

NOTAT

Til: **Styregruppen for Evaluering af akkreditering
Kvalitetsrådet**

Opgang Blok B
Telefon 48 20 50 00
Direkte 4820 5466
Web www.regionh.dk

Dato 22. oktober 2012

Akkrediteringsevaluering - perspektivering af undersøgelse af oplevelser og effekt af DDKM akkreditering (del 2) i Region Hovedstaden

Enhed for Brugerundersøgelser har netop færdiggjort rapport vedr. undersøgelsen ”Personalets oplevelser af DDKM akkreditering i Region Hovedstaden 2012”.

I december 2011 udkom rapporten vedr. undersøgelsen ” Personalets oplevelser af JCI akkreditering i Region Hovedstaden 2011”.

De to undersøgelser skal indgå i beslutningsgrundlaget for Region Hovedstadens akkrediteringsstrategi fra 2013 og frem.

Undersøgelserne er tilrettelagt således at der i begge indgår kvalitative interviews med forskellige, i princippet ens målgrupper, og derudover er gennemført en spørgeskemaundersøgelse.

Den foreliggende rapport omfatter og søger at sammenligne resultater fra begge undersøgelser.

Styregruppen finder, at rapporten er brugbar på mange måder og indeholder et unikt materiale om de mange forskellige oplevelser, indtryk og også holdninger der er i relation til akkreditering, akkrediteringsforberedelse og selve akkrediteringsbesøgene.

Rapporten indeholder ikke konklusioner eller perspektiveringer, men styregruppen for undersøgelsen har behandlet rapporten, og har i den forbindelse følgende betragtninger, som gruppen mener væsentlige i forbindelse forståelse og læsning af rapporten:

Tidsfaktoren

Indledningsvis er det væsentligt at understrege, at der er tilstræbt størst mulig lighed i spørgsmål, design og udførelse af de to delundersøgelser. Imidlertid kan dette ikke forhindre at respondenter nødvendigvis må svare ud fra det aktuelle individuelle perspektiv.

Respondenter i 2011 besvarede således spørgsmålene, alene ud fra erfaringer med JCI akkrediteringen, hvorimod respondenter i 2012 kan se tilbage både på DDKM og JCI akkrediteringen, hvilket flere steder i rapporten bliver tydeligt. Man kan derfor ikke udelukke at nogle respondenter ville svare anderledes i 2011, hvis de havde haft oplevelserne fra 2012 in mente.

Akkreditering som ramme for kvalitetsudvikling

Styregruppen har noteret sig, at rapporten overordnet tegner et billede af, at akkreditering grundlæggende opfattes som nyttig og generelt er **accepteret og anerkendt som grundlag for kvalitetsudvikling og kvalitetsstyring!**

Omvendt er der også en række udsagn, der vidner om forskellige opfattelser af hvad akkreditering understøtter og fokuserer på, herunder hvad der ikke berøres af akkreditering.

Flere respondenter er således af den opfattelse at fokus alene er organisatorisk kvalitet og systemer, hvorimod de kliniske kerneydelser ikke opfattes som omfattet af akkreditering. Desuden fremgår i nogle besvarelser en opfattelse af at akkreditering ikke er baseret på og medfører kvalitetsudvikling.

Ressourceanvendelse og akkreditering

En række udsagn i rapporten omhandler ressourceforbrug, forbundet med akkreditering. En del udsagn kan give indtryk af, at der anvendes mange ekstra ressourcer til akkreditering og at ressourceforbruget til akkreditering ikke står mål med effekten af akkreditering.

Styregruppen har drøftet disse udsagn, og ønsker at påpege, at ressourceforbrug er knyttet til **implementering** af vejledninger. Vejledningerne adresserer både sundhedsfaglige og administrative krav, der følger af lovgivning, standardkrav og klinisk evidens for hvilke processer, der er de bedste på et givent område.

Regionale og hospital vejledninger er således et væsentligt grundlag for at sikre den bedst mulige patientbehandling, relevant ensartethed på tværs af matrikler, og indgår derfor som et nødvendigt grundlag for opfyldelsen af akkrediteringsstandarder. Imidlertid er det væsentligt at påpege at akkreditering er ikke alene årsagen til, at vejledninger udfærdiges, skal implementeres og følges.

Retvisende versus forskønnet billede af hospitalet

Der er mange udsagn i begge undersøgelser, der udtrykker at hospitalet fremstår i et "forskønnet billede ifm. akkrediteringsbesøg. Der bliver ryddet op, bliver gjort rent og nogle udtrykker at selv overbelægning bliver søgt elimineret, fx ved flytning af patienter. Dette er grundlaget for at flere, især fra de femtegangsakkrediterede hospitaler, foreslår at uvarslede besøg bør indføres.

Styregruppen har drøftet udsagnene og er enige i, at oprydning mv. får en særlig opmærksomhed i forbindelse med akkrediteringsbesøgene. Styregruppen finder dog at oprydningen i sig selv ikke er problematisk. Problemet synes snarere at være, at årsagen til oprydningen tilskrives et forestående akkrediteringsbesøg og ikke regelmæssi-

ge initiativer der skal tilgodese det konstante behov for ryddelighed. Styregruppen har noteret sig, at udsagnene følges af ønske om uvarslede akkrediteringsbesøg.

Implementering, formidling og integration i det daglige arbejde

Implementering og fastholdelse af god praksis træder således – og ikke blot i rapporten om akkrediteringsevaluering - frem som et område, der kan adresseres mere tydeligt og gives mere fokus. Det er i rapporten tydeligt i en række sammenhænge.

Der rejser sig en erkendelse på tværs af de to undersøgelser, at formidling og kommunikation af formål og indhold omkring akkreditering spiller en stor rolle, især omkring sammenhængen mellem kvalitetsudvikling af den daglige kliniske virksomhed og krav i akkrediteringsstandarderne. Det er ud fra især de kvalitative interviews med ledere muligt at identificere usikkerhed om formålet med akkreditering i relation til konkrete og daglige arbejdsprocesser, faglig ledelse og sammenhængen til kvalitetsudvikling og patientsikkerhed. Der må således forventes en afsmittende effekt på medarbejdere, hvis akkreditering lokalt italesættes som et isoleret og parallelt projekt uden direkte relation til konkrete arbejdsopgaver og kvaliteten heraf.

Omvendt er der tegn på at den kulturelle modenhed er øget og at forventningerne til akkrediteringsbesøget er mere konkrete i 2012 undersøgelsen, især for hospitaler med mindre akkrediteringserfaring.

Dobbeltakkreditering

Selve akkrediteringsbesøget er ressourcekrævende, både i forberedelses- og planlægningsfasen og i de dage, besøget pågår. Et akkrediteringsbesøg varer typisk 4 dage, og finder sted hver tredje år.

Det er imidlertid også kendt, at der i de sidste måneder op til akkrediteringsbesøget er et vældigt tidspres omkring og ekstra fokus på forberedelsen og færdiggørelse og formidling af diverse initiativer. Ved to akkrediteringskoncepter forekommer denne proces derfor to gange i en treårig periode.

Der er i forbindelse med spørgeskemaer og interviews fremkommet mange udsagn om ”dobbelt” akkreditering, selv om dette ikke er direkte adresseret i undersøgelsen.

Mange udtaler at regionen bør vælge ét akkrediteringskoncept, enten for at spare penge eller for at reducere hospitalernes resurseforbrug ifm. forberedelse af besøg.

Kvaliteten af akkrediteringen

Samlet udtrykkes opbakning til akkrediteringsstandarderne i DDKM og flere finder det godt at standarderne ikke indeholder nogle af de ”udanske” krav, som indgår i JCI’s standarder, og derfor fremstår mere konkrete og målrettet dansk sundhedsvæsen. Det er tillige opfattelsen at de danske standarder i højere grad har fokus på de kliniske kerneydelser og bedre understøtter kvalitetsudvikling. Der er tilfredshed med at surveyorne taler dansk og er meget anerkendende i deres adfærd.

I interview kommer det frem at det er vanskeligt at bevare distance og habilitet mellem personale på hospitalet og de danske surveyore, idet mange kender hinanden fra

faglige og nationale sammenhænge eller tidligere ansættelser. Det påpeges at der er risiko for at personlige kendskaber kan påvirke bedømmelsesprocessen.

Der er generelt mindre tilfredshed med den akkrediteringsfaglige ydelse, dvs. forløbet af akkrediteringsbesøgene, herunder de danske surveyores professionelle virke samt indholdet i både mundtlige og skriftlige rapporter. Især i interviews fremhæves at surveyornes professionelle viden om de konkrete standardområder er for beskeden til at udfordre hospitalerne, herunder gennem en grundig og troværdig bedømmelsesproces, som kan skabe respekt og anerkendelse af evt. fund.

Styregruppe noterer sig, at læringsværdien af besøgene således vurderes lavere end i 2011. Det kan skyldes den tidsfaktor, der er nævnt indledningsvis i notatet, herunder at "læringskurven" må vurderes at have været stejlere frem mod akkreditering ved JCI, men også forskelle i de to akkrediteringskoncepter, herunder evt. fravær af det internationale aspekt, jf. nedenfor.

Det internationale aspekt

Styregruppen har noteret sig, at "det internationale aspekt", herunder inspiration fra udlandet fylder en del i besvarelser og tilbagemeldinger.

Forskelle i besvarelse mellem ledere og medarbejdere, og mellem faggrupper

Styregruppen har noteret sig, at der forskel på, hvor positivt effekten af akkrediteringen vurderes af hhv. ledere og medarbejdere, og mellem faggrupper. Det er styregruppens opfattelse, at ledelserne oplever den højeste effekt og medarbejderne lidt mindre. Ledelserne giver udtryk for, at akkrediteringen giver en ramme for faglig ledelse, som de finder nyttig i ledelsesarbejdet. Disse tilkendegivelser falder i tråd med tidligere tilkendegivelser.

Fortsatte drøftelser

Afslutningsvis har styregruppen noteret sig, at undersøgelsen har afdækket forskellige holdninger til akkreditering, men at de udsagn, der i sig selv har at gøre med DDKM og JCI er en relativt lille del af tilbagemeldingerne. Det er derfor en særlig opgave at "destillere" udsagn, der knytter sig til hver af de to akkrediteringsmodeller mhp. en vurdering af den fremtidige akkrediteringsstrategi. Styregruppen noterer sig, at en vurdering af akkrediteringsstrategien ud over de to evalueringer også vil blive baseret på vurderinger af en række andre parametre.

Styregruppen håber at rapporterne kan anvendes som grundlag for lokale drøftelser på hospitalerne og i fællesregionale fora, i relevante sammenhænge.