

Marie Henriette Madsen og Iben Emilie Christensen

Den Danske Kvalitetsmodel i praksis

Et pilotstudie af implementering på
tre nordjyske hospitalsafdelinger



Publikationen *Den Danske Kvalitetsmodel i praksis* kan hentes fra hjemmesiden www.kora.dk

© KORA og forfatterne

Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA

ISBN: 978-87-7488-764-5

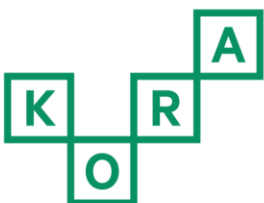
Projekt 2899/10061

April 2013

Projektet er finansieret af Danske Regioner og KORA (det tidligere Dansk Sundhedsinstitut)

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling, bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Indhold

1	Indledning	5
1.1	Formål	6
1.2	Metode	6
1.3	Afgrænsning	7
2	Kvalitetsorganisationen og redskaber i kvalitetsarbejdet	8
2.1	Kvalitetsorganisationen	8
2.1.1	Organisering på hospitalsniveau	9
2.1.2	Organisering på centerniveau	9
2.1.3	Organisering på afdelingerne	9
2.2	Nye redskaber i kvalitetsarbejdet	10
2.2.1	Håndtering og lagring af retningsgivende dokumenter	10
2.2.2	TAK-systemet	10
2.3	Involvering af personalet	11
2.3.1	Information til personalet	11
2.3.2	Repræsentation af alle faggrupper i afdelingernes kvalitetsorganisation ..	13
2.3.3	Uddelegering af delopgaver til personalet	14
2.4	Opsamling	14
3	DDKM i samspil med øvrigt arbejde	15
3.1	DDKM udskød andre projekter	15
3.2	DDKM understøtter kvalitetsarbejde	16
3.3	Opsamling	16
4	Ledelsens betydning og rolle	17
4.1	Ledelsesopbakning på alle niveauer	17
4.1.1	Afdelings- og afsnitsledelsens betydning	17
4.2	Prioritering og anerkendelse af kvalitetsarbejdet	18
4.3	Opsamling	20
5	Udbytte af DDKM	21
5.1	Forløb, sammenhæng og systematik	21
5.2	Fokus på 'blinde pletter'	22
5.3	Dokumenthåndtering – overblik og ensartethed	23
5.4	Ændret kvalitetstankegang	24
5.5	Står arbejdet mål med udbyttet?	24
5.6	Opsamling	25
6	DDKM i fremtiden	26
6.1	Version 2 af DDKM	26
6.1.1	Pårørende og patientinddragelse	26
6.2	DDKM som en integreret del af hverdagen efter akkreditering	27
6.3	Læringsproces – hvad skal gøres anderledes i fremtiden?	28
6.4	Kvalitetsorganisationen i fremtiden	29
6.4.1	Ildsjæle	30
6.5	Opsamling	31

7	Diskussion	32
7.1	Forskellige perspektiver på rollefordeling og organisering	33
7.2	Kvalitetsarbejdet som en del af den daglige drift	34
7.3	Det rette niveau for standardisering	34
8	Konklusion	36
	Litteratur	37
	Bilag 1: Oversigt over interview.....	38

1 Indledning

Beslutningen om en fælles dansk kvalitetsmodel blev truffet allerede i 2001 som en del af aftalen om de daværende amters økonomi for 2002 (1,2). Herefter fulgte en udviklingsproces, som bl.a. indebærer, at Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Amtsrådsforeningen og H:S etablerede Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). IKAS skulle stå for udvikling, planlægning og drift af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) inden for nogle fastsatte rammer. Målet var at lave en dansk tilpasset model med høj international standard. DDKM skulle bl.a. basere sig på akkreditering og involvere eksisterende landsdækkende kvalitetsprojekter, akkrediteringsorganisationer med international erfaring og interessenter fra det danske sundhedsvæsen i udviklingsarbejdet. Til dette formål blev der nedsat arbejdsgrupper med repræsentanter fra relevante faggrupper og sektorer til at udarbejde modellens standarder og indikatorer. Den internationale kvalitetsorganisation ISQua skulle godkende modellens akkrediteringsstandarder. I august 2009 kunne IKAS endelig præsentere den første version af DDKM for landets hospitaler, hvorefter alle hospitaler i Danmark over en periode på tre år har været igennem første akkreditering. I begyndelsen af 2012 lå anden version af DDKM for hospitaler klar til brug i næste akkrediteringscyklus.

DDKM i korte træk (første version, hospitaler)

Modellen består i hovedtræk af 104 akkrediteringsstandarder inden for tre temaer: organisatoriske, generelle og sygdomsspecifikke temaer.

DDKM bygger på principperne i kvalitetscirklen (også kaldet PDSA-cirklen), som er en grundlæggende og hyppigt anvendt model for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Den indeholder fire trin:

- Planlægge (Plan)
- Udføre (Do)
- Undersøge (Study)
- Udføre (Act)

De 104 akkrediteringsstandarder er bygget op efter en skabelon, der svarer til kvalitetscirkelns fire trin. For hvert af de fire trin er formuleret en eller flere indikatorer, som skal bruges til at vurdere, om institutionen opfylder den pågældende standard.

Således er første trin (planlægning), at institutioner udarbejder retningsgivende dokumenter, som beskriver, hvordan institutionerne (fx hospitalet, afdelingen) når målet for den pågældende standard. Andet trin er, at institutionen implementerer de retningsgivende dokumenter, ofte formuleret som: "Alle ledere/medarbejdere kender og anvender...". Tredje trin handler om institutionernes løbende overvågning af, om de lever op til standarderne. Fx skal institutionerne dokumentere, at de overvåger mønstre i klagesager, og at de gennemfører halvårslige journalaudits. Endelig handler fjerde trin om, at institutionerne skal iværksætte konkrete tiltag med henblik på at forbedre kvaliteten og efterleve standarderne – baseret på kvalitetsovervågningen i tredje trin.

Institutionerne har relativt frie hænder til at implementere standarderne. Dog skal institutionerne gennemgå bestemte forløb, herunder selvevaluering, internt survey, audits og en endelig vurdering af et eksternt survey team, som afgør, om hospitalet kan opnå status som akkrediteret, delvist akkrediteret eller ikke akkrediteret.

Sideløbende er tilsvarende versioner udarbejdet for landets apoteker, det præhospitale område og kommuner. Herudover er versioner af DDKM under udarbejdelse for almen praksis og praktiserende speciallæger (www.ikas.dk).

DDKM har både i udviklings- og implementeringsfasen været genstand for diskussion. Den gik bl.a. på, om antallet af standarder er for omfattende. Kritikere beskyldte bl.a. modellen for at være for ressourcekrævende, og at den dermed ville tage tid fra det kliniske arbejde, føre til nedprioritering af lokale behov, og at de faglige aktørers engagement i kvalitetsarbejdet ville drukne i det massive arbejde med at leve op til eksterne krav (3,4) (5). Andre var dog mere positivt stemt og så DDKM som en enestående mulighed for at systematisere kvalitetsarbejdet, holde orden i eget hus og gøre det tydeligt, hvor ledelser på alle niveauer bør påvirke til forandring (2)(6).

Uagtet disse synspunkter for eller imod DDKM har alle landets hospitaler i perioden 2009-2012 arbejdet på at implementere DDKM og gøre sig klar til første runde af ekstern survey. Alle hospitaler har med udgangen af 2012 opnået status som akkrediteret.

1.1 Formål

Denne undersøgelse sætter fokus på implementeringen af og erfaringerne med DDKM med udgangspunkt i det forløb, som er foregået på Aalborg Sygehus (nu Aalborg Universitetshospital). Formålet er at bidrage med viden om de væsentlige udfordringer i arbejdet med DDKM og forudsætninger for, at hospitalerne opnår de ønskede effekter. Desuden vil notatet give nogle bud på, hvordan DDKM kan blive et brugbart og meningsfuldt arbejdsredskab i fremtiden.

Mere specifikt vil notatet besvare følgende spørgsmål:

1. Hvordan er implementeringen af DDKM organiseret? Hvilke forløb er sat i gang, og hvem er involveret? Herunder: Hvad er ledelsens rolle i arbejdet med DDKM?
2. Hvordan er modellens delelementer blevet brugt, og hvordan er de blevet oplevet som redskaber til kvalitetsudvikling?
3. Hvordan oplever personale og ledere udbyttet af arbejdet med DDKM, og hvordan spiller DDKM sammen med andet kvalitetsarbejde?
4. Hvad gør personale og ledere sig af tanker om DDKM i fremtiden?

1.2 Metode

Notatet er baseret på en interviewundersøgelse foretaget på Aalborg Sygehus. Den grundlæggende tanke bag udvælgelsen af informanter var at følge implementeringsprocessen vertikalt, dvs. fra hospitalsniveau til det kliniske personale via afdelingsniveauet. Interviewene er desuden gennemført i to runder.

Første runde blev gennemført, da hospitalet var midt i implementeringen af DDKM og forberedelserne til det eksterne survey i efteråret 2010. Den regionale koordinator for akkrediteringsprocessen deltog i et indledende interview i første interviewrunde og hjalp desuden med at tage kontakt til regionens hospitaler med henblik på at afklare interessen for at indgå i undersøgelsen. To hospitaler meldte positivt tilbage, og det regionale kvalitetskontor udvalgte det ene på baggrund af interne prioriteringer. På hospitalet blev den ansvarlige medarbejder for implementeringsprocessen (hospitalets kvalitetskoordinator) inter-

viewet. Denne medarbejder hjalp ligeledes med at udvælge og tage kontakt til relevante afdelinger. Desuden blev hospitalets centerakkrediteringskoordinatorer interviewet (se afsnit 2 for en beskrivelse af denne funktion).

Afdelingerne blev udvalgt med udgangspunkt i, at undersøgelsen skulle inkludere en medicinsk, en kirurgisk og en tværgående/diagnostisk afdeling. I udvælgelsen af afdelinger blev der også lagt vægt på, at mindst en af afdelingerne dækkede mindst et af de sygdomsspecifikke temaer i DDKM. I afdelingerne blev der taget kontakt til den ledende overlæge og/eller ledende oversygeplejerske med henblik på at identificere personale (akkrediteringsnøglepersoner), som var involveret i arbejdet med DDKM. I alle afdelinger blev mindst én repræsentant fra ledelsen, akkrediteringsnøglepersoner og i første runde også en repræsentant fra alle personalegrupper i afdelingerne interviewet.

Anden runde blev gennemført i efteråret 2012, dvs. ca. to år efter det eksterne survey, og efter at erfaringerne med DDKM havde bundfældet sig. I denne runde deltog samme tre afdelinger som i første runde, dog kun med deltagelse af den ledende overlæge, oversygeplejersker og/eller nøglepersoner. Derudover blev centerakkrediteringskoordinatorer og hospitalets kvalitetskoordinator interviewet. Der blev ikke foretaget interview med det kliniske personale i anden interviewrunde, da erfaringen fra første interviewrunde var, at personalets indsigt og holdninger til kvalitetsmodellen var meget sparsomme.

De fleste interview blev gennemført som gruppeinterview, og undersøgelsen omfatter i alt 14 interview med 33 informanter (se bilag 1). Alle interview er optaget på bånd, transskriberet og kodet i NVivo.

1.3 Afgrænsning

Notatet fokuserer erfaringer med DDKM fra Aalborg Sygehus og afgrænser sig derfor fra de versioner af modellen, som vedrører sundhedsvæsenets øvrige sektorer.

Denne undersøgelse vedrører desuden kun første version af DDKM. Vi har dog spurgt til informanternes tanker og overvejelser i forbindelse med DDKM version 2 i anden interviewrunde.

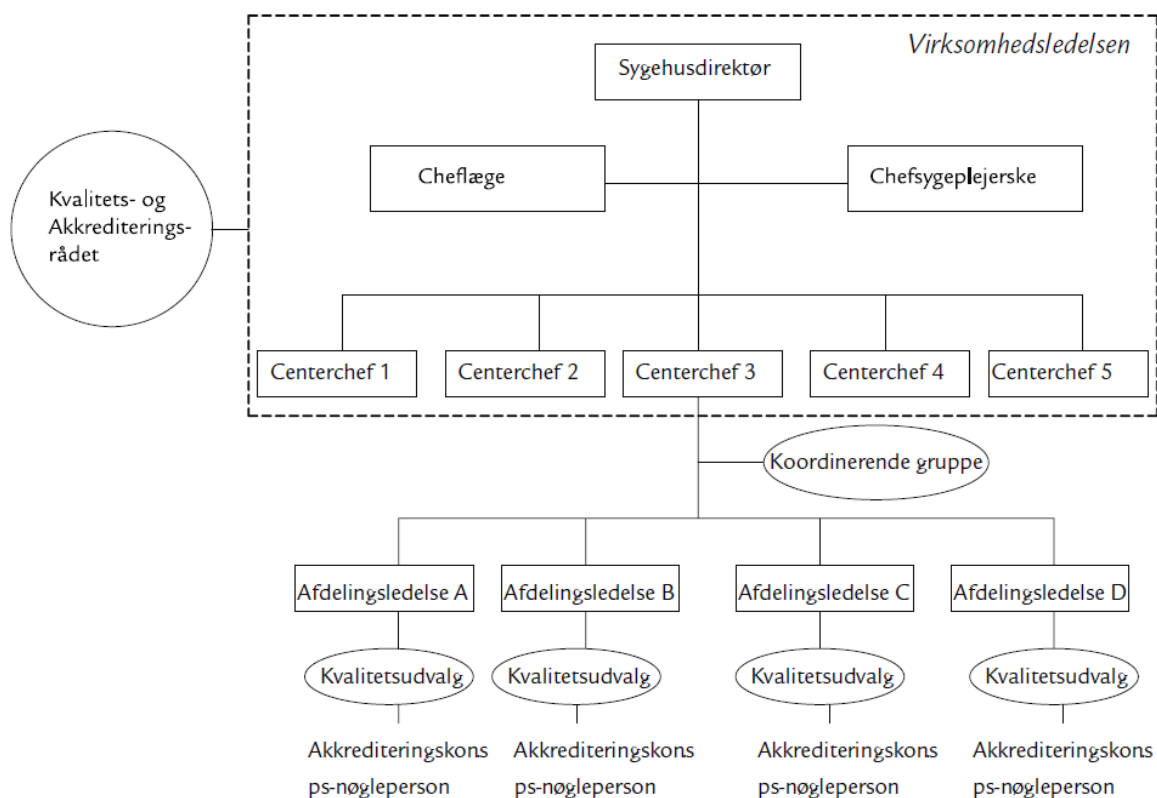
2 Kvalitetsorganisationen og redskaber i kvalitetsarbejdet

En gennemgående pointe i samtlige interviews var, at arbejdet med at blive klar til akkreditering var tidskrævende og nødvendiggjorde, at mange aktører på alle niveauer i organisationen blev involveret. Både i regionen og på hospitalet bestod et stort arbejde i at etablere formelle kvalitetsorganisationer. Disse er kort beskrevet i det følgende.

2.1 Kvalitetsorganisationen

Overordnet betragtet er kvalitetsarbejdet både i regionen og på hospitalet organiseret med udgangspunkt i et overordnet kvalitetsudvalg eller -råd samt en række ansatte i stabsfunktioner, som koordinerer arbejdet på tværs af enhederne og sikrer, at de beslutninger, som træffes i kvalitetsudvalg eller -råd, bliver implementeret.

Figur 1: Kvalitetsorganisation Aalborg Sygehus (kilde: Kvalitetsstrategi for Aalborg Sygehus 2008-2011)



2.1.1 Organisering på hospitalsniveau

På Aalborg Sygehus er etableret et **Kvalitets- og akkrediteringsråd**, som har ansvar for at sikre, at hospitalets kvalitets- og patientsikkerhedsstrategi bliver gennemført, herunder Den Danske Kvalitetsmodel. I hospitalets stabsfunktion Strategi & Udvikling er ansat en **kvalitetskoordinator**, som i samarbejde med de øvrige medarbejdere i staben fungerer som koordinerende led mellem de overordnede beslutninger, som er truffet på regions- og hospitalsniveau, og de enkelte centre¹ og afdelinger.

På Aalborg Sygehus var det en kongstanke at placere arbejdet med kvalitetsmodellen på et så højt administrativt niveau som muligt for at minimere belastningen i de enkelte afdelinger. Hospitalet havde som på regionsniveau arbejdet for, at så mange retningsgivende dokumenter som muligt blev udarbejdet på hospitals- eller centerniveau og havde desuden lagt op til, at selvevalueringer og journalaudits blev lavet på højest mulige niveau i afdelingerne – dvs. på afdelingsledelsesniveau og ikke i de enkelte afsnit.

2.1.2 Organisering på centerniveau

I det første halve år stod kvalitetskoordinatoren og to andre medarbejdere i Strategi & Udvikling for den overordnede koordinering af arbejdet med DDKM. Der opstod dog så meget efterspørgsel efter konkret hjælp fra afdelingerne, at der blev etableret en funktion som **centerakkrediteringskoordinator** i hvert center.

Centerakkrediteringskoordinatorerne har ageret bindeled mellem hospitalet og centrene og medvirket til at koordinere indsatsen på tværs af afdelingerne i de enkelte centre. De havde fx til opgave at sikre, at kravene i DDKM blev efterlevet i de enkelte afdelinger ved at informere om og rådgive afdelingerne i at gennemføre modellens delelementer. Konkret deltog centerakkrediteringskoordinatorerne i at planlægge et internt survey, bistod afdelingerne i det konkrete arbejde med at planlægge den lokale indsats, underviste i it-systemerne (PRI og TAK²) og informerede om, hvordan fx det interne survey ville komme til at forløbe m.m. Desuden har de fungeret som afdelingernes talerør til hospitalsledelsen og hospitalets kvalitetsstab og set det som en væsentlig opgave at medvirke til, at de krav og forventninger, der kommer 'oppefra' og 'udefra', også er relevante for det kliniske arbejde.

2.1.3 Organisering på afdelingerne

På afdelingsniveau er der også etableret **lokale kvalitetsudvalg**. I de tre afdelinger, som er genstand for denne undersøgelse, eksisterede der allerede kvalitetsudvalg, typisk bestående af en repræsentant for afdelingsledelsen og repræsentanter for alle personalegrupper i afdelingen.

I alle tre afdelinger beskrev de, hvordan de havde udpeget personale til at have en særlig og kontinuerlig rolle i arbejdet med DDKM. Denne gruppe af personale havde forskellige betegnelser i de tre afdelinger, og i det følgende benævnes de som **akkrediteringsnøglepersoner**. Akkrediteringsnøglepersonerne var som udgangspunkt udvalgt med henblik på at repræsentere alle personalegrupper og afsnit i afdelingen. Det varierer dog imellem afdelingerne, om denne målsætning helt eller kun delvist var opfyldt.

¹ Afdelingerne på Aalborg Sygehus er organiseret i fire centre: Hoved- og hjertecentret, Kræft- og Diagnostikcenter, Børne- og Kirurgicenter samt Medicinsk Center.

² Se beskrivelse af PRI og TAK senere i dette afsnit.

Akkrediteringsnøglepersonernes opgave var (i samarbejde med afdelingsledelsen) at planlægge og udføre selvevalueringer og journalaudits, udpege særlige indsatsområder og skabe overblik over, hvilke retningsgivende dokumenter og lokale instrukser afdelingen skulle lave. I alle afdelinger blev arbejdet med at lave retningsgivende dokumenter og lokale instrukser uddelegeret til personale med særlige kompetencer på de konkrete områder. Det har dog fortsat været et stort arbejde – primært for afdelingsledelserne og akkrediteringsnøglepersonerne – at holde styr på, *hvem der laver hvad og hvornår*. Akkrediteringsnøglepersonerne har desuden haft opgaver i relation til at informere det øvrige personale om nye retningslinjer og de enkelte delprocesser (fx internt survey). Ingen af de tre afdelinger har frikøbt personale til denne funktion³. Derfor har det været en udfordring at frigive tid til akkrediteringsnøglepersonernes arbejde med DDKM, og både fridage, afspadseringsdage og stille nattevagter er blevet taget i brug.

2.2 Nye redskaber i kvalitetsarbejdet

Med DDKM og behovet for mange nye retningsgivende dokumenter fulgte også nye behov for at samle og håndtere disse, så de var tilgængelige og let anvendelige for alle. Herudover opstod et behov for at holde styr på de mange delprocesser og data, som opstod ved fx selvevalueringer, interne surveys og journalaudits.

2.2.1 Håndtering og lagring af retningsgivende dokumenter

Det Regionale Kvalitetsudvalg traf allerede tidligt i forløbet beslutning om, at så mange retningsgivende dokumenter som muligt skulle være fælles. For det første ønskede udvalget at minimere det samlede arbejde med at udarbejde dokumenter. For det andet ønskede de at skabe overskuelighed og ensartethed på tværs af regionen. For at understøtte denne målsætning etablerede regionen et fælles system til dokumenthåndtering, PRI (Politikker, Retningslinjer og Instrukser), hvor samtlige retningsgivende dokumenter er tilgængelige. Formålet med PRI er at sikre, at alle har direkte adgang til korrekte og opdaterede dokumenter, og der er adgang til systemet via alle pc'er med internetadgang, dvs. både personlige pc'er og pc'er tilknyttet fælles arbejdsstationer (fx undersøgelsesrum og sygeplejerskekontorer). Systemet blev indført i december 2009.

Med udgangspunkt i kvalitetsmodellens standarder udarbejdede Kvalitetsrådet en oversigt over, hvilke dokumenter der skulle udarbejdes regionalt, og hvilke der skulle udarbejdes på de enkelte hospitaler, sektorer og afsnit. På hospitals- og centerniveau foregik samme øvelse, idet de lokale kvalitetsudvalg udvalgte områder, hvor der skulle være fælles retningsgivende dokumenter, og hvor afdelingerne selv skulle udarbejde instrukser.

2.2.2 TAK-systemet

TAK-systemet (Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling) blev udviklet på initiativ af IKAS med henblik på at understøtte den første akkrediteringsrunde i forskellige dele af sundhedssektoren. Systemet blev designet til at håndtere en akkrediteringsproces, der var baseret på, at surveyorne skulle have adgang til institutionernes data vedrørende implementering af akkrediteringsstandarderne. Der var således funktionalitet til, at IKAS kunne godkende fordelingen af akkrediteringsstandarder til enhedsniveau, til at surveyorne systematisk kunne gennemgå institutionernes dokumentation for indikatoropfyldelse med

³ Af interviewene fremgår det dog, at nogle afdelinger på Aalborg Sygehus havde frikøbt en eller to medarbejdere til arbejdet med DDKM.

adgang til retningsgivende dokumenter og selvevaluering, samt til journalaudit. Kun en mindre del af disse funktioner kom til at indgå i det endelige surveykoncept, så de færdigudviklede funktioner har været bibeholdt til frivillig brug for institutionerne, mens et mere enkelt surveykoncept blev implementeret og anvendt til survey efter første version af akkrediteringsstandarderne. En mindre del af sygehusene har benyttet TAK-systemet til at understøtte den interne kvalitetsopfølgning, således at de kunne skabe sig overblik over målopfyldelse på afdelings- og institutionsniveau (mailkorrespondance med Connie Fuhendorff, IKAS).

TAK-systemet er altså et system udviklet af IKAS og derfor ikke et regionalt eller lokalt udviklet værktøj. Vi har valgt at tage det med i denne beskrivelse alligevel, da det af flere interview fremgår, at systemet har været hyppigt anvendt og dermed er et væsentligt værktøj i implementeringsprocessen på Aalborg Sygehus. TAK-systemet blev nedlagt 1. januar 2013⁴.

2.3 Involvering af personalet

Selvom der fra både regionens og hospitalets side har været en bevidst strategi om at skåne personalet i implementeringsarbejdet, så har der alligevel været fokus på at informere personalet om det store arbejde, som har udspillet sig i kulisserne, og involvere dem i relevante opgaver. Forud for akkrediteringsbesøget bestod arbejdet i at informere personalet om den proces, der var i gang, og om de mange nye retningslinjer der blev udarbejdet i implementeringsfasen. Derudover var det som tidligere nævnt en væsentlig opgave at involvere personalet i de dele af arbejdet, som krævede klinisk indsigt, nemlig udarbejdelsen af retningsgivende dokumenter.

2.3.1 Information til personalet

Både afdelings- og afsnitsledelser samt de akkrediteringsnøglepersoner, som eksplicit var udpeget til at deltage i implementeringen af DDKM i afdelingerne, oplevede, at en stor opgave i perioden op til akkrediteringsbesøget var at holde det øvrige personale informeret om den proces, der var i gang. For det første var det væsentligt at skabe en grundlæggende forståelse for modellen som helhed. For det andet var det nødvendigt at holde personalet informeret om den løbende strøm af retningslinjer, som gerne skulle udmønte sig i nye måder at udføre arbejdet på blandt personalet på alle niveauer i organisationen. Dette ikke mindst set i lyset af det eksterne survey, hvor et team af eksterne surveyors, på baggrund af besøg i udvalgte afdelinger, vurderer, om hospitalet kan opnå akkrediteringsstatus. Her skulle personalet klædes godt på, så de både var bekendt med forløbet af det eksterne survey, de forberedende opgaver inden da, samt være i stand til at besvare de spørgsmål, som surveyor-teamet eventuelt ville stille dem.

⁴ TAK-systemet blev nedlagt 1. januar 2013, da IKAS vurderede, at det ikke længere var anvendeligt til de nugældende akkrediteringsstandarder, surveykoncept og planlægningsbehov uden betragtelig investering i videreudvikling. Brugen af TAK til interne kvalitetsformål har været meget forskellig fra institution til institution. Opgørelser fra IKAS Kvalitetsrapport 2011 viser, at knap halvdelen af sygehusene har benyttet TAK-systemet til selvevaluering og journalaudit som forberedelse til 1. akkrediteringsrunde. Debatten om dokumentationsbyrden bestyrkede yderligere IKAS i, at dokumentationsopgaven skulle begrænses, og at initiativet til registrering af intern kvalitetsopfølgning skulle ligge hos institutionerne selv. IKAS har dog i samarbejde med nogle interesserede TAK-brugere udviklet helt simple Excel-værktøjer, som fx kan benyttes til selvevaluering på den enkelte afdeling (mailkorrespondance med Connie Fuhendorff, IKAS).

Udbredelse af personalets kendskab til modellen som helhed

I et interview fortæller en af akkrediteringsnøglepersonerne, hvordan det undervejs i forløbet forud for det eksterne survey var gået op for hende, at der blandt personalet havde været forvirring omkring væsentlige elementer af DDKM. I opstartsfasen havde der været fælles introduktionsmøder på hospitalet, men det havde været frivilligt for personalet at deltage. Derfor manglede der en grundlæggende forståelse for, hvad modellen indebar. Eksempelvis havde hun observeret, at noget af personalet ikke havde en korrekt forståelse af ord som 'standard' og 'akkreditering', og hun havde derfor valgt at undervise personalet i modellens grundlæggende elementer. Selv ved anden interviewrunde konstaterer samme akkrediteringsnøgleperson, at disse begreber ikke 'sidder helt fast' endnu hos hele personalegruppen.

Personalets kendskab til nye retningslinjer

De tre afdelinger havde gjort brug af mange forskellige metoder og kilder til at sprede information om de mange løbende retningslinjer, som blev produceret i implementeringsfasen.

Helt grundlæggende skulle personalet blive fortrolige med PRI-systemet. Afdelingernes akkrediteringsnøglepersoner fortalte i første interviewrunde, hvordan de brugte meget tid på sidemandsoplæring i PRI-systemet og sørgede for, at alle medarbejdere havde direkte adgang til PRI-systemet via deres personlige pc-profiler. En afdeling havde også arrangeret workshops, hvor personalet var blevet undervist i at bruge PRI. Selvom en af akkrediteringsnøglepersonerne jokede med, at det havde nærmet sig indoktrinering, så var resultatet, at PRI-systemet allerede i første interviewrunde var et både kendt og anvendt redskab til at finde relevante retningslinjer. I interview med både afdelingsledelser, akkrediteringsnøglepersoner og frontpersonale blev der givet eksempler på, hvordan det kliniske personale havde brugt systemet i situationer, hvor de manglede svar på konkrete spørgsmål. De orienterede sig også i andre afdelingers lokale instrukser, enten på områder af særlig faglig interesse, eller i situationer hvor de skulle agere i udkanten af deres kompetenceområder. En sygeplejerske på den kirurgiske afdeling fortalte bl.a., hvordan hun måtte læse op på en instruks om stomipleje i forbindelse med operationen af en konkret patient, og hvordan de havde brugt PRI til at orientere sig om særlige forhold ved børn og operationer.

Herudover havde de lokale kvalitetsudvalg rundsendt referater fra kvalitetsudvalgsmøder og udarbejdet nyhedsbreve, som løbende opsummerede, hvilke nye retningslinjer der var udarbejdet. Dette blev i nogle afdelinger også fulgt op af enten afdelingsledelsen eller akkrediteringsnøglepersonernes deltagelse på morgenmøder. Selvom personalet i princippet skulle have kendskab til alle retningslinjer, så gjorde afdelingsledelserne i samarbejde med akkrediteringsnøglepersonerne i afdelingen en dyd ud af at udvælge de retningsgivende dokumenter, som var mest relevante for den enkelte afdeling eller afsnit, så personalet ikke druknede i informationer, de alligevel ikke ville kunne huske. Herudover gav både akkrediteringsnøglepersoner og afdelingsledelse i flere af interviewene udtryk for, at de i løbet af processen var blevet klar over, at de selv var nødt til at gå aktivt ind i en dialog med personalet om de informationer, der blev sendt rundt. Frontpersonalet henvendte sig ikke automatisk, hvis de havde spørgsmål, og ofte viste det sig, at personalet havde opfattet den skriftlige information helt anderledes, end den var tiltænkt, eller var optagede af helt andre spørgsmål end dem, afdelingsledelser eller akkrediteringsnøglepersoner troede.

Kvalitetsudvalgene i de interviewede afdelinger gjorde også en del ud af at udbrede kendskabet til indholdet i de nye retningslinjer. I denne proces havde de lokale kvalitetsudvalg typisk også sat et bundniveau og udvalgt nogle retningslinjer, som personalet som minimum skulle kende indgående. Metoderne var meget forskellige: I en afdeling blev persona-

let bedt om at krydse af i et skema, når de havde læst bestemte retningslinjer. En akkrediteringsnøgleperson fortalte, hvordan hun havde været rundt til morgenmøder i alle teams i det afsnit, hun var ansvarlig for, for at gennemgå spørgsmål, som kunne blive stillet ved akkrediteringsbesøget. Dette var en meget styret proces med helt konkrete spørgsmål og med foruddefinerede svar: "Hvis de spørger om det, så svarer I ...". Sådanne informationsmøder havde også den effekt, at både det interne og eksterne survey blev afdramatiseret. Fra at personalet udtrykte usikkerhed omkring, hvad de ville blive spurgt om og var nervøse for at svare forkert på, så lykkedes det i denne afdeling at vende stemningen, så personalet havde en klar idé om, hvordan de skulle agere ved den eksterne survey. En af akkrediteringsnøglepersonerne beskrev fx, hvordan personalet i forbindelse med en gennemgang af spørgsmål og svar havde givet udtryk for, at de var overraskede over, at de 'bare' skulle sige det, som de gjorde i forvejen, og lettede over at opdage, at de vidste det hele i forvejen og grundlæggende gjorde det godt nok. En afdeling havde også arrangeret en konkurrence, hvor personalet skulle udfylde et 'Tip en 13'er' med spørgsmål fra hygiejnemappen, og hvor vinderen fik præmie.

En grundlæggende udfordring i relation til at udbrede kendskabet til de mange nye retningslinjer, som gerne skulle udmønte sig i adækvat adfærd i hele personalegruppen, var at få informationen ud til personalet i nattevagter. Særligt det personale, som fast var i nattevagt, var svære at nå. En afdeling havde forsøgt at løse dette problem ved at lave en liste over datoer, som personalet kunne tilmelde sig mere individuelle seancer, hvor fx en akkrediteringskonsulent fortalte om PRI eller indholdet i bestemte retningslinjer.

2.3.2 Repræsentation af alle faggrupper i afdelingernes kvalitetsorganisation

Afdelingerne har organiseret og sammensat deres lokale kvalitetsorganisationer forskelligt. I alle tre afdelinger har man dog valgt, at akkrediteringsnøglepersonerne kun skulle arbejde direkte med kvalitetsudvikling i en del af deres arbejdstid. I størstedelen af tiden fungerer de som 'almindelig' læge, sygeplejerske, sekretær osv. Det betød, at de havde været til stede der, hvor de retningsgivende dokumenter skulle bruges, de kendte den daglige praksis og havde haft bedre mulighed end fx afdelingsledelsen for at opdage og påpege, når den kliniske praksis afveg fra retningslinjerne. Særligt i den ene afdeling var de meget opmærksomme på, at akkrediteringsnøglepersonerne skulle have deres daglige gang i afdelingen:

"Det var noget, vi diskuterede meget i starten, hvordan organisationen skulle være. Skulle det være en, der sad på et kontor for sig selv? Jeg holdt hårdnakket på, at jeg skulle blive ved med at være dernede (i afdelingen) i hverdagen. For hvis man ikke er det, så kan man ikke forholde sig til hverdagen, og der går ikke lang tid, før man er langt væk. Så synes de [det øvrige personale] bare, at man er en irriterende en, der kommer rendende hele tiden. Det er noget andet, når man arbejder med dem ... De ser jo også, at jeg gør det". (Sygeplejersker og akkrediteringsnøgleperson)

Det handlede ikke kun om at være 'bussemand' over for det øvrige personale og påpege, at det er vigtigt at tage handsker på eller at huske at sætte labels med cpr-numre på doseret medicin, men også om at kunne tage en snak med det samme om, hvorfor det er vigtigt at følge en retningslinje, eller hvorfor den er svær at efterleve. I denne afdeling var afdelingsledelsen også meget bevidst om, at alle personalegrupper skulle være repræsenteret med en akkrediteringsnøgleperson og havde særligt presset på for at få en læge til at påtage sig arbejdet. Formålet var bl.a. at være til stede i de fora og i den dagligdag, hvor personalet

formelt og uformelt diskuterer klinisk praksis, men også at legitimere DDKM i lægegruppen, som var meget skeptisk i starten.

2.3.3 Uddelegering af delopgaver til personalet

Ledelsen og akkrediteringsnøglepersonerne på alle niveauer i organisationen havde primært en koordinerende og informerende funktion og uddelegerede mange af de opgaver, som bestod i at give standarderne et fagligt indhold. De nedsatte eksempelvis arbejdsgrupper eller udpegede enkeltpersoner blandt personalet til at udarbejde eller opdatere relevante retningslinjer.

En afdeling beskrev, at de havde valgt en meget styret struktur for dette arbejde, hvor de skrev grundige instruktioner for den konkrete opgave og valgte kun at give mindre og afgrænsede opgaver. Udover det store koordineringsarbejde fortalte afdelingens repræsentanter i anden interviewrunde, at en ulempe ved denne fremgangsmåde var, at personalet havde mistet overblikket over implementeringsprocessen, hvor de kun var blevet en lille del. Ved at pensle opgaverne meget nøje ud kunne opgaven forekomme meningsløs for den, der skulle løse den, fordi det var svært at se, hvordan den skulle bidrage til den samlede kvalitetsudvikling. I dette interview reflekterede afdelingen over vigtigheden af at ramme det rette niveau for at involvere personalet i relativt afgrænsede og overskuelige opgaver, men så opgaven stadig giver mening, og helheden ikke forsvinder.

2.4 Opsamling

DDKM har sat sit tydelige aftryk på hospitalet i form af nye organisatoriske strukturer og funktioner. Der har været og er fortsat rigtig mange aktører involveret i kvalitetsarbejdet.

På alle niveauer i organisationen har man gjort sig overvejelser over, hvordan arbejdet med DDKM kunne organiseres, så det belastede organisationen mindst muligt og ikke tog unødigt tid fra det kliniske arbejde. Dette har i praksis været en balancegang mellem på den ene side at udføre arbejdet på færrest mulige hænder og på den anden side gøre hele organisationen inklusiv alle medarbejdere klar til akkreditering ved at involvere og informere dem samt skabe en forståelse af det fælles projekt, som man var i gang med.

3 DDKM i samspil med øvrigt arbejde

I begge interviewrunder står det klart, at personalet i de tre afdelinger brugte meget tid på at udarbejde retningsgivende dokumenter og efterfølgende omsætte retningslinjerne til handling. Implementeringen af DDKM var og er stadig en tidskrævende opgave og proces, som trækker på ressourcer hos både ledelsen på forskellige niveauer og personalet. Det krævede hårdt arbejde i alle afdelinger at blive klar til akkrediteringen og det eksterne survey i efteråret 2010 og betød, at *"alt andet blev sat i stå. Vi måtte ikke andet end at snakke Den Danske Kvalitetsmodel"*, som en sygeplejerske beskrev tiden før akkrediteringen. Samtidig var DDKM især under den første interviewrunde et perifert projekt for personalet, som havde svært ved at se meningen med DDKM og det arbejde, de lagde i forbindelse hermed. Det var derfor en udfordring at gøre DDKM til et fælles projekt, som alle i afdelingerne kunne se en mening med.

3.1 DDKM udskød andre projekter

I de tre interviewede afdelinger er oplevelsen den samme: den tidskrævende og omfattende proces før det eksterne survey betød, at andet kvalitetsarbejde og andre opgaver blev skubbet i baggrunden til fordel for DDKM og det at opnå stemplet som *akkrediteret*. En centerakkrediteringskoordinator beskriver i nedenstående citat, hvordan tiden efter akkrediteringen blev oplevet:

"Vi trak vejret igen. Det lyder jo ikke pænt, men der blev overskud til nogle andre ting. Først tog man en pause, og så begyndte man at tænke på, at vi også havde andre udviklingsprojekter eller andet i afdelingen, vi gerne ville kigge på. Sådan var det i hvert fald hos os, fordi alt blev sat ind på det her. Alle kurser og al udvikling var sat i bero, fordi nu var det det her, vi skulle!" (Centerkvalitetskoordinator)

Mange lokale kvalitets- og udviklingsprojekter blev altså udskudt til efter den eksterne survey. Især projekt Patientsikkert Sygehus⁵ bliver nævnt som ét af de områder, som bevidst blev nedprioriteret, da der ikke var overskud til at fokusere på det.

"For eksempel med Patientsikkert Sygehus har det nogle gange været lidt en udfordring, for det skal vi også. Man kommer nemt til at stå med for mange mål, som er lige vigtige, og det er svært at navigere i, og den fejl har vi nok begået lidt. Så der er ikke noget, som taler imod hinanden, der er bare meget, og hvordan prioriterer vi det?" (Kvalitetskoordinator)

I interviewene blev der som udgangspunkt ikke nævnt kvalitetsudviklingsprojekter eller øvrigt arbejde, som stod i direkte modstrid med DDKM. Én afdeling var dog pålagt andre løbende kvalitetsevalueringer og mente, at DDKM ikke bidrog med et kvalitetsløft på samme måde som de øvrige afdelinger.

Som kvalitetskoordinatoren udtalte i ovenstående citat, er det en udfordring at prioritere, hvilket kvalitetsarbejde og opgaver der har større prioritet frem for noget andet i en given periode. DDKM er en national og udefrakommende model, som ikke nødvendigvis harmonere-

⁵ Patientsikkert Sygehus er et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som har til formål at optimere patientsikkerheden. Fem danske sygehuse deltager i projektet, som finder sted fra 2010-2013.

rer med den måde, afdelingerne hidtil har arbejdet med kvalitetsudvikling på. Det er derfor en ledelsesmæssig udfordring både på hospitals- og afdelingsniveau dels at synliggøre, på hvilke områder modellen bidrager til bedre og mere sikre patientforløb og lettere arbejdsgange for personalet, dels at prioritere hvilket kvalitetsarbejde og mål der får førsteprioritet i en periode. Udfordringen er bl.a., at nationale aktører ifølge kvalitetskoordinatoren sender blandede signaler, som både sætter fokus på Patientsikkert Sygehus, hvor målet bl.a. er at eliminere forekomsten af tryksår opstået under indlæggelse, samtidig med en udmelding om at kræftpakker er det vigtigste. Det kan opleves som signalforvirring og urealistiske mål, som er svære at få til at spille sammen i hverdagen, hvorfor prioritering opleves som en nødvendighed, der ikke nødvendigvis kan løses af afdelingsledelserne alene.

3.2 DDKM understøtter kvalitetsarbejde

De interviewede aktører er generelt enige om, at den tid og de ressourcer, som de har lagt i arbejdet med DDKM, har båret frugt. De mener, at DDKM har styrket og optimeret det eksisterende kvalitetsarbejde, bidraget til et øget fokus på kvalitet og sat en fælles ramme om det. Samtidig har modellen i nogle afdelinger introduceret en ny systematik i måden at arbejde med kvalitetsudvikling, eksempelvis ved hjælp af de fortløbende selvevalueringer og journalaudit. Mange oplever, at DDKM begynder at komme ind under huden på dem, og mange standarder om fx hygiejne og medicinering efterleves nu ubevidst: *"Det ligger implicit i vores måde at gøre tingene på"*, som en sygeplejerske udtaler. Enkelte stiller sig selv det spørgsmål, hvorvidt det er DDKM som redskab, der har styrket det generelle kvalitetsarbejde:

"Den har vel givet fokus på kvalitet, så på den måde har den jo styrket det. Men om det ligeså godt kunne være en anden model? Ja, det kunne det sikkert. Nu er det Den Danske Kvalitetsmodel, men den kom bare først". (Centerakkrediteringskoordinator)

Før DDKM trådte i kraft oplevede flere af de interviewede, at *"vi har trængt til skabeloner og standarder, og det har sat skub i en proces"*, som en sygeplejerske fra en medicinsk afdeling udtaler. Set i det lys landende DDKM på et tørt sted og udfyldte et behov for flere retningslinjer og overblik over kvaliteten⁶.

3.3 Opsamling

Blandt personale og ledelse på de tre afdelinger er der ingen tvivl om, at implementeringen af DDKM og forberedelsen af det eksterne survey har kostet tid og ressourcer. Dette har på én og samme tid styrket og optimeret det allerede eksisterende kvalitetsarbejde på hospitalet og udskudt andet kvalitetsarbejde.

DDKM har bidraget til et øget fokus på kvalitet, givet et bedre overblik og overordnet sat en ramme for kvalitetsarbejdet. Derudover har DDKM introduceret en ny systematik i måden at arbejde med kvalitetsudvikling på. Dog er kurser, andre udviklingsprojekter, forskning m.m. blevet sat i bero i perioden inden selve akkrediteringsbesøget. DDKM er ikke i direkte modstrid med andet kvalitets- og udviklingsarbejde, men de interviewede afdelinger savner en mere præcis prioritering og planlægning af kvalitetsarbejdet i fremtiden.

⁶ For yderligere beskrivelser af det oplevede udbytte af DDKM henvises til afsnit 5 'Udbytte af DDKM'.

4 Ledelsens betydning og rolle

Afdelingsledelsens betydning og rolle i kvalitetsarbejdet er altafgørende for en god implementeringsproces. Sådan sagde både personale og akkrediteringsnøglepersoner i begge interviewrunder. Går ledelsen ikke i front, og signalerer de ikke tydeligt, hvad de ønsker af personalet, vil kvalitetsarbejdet falde til jorden.

4.1 Ledelsesopbakning på alle niveauer

Hospitalsledelse, afdelingsledelse og centerledelse spiller alle en rolle og har alle et ansvar for, at DDKM bliver implementeret på hospitalet på succesfuld vis:

“Man skal have ledelsen med – på alle niveauer fra top til de ledelser, der står ude i afsnittene. Vi skal have involveret så mange som overhovedet muligt. Alle skal interessere sig for kvaliteten”. (Kvalitetskoordinator)

Der er en signalværdi for afdelingerne i, at de øverste ledelsestrin signalerer, hvad målet er, og at implementeringen af DDKM og kvalitetsarbejde generelt bliver højt prioriteret på hospitalet. Kvalitetsarbejdet er *“ikke noget, der gror nede fra. Der er ikke afdelinger, der siger: ‘Gud, det kunne være spændende – lad os se, om vi kan optimere det her’. Det hele kommer ovenfra”*, som en centerakkrediteringskoordinator udtrykker det. Derfor er der nødt til at være dedikerede ledelsespersoner på samtlige af de forskellige ledelsesniveauer, som er enige om den overordnede strategi, og som kan inspirere hinanden nedad, således at det i sidste led forankres hos personalet i afdelingerne:

“De [hospitalsledelsen red.] skal jo inspirere deres næste ledelsestrin – klinikledelsen eller centerledelsen – som så skal inspirere deres afdelingsledelse. Jeg tænker, at der er sådan en tråd igennem. Det kan ikke hjælpe noget, der sidder en hospitalsledelse, som synes, det er en dårlig idé eller kun vil snakke økonomi”. (Centerakkrediteringskoordinator)

Faren er dog samtidig, at det kan være uinspirerende for personalet altid at arbejde med det, som de får at vide, de skal, men i denne henseende er det en nødvendighed for at gøre kvalitetsarbejdet til en naturlig del af hverdagen.

Igen er det vigtigt, at alle faggrupper er repræsenteret. Hvis kun den ledende sygeplejerske er involveret, *“så er halvdelen af lægerne allerede hoppet af. De gider ikke høre på hende”*, som en ledende overlæge formulerer det. Hvis man vil gennemføre DDKM som et tværfagligt projekt, er det derfor afgørende, at tværfagligheden starter på ledelsesniveau.

4.1.1 Afdelings- og afsnitsledelsens betydning

Afdelingsledelsen bliver i interviewene fremhævet som en væsentlig – måske den væsentligste – drivkraft i kvalitetsarbejdet som helhed og i implementeringen af DDKM. Der er bred enighed om, at det er vigtigt, at afdelingsledelsen sætter nogle mål og signalerer, hvad de vil:

“De skal sætte fokus på det, synliggøre, gå foran, sige igen og igen at det her er vigtigt! Det skal gennemsyre dagligdagen. Det skal ikke bare være noget, vi tager frem på et møde en gang om ugen eller en gang om måneden”. (Centerakkrediteringskoordinator)

På alle tre afdelinger har DDKM affødt reaktioner fra personale, som synes, de bruger for meget tid på DDKM, eller at de nye retningslinjer er irrelevante eller er i modstrid med noget, "jeg har gjort i 20 år". Her er en fælles ledelsesbeslutning om at stå fast på de beslutninger, som er truffet – ofte i tværfaglige kvalitetsudvalg – væsentlig for, at DDKM bliver andet end bare papirarbejde. Samtidig medvirker en stærk ledelsesopbakning til, at processen bliver gennemført til tiden, og at fx akkrediteringsnøglepersonerne får mandat til at gennemføre deres arbejdsopgaver:

"Ledelsens fokus, at de i organisationen kan se, at der kommer feedback fra ledelsen, at de støtter op omkring det: 'Vi vil det her, og vi anerkender det og bruger tid på det', det er helt afgørende. Jeg kan se i nogle afdelinger, hvor man ikke gør det; der står akkrediteringskonsulenterne og ringer til mig og siger: 'Hvad skal jeg gøre, jeg kan ikke få opbakning'. Og så mister de jo deres handlemulighed". (Centerakkrediteringskoordinator)

Det interviewede personale pointerer som særlig vigtigt, at afsnitsledelsen er involveret for at opnå de forventede og ønskede resultater samt en god implementeringsproces. Forklaringen er bl.a., at det er afsnitsledelsen, som har fingeren på pulsen og ved, hvad der foregår ude i de enkelte afdelinger. Det er af stor betydning, at *frontledelsen*, som afsnitsledelsen kaldes i interviewene, er involveret, da:

"Det er dem, der driver hele processen ude i afdelingerne og får spurgt ind til, hvordan det går og ser, hvad det er, der er svært og får rost de rigtige steder. Hvis ikke man har en afsnitsledelse, der formår det, så kommer vi ingen steder." (Centerakkrediteringskoordinator)

Personalets oplevelse er primært, at implementeringen af DDKM har haft ledelsesopbakning. De fleste interviewede mener, at der har været tale om en god proces, og mange har følt, at de har haft den fulde opbakning: "Man ved, at de er på sidelinjen, hvis der er brug for det", som en sygeplejerske udtaler.

Centerakkrediteringskoordinatorerne oplever, at nogle afdelinger er mere samarbejdsvillige og lettere implementerer DDKM i det daglige arbejde end andre afdelinger. De mener, at der er en klar sammenhæng mellem graden af modstand mod implementeringsprocessen blandt personalet i en afdeling og holdningen til DDKM hos afdelingens ledelse. Ledelsens engagement er afgørende for, hvad der siver ned i afdelingen, og hvor gode personalet i afdelingen er til at acceptere og implementere DDKM.

4.2 Prioritering og anerkendelse af kvalitetsarbejdet

På hospitalsniveau er det nødvendigt, at ledelsen sætter kvalitetsarbejde på dagsordenen på lige fod med eksempelvis drift og økonomi, således at kvalitetsmål er ligestillede med andre krav, som hospitalet også skal efterleve. Kvalitetskoordinatoren udtrykker det således:

"Det er noget af det, som er ledelsens fornemste opgave: at få det tænkt sammen med økonomi og aktivitet: 'Når I jeres budget, jeres økonomi og jeres kvalitetsmål?' De tre ting skal være ligeværdige. For det nytter ikke noget, at økonomien er god, hvis kvaliteten halter. Så de skal også være med til at sige, at hvis ikke kvalitetsmålene nås, så er det lige så alvorligt, som hvis man ikke har en god økonomi eller ikke når budgettet". (Kvalitetskoordinator)

I et interview med ledelsen på en af afdelingerne bliver det dog nævnt, at de oplever en lidt skæv incitamentsstruktur, hvor afdelinger, som oplever kvalitetsbrist, bliver kompenseret med flere midler. Trusler om, at 'der falder brænde ned', eller at afdelingsledelsen bliver fyret, hvis kvaliteten ikke er i orden, hænger i luften, men der følger ikke tilsvarende ros med, hvis afdelingen gør det godt:

"Tænk, hvis der var nogen, der sagde, at man gør det super godt, og at det var godt, det man lavede. Så tror jeg, at jeg ville flyve resten af måneden. I stedet for at der altid er fokus på det, som vi ikke når". (Ledende overlæge)

Samme pointe fremhæver kvalitetskoordinatoren og adresserer denne kritik til hospitalsledelsen, som både skal give opmærksomhed til de afdelinger, som ikke når målene, men også "lade lyset stråle på dem, der kan".

Anerkendelse af kvalitetsarbejdet opstår dog også, hvis ledelsen og kvalitetschefen i regionen tropper op ude på afdelingerne. Ledelsens fysiske fremmøde signalerer, at der er opbakning og udviser, at 'det her er vigtigt nok til, at ledelsen kommer ud til os', som kvalitetskoordinatoren forklarer og fortæller, at dette hidtil har været fraværende i implementeringen af DDKM. En afdeling rejser ligeledes kritik af hospitalets kvalitetsorganisation, som de mener ikke har været nok til stede i den pågældende afdeling i løbet af implementeringsprocessen.

På afdelingsniveau er en af de vigtigste måder, hvorpå ledelsen kan signalere, at DDKM og kvalitetsarbejde generelt er højt prioriteret, at afsætte tid og ressourcer til, at personalet kan arbejde med det i hverdagen, fx ved at signalere at der må bruges arbejdstid på at arbejde med DDKM.

"Det er også noget af det, jeg synes, der er vigtigt: At det prioriteres! At der er afsat tid til at kunne arbejde med det, og at det er planlagt, så det ikke bare bliver sådan noget tilfældigt noget, som man skal nå en eftermiddag". (Sygeplejerske)

Kvalitetsarbejde må ikke reduceres til noget, som personalet skal nå at lave en eftermiddag ved siden af dagens andre opgaver. Det skal derimod planlægges og struktureres. At ledelsen afsætter ressourcer som tid og rum til at arbejde med kvalitet og implementering af DDKM som beskrevet i ovenstående signalerer netop overfor personalet, at ledelsen anerkender arbejdet, hvilket er nødvendigt for at opnå de ønskede resultater. En sygeplejerske forklarer:

"Det signalerer jo også anerkendelse af arbejdet. Alt, der ikke er planlagt ... det er jo ikke noget, som ledelsen anerkender som særligt vigtigt. Men hvis man konstruerer det og siger sådan og sådan, og at det også har sin plads, så er det en usynlig anerkendelse af arbejdet". (Sygeplejerske)

Personalets oplevelse er, at det arbejde, som er planlagt, også er det arbejde, der er anerkendt af ledelsen. Etableringen af en kvalitetsorganisation er én måde at signalere og tydeliggøre, at kvalitetsarbejde bliver højt prioriteret og er sat på dagsordenen. Centerakkrediteringskoordinatorene fortæller dog, at det ikke er alle ledelser på hospitalet, som har afsat ressourcer til det i deres respektive afdelinger. Anerkendelse kan dog også være et skulderklap fra den nærmeste leder eller et 'godt gået', når noget lykkes.

4.3 Opsamling

Ledelsesopbakning og ledelsesforankring er afgørende for, hvordan personalet arbejder med kvalitet og implementerer DDKM. Ledelsen skal sætte nogle tydelige mål, og de skal signalere, hvad de vil på alle ledelsesniveauer – fra afsnitsledelser til hospitalsledelsen. På alle niveauer er det også vigtigt, at ledelse og det personale, som er dedikeret til at implementere DDKM, formår at formidle, hvorfor DDKM er et relevant og meningsfuldt projekt. De interviewede oplever generelt, at de har haft opbakning i ledelsen til at implementere DDKM, og at det har været en god proces. Samtidig rejser flere den kritik, at topledelsen og hospitalets kvalitetsorganisation burde have vist sig mere ude på selve afdelingerne. Dette for at holde fanen højt og vise personalet, at DDKM er et højt prioriteret område.

Ønskerne til de forskellige ledelsesniveauer og den kritik, der rejses i dette afsnit, er for så vidt ikke overraskende, givet de positioner og funktioner de interviewede hver især taler ud fra. Dog understreges det, at ledelsens betydning for kvalitetsarbejdet ikke forsvinder, fordi hospitalet har formået at skabe større respekt om kvalitetsarbejdet og opbygget en større kvalitetsorganisation. Tværtimod er det en del af forudsætningen for, at både kvalitetsmedarbejdere og det øvrige personale kan udfylde deres rolle og bidrage til kvalitetsarbejdet.

5 Udbytte af DDKM

Interviewene giver overordnet det indtryk, at udbyttet af at arbejde inden for rammerne af DDKM har givet et positivt udbytte, både hvad angår måden at strukturere kvalitetsarbejdet og holdningen til kvalitetsarbejde som et vigtigt fokusområde.

5.1 Forløb, sammenhæng og systematik

Et væsentligt udbytte af arbejdet med DDKM er, at hospitalet som helhed og de enkelte afdelinger fik en øget forståelse for, at tingene er nødt til at hænge sammen på tværs af hospitalet, ikke mindst for patienterne i forbindelse med overgangen mellem afdelingerne. I starten af implementeringen af DDKM var personale og ledelse på tværs af fagfællesskaber nødsaget til at sætte sig ned omkring det samme bord og forholde sig til de kvalitetsmål og akkrediteringsstandarder, som hospitalet skulle efterleve i fællesskab og på tværs af afdelinger for at blive akkrediteret. De interviewede mener, at blot det at sidde omkring det samme bord har opbygget en viden, som har været med til at løfte kvaliteten for patienterne:

”Jeg tror, vi har haft en fælles opgave, der hedder, at vi skulle bestå eksamen, og det har bare gjort, at vi blev nødt til at snakke sammen om det og finde ud af, hvordan gør vi det her. Jeg vil sige, at sammen er vi rigtig stærke”. (Centerakkrediteringskoordinator)

”Vi er blevet bedre til at tænke i forløb og på tværs. Der opstod en masse samarbejdsaftaler, som ikke havde været der før mellem afdelingerne, og alle de der overgange kom der mere fokus på”. (Kvalitetskoordinator)

I den tværgående afdeling fortalte akkrediteringsnøglepersonerne, at de i højere grad indtænker deres egen rolle i patientforløbet, i forhold til hvor i forløbet de mest hensigtsmæssigt kommer ind i det pågældende patientforløb, i stedet for hvornår det passer afdelingen bedst. Samtidig er der kommet et bedre samspil mellem samme type afdelinger på forskellige hospitaler. Den fælles opgave, som hospitalet stod over for, har også givet et øget samarbejde internt på hospitalet. Centerakkrediteringskoordinatorerne oplever at have fået et bedre samarbejde med hospitalets kvalitetsorganisation, som har resulteret i en fast møderække, hvor de sammen koordinerer forskellige opgaver.

Der er også andre faktorer foruden DDKM, der har bidraget til, at forløbstankegangen er blevet stærkere, men de interviewede oplever, at DDKM har sat skub i processen. De vurderer, at DDKM har givet dem input til den videre udvikling af tracer-tankegangen, som forløbstankegangen også kaldes, og derved bidraget til fortsat kvalitetsarbejde. Modellen opleves i høj grad at have sat en ramme for, hvad der er vigtigt at fokusere på:

”Det har givet os et styringsværktøj, hvor vi ikke skal diskutere, hvad der er vigtigt, og hvad vi skal. Det er det her, vi skal, og der er ikke nogen, der ikke er enige i, at de ting, der er sat fokus på i DDKM, det er de rigtige. Man kan sige, at der er for meget, der bliver for bureaukratisk og for tungt, og der bruges for meget tid på registreringer. Men ideen i det – hvad er det, vi gerne vil for patienterne? – den er der ikke nogen, der er uenig i mere. På den måde har det givet os en ramme”. (Kvalitetskoordinator)

Også på de tre afdelinger har DDKM givet både ledelse og personale rammen for en systematisk tilgang til at udpege, hvilke områder der skal arbejdes med for at højne kvaliteten. Samtlige interviewede mener, at DDKM har bidraget til en positiv udvikling i form af mere struktur og standardisering, mere ensrettethed og en større bevidsthed mod kvalitet. Enkelte er tvivlende over for, hvorvidt det er DDKM, der har bidraget til den positive forandring, men langt størstedelen oplever DDKM som netop det, der har haft afgørende betydning.

5.2 Fokus på 'blinde pletter'

De interviewede mener, at DDKM har sat fokus på nogle af de områder, som risikerer at glide i baggrunden i hverdagen, når andre opgaver presser sig på. Personalet på en medicinsk afdeling beskriver, at alle instrukser er blevet opdateret, og man *"går efter den sidste nye viden hele vejen rundt"*, og *"så giver det en god anledning til at stramme op, hvis vi hænger lidt i bremsen"*. Efter akkrediteringen i 2010 har afdelingerne arbejdet videre med nogle af de områder, som DDKM har sat fokus på, og hvor ledelser og personale blev opmærksomme på, at der var forbedringspotentiale. Et af de områder er medicineringsområdet, som ikke tidligere havde den samme bevågenhed. Det er dog ikke DDKM alene, der er årsagen til, at personalet fortsat fokuserer på medicineringsområdet efter akkrediteringen:

"Første gang da gjorde vi det, fordi vi skulle til eksamen, og fordi der kom nogle og kiggede os efter i kortene. Nu gør vi det, fordi det vigtigste er at levere en god kvalitet til patienterne". (Centerakkrediteringskoordinator)

Motivationen for fortsat at arbejde med forbedringer på medicineringsområdet er, at det giver god mening, og det skaber god kvalitet for patienterne. Der er bl.a. blevet udarbejdet nogle nye arbejdsgange i forbindelse med medicin håndtering, som i øjeblikket bliver implementeret på hele hospitalet. Den ledende overlæge på en medicinsk afdeling vurderer, at de nye arbejdsgange har resulteret i færre utilsigtede hændelser på medicinområdet. Et andet område, som afdelingerne har arbejdet videre med efter akkrediteringen, er smertevurdering. Smertevurdering var *"en blind plet, hvor vi fik at vide, at det så man gerne, at vi gjorde mere ensartet på tværs af sygehuset"*, forklarer kvalitetskoordinatoren. Andre områder, som er kommet i fokus, er de utilsigtede hændelser og udarbejdelse af handleplaner, patientklager, journalaudits, ernæringscreening, KRAM-screening, epikrise-afsendelser, håndhygiejne og selvevalueringerne. Personalet på en medicinsk afdeling fortæller om fordelene ved intern survey, som de vil fortsætte med én gang årligt:

"Vi havde internt survey for ikke så lang tid siden, hvor vi blev rost, men hvor vi også fik nogle ting at vide, som vi kan arbejde videre med. Det er fint, at der kommer nogle øjne udefra og kigger på os, så vi kan blive opmærksomme på vores blinde pletter". (Afdelingssygeplejerske)

Det samme er gældende med selvevaluering, hvor de interviewede finder det positivt at evaluere, hvordan det går i afdelingen, og hvad de skal have fokus på fremadrettet.

I anden interviewrunde beskrev de interviewede, at de har haft et stort udbytte af at anvende it-systemet TAK, men at IKAS til alles overraskelse har valgt at nedlægge det. TAK-systemet er et dokumentationssystem, som bl.a. blev brugt af personalet som et arbejdsredskab til følgende: *"Om vi har gjort det, vi skal – har vi styr på de der standarder? Hvor langt er vi med den her standard? Man kunne lave links til forskellige retningsgivende dokumenter, man kunne putte handleplaner ind. Simpelt hen et sted hvor man kunne hente et overblik på alle mulige forskellige niveauer"*, forklarer centerakkrediteringskoordinatorerne.

Flere af de interviewede er skuffede over, at IKAS har valgt at nedlægge TAK-systemet, da de brugte det som et værktøj i deres hverdag til at kommunikere og lægge fælles informationer ind⁷.

5.3 Dokumenthåndtering – overblik og ensartethed

Etableringen af et fælles system til dokumenthåndtering, PRI, hvor samtlige retningsgivende og opdaterede dokumenter er tilgængelige på pc, er et brugbart redskab også efter akkrediteringen. I den første interviewrunde gav flere af de interviewede udtryk for, at der var mange opgaver forbundet med at producere de retningsgivende dokumenter og justere de eksisterende. Derudover fortalte personalet på daværende tidspunkt også, at der hele tiden blev ved at være rigtig mange opgaver, da én lokal instruks ofte kastede to eller tre nye instrukser af sig. Allerede tilbage i 2010 kunne de interviewede se nogle fordele i PRI, men i anden interviewrunde bliver det meget tydeligt, at PRI i dag er fuldt ud implementeret med stor succes. En sygeplejerske fra en medicinsk afdeling forklarer:

“Også det der med, at når man endelig fik det lagt ind i PRI, så var der mange begyndervanskeligheder, fordi det var svært at lægge ind. Men i dag kan man slet ikke forestille sig, hvordan man eksisterede før, da det ikke var der. Alting er opdateret derinde. Nu tænker de [personalet red.] ikke over det mere, nu gør de det bare. Det er dejligt at opleve, at det er helt naturligt”. (Oversygeplejerske)

PRI er fuldt ud implementeret, og det er i dag blevet naturligt at søge efter retningslinjer i dokumentssystemet. Det er blevet en del af personalets bevidsthed, at de kan søge informationer her, og det er således blevet et dagligt redskab, der indgår naturligt i personalets rutiner: *“Der er mange gange, hvor man hører i dag, at det kan man finde i PRI. Og kan man ikke finde tingene i PRI, så bliver man nærmest sådan helt: ‘Hvad gør vi så?’”. Det i sig selv er et stort skridt*”, forklarer en akkrediteringsnøgleperson. Implementeringen af PRI har ændret de arbejdsgange, der var tidligere, hvor personalet bl.a. fandt instrukserne i mapper rundt på stuerne. Problemet var dog, at disse instrukser ofte var forældede, og at der ikke var overensstemmelse mellem retningslinjer på tværs af afdelingerne. Med PRI er instrukser sat i system og ikke mindst ensrettet, hvilket har givet en systematik og et overblik, som personalet er taknemmelige for i deres daglige arbejde. Implementeringen af PRI har altså været et vigtigt skridt mod et kvalitetsløft:

“I og med at der er kommet instrukser, og man er blevet sig mere bevidst at følge dem, så får man netop kvalitetssikret det, vi går og gør, og det skulle netop være godt for patienten i sidste ende”. (Centerakkrediteringskoordinator)

Derudover har det øgede fokus på retningslinjer ført til, at alle har set med nye øjne på vaner og rutiner, da afdelingerne har været tvunget til at se de nedskrevne retningslinjer igennem, forny dem og holde dem opdateret. Ikke mindst få de bedst egnede til at skrive de retningslinjer, der går på tværs af flere afdelingerne.

De interviewede i anden runde har dog også en erkendelse af, at der blev lavet for mange retningslinjer og dokumenter i opstartsfasen. Der var meget fokus på trin 1 i DDKM og en forventning om, at alle eventualiteter skulle beskrives ned til mindste detalje. Ifølge kvalitetskoordinatoren blev IKAS overraskede over, hvor mange papirer og dokumenter det udløste i praksis. De mange udarbejdede dokumenter var bl.a. begrundet i, at alle afsnit lavede hver deres instruks om det samme. I dag er de interviewede bevidste om, at ned-

⁷ Se afsnit 2.2.2 for IKAS' begrundelse for at nedlægge TAK-systemet.

skrevne retningslinjer og dokumenter ikke skal tage overhånd, men være enkle, give mening i den daglige praksis og være skrevet af de personer, som har mest erfaring med de enkelte dele. I dag er retningslinjer og PRI så inkorporeret i den daglige praksis, at centerakkrediteringskoordinatorerne oplever, at personalet selv siger "det er vi nødt til at have en retningslinje for", hvis det ikke allerede er tilfældet.

5.4 Ændret kvalitetstankegang

Interviewene afspejler, at der er sket en markant ændring i den kvalitetstankegang, som har præget personale og arbejdsgange og ikke mindst ledelser de sidste ti år. Kvalitetsmål og kvalitetsarbejde har ændret status fra at være et punkt sidst på dagsordenen til i dag at være dagsordensættende. Én af grundene til skiftet kan bl.a. være, at politikerne i dag taler mere om kvalitet, og dermed gør ledelserne det også, vurderer en centerakkrediteringskoordinator. Tiden gør dermed, at der kommer mere fokus på kvalitet og kvalitetsmål frem for tidligere:

"Før var det meget at sige: 'Selvfølgelig er kvaliteten i orden, det er jo højtuddannede mennesker, der er her'. Det har også ændret sig. Nu accepterer man ikke dårlig kvalitet, hvor før kunne det måske være sådan noget med: 'I har også travlt og dårlige forhold osv.' – hvor man forklarede den dårlige kvalitet og sagde, at sådan er det også på andre sygehuse. Nu siger man, at man ikke accepterer dårlig kvalitet, tingene skal bare være i orden! Og pludselig kan tingene godt lade sig gøre. Og det skaber også en positiv holdning og energi i personalet, at man godt kan gøre det bedre for patienten". (Kvalitetskoordinator)

Spørgsmålet er dog, hvor meget DDKM har betydet for denne ændrede holdning. Kvalitetskoordinatoren peger på, at de redskaber, som er en del af DDKM, i hvert fald har betydet, at personalet på nogle afdelinger oplever, at de er blevet mere opmærksomme, mere kvalitetsbevidste og i højere grad stiller flere spørgsmål til, hvad der foregår i afdelingerne frem for tidligere.

"Det har måske ikke kun været DDKM, men den har været kraftigt medvirkende til, at fokus på kvalitet er kommet. Pludselig får man konkret feedback fra andre i de der surveys om, hvor man ikke er så god, og man får flere data. Nu har vi journalaudits, og det havde vi ikke før, hvor man nu kan se mange ting, som vi ikke vidste før. Så vi har fået meget mere viden om, hvad der rør sig". (Kvalitetskoordinator)

Det at etablere en kvalitetsorganisation og have en kvalitetskoordinator er også et tegn på, at kvalitetstankegangen bliver mere udbredt, og flere mener, at kulturen for at tale om kvalitet på en mere systematiseret og professionaliseret måde er styrket væsentligt. Enkelte mener dog ikke, at kvalitetstankegangen er helt ny. DDKM har dog givet en øget bevidsthed om kvalitet samt en forståelse for, at tingene er nødt til at hænge sammen på tværs af huset. Den har styrket kvalitetskulturen, og "DDKM har også givet ledelserne en måde at tale om det [kvalitet red.] på" ifølge kvalitetskoordinatoren.

5.5 Står arbejdet mål med udbyttet?

Til spørgsmålet om, hvorvidt indsatsen med akkrediteringen står mål med udbyttet, er der delte meninger blandt personalet på de tre afdelinger. I begge interviewrunder beskriver de

interviewede, hvor stort og tidskrævende et arbejde det har været og stadig er at implementere DDKM og modellens delelementer samt at kende og anvende de mange forskellige retningslinjer i hverdagen. Mange har lagt et stort arbejde i at få inkorporeret DDKM som en naturlig del af hverdagen, hvilket har kostet mange timer og taget tid fra dagens andre opgaver. En sygeplejerske fra den ene afdeling forklarer, at den megen dokumentation og registrering bl.a. har taget tid fra patienterne:

"Det tager fortsat frygtelig, frygtelig lang tid alt det dokumentation. Ja, der er ingen tvivl om, at sygeplejerskens tid i hvert fald er rykket noget ind foran skærmen i stedet for at være ved patienterne". (Sygeplejerske)

Ifølge centerakkrediteringskoordinatorerne begynder det hårde arbejde at give gevinst. Det kræver stadig meget arbejde, men DDKM og delelementerne begynder at blive mere og mere velkendte. Eksempelvis er det blevet en mere integreret del af hverdagen at lave journalaudits, selvevalueringer m.m. Centerakkrediteringskoordinatorerne er af den opfattelse, at afdelingerne i dag godt ved, hvad de skal gøre nu, og det derfor begynder at tage kortere tid at udføre de forskellige dele. Langt størstedelen af de interviewede er enige om, at udbyttet står mål med det arbejde, som de har lagt i DDKM. Til spørgsmålet om, hvorvidt implementeringen af DDKM har været indsatsen værd, svarer en sygeplejerske fra medicinsk afdeling:

"Ja bestemt, ellers ville vi heller ikke blive ved med at brænde for det. (...) Bare det, at de utilsigtede hændelser med medicin forsvandt. Vi får belønningen hele tiden. Også med de der epikriser, hvor målopfyldelsen var over 90 %. Alt det er en meget stor belønning, som man får". (Sygeplejerske)

Især én afdeling er mere tvivlende over for, om udbyttet har været indsatsen værd. Her oplever de ikke nødvendigvis, at DDKM har styrket det eksisterende kvalitetsarbejde i afdelingen, men måske nærmere udbygget det.

5.6 Opsamling

DDKM har bidraget til et øget fokus på sammenhæng, styrket forløbsstakeholder og det at tænke på tværs af afdelinger. Der er blevet etableret flere samarbejdsaftaler mellem afdelingerne, og der er opstået flere samarbejdsrelationer på tværs af hospitalet. De interviewede oplever også, at DDKM har været et styringsværktøj, som har givet overblik over kvaliteten af det arbejde, de udfører, og givet en systematik i kvalitetsarbejdet, som på mange måder falder på et tørt sted både regionalt og lokalt.

Arbejdet med at udarbejde retningslinjer og det fælles regionale system til lagring af dokumenter har givet mulighed for overblik og indgår i dag som en naturlig del af hverdagen, når personalet skal finde retningslinjer for, hvordan opgaver løses mest hensigtsmæssigt. Der er dog en erkendelse af, at der blev lavet for mange retningslinjer og dokumenter i opstartsfasen. Hospitalet har nået et punkt, hvor der måske ændres fokus fra at afdække alle detaljer til et fokus på enkelhed og overblik.

6 DDKM i fremtiden

I følgende afsnit retter vi blikket mod DDKM i et fremadrettet perspektiv. Vi beskriver bl.a. de tanker og overvejelser, de interviewede gør sig om den kommende akkrediteringsproces i 2013 og version 2 af DDKM, som med nye standarder stiller andre krav og dermed giver nye udfordringer til personale og ledelse på hospitalet.

6.1 Version 2 af DDKM

Version 2 af DDKM foreligger og vil finde anvendelse ved eksterne surveys efter 1. januar 2013. Den nye version er udviklet på baggrund af de erfaringer, der er gjort med første version. Hensigten med version 2 har været at lave en mindre omfattende og mere brugervenlig version til forskel fra den første. Der er derfor sket en reduktion i antallet af standarder, ligesom hospitalerne får mulighed for at tilpasse modellen til lokale rammer samt større frihed til at vælge, hvilke metoder de vil bruge til kvalitetsudvikling (3). Ændringerne fra den første version til den reviderede opleves også af de interviewede som et naturligt produkt af, at både IKAS, personale og ledelse er blevet klogere. Alle var begyndere, da man skulle implementere DDKM, og det opleves derfor som positivt, at man har lavet ændringer på nogle områder.

For nogle af de interviewede fylder den kommende akkreditering ikke særlig meget i hverdagen, da den bliver overskygget af interne fusioner og omstruktureringer, der i øjeblikket foregår på hospitalet. For andre er forberedelserne allerede så småt gået i gang. Akkrediteringsnøglepersonen på den ene afdeling har haft den kommende akkreditering på dagsordenen i kvalitetsudvalget i afdelingen, har set standarderne igennem og været inde i PRI for at undersøge, hvorvidt der skulle revideres noget. De fleste har dog gjort sig tanker om, at der ville komme en revideret version af DDKM, men det er de færreste, der troede, at kravene ville blive skærpet. Flere af de interviewede mener, at version 2 både stiller større krav og forventninger end den oprindelige model, men samtidig også giver større frihed. Det er især centerakkrediteringskoordinatorerne, der mener, at kravene er blevet skærpet:

“Generelt bliver der stillet større forventning eller krav til os. Jeg synes, at udlægget havde været, at der ikke var de store ændringer i den. Indtil man fik nærlæst det lidt. Det er vores opfattelse, at der er noget mere ændring i den i forhold til version 1, end vi sådan lige forventede. Det er ikke så meget, fordi at der er nye standarder, men det er meget nede omkring det her med trin 3 og 4. Det er kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedringstiltagene – vi skal kunne overvåge flere områder og dokumentere, om der sker forbedringer eller ej. Det er ret omsiggribende. Det er ikke nok at lave en handleplan fx, nu skal du også følge op på din handleplan og dokumentere, hvad var resultaterne så, og var de ikke gode nok, hvad gør vi så?” (Centerakkrediteringskoordinator)

6.1.1 Pårørende og patientinddragelse

Et af de områder, som samtlige interviewede nævner i anden runde, handler om inddragelse af patienter og pårørende, der er tilføjet som nyt i version 2. Den nye version stiller krav til brugerindflydelse og brugerinvolvering og giver bl.a. nye standarder for, at hospitalet på systematisk vis skal inddrage borgere i udvikling af kvaliteten af hospitalets ydelser og hospitalets fysiske rammer samt indsamle oplysninger om patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med hospitalet.

Version 2 sætter dermed mere fokus på patienters og pårørendes rolle, og hvordan deres input kan forbedre kvalitet og processer på hospitalet. Kvalitetskoordinatoren mener, at det er en klar styrke, at man fremover skal inddrage patienterne mere i forbindelse med kvalitetsudvikling, så *"man ikke forfalder til at falde ind i sine egne tanker om selvtilfredshed, og hvor dygtig man er. Man skal hele tiden lade sig forstyrre og sige, om der er noget, der skal rettes op på"*. En af de måder, hvorpå patienterne kan blive inddraget, er ved at deltage i brugerråd og være repræsenteret i organisationen. Centerakkrediteringskoordinatorerne er også positive over for, at patienter og pårørende skal inddrages mere i udviklingen af kvaliteten. De mener, at inddragelsen af patienter og pårørende kommer til at ske på alle niveauer i organisationen:

"Også på det strategiske niveau – og det har vi slet ikke været vant til, og det gør, at vi bliver udfordret i vores tankesæt, når man tænker, at patienterne skal til at være med i vores kvalitetsråd på sygehuset. Er det det, vi skal? Og hvad får vi ud af det? Hvordan skal vi gøre det, hvis vi skal det? Vi har lige fået lavet vores nye patienthotel. Det åbner om et par dage, og da har de spurgt nogle patienter i den proces om, hvordan et nyt patienthotel skulle være. Det tror jeg er noget, Den Danske Kvalitetsmodel har åbnet for. Det ville man ikke have tænkt for tre år siden." (Centerakkrediteringskoordinator)

Patienter og pårørende vil derfor i fremtiden være med til at udvikle og forbedre kvaliteten, hvilket flere af de interviewede i afdelingerne kan se væsentlige fordele i.

6.2 DDKM som en integreret del af hverdagen efter akkreditering

I interviewene foretaget i anden runde spørger vi de interviewede om, hvilken effekt akkrediteringen har haft på hospitalet, hvortil en centerakkrediteringskoordinator svarer følgende: *"Når du spørger om det, så tænker jeg egentlig på Den Danske Kvalitetsmodel som før, der var Internet. Altså, jeg kan nærmest ikke huske, hvordan det var før"*. Citatet illustrerer, at tiden før akkrediteringen kan være svær at huske, da DDKM i dag er så integreret en del af hverdagen for nogen, at det er en udfordring at huske, hvordan det var tidligere. Det er dog ikke alle, der er af helt samme holdning.

Der er ingen tvivl om, at en stor del af motivationen for at lægge mange kræfter i arbejdet med implementeringen af DDKM var knyttet til akkrediteringsbesøget og ønsket om at 'bestå eksamenen'. Nogle af afdelingerne var forud for DDKM allerede i gang med lignende processer – dog i mindre skala, og de satte primært farten op og udvidede deres indsatsområde til at omfatte samtlige 104 standarder, men også de afdelinger, som ikke så den store gevinst ved modellen, arbejdede hårdt for at leve op til modellens krav.

Det fremgår af interviewene i anden runde, at fokus naturligt har flyttet sig fra spørgsmålet om akkreditering til spørgsmålet om at integrere DDKM i hverdagen. En centerakkrediteringskoordinator oplever, at afdelingerne og det kliniske personale anser kvalitetsarbejde som noget andet end det kliniske arbejde:

"Jeg prøver at sige til mine afdelinger, når de sidder og siger, at det er endnu en kvalitetsopgave, at for mig så er det ikke en kvalitetsopgave. Det er faktisk det, I går og gør: At kvalitet jo ikke bare er herovre, og derovre gør vi noget andet. Det skal være det samme... Kvalitet er ikke noget, der står udenfor døren, og det er ikke en særskilt opgave". (Centerakkrediteringskoordinator)

Der ligger altså en opgave i at formidle, at kvalitetsarbejde (herunder DDKM) ikke bare er en tidsrøver, der kun har til formål at opnå akkrediteringsstatus, men er en ramme for udvikling. Centerakkrediteringskoordinatorerne erkendte, at deres rolle som fuldtids 'kvalitetsmedarbejdere' indbyder til, at afdelingerne overdrager alle opgaver med relation til DDKM og andet kvalitetsarbejde til dem. For at DDKM bliver integreret som noget, der bidrager til udviklingen af det kliniske arbejde, er det dog afgørende, at hospitalet og centrene er opmærksomme på, at kvalitetsarbejdet skal give mening for afdelingerne, og at de ikke bare skal følge modellens rammer for modellens skyld.

Version 2 af DDKM lægger netop op til, at dette fremadrettet skal blive muligt. Den giver mulighed for, at det kliniske personale i afdelingerne selv kommer mere på banen og vurderer, hvad der giver mening for dem i hverdagen, så det bliver mere praksisnært. Hensigten er, at det skal passe bedre ind i klinikernes hverdag. Et eksempel herpå er i forhold til journalaudit, hvor centerakkrediteringskoordinatorerne nu får mulighed for at hjælpe afdelingerne:

"Jeg har fx en afdeling, der siger, at den måde, vi laver journalaudit på, det giver ikke mening for os. I stedet for at sige: 'det skal I', så kan man nu sige: 'hvad giver så mening for jer?' (...). Det åbnede den her model også op for, at der er mere rummelighed på en eller anden måde. Men det skal vi også have noget erfaring for at kunne administrere". (Centerakkrediteringskoordinator)

Hvis det ikke giver mening for dem, der genererer kvaliteten i det daglige, så falder det til jorden, mener centerakkrediteringskoordinatorerne. Klinikkerne skal have nogle retningslinjer og standarder, som giver mening for deres konkrete praksis, og de skal have konkret feedback: *"De skal opleve, at de mål, der bliver sat, dem har de selv en aktie i at nå"*.

Version 2 af DDKM giver i højere grad mulighed for at tilpasse retningslinjerne til lokale forhold i afdelingerne. Med større valgfrihed og flere muligheder følger dog også flere opgaver og udfordringer. Kvalitetskoordinatoren mener, at det giver afdelingerne nye udfordringer, at de selv skal sætte mål og finde ud af, hvad der bedst giver mening i den daglige praksis. De kritiske røster har netop gået på, at DDKM har lavet fælles standarder på områder, som ikke passer ind i de enkelte afdelingers hverdag. Der har været for lidt mulighed for at tilpasse standarderne, således at det gav mening for det kliniske personale i det daglige. I og med at version 2 giver det kliniske personale friere tøjler til at finde ud af, hvad der passer bedst ind deres hverdag, giver det også afdelingerne et større arbejde:

"Men tit så oplever vi, at afdelingerne ikke har tid til at sidde og tænke alle mulige ting. De vil bare gerne have at vide, hvad de skal". (Centerakkrediteringskoordinator)

Omvendt mener centerakkrediteringskoordinatorerne, at det netop er disse muligheder, som gør, at lægerne fremadrettet kommer mere på banen. Det har tidligere i processen været svært at involvere og motivere lægerne til at tage del i implementeringen af DDKM. I og med at version 2 giver mulighed for, at det kliniske personale selv kommer mere på banen og laver lokale justeringer, kan lægerne motiveres til at tage del i arbejdet, da det ifølge det interviewede personale *"rammer lige ned i deres faglige stolthed"*.

6.3 Læringsproces – hvad skal gøres anderledes i fremtiden?

Implementeringen af DDKM, akkrediteringsbesøget og tiden efter akkrediteringen har været en lang læringsproces for de personer, der har arbejdet med det i hverdagen. Imple-

menteringen af de nye standarder i version 2 og det kommende akkrediteringsbesøg i 2013 opleves af flere at være blevet afdramatiseret. Mange føler, at de i denne runde er blevet klogere på, hvad det drejer sig om, hvad der er vigtigt at gøre, og hvad de vil forsøge at ændre. Kvalitetskoordinatoren mener, at de i den kommende proces vil bruge knap så meget tid på at forberede akkrediteringsbesøget, som det var tilfældet i 2010. Der forventes heller ikke at blive brugt den samme tid på at forberede og holde informationsmøder med hospitalsledelsen og personalet. Langt de fleste af de interviewede vurderer, at de er blevet klogere hen ad vejen, og som følge heraf vil gøre nogle ting anderledes i den kommende akkrediteringsproces: *"Vi ved ret præcist, hvor vores svagheder er, og hvad vi skal have fokus på"*, udtrykker en ledende overlæge fra en medicinsk afdeling. Desuden vil der fremover sættes fokus på, at der skal være mere gennemskuelse ved at hjælpe mere info og flere data på tavler, hvor personalet fremover kan holde sig orienteret.

Blandt de interviewede er der relativ stor opbakning til DDKM og til dens berettigelse. De mener, at den giver god mening, sætter kvalitet på dagsordenen og resulterer i mere kvalitet for patienterne. Spørgsmålet er, hvorvidt DDKM giver mening længere ud i fremtiden? Det har kvalitetskoordinatoren gjort sig nogle tanker om og udtrykker i den forbindelse:

"Jeg kan tænke, at man kan indføre alle de her ting nu, og vi har været glade for det, men det bliver svært at afvikle tingene igen. Man introducerer nye ting, der kommer bare mere og mere ovenpå. Og skal vi blive ved med det? Giver det mening på den lange bane? Det giver mening her og nu at akkreditere, men så kan det godt være, at effekten den aftager. Det er ikke sikkert, at det giver mening 5. eller 8. gang, og kan man så afvikle det igen? Så jeg kan godt spørge mig selv om, hvor længe det vil have den her effekt? Så er det måske andre ting, der skal til". (Kvalitetskoordinator)

Et kritikpunkt, som en af afdelingerne gør opmærksom på i interviewet, drejer sig om det vakuum eller tomrum, som mange oplevede efter det eksterne survey. Pågældende afdeling oplevede ikke, at der var en bevidst opfølgingsstrategi, efter besøget var overstået. Opmærksomheden var primært rettet mod forløbet op til akkrediteringen, men tiden efter var der ikke gjort mange tanker om. Kvalitetsorganisationen var ét af de steder, hvor man burde have gjort sig nogle tanker om, hvad der skulle ske i den efterfølgende periode.

6.4 Kvalitetsorganisationen i fremtiden

En måde at skabe tid og rum til kvalitetsarbejde er ved at etablere en kvalitetsorganisation i hospitalsadministrationen, der skal være synlig og 'in front' for at tydeliggøre vigtigheden af kvalitetsarbejdet, herunder DDKM. Kvalitetskoordinatoren vurderer, at der skal ske en justering af den nuværende kvalitetsorganisation, således at den fremadrettet får en mere rådgivende funktion, der skal sikre forankring og sammentænkning af kvalitet med økonomi og drift. Der vurderes at være behov for et kvalitetsråd, som kan tænke mere i strategi og det overordnede formål, og som kan rådgive hospitalsledelsen om hvad der fremadrettet skal være fokus på. Centerakkrediteringskoordinatorerne har oplevet samarbejdet med kvalitetskoordinatoren i Kvalitets- og Akkrediteringsrådet som gavnligt for at udføre den fælles opgave, der hed 'at bestå eksamen'. Kvalitetskoordinatoren har gennem centerakkrediteringskoordinatorerne fået et indblik i, hvad der foregår i klinikken, og hvad klinikerne laver. Omvendt har kvalitetskoordinatoren bidraget med en strategi for, hvad der skulle ske, som centerakkrediteringskoordinatorerne har haft gavn af.

En vigtig erfaring på hospitalet er betydningen af, hvor vigtig en rolle lederne spiller på alle niveauer for at opnå en god proces samt de ønskede resultater. Netop i forbindelse med lederrollen har kvalitetskoordinatoren og kvalitetsorganisationen måttet gøre sig en indrømmelse, som de vil tage ved lære af og dermed ændre i den kommende akkrediteringsproces:

“Vi kom nok til at overse mellemliderniveauet en del. Vi prøvede at rette op på det, men det var nok lidt for sent. Afdelingssygeplejersker! Vi havde meget fokus på afdelingsledelsen og de menige nøglepersoner, der var udpeget. Men alle de mellemlidere, der var på de enkelte afsnit, dem overså vi lidt, og det er jo dem, der skal have det til at lykkes i sidste ende. Dem skal vi have mere med på vognen den her gang – de skal klædes meget mere på. Vi tænkte, at det tog afdelingsledelserne sig af, og det gør de sikkert også til en vis grad, men vi er nødt til at gøre mere. De følte sig nok lidt overset. Og det er nøglespillere, så de er vigtige”. (Kvalitetskoordinator)

Kvalitetskoordinatoren erkender, at mellemliderniveauet blev overset i implementeringsarbejdet. Man havde ikke forventet, at afdelingssygeplejerskerne ville have så betydningsfuld en rolle for implementeringen, som de faktisk har vist sig at have. Det er afdelingssygeplejerskerne, som har fingeren på pulsen i afdelingen og ved, hvad der foregår. I det kommende arbejde med at implementere version 2 af DDKM får mellemlidernes en betydelig større rolle i, at det lykkes.

6.4.1 Ildsjæle

I ovenstående er givet mange eksempler på det udbytte, som de interviewede oplever at have fået som følge af implementeringen af DDKM. Flere af de interviewede forklarer dog, at udbyttet afhænger af, hvorvidt der er dedikerede personer i afdelingen, som brænder for kvalitetsarbejdet og implementeringen. Er dette ikke tilfældet, bliver det et meget sårbart projekt:

“Vi har jo også hvert vores fokusområde, hvor vi har nøglepersoner, der brænder for nogle forskellige ting. Ellers er det heller ikke særligt nemt at implementere noget i en afdeling, hvis man ikke selv kan stå inde for det”. (Akkrediteringsnøgleperson og sygeplejerske)

Forudsætningen for at opnå en god implementeringsproces og mere varige resultater og effekter afhænger i høj grad af, at der er nogle dedikerede nøglepersoner, som bærer det. Der skal helst være tale om nøglepersoner, eller ildsjæle som de også benævnes i interviewene, på alle niveauer og i alle faggrupper, som kan inspirere andre ude i organisationen, holde målet for øje og holde gnisten for kvalitetsarbejdet tændt. Engagement smitter, og det betyder noget i en implementeringsproces: *“Vi havde en chefsygeplejerske, som var dybt engageret, og som var med til at bære det igennem. Det var hjerteblod for hende, og det smitter jo af”,* fortæller en ledende overlæge.

Der er ikke nogen, der kan løfte opgaven selv, så det kræver et fokuseret samarbejde på tværs, som er båret af ildsjæle. Det har også været en udfordring at gøre DDKM til et fælles projekt, som alle i afdelingen kan se en mening med. Forskellige personalegrupper har forskelligt perspektiv på kvalitetsudvikling. Derfor er det væsentligt med dedikerede nøglepersoner i alle faggrupper.

6.5 Opsamling

I overstående afsnit beskrives de interviewedes tanker og overvejelser om DDKM i et fremadrettet perspektiv.

Efter akkrediteringen i 2010 er fokus på at gøre kvalitetsarbejdet, herunder DDKMs delelementer, til en integreret del af arbejdet i afdelingerne. Den reviderede version af DDKM opleves at stille andre krav og forventninger til kvalitetsovervågning og kvalitetsforbedringstiltag end den oprindelige model. Den giver mulighed for at tilpasse kvalitetsarbejdet, så det bedre understøtter klinikernes hverdag og derved gøres mere praksisnært. Fremadrettet er det også målet at justere hospitalets kvalitetsorganisation, så kvalitetsrådet får en mere rådgivende frem for udførende funktion. Der vil heller ikke blive udarbejdet samme retningsgivende dokumenter i samme omfang som hidtil, da oplevelsen er, at detaljeniveauet er blevet for stort. Slutteligt stilles der spørgsmålstejn til DDKMs berettigelse i fremtiden. Det giver i høj grad mening nu, men det er uvist, hvorvidt DDKM og akkreditering giver mening længere ud i fremtiden, og hvad der i så fald skal erstatte den.

Afdelingssygeplejerskerne har vist sig at have en større betydning for, at implementeringen foregår planmæssigt. Der er på hospitalet en erkendelse af, at man i implementeringen af DDKM havde overset betydningen af mellemliderniveauet i afdelingerne. Fremover og i den kommende akkrediteringsproces skal afdelingssygeplejerskerne derfor tænkes mere ind, da det netop er dem, som i sidste ende skal have det til at lykkes ude i afdelingerne.

7 Diskussion

Dette notat bygger på interview foretaget umiddelbart før første akkrediteringsbesøg og ca. to år efter. Den første interviewrunde bar præg af, at man var midt i arbejdet, og at både ledelse og personalet, selvom arbejdet foregik i en overvejende positiv ånd på alle niveauer, var nervøse for den kommende akkreditering. På dette tidspunkt var de enkelte – både hospitalet og de enkelte afdelinger – travlt optaget af at arbejde sig igennem listen over manglende retningsgivende dokumenter, informere personalet, planlægge audits, survey osv. På dette tidspunkt kunne de interviewede kun ane konturerne af, hvad dette store arbejde ville få af betydning. I anden interviewrunde var man mere afklaret og så områder, hvor både afdelingerne og hospitalet som helhed nu kan høste frugterne, men kunne også formulere, hvilke udfordringer og dilemmaer der er opstået i dette arbejde.

Både hospitalet og afdelingerne oplever, at arbejdet med DDKM har givet et positivt udbytte, som afspejler sig både i den måde, man arbejder med kvalitet på, og mindst lige så vigtigt i helt konkrete kvalitetsløft i dele af det kliniske arbejde. DDKM har med sit fokus på tværgående forløb og både hospitalets og regionens strategi om, at flest muligt standarder skulle være fælles for alle, haft den positive effekt, at personale og ledelse på tværs af både afdelinger og faggrupper er blevet tvunget til at arbejde mod et fælles sæt af standarder. De er med andre ord blevet tvunget ind i en ramme, hvor fælles forløb på tværs var det eneste rigtige resultat, og hvor det ikke var muligt at forlade bordet uden dette resultat. DDKM har bragt en systematik ind i kvalitetsarbejdet, som for nogle af afdelingerne er ny. Løbende audits, selvevalueringer samt interne og eksterne surveys bliver opfattet som et positivt redskab til at skabe blik for egen praksis, og udarbejdelsen af retningslinjer har ligeledes været med til at skabe et overblik over større og mindre kvalitetsbrist.

Selvom erfaringerne i store træk er positive, så svarer informanterne dog ikke entydigt på, om indsatsen står mål med udbyttet. Set fra et ledelsesperspektiv er der en fornemmelse af, at mange af modellens processer er ved at være indarbejdet og ikke længere bliver anset for at være 'farlige', men mere produktive skridt i retning af at blive klogere på egen praksis. Der er en fornemmelse af, at de enkelte delprocesser tager mindre tid, men de fortæller også om personale, som oplever, at tid foran computeren går fra patienterne. Derudover er der ikke fuldstændig enighed om relevansen af DDKM som helhed, fx i de afdelinger som i forvejen har veludviklede kvalitetssystemer, eller hvor de oplever, at DDKM har tilsidesat andre vigtige indsatsområder.

De præsenterede resultater i dette notat er baseret på et hospital i en region, og det er naturligvis ikke muligt at sige, om resultaterne i dette notat er repræsentative for alle landets hospitaler. Hospitalerne i Region Nordjylland har ikke været akkrediteret før og fremhæver bl.a. den fælles og systematiske ramme for kvalitetsarbejdet som et væsentligt udbytte ved DDKM. I regioner, hvor man førhen har anvendt andre akkrediteringssystemer, er det ikke sikkert, at man har draget samme erfaringer. De processer, udfordringer og overvejelser, som fremgår af dette notat, er derfor formentlig hverken udtømmende eller alment gældende for resten af landets regioner og hospitaler og deres arbejde med at implementere DDKM. En større og mere generel viden om dette arbejde vil kræve et anderledes og større undersøgelsesdesign. Undersøgelsen giver dog alligevel et indblik i nogle væsentlige dilemmaer og erfaringer, som er opstået i arbejdet med at implementere DDKM. Disse gennemgår vi i det følgende.

7.1 Forskellige perspektiver på rollefordeling og organisering

Et væsentligt spørgsmål i arbejdet med DDKM har været fordelingen af ansvaret for de mange opgaver både i implementeringsfasen og i det arbejde, som følger efter. To strategier træder frem i dette materiale, nemlig ønsket om at gennemføre så meget arbejde som muligt på højeste niveau som den ene og ønsket om at involvere personalet som den anden strategi. Den første strategi er beslutningen gennemført på regionsniveau, der er begrundet i ønsket om ensartethed og om at minimere det samlede arbejde med at udarbejde retningslinjer. Den anden er ønsket om at inddrage personalet i arbejdet begrundet i, 1) at personalet skal kende og forstå kvalitetsmodellen og alle dens delelementer, 2) at den specialviden, som personalet besidder, skal udnyttes i udarbejdelsen af retningslinjer, og 3) at det er personalet, som i sidste ende skal ændre adfærd og omforme modellens visioner til praksis. De to strategier er ikke nødvendigvis i modstrid. Men en vigtig ledelsesudfordring (på alle niveauer i organisationen) synes altså at bestå i at skabe den rette balance mellem tidsforbruget hos den enkelte og ønsket om at involvere personalet i arbejdet i en sådan grad, at de lærer modellen at kende og bidrager med deres specifikke faglige kompetencer og kendskab til det daglige kliniske arbejde.

Et tiltag har været at udpege og/eller ansætte særligt personale med koordinerede, informerende og ofte også udførende roller i forhold til DDKM. Fordelen er helt oplagt, at arbejdet er blevet gjort, hospitalet blev akkrediteret, og der er blevet etableret nogle strukturer for kvalitetsarbejde i fremtiden. Samtidig er der også en erkendelse af, at det er helt afgørende, at der er nogle ildsjæle, der brænder for den særlige 'disciplin', som kvalitetsarbejde er, hvis kravene i DDKM også i fremtiden skal indfries. Ulempen er, at der tilsyneladende er blevet etableret nogle uklare ledelsesrum, hvor kvalitetskoordinatorer på forskellige niveauer i organisationen kun kan gøre deres indflydelser gældende, hvis de har ledelsens fulde opbakning, men hvor der også opstår forventninger om, at ansvaret for kvalitetsarbejdet er deres.

Afdelings- og afdelingsledelsen bliver tildelt en nøglerolle som dem, der skal skabe rammerne for kvalitetsarbejdet, fx i form af afsat tid til de medarbejdere, som skal løse konkrete opgaver, og med den tætte daglige kontakt med frontpersonalet skal motivere til forandringer i det udførende led. Dog lader det til, at afdelingsledelserne har fået en lidt perifer rolle i implementeringsfasen, og at potentialet i deres tætte kontakt til personalet ikke er blevet fuldt udnyttet. Samtidig rejser nogle af de interviewede afdelingsledere en kritik af hospitalsledelsen, som efter deres mening ikke har været tydelige nok i deres kommunikation om DDKM som et højt prioriteret arbejdsområde. Afdelingsledelsen kommer derfor til at stå alene i forsvaret for DDKM, den tilknyttede arbejdsbyrde, og de fravalg, som følger heraf.

Hver enkelt af de interviewede peger altså på nogle forventninger til de øvrige aktører i kvalitetsarbejdet. Frontpersonalet skal både aktiveres og skånes, og ledelsen på forskellige niveauer skal motivere og skabe rammer. Undervejs i implementeringsforløbet og i efterforløbet reflekterer de enkelte aktører tilsyneladende over de roller, som de og andre har fået tildelt, og konsekvenserne heraf. Denne erfaringsopsamling fremstår imidlertid sporadisk, og det lader til, at der er et behov for en mere systematisk og samlet erfaringsopsamling af netop rollefordeling og organisering af kvalitetsarbejdet i fremtiden og ikke mindst arbejdet med den nye version af DDKM.

7.2 Kvalitetsarbejdet som en del af den daglige drift

Målet om at blive akkrediteret har i den første fase været en væsentlig drivkraft for at engagere sig i arbejdet med DDKM. For fremtiden skal den primære drivkraft imidlertid være relevans i form af bedre kvalitet, og en væsentlig udfordring for ledelse og kvalitetskoordinatorer bliver at tydeliggøre, hvordan kvalitetsmodellen bidrager positivt til hospitalets kerneopgaver. Interviewene giver det indtryk, at et vigtigt udbytte af arbejdet med DDKM er, at kvalitet som arbejdsområde har fået en mere legitim placering. DDKM har medført, at både hospitalet og alle afdelinger har etableret kvalitetsråd, som signalerer, at kvalitetsarbejdet ikke bare er et appendiks til andet arbejde, og noget man kan regne med opstår af sig selv. Kvalitet har fået en rolle som selvstændigt arbejdsområde, og der er kommet et fælles sprog for kvalitetsarbejdet. Endelig har DDKM medført nogle nye og brugbare ressourcer i form af bl.a. PRI – Region Nordjyllands system til samling af retningsgivende dokumenter og politikker – som er blevet implementeret med stor succes.

Spørgsmålet er dog, om kvalitetsarbejdet entydigt har fået en større plads, eller om den også på nogle punkter har trukket kvalitetsarbejdet ud af den daglige drift. Selvom det kan forekomme trivielt at pointere, at implementeringen af DDKM frem mod første akkrediteringsrunde har været tidskrævende, så er det ikke desto mindre en væsentlig tilbagemelding fra de tre afdelinger, vi har interviewet på Aalborg Universitetshospital i både 2010 og 2012. Processen har været tidskrævende og trukket på både ledelses- og personaleresourcer i en sådan grad, at meget udviklingsarbejde blev tilsidesat i en periode. Dette betød bl.a., at tiden efter akkrediteringsbesøget blev oplevet som et tomrum, da man hverken på hospitals- eller afdelingsniveau havde haft mulighed for at tænke: "Hvad skal vi så bagefter?" Et tilknyttet dilemma er, i hvilket omfang man har fået gjort kvalitet til et selvstændigt arbejde *udenfor* det daglige kliniske arbejde ved at placere dele af arbejdet hos del- eller fuldtids-kvalitetsmedarbejdere. Denne funktion inviterer til, at afdelingsledelsen kan placere ansvaret for og arbejdet med kvalitetsudvikling her, særligt hvis afdelingen ikke oplever det som relevant og som et arbejde, der tager tid fra, hvad der opleves som mere vigtigt (klinisk) arbejde. Dette dilemma knytter sig altså også til DDKM som et eksternt defineret projekt, der ikke altid bliver opfattet som lige relevant, og nogle gange som mere bureaukrati eller noget, der tager uforholdsmæssigt meget tid sammenlignet med det udbytte, afdelingerne oplever.

7.3 Det rette niveau for standardisering

Muligheden for prioritering og fleksibilitet bliver nævnt som nøgleord, hvis det fremtidige arbejde med DDKM skal opleves som relevant og som en del af det kliniske arbejde. Den nye version er tilrettet, så den åbner mulighed for større valgfrihed, idet afdelingerne i højere grad selv skal definere mål og metoder, som er brugbare, og som opfattes som relevante for patienter og personale. Nogle af de interviewede udtrykker en forventning om, at det helt naturligt vil flytte ansvaret for kvalitetsarbejdet ud i afdelingerne, men at det også bliver en udfordrende opgave at skræddersy forløb i alle afdelinger – både for de enkelte afdelinger og for kvalitetsmedarbejderne. Forudbestemte standarder og procedurer kan forekomme bekvemt, da hele udviklingsarbejdet er foretaget af andre. I praksis har det også vidst sig, at en fordel ved de mange retningslinjer og et velfungerende it-system til at håndtere dem er, at personalet i tvivlstilfælde har en fælles standard og én indgang til viden. Det har vist sig nyttigt i en travl hverdag, hvor der er behov for hurtige svar. I interviewene er der en erkendelse af, at grænsen for, hvor mange retningslinjer organisationen kan rumme, er ved at være nået, og at det i fremtiden nok ikke er meningsfuldt at udar-

bejde retningslinjer i samme omfang. Der er med andre ord en grænse for, hvor mange nye procedurer man kan lægge ovenpå de eksisterende, og dermed i hvilket omfang den stejle læringskurve, hospitalet har gennemlevet i første akkrediteringsrunde, er mulig at fortsætte. Fremtidens udfordring bliver derfor at holde fast i den positive stemning, som knytter sig til modellen og til den systematik og overblik, den har medført. Hvor oplevelse af udvikling er tydelig, men uden at det drukner i unødigt detaljerigdom.

8 Konklusion

Denne undersøgelse bidrager med en indsigt i det arbejde og de udfordringer, som er opstået i forbindelse med implementeringen af DDKM. Hvordan har et hospital arbejdet med DDKM, hvad bruges den til, og hvordan bidrager den til kvalitetsudvikling?

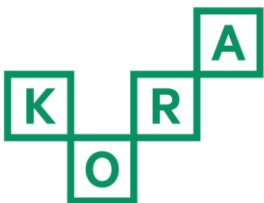
- Implementeringen af DDKM har været en tidskrævende proces og har trukket mange ressourcer.
- DDKM har introduceret en systematik og ensartethed i kvalitetsarbejdet.
- DDKM har givet indblik og overblik over arbejdsgange og bidraget til kvalitetsløft på flere områder.
- DDKM har udskudt og overskygget andet kvalitetsarbejde i en periode og efterlod et tomrum efter endt akkreditering.
- Anderledes krav i den nye version 2 af DDKM og erfaringerne med første runde kalder på en systematisk og fælles refleksion over rolle- og ansvarsfordeling – herunder afdelingsledelsens og kvalitetsmedarbejderes rolle og ansvar.
- DDKM er en udefrakommende ramme for kvalitetsarbejde, og oplevelsen af relevans er ikke givet på forhånd, men noget der skal skabes i og med afdelingerne, uden at det går ud over den systematik, ensartethed og overblik, som det er lykket at skabe.

Litteratur

- (1) Hundborg K. Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2009;171(20):1660-63.
- (2) Lehmann Knudsen J, Fugleholm AM, Kjærgaard J. Kvalitetsvurdering i Sundhedsvæsenet I. Beslutningen om Den Danske Kvalitetsmodel. Ugeskr Læger 2004;166(19):1779-83.
- (3) Felsby O. Kvalitetsmodel kolliderer med ledelsesretten. Dagens Medicin 07.06.2007.
- (4) Jungersen D. Fri os fra akkreditering ... Ugeskr Læger 2011;173(11)782.
- (5) Rasmussen L, Fugleholm AM, Panduro Jensen L. Kvalitet i fokus. Ugeskr Læger 2008;170(12):1044.
- (6) Lehmann Knudsen J, Kjærgaard J. Akkreditering - fup eller fakta? Den Danske Kvalitetsmodel bør evalueres. Ugeskr Læger 2011;173(15):1159.

Bilag 1: Oversigt over interview

	Region	Hospital	Center	Afdelinger
Første interviewrunde - efteråret 2010	Den regionale koordinator for akkrediteringsprocessen	1 kvalitetskoordinator	2 centerakkrediteringskoordinatorer (Deltog i interview i to afdelinger)	Afdeling A <i>Interview 1:</i> Administrerende overlæge Administrerende oversygeplejerske Læge & akkrediteringskonsulent Sygeplejerske & akkrediteringskonsulent Sekretær & del af kvalitetsudvalg (I dette interview deltog den ene centerakkrediteringskoordinator) <i>Interview 2:</i> 2 sygeplejersker 1 sosu-assistent 1 sekretær 1 læge
				Afdeling B <i>Interview 1:</i> Ledende overlæge Ledende oversygeplejerske <i>Interview 2:</i> Sygeplejerske & Akkrediteringskonsulent (I dette interview deltog den anden centerakkrediteringskoordinator) <i>Interview 3:</i> 1 sygeplejerske 1 læge
				Afdeling C <i>Interview 1:</i> Afdelingsleder & akkrediteringskonsulent 2 sekretærer & akkrediteringskonsulent <i>Interview 2:</i> 1 sekretær 1 radiograf
Anden interviewrunde - efteråret 2012	-	1 kvalitetskoordinator	3 centerakkrediteringskoordinatorer (Selvstændigt interview)	Afdeling A Administrerende overlæge Administrerende oversygeplejerske Sygeplejerske & akkrediteringskonsulent Afdeling B Ledende overlæge Ledende oversygeplejerske 1 afdelingssygeplejerske 1 sygeplejerske – med i kvalitetsråd Afdeling C Afdelingsleder & akkrediteringskonsulent 2 sekretærer & akkrediteringskonsulent



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00