart billede af de problemstillinger, der skal arbejdes videre med, hvorimod den afsluttende tilbagemelding fra JCI er klar, tydelig og dybdegående med fokus såvel på det positive som det negative. På baggrund af tilbagemeldingen fra JCI har afdelingerne en klar oplevelse af, hvad problemområderne er, hvilket ikke på samme måde er tilfældet for DDKM. Endvidere fokuserer interviewpersonerne på, at JCI har en mere valid, og dermed mere retfærdig, måde at bedømme en organisation på end DDKM, da JCI tager udgangspunkt i et pointsystem, imens DDKMs bedømmelse bliver oplevet som mere tilfældig.

”

*Jeg oplevede, at de bedømte os på fund, de kun havde set ét sted, og det kunne vi så blive evalueret på næste morgen, hvor der var nogle afdelinger, der rejste sig op og sagde: hov, hov: I har jo ikke spurgt om de ting flere steder. Hvis JCI havde set nogle ting, så undersøgte de, om det var et generelt fund, eller om det egentlig kun var galt ét sted. Så på den måde var det heller ikke særligt retfærdigt.*

(KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Interviewpersonernes holdninger til kvaliteten af den skriftlige tilbagemelding indeholder også store forskelle imellem JCI og DDKM. Afrapporteringen fra DDKM bliver af hovedparten af de interviewede direktioner, kvalitetschefer og afdelingsledere oplevet som meget kort, unuanceret og ikke særligt anvendelig til kvalitetsudvikling. JCIs rapport bliver derimod vurderet som mere fyldestgørende med tydelige krav til forbedringer og angivelse af, på hvilke områder, der bør ske en udvikling af kvaliteten.

### 3.1.4 Områder uden forskel imellem JCI og DDKM

Der er flere spørgsmål i spørgeskemaet, hvor der ikke er nogen forskel i personalets vurderinger af de to modeller, når personalets svar fra de to år testet mod hinanden. Det drejer sig primært om spørgsmålene om forberedelse, ledernes og medarbejderes reaktioner på besøgene samt opfølgning.



UDKAS

Figur 3.3 Sammenligning af personalets oplevelser af DDKM og JCI



Hvis der er statistisk signifikant forskel på, hvordan akkreditering ved JCI og DDKM opleves, så er det enkelte spørgsmål markeret med en \* yderst til højre i figuren. ✕ Spørgsmålet om "JCI/DDKM standarderne er høje nok til at udfordre praksis" er ikke direkte sammenlignelige, da ordlyden i spørgsmålet er blevet ændret i undersøgelsen af DDKM 2012.

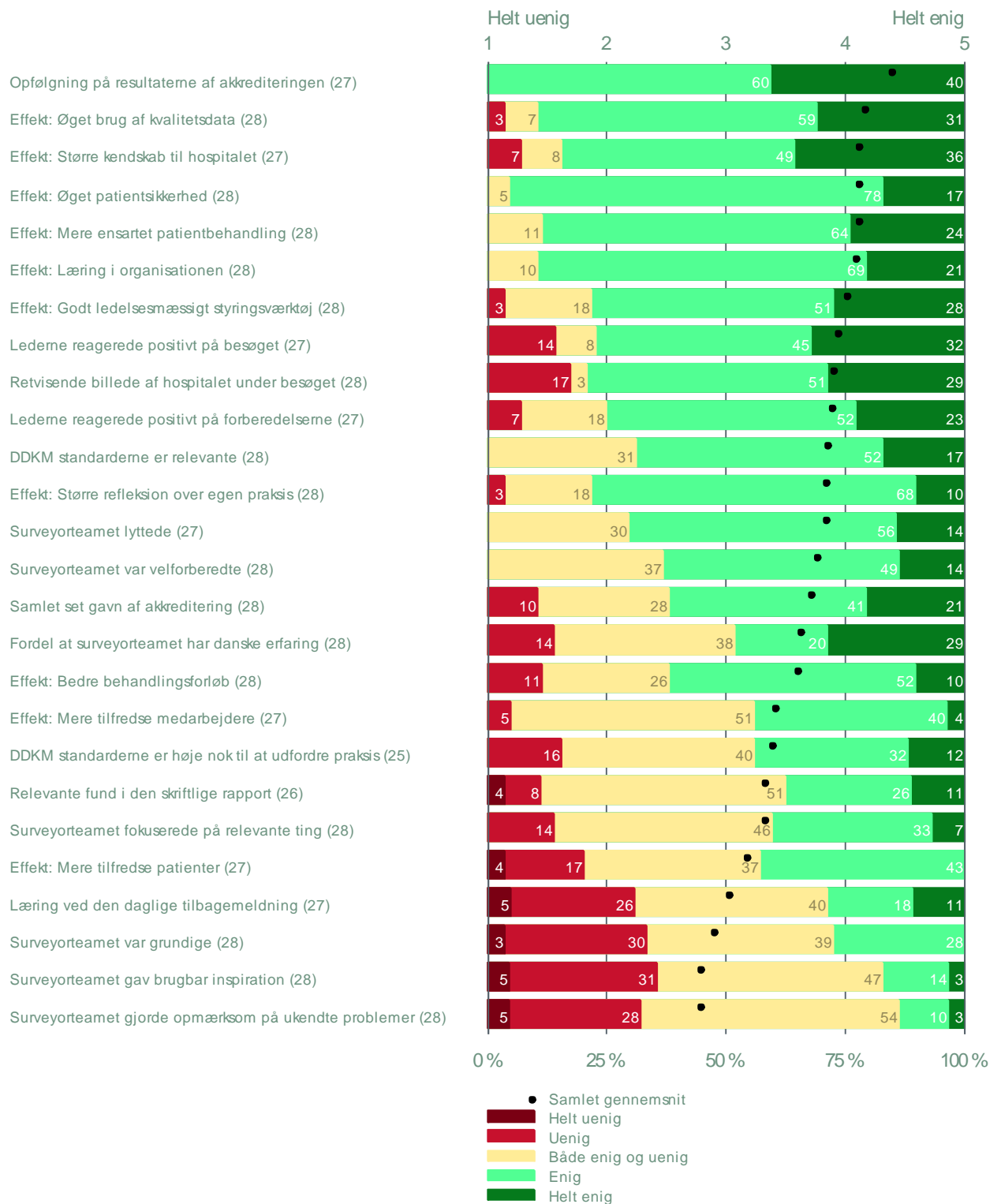
## 4 Resultater for Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

### 4.1 Samlede resultater

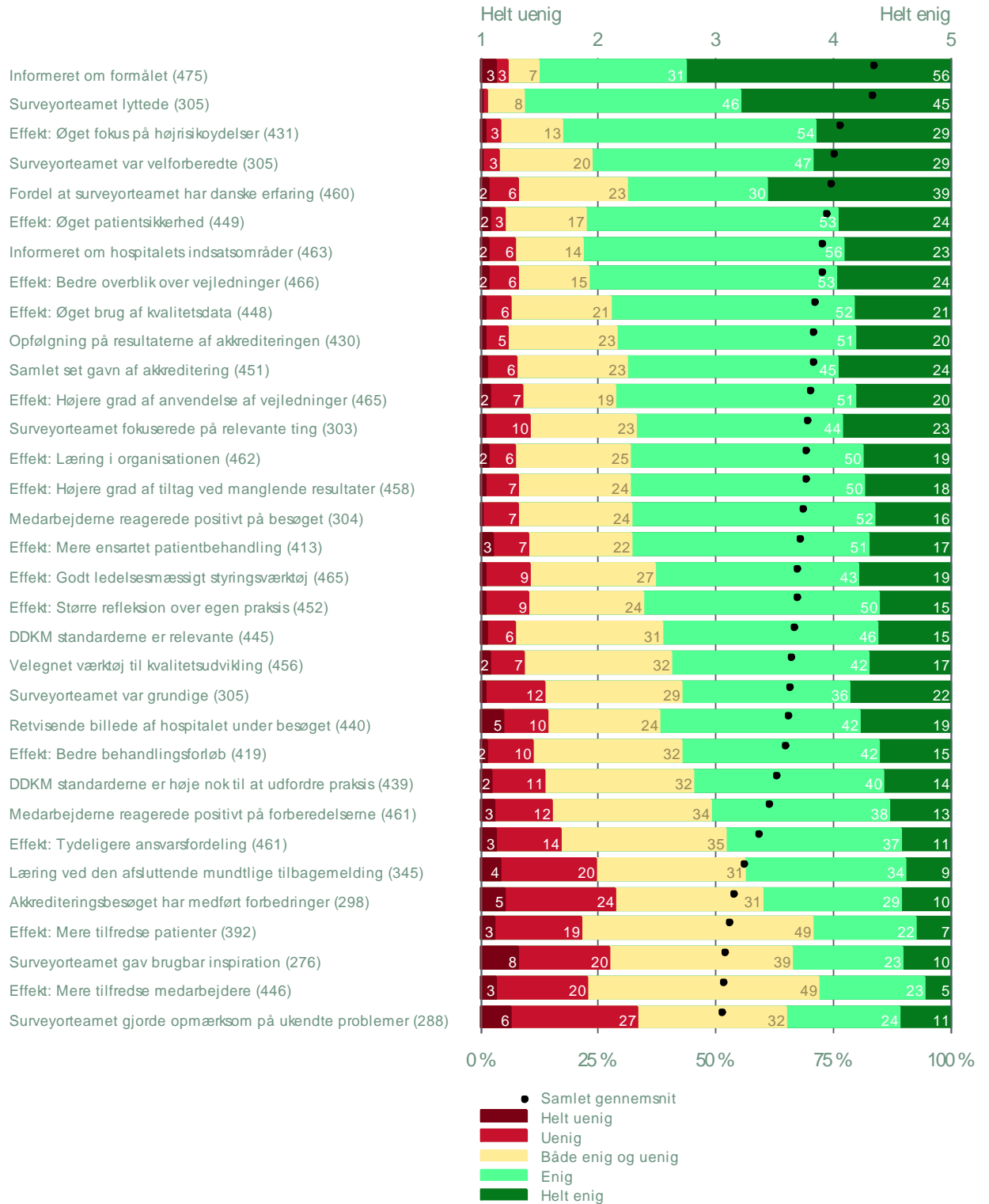
I de følgende figurer vises en oversigt over resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen fordelt på direktionsmedlemmer, ledere med personaleansvar, ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Figurerne er sorteret efter gennemsnitsscoren på hvert spørgsmål (markeret med en sort prik), og den fulde svarfordeling på hvert spørgsmål fremgår også. Antallet af respondenter, der har besvaret hvert spørgsmål står i parentes.



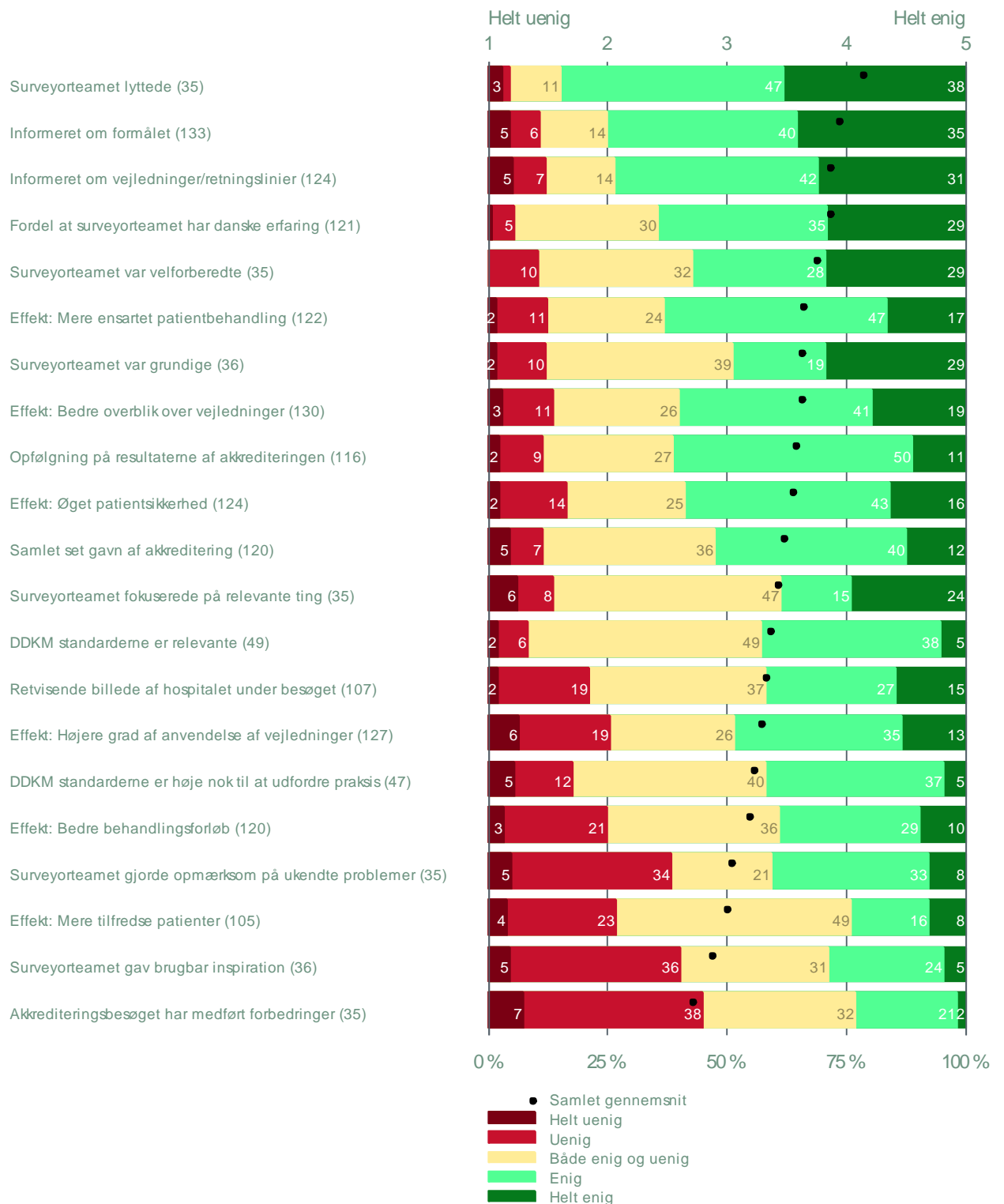
Figur 4.1 Resultater for direktionsmedlemmer – DDKM



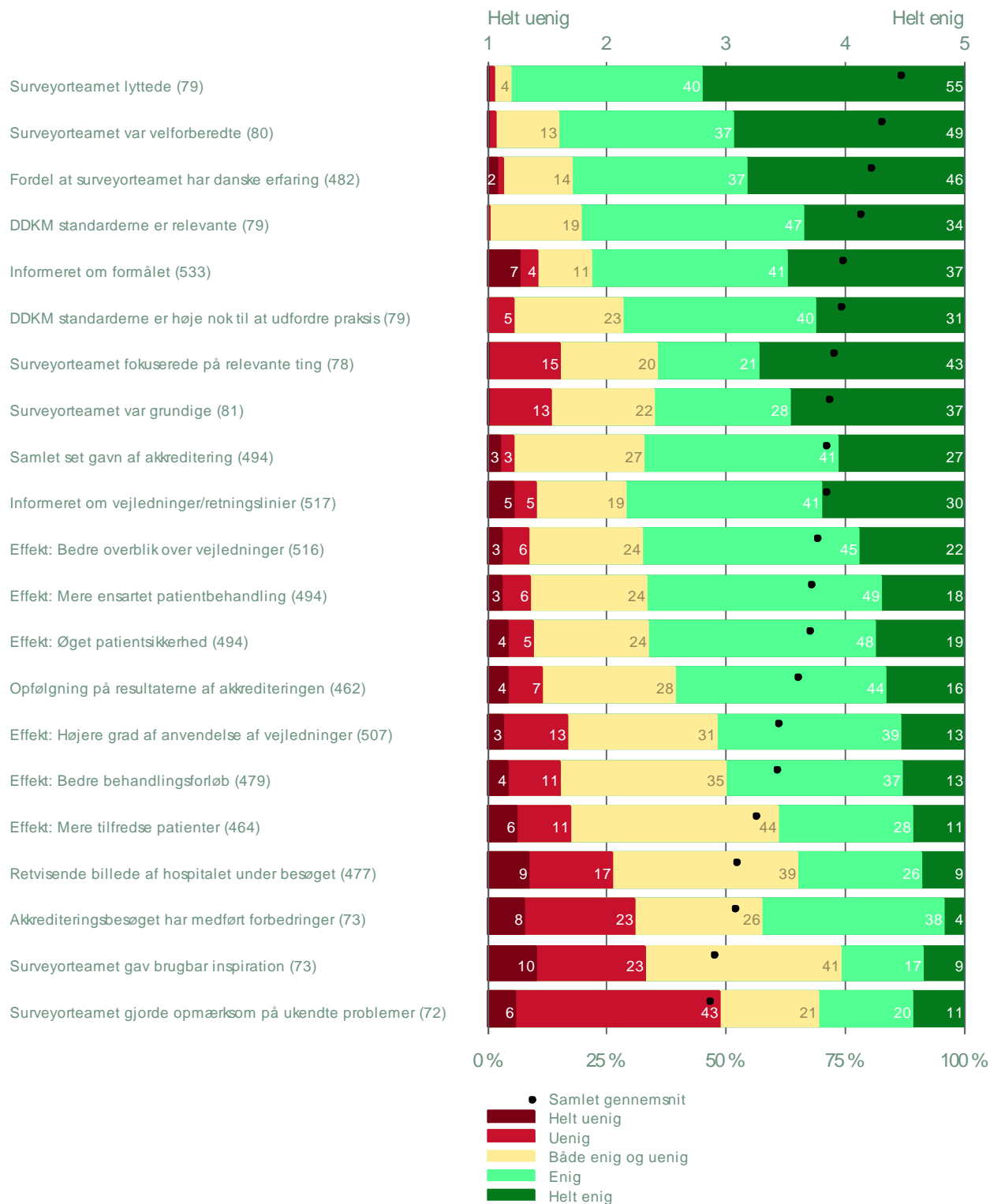
Figur 4.2 Resultater for ledere med personaleansvar – DDKM



Figur 4.3 Resultater for ledere uden personaleansvar – DDKM



Figur 4.4 Resultater for medarbejdere – DDKM



## 4.2 Forberedelse

### 4.2.1 Informationsniveau

Undersøgelsen viser, at størstedelen af personalet er tilstrækkeligt informeret om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved DDKM, dog er der en større andel af lederne med personaleansvar, der mener, at de er tilstrækkeligt informeret end blandt det øvrige personale. Den største del af medarbejderne mener også, at de er blevet tilstrækkeligt informeret om de vejledninger og retningslinjer, de skal arbejde efter. 92 % af medarbejderne med et særligt ansvar i forbindelse med akkrediteringen mener, at de er blevet passende inddraget i forberedelserne, mens 7 % er blevet inddraget for lidt, og 1 % er blevet inddraget for meget.

Disse resultater understøttes af interviewundersøgelsen, som viser, at såvel direktioner som ledere har oplevet, at de har været tilstrækkeligt informeret om DDKM akkrediteringsforløbet. Overordnet oplever medarbejderne også, at de er blevet passende informeret om akkrediteringen, og at det har været på niveau med den information, som de fik, før JCI-besøget. I interviewet med de ikke-kliniske medarbejdere fremgår det, at det nogle steder primært er de personaler, der har været direkte involveret i akkrediteringsforberedelserne, der er blevet grundigt informeret, imens der andre steder er blevet informeret mere bredt til alle medarbejdere.

## 4.3 Akkrediteringsbesøget

### 4.3.1 Selve besøget

#### Retvisende billede

38 % af personalet er enige eller helt enige i, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget. Medarbejderne mener i mindre grad end ledere og direktionsmedlemmer, at der bliver givet et retvisende billede. I spørgeskemaets kommentarfelt bliver dette kommenteret af flere, som henviser til, at afdelingen undgår overbelægning, der bliver gjort meget rent, og ting bliver bragt i orden, som ikke viser sig ved andre tidspunkter end ved akkrediteringsbesøget. Flere kommenterer, at de ønsker uanmeldte akkrediteringsbesøg, så surveyorne ser hospitalet, som det er i hverdagen.

Særligt de kliniske medarbejdere oplever, at der ikke er blevet givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalerne i forbindelse med akkrediteringsbesøget og flere både ledere og medarbejdere mener, at et uanmeldt besøg vil give et bedre billede af, hvad de enkelte ledere og medarbejdere kan. Resultaterne af et uanmeldt besøg vil i højere grad kunne danne grundlag for at udpege indsatsområder til kvalitetsudvikling med udgangspunkt i den hverdag, som patienterne oplever til dagligt.

”

*Det er en meget poleret afdeling, der vises frem. Vores afdeling bærer meget præg af en stresset hverdag, og at der ikke er tid til særligt meget. Men at have sådan en uge, hvor der er få patienter og ingen på gangene og enormt god normering, og der er ryddet op – det giver selvfølgelig et indblik i, hvordan en afdeling skal se ud, og det er jo også fint. Men det er synd, at de ikke oplever os på en hektisk dag som i dag fx, hvor der er sygdom og overbelægning, og patienterne vælter ind. (KLINISK MEDARBEJDER)*

### Reaktioner og stemning

77 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at lederne reagerede positivt på akkrediteringsbesøget. Blandt lederne er 68 % enige eller helt enige i, at medarbejderne reagerede positivt på besøget.

I interviewene med de kliniske ledere bliver det beskrevet, at medarbejderne har reageret forskelligt på at skulle akkrediteres ved DDKM. Nogle af medarbejderne fra de andengangsakkrediterede hospitaler var nervøse for ikke at leve op til akkrediteringen, imens hovedparten af de kliniske ledere fra de femtegangsakkrediterede hospitaler oplevede, at medarbejderne var rolige ved at skulle akkrediteres.

Nogle steder blev survey oplevet som grundigt og patientnært, hvilket begejstrede medarbejderne, fx oplevede mange medarbejdere fra de andengangsakkrediterede hospitaler det som positivt, når surveyerne gik ind på sengestuerne og talte med patienterne.

”

*Vores medarbejdere meldte tilbage, at de synes, at DDKM er mindre kontrol og mere patientnært. Og vores surveyere var i hvert fald inde hos fem patienter, hvor de gik ind og lukkede døren, og ikke ville have mere end højst én med ind, og så snakkede de med dem – den ene gang i en halv time, og vi tænkte "hold da op" – den ene gang var det et pakkeforløb men også et sektioforløb, hvor de kom ud og sagde: "I gør, hvad I siger, I gør." Og det var næsten noget af det, som betød mest for medarbejderne - det gjorde dem mere høje, end når der kommer en amerikaner. (KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

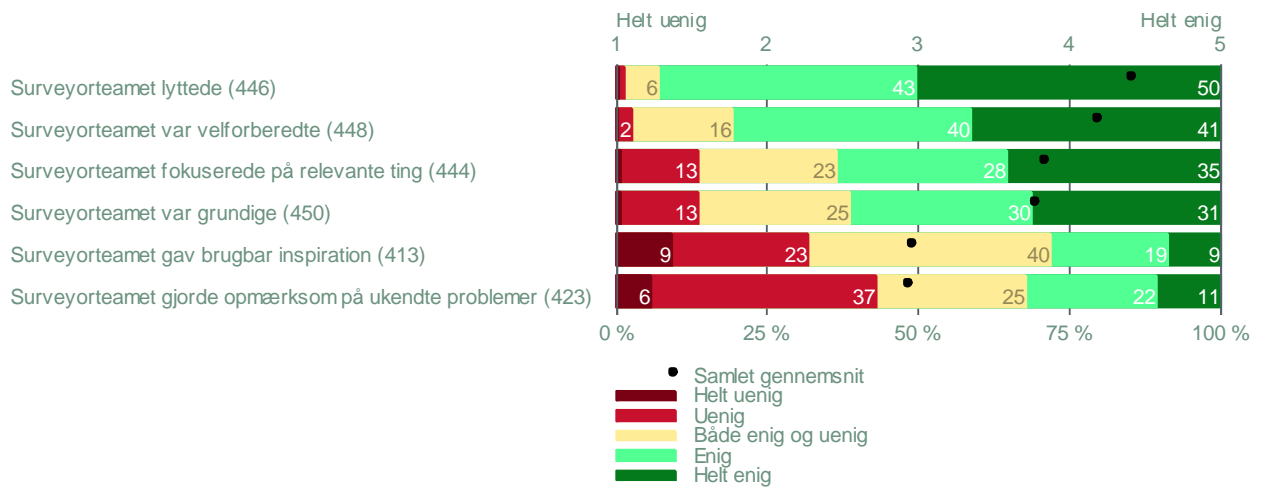
Nogle steder var der stor forskel på de kliniske fagpersoners oplevelser af survey på tværs af faggrupper. Sygeplejerskerne var generelt godt tilfredse med survey, imens lægerne var mere forbeholdne, idet de oplevede, at surveyerne ikke var kritiske nok og overså forskellige forhold.

De ikke-kliniske ledere har oplevet medarbejdernes reaktioner på akkrediteringsbesøget som relativt udramatiske. Nogle af de ikke-kliniske medarbejdere stillede sig dog uforstående overfor, at den tid, der var afsat til at gennemføre survey, ofte ikke blev anvendt.

#### 4.3.2 Surveyorteamet

Der er meget forskellige vurderinger af DDKM surveyorteamets kompetencer (se figur 4.5). En stor andel af personalet mener, at surveyerne er lyttende og velforberejede. Til gengæld er der også en stor andel, der er uenige eller helt uenige i, at surveyorteamet gav brugbar inspiration og gjorde opmærksom på ukendte problemer. I deres vurderinger af om surveyorteamet er grundige, lyttende og fokuserer på relevante ting, adskiller direktionerne sig ved at give en mere negativ vurdering end medarbejderne og ledere med personaleansvar.

Figur 4.5 Personalets oplevelser af DDKM surveyorteamet



I spørgeskemaets kommentarfelt fylder oplevelser af surveyorne også en del. Her bliver det bemærket, at surveyorne mangler erfaring, ikke går i dybden og ikke kontrollerer ved at efterspørge dokumentation. Samtidig bliver der også bemærket positive egenskaber ved surveyorne: de kommer fra klinisk praksis, de er venlige og i øjenhøjde.

I interviewene fremgår det også, at oplevelsen med surveyorne er blandet. Langt de fleste oplever, at surveyorne mangler kompetencer i forhold til at kunne matche et niveau, som er acceptabelt, og at de virkede uerfarne, utrænede og uprofessionelle. Samtidig har surveyorne den helt grundlæggende force, at de er meget positive og anerkendende i deres tilgang og gode til at skabe en god stemning, hvilket betyder, at medarbejderne havde lyst til at gå i dialog med dem.

”

*Jeg synes, at den anerkendende tilgang var rigtig rar at opleve ovenpå JCI. Vi havde haft nogle seje diskussioner med JCI om noget lovgivning, der slet ikke var relevant. (KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

Samtidig er oplevelsen blandt såvel direktioner, ledere og medarbejdere, at akkrediteringen var for meget løs snak, for overfladisk, at surveyorne ikke ”bed sig fast”, men fik ”serveret” mange fund, som de slet ikke forfulgte. Bl.a. på den baggrund vurderer hovedparten af de interviewede ledere og medarbejdere ikke, at surveyorne levede op til det, der må forventes af en surveyor.

”

*Surveyorne er der, hvor surveyorne fra JCI var i starten. De er ikke ret dygtige. De er søde, flinke, lydhøre – det er slet ikke det, det handler om. Men for et personale, der kan det [red.: der har erfaring med akkreditering], er det her bare slet ikke udfordrende nok..... Det er fint, og det er rart. Men det giver ikke den der følelse af, at ”yes, vi er dygtige her. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FEMTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

Den klare oplevelse hos langt hovedparten af direktioner, kvalitetschefer og ledere er, at surveyerne de fleste steder var for overfladiske i deres vurderinger, hvilket betyder, at det var vanskeligt for ledere og medarbejdere at have den store respekt for dem. Flere steder var det et problem, at medarbejderne efter besøget ikke følte sig evalueret på et niveau, som gør, at de kan være stolte af resultatet.

Flere har oplevet, at der ikke var sammenhæng imellem det, som surveyerne spurgte om, ved de indledende møder, og det de gerne ville se, når de kom ud i afdelingerne, og derfor havde ledere og medarbejdere ikke en oplevelse af, at surveyerne havde tilstrækkeligt overblik til at komme helt i dybden med tingene. Flere af interviewpersonerne ønsker en tilgang, der i højere grad ligner tracers, hvor hele patientforløb bliver fulgt frem for en systematik, hvor surveyerne interesserer sig for mere sporadiske problemstillinger, der hverken har udgangspunkt i kvalitetsdata, dokumenter eller informationer fremkommet ved tværgående interview.



UDKAST

### Fætter-kusine-faktoren

Flere af interviewpersonerne har oplevet, at nogle af surveyorne var kendte af medarbejderne i de afdelinger, de besøgte. Det rejser spørgsmål om habilitet og om, hvorvidt surveyorne kan give en objektiv feedback.

”

*Vi møder nogen, som vi faktisk kender, og det er jo ikke godt. Der var nogle jeg kendte på det niveau, hvor man får et knus, når de går. Det har noget at gøre med, at vi er et lille land, og at vi kender hinanden, det bliver sådan lidt fætter-kusineagtigt. Det har jeg været udsat for. Så det der med, at det er en dansk løsning har både noget godt og noget skidt i sig. (DIREKTØR, FEMTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

Samtidig ønsker nogle, særligt de kliniske og ikke kliniske ledere, at surveyorne har spidskompetencer inden for de områder, som de vurderer, idet det er den eneste måde hvorpå, surveyorne kan give fagpersonerne kvalificeret modspil og vinde klinikernes respekt. Flere har oplevet, at surveyore, der skulle vurdere fx en Intensivafdeling, aldrig havde været på en sådan afdeling før eller surveyore, der skulle vurdere sterilcentral eller køkken, ikke havde kendskab til disse områder. Det blev oplevet som et stort problem, idet surveyorne således ikke var i stand til at gå i dybden på et niveau, som medarbejderne fik læring ud af og havde respekt for. Ligeledes peger nogle af interviewpersonerne på, at det også er væsentligt, at surveyorne ikke er for fagspecifikke, men at de er i stand til at vurdere organisationen i et mere overordnet perspektiv. Således er der altså et skisma imellem, at lederne ønsker surveyore, med særkompetencer inden for de respektive specialer samtidig med, at de ikke ønsker, at surveyorne er for kendte ansigter i de afdelinger, som de skal bedømme.

### Surveyorne manglede kompetencer i forhold til de tværgående afdelinger

Både i interviewene blandt medarbejdere og ledere bliver det påpeget, at niveauet for survey på de tværgående afdelinger var for lavt, og det bliver efterlyst, at nogle blandt surveyorne kunne stille kritiske spørgsmål på de tværgående afdelinger. Særligt var det et problem på de diagnostiske afdelinger, at ingen af surveyorne var klædt godt nok på til at udfordre praksis.

”

*Der manglede nogen, der havde fokus på de tværgående afdelinger. Nu repræsenterede jeg tre forskellige specialer, og jeg mødte ikke en eneste surveyor, der kunne spørge kritisk ind til noget, der havde noget at gøre med nuklearmedicin, radiologi eller klinisk biokemi. Det, synes jeg, er kedeligt. Hvis de så bare om ikke andet var blevet klædt på hjemmefra til at stille nogle kritiske spørgsmål, men det var de ikke. (KLINISK AFDELINGSLEDER)*

## 4.4 Opfølgning på besøget

### 4.4.1 Tilbagemeldinger fra surveyorteamet

#### Den mundtlige tilbagemelding

29 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at de lærer noget ved de daglige tilbagemeldinger fra DDKM surveyorteamet. 43 % af lederne med personaleansvar er enige eller helt enige i, at de opnår læringen ved den afsluttende tilbagemelding fra surveyorteamet på besøgets sidste dag.

Hovedparten af de interviewede direktionsmedlemmer og ledere oplevede, at den samlede mundtlige tilbagemelding var meget kort og for unuanceret til, at den kunne bruges til noget. Nogle oplevede, at de blev evalueret på for tyndt et grundlag med fund, der kun var fundet et enkelt sted. Til gengæld var flere af den opfattelse, at surveyorne flere steder var gode til løbende at give feedback på en anerkendende og konstruktiv måde.

”

*Man samler mange mennesker, der ligger et kæmpe arbejde i det, og når der så kun bliver brugt meget kort tid på tilbagemeldingen, er det en meget flad fornemmelse. Surveyorne burde have boret meget længere ned i tingene og have givet en mere nuanceret og fyldestgørende tilbagemelding.*

(KVALITETSCHEF, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Nogle ganske få steder har lederne dog oplevet den mundtlige tilbagemelding fra surveyorne som utrolig grundig og brugbar med surveyore, der virkelig evnede at formidle det, de havde fundet på en måde så ledere og medarbejdere oplevede, at de lærte noget. Flere har samtidig oplevet, at surveyorne havde en meget pædagogisk tilgang i deres afsluttende tilbagemelding, som havde virkelig god effekt på personalet. Tilgangen var meget rosende, og surveyorne havde en evne til at formidle det negative på en positiv måde, hvilket gav en særlig god stemning på hospitalerne.



Flere af de kliniske medarbejdere har ikke deltaget på de afsluttende møder og er heller ikke sidenhen blevet informeret om, hvordan akkrediteringen er gået af afdelingsledelser eller direktion.

#### Den skriftlige tilbagemelding

37 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at fundene i den skriftlige rapport fra DDKM er relevante.

Hovedparten af de interviewede direktioner og afdelingsledere oplever ikke den skriftlige tilbagemelding fra DDKM som god nok. Det største problem i den forbindelse er, at DDKM i den skriftlige afrapportering udelukkende forholder sig til det, der er faktuelle fund. Det betyder, at afrapporteringen de fleste steder er for overfladisk og ikke særligt brugbar i forhold til arbejdet med den videre udvikling af kvaliteten. De fleste af interviewpersonerne ønsker, at den skriftlige afsluttende rapport skal være mere nuanceret og beskrivende i forhold til det, surveyorne har observeret, således at fx forhold, der har været tæt på at blive et fund, bliver nævnt i rapporten. Ligeledes kunne det være en mulighed, at de mere positive aspekter fra surveyornes observationer også fremgår af rapporten, så det også står klart, hvad organisationen skal holde fast i.

#### 4.4.2 Opfølgning på resultater

62 % af personalet er enige eller helt enige i, at der bliver fulgt op på resultaterne efter akkreditering ved DDKM, 27 % erklærer sig både enige og uenige i dette. Direktionsmedlemmerne mener i højere grad end alle de øvrige ansatte, at der bliver fulgt op. Derudover adskiller lederne med personaleansvar sig fra de øvrige ledere samt medarbejderne ved, at de i højere grad mener, at der bliver fulgt op på resultaterne. Alle direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at der bliver fulgt op, det samme gælder for 71 % af lederne med personaleansvar.

## 4.5 Læring og oplevet effekt

41 % af personalet er enige eller helt enige i, at selve DDKM akkrediteringsbesøget har medført forbedringer på deres afdeling.

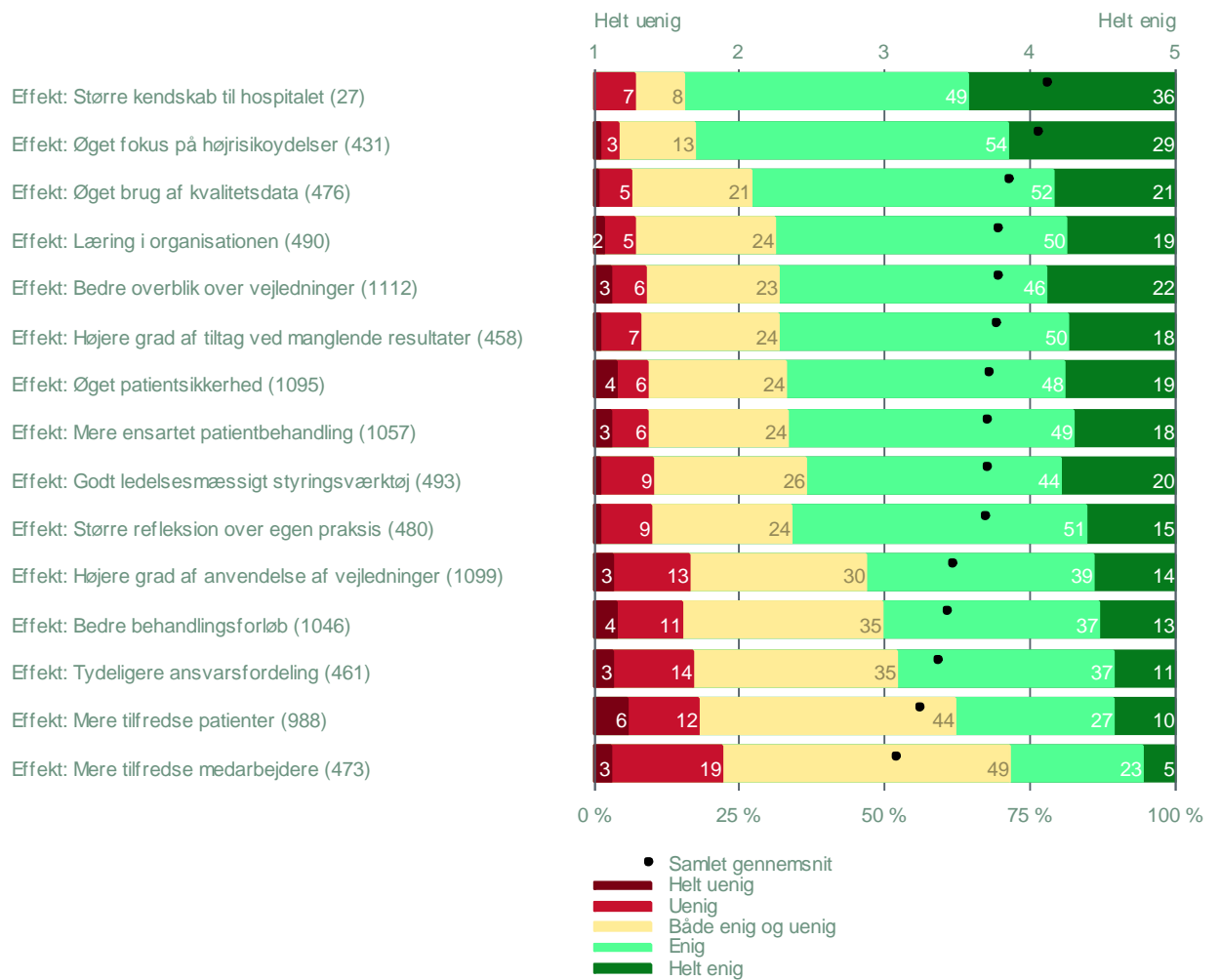
### 4.5.1 Størst og mindst effekt af akkreditering generelt set

I spørgeskemaet bliver alle spurgt til deres oplevelser af forskellige mulige effekter af akkreditering. Der er spurgt til effekter af akkreditering generelt set, og ikke til den isolerede effekt af DDKM. Baggrunden for dette er en antagelse om, at det er umuligt for personalet at skelne mellem effekterne af henholdsvis DDKM og JCI, fordi der i de vejledninger, som personalet skal arbejde efter, er taget højde for krav og standarder fra både JCI og DDKM. Desuden vil en effekt af DDKM være kraftigt påvirket af de effekter, som der allerede måtte være opnået ved JCI akkreditering. Målingen med dette spørgeskema skal derfor ses som et nedslag på et tidspunkt, hvor personalet er blevet akkrediteret efter både JCI og DDKM, og ikke som en måling af den oplevede effekt af DDKM. Direktioner og ledere med personaleansvar har fået flere spørgsmål om effekter af akkreditering end medarbejdere og ledere uden personaleansvar.

De områder, hvor de største andele af personalet oplever effekter af akkreditering, er på øget fokus på højrisikoydelser, øget brug af kvalitetsdata og læring i organisationen (hvis man ser bort fra spørgsmålet om større kendskab til hospitalet, som kun er stillet til direktionsmedlemmerne). De områder, hvor færrest blandt personalet oplever effekt af akkreditering, er i forhold

til mere tilfredse medarbejdere og patienter, bedre behandlingsforløb for patienterne og tydeligere ansvarsfordeling (se figur 4.6).

**Figur 4.6 Personalets oplevede effekter af akkreditering**



Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar har svaret på flere spørgsmål om oplevet effekt end ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Spørgsmålet om "større kendskab til hospitalet" er kun stillet til direktionerne. Se i øvrigt figur 4.1-4.4.

Nedenstående tabel 4.1 viser de områder, hvor der er de største og mindste andele af personalet, der oplever effekt af akkreditering. Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar er blevet spurgt til flere effekter end dem, der ses i tabellen, og disse effekter placerer sig mellem de tre med største og mindste andele af oplevet effekt (se bilagshæftet).

Tabel 4.1 Tre områder med størst og mindst oplevet effekt

Størst oplevet effekt	Mindst oplevet effekt
<b>Direktionsmedlemmer</b>	
Øget patientsikkerhed (95 %) Øget brug af kvalitetsdata (90 %) Læring i organisationen (90 %)	Mere tilfredse patienter (43 %) Mere tilfredse medarbejdere (44 %) Bedre behandlingsforløb (62 %)
<b>Ledere med personaleansvar</b>	
Øget fokus på højrisikoydelser (83 %) Øget patientsikkerhed (77 %) Bedre overblik over vejledninger (77 %)	Mere tilfreds medarbejdere (28 %) Mere tilfredse patienter (29 %) Tydeligere ansvarsfordeling (48 %)
<b>Ledere uden personaleansvar</b>	
Mere ensartet patientbehandling (64 %) Bedre overblik over vejledninger (60 %) Øget patientsikkerhed (59 %)	Mere tilfredse patienter (24 %) Bedre behandlingsforløb (39 %) Højere grad af anvendelse af vejledninger (48 %)
<b>Medarbejdere</b>	
Mere ensartet patientbehandling (67 %) Bedre overblik over vejledninger (67 %) Øget patientsikkerhed (67 %)	Mere tilfredse patienter (39 %) Bedre behandlingsforløb (50 %) Højere grad af anvendelse af vejledninger (52 %)

Effekter i tabellen er sorteret sådan, at de effekter med den største andel af personer der er "helt enige" eller "enige", står øverst i første kolonne, og de effekter med den mindste andel af personer, der er "helt enige" eller "enige", står øverst den anden kolonne. Andelen står i parentes.

I interviewene fremgår det, at hverken de interviewede direktioner, ledere eller medarbejdere oplever, at de har lært ret meget nyt af DDKM-akkrediteringen. Som nævnt ovenfor er det vanskeligt at sige, hvorvidt det skyldes, at organisationen tidligere har gennemført en eller flere JCI-akkrediteringer, eller om det reelt skyldes, at DDKM-akkrediteringen ikke har været i stand til at udfordre regionens praksis. Nogle af interviewpersonerne oplever, at akkrediteringen ved DDKM har påpeget nogle af de problemområder, som JCI-akkrediteringen også har haft fokus på som fx behovet for datadrevet ledelse, mangel på velfungerende IT-systemer m.m.

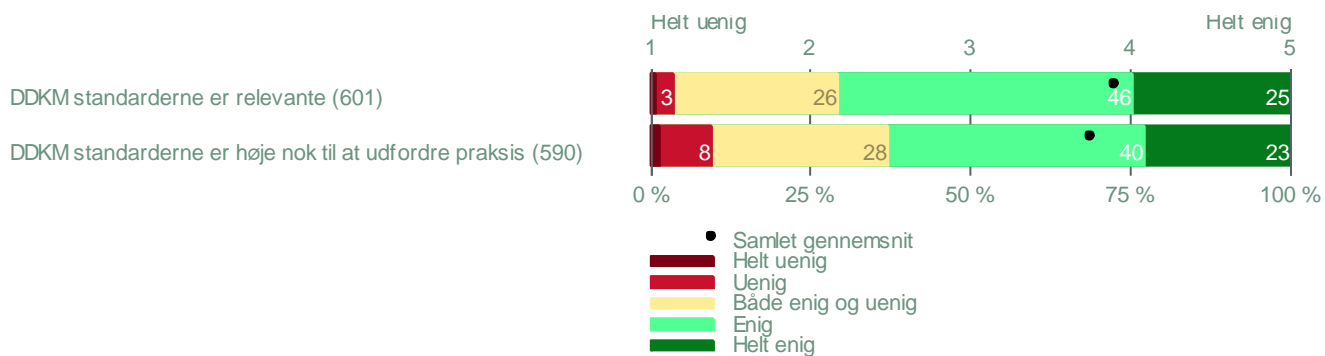
Enkelte af hospitalerne, særligt de andengangsakkrediterede, oplever, at de har lært meget af forberedelsesprocessen op til DDKM-akkrediteringen, hvilket har givet et løft til at få arbejdet nogle ting igennem endnu engang, fx omkring personalesikkerheden, som JCI ikke fokuserer så meget på.

Ligeledes bliver det påpeget, at forberedelserne til både akkreditering ved DDKM og JCI har været fælles, og at det af den grund er vanskeligt at sige, hvor meget læring, der ville være kommet ud af DDKM-akkrediteringen, hvis den havde ligget før JCI-akkrediteringen. Men der er enighed blandt ledere og medarbejdere om, at selve DDKM-survey ikke har givet meget læring.

## 4.6 DDKM som koncept

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 71 % af personalet samlet set er enige eller helt enige i, at kravene i DDKM-standarden er relevante, mens 63 % er enige eller helt enige i, at de udfordrer praksis i deres afdeling eller på hospitalet (se figur 4.7). De medarbejdere, der har haft et særligt ansvar i forbindelse med akkrediteringen synes i højere grad end lederne, at DDKMs krav er relevante, og de synes også i højere end lederne og direktionerne, at DDKMs krav udfordrer praksis.

Figur 4.7 Personalets oplevelser af DDKM som koncept



I interviewene fremgår det, at både direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere vurderer, at DDKM-standarden er meget relevante for arbejdet på hospitalerne. Standarderne passer til det danske sygehusvæsen og modellens kerneområder, er områder, der adresseres i dansk lovgivning, eller dagsordener, der i øvrigt bliver arbejdet med i Danmark inden for kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet. Særligt fremhæver både de kliniske ledere og medarbejdere de sygdomsspecifikke standarder, som en af de centrale grunde til, at DDKM er en brugbar kvalitetsmodel, idet de giver anledning til at vurdere den kliniske kvalitet.





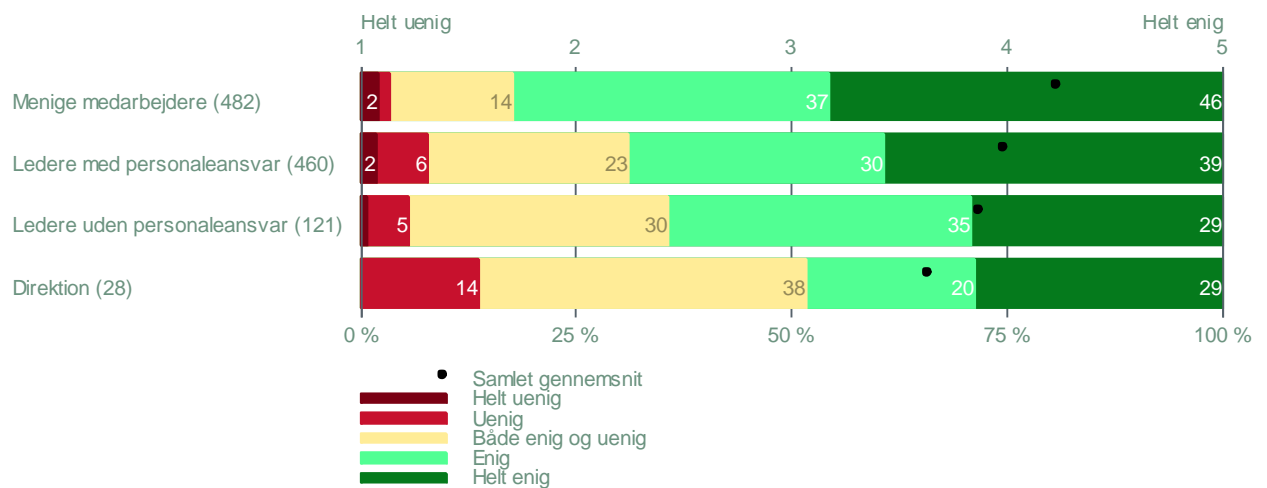
*De kernefaglige standarder i kapitel 3 gjorde det lettere at motivere lægegruppen. Der var nogle diagnoserelaterede standarder, som vi benyttede lejligheden til at dykke ned i og egentlig fik en masse godt ud af. Det gav godt at få lov til at fordybe os lidt i det faglige i modsætning til de organisatoriske perspektiver, som JCI anlagde. KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL*

Nogle af medarbejderne beskriver i interviewene, at de var generede af, at der var så mange mennesker involveret under survey, idet det gjorde personalet nervøse. Flere oplevede, at der kom ”en lang hale” af mennesker ind i afdelingerne, når surveyerne kom på besøg, som fx omfattede afdelingsledere, kvalitetsfolk fra regionen og hospitalet samt observatører der var med for at lære at gennemføre survey. Dette virkede ofte overvældende på de medarbejdere, som surveyerne skulle tale med, hvilket resulterede i, at de blev unødigt nervøse, og derfor blev dialogen ikke så lærerig og udviklende, som den kunne være blevet.

## 4.7 Dansk akkreditering

81 % er enige eller helt enige i, at det er en fordel, at surveyorteamet har dansk erfaring. De menige medarbejdere synes i højere grad end direktionsmedlemmer og ledere, at det er en fordel (se figur 4.8).

**Figur 4.8 Fordel at surveyorteamet har dansk erfaring**



I spørgeskemaets kommentarfelt skriver flere, at fordelene ved en dansk model er, at surveyerne taler dansk og har kendskab til det danske sundhedssystem. Derfor er det heller ikke nødvendigt først at skulle forklare surveyerne om danske forhold. Dette understøttes af resultaterne fra interviewundersøgelsen.



*Det gode ved DDKM er, at den har taget udgangspunkt i det danske samfund og det danske sundhedsvesen og for den sags skyld også det danske sprog. For det er altså problematisk, når der er en talk imellem, og der er en hel horde af mennesker, der kommer ind i afdelingerne.* KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

## 4.8 Samlet indtryk

### 4.8.1 Gavner det?

67 % af personalet som helhed er enige eller helt enige i, at hospitalet har gavn af akkreditering ved DDKM. Derudover er der også 59 % af lederne med personaleansvar, der er enige eller helt enige i, at DDKM er et velegnet værktøj til kvalitetsudvikling.

### 4.8.2 Akkreditering ved to modeller

I spørgeskemaets kommentarfelt er akkreditering ved to modeller et af de fremtrædende temaer. De fleste, der omtaler dette ønsker kun at blive akkrediteret efter én akkrediteringsmodel, og hvis der skal være en akkrediteringsmodel, skriver de fleste, at de foretrækker DDKM.

Der er ingen af de interviewede ledere og medarbejdere, der ønsker akkreditering ved to modeller. Samtidig mener nogle af interviewpersonerne, at det er ærgerligt at sige farvel til JCI, idet DDKM ikke er på et niveau, der kan udfordre praksis i regionen. Særligt direktionsmedlemmer og afdelingslederne taler om, at regionen frem for dobbeltakkreditering bør vælge et system, der kan udfordre regionens praksis på en anderledes måde, end to akkrediteringer, der i indhold og krav ligner hinanden meget. Ressourcemæssigt er det vurderingen, at klinikernes tid skal prioriteres der, hvor der virkelig er brug for det og ikke ved at bruge tid på akkreditering efter to modeller. Desuden oplever direktionsmedlemmer og ledere, at det er vigtigt, at regionen ikke bliver bundet på hænder og fødder med restriktioner om, hvordan der skal handles. I stedet bør der være større metodefrihed og dermed mere motivation hos den enkelte medarbejder til at finde på brugbare løsninger.



*Dobbeltakkreditering trækker simpelt hen for mange ressourcer. Vi vil hellere bruge noget tid ind imellem til at planlægge de her besøg...Der er andre kvalitetsudviklingsopgaver, som vi synes også kunne være sjove at løse, og som bliver sat til side.* KVALITETSCHEF, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Der er ledere, særligt fra de andengangsakkrediterede hospitaler, der oplever, at der er meget at lære af JCI endnu, og som tilkendegiver, at det er ærgerligt, hvis de skal sige farvel til JCI på nuværende tidspunkt. En af de interviewede ledere foreslår, at der tages en dialog med JCI om en anden form for samarbejde imellem JCI og Region H end en regulær akkreditering.

### 4.8.3 Tre akkrediteringer i laboratorierne

Lederne fra laboratorierne fortæller i interviewene, at de skal akkrediteres efter tre forskellige akkrediteringsmodeller, og det synes de er for meget<sup>2</sup>. Der er nogle få af lederne i laboratorierne, der nævner, at det er positivt, at de bliver akkrediteret sammen med det øvrige hospital. Det bidrager til at binde hospitalet sammen, at alle afdelinger bliver akkrediteret af den samme akkreditør på samme tidspunkt. Flere af interviewpersonerne fra de øvrige tværgående afdelinger oplever også, at de gennemgår for mange vurderinger idet flere ud over akkreditering ved JCI og DDKM bliver evalueret ved andre systemer som fx ISO og Levnedsmiddelkontrollen.

## 4.9 Forskelle mellem grupper

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er analyseret for at afdække, om der er forskelle mellem forskellige gruppers svarfordelinger afhængig af bestemte baggrundsvariable, som fx om respondenterne er fra et anden- eller femtegangsakkrediteret hospital (oversigtsfigurer ses i bilagshæftet).

### 4.9.1 Anden- og femtegangsakkrediterede hospitaler

Det er kun på få spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, der er forskel i personalets oplevelse af DDKM akkrediteringen på henholdsvis anden- og femtegangsakkrediterede hospitaler. På de andengangsakkrediterede hospitaler oplever de i højere grad, at være bedre informeret om formålet med akkrediteringen, og at besøget medfører forbedringer.

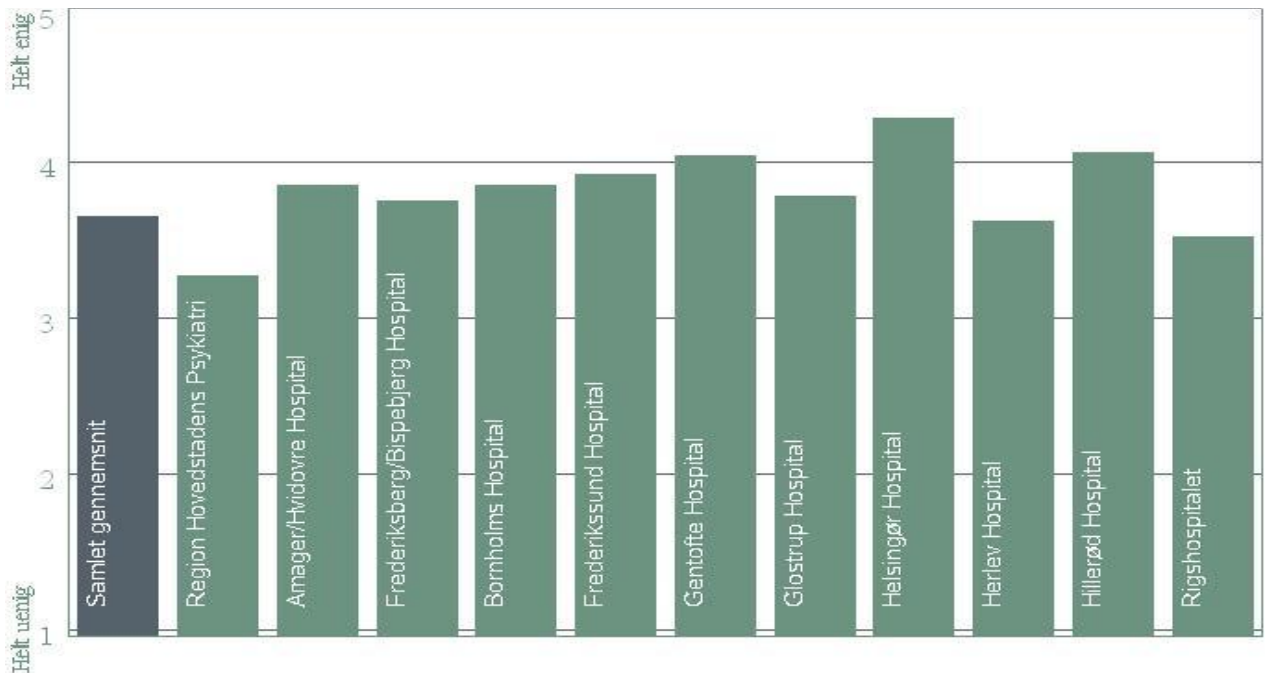
I interviewene er der forskel på holdningerne blandt interviewpersonerne til forskellige temaer alt efter, om de er fra et anden- eller femtegangsakkrediteret hospital. De femtegangsakkrediterede hospitaler er generelt mere kritiske overfor DDKM end de andengangsakkrediterede hospitaler.

### 4.9.2 Hospitaler

På næsten alle spørgsmål er der nogle af hospitalerne, der er forskellige fra hinanden i deres oplevelser af akkreditering. Der er en tendens til, at Hillerød og Helsingør Hospitaler oftest adskiller sig fra nogle af de andre hospitaler ved at være mere positive i deres oplevelser af DDKM akkreditering. Der er også en tendens til, at Rigshospitalet og Region Hovedstadens Psykiatri adskiller sig fra nogle af de andre hospitaler ved at have mere negative oplevelser af flere spørgsmål (se figur 4.9).

<sup>2</sup> Laboratorierne i Region Hovedstaden er akkrediteret ved henholdsvis DANAK, JCI og DDKM.

**Figur 4.9** Forskel mellem hospitaler i oplevelsen af DDKM som velegnet værktøj til kvalitetsudvikling



#### 4.9.3 Kontakt med surveyorteamet

På langt de fleste spørgsmål er det personale, der har haft direkte kontakt med surveyorteamet mere positive i deres oplevelser af DDKM akkrediteringen end det personale, der ikke har haft direkte kontakt.

Personalet kan have forskellige grader af kontakt med surveyorteamet. Nogle er i direkte kontakt med surveyorteamet under besøget (fx svarer på spørgsmål, fremviser afdelingen, deltager i interview), andre ser dem, men er ikke i direkte kontakt med dem mens andre enten ikke ser dem eller ikke var til stede de dage hospitalet havde besøg. 15 % af respondenterne i undersøgelsen har haft direkte kontakt med DDKM surveyorteamet, 34 % så dem, men var ikke i direkte kontakt dem, og 51 % så dem ikke eller var ikke til stede. Det er kun de respondenter, der har haft direkte kontakt med surveyorteamet, der har besvaret spørgsmålene om surveyorteamet.

Andele af grupper og faggrupper, der har direkte kontakt med surveyorteamet under akkrediteringsbesøget fordeler sig således i forhold til respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen: Læger (18 %), plejepersonale (57 %), andet sundhedsfagligt personale (6 %), service/teknisk personale (7 %) og administrativt personale (12 %).

#### 4.9.4 Ansvar ved akkreditering

Undersøgelsen viser, at de medarbejdere, der har et særligt ansvar ved akkrediteringen på flere spørgsmål har mere positive oplevelser af akkrediteringen ved DDKM end de øvrige medarbejdere. Det gælder blandt andet i forhold til oplevelsen af, om surveyorteamet gjorde opmærksom på ukendte problemer, om besøget har medført forbedringer, om der er fulgt op på akkrediteringens resultater og fordelene ved at have et dansk surveyorteam.

#### 4.9.5 Type leder

I spørgeskemaet vedr. DDKM blev der tilføjet et baggrundsspørgsmål om, hvilken type leder den enkelte leder med personaleansvar er. På flere spørgsmål er klinik- og afdelingslederne mere positive i deres vurderinger af DDKM akkrediteringen end afsnits- og mellemledere. Det gælder bl.a. flere spørgsmål om oplevet effekt og vurderingerne af DDKM som koncept. På spørgsmålene om hvorvidt akkrediteringsbesøget har medført ændringer, om surveyorerne er velforberejdede og grundige samt om det er en fordel, at surveyorteamet har dansk erfaring er det dog afsnits- og mellemledere, der er mere positive end klinik- og afdelingslederne.

#### 4.9.6 Direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere

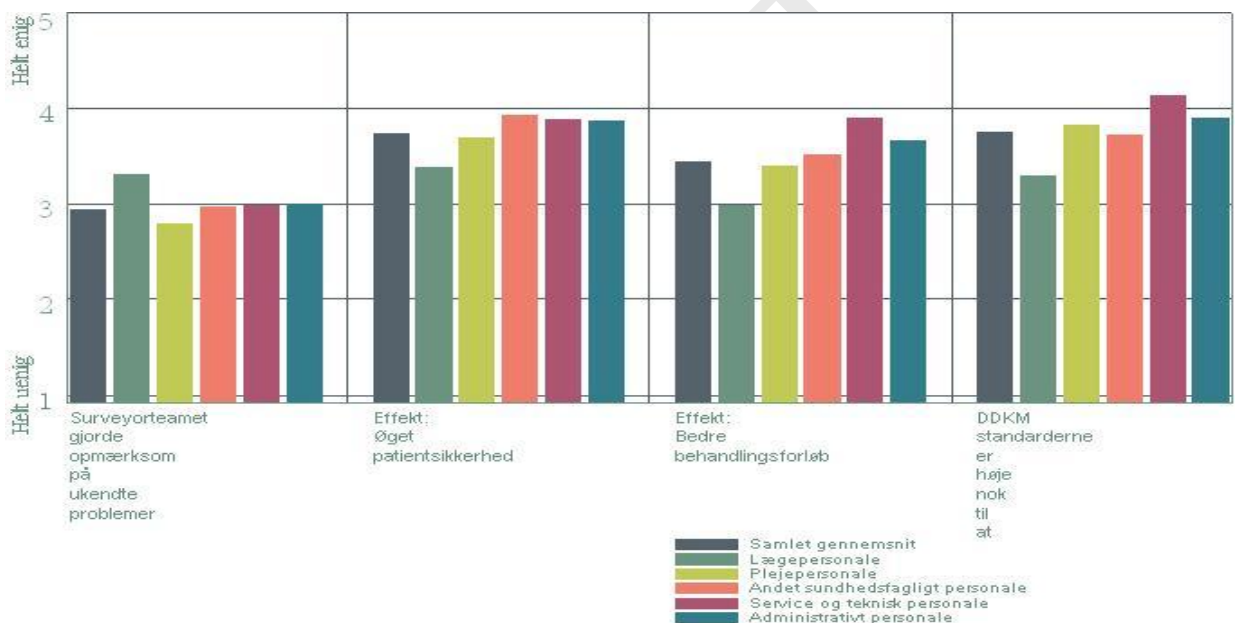
Der er en tendens til, at henholdsvis direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere har forskellige områder i forhold til akkrediteringen, hvor de adskiller sig fra hinanden. Direktionsmedlemmer er mere positive end ledere og medarbejder i deres oplevelser af flere af de mulige effekter som akkreditering generelt kan have. Medarbejderne er i højere grad end de øvrige enige i, at det er en fordel med danske surveyorer, og at DDKMs standarder er relevante og udfordrer deres praksis. Ledere og medarbejdere er i højere grad end direktioner enige i, at surveyorteamet er grundige, lyttende og fokuserer på relevante ting.

Derudover er der i interviewene enkelte forskelle på holdninger på tværs af direktioner, afdelingsledere og medarbejdere. Overordnet peger interviewene på, at direktioner og afdelingsledere er de mest kritiske i forhold til DDKM, imens medarbejderne er de mest positive. Medarbejderne lægger stor vægt på den positive dialog, der var mellem surveyorer og medarbejdere, og at der ikke var eksamensstemning.

#### 4.9.7 Faggrupper

Lægegruppen adskiller sig fra de øvrige faggrupper ved, at de i mindre grad oplever effekter af akkreditering. De er også i mindre grad end de andre faggrupper enige i, at standarderne i DDKM er relevante og udfordrer deres praksis. På den anden side vurderer de nogle af surveyorteamets kompetencer mere positivt end de andre faggrupper (se figur 4.10).

Figur 4.10 Forskelle i faggrupperes oplevelser af DDKM



## 5 Resultater for Joint Commision International (JCI)

### 5.1 Samlede resultater

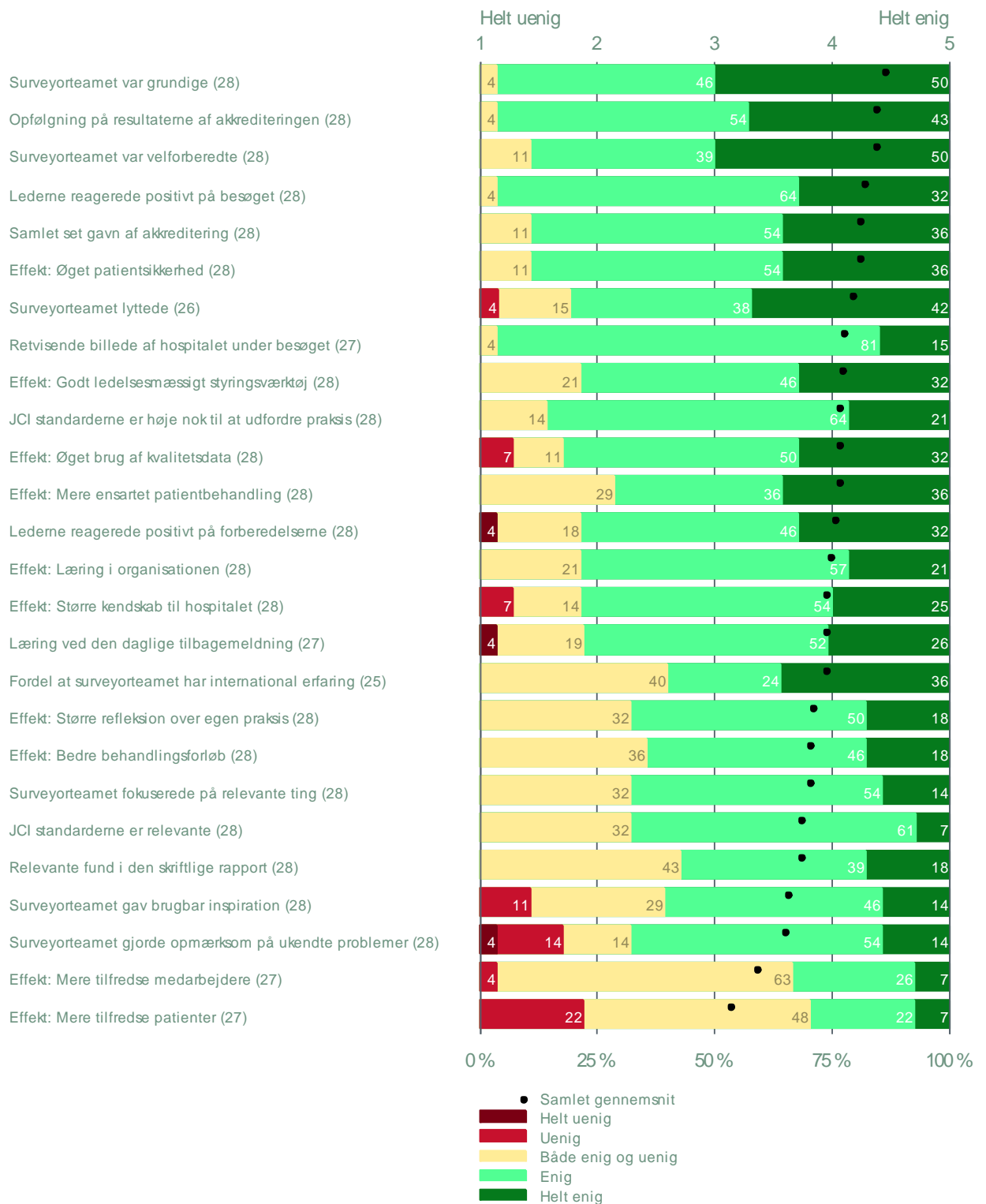
Dette kapitel er udarbejdet alene på baggrund af undersøgelsen af personalets oplevelser af JCI akkrediteringen i 2011.

I de følgende figurer vises en oversigt over resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen fordelt på direktionsmedlemmer, ledere med personaleansvar, ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Figurerne er sorteret efter gennemsnitsscoren på hvert spørgsmål (markeret med en sort prik), og den fulde svarfordeling på hvert spørgsmål fremgår også. Antallet af respondenter, der har besvaret hvert spørgsmål står i parentes.

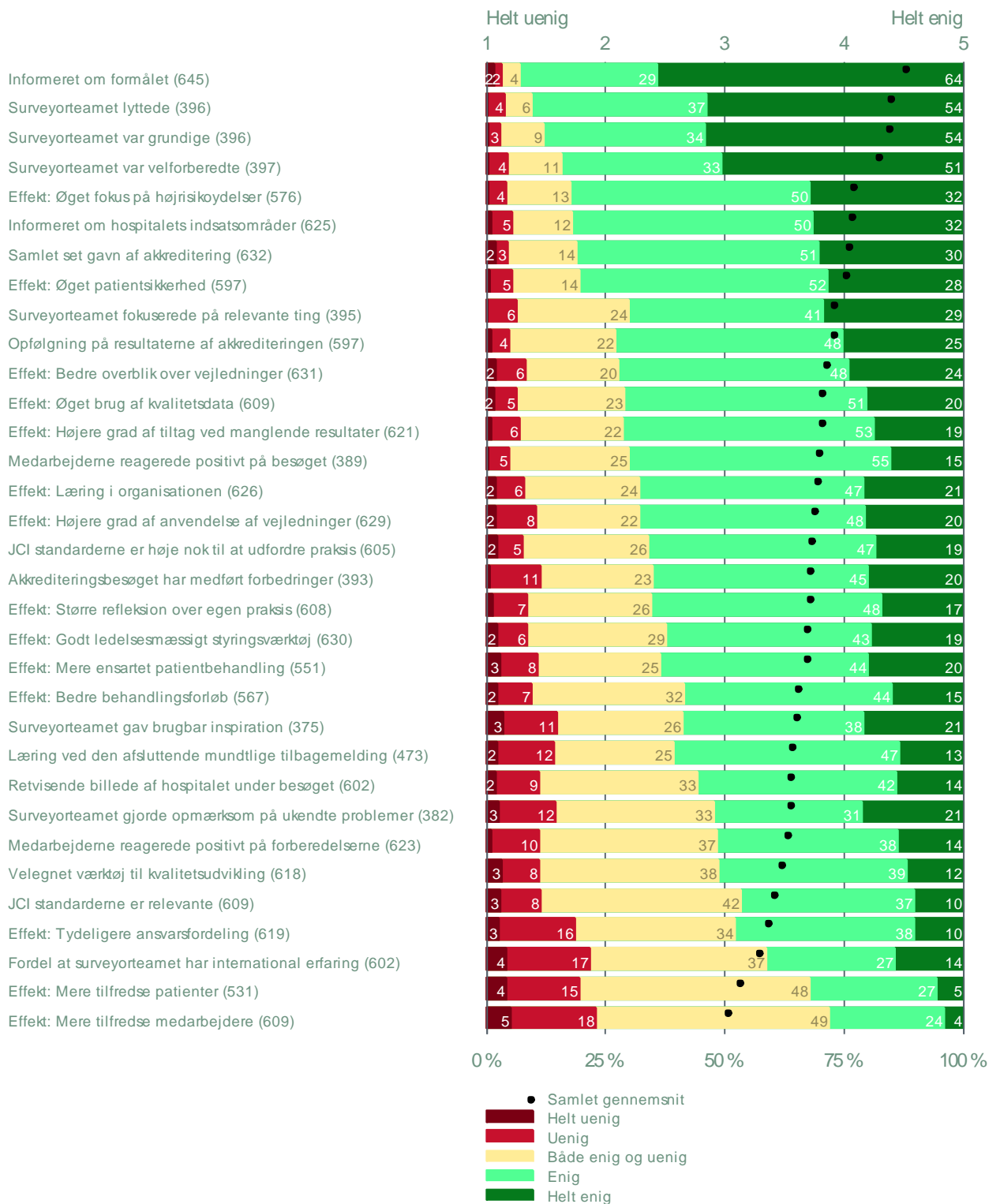
Der er en overordnet tendens til, at direktionerne har de mest positive oplevelser af akkreditering, herefter kommer ledere med personaleansvar, medarbejdere og til sidst ledere uden personaleansvar. Denne tendens er særlig synlig ved de oplevede effekter af akkreditering og det samlede indtryk af akkreditering.



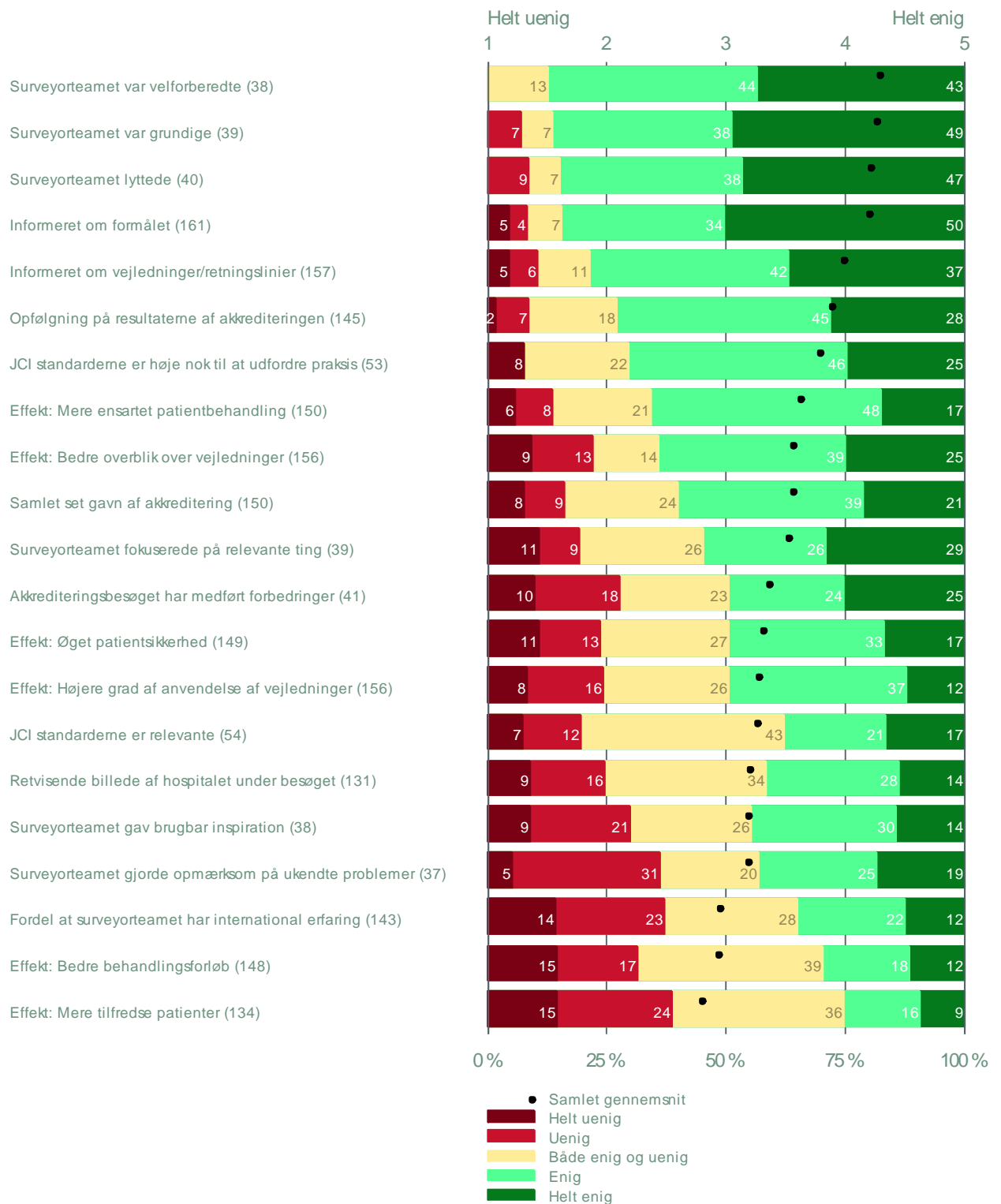
Figur 5.1 Resultater for direktionsmedlemmer - JCI



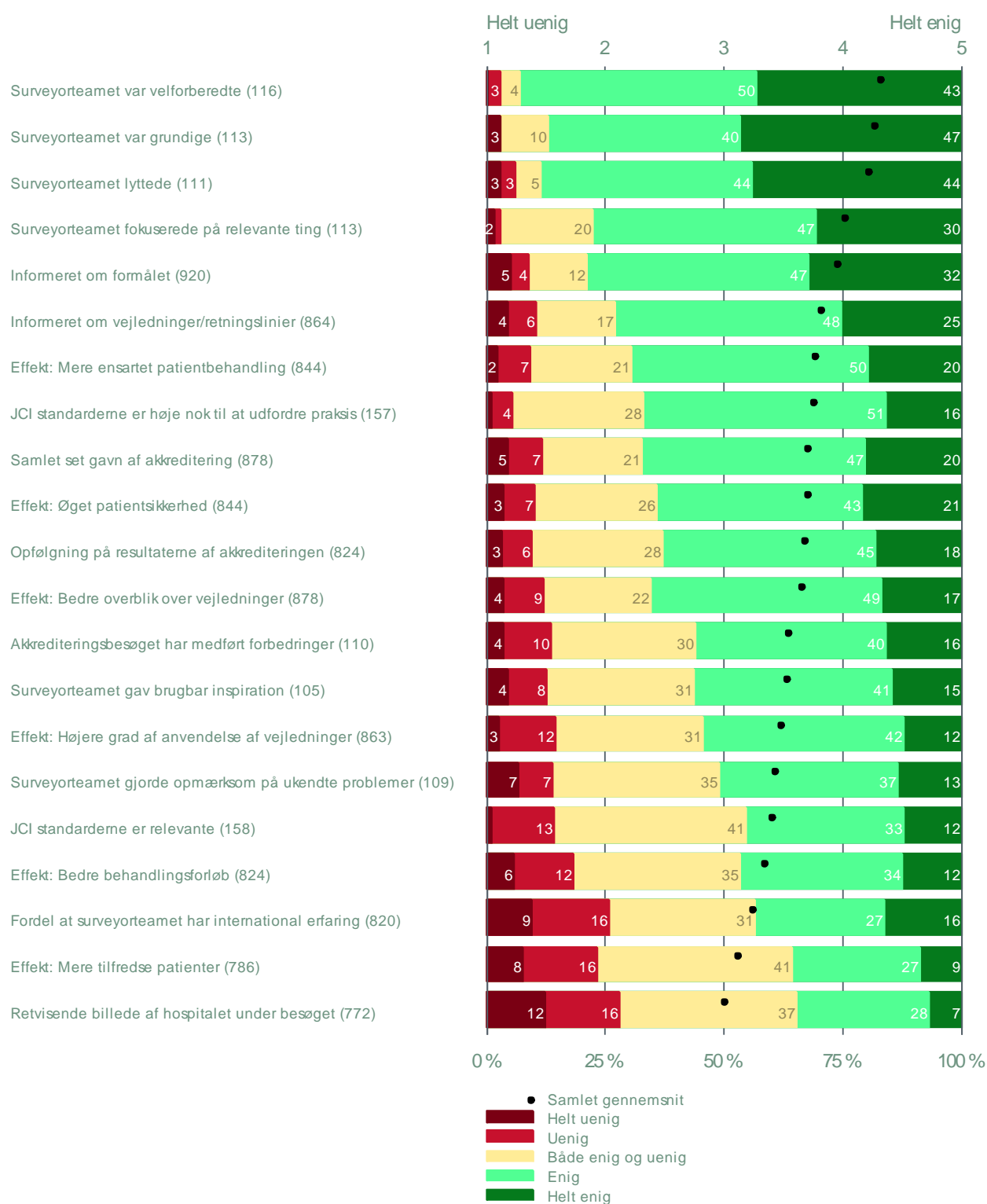
Figur 5.2 Resultater for ledere med personaleansvar - JCI



Figur 5.3 Resultater for ledere uden personaleansvar - JCI



Figur 5.4 Resultater for medarbejdere - JCI



## 5.2 Forberedelse

### 5.2.1 Informationsniveau

Undersøgelsen viser, at langt de fleste er godt informeret om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres. Lederne mener i højere grad, at de er informeret end medarbejderne mener, de er. I forhold til information om de vejledninger og retningslinjer, medarbejderne skal arbejde efter, er der en stor andel, der mener, at informationen er tilstrækkelig. Desuden mener 85 % af de medarbejdere, der har et særligt ansvar i forbindelse med akkreditering, at de bliver inddraget i forberedelserne i et passende omfang. 9 % mener, de bliver inddraget for lidt, mens de sidste 6 % mener, at de bliver inddraget for meget.

I interviewene beskriver medarbejderne på såvel første- som fjerdegangsakkrediterede hospitaler, at de føler sig velinformerede. Dog er det meget forskelligt, hvordan og hvor meget medarbejderne bliver informeret. Nogle bliver meget systematisk informeret ved ugentlige møder. Andre bruger deres lokale kvalitetsforum til at sætte fokus på akkrediteringen. I Region Hovedstadens Psykiatri er der en hjemmeside med information om akkreditering og vejledninger til hver faggruppe, som mange har været logget på.

Noget af det lederne efterlyser i relation til forberedelsesfasen, er flere fælles indsatser fra Regionen, idet der bliver brugt mange ressourcer på at finde frem til, hvordan man bedst opfylder kravene på de samme områder på hvert af hospitalerne.

”

*Der mangler en fælles ledelsesmæssig fokusering på akkreditering. Der bliver sendt materiale ud til hvert hospital, som så kan agere på det, i stedet for at de [regionen] tænker det lidt mere fælles: Hvad kan vi gøre sammen, hvor kan vi lave nogle ting, der er fælles for os alle sammen, hvad kan man fx gøre fælles for alle narkoselæger? I stedet for at hver afdeling skal opfinde den dybe tallerken, og hvert hospital har udarbejdet en pjece til deres personale om: Sådan skal du gøre, når akkreditorerne kommer. Det havde jo været genialt, hvis man havde lavet én pjece til alle hospitalerne i stedet for, at vi hver har lavet vores. AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL*

Det som både ledere og medarbejdere har størst fokus på i relation til forberedelsesfasen, er de mange vejledninger, som mange føler, at de bliver ”bombarderet” med. Særligt den sidste måned før akkrediteringen kommer der mange vejledninger fra Regionen, der skal implementeres. Dette i en sådan grad, at ledere og medarbejdere ikke kan nå at forholde sig til de mange, nye krav, hvilket frustrerer mange.

## 5.3 Akkrediteringsbesøget

### 5.3.1 Selve besøget

#### Retvisende billede

37 % er enige eller helt enige i, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget ved JCI. Det er dermed et af de aspekter ved akkreditering, der vurderes mindst positivt i spørgeskemaundersøgelsen. Det er samtidig også et af de spørgsmål, hvor der er størst spredning på oplevelserne blandt medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer. Medarbejderne synes i mindre grad end ledere og direktionsmedlemmer, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet. Det er også et af de temaer, der er mest fremtrædende i kommentarfelterne. Flere foreslår, at akkrediteringsbesøgene skal være uanmeldte, fordi det for dem at se vil vise et realistisk billede af hospitalet. Når personalet oplever, at billedet af hospitalet er misvisende, er det ikke blot et udtryk for, at der bliver gjort lidt ekstra rent til besøget. Kommentarfelterne viser blandt andet også, at personalet oplever, at:

- Der bliver ryddet op og flyttet ting væk, som så flyttes tilbage efter besøget.
- Patienter på gangene, på grund af overbelægning, overflyttes til andre hospitaler eller overbelægning undgås helt under besøget.
- Der er en praksis for nogle arbejdsgange, som kun er gældende under besøget, og som ikke bliver implementeret efter besøget.

”

*Generelt er akkreditering en rigtig god måde at sikre behandlingen af patienterne på. Men op til akkrediteringen ændres der på virkeligheden: Ved overbelægning aftales overflytninger til andre hospitaler. Der flyttes rundt på ting, som flyttes tilbage igen, så snart akkrediteringen er overstået. Der laves vejledninger, som ikke er implementeret og ikke kan bruges i virkeligheden.* KOMMENTARFELT. MEDARBEJDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

I interviewene beskriver flere, at hospitalerne bliver vendt på den anden ende i forbindelse med akkrediteringsbesøgene. Der bliver i flere måneder op til akkrediteringen arbejdet med at rydde op og gøre rent i en grad, som ligger langt fra det, der til dagligt gøres på hospitalerne. Det betyder, at mange medarbejdere oplever, at der ikke fremvises et retvisende billede af dagligdagen på hospitalerne.

”

*Vi har fx en gang, som skal være fuldstændig ren, og det er den aldrig på andre tidspunkter, end når surveyorne kommer og skal tjekke det. Ifølge brandmyndigheden må der ikke være noget dernede, og man skal kunne komme igennem. Men til dagligt bliver der opbevaret alt muligt, så man kun lige kan komme igennem med en truck, og derfor synes jeg, at det er et lidt fortegnet billede. Imens surveyorne er her bliver alt kørt ind i krogene og i alle de rum, der nu er. Men 14 dage efter står der det samme på gangene igen..* IKKE KLINISK MEDARBEJDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Interviewpersonernes holdning til det billede, der fremstilles af hospitalerne, er overvejende, at det er naturligt, at ”der bliver ryddet lidt op, til der kommer gæster,” men at der ikke må stilles krav til oprydning og rengøring i en grad, som giver et forvrænget og kunstigt billede af de faktiske forhold.

I interviewene beskriver lederne også, at hospitalerne hjælper hinanden til ikke at have overbelægning i den periode, et hospital har akkrediteringsbesøg med henblik på at sikre størst mulig overskud til læring. Dette opleves som provokerende for personalet, fordi dagligdagen i forbindelse med besøget fremstilles mindre presset, end den i virkeligheden er.

### Reaktioner og stemning

96 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at lederne reagerede positivt på akkrediteringsbesøget ved JCI, mens 70 % af lederne mener det samme om medarbejderes reaktioner på besøget.

I forhold til akkrediteringsbesøget beskriver flere af interviewpersonerne, at stemningen er eksamensagtig og hektisk, nogle steder tangerende til hysteri, og at den daglige drift nærmest bliver oplevet som sekundær i forhold til besøget af surveyorne. Andre oplever, at akkrediteringen bidrager til en stemning af korpsånd og en organisation, der sætter sig op til ”at ville” igennem akkrediteringen.

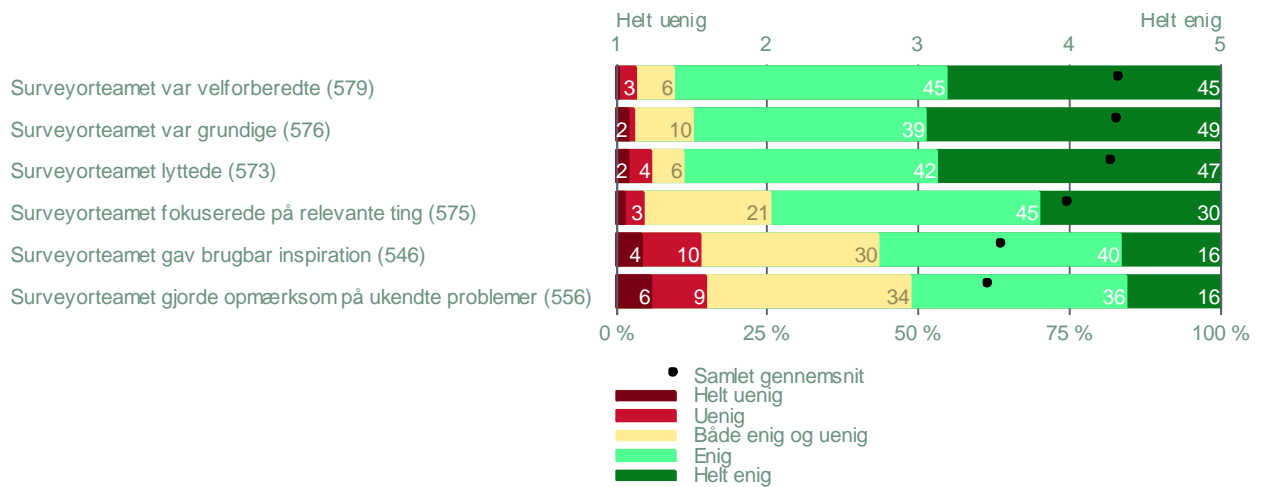
”

*Det første, der falder mig ind, er den korpsånd, der er mulig at etablere, hvis man har sådan en opgave. Det kan godt være, at akkrediteringsprocessen har været genstand for en vis træghed, men når tid var, og alle vidste det gjaldt, så var der en fantastisk korpsånd, som var utrolig at opleve, og det var en stor læring, at vi kan skabe sådan en korpsånd. AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGS-  
AKKREDITERET HOSPITAL*

### 5.3.2 Surveyortemaet

Medarbejdere og ledere oplever generelt JCI surveyorne som velforbredte, grundige og lyttende. De oplever i mindre grad, at surveyorteamet fokuserer på relevante ting. Surveyornes bidrag til ny viden er det, der vurderes mindst positivt ved surveyorteamet, da personalet i helhed er mindre enige i, at surveyorteamet gør afdelingerne opmærksomme på ukendte problemer eller giver brugbar inspiration til andre måder at gøre tingene på (se figur 5.5).

Figur 5.5 Personalets oplevelser af JCI surveyorteamet



I interviewene beskrives surveyorne overvejende som venlige, professionelle og respektfulde. De er ”skarpe” i deres vurderinger og forstår at sætte fokus på ”de ømme punkter.” Samtidig er de gode til at skabe et godt læringsrum med en tryk og behagelig stemning, som gør det til en positiv oplevelse for afdelingerne at have besøg.

Surveyornes evne til at give konstruktiv og anerkendende feedback bliver ligeledes fremhævet, idet de roser og anerkender, når de finder noget positivt og formidler de negative fund på en positiv måde. Dette bidrager til at ”sænke paraderne” hos personalet, så alle faggrupper kan deltage aktivt i processen.

”

*Det var jo vældig rare mennesker, der kom, så det var ikke sådan, at man følte, at man skulle stå skoleret. Nu sidder jeg som repræsentant for lægerne, og der kan godt være nogle lidt resistente typer engang imellem over for akkrediteringsarbejdet. Men jeg synes, at vi fik dem med på vognen og fik det italesat på en god måde. AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL*

Afdelings- og afsnitsledelser beskriver, at de bliver udfordret i dialogen med surveyorne og har lært noget nyt. Flere af interviewpersonerne har dog oplevelsen af, at surveyorne på nogle punkter ikke har tilstrækkeligt kendskab til det danske sundhedssystem, hvilket interviewpersonerne havde en klar forventning om, at surveyorne havde sat sig ind i, inden de kommer på akkrediteringsbesøg.

”

*Den første time sidder han og siger: Jeg prøver bare at blive klogere på jeres system. Han kendte slet ikke nok til det danske sundhedssystem. Det var frustrerende. MEDARBEJDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL*

I forlængelse af dette er det ligeledes personalets opfattelse, at der til tider bliver brugt for meget tid på petitesser, som opfattes som irrelevante.

## 5.4 Opfølgning på besøget

### 5.4.1 Tilbagemeldinger fra surveyorteamet

78 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at de lærer noget ved de daglige tilbagemeldinger fra JCI surveyorteamet, mens 62 % af lederne har samme holdning til læring ved den afsluttende mundtlige tilbage melding fra surveyorteamet på besøgets sidste dag.

68 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at fundene i den skriftlige rapport fra JCI er relevante.

Generelt er den daglige og afsluttende opfølgning ikke et område, som fylder meget i interviewene med lederne. Interviewpersonerne er mere interesserede i den løbende feedback, de får fra surveyorne, når de får besøg i afdelingerne.

Hovedparten af de interviewpersoner, der omtaler de daglige, opfølgende møder med JCI, er dog tilfredse med disse. Her fremhæves bl.a. det positive i, at medarbejderne fra de besøgte afdelinger inviteres med til opfølgingsmøderne.

”

*Jeg synes, at det er godt, at JCI ved de opfølgende møder [daglige debriefinger] lader repræsentanter fra de afdelinger, der har været på besøg dagen før, være med. Vi ser, at der er en større og større gruppe af ledere og medarbejdere, der gerne vil overvære det, og det synes jeg, er rigtig godt.*  
(IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Nogle oplever, at medarbejderne ved det afsluttende fællesmøde er så mættede af informationer og indtryk, at de faktisk kun hører de dårlige ting, imens andre oplever, at det er rart med en afrunding, hvor medarbejderne kan glæde sig over resultatet. Ved flere af de fjerdegangsakcrediterede hospitaler oplever lederne, at der dukker færre medarbejdere op til den afsluttende tilbage melding fra JCI end ved de tidligere akkrediteringer. I interviewene gør lederne sig endvidere overvejelser over, om den daglige debriefing hver morgen er tilstrækkeligt for medarbejderne, således at de ikke har behov for at være med ved det afsluttende møde den sidste dag.

Lederne, på de to hospitaler der skulle have genbesøg, synes, at de mangler en forklaring på, hvorfor hospitalet ikke kom igennem akkrediteringen i modsætning til andre hospitaler.

”

*Jeg synes efterfølgende, man savner en forklaring når dommen kommer. Hvorfor dumpede hospitalet egentlig? Man kan sige, at de krav der var for at bestå, dem er vi stadig ikke helt klar over. De havde jo en masse anmærkninger og sådan noget, men var det antallet af anmærkninger der gjorde det? Eller er det fordi, nogen af dem var meget vigtige ting, som man dumpede på? Det fremgik ikke helt klart.* (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL MED GENBESØG)

### 5.4.2 Opfølgning på resultater

64 % af personalet er enige eller helt enige i, at der bliver fulgt op på resultaterne af JCI-akkrediteringen. Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar mener dog i højere grad

end de øvrige ansatte, at der bliver fulgt op på resultaterne. Det gælder for 97 % af direktionsmedlemmerne og 72 % af lederne.

I interviewene er det også lidt forskelligt, hvordan ledere og medarbejdere oplever hospitalernes opfølgning efter akkrediteringen. Flere af interviewpersonerne beskriver en oplevelse af, at når ”showet” er forbi, så ånder man lettet op.

Flere af medarbejderne fortæller under interviewene, at de ikke har oplevet at få en egentlig tilbagemelding på, hvordan akkrediteringen er gået, og hvad der skal arbejdes videre med som følge af akkrediteringen. Andre medarbejdere mener, at hospitalerne er gode til at følge op fx via deres centrale eller lokale kvalitetsråd. Nogle medarbejdere fortæller at kvalitetsafdelingerne tager initiativ til at lave en opfølgende handleplan på de områder, som surveyorne pegede på som indsatsområder. Lederne har gode erfaringer med at arbejde med SIP (Strategic Improvement Plan). Endvidere anvender personalet hospitalernes intranet til at følge op på, hvordan akkrediteringen er gået.

Flere ledere fortæller under interviewene, at de oplever, at akkrediteringen er dekoblet fra hverdagen, og at der efter det store arbejde med at forberede sig til akkrediteringen kommer en afmatning, der gør, at de ikke følger godt nok op på tingene, så forandringerne bliver integreret i hverdagen.

”

*Der kommer en afmatning, hvor man kan få oplevelsen af, at det hele falder lidt til jorden igen. Nu flyder tingene lidt, og så ved vi, at om et halvt år så starter det igen. Jeg kunne godt tænke mig, at vi bruger tiden indimellem lidt mere målrettet med, hvad det er, vi skal bruge det her til. Jeg synes, at det bliver så løsrevet fra vores hverdag. (AFSNITSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).*

Nogle medarbejdere oplever, at opfølgningen kan drukne i de mange andre ting, de skal forholde sig til i hverdagen.

## 5.5 Læring og oplevet effekt

68 % blandt direktionsmedlemmer og ledere er enige eller helt enige i, at læring i organisationen er en effekt af akkreditering. Derudover er 58 % af personalet enige eller helt enige i, at selve akkrediteringsbesøget ved JCI har medført ændringer på afdelingen eller hospitalet.

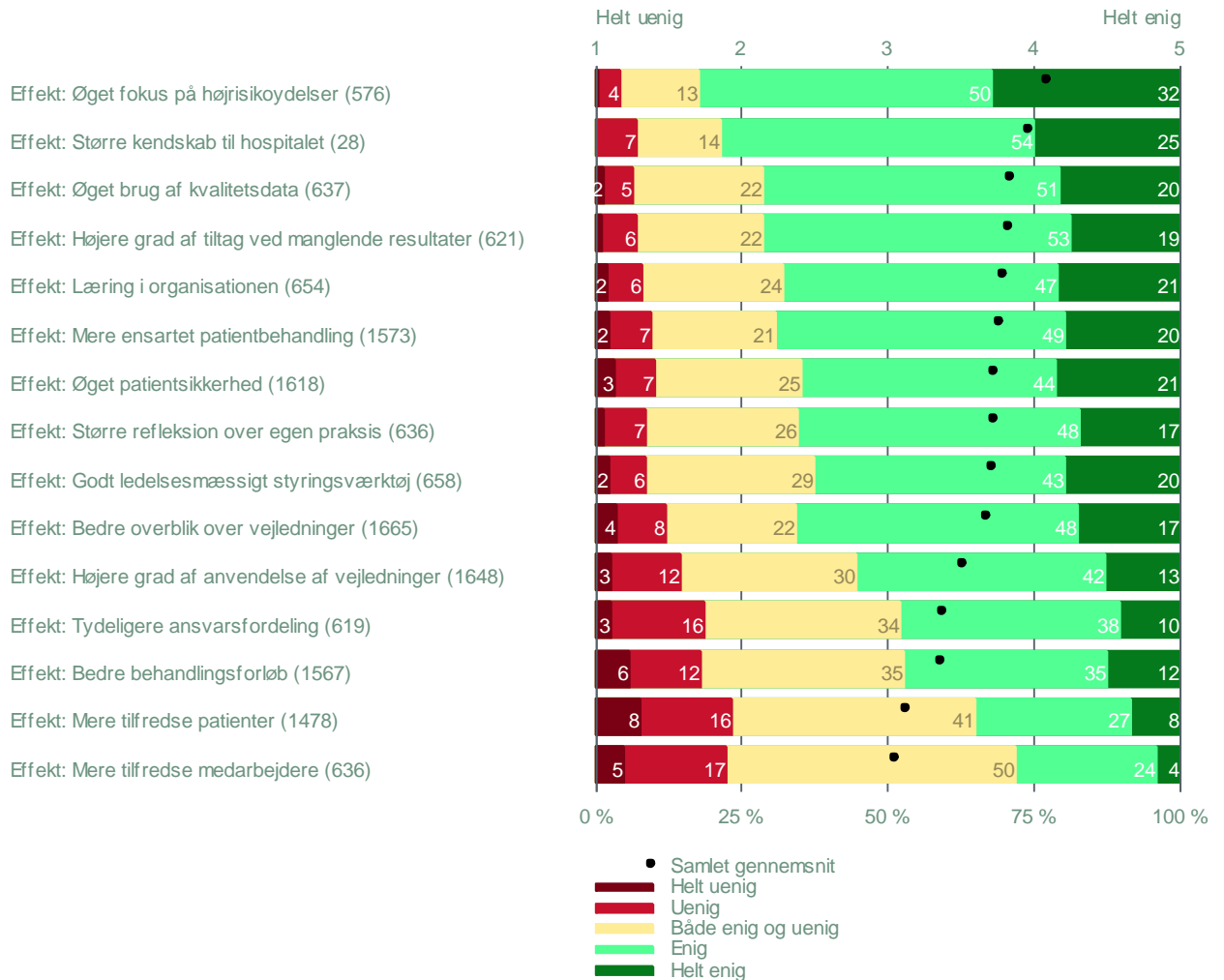
### 5.5.1 Størst og mindst effekt

I spørgeskemaerne er personalet også blevet spurgt til en række oplevede effekter af akkreditering generelt set (ikke kun af JCI akkreditering).

Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar bliver spurgt til flere effekter end medarbejdere og ledere uden personaleansvar. De områder, hvor de største andele af personalet oplever effekter af akkreditering, er på øget fokus på højrisikoydelser, øget brug af kvalitetsdata og højere grad af tiltag ved manglende resultater (hvis man ser bort fra spørgsmålet om større kendskab til hospitalet, som kun er stillet til direktionsmedlemmerne). De områder, hvor færrest

blandt personalet oplever effekt af akkreditering, er på mere tilfredse medarbejdere og patienter, bedre behandlingsforløb for patienterne og bedre behandlingsforløb (se figur 5.6).

**Figur 5.6 Personalets oplevede effekter af akkreditering**



Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar har svaret på flere spørgsmål om oplevet effekt end ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Spørgsmålet om "større kendskab til hospitalet" er kun stillet til direktionerne. Se i øvrigt figur 5.1-5.4.

Nedenstående tabel 1 viser de områder, hvor der er de største og mindste andele, der oplever effekt af akkreditering. Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar er blevet spurgt til flere effekter end dem, der ses i tabel 5.1, og disse effekter placerer sig mellem de tre med største og mindste andele af oplevet effekt (se figur 5.1 og 5.2).

**Tabel 5.1 Tre områder med størst og mindst oplevet effekt**

Størst oplevet effekt	Mindst oplevet effekt
Direktionsmedlemmer	
Øget patientsikkerhed (90 %)	Mere tilfredse patienter (29 %)
Øget brug af kvalitetsdata (82 %)	Mere tilfredse medarbejdere (33 %)
Godt ledelsesmæssigt styringsværktøj (78 %)	Bedre behandlingsforløb (64 %)
Ledere med personaleansvar	
Øget fokus på højrisikoydelser (82 %)	Mere tilfreds medarbejdere (28 %)
Øget patientsikkerhed (80 %)	Mere tilfredse patienter (32 %)
Bedre overblik over vejledninger (72 %)	Tydligere ansvarsfordeling (48 %)
Ledere uden personaleansvar	
Mere ensartet patientbehandling (65 %)	Mere tilfredse patienter (25 %)
Bedre overblik over vejledninger (64 %)	Bedre behandlingsforløb (30 %)
Øget patientsikkerhed (50 %)	Højere grad af anvendelse af vejledninger (49 %)
Medarbejdere	
Mere ensartet patientbehandling (70 %)	Mere tilfredse patienter (36 %)
Bedre overblik over vejledninger (66 %)	Bedre behandlingsforløb (46 %)
Øget patientsikkerhed (64 %)	Højere grad af anvendelse af vejledninger (54 %)

Effekter i tabellen er sorteret sådan, at de effekter med den største andel af personer der er "helt enige" eller "enige", står øverst i første kolonne, og de effekter med den mindste andel af personer, der er "helt enige" eller "enige", står øverst den anden kolonne. Andelen står i parentes.

I interviewene beskriver interviewpersonerne ligeledes mange effekter som følge af akkrediteringen. Disse effekter beskrives i de efterfølgende afsnit.

### 5.5.2 Organisationsudvikling

I interviewene påpeger ledere og medarbejdere, at JCI-akkrediteringen bidrager med en udvikling af kulturen. De oplever at kvalitetsudvikling og akkreditering er gået fra at være en udviklingsopgave til en driftsopgave, som der ikke stilles de store spørgsmålstejn ved. Ledere og medarbejdere siger, at de har vænnet sig til de mange krav, og det er efterhånden en naturlig del af hverdagen at blive kontrolleret.

### 5.5.3 Udbytterigt ledelsesredskab

Stort set samtlige afdelings- og afsnitsledere peger i interviewene på, at akkreditering er et særdeles velegnet ledelsesredskab til at understøtte arbejdet med processer og kultur. Lederne får styr på egen organisation på en helt anden måde, end de tidligere har haft, da de får et bedre overblik over afdelingen og bedre styr på, hvor problemområderne er. Kravene i akkrediteringsstandarderne giver også lederne sikkerhed for, at der bliver taget hånd om tingene.

”

*Jeg synes, at det er et glimrende ledelsesværktøj, særligt fordi vi lever i et sundhedsvæsen i dag, der er meget stramt og meget økonomisk styret. Jeg ser en tendens til, at man godt kan blive meget driftsorienteret. Men her er der overordnet bevågenhed på, at kvaliteten også skal kontrolleres. Det giver mig en rygstøtte til at gå videre i min organisation og kræve, at kvaliteten hele tiden bliver analyseret, og det, synes jeg, er et godt redskab i dagligdagen.* AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGS-AKKREDITERET HOSPITAL

Lederne oplever, at akkrediteringen er anvendelig som overordnet styringsredskab for den retning, hospitalet skal bevæge sig i hvad angår udvikling af kvaliteten. Der bliver tilrettelagt en organisering omkring kvalitetsarbejdet, som bidrager til at fastholde fokus på kvaliteten af de ydelser, som hospitalet leverer. Flere ledere påpeger, at akkrediteringen bidrager til en mere sammenhængende organisation på tværs af det kliniske og ikke-kliniske felt. Derudover mener lederne, at de kan bruge akkrediteringen som løftestang i forhold til fusioner og iværksættelse af nye tiltag. Det har lettet ledelsesopgaven, idet akkrediteringen i sig selv er retningsanvisende for, hvor organisationen skal bevæge sig hen. Det kan opfattes som en lettelse for lederne, at nogle ting ikke længere er til diskussion, idet det er besluttet, at sådan er det.

”

*Der er nogle ting, der er blevet lettere. Der er en procedure for tingene. Det skal ikke se ud på syv forskellige måder. Nu ser det bare sådan her ud. På den måde bliver tingene nemmere, når der er så mange mennesker, der er sammen, og der hele tiden sker udskiftning.* (AFDELINGSLEDER, IKKE KLINISK AFDELING, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

#### 5.5.4 Standardiseret behandling

Ledere og medarbejdere oplever, at JCI-akkrediteringen særligt bidrager til at skabe større ensartethed på de tværgående områder som fx ernæring og smertebehandling. Det centrale spørgsmål for personalet er i den forbindelse, om der er andet end JCI-akkreditering, der kan være lige så effektivt.

En af de effekter, som mange også peger på som positiv, er oprydning i vejledninger samt ensretning og opstramning på procedurer.

”

*Det har givet en ensretning ned igennem systemet. Jeg mener, at der før akkrediteringen var 15 forskellige måder at behandle hjertestop på i H:S.* AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

Derudover mener lederne, at akkrediteringen har bidraget til, at det er en naturlig ting for medarbejderne at anvende vejledninger som omdrejningspunkt for arbejdet og til at søge viden om, hvordan procedurer skal udføres.

I interviewene pointeres det, at bagsiden af den høje grad af standardiseret behandling er, at der bliver mindre plads til det individuelle skøn, hvilket kan resultere i, at der er noget, der overses.

”

*Vi er jo nogen, der føler os beklippet på vores faglighed, hvis det hele skal gå op i tabeller. Men det er jo for at sikre det svageste led i kæden. (MEDARBEJDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

### 5.5.5 Stor effekt på patientsikkerhed

Patientsikkerhedsområdet bliver i interviewene fremhævet som et af de områder, hvor JCI-akkrediteringen har haft størst effekt. Interviewpersonerne beskriver, at der arbejdes meget mere med patientsikkerhed som selvstændig disciplin end tidligere, og at akkreditering har givet en helt anden forståelse for patientsikkerhed, end man havde tidligere.

### 5.5.6 Opmærksomhed på datadrevet kvalitet

De interviewede ledere oplever, at der er kommet stor fokus på brug af kvalitetsdata i organisationen, og lederne er blevet bedre til at anvende data som grundlag for at skabe kvalitetsforbedringer.

”

*De ganske få steder, hvor vi var gode til datadrevet kvalitet, der boostede de det virkelig, og det synes jeg, var helt fantastisk. Det betyder, at man ikke behøver at gå ud og opdrive kvalitetsdata – det kommer på en eller anden måde lidt mere automatisk i et flow igennem organisationen. Det, er jeg helt sikker på, kommer til at betyde noget for den måde, vi arbejder på. (IKKE-KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

En anden vinkel lederne fremhæver, er at det er vigtigt at stoppe op og overveje, om regionen måler på det rigtige. Nogle af lederne i fokusgruppeinterviewene har en bekymring for, om der monitoreres på for mange parametre, og om hospitalsvæsenet er gode nok til at se kritisk på, om der måles på de rigtige parametre.

Flere afdelingsledere beskriver endvidere en bekymring for, om der med de mængder af data, regionen har og den fokus, de får, er ved at bevæge sig for langt væk fra kerneydelsen omkring patienten. Oplevelsen er, at ledere og medarbejdere muligvis bruger så meget tid på at studere tal, at de glemmer at tale med patienten.

”

*Der er en lille ting, der er begyndt at nage mig en lille smule. Jeg synes, at vi er blevet meget bedre til at bruge de data, vi har og til at vurdere dem, men jeg tænker, at der er så mange mål, så mange ting at dokumentere omkring patienten. Vi måler, vi kigger på kvalifikationer, vi tjekker blodprøver, røntgenbilleder, hvad som helst. Men selve kerneopgaven, lige at få fat i patienten og de pårørende og noget af alt det, der ikke lige passer ind i dokumentationen. Gør vi det godt nok, eller glemmer vi noget? (AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).*

### 5.5.7 Manglende effekt på patientoplevelt kvalitet

Interviewpersonerne påpeger, at akkrediteringen har haft for lille effekt på den patientoplevede kvalitet, bl.a. fordi JCI ikke i særlig høj grad taler direkte med patienterne om deres oplevelser. Der er meget mere fokus på vejledninger og procedurer end på patienterne. Det er oplevelsen, at

der ikke er tilstrækkeligt fokus på den patientoplevede kvalitet i standarderne, og eftersom det er patienterne, personalet er der for, er det ledere og medarbejders holdning, at denne dimension bør være mere fremtrædende.

”

*Vi får vildt meget fokus på, om vi lever op til vores egne vejledninger, men hele den patientoplevede del er nærmest ude af standarderne. Og jeg synes, at det er super farligt, hvis vi ikke husker, hvad det er, vi er her for. Vi ved jo, at det lyset skinner på, det er der, vi bruger tiden. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).*

### 5.5.8 Manglende implementering mellem akkrediteringsbesøg

Hvad angår de manglende effekter er flere inde på, at det er vanskeligt at holde fokus på effekterne af akkrediteringen imellem akkrediteringerne, hvilket betyder, at effekten i dagligdagen opleves for lille.

”

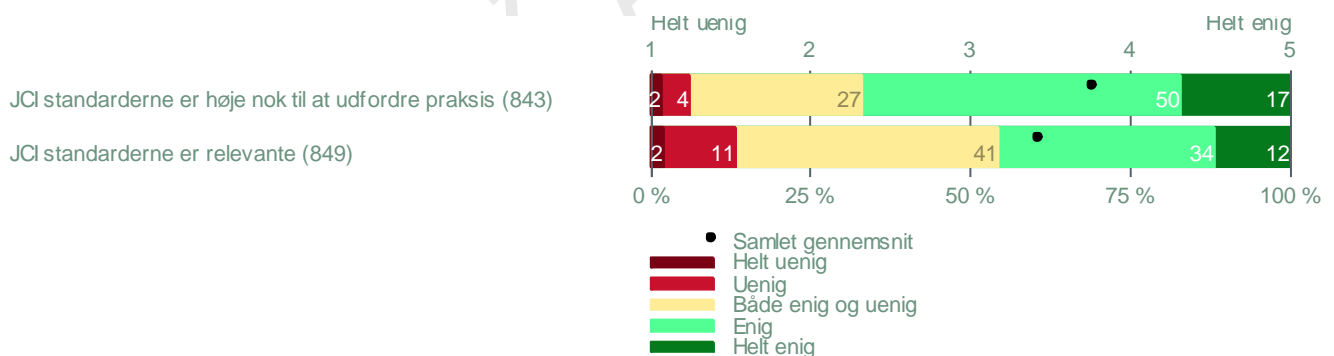
*Det har altid den effekt, at vi har fokus på nogle områder. Men jeg synes, at det bliver for kortvarigt. På en eller anden led forsvinder det for hurtigt igen. Der er meget fokus på sikker kommunikation, patientsikkerhed og identifikation, men jeg har ikke en oplevelse af, at det bundfælder sig ordentligt. (AFSNITSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).*

## 5.6 JCI som koncept

### 5.6.1 JCI's standarder

Personalet er mere enige i, at kravene i JCI-standarderne er høje nok til at udfordre deres praksis, end de er enige i, at standarderne er relevante. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 63 % er enige eller helt enige i, at kravene i standarderne er høje nok, mens 46 % er enige eller helt enige i, at standarderne er relevante. Derudover er der en gruppe på 41 %, der er både enige og uenige i, at standarderne er relevante.

Figur 5.7 Personalets oplevelse af JCI som koncept



Dette standpunkt træder også tydeligt frem både i spørgeskemaets kommentarfelter og i interviewene, hvor flere giver udtryk for, at de fleste krav er relevante, men at der samtidig er en del, der ikke giver mening for deres afdeling.

”

*Joint Commission har lavet nogle standarder, men regionen går ind og strammer op og generaliserer og siger, at det skal vi så alle sammen gøre, hvor at man tænker: Det er der simpelthen ingen idé i. Der skal man også blive bedre til at lytte lidt til de sundhedsfaglige råd inden for specialerne, så de kan forklare, hvorfor det ikke giver mening, hvis det ikke giver mening. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL MED GENBESØG).*

Interviewpersonerne kom med en del konkrete eksempler på procedurer, der ikke giver mening for dem. Nedenfor er nogle eksempler:

- Faldscreening af 18-årig kvinde med vaginalblødning/faldscreening af patienter der kommer gående til dagkirurgi
- Ernæringscreening af ikke ernæringstruede patienter (fx gravide og ambulante psykiatriske patienter)
- Smertevurdering af upåvirket ung kvinde der blot møder op til ultralydsskanning
- Tvungen brug af ordinationsark på kirurgiske afdelinger
- Dokumentation af speciallægers kompetencer i personalesager

Personalet oplever generelt en stor frustration omkring det at skulle bruge tid på at registrere ting, som de mener, ikke er relevante for deres praksis. Nogle af interviewpersonerne oplever, at afdelingerne skal opfylde nogle standarder udelukkende for at ”please” JCI. De oplever det som dokumentation for dokumentationens skyld. Lederne fortæller, at når arbejds gange opleves meningsløse, trækker det medarbejdernes motivation ned.

Andre oplever dog, at standarder, som ledere og medarbejdere i starten syntes var meningsløse, senere viser sig at give god mening, idet USA er ”forud” for Europa på nogle områder. Det vil sige, at der sker hændelser i USA, som man endnu ikke kender til i Europa.

”

*På et tidspunkt bragte man en problematik i spil omkring terrorrisiko. Om vi var forberedt på det, om vi havde lavet en risikovurdering af områder, der var i særlig risiko. Da den poppede op første gang, var den spontane holdning: Vi er jo i Danmark? Et andet eksempel var, at JCI undrede sig over, at der var fri adgang til børneafdelingen. Det gav simpelt hen ikke nogen mening for os at ændre på det på det tidspunkt. Men efter kun tre måneder, så var der et eksempel i Danmark, hvor nogle forældre havde bortført deres barn fra en børneafdeling. Så nogle af de ting, der kan synes underlige, fordi vi har dem på lang afstand, viser sig faktisk at give rigtig meget mening. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

### 5.6.2 For meget proces og for lidt resultat

En af de ting, som mange påpeger i kommentarfelterne og under interviewene er, at JCI-standarderne har for meget fokus på proces og ikke på resultat, eller for meget fokus på dokumentation frem for kvalitet i selve behandlingen.

”

*JCI har en meget procesorienteret og ikke særligt resultatorienteret tilgang. De spørger ikke om vores patienter overlever – ikke ret meget i hvert fald. Fokus er mere på processen end på resultatet. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).*

Direktionsmedlemmer, kvalitetschefer og afdelingsledere efterlyser i interviewene, at indikatorerne i JCI-standarderne kommer mere ind til kernen af det, faglig kvalitet handler om – altså behandlingen.

”

*Vi er endnu ikke nået ind til det, det egentlig handler om – altså kvaliteten af lægens arbejde. Er det en god læge? Er det en dårlig læge? Er det en god behandling? Er det en dårlig behandling? Det har vi ingen data på. I bedste fald kan du få den ledende overlæge til at synes noget om de forskellige speciallæger – og måske tælle op, hvor mange hofteoperationer der er lavet osv. Men er det en god kirurg? Det er vi meget langt fra på nær ”synsninger” og ”følinger.” Det understøtter akkrediteringen ikke. (DIREKTIONSMEDELEM, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).*



I forlængelse heraf fremhæver flere i interviewene, at man fra Region Hovedstadens side fremover bør stille flere krav til en akkrediteringsorganisation, blandt andet at der skal være mere fokus på den faglige kvalitet.

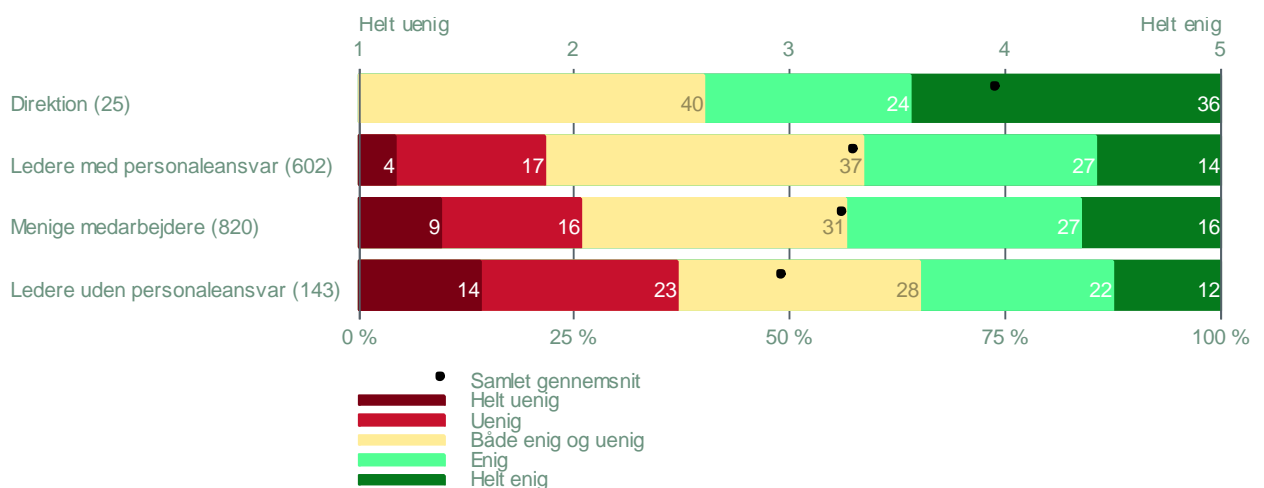


*I den 5. udgave af JCI-standarderne skal der være en anbefaling fra erfarne Danmark om, at der skal være mere, der direkte går på det sundhedsfaglige indhold. (KVALITETSCHEF, FJERDEGANGS- AKKREDITERET HOSPITAL).*

## 5.7 International akkreditering

43 % er enige eller helt enige i, at det er en fordel, at JCI surveyorteamet har international erfaring. Direktionsmedlemmerne ser det i højere grad som en fordel end ledere og medarbejdere (se figur 5.8).

**Figur 5.8 Fordel at surveyorteamet har international erfaring**



I kommentarfelterne er der en del, der skriver om det internationale aspekt ved JCI. De skriver, at JCI er baseret på det amerikanske hospitalsvæsen, som på flere punkter er forskelligt fra det danske. De mener ikke, at standarderne passer til det danske hospitalsvæsen, da de er indrettet efter en forsikrings- og erstatningskultur, som betyder meget dokumentation. JCI er også indrettet efter et andet system for uddannelse og godkendelse af sundhedsfagligt personale.

I interviewene er der, såvel positive som negative holdninger i spil, i vurderingen af, om en akkreditering skal foregå ved en international akkrediteringsvirksomhed.

Interviewpersonerne oplever det overordnet som positivt, at regionens hospitaler er akkrediteret efter internationale standarder, idet det giver mulighed for sammenligning med andre hospitaler internationalt. Flere af interviewpersonerne vurderer dog, at mentaliteten såvel fagligt som socialt hos en amerikansk akkrediteringsorganisation er for forskellig fra den danske, hvilket gør, at hospitalerne ikke kan profitere tilstrækkeligt af akkrediteringen.

”

*Det negative er, at det er en amerikansk model, vi arbejder efter. Der er masser af faglige og sociale ting, hvor vi løber panden imod muren, og det, synes jeg, er det største problem. Jeg ved godt, at der er det dilemma, at hvis vi snakker om Den Danske Kvalitetsmodel, så er det problematisk at sammenligne os ude i den store verden. Men man bliver nødt til at tage en drøftelse med amerikanerne, hvis det er det, man vil fremover. For der er mange tåbeligheder, og vi er for langt fremme på nogle faglige områder i forhold til dem. Og det giver frustrationer og meningsløshed, når de kommer og kritiserer os på nogle ligegyldigheder. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

Nogle af de krav, der stilles fra JCI, oplever noget af personalet ikke som relevante i det danske sygehusvæsen, og derfor opleves dele af akkrediteringen ikke at give den store mening. Lederne pointerer at netop det meningskabende er en meget væsentlig del af det at motivere personalet til en akkrediteringsproces, og interviewene indikerer, at det er her et af de største dilemmaer omkring JCI-akkrediteringen ligger.

”

*Jeg er meget af den holdning, at det hele tiden skal give mening. Og jeg kan altså pege på mange ting i det her, som ikke giver mening. På personalesiden er det i hvert fald nogle af de ting, man bruger uforholdsmæssigt meget tid på, og som taler negativt ind i akkrediteringen. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

Blandt de positive holdninger til en international akkrediteringsorganisation bliver det fremhævet, at det er lærerigt, at der kommer nogle ind i organisationen med nye briller på og stiller anderledes spørgsmål. At der kommer nye vinkler og syn på tingene bidrager til, at der bliver rykket ved kulturen i sygehusvæsenet, herunder de fasttømrede, danske forestillinger om, hvordan tingene bør se ud. I den forbindelse peger lederne på, at det er nødvendigt at kunne acceptere, at der er noget, de kan bruge, og andet de ikke kan bruge, hvilket for nogle af interviewpersonerne ses som en afgørende del af processen.

”

*Jeg synes, at det er en god ting, for de rykker jo ved noget - de rykker ved vores kultur. Det tror jeg ikke, dem fra Jylland ville gøre [DDKM]. Der er vi for ens. Med JCI kan man umiddelbart godt tænke: Hvad skal det nu til for? Men så reflekterer man jo lidt bagefter, og det er jo ikke det rene vås, de siger. Der er nogle ting, man bare må kaste væk og sige: Det kan vi ikke bruge til noget. Men de rykker jo ved noget - de sætter noget i gang. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

## 5.8 Samlet indtryk

### 5.8.1 Gør det gavn?

51 % af personalet som helhed er enige eller helt enige i, at akkreditering er et velegnet værktøj til kvalitetsudvikling. Når det gælder oplevelsen af, at hospitalet eller afdelingen samlet set har gavn af akkreditering, er det 68 %, der er enige eller helt enige i det. Direktionsmedlemmer og ledere er i højere grad end medarbejderne enige i, at hospitalet har gavn af akkreditering.

I interviewene fortæller lederne generelt, at det er en meget positiv oplevelse at blive akkrediteret både for de første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler. De vurderer, at selvom der er mange udviklingspotentialer inden for JCI-akkrediteringskonceptet, så rummer det også mange gode elementer.



*Selv om der er blevet brugt mange ressourcer på det, så er der kommet et godt resultat ud af at blive akkrediteret, men om det netop er at blive akkrediteret efter JCI, det ved jeg ikke, om det er det, der gør det. Men det at vi har skullet se på det her samtidig og har skullet løfte kvaliteten i flok, det har helt sikkert været besværet værd. (IKKE-KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)*

## 5.9 Forskelle mellem grupper

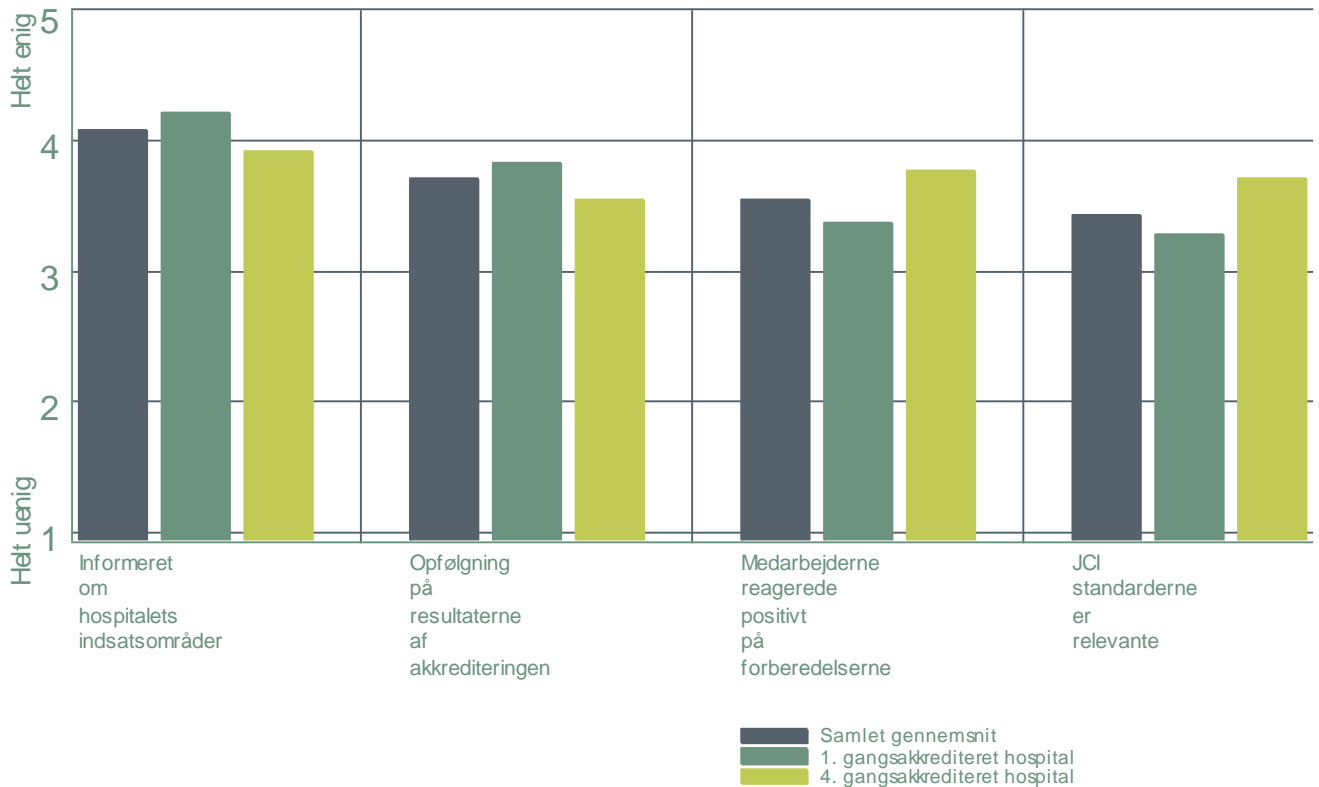
Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er analyseret for at afdække, om der er forskelle mellem forskellige gruppers svarfordelinger afhængig af bestemte baggrundsvariable, som fx om respondenterne er fra et første- eller fjerdegangsakkrediteret hospital (oversigtsfigurer ses i bilagshæftet).

Det er undersøgt, om der er forskel på de medarbejdere, der arbejder i en udefunktion sammenlignet med de medarbejdere, der ikke gør. Der er dog for få respondenter i udefunktioner, til at se nogle statistisk signifikante forskelle.

### 5.9.1 Første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler

På flere spørgsmål er der en forskel i vurderingen af akkrediteringen for personalet på henholdsvis første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler. Personalet på hospitaler, der er blevet akkrediteret for første gang, er mere positive i forhold til opfølgningen på besøget end personalet på fjerdegangsakkrediterede hospitaler. Personalet på førstegangsakkrediterede hospitaler mener bl.a. også i højere grad, at de er blevet informeret om hospitalets indsatsområder efter akkrediteringen, og at der er blevet fulgt op på resultaterne. (Dette resultat styrkes især af de to hospitaler, der skulle have genbesøg). Til gengæld reagerer medarbejderne på fjerdegangsakkrediterede hospitaler bl.a. mere positivt på forberedelserne til akkreditering, surveyorteamet og JCI-standarderne som koncept sammenlignet med førstegangsakkrediterede hospitaler (se figur 5.9).

Figur 5.9 Forskel på første- og fjerdegangsasskrediterede hospitaler



Figuren viser gennemsnittet for, på en skala fra 1 til 5, hvor enige personalet på hospitalerne er i udsagnet. Jo højere gennemsnit, jo flere er enige.

Interviewene viser, at der er stor forskel på tilgangen til akkreditering alt efter, om det er første eller fjerde gang, hospitalet skal akkrediteres. De førstegangsasskrediterede hospitaler ser akkrediteringen som noget meget stort (ord som en ”mur” og et ”monster” blev benyttet), imens de fjerdegangsasskrediterede hospitaler tager det mere afslappet.

Hovedparten af de ledere og medarbejdere, der deltog i interviewene, oplever, at de har fået meget ud af akkrediteringsprocessen. Udtalelser fra ledere fra førstegangsasskrediterede hospitaler tyder på, at udbyttet af akkrediteringsprocessen er større første gang end fjerde gang.

”

*Jeg synes selve processen som førstegangsasskrediteret, hvor man får samlet op på nogle procedurer, er virkelig positiv. Nu har vi været vant til at arbejde med procedurer inden for billeddiagnostikken i mange år. Men det er godt at få det hele tjekket igennem. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSSAKKREDITERET HOSPITAL).*

”

*Jeg har arbejdet i det private erhvervsliv tidligere, hvor man var ISO certificeret og havde langt bedre styr på procedurer og vejledninger, uagtet at man taler om papkasser, der skal ligge på en hylde. I sygehusvæsenet taler vi i yderste konsekvens om liv og død. Da jeg startede her for tre år siden, var jeg nærmest lidt rystet over, hvor lidt styr, der var på alting. Jeg kan selvfølgelig kun tale for mit eget område. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSSAKKREDITERET HOSPITAL).*

Hvad angår de fjerdegangsakkrediterede hospitaler er oplevelsen, at de har lært meget igennem de år, de har samarbejdet med JCI. Nogle bemærker, at udviklingen muligvis også kunne være sket uden JCI-akkreditering.

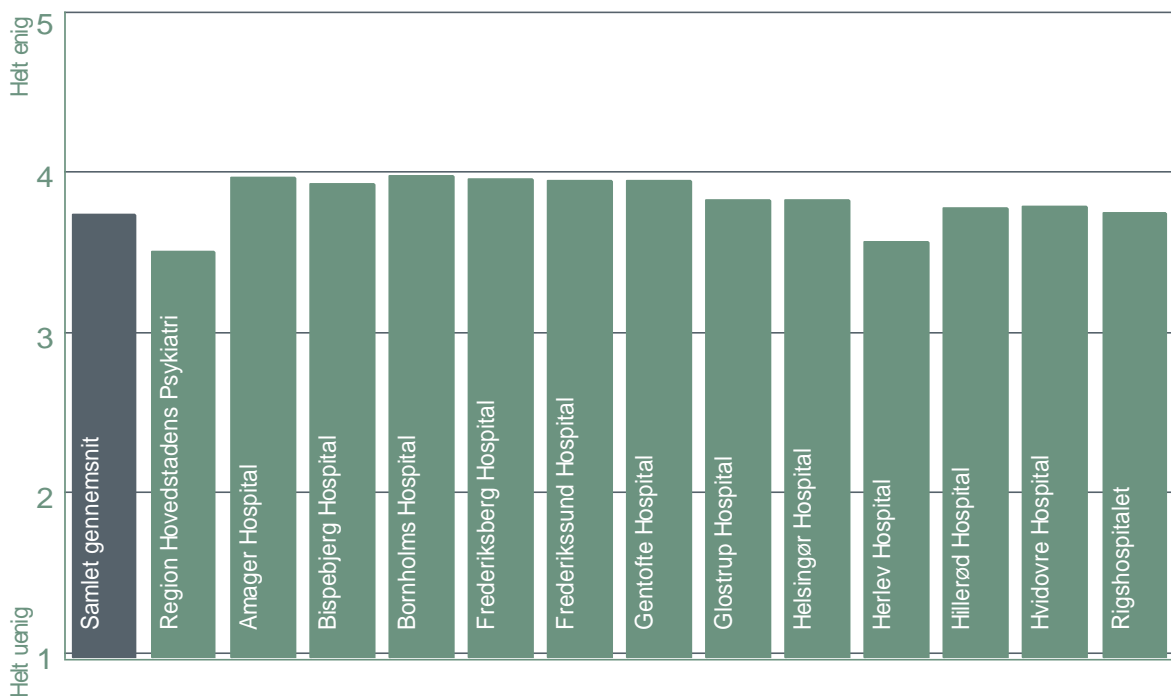
Interviewpersonerne fra de fjerdegangsakkrediterede hospitaler oplever fortsat at have lært noget fjerde gang, men at læringen bliver mindre og mindre. Andre interviewpersoner oplever, at effekten af besøget fjerde gang har været for lille, idet fokusområderne stort set er de samme som ved de tidligere akkrediteringer.

### 5.9.2 Forskelle mellem hospitalerne

På de fleste spørgsmål er der nogle af hospitalerne, der er forskellige fra hinanden i deres oplevelser af akkreditering. Der er en tendens til, at de to førstegangsakkrediterede hospitaler Gentofte og Bornholms Hospital er de hospitaler, der oftest adskiller sig fra andre hospitaler ved at have mere positive oplevelser af akkreditering. Der er også en tendens til, at det er Region Hovedstadens Psykiatri og Herlev Hospital, der på flest spørgsmål adskiller sig fra andre hospitaler ved at have de mest negative oplevelser.

Denne tendens ses blandt andet i forhold til oplevelsen af, om hospitalet eller afdelingen samlet set har gavn af akkreditering (se figur 5.10).

**Figur 5.10 Hospitalernes oplevelse af, om de samlet set har gavn af akkreditering**



Figuren viser gennemsnittet for, på en skala fra 1 til 5, hvor enige personalet på hospitalerne er i udsagnet. Jo højere gennemsnit, jo flere er enige.

### 5.9.3 Kontakt med surveyorteamet

På flere områder er der forskel på personalets oplevelser af akkreditering afhængig af, om de har direkte kontakt med surveyorteamet eller ej under akkrediteringsbesøget. De, der har kontakt, er mere positive end de, der ikke har kontakt, i forhold til blandt andet, at de mener, der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under besøget, opfølgning på resultater, oplevede effekter og JCI som koncept.

Personalet kan have forskellige grader af kontakt med surveyorteamet. Nogle er i direkte kontakt med surveyorteamet under besøget (fx svarer på spørgsmål, fremviser afdelingen, deltager i interview), andre ser dem, men er ikke i direkte kontakt med dem mens andre enten ikke ser dem eller ikke var til stede de dage hospitalet havde besøg. 32 % af respondenterne i undersøgelsen har haft direkte kontakt med surveyorteamet, 34 % så dem, men var ikke i direkte kontakt med dem, og 34 % så dem ikke eller var ikke til stede. Det er kun de respondenter, der har haft direkte kontakt med surveyorteamet, der har besvaret spørgsmålene om surveyorteamet.

Andele af grupper og faggrupper, der har direkte kontakt med surveyorteamet under akkrediteringsbesøget fordeler sig således i forhold til respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen: Ledere med personaleansvar (58 %), ledere uden personaleansvar (23 %) og medarbejdere (11 %). Læger (21 %), plejepersonale (18 %), andet sundhedsfagligt personale (5 %), service/teknisk personale (10 %) og administrativt personale (8 %).

### 5.9.4 Medarbejdere med et ansvar

Det er også undersøgt, om der er forskel på de medarbejdere, der har et særligt ansvar i forbindelse med akkreditering i forhold til de øvrige medarbejdere. Medarbejdere der har haft et særligt ansvar ved akkrediteringen er mere positive i deres vurderinger, end de medarbejdere, der ikke har haft et særligt ansvar. De områder, hvor der er statistisk signifikante forskelle er bl.a. ved forberedelsesfasen, surveyorteamets kompetencer, at akkrediteringsbesøget har medført forbedringer, og at en højere grad af anvendelse af vejledninger er en effekt af akkreditering samt mere ensartet patientbehandling.

### 5.9.5 Ledere mere positive end medarbejdere

Der er en tendens til, at ledere med personaleansvar har mere positive oplevelser af akkreditering end medarbejderne.

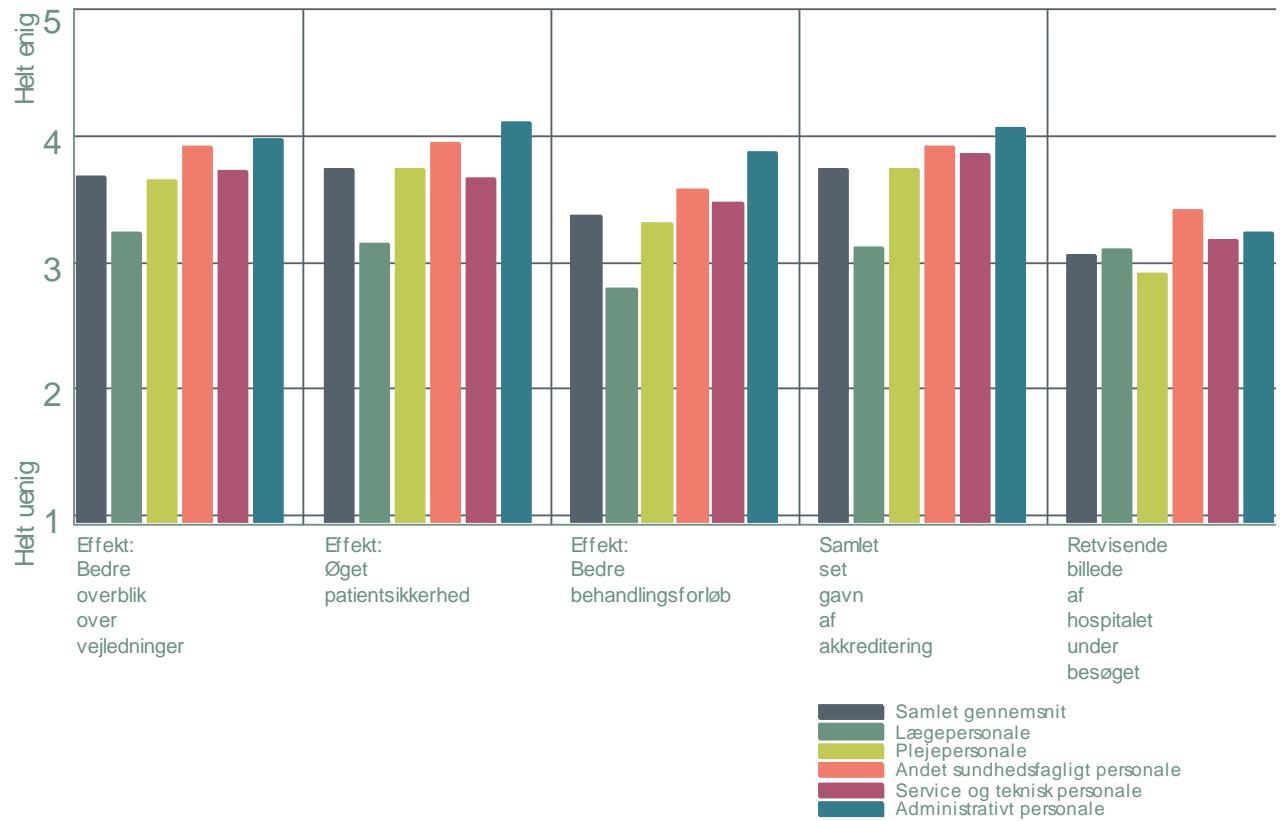
Denne tendens ses også i interviewene. Af interviewene fremgår det, at lederne generelt er noget mere positive over for akkreditering end medarbejderne. Lederne ser som nævnt akkreditering som et meget anvendeligt styringsværktøj, hvorimod flere medarbejdere oplever, at der ikke er kommet tilstrækkeligt ud af akkrediteringen.

### 5.9.6 Forskelle mellem faggrupper

Lægegruppen adskiller sig fra de øvrige faggrupper ved, at de i mindre grad oplever effekter af akkrediteringen som fx bedre behandlingsforløb, bedre overblik over vejledninger, øget patient-sikkerhed, og at hospitalet samlet set har gavn af akkreditering (se figur 5.11).

Der er også en tendens til, at det administrative personale er den gruppe, der på de fleste områder har de mest positive oplevelser af akkreditering. Når spørgsmålet om et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget bliver opdelt på faggrupper, viser det sig, at plejepersonalet i mindre grad end andet sundhedsfagligt og administrativt personale mener, at der bliver givet et retvisende billede (se figur 5.11).

Figur 5.11 Faggruppers oplevelser af retvisende billede af hospitalet og effekter



Figuren viser gennemsnittet for, på en skala fra 1 til 5, hvor enige faggruppen er i udsagnet. Jo højere gennemsnit, jo flere er enige. I figuren er vist faggrupperne for medarbejderne, men for lederne ses samme tendens for lægegruppen for spørgsmål om effekter og samlet indtryk af akkreditering.



## 6 Metoder

Evalueringerne består af kombinerede kvantitative og kvalitative undersøgelser (se tabel 6.1). Enheden for Brugerundersøgelser har gennemført to spørgeskemaundersøgelser blandt et udsnit af ledere og medarbejdere og samtlige direktionsmedlemmer i Region Hovedstadens virksomheder. Desuden er der gennemført to interviewundersøgelser blandt ledere på forskellige niveauer. Ved interviewundersøgelserne forestod koncerndirektører og hospitalsdirektører interviewene.

Da de to evalueringer er gennemført på to forskellige tidspunkter med ca. et års mellemrum skal der tages forbehold for, at respondenternes vurderinger vil være kontekstafhængige. Således kan respondenterne fx have ændret holdning til JCI-akkrediteringen, som de evaluerede i 2011 efter, at de har været igennem akkreditering ved DDKM

**Tabel 6.1 Undersøgellesdesign**

Faser og metoder
<b>Evaluering af JCI 2011</b>
<b>Fase 1: Forundersøgelse</b>
Fire fokusgruppeinterview: to med medarbejdere og to med ledere på forskellige niveauer
<b>Fase 2: Kvantitativ undersøgelse</b>
Elektroniske spørgeskemaer til tre grupper: medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer
<b>Fase 3: Kvalitativ undersøgelse</b>
Seks fokusgruppeinterview med ledere på forskellige niveauer
<b>Evaluering af DDKM 2012</b>
<b>Fase 1: Kvalitativ undersøgelse</b>
To fokusgruppeinterview: et med kliniske medarbejdere og et med ikke-kliniske medarbejdere Seks fokusgruppeinterview: to med direktionsmedlemmer og kvalitetschefer og fire med ledere på forskellige niveauer
<b>Fase 2: Kvantitativ undersøgelse</b>
Elektroniske spørgeskemaer til tre grupper: medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer

Undersøgelsen er foretaget efter JCI-akkrediteringsprocessen i andet halvår af 2011 (del 1) og er gentaget efter DDKM-akkrediteringsprocessen i 2012 (del 2).

### 6.1 Forundersøgelsen

Som det første led i evalueringen har Efb gennemført en forundersøgelse i 2011, som dannede grundlag for udarbejdelse af spørgeskemaer og interviewguider. Forundersøgelsen bestod af fire fokusgruppeinterview med følgende grupper:

- Direktører, vicedirektører, kvalitetschefer og kvalitetsnøglepersoner
- Afdelings- og afsnitsledere
- Medarbejdere fra kliniske afdelinger

- Ikke kliniske medarbejdere

## 6.2 Spørgeskemaundersøgelsen

### 6.2.1 Udvikling og validering af spørgeskemaer

Der er udarbejdet tre spørgeskemaer til henholdsvis direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere. Størstedelen af spørgsmålene er identiske i de tre spørgeskemaer, men i hvert spørgeskema er der også spørgsmål, som er tilrettet hver gruppe og deres tilknytning til akkreditering (se bilag). Temaerne til spørgeskemaet er udarbejdet på baggrund af interview fra forundersøgelsen. Et af temaerne er den oplevede effekt af akkreditering. Det er vigtigt at bemærke, at det er umuligt at isolere den oplevede effekt af de enkelte akkrediteringer. Det er vanskeligt for personalet klart at adskille, hvad der er effekt af henholdsvis DDKM og JCI-akkreditering, dansk lovgivning og øvrige udviklingstiltag på afdelingerne. Desuden er der i vejledninger og retningslinjer til personalet taget højde for både standarderne fra JCI og DDKM. Dermed er det arbejde, der gøres i forhold til akkreditering, rettet mod både JCI og DDKM<sup>3</sup>.

Spørgeskemaerne til brug ved JCI akkrediteringen er validerede blandt otte ledere, ti medarbejdere og to direktionsmedlemmer med henblik på at ramme så bredt et udsnit af de faggrupper, der skulle modtage spørgeskemaerne som muligt. Ved valideringen udfyldte medarbejderen/lederen spørgeskemaet, hvorefter denne blev interviewet om, hvordan han/hun havde forstået spørgsmålene. På baggrund af valideringen blev der foretaget korrektioner i spørgeskemaerne. Kvalitetskonsulenter i Region Sjælland har gennemgået spørgeskemaet ud fra deres erfaringer med akkrediteringsbesøg fra DDKM for at sikre, at samme spørgeskema kunne bruges som evaluering af Region Hovedstadens akkreditering efter DDKM. I foråret 2012 blev spørgeskemaet til brug ved DDKM akkrediteringen genvalideret blandt tre ledere, syv medarbejdere og et direktionsmedlem.

### 6.2.2 Population og stikprøve

Deltagerne i spørgeskemaundersøgelserne er udtrukket fra en population af alle ansatte i Region Hovedstaden, der lever op til følgende kriterier:

- Ansat på et af regionens hospitaler eller i Region Hovedstadens Psykiatri pr. 31. juli 2012 (DDKM evalueringen) og pr. 30. september 2011 (JCI evalueringen).
- Månedslønnet
- Ansat siden 1. november 2011 (DDKM evalueringen) og 1. december 2010 (JCI evalueringen)
- Ikke har været på orlov pr. 1. november 2011 (DDKM evalueringen) og pr. 1. december 2010 (JCI evalueringen)

De ledere og medarbejdere, der deltager i spørgeskemaundersøgelserne, er tilfældigt udtrukket, mens samtlige direktionsmedlemmer deltager i spørgeskemaundersøgelsen.

Stikprøven er udtrukket stratificeret efter hospitaler og type ansættelse (leder/medarbejder). Hvis der var færre end 150 personer i et givent stratum (kombination af hospital og type ansættelse), blev alle personer i det pågældende stratum udvalgt. Hvis der var flere end 150 personer i det

<sup>3</sup> Nogle parakliniske afdelinger bliver også certificeret/akkrediteret ved andre firmaer.

pågældende stratum, blev 150 personer tilfældigt udvalgt. Stikprøven for DDKM evalueringen består af 2.730 personer, mens den for JCI evalueringen består af 3.209 personer. Summen af vægtene i hvert stratum i stikprøven svarer til antallet af personer i det tilsvarende stratum i populationen.

### 6.2.3 Dataindsamling

Ved JCI evalueringen modtog deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen en e-mail eller et brev med et link til et elektronisk spørgeskema. Efter en uge blev en påmindelse udsendt, og efter yderligere en uge blev en påmindelse udsendt pr brev til de deltagere fra medarbejdergruppen, der endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. De mailadresser, der blev anvendt til udsendelsen, var mailadresser, der blev valideret i forbindelse med TrivselOp undersøgelsen i Region Hovedstaden i januar 2011. De ansatte, der ved TrivselOp havde ønsket at modtage spørgeskema pr. brev, og de, der havde skiftet arbejdsplads til et andet hospital i regionen, modtog et brev. Resten modtog en e-mail.

Ved DDKM evalueringen blev mailadresserne valideret af IMT, fordi det var for længe siden, at mailadresser fra TrivselOp var blevet valideret. Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen modtog en e-mail eller et brev med et link til et elektronisk spørgeskema, hvis der ikke stod en e-mailadresse registreret på dem. Efter en uge blev en påmindelse udsendt. Medarbejderne modtog deres påmindelse pr. brev mens ledere og direktionsmedlemmer modtog deres pr. e-mail. Få dage inden svarfristen blev en ekstra påmindelse sendt pr e-mail til direktionsmedlemmer og ledere.

### 6.2.4 Analyser

#### Statistiske analyser

De statistiske analyser er deskriptiv statistik i form af vægtede frekvenser, gennemsnit og krydstabuleringer. Sammenligninger mellem grupper, herunder sammenligning mellem resultater fra 2011 og 2012, er foretaget ved hjælp af t-test med et signifikansniveau på 5 %.

#### Analyse af kommentarfelter

Kommentarfelterne er gennemlæst og tematiseret i de overordnede temaer spørgeskemaundersøgelsen bygger på. Derefter er de temaer, som flest personer har skrevet om i kommentarfelter, gennemlæst for en undertematisering for at klarlægge de mest fremtrædende temaer og problematikker under disse temaer.

## 6.3 Interviewundersøgelsen

Til den kvalitative del af DDKM evalueringen er der gennemført seks fokusgruppeinterview med i alt 62 ledere. Til JCI evalueringen er der ligeledes gennemført seks fokusgruppeinterview med i alt 54 ledere. Interviewene var opdelt i følgende grupper af ledere:

Tabel 6.2 Grupper der har deltaget i fokusgruppeinterview

Efter DDKM akkreditering	
Fra andengangsakkrediterede hospitaler:	Fra femtegangsakkrediterede hospitaler:
Afdelingsledere fra kliniske afdelinger	Afdelingsledere fra kliniske afdelinger
Ledere fra ikke-kliniske afdelinger	Ledere fra ikke-kliniske afdelinger
Direktionsmedlemmer og kvalitetschefer	Direktionsmedlemmer og kvalitetschefer
Medarbejdere fra kliniske og ikke-afdelinger	
Efter JCI akkrediteringen	
Fra førstegangsakkrediterede hospitaler	Fra fjerdegangsakkrediterede hospitaler:
Afdelingsledere fra kliniske afdelinger	Afdelingsledere fra kliniske afdelinger
Ledere fra ikke-kliniske afdelinger	Ledere fra ikke-kliniske afdelinger
Afdelings- og afsnitsledere fra hospitaler der skal have genbesøg	Afsnitsledere fra kliniske afdelinger
Medarbejdere fra kliniske og ikke-afdelinger	

For at inddrage såvel fortalere for som opponenter imod akkreditering i undersøgelsen, rekrutterede hospitalernes kvalitetschefer til evalueringen af akkreditering ved JCI deltagere til fokusgruppeinterviewene ud fra nogle tilfældigt udvalgte kriterier. I forbindelse med evaluering af akkreditering ved DDKM fik kvalitetscheferne nogle mindre specifikke udvælgelseskriterier, som de valgte informanterne på baggrund af, efter ønske fra styregruppen. Enheden for Brugerundersøgelser faciliterede interviewprocessen, og en koncerndirektør og en hospitalsdirektør fungerede som interviewteam. Da der er et magtforhold ved, at koncerndirektøren forestår interviewene, startede koncerndirektøren med at italesætte dette som noget af det første under interviewet og opfordrede deltagerne til at være ærlige i deres tilbagemeldinger. I de interview hvor interviewdeltagerne var hospitalsdirektører forestod to koncerndirektører interviewet.

Der er anvendt en semistruktureret tilgang ved fokusgruppeinterviewene.

### 6.3.1 Analyse

Interviewene er optaget på bånd, og hovedparten af interviewene er transskriberet. Efterfølgende er der foretaget en meningskondenserende analyse af interviewene med henblik på at identificere gennemgående temaer og tendenser. Dette er foregået ved, at interviewene først er blevet læst grundigt igennem for at skabe overblik over materialet. I forbindelse med anden gennemlæsning er materialet inddelt i temaer og undertemaer. Hele materialet er således kategoriseret i disse temaer, hvorefter det stod klart, hvilke centrale pointer der var inden for hvert område. De citater, der indgår i rapporten, er primært taget med, fordi de kan uddybe den kvantitative analyse, eller hvis citaterne kan supplere med relevante pointer.

Samtlige interview med afdelingsledere blev sammenskrevet i kortere resumeer og sendt til interviewdeltagerne som havde mulighed for at korrigere eventuelle misforståelser.

# 7 Datamateriale

## 7.1 Spørgeskemaundersøgelsen

### 7.1.1 Svarprocenter

Tabel 7.1 Svarprocent for hele undersøgelsen og opdelt på grupper

DDKM-undersøgelsen 2012		
Samlet 44 %		
Direktionsmedlemmer	Ledere	Medarbejdere
69 %	53 %	36 %
JCI-undersøgelsen 2011		
Samlet 56 %		
Direktionsmedlemmer	Ledere	Medarbejdere
68 %	62 %	51 %

Svarprocenten var højere i 2011 end den var i 2012. En af årsagerne til dette kan være, at udsendelsestidspunktet i 2012 var i august, og derfor ramte sommerferieperioden, hvor den i 2011 lå senere på efteråret. Derudover er svarprocenten højere hos direktioner og ledere, end den er hos medarbejderne. Det kan skyldes flere ting, fx at der er en stor del af medarbejdergruppen, der ikke til dagligt arbejder ved en computer, eller at arbejdet med akkrediteringen fylder mere hos ledere og direktioner, og at de derfor i højere grad er tilbøjelige til at besvare et spørgeskema om akkreditering.

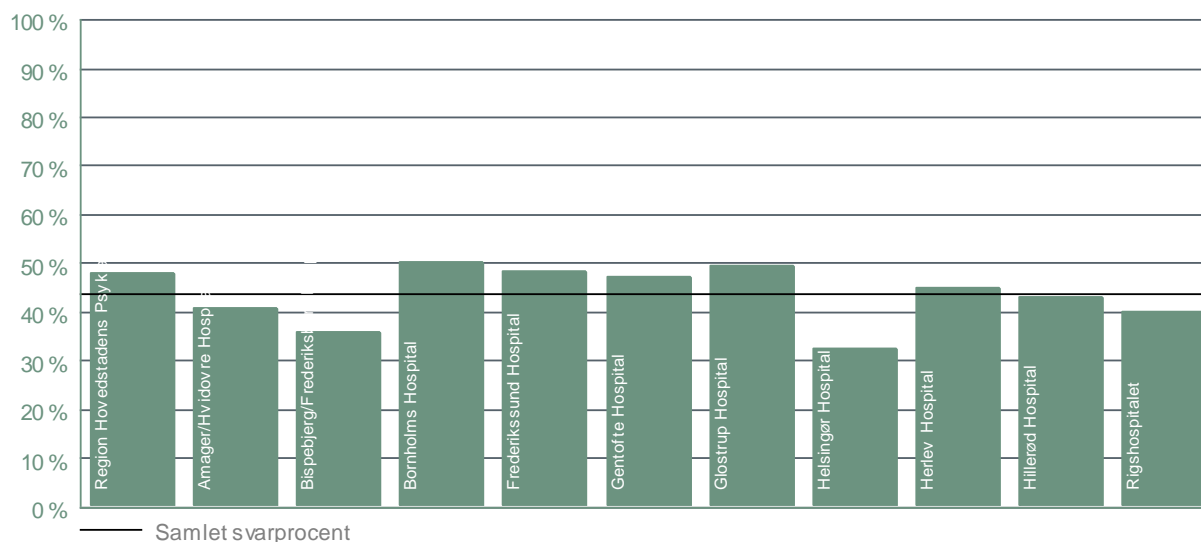
### 7.1.2 Bortfald DDKM undersøgelsen 2012

Der er statistisk signifikante forskelle på de, der har besvaret spørgeskemaet, og de der ikke har besvaret spørgeskemaet følgende områder:

Bortfald DDKM undersøgelsen	
<b>Faggrupper</b>	<p>Administrativt personale har en statistisk signifikant højere svarprocent end læge-, pleje- og service/teknisk personale. Andet sundhedsfagligt personale har en statistisk signifikant højere svarprocent service/teknisk personale.</p> <p><u>Svarprocenter:</u>            50 % administrativt personale            48 % andet sundhedsfagligt personale            43 % plejepersonale            41 % lægepersonale            38 % service/teknisk personale</p>
<b>Anden- og femtegangsakkreditering</b>	<p>Andengangsakkrediterede hospitaler har en højere svarprocent end femtegangsakkrediterede.</p> <p><u>Svarprocenter:</u>            46 % andengangsakkrediterede hospitaler</p>

	39 % femtegangsakkrediterede hospitaler
<b>Hospitaler</b>	Bornholms og Glostrup Hospital har de højeste svarprocenter, mens Frederiksberg/Amager og Helsingør Hospitaler har de laveste svarprocenter (se figur 7.1).

**Figur 7.1 Svarprocenter pr. hospital/virksomhed ved DDKM**

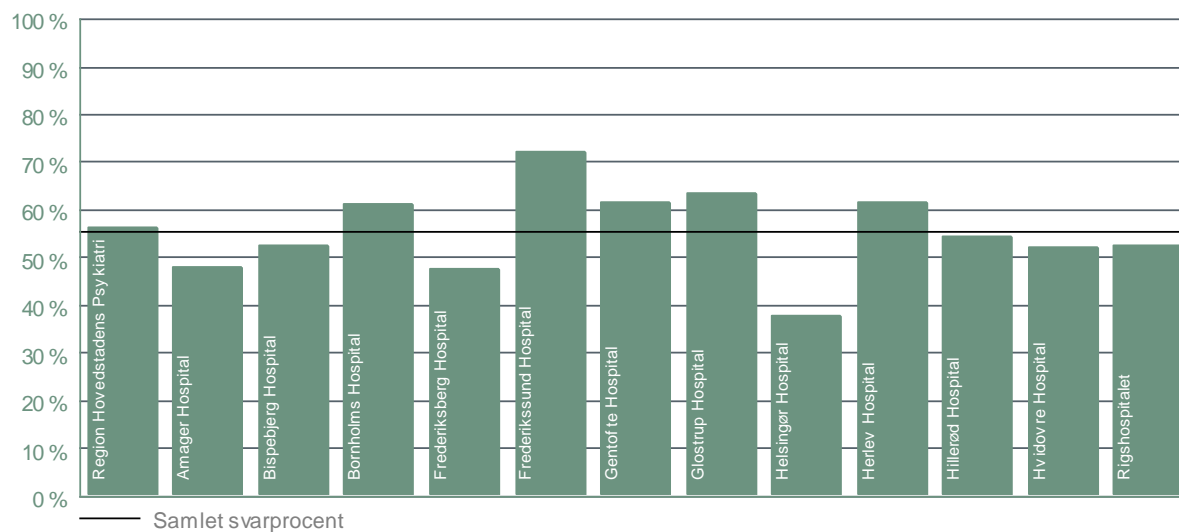


### 7.1.3 Bortfald JCI undersøgelsen 2011

Der er statistisk signifikante forskelle på de, der har besvaret spørgeskemaet, og de der ikke har besvaret spørgeskemaet følgende områder:

Bortfald JCI undersøgelsen	
<b>Faggrupper</b>	<p>Andet sundhedsfagligt personale og administrativt personale har en højere svarprocent end læge-, pleje- og service/teknisk personale.</p> <p><u>Svarprocenter:</u>            64 % andet sundhedsfagligt personale            62 % administrativt personale            54 % plejepersonale            52 % service/teknisk personale            51 % lægepersonale</p>
<b>Første- og fjerdegangsakkreditering</b>	<p>Førstegangsakkrediterede hospitaler har en højere svarprocent end fjerdegangsakkrediterede.</p> <p><u>Svarprocenter:</u>            59 % førstegangsakkrediterede hospitaler            51 % fjerdegangsakkrediterede hospitaler</p>
<b>Hospitaler</b>	<p>Frederikssund og Glostrup Hospital har de højeste svarprocenter, mens Amager og Frederiksberg Hospitaler har de laveste svarprocenter (se figur 7.2).</p>

Figur 7.2 Svarprocenter pr. hospital/virksomhed ved JCI



UDKAST

## 8 Bilag

### 8.1 Bilag 1: Styregruppen

Styregruppen for evalueringen består af følgende medlemmer:

Inge Kristensen (formand)	Enhedschef	Enhed for Udvikling og Kvalitet
Anne Gram	Konst. kvalitetschef	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital
Henriette Gedde	Vicedirektør	Hvidovre Hospital
Peter Treufeldt	Vicedirektør	Region Hovedstadens Psykiatri
Marie Nonneman	Vicedirektør	Glostrup Hospital
Maibritt de Cordier	Kvalitetschef	Rigshospitalet
Anne Hansen	Kvalitetschef	Hillerød Hospital
Gitte Fangel	Vicedirektør	Herlev Hospital
Birgitte Rav Degenkov	Vicedirektør	Gentofte Hospital
Dorte Bagger	Chefkonsulent	Enhed for Udvikling og Kvalitet

UDKAST

## 8.2 Bilag 2: Spørgeskemaer

### 8.2.1 DDKM: Spørgeskema til direktionsmedlemmer

#### Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved DDKM, der foregik i starten af 2012. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

#### Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”**Helt uenig**” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”**Helt enig**”.

#### Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

#### Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

#### OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

#### Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
(Aktiveres aldrig)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

#### Akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. var grundige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. lyttede til, hvad direktionen sagde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. fokuserede på relevante ting	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. gjorde direktionen opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. gav direktionen brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Under akkrediteringsbesøget ved DDKM blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet/virksomheden	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af DDKM surveyor-teamets daglige mundtlige tilbage-melding til hospitalet/virksomheden	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
De fund, der blev beskrevet i den skriftlige rapport fra DDKM, var relevante	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
På hospitalet har vi fulgt systematisk op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget af DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### **Din oplevelse af effekterne af akkreditering af hospitalet/virksomheden**

Disse spørgsmål handler om effekterne af akkreditering generelt set, både DDKM og JCI. I din besvarelse skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til på hospitalet/virksomheden.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
b. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. større grad af refleksion over egen praksis	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. mere tilfredse patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
h. læring i organisationen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelsesmæssigt styringsværktøj	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Akkreditering har givet mig et større kendskab til hospitalet/virksomheden	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Samlet indtryk**

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af surveyorteam med dansk erfaring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
DDKM-modellens krav er relevante for hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
DDKM-modellens krav udfordrer praksis i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved DDKM:**

---



---

**Tak for din besvarelse**

## 8.2.2 DDKM: Spørgeskema til ledere

### Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved DDKM, der foregik i starten af 2012. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

### Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

### Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til ”afdeling”. Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

### Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”**Helt uenig**” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”**Helt enig**”.

### Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

### Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

### OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

### Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under DDKM akkrediteringen?

- (1)  Region Hovedstadens Psykiatri (*i et psykiatrisk eller distrikpsykiatrisk center*)
- (3)  Amager Hospital
- (4)  Bispebjerg Hospital
- (5)  Bornholms Hospital
- (6)  Frederiksberg Hospital
- (7)  Frederikssund Hospital
- (8)  Gentofte Hospital
- (9)  Glostrup Hospital
- (10)  Helsingør Hospital
- (11)  Herlev Hospital
- (12)  Hillerød Hospital
- (13)  Hvidovre Hospital
- (14)  Rigshospitalet

### Er du leder med personaleansvar?

- (1)  Ja
- (2)  Nej (hvis nej springes til spørgeskemaet til medarbejdere)

### Hvilken faggruppe hører du til?

- (1)  Lægefaglig
- (2)  Anden sundhedsfaglig (*fx sygeplejefaglig, fysio- og ergoterapi, jordemoder, radiograf*)
- (3)  Anden faggruppe (*fx ledende lægesekretær, administrativ, drift, service*)

### Hvilken ledergruppe hører du til?

- (1)  Klinik- eller afdelingsledere
- (2)  Afsnits- eller mellemledere
- (3)  Andet: \_\_\_\_\_

**Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved DDKM**

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig 6
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Akkrediteringsbesøget ved DDKM**

Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM?

- (1)  Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)  
 (2)  Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede  
 (3)  Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

**Konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig 6
a. var velforberedte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. var grundige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. fokuserede på relevante ting i forhold til hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig 6
Akkrediteringsbesøget ved DDKM har medført forbedringer i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Under akkrediteringsbesøget ved DDKM blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af DDKM surveyor-teamets samlede mundtlige tilbage-melding til hospitalet den sidste dag	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
(Aktiveres aldrig)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg er blevet tilstrækkeligt informeret om, hvilke indsatsområder hospitalet skal arbejde videre med som følge af akkrediteringen ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
I min afdeling har vi fulgt systematisk op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget af DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling

Disse spørgsmål handler om effekterne af akkreditering generelt set, både DDKM og JCI. I din besvarelse skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. tydeligere ansvarsfordeling blandt medarbejderne i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. at jeg i højere grad iværksætter tiltag, når data viser manglende resultater	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
c. et bedre overblik over vejledninger/retningslinier	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. at vi i højere grad anvender vejledninger/retningslinier i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. læring i organisationen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. øget fokus på højrisikoydelser i forhold til patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. større grad af refleksion over egen praksis	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. mere tilfredse patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelsesmæssigt styringsværktøj	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Samlet indtryk**

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>dansk</u> erfaring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
DDKM akkreditering er et velegnet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
værktøj til kvalitetsudvikling i min afdeling						
DDKM-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav udfordrer praksis i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved DDKM:

---



---

**Tak for din besvarelse**

### 8.2.3 DDKM: Spørgeskema til medarbejdere

#### Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved DDKM, der foregik i starten af 2012. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

#### Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i det, hvor du har din primære ansættelse.

#### Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til ”afdeling”. Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

#### Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”Helt uenig” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”Helt enig”.

#### Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

#### Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

#### OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

#### Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under DDKM akkrediteringen?

- (1)  Region Hovedstadens Psykiatri (*i et psykiatrisk eller distrikpsykiatrisk center*)
- (3)  Amager Hospital
- (4)  Bispebjerg Hospital
- (5)  Bornholms Hospital
- (6)  Frederiksberg Hospital
- (7)  Frederikssund Hospital
- (8)  Gentofte Hospital
- (9)  Glostrup Hospital
- (10)  Helsingør Hospital
- (11)  Herlev Hospital
- (12)  Hillerød Hospital
- (13)  Hvidovre Hospital
- (14)  Rigshospitalet

**Arbejdede du i en udefunktion på et andet hospital, end der hvor du er ansat, under DDKM akkrediteringen?**

- (1)  Ja  
 (2)  Nej

**Hvilken faggruppe hører du til?**

- (1)  Lægepersonale  
 (2)  Plejepersonale (fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pleje- og sygehjælpere)  
 (3)  Andet sundhedsfagligt personale (fx jordemødre, ergo- og fysioterapeuter, bioanalytikere, radiografer)  
 (4)  Administrativt personale (fx sekretærer, socialrådgivere, konsulenter)  
 (5)  Service og teknisk personale (fx portører, rengørings- og køkkenpersonale, ingeniører, håndværkere)  
 (6)  Anden faggruppe:
- 

**Havde du et særligt ansvar ved DDKM akkrediteringen?**

- (1)  Nej  
 (2)  Ja (fx nøgleperson, kvalitetskoordinator, patientsikkerhedsansvarlig, ansvarlig for afdelingens vejledninger/retningslinier, indgår i et udvalg på tværs af hospitalet)

**Forberedelse inden akkrediteringsbesøget ved DDKM**

**I hvilket omfang blev du inddraget i forberedelserne til DDKM akkrediteringen?**

- (1)  For lidt  
 (2)  Passende  
 (3)  For meget

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om vejledninger/retningslinier vi skal arbejde efter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Akkrediteringsbesøget ved DDKM**

**Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM?**

- (1)  Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)  
 (2)  Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede  
 (3)  Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

**Konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. var grundige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. fokuserede på relevante ting	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget ved DDKM har medført forbedringer i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Under akkrediteringsbesøget ved DDKM blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved DDKM**

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
I min afdeling har vi fulgt op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget af DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
(Aktiveres aldrig)	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling**

Disse spørgsmål handler om effekterne af akkreditering generelt set, både DDKM og JCI. I din besvarelse skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. et bedre overblik over vejledning/retningslinier	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. at jeg oftere arbejder efter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
vejledninger/retningslinier						
d. øget patientsikkerhed	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. at patienterne får et bedre behandlingsforløb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. mere tilfredse patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>dansk</u> erfaring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
DDKM-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
DDKM-modellens krav udfordrer praksis i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering ved DDKM	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved DDKM:

Tak for din besvarelse

## 8.2.4 JCI: Spørgeskema til direktionsmedlemmer

### Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved JCI, der foregik i starten af 2011. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

### Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”Helt uenig” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”Helt enig”.

### Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

### Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

### OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

**Var det 1. eller 4. gang hospitalet/virksomheden gennemgik en JCI akkreditering?**(1)  1. gang(2)  4. gang**Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011****Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011****Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:****Konsulenterne/surveyorteamet fra JCI...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. var grundige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. lyttede til, hvad direktionen sagde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. fokuserede på relevante ting	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. gjorde direktionen opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. gav direktionen brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Under akkrediteringsbesøget blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet/virksomheden	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011**

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af surveyorteamets daglige mundtlige tilbagemelding til hospitalet/virksomheden	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
De fund, der blev beskrevet i den skriftlige rapport fra JCI, var relevante	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
På hospitalet har vi fulgt systematisk op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Din oplevelse af effekterne af akkreditering af hospitalet/virksomheden

I besvarelsen af disse spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til på hospitalet/virksomheden.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. større grad af refleksion over egen praksis	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. mere tilfredse patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
h. læring i organisationen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelses- mæssigt styringsværktøj	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Akkreditering har givet mig et stør- re kendskab til hospita- let/virksomheden	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af surveyorteam med <u>international</u> erfaring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav er relevante for hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav er høje nok til, at hospitalet får udfordret sin prak- sis tilstrækkeligt	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved JCI:

---



---



---



---



---



---

Tak for din besvarelse

## 8.2.5 JCI: Spørgeskema til ledere

### Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved JCI, der foregik i starten af 2011. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

### Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

### Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til ”afdeling”. Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre

afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

#### Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”**Helt uenig**” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”**Helt enig**”.

#### Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

#### Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

#### OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

#### Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under JCI akkrediteringen i år?

- (1)  Region Hovedstadens Psykiatri (*i et psykiatrisk eller distriktskykiatrisk center*)  
 (3)  Amager Hospital  
 (4)  Bispebjerg Hospital  
 (5)  Bornholms Hospital  
 (6)  Frederiksberg Hospital  
 (7)  Frederikssund Hospital  
 (8)  Gentofte Hospital  
 (9)  Glostrup Hospital  
 (10)  Helsingør Hospital  
 (11)  Herlev Hospital  
 (12)  Hillerød Hospital  
 (13)  Hvidovre Hospital  
 (14)  Rigshospitalet

#### Er du leder med personaleansvar?

- (1)  Ja  
 (2)  Nej (hvis nej springes til spørgeskemaet til medarbejdere)

#### Hvilken faggruppe hører du til?

- (1)  Lægefaglig  
 (2)  Anden sundhedsfaglig (*fx sygeplejefaglig, fysio- og ergoterapi, jordemoder, radiograf*)  
 (3)  Anden faggruppe (*fx ledende lægesekretær, administrativ, drift, service*)

#### Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

#### Akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

**Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra JCI?**

- (1)  Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)  
 (2)  Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede  
 (3)  Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:****Konsulenterne/surveyorteamet fra JCI...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. var grundige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. fokuserede på relevante ting i forhold til hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget har medført forbedringer i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Under akkrediteringsbesøget blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011****Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af surveyorteamets samlede mundtlige tilbagemelding til hospitalet den sidste dag	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
-----------------	------------	----------------------------	-----------	----------------	---

### Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig	
Jeg er blevet tilstrækkeligt informeret om, hvilke indsatsområder hospitalet skal arbejde videre med som følge af akkrediteringen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
I min afdeling har vi fulgt systematisk op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling

I besvarelsen af disse spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig	
a. tydeligere ansvarsfordeling blandt medarbejderne i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. at jeg i højere grad iværksætter tiltag, når data viser manglende resultater	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. et bedre overblik over vejledninger/retningslinier	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. at vi i højere grad anvender vejledninger/retningslinier i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. læring i organisationen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. øget fokus på højrisikoydelser i forhold til patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. større grad af refleksion over egen praksis	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. mere tilfredse patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelses- mæssigt styringsværktøj	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Samlet indtryk**

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>international</u> erfaring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI akkreditering er et velegnet værktøj til kvalitetsudvikling i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav er høje nok til, at afdelingen får udfordret sin praksis	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved JCI:

---



---



---



---



---

**Tak for din besvarelse**

## 8.2.6 JCI: Spørgeskema til medarbejdere

### Evaluerings af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved JCI, der foregik i starten af 2011. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

### Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

### Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til ”afdeling”. Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

### Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”**Helt uenig**” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”**Helt enig**”.

### Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

### Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

### OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

### Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under JCI akkrediteringen i år?

- (1)  Region Hovedstadens Psykiatri (*i et psykiatrisk eller distriktpsykiatrisk center*)
- (3)  Amager Hospital
- (4)  Bispebjerg Hospital
- (5)  Bornholms Hospital
- (6)  Frederiksberg Hospital
- (7)  Frederikssund Hospital
- (8)  Gentofte Hospital
- (9)  Glostrup Hospital
- (10)  Helsingør Hospital
- (11)  Herlev Hospital
- (12)  Hillerød Hospital
- (13)  Hvidovre Hospital
- (14)  Rigshospitalet

**Arbejdede du i en udefunktion på et andet hospital, end der hvor du er ansat, under JCI akkrediteringen i år?**

- (1)  Ja  
 (2)  Nej

**Hvilken faggruppe hører du til?**

- (1)  Lægepersonale  
 (2)  Plejepersonale (fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pleje- og sygehjælpere)  
 (3)  Andet sundhedsfagligt personale (fx jordemødre, ergo- og fysioterapeuter, bioanalytikere, radiografer)  
 (4)  Administrativt personale (fx sekretærer, socialrådgivere, konsulenter)  
 (5)  Service og teknisk personale (fx portører, rengørings- og køkkenpersonale, ingeniører, håndværkere)  
 (6)  Anden faggruppe:
- 

**Havde du et særligt ansvar ved JCI akkrediteringen i år?**

- (1)  Nej  
 (2)  Ja (fx nøgleperson, kvalitetskoordinator, patientsikkerhedsansvarlig, ansvarlig for afdelingens vejledninger/retningslinier, indgår i et udvalg på tværs af hospitalet)

**Forberedelse inden akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011****I hvilket omfang blev du inddraget i forberedelserne til akkrediteringen?\***

- (1)  For lidt  
 (2)  Passende  
 (3)  For meget

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om vejledninger/retningslinier vi skal arbejde efter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011****Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra JCI?**

- (1)  Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)  
 (2)  Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede  
 (3)  Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:****Konsulenterne/surveyorteamet fra JCI...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
b. var grundige	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. fokuserede på relevante ting	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget har medført forbedringer i min afdeling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Under akkrediteringsbesøget blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011**

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
I min afdeling har vi fulgt op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

**Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling**

I besvarelsen af disse spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
b. et bedre overblik over vejled-	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
ninger/retningslinier						
c. at jeg oftere arbejder efter vejledninger/retningslinier	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
d. øget patientsikkerhed	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
e. at patienterne får et bedre behandlingsforløb	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
f. mere tilfredse patienter	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

### Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>international</u> erfaring	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling*	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
JCI-modellens krav er høje nok til, at afdelingen får udfordret sin praksis*	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved JCI:

---



---



---



---



---



---

Tak for din besvarelse

\* Besvares kun, hvis "ja" til særligt ansvar ved akkrediteringen.

## 8.3 Bilag 3: Interviewguides

### DDKM: Interviewguide til interview med direktionsmedlemmer og kvalitetschefer

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
<b>Præsentationsrunde</b>	Hvis ikke alle kender alle: Lad os starte med en præsentationsrunde	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling og hospital.
<b>Overordnede oplevelser</b>	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig <u>positivt</u>, og en ting der kan <u>udvikles</u> i forhold til DDKM akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål for at "blive varmet lidt op."
<b>Støtte til at gennemgå akkrediteringsprocessen</b>	<i>Hvordan vurderer I den støtte, I har fået, i forhold til at rulle DDKM akkrediteringskonceptet ud over jeres hospital?</i>	fx fra Regionen eller fra de andre hospitaler i regionen Hvis ikke tilstrækkelig støtte: <i>Hvad manglede/Hvad havde I brug for?</i>
<b>Surveyorteamet</b>	<i>Hvordan oplevede I surveyorteamet fra DDKM?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, dygtighed, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m. Supplerende spørgsmål hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Blev I udfordrede af surveyorne?</i> <i>Var det relevante emner surveyorne tog op?</i> <i>Fandt surveyorne problemområder, I ikke selv var opmærksomme på?</i> <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra Danmark?</i> <i>Hvilken betydning har det at surveyorne var dansktalende?</i>
<b>Opfølgning</b>	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra DDKM?</i>	Supplerende spørgsmål hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Hvad synes I om <u>måden</u> at give tilbagemeldinger på ved de daglige debriefinger og ved det afsluttende møde?</i> <i>Hvad synes I om <u>relevansen</u> af DDKM's fund ved den skriftlige tilbagemelding fra DDKM?</i>
<b>Læring</b>	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med arbejdet med DDKM? Ved såvel forberedelsen som ved selve besøget?</i>	Fx læring om arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m.

	<i>Er I under DDKM akkrediteringsforberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i>	
	<i>Har DDKM akkrediteringsarbejdet påvirket din prioritering eller fokus som direktør/kvalitetschef?</i>	Hvis Ja: Hvordan?
<b>Reaktioner fra lederne</b>	<i>Hvilke generelle reaktioner har I oplevet fra lederne i forbindelse med DDKM akkreditering på jeres hospital?</i>	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?
<b>Tilstrækkeligt udfordret</b>	<i>Hvad synes I om niveauet af de krav, DDKM stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?</i>	<i>Er kravene i standarderne for høje, passende/ rimelige eller for lave? Er kravene relevante? Er der noget der mangler?</i>
<b>Ledelsesmøder om udbyttet</b>	<i>Hvordan er der fra direktion og afdelingslederes side blevet fulgt op på akkrediteringen?</i>	<i>Har I drøftet processen, resultaterne og udbyttet på fx ledelsesmøder, personalemøder og MED-udvalgsmøder?</i>
<b>Oplevet effekt af akkreditering</b>	<i>Inden for hvilke områder har I oplevet, at DDKM-akkrediteringen har skabt forandringer på jeres hospital?</i>  <u>Eller:</u> <i>Hvilken effekt oplever I at DDKM – akkrediteringen har haft på jeres hospital?</i>	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op: Klinisk, Organisatorisk, Økonomisk, Patienttilfredshed, Patientsikkerhed Supplerende spørgsmål: <i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at DDKM-akkrediteringen har haft mindre effekt på hospitalet, end I havde forventet?</i>
	Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringsarbejdet medfører... <i>Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på DDKM akkrediteringen?</i>	
<b>Sammenligning af JCI og DDKM</b>	Nu vil vi godt bringe JCI akkrediteringen på banen. <i>Hvad giver DDKM som JCI ikke giver og omvendt?</i>	
	<i>Hvordan vil I beskrive forskellene på akkrediteringsbesøgene ved DDKM og JCI?</i>	<i>Hvilke emner tog hhv. DDKM og JCI surveyorteamet op? Hvad har udbyttet været af henholdsvis DDKM og JCI? Hvordan har arbejdsbyrden været ved besøgene fra henholdsvis DDKM og JCI?</i>
	<i>Hvilke fordele ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?</i>	
	<i>Hvilke ulemper ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?</i>	
	<i>Hvis I skal beskrive de to modeller, hvad er så i fokus ved henholdsvis DDKM og JCI??</i>	Hvis forskellige fokus i JCI og DDKM: <i>Hvilket fokus er mest velegnet i forhold til kvalitetsudvikling på jeres hospital?</i>

<b>Akkreditering ved to modeller</b>	<i>Nu da I har prøvet akkreditering ved såvel JCI som DDKM vil vi gerne høre jer, hvordan I oplever, at det er, at blive akkrediteret ved to modeller?</i>	<i>Kan de to modeller supplere hinanden?</i> Er det en fordel/ulempe med to modeller
<b>Prioritering af udsagn</b>	<i>Til sidst: Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.
<b>Afsluttende bemærkning</b>	<i>Er der noget, I mener, er vigtigt at få med som ikke er blevet sagt?</i>	Spørgsmålet skal sikre at vi får alle vigtige pointer med.

### DDKM: Interviewguide til interview med afdelingsledelser

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
<b>Præsentationsrunde</b>	Lad os starte med en præsentationsrunde	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling og hospital.
<b>Overordnede oplevelser</b>	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig <u>positivt</u>, og en ting der kan <u>udvikles</u> i forhold til DDKM akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål for at "blive varmet lidt op."
<b>Støtte til at gennemgå akkrediteringsprocessen</b>	<i>Hvordan vurderer I den støtte, I har fået, i forhold til at rulle DDKM akkrediteringskonceptet ud over jeres afdeling?</i>	fx fra: Regionen, hospitalets kvalitetsafdeling, jeres direktioner, andre hospitaler i regionen. Hvis ikke tilstrækkelig støtte: <i>Hvad manglede? /Hvad havde I brug for?</i>
<b>Surveyorteamet</b>	<i>Hvordan oplevede I surveyorteamet fra DDKM?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, dygtighed, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m. Supplerende spørgsmål, hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Blev I udfordrede af surveyorne?</i>  <i>Var det relevante emner surveyorne tog op?</i>  <i>Fandt surveyorne problemområder, I ikke selv var opmærksomme på?</i>  <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra Danmark?</i>  <i>Hvilken betydning har det at surveyorne er dansktalende?</i>

<b>Opfølgning</b>	<i>Hvad synes I om den <u>mundtlige</u> afrapporterings- og opfølgningsproces fra DDKM?</i>	<i>Hvad synes I om <u>måden</u> at give tilbagemeldinger på ved de daglige debriefinger og ved det afsluttende møde?</i>
	<i>Hvad synes I om den <u>skriftlige</u> afrapporterings- og opfølgningsproces fra DDKM?</i>	<i>Hvad synes I om <u>relevansen</u> af DDKM's fund ved den skriftlig tilbagemelding?</i>
<b>Læring</b>	<i>Kan I nævne områder, hvor afdelingen eller hospitalet som organisation har udviklet sig med DDKM akkrediteringsarbejdet? Ved såvel forberedelsen som ved selve besøget.</i>	Fx læring om arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsværktøj m.m.
	<i>Er I under DDKM akkrediteringsforberedelsen blevet opmærksomme på problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i>	
	<i>Har DDKM akkrediteringsarbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder?</i>	Hvis ja: Hvordan?
	<i>Oplever I, at jeres <u>medarbejdere</u> har lært noget værdifuldt igennem DDKM akkrediteringsprocessen?</i>	Fx læring om sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på. Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed. <i>Kan I give nogen eksempler på, hvorledes DDKM akkrediteringsforberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelser i medarbejder-gruppen?</i>
<b>Reaktioner</b>	<i>Hvilke generelle reaktioner har I hver især oplevet på afdelingen i forbindelse med DDKM akkreditering?</i>	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?
<b>Tilstrækkeligt udfordret</b>	<i>Hvad synes I om niveauet af de krav, DDKM stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?</i>	Supplerende spørgsmål hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Er kravene i standarderne for høje, passende/ rimelige eller for lave? Er kravene relevante? Er der noget der mangler?</i>
<b>Oplevet effekt af akkreditering</b>	<i>Inden for hvilke områder, har I oplevet, at DDKM-akkrediteringen har skabt udvikling på jeres afdeling/hospital?</i>	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op: Klinisk, Organisatorisk, Økonomisk, Patienttilfredshed, Patientsikkerhed  Supplerende spørgsmål: <i>Er der nogen områder, hvor I oplever,</i>

		<i>at DDKM-akkrediteringen har haft mindre effekt på afdelingen/ hospitalet, end I havde forventet?</i>
	<i>I hvilket omfang oplever I, at I og medarbejderne arbejder med at opfylde kvalitetskravene i vejledningerne her efter akkrediteringerne?</i>	Her tænkes der på, i hvilket omfang den høje kvalitet, der fremvises under akkrediteringsbesøget også opretholdes ind til næste akkrediteringsbesøg.
	Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringsarbejdet medfører... <i>Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på akkrediteringen?</i>	
<b>Sammenligning af JCI og DDKM</b>	Nu vil vi godt bringe JCI akkrediteringen på banen. <i>Hvad giver DDKM som JCI ikke giver og omvendt?</i>	
	<i>Hvordan vil I beskrive forskellene på akkrediteringsbesøgene ved DDKM og JCI?</i>	<i>Hvilke emner tog hhv. DDKM og JCI surveyorteamet op? Hvad har udbyttet været af henholdsvis DDKM og JCI? Hvordan har arbejdsbyrden været ved besøgene fra henholdsvis DDKM og JCI?</i>
	Hvilke fordele ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?  Hvilke ulemper ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?	
<b>Akkreditering ved to modeller</b>	<i>Nu da I har prøvet akkrediteringsprocessen ved såvel JCI som DDKM vil vi gerne høre jer, hvordan I oplever, at det er, at blive akkrediteret ved to modeller?</i>	<i>Kan de to modeller supplere hinanden? Er det en fordel/ulempe med to modeller?</i>
<b>Prioritering af udsagn</b>	Til sidst: <i>Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.
<b>Afsluttende bemærkning</b>	<i>Er der noget, I mener, er vigtigt at få med som ikke er blevet sagt?</i>	Spørgsmålet skal sikre at vi får alle vigtige pointer med.

## JCI: Interviewguide til interview med afdelingsledelser, 1. gangs akkrediterede hospitaler

8.4 TEMA	8.5 SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
<b>Præsentationsrunde</b>	Lad os starte med en præsentationsrunde, hvor I kort fortæller, hvem I er, og om jeres erfaringer med akkreditering.	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling, hvilken rolle de har haft i akkrediteringsprocessen (evt. erfaring fra tidligere ansættelser).
<b>Overordnede oplevelser</b>	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig positivt, og en ting der kan udvikles ift. JCI-akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål m.h.p. at ”blive varmet lidt op.”
<b>Forberedelse</b>	<i>Hvordan synes I, at I som ledere er blevet forberedt på akkrediteringen?</i>	
<b>Støtte til at gennemgå akkrediteringsprocessen</b>	<i>Synes I, at I som 1. gangsakkrediterede hospitaler, har fået den støtte, I havde behov for, i forhold til at rulle akkrediteringskonceptet ud over jeres hospital?</i>	fx fra: Regionen, Hospitalernes kvalitetsafdelinger, Jeres direktioner, De andre hospitaler i regionen Hvis ikke: <i>Hvad manglede? Hvad havde I brug for?</i>
<b>Surveyorteamet</b>	<i>Hvordan oplevede I surveyorteamet fra JCI?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m.  <i>Hvilken betydning havde det at surveyorne var engelsktalende?</i>  <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra andre lande?</i>  <i>Hvordan oplevede I tolkene?</i>  Her tænkes bl.a. på om der har været nogle sproglige misforståelser.
<b>Opfølgning</b>	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra JCI?</i>	Her berøres følgende aspekter: <u>Måden</u> at give tilbagemeldinger på Daglige debriefinger Afsluttende møde <u>Relevansen</u> af JCI's fund Skriftlig tilbagemelding fra JCI
<b>Læring</b>	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med akkrediteringsarbejdet?</i>	Fx læring om arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m.  <i>Er I under akkrediteringsforberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i>

		<i>Har akkrediterings-arbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder? Hvordan?</i>
	<i>Oplever I, at jeres medarbejdere har lært noget værdifuldt igennem akkrediteringsprocessen?</i>	<p>Fx læring om sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på.</p> <p>Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed.</p> <p><i>Kan I give nogen eksempler på, hvorledes akkrediterings-forberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelser i medarbejder-gruppen?</i></p>
<b>Akkreditering som ledelsværktøj</b>	<i>Hvordan hænger akkreditering og ledelse sammen for jer?</i>	<p>Her tænkes fx på strategisk ledelse/ledelsesredskab i forbindelse med fusioner.</p> <p><i>Hvordan har I kunnet bruge akkrediteringen som ledelsværktøj?</i></p>
<b>Reaktioner fra medarbejderne</b>	<i>Hvilke generelle reaktioner har I oplevet på hospitalet i forbindelse med JCI-akkreditering på jeres hospital?</i>	<i>Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?</i>
<b>Tilstrækkeligt udfordret</b>	<i>Hvad synes I om niveauet af de krav, JCI stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?</i>	<p><i>Er kravene i standarderne for høje, passende/rimelige eller for lave?</i></p> <p><i>Er kravene relevante?</i></p>
<b>Vigtighed af international akkreditering</b>	<i>Oplever I, at det har værdi for afdelingen/hospitalet at blive akkrediteret af en international akkrediteringsorganisation?</i>	<i>Hvad giver det?</i>
<b>Oplevet effekt af akkreditering</b>	<i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har skabt nogen forandringer på jeres afdeling/hospital?</i>	<p>Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op:</p> <p>Klinisk, Organisatorisk, Økonomisk, Patienttilfredshed, Patientsikkerhed</p> <p><i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har haft mindre effekt på afdelingen/ hospitalet, end I havde forventet?</i></p>
	<i>I hvilket omfang oplever I, at I og medarbejderne arbejder med at opfylde kvalitetskravene i standarderne her efter akkrediteringerne?</i>	Her tænkes der på, i hvilket omfang den høje kvalitet, der fremvises under akkrediteringsbesøget også opretholdes ind til næste akkrediteringsbesøg.

	Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringen medfører. <i>Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på akkrediteringen?</i>	
<b>Prioritering af ud-sagn</b>	Til sidst: <i>Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.
Afsluttende bemærkning	<i>Er der noget, I mener, er vigtigt at få med som ikke er blevet sagt?</i>	Spørgsmålet skal sikre at vi får alle vigtige pointer med.

### JCI: Interviewguide til interview med afdelingsledelser, 4. gangs akkrediterede hospitaler

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
<b>Præsentationsrunde</b>	Lad os starte med en præsentationsrunde, hvor I kort fortæller hvem I er, og hvor mange gange I har deltaget i en akkrediteringsproces.	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling, erfaring med akkreditering.
<b>Overordnede oplevelser</b>	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig positivt, og en ting der kan udvikles i forhold til JCI-akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål m.h.p. at ”blive varmet lidt op.”
<b>Surveyorteamet</b>	<i>Hvordan har I oplevet surveyorteamet fra JCI?</i>	Dette kan fx være:  Kvalifikationer, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m.  <i>Hvilken betydning havde det, at surveyorne var engelsktalende?</i>  <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra andre lande?</i>  <i>Hvordan oplevede I tolkene?</i>
<b>Opfølgning</b>	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra JCI?</i>	Her berøres følgende aspekter:  <u>Måden</u> at give tilbagemeldinger på  Daglige debriefinger  Afsluttende møde  <u>Relevansen</u> af JCI's fund  Skriftlig tilbagemelding fra JCI
<b>Læring</b>	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med akkrediteringsarbejdet?</i>	Læring: fx arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsessværktøj m.m.  <i>Er I under akkrediterings-</i>

		<p>forberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</p> <p>Har akkrediterings-arbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder? Hvordan?</p>
	Oplever I, at jeres medarbejdere har lært noget værdifuldt igennem akkrediteringsprocessen?	<p>Læring: fx sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på.</p> <p>Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed.</p> <p>Kan I give nogen eksempler på hvordan akkrediteringsforberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelse i medarbejdergruppen?</p>
<b>Akkreditering som ledelsværktøj</b>	Hvordan hænger akkreditering og ledelse sammen for jer?	<p>Her tænkes fx på strategisk ledelse/ledelsesredskab i forbindelse med fusioner.</p> <p><i>Hvordan har I kunnet bruge akkrediteringen som ledelsværktøj?</i></p>
<b>Reaktioner fra medarbejderne</b>	Hvilke generelle reaktioner har I oplevet på hospitalet i forbindelse med JCI- akkreditering på jeres hospital?	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?

### JCI: Interviewguide til interview med afdelingsledelser, hospitaler med genbesøg

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
<b>Præsentationsrunde</b>	Lad os starte med en præsentationsrunde, hvor I kort fortæller, hvem I er, og hvad jeres erfaring med akkreditering er.	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling, hvilken rolle de har haft i akkrediteringsprocessen (og evt. erfaring fra tidligere ansættelser).
<b>Overordnede oplevelser</b>	Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig positivt, og en ting der kan udvikles ift. JCI-akkrediteringen?	<p>Alle skal svare på dette spørgsmål m.h.p. at ”blive varmet lidt op.”</p> <p>Spørgsmålet er bredt og skal give deltagerne mulighed for selv at komme i gang med at tale om akkreditering.</p>
<b>Forberedelse</b>	Hvordan synes I, at I som ledere er blevet forberedt på akkrediteringen?	
<b>Støtte til at gennemgå akkredite-</b>	Synes I, at I som første gangsakkrediterede hospitaler, har fået den støtte, I havde behov for, i forhold til	fx fra:

<b>rings-processen</b>	<p><i>at rulle akkrediteringskonceptet ud over jeres hospital?</i></p> <p><i>Hvis ikke: Hvad manglede? / Hvad havde I brug for?</i></p>	<p>Regionen</p> <p>Hospitalernes kvalitetsafdelinger</p> <p>Jeres direktioner</p> <p>De andre hospitaler i regionen</p>
<b>Surveyorne</b>	<i>Hvordan oplevede I surveyteamet fra JCI?</i>	<p>Dette kan fx være:</p> <p>Kvalifikationer, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m.</p>
	<i>Hvilken betydning havde det, at surveyorne var engelsktalende?</i>	Her tænkes bl.a. på om der har været nogle sproglige misforståelser.
	<p><i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra andre lande?</i></p> <p><i>Hvordan oplevede I tolkene?</i></p>	
<b>Opfølgning</b>	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra JCI?</i>	<p>Her berøres følgende aspekter:</p> <p>Måden at give tilbagemeldinger på</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daglige debriefinger</li> <li>- Afsluttende møde</li> </ul> <p>Relevansen af JCI's fund</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skriftlig tilbagemelding</li> </ul>
<b>Støtte ift. genbesøg</b>	<i>Hvad synes I om den støtte, I har fået i forhold til at skulle have genbesøg?</i>	<p>fx fra:</p> <p>Regionen</p> <p>Hospitalernes kvalitetsafdelinger</p> <p>Jeres direktioner</p> <p>De andre hospitaler</p>
<b>Læring</b>	<p><i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med akkrediteringsarbejdet?</i></p> <p><i>Er I under akkrediteringsforberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i></p> <p><i>Har akkrediteringsarbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder? Hvordan?</i></p>	<p>Læring: fx arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m.</p>
	<i>Oplever I, at jeres medarbejdere har lært noget værdifuldt igennem akkrediteringsprocessen?</i>	Læring: fx sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på.

	<i>Kan I give nogen eksempler på hvordan akkrediteringsforberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelse i medarbejdergruppen?</i>	Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed.
<b>Akkreditering som ledelsværktøj</b>	<i>Hvordan hænger akkreditering og ledelse sammen for jer?</i>  <i>Hvordan har I kunnet bruge akkrediteringen som ledelsværktøj?</i>	Her tænkes fx på strategisk ledelse/ledelsesredskab i forbindelse med fusioner.
<b>Reaktioner fra medarbejderne</b>	<i>Hvilke generelle reaktioner har I oplevet på hospitalet i forbindelse med JCI-survey på jeres hospital?</i>	<i>Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?</i>
<b>Tilstrækkeligt udfordret</b>	<i>Hvordan oplever I niveauet af de krav, JCI stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?</i>	<i>Er kravene i standarderne for høje, passende/rimelige eller for lave? Er kravene relevante?</i>
<b>Vigtighed af international akkreditering</b>	<i>Oplever I, at det har værdi for afdelingen/hospitalet at blive akkrediteret af en international akkrediteringsorganisation?</i>  <i>Hvad giver det?</i>	
<b>Oplevet effekt af akkreditering</b>	<i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har skabt nogen forandringer på jeres afdeling/hospital?</i>  <i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har haft mindre effekt på afdelingen/hospitalet, end I havde forventet?</i>	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op:  Klinisk Organisatorisk Økonomisk Patienttilfredshed Patientsikkerhed
	<i>Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringen medfører. Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på akkrediteringen?</i>	
<b>Opsummering af JCI konceptet</b>	<i>Kan I pege på nogen elementer i akkrediteringsprocessen, som med fordel kunne udvikles?</i>	
<b>Erfaringer med DDKM</b>	<i>Hvad er jeres erfaringer med at arbejde med Den Danske Kvalitetsmodel indtil videre?</i>	Hvis de ikke selv kommer bredt omkring spørgsmålet tilføjes: <i>Hvad er særligt positivt? Hvad er særligt negativt?</i>
<b>Prioritering af udsagn</b>	<i>Til sidst: Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.

Region Hovedstadens hospitaler og psykiatrien har alle gennemgået et akkrediteringsforløb baseret på standarder fra såvel Joint Commission International (JCI) som Den Danske kvalitetsmodel (DDKM).

Men hvordan oplever ledere og medarbejdere arbejdet med de to modeller? Og hvilken effekt oplever de, at akkrediteringen har?

Det er nogle af de spørgsmål, der belyses i denne undersøgelse, som Enheden for Brugerundersøgelser har gennemført på vegne af Koncerndirektionen i Region Hovedstaden.

**Enheden for brugerundersøgelser**

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

## NOTAT

Til: **Styregruppen for Evaluering af akkreditering  
Kvalitetsrådet**

### **Akkrediteringsevaluering - perspektivering af undersøgelse af oplevelser og effekt af DDKM akkreditering (del 2) i Region Hovedstaden**

Enhed for Brugerundersøgelser har netop færdiggjort rapport vedr. undersøgelsen ”Personalets oplevelser af DDKM akkreditering i Region Hovedstaden 2012”.

I december 2011 udkom rapporten vedr. undersøgelsen ” Personalets oplevelser af JCI akkreditering i Region Hovedstaden 2011”.

De to undersøgelser skal indgå i beslutningsgrundlaget for Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi fra 2013 og frem.

Undersøgelserne er tilrettelagt således at der i begge indgår kvalitative interviews med forskellige, i princippet ens målgrupper, og derudover er gennemført en spørgeskemaundersøgelse.

Den foreliggende rapport omfatter og søger at sammenligne resultater fra begge undersøgelser.

Styregruppen finder, at rapporten er brugbar på mange måder og indeholder et unikt materiale om de mange forskellige oplevelser, indtryk og også holdninger der er i relation til akkreditering, akkrediteringsforberedelse og selve akkrediteringsbesøgene.

Rapporten indeholder ikke konklusioner eller perspektiveringer, men styregruppen for undersøgelsen har behandlet rapporten, og har i den forbindelse følgende betragtninger, som gruppen mener væsentlige i forbindelse forståelse og læsning af rapporten:

#### **Tidsfaktoren**

Indledningsvis er det væsentligt at understrege, at der er tilstræbt størst mulig lighed i spørgsmål, design og udførelse af de to delundersøgelser. Imidlertid kan dette ikke forhindre at respondenter nødvendigvis må svare ud fra det aktuelle individuelle perspektiv.

Respondenter i 2011 besvarede således spørgsmålene, alene ud fra erfaringer med JCI akkrediteringen, hvorimod respondenter i 2012 kan se tilbage både på DDKM og JCI akkrediteringen, hvilket flere steder i rapporten bliver tydeligt. Man kan derfor ikke udelukke at nogle respondenter ville svare anderledes i 2011, hvis de havde haft oplevelserne fra 2012 in mente.

### **Akkreditering som ramme for kvalitetsudvikling**

Styregruppen har noteret sig, at rapporten overordnet tegner et billede af, at akkreditering grundlæggende opfattes som nyttig og generelt er *accepteret og anerkendt som grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetsstyring!*

Omvendt er der også en række udsagn, der vidner om forskellige opfattelser af hvad akkreditering understøtter og fokuserer på, herunder hvad der ikke berøres af akkreditering.

Flere respondenter er således af den opfattelse at fokus alene er organisatorisk kvalitet og systemer, hvorimod de kliniske kerneydelser ikke opfattes som omfattet af akkreditering. Desuden fremgår i nogle besvarelser en opfattelse af at akkreditering ikke er baseret på og medfører kvalitetsudvikling.

### **Ressourceanvendelse og akkreditering**

En række udsagn i rapporten omhandler ressourceforbrug, forbundet med akkreditering. En del udsagn kan give indtryk af, at der anvendes mange ekstra ressourcer til akkreditering og at ressourceforbruget til akkreditering ikke står mål med effekten af akkreditering.

Styregruppen har drøftet disse udsagn, og ønsker at påpege, at ressourceforbrug er knyttet til *implementering* af vejledninger. Vejledningerne adresserer både sundhedsfaglige og administrative krav, der følger af lovgivning, standardkrav og klinisk evidens for hvilke processer, der er de bedste på et givent område.

Regionale og hospital vejledninger er således et væsentligt grundlag for at sikre den bedst mulige patientbehandling, relevant ensartethed på tværs af matrikler, og indgår derfor som et nødvendigt grundlag for opfyldelsen af akkrediteringsstandarder. Imidlertid er det væsentligt at påpege at akkreditering er ikke alene årsagen til, at vejledninger udfærdiges, skal implementeres og følges.

### **Retvisende versus forskønnet billede af hospitalet**

Der er mange udsagn i begge undersøgelser, der udtrykker at hospitalet fremstår i et "forskønnet billede ifm. akkrediteringsbesøg. Der bliver ryddet op, bliver gjort rent og nogle udtrykker at selv overbelægning bliver søgt elimineret, fx ved flytning af patienter. Dette er grundlaget for at flere, især fra de femtegangsakkrediterede hospitaler, foreslår at uvarslede besøg bør indføres.

Styregruppen har drøftet udsagnene og er enige i, at oprydning mv. får en særlig opmærksomhed i forbindelse med akkrediteringsbesøgene. Styregruppen finder dog at oprydningen i sig selv ikke er problematisk. Problemet synes snarere at være, at årsagen til oprydningen tilskrives et forestående akkrediteringsbesøg og ikke regelmæssi-

ge initiativer der skal tilgodes det konstante behov for ryddelighed. Styregruppen har noteret sig, at udsagnene følges af ønske om uvarslede akkrediteringsbesøg.

### **Implementering, formidling og integration i det daglige arbejde**

Implementering og fastholdelse af god praksis træder således – og ikke blot i rapporten om akkrediteringsevaluering - frem som et område, der kan adresseres mere tydeligt og gives mere fokus. Det er i rapporten tydeligt i en række sammenhænge.

Der rejser sig en erkendelse på tværs af de to undersøgelser, at formidling og kommunikation af formål og indhold omkring akkreditering spiller en stor rolle, især omkring sammenhængen mellem kvalitetsudvikling af den daglige kliniske virksomhed og krav i akkrediteringsstandarderne. Det er ud fra især de kvalitative interviews med ledere muligt at identificere usikkerhed om formålet med akkreditering i relation til konkrete og daglige arbejdsprocesser, faglig ledelse og sammenhængen til kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Der må således forventes en afsmittende effekt på medarbejdere, hvis akkreditering lokalt italesættes som et isoleret og parallelt projekt uden direkte relation til konkrete arbejdsopgaver og kvaliteten heraf.

Omvendt er der tegn på at den kulturelle modenhed er øget og at forventningerne til akkrediteringsbesøget er mere konkrete i 2012 undersøgelsen, især for hospitaler med mindre akkrediteringserfaring.

### **Dobbeltakkreditering**

Selve akkrediteringsbesøget er ressourcekrævende, både i forberedelses- og planlægningsfasen og i de dage, besøget pågår. Et akkrediteringsbesøg varer typisk 4 dage, og finder sted hver tredje år.

Det er imidlertid også kendt, at der i de sidste måneder op til akkrediteringsbesøget er et vældigt tidspres omkring og ekstra fokus på forberedelsen og færdiggørelse og formidling af diverse initiativer. Ved to akkrediteringskoncepter forekommer denne proces derfor to gange i en treårig periode.

Der er i forbindelse med spørgeskemaer og interviews fremkommet mange udsagn om ”dobbelt” akkreditering, selv om dette ikke er direkte adresseret i undersøgelsen.

Mange udtaler at regionen bør vælge ét akkrediteringskoncept, enten for at spare penge eller for at reducere hospitalernes resurseforbrug ifm. forberedelse af besøg.

### **Kvaliteten af akkrediteringen**

Samlet udtrykkes opbakning til akkrediteringsstandarderne i DDKM og flere finder det godt at standarderne ikke indeholder nogle af de ”udanske” krav, som indgår i JCI’s standarder, og derfor fremstår mere konkrete og målrettet dansk sundhedsvæsen. Det er tillige opfattelsen at de danske standarder i højere grad har fokus på de kliniske kerneydelser og bedre understøtter kvalitetsudvikling. Der er tilfredshed med at surveyerne taler dansk og er meget anerkendende i deres adfærd.

I interview kommer det frem at det er vanskeligt at bevare distance og habilitet mellem personale på hospitalet og de danske surveyore, idet mange kender hinanden fra

faglige og nationale sammenhænge eller tidligere ansættelser. Det påpeges at der er risiko for at personlige kendskaber kan påvirke bedømmelsesprocessen.

Der er generelt mindre tilfredshed med den akkrediteringsfaglige ydelse, dvs. forløbet af akkrediteringsbesøgene, herunder de danske surveyores professionelle virke samt indholdet i både mundtlige og skriftlige rapporter. Især i interviews fremhæves at surveyornes professionelle viden om de konkrete standardområder er for beskeden til at udfordre hospitalerne, herunder gennem en grundig og troværdig bedømmelsesproces, som kan skabe respekt og anerkendelse af evt. fund.

Styregruppe noterer sig, at læringsværdien af besøgene således vurderes lavere end i 2011. Det kan skyldes den tidsfaktor, der er nævnt indledningsvis i notatet, herunder at ”læringskurven” må vurderes at have været stejlere frem mod akkreditering ved JCI, men også forskelle i de to akkrediteringskoncepter, herunder evt. fravær af det internationale aspekt, jf. nedenfor.

#### **Det internationale aspekt**

Styregruppen har noteret sig, at ”det internationale aspekt”, herunder inspiration fra udlandet fylder en del i besvarelser og tilbagemeldinger.

#### **Forskelle i besvarelse mellem ledere og medarbejdere, og mellem faggrupper**

Styregruppen har noteret sig, at der forskel på, hvor positivt effekten af akkrediteringen vurderes af hhv. ledere og medarbejdere, og mellem faggrupper. Det er styregruppens opfattelse, at ledelserne oplever den højeste effekt og medarbejderne lidt mindre. Ledelserne giver udtryk for, at akkrediteringen giver en ramme for faglig ledelse, som de finder nyttig i ledelsesarbejdet. Disse tilkendegivelser falder i tråd med tidligere tilkendegivelser.

#### **Fortsatte drøftelser**

Afslutningsvis har styregruppen noteret sig, at undersøgelsen har afdækket forskellige holdninger til akkreditering, men at de udsagn, der i sig selv har at gøre med DDKM og JCI er en relativt lille del af tilbagemeldingerne. Det er derfor en særlig opgave at ”destillere” udsagn, der knytter sig til hver af de to akkrediteringsmodeller mhp. en vurdering af den fremtidige akkrediteringsstrategi. Styregruppen noterer sig, at en vurdering af akkrediteringsstrategien ud over de to evalueringer også vil blive baseret på vurderinger af en række andre parametre.

Styregruppen håber at rapporterne kan anvendes som grundlag for lokale drøftelser på hospitalerne og i fællesregionale fora, i relevante sammenhænge.