

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

UDKAST

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

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

Rikke Gut

Line Holm Jensen

Annette Hallum Knudsen

Jacob Hviid Hornnes

Enhedschef Marie Fuglsang

© Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden, oktober 2012.

ISBN: 978-87-91520-76-1

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

Denne rapport citeres således:

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

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

Rapporten findes på:

www.patientoplevelser.dk

www.regionh.dk

Henvendelse vedrørende undersøgelsen til:

Styregruppeformand Inge Kristensen

Enhed for Udvikling og Kvalitet

Region Hovedstaden

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

E-mail: inge.kristensen@regionh.dk

Projektleder Rikke Gut

Enheden for Brugerundersøgelser

Frederiksberg Hospital

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

E-mail: efb@regionh.dk

Indholdsfortegnelse

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

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

UDKAST

Forord

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

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

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

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

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

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

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

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

Oktober 2012
Region Hovedstaden



Helle Ulrichsen
Regionsdirektør

Resume

Materiale og metode

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

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

Forberedelsen

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

Modellerne og dansk kontra international akkreditering

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

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

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

Surveyorne

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

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

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

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

Reaktioner og retvisende billede

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

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

Tilbage melding og opfølgning

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

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

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

Læring og oplevet effekt

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

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

Akkreditering ved to modeller

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

Forskelle mellem grupper

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

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

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

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

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

UDKAST

2 Introduktion

Baggrund

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

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

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

Formål

Formålet med evalueringen er:

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

Metode og datagrundlag

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

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

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

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

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

Tabel 2.1 Evalueringens faser og metoder

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

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

Tabel 2.2 Anden- og femtegangsakkrediterede hospitaler

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

Læsevejledning

Gennem rapporten benævnes grupper af personale som: ”direktionsmedlemmer”, ”ledere” og ”medarbejdere”. Når der i rapporten står ”personalet” eller ”alle”, så omhandler det alle tre grupper. Resultater fra spørgeskemaundersøgelsen beskrives oftest med angivelse af andele i procent. Resultater fra interviewundersøgelsen beskrives fx med ordet ”flere”, hvis en tendens har været gennemgående i interviewene og beskrives af flere.

Evaluerer efter akkreditering ved de to modeller

Spørgeskemaerne og interviewguides til brug ved evaluering af DDKM akkrediteringen, er næsten identiske med dem, der er blevet anvendt i 2011 undersøgelsen, men hvor der i 2011 undersøgelsen bliver spurgt til JCI, bliver der i 2012 spurgt til DDKM. I den kvalitative del er der fokus på det, at blive akkrediteret efter to modeller og den kvalitet dette medfører samt fokus på forskellene mellem de to modeller og en sammenligning af dem.

Det er vigtigt at fremhæve, at den oplevede effekt, som spørgeskemaundersøgelsen afdækker i henholdsvis 2011 og 2012, ikke kan tolkes sådan, at de oplevede effekter i 2011 er effekter af JCI og de oplevede effekter i 2012 alene er effekter af DDKM. En sådan sammenligning kan ikke foretages, fordi effekterne af særligt den sidste model ikke kan isoleres. I 2011 er krav fra både JCI og DDKM skrevet ind i vejledninger, og det er umuligt for personalet som helhed at skelne den oplevede effekt af én model frem for en anden samt de øvrige tiltag, der sker på hospitalerne på grund af lovgivningskrav og udviklingstiltag. Desuden vil en given oplevet effekt af DDKM være meget påvirket af, at hospitalerne allerede er blevet akkrediteret tidligere, og af at de med et års mellemrum skal akkrediteres to gange.

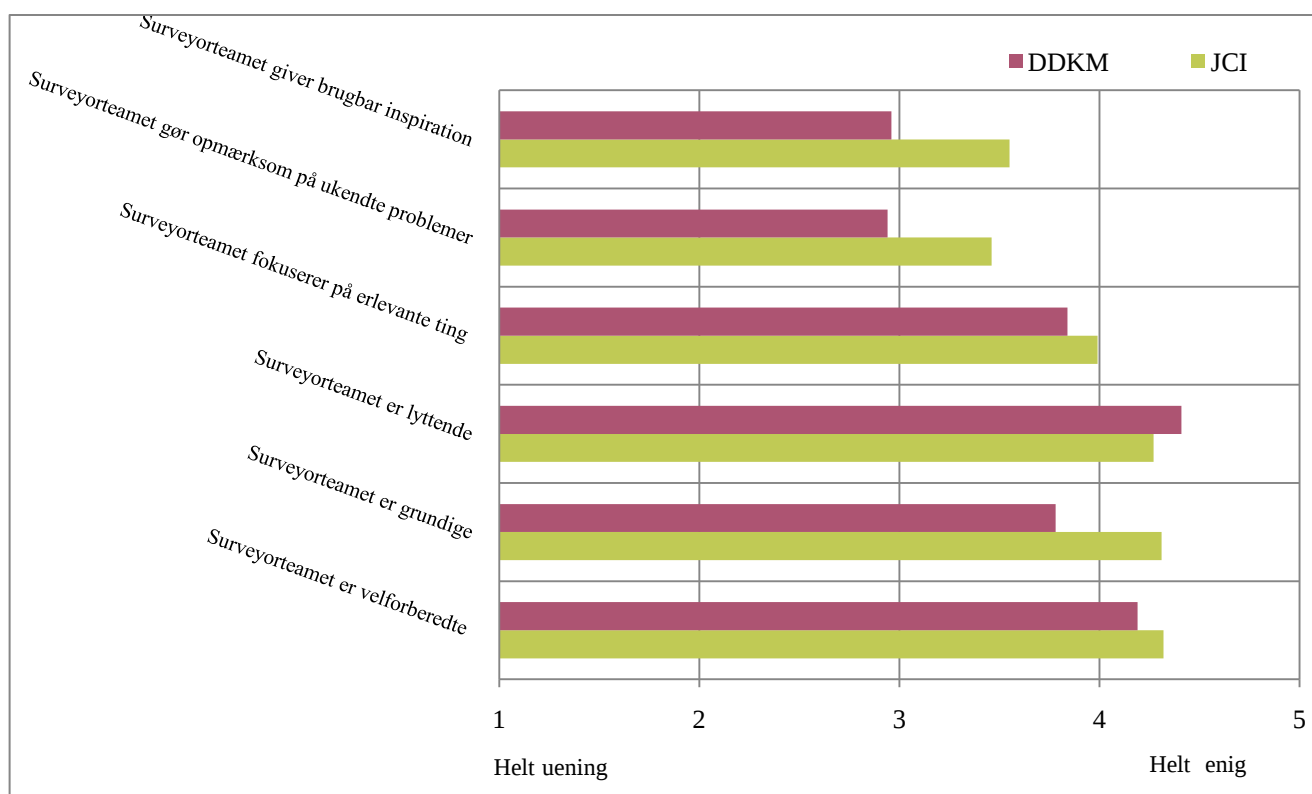
UDKAST

3 Resultater: Sammenligning af DDKM og JCI

Når resultaterne fra de to spørgeskemaundersøgelser sammenlignes, viser der sig at være statistisk signifikante forskelle i personalets oplevelser af de to akkrediteringer på flere områder (se figur 3.1-3.3). Det drejer sig især om, at personalet som helhed oplever JCI surveyorteams kompetencer og den deraf følgende læring ved mundtlige tilbagemeldinger mere positivt end de tilsvarende kompetencer og deraf følgende læring fra teamet fra DDKM. DDKM akkrediteringen vurderes til gengæld mere positivt end JCI i forhold til, at standarderne er relevante, velegnede til kvalitetsudvikling og at surveyorteamet har dansk frem for international erfaring.

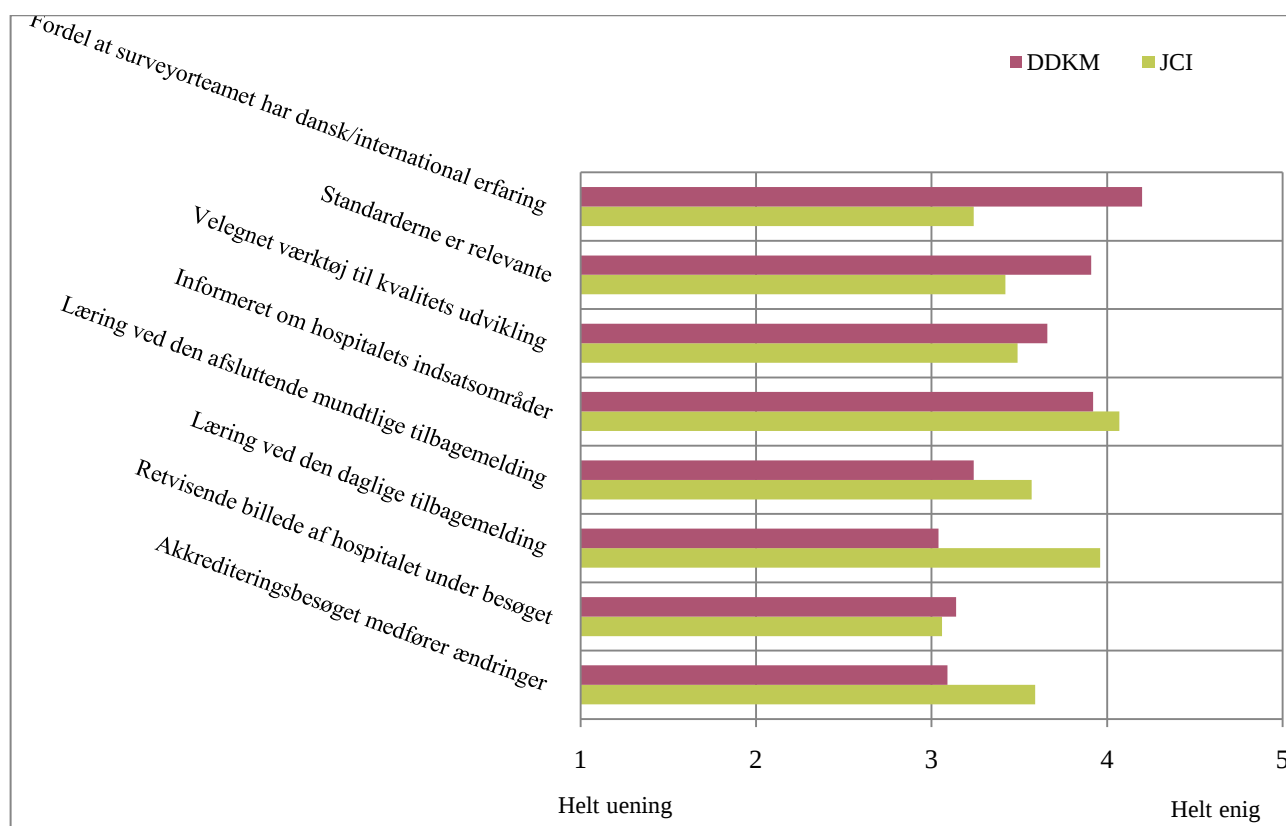
Figur 3.1 Surveyorteamet

Spørgsmål hvor der er statistisk signifikant forskel på oplevelsen af DDKM og JCI



Figur 3.2 Akkrediteringsbesøget, opfølgning og koncept

Spørgsmål hvor der er statistisk signifikant forskel på oplevelsen af DDKM og JCI



En sammenligning af direktionernes vurdering af akkreditering ved henholdsvis JCI og DDKM, viser ingen statistisk signifikant forskel i deres vurderinger af de to modeller på den ene halvdel af spørgsmålene, på den anden halvdel vurderer de JCI mere positivt end DDKM. Det er surveyornes egenskaber og læring ved daglige tilbagemelding, som de vurderer mere positivt ved JCI end DDKM.

For lederne med personaleansvar er der statistisk signifikante forskelle på de fleste spørgsmål, når JCI og DDKM bliver sammenlignet. Lederne med personaleansvar vurderer JCI mere positivt end DDKM på de samme områder som direktionerne, men derudover oplever de også DDKM mere positivt end JCI i forhold til relevante standarder, velegnet værktøj til kvalitetsudvikling og et surveyorteam med dansk erfaring frem for international.

Ledere uden personaleansvar¹ og medarbejderne følger i deres oplevelser af de to akkrediteringer samme tendenser som lederne med personaleansvar. Dog har ledere uden personaleansvar generelt mere positive oplevelser af JCI end DDKM, mens medarbejderne har områder, hvor de er mest positive overfor JCI og andre områder, hvor de vurderer DDKM mest positiv. Blandt andet mener medarbejderne i højere grad, at surveyortemaet fra DDKM er lyttende end teamet fra JCI. (Se bilagshæftet)

¹ Ledere uden personaleansvar er ansatte, der i lønsystemet er registreret som ledere, men som i spørgeskemaet har svaret, at de ikke har personaleansvar. Størstedelen af denne gruppe er overlæger, men der findes også fx ledende oversygeplejersker, ledende bioanalytikere og sygeplejersker.

I spørgeskemaets kommentarfelt er der også flere, der sammenligner de to akkrediteringer. De skriver blandt andet, at der er fordele og ulemper ved begge modeller.

”

Overordnet set er nogle af JCI's krav fjollede/umulige at indføre i Danmark, men omvendt virkede JCI's akkreditering mere grundig og professionel. Det bedste ville i min optik være, at vi blev akkrediteret efter DDKM, men at det var folk fra JCI, der gjorde det. (KOMMENTARFELT. LEDER)

3.1.1 Surveyorne

Resultaterne af interviewene viser, at hovedparten af ledere og medarbejdere oplever, at surveyorne fra JCI på de fleste områder er bedre surveyore end surveyorne fra DDKM. Surveyorne fra JCI er professionelle, har stor erfaring og en tilgang til survey, der gør dem i stand til at udfordre praksis på et helt andet niveau end DDKM-surveyorne, der sammenlignet med JCI er meget utrænede i survey-situationen og mindre professionelle. JCI har et stort overblik over den organisation, de vurderer, og en systematik i deres måde at gennemføre survey på, der betyder, at de kan se sammenhænge og problemstillinger på tværs af en organisation. Det overblik har DDKM-surveyorne ikke, og de har heller ikke en ligeså systematisk måde at gribe survey an på, som JCI har. Ledere og medarbejdere oplever survey ved DDKM som mere sporadisk og usystematisk end survey ved JCI, bl.a. fordi det synes mere tilfældigt, hvilke problemstillinger DDKM-surveyorne slår ned på. Interviewpersonerne beskriver også, at surveyorne fra DDKM overså mange relevante fund, som det er overbevisningen, at JCI-surveyorne ville have fundet og gravet dybere ned i. Desuden er JCI-surveyorne, i modsætning til DDKM-surveyorne, i stand til at ”bide sig fast” i de problemstillinger, de ser undervejs i survey og være vedholdende. DDKM surveyorne har ikke den samme vedholdenhed og virker af den grund mere overfladiske i deres tilgang, og både ledere og medarbejdere oplever helt klart, at de får mere ud af survey ved JCI end DDKM.

”

Min fornemmelse var, at JCI var mest grundige. Det kan godt være, at surveyorne fra JCI talte med en fokuspersion, men de lagde altså også mærke til, at folk ikke overholdt håndhygiejnen frem og tilbage fra en patient. Man blev faktisk kigget på, selv om man ikke troede det. Surveyorne fra DDKM fik spurgt om rigtig mange ting, men det var meget overfladisk. Når de kom ud i vores afdelinger, så de det bare, de spurgte ikke ind til det. (KLINISK MEDARBEJDER)

En force hos DDKM frem for JCI, som interviewpersonerne tydeligt fremhæver, er surveyornes pædagogiske og anerkendende tilgang til personalet, hvor udgangspunktet for survey er en positiv dialog med personalet om deres praksis. Interviewpersonerne oplever JCI-surveyorne som mere autoritære og kontante i deres tilgang til survey, hvilket bidrager til, at personalet i højere grad oplever survey som en eksamenssituation. Direktioner, afdelingsledere og kvalitetschefer oplever, at DDKM-surveyorne, i kraft af deres kommunikerende tilgang, i højere grad end JCI-surveyorne, bidrager til at skabe en god stemning og motivere medarbejderne.

”

Vi er mere gearede til at have denne her dialog. Hvor den amerikanske model, der føler jeg virkelig, at jeg skal til eksamen. Det kunne lige så godt være en general, der stod foran mig, og så skal jeg komme med det dokument og det dokument. Dem der akkrediterer fra Danmark kender jo systemet, så der er nogle ting, man ikke behøver at tale om, for det ved de. Det var næsten sådan en antyklimateisk oplevelse sammenlignet med amerikanerne. Men på sigt, tror jeg, at det vil passe os bedre at have den danske model, fordi vi kan få talt sammen på en anden måde. (IKKE KLINISK MEDARBEJDER)

Når interviewpersonerne blev bedt om at sammenligne surveyorne fra JCI med surveyorne fra DDKM blev JCI betegnet som fejlfindere, imens surveyorne fra DDKM blev betegnet som kommunikatører. JCI-surveyorne havde fokus på det begreb, som de kalder ”drilling down,” hvor de udfordrer praksis indtil de finder fejl. DDKM-surveyorne havde derimod fokus på dialog, hvor de med en spørgende og lyttende tilgang var nysgerrige på, hvordan hospitalerne arbejdede med kvalitetsudvikling.

”

DDKM-surveyorne var flinke mennesker – og tilgængelige, og det var ikke sådan, at de spurgte om nogle ting, der ikke var relevante. Så min fornemmelse var, at de var velforberedte..... men de var ikke fejlfindere. De havde en anden tilgang til det. De var ude på at skabe dialog i den seance de sad i, om det var dokumentstyring eller personaleområdet – hvordan vi gik til det – hvad det var, vi satte fokus på, hvordan vi forsøgte at uddanne vores personale mest hensigtsmæssigt i.f.t. de mål, virksomheden havde, hvilke udfordringer vi så på personaleområdet, hvordan vi sikrede brand. Men min opfattelse var, at det var meget løs snak. Jeg gik fra mit møde på personaleområdet og tænkte: Gad vide hvad de egentlig ledte efter? IKKE KLINISK MEDARBEJDER

3.1.2 Dansk kontra international akkreditering

Interviewpersonerne oplever DDKMs klare force som standarderne, idet de tager udgangspunkt i det danske sygehusvæsen, at surveyorne taler dansk, og at surveyorne kender til dansk kultur. JCI- surveyorne har ofte vanskeligt ved at forstå dansk praksis, og af den grund bruger JCI-surveyorne ofte unødigt tid på problemstillinger, der ikke er relevante i det danske sygehusvæsen.

Et område som direktioner og afdelingsledere fremhæver i interviewene, og som også viser sig i resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er, at JCI, idet de arbejder internationalt, kan bidrage med ny inspiration, viden og idéer udefra. Det gør, at Region H kontinuerligt bliver udfordret til at udvikle sig og gøre tingene på nye måder. Muligheden for at bidrage med ny inspiration har DDKM ikke i samme målestok, idet Danmark er for lille et land til, at der er tilstrækkeligt med ny inspiration at hente på tværs af regionerne. Når JCI kommer ind i, et for dem relativt ukendt dansk sygehusvæsen, giver det desuden den mulighed, at de kan stille nogle andre spørgsmål og udfordre praksis på en anden måde, end DDKM er i stand til. Et andet aspekt, der fylder meget i interviewene er, at DDKM-surveyorne er for kendte ansigter inden for deres respektive specialer, hvilket gør, at de flere steder har haft problemer med at give en objektiv bedømmelse af kvaliteten. Dette problem findes ikke med surveyorteamet fra JCI.

”

Risikoen i DDKM er, at den bliver for indforstået. JCI kommer med nogle helt andre holdninger, fordi de ikke kan forstå, hvorfor vi gør, som vi gør. Amerikanerne kommer med en anden vinkel og kan stille spørgsmålstejn på en helt anden måde, der får én til at tænke, ja, hvorfor gør vi egentlig det.

(IKKE KLINISK AFDELINGSLEDELSE, FEMTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Et andet problem, som påpeges i interviewene er, at de områder, som DDKM- surevyerne ser under survey er udfordringer, som er velkendte i Danmark. Af den grund bliver drøftelsen af de udfordringer, der er meget indforståede og mindre handlingsorienterede

”

Vi bliver hurtigt enige om, hvad der er svært. Der foregår meget snak om, hvad vi arbejder med i Danmark for tiden, som er sådan nogle udfordringer vi har fælles. Jeg synes ikke, at vi bliver udfordret tilstrækkeligt, og det har noget med kvalifikationer, som selvfølgelig har noget med træning at gøre . (DIREKTØR)

3.1.3 Den mundtlige og skriftlige tilbagemelding

Hvad angår den afsluttende mundtlige tilbagemelding støtter resultaterne fra interviewene resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen, idet det er direktioner og ledes klare oplevelse, at den mundtlige tilbagemelding fra JCI er bedre end tilbagemeldingen fra DDKM. Den afsluttende mundtlige tilbagemelding fra DDKM er for kort og unuanceret til, at den giver et klart billede af de problemstillinger, der skal arbejdes videre med, hvorimod den afsluttende tilbagemelding fra JCI er klar, tydelig og dybdegående med fokus såvel på det positive som det negative. På baggrund af tilbagemeldingen fra JCI har afdelingerne en klar oplevelse af, hvad problemområderne er, hvilket ikke på samme måde er tilfældet for DDKM. Endvidere fokuserer interviewpersonerne på, at JCI har en mere valid, og dermed mere retfærdig, måde at bedømme en organisation på end DDKM, da JCI tager udgangspunkt i et pointsystem, imens DDKMs bedømmelse bliver oplevet som mere tilfældig.

”

Jeg oplevede, at de bedømte os på fund, de kun havde set ét sted, og det kunne vi så blive evalueret på næste morgen, hvor der var nogle afdelinger, der rejste sig op og sagde: hov, hov: I har jo ikke spurgt om de ting flere steder. Hvis JCI havde set nogle ting, så undersøgte de, om det var et generelt fund, eller om det egentlig kun var galt ét sted. Så på den måde var det heller ikke særligt retfærdigt. (KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Interviewpersonernes holdninger til kvaliteten af den skriftlige tilbagemelding indeholder også store forskelle imellem JCI og DDKM. Afrapporteringen fra DDKM bliver af hovedparten af de interviewede direktioner, kvalitetschefer og afdelingsledere oplevet som meget kort, unuanceret og ikke særligt anvendelig til kvalitetsudvikling. JCIs rapport bliver derimod vurderet som mere fyldestgørende med tydelige krav til forbedringer og angivelse af, på hvilke områder, der bør ske en udvikling af kvaliteten.

3.1.4 Områder uden forskel imellem JCI og DDKM

Der er flere spørgsmål i spørgeskemaet, hvor der ikke er nogen forskel i personalets vurderinger af de to modeller, når personalets svar fra de to år testet mod hinanden. Det drejer sig primært om spørgsmålene om forberedelse, ledernes og medarbejderes reaktioner på besøgene samt opfølgning.



Figur 3.3 Sammenligning af personalets oplevelser af DDKM og JCI



Hvis der er statistisk signifikant forskel på, hvordan akkreditering ved JCI og DDKM opleves, så er det enkelte spørgsmål markeret med en * yderst til højre i figuren. ✕ Spørgsmålet om "JCI/DDKM standarderne er høje nok til at udfordre praksis" er ikke direkte sammenlignelige, da ordlyden i spørgsmålet er blevet ændret i undersøgelsen af DDKM 2012.

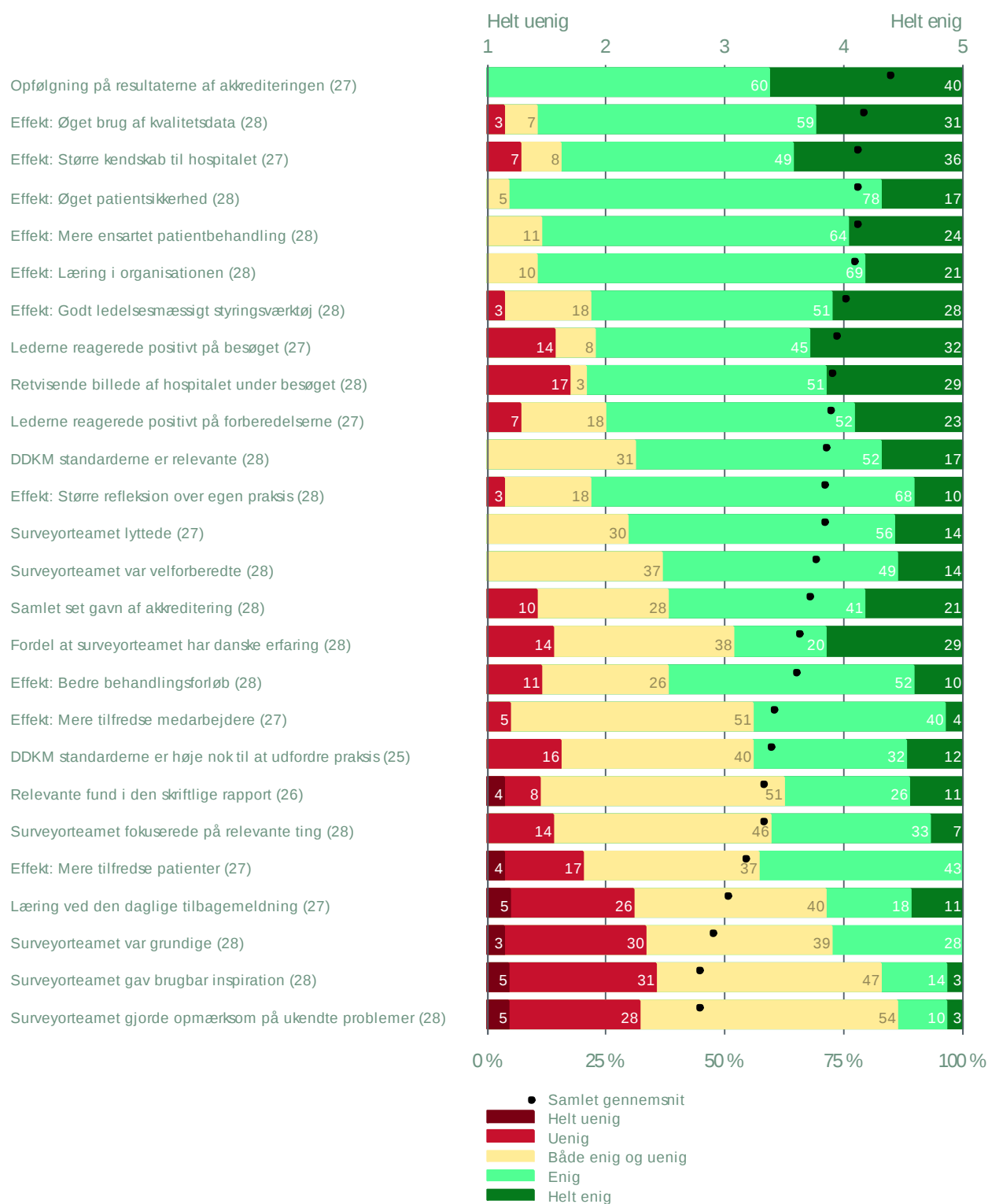
4 Resultater for Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)

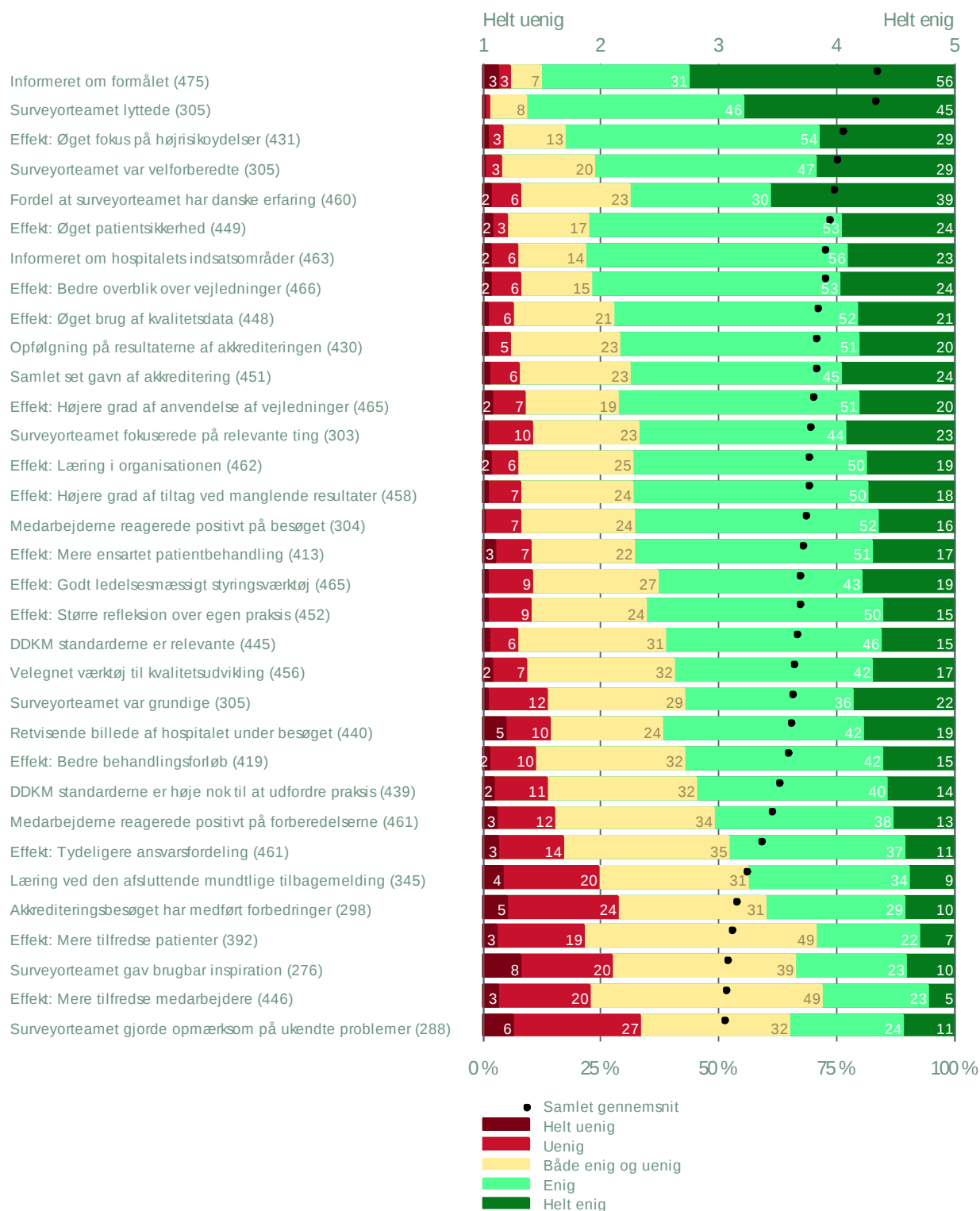
4.1 Samlede resultater

I de følgende figurer vises en oversigt over resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen fordelt på direktionsmedlemmer, ledere med personaleansvar, ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Figurerne er sorteret efter gennemsnitsscoren på hvert spørgsmål (markeret med en sort prik), og den fulde svarfordeling på hvert spørgsmål fremgår også. Antallet af respondenter, der har besvaret hvert spørgsmål står i parentes.

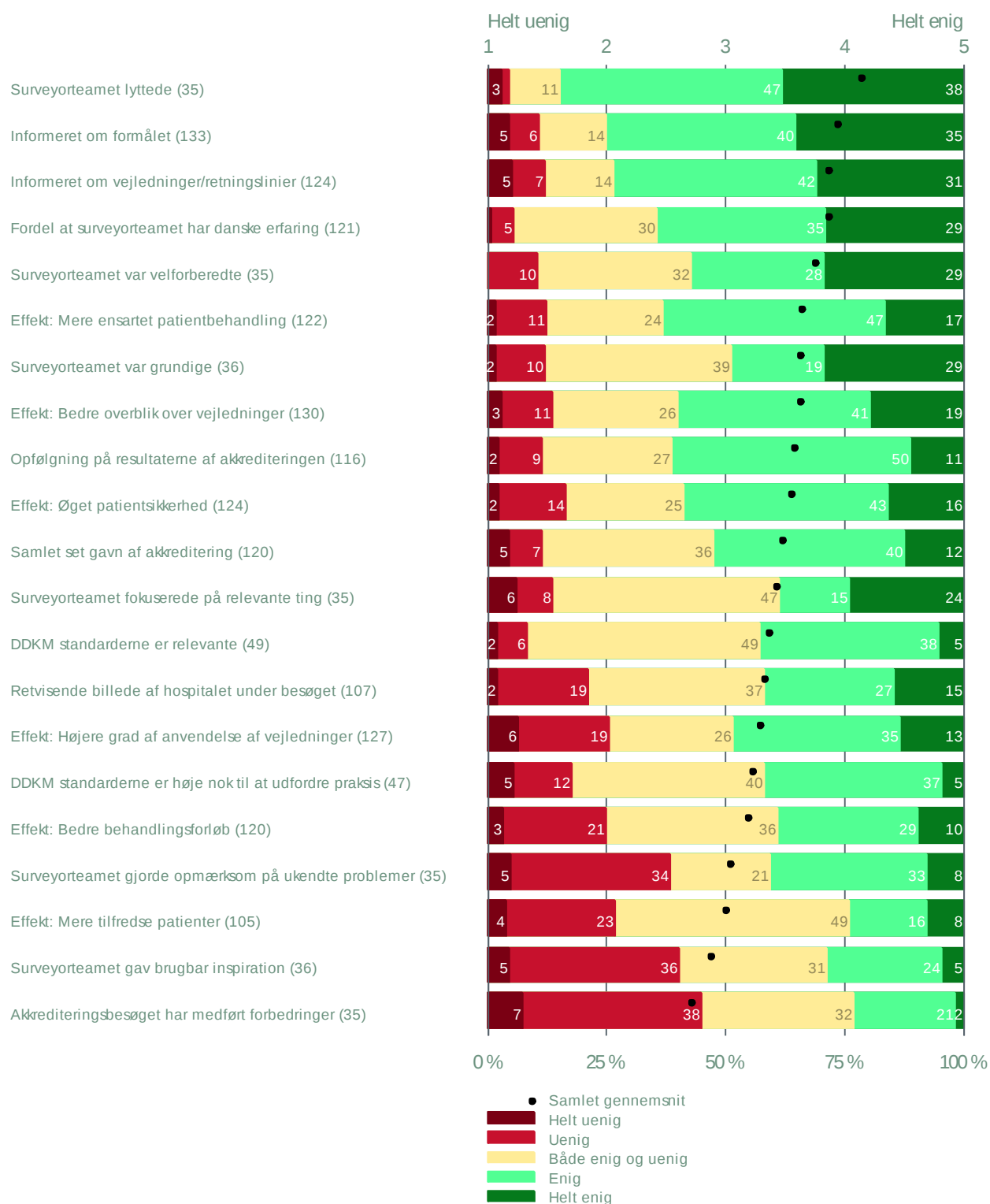


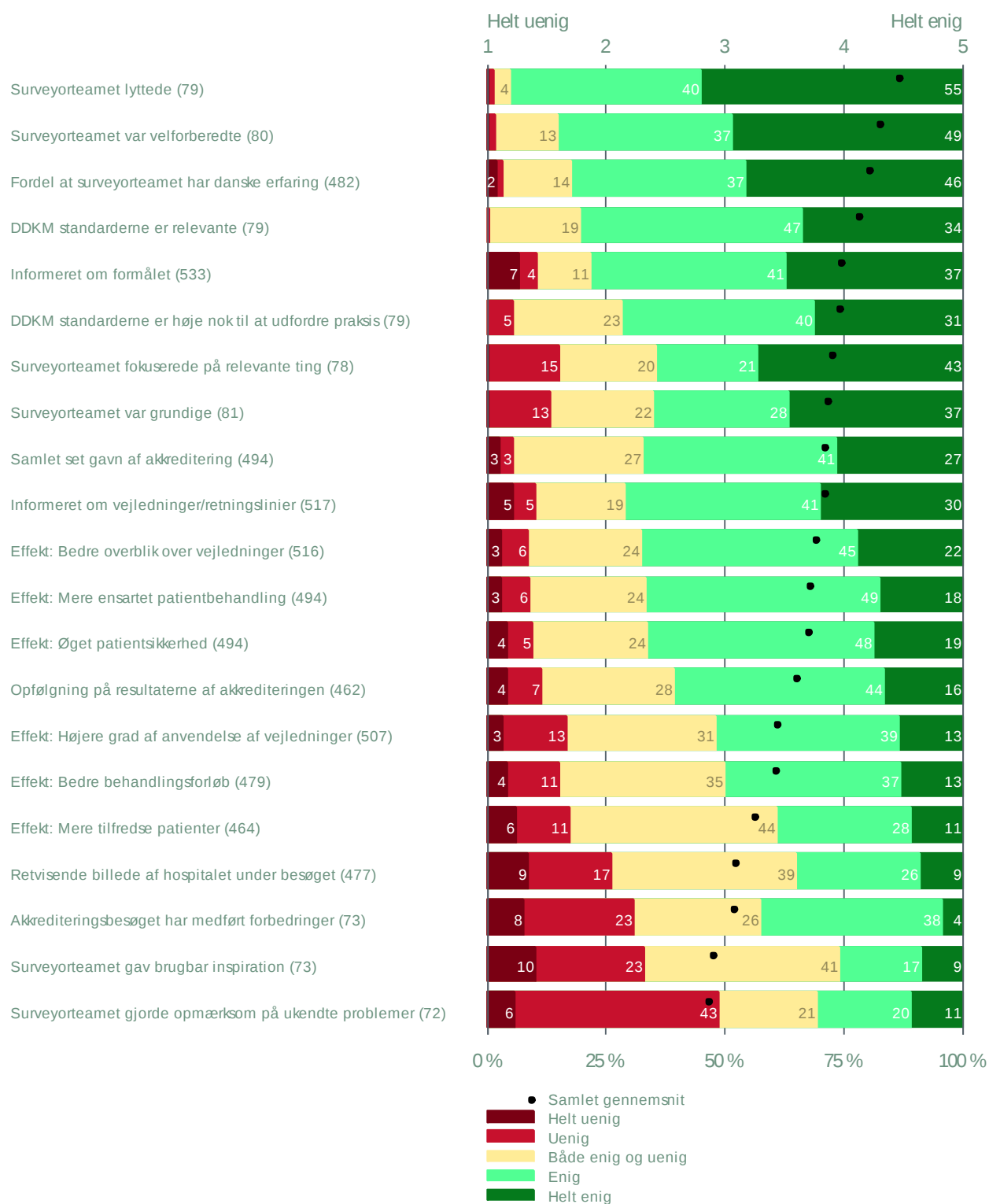
Figur 4.1 Resultater for direktionsmedlemmer – DDKM



Figur 4.2 Resultater for ledere med personaleansvar – DDKM


Figur 4.3 Resultater for ledere uden personaleansvar – DDKM



Figur 4.4 Resultater for medarbejdere – DDKM


4.2 Forberedelse

4.2.1 Informationsniveau

Undersøgelsen viser, at størstedelen af personalet er tilstrækkeligt informeret om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved DDKM, dog er der en større andel af lederne med personaleansvar, der mener, at de er tilstrækkeligt informeret end blandt det øvrige personale. Den største del af medarbejderne mener også, at de er blevet tilstrækkeligt informeret om de vejledninger og retningslinjer, de skal arbejde efter. 92 % af medarbejderne med et særligt ansvar i forbindelse med akkrediteringen mener, at de er blevet passende inddraget i forberedelserne, mens 7 % er blevet inddraget for lidt, og 1 % er blevet inddraget for meget.

Disse resultater understøttes af interviewundersøgelsen, som viser, at såvel direktioner som ledere har oplevet, at de har været tilstrækkeligt informeret om DDKM akkrediteringsforløbet. Overordnet oplever medarbejderne også, at de er blevet passende informeret om akkrediteringen, og at det har været på niveau med den information, som de fik, før JCI-besøget. I interviewet med de ikke-kliniske medarbejdere fremgår det, at det nogle steder primært er de personaler, der har været direkte involveret i akkrediteringsforberedelserne, der er blevet grundigt informeret, imens der andre steder er blevet informeret mere bredt til alle medarbejdere.

4.3 Akkrediteringsbesøget

4.3.1 Selve besøget

Retvisende billede

38 % af personalet er enige eller helt enige i, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget. Medarbejderne mener i mindre grad end ledere og direktionsmedlemmer, at der bliver givet et retvisende billede. I spørgeskemaets kommentarfelt bliver dette kommenteret af flere, som henviser til, at afdelingen undgår overbelægning, der bliver gjort meget rent, og ting bliver bragt i orden, som ikke viser sig ved andre tidspunkter end ved akkrediteringsbesøget. Flere kommenterer, at de ønsker uanmeldte akkrediteringsbesøg, så surveyorne ser hospitalet, som det er i hverdagen.

Særligt de kliniske medarbejdere oplever, at der ikke er blevet givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalerne i forbindelse med akkrediteringsbesøget og flere både ledere og medarbejdere mener, at et uanmeldt besøg vil give et bedre billede af, hvad de enkelte ledere og medarbejdere kan. Resultaterne af et uanmeldt besøg vil i højere grad kunne danne grundlag for at udpege indsatsområder til kvalitetsudvikling med udgangspunkt i den hverdag, som patienterne oplever til dagligt.

”*Det er en meget poleret afdeling, der vises frem. Vores afdeling bærer meget præg af en stresset hverdag, og at der ikke er tid til særligt meget. Men at have sådan en uge, hvor der er få patienter og ingen på gangene og enormt god normering, og der er ryddet op – det giver selvfølgelig et indblik i, hvordan en afdeling skal se ud, og det er jo også fint. Men det er synd, at de ikke oplever os på en hektisk dag som i dag fx, hvor der er sygdom og overbelægning, og patienterne vælter ind.* (KLINISK MEDARBEJDER)

Reaktioner og stemning

77 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at lederne reagerede positivt på akkrediteringsbesøget. Blandt lederne er 68 % enige eller helt enige i, at medarbejderne reagerede positivt på besøget.

I interviewene med de kliniske ledere bliver det beskrevet, at medarbejderne har reageret forskelligt på at skulle akkrediteres ved DDKM. Nogle af medarbejderne fra de andengangsakkrediterede hospitaler var nervøse for ikke at leve op til akkrediteringen, imens hovedparten af de kliniske ledere fra de femtegangsakkrediterede hospitaler oplevede, at medarbejderne var rolige ved at skulle akkrediteres.

Nogle steder blev survey oplevet som grundigt og patientnært, hvilket begejstrede medarbejderne, fx oplevede mange medarbejdere fra de andengangsakkrediterede hospitaler det som positivt, når surveyerne gik ind på sengestuerne og talte med patienterne.

”

Vores medarbejdere meldte tilbage, at de synes, at DDKM er mindre kontrol og mere patientnært. Og vores surveyore var i hvert fald inde hos fem patienter, hvor de gik ind og lukkede døren, og ikke ville have mere end højst én med ind, og så snakkede de med dem – den ene gang i en halv time, og vi tænkte "hold da op" – den ene gang var det et pakkeforløb men også et sektioforløb, hvor de kom ud og sagde: "I gør, hvad I siger, I gør." Og det var næsten noget af det, som betød mest for medarbejderne - det gjorde dem mere høje, end når der kommer en amerikaner. (KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

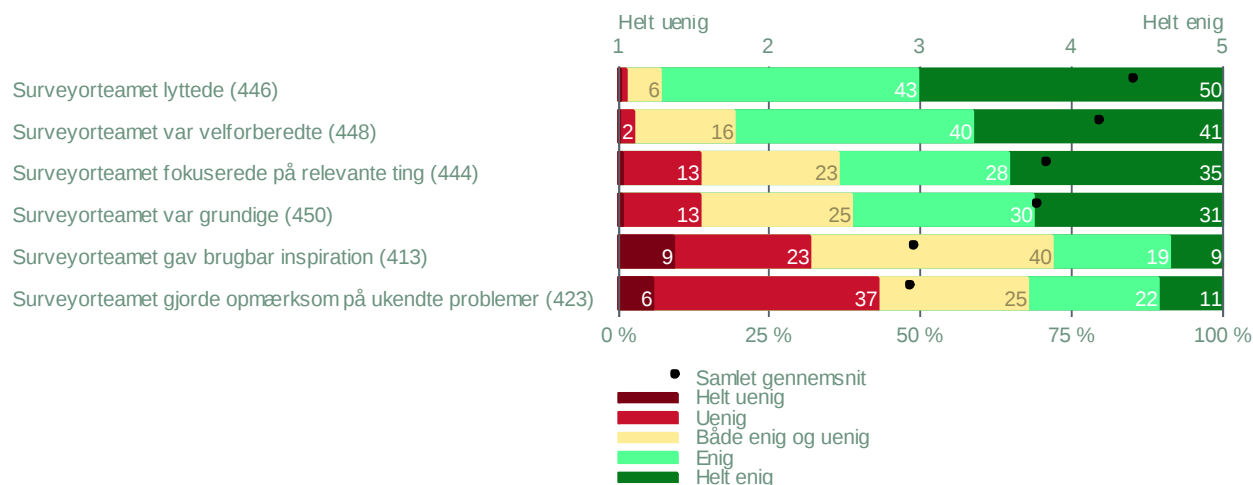
Nogle steder var der stor forskel på de kliniske fagpersoners oplevelser af survey på tværs af faggrupper. Sygeplejerskerne var generelt godt tilfredse med survey, imens lægerne var mere forbeholdne, idet de oplevede, at surveyerne ikke var kritiske nok og overså forskellige forhold.

De ikke-kliniske ledere har oplevet medarbejdernes reaktioner på akkrediteringsbesøget som relativt udramatiske. Nogle af de ikke-kliniske medarbejdere stillede sig dog uforstående overfor, at den tid, der var afsat til at gennemføre survey, ofte ikke blev anvendt.

4.3.2 Surveyorteamet

Der er meget forskellige vurderinger af DDKM surveyorteamets kompetencer (se figur 4.5). En stor andel af personalet mener, at surveyerne er lyttende og velforberedte. Til gengæld er der også en stor andel, der er uenige eller helt uenige i, at surveyorteamet gav brugbar inspiration og gjorde opmærksom på ukendte problemer. I deres vurderinger af om surveyorteamet er grundige, lyttende og fokuserer på relevante ting, adskiller direktionerne sig ved at give en mere negativ vurdering end medarbejderne og ledere med personaleansvar.

Figur 4.5 Personalets oplevelser af DDKM surveyorteamet



I spørgeskemaets kommentarfelt fylder oplevelser af surveyorne også en del. Her bliver det bemærket, at surveyorne mangler erfaring, ikke går i dybden og ikke kontrollerer ved efterspørgende dokumentation. Samtidig bliver der også bemærket positive egenskaber ved surveyorne: de kommer fra klinisk praksis, de er venlige og i øjenhøjde.

I interviewene fremgår det også, at oplevelsen med surveyorne er blandet. Langt de fleste oplever, at surveyorne mangler kompetencer i forhold til at kunne matche et niveau, som er acceptabelt, og at de virkede uerfarne, utrænede og uprofessionelle. Samtidig har surveyorne den helt grundlæggende force, at de er meget positive og anerkendende i deres tilgang og gode til at skabe en god stemning, hvilket betyder, at medarbejderne havde lyst til at gå i dialog med dem.

Jeg synes, at den anerkendende tilgang var rigtig rar at opleve ovenpå JCI. Vi havde haft nogle seje diskussioner med JCI om noget lovgivning, der slet ikke var relevant. (KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Samtidig er oplevelsen blandt såvel direktioner, ledere og medarbejdere, at akkrediteringen var for meget løs snak, for overfladisk, at surveyorne ikke ”bed sig fast”, men fik ”serveret” mange fund, som de slet ikke forfulgte. Bl.a. på den baggrund vurderer hovedparten af de interviewede ledere og medarbejdere ikke, at surveyorne levede op til det, der må forventes af en surveyor.

Surveyorne er der, hvor surveyorne fra JCI var i starten. De er ikke ret dygtige. De er søde, flinke, lydhøre – det er slet ikke det, det handler om. Men for et personale, der kan det [red.: der har erfaring med akkreditering], er det her bare slet ikke udfordrende nok..... Det er fint, og det er rart. Men det giver ikke den der følelse af, at ”yes, vi er dygtige her. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FEMTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Den klare oplevelse hos langt hovedparten af direktioner, kvalitetschefer og ledere er, at surveyorne de fleste steder var for overfladiske i deres vurderinger, hvilket betyder, at det var vanskeligt for ledere og medarbejdere at have den store respekt for dem. Flere steder var det et problem, at medarbejderne efter besøget ikke følte sig evalueret på et niveau, som gør, at de kan være stolte af resultatet.

Flere har oplevet, at der ikke var sammenhæng imellem det, som surveyorne spurgte om, ved de indledende møder, og det de gerne ville se, når de kom ud i afdelingerne, og derfor havde ledere og medarbejdere ikke en oplevelse af, at surveyorne havde tilstrækkeligt overblik til at komme helt i dybden med tingene. Flere af interviewpersonerne ønsker en tilgang, der i højere grad ligner tracers, hvor hele patientforløb bliver fulgt frem for en systematik, hvor surveyorne interesserer sig for mere sporadiske problemstillinger, der hverken har udgangspunkt i kvalitetsdata, dokumenter eller informationer fremkommet ved tværgående interview.



Fætter-kusine-faktoren

Flere af interviewpersonerne har oplevet, at nogle af surveyorne var kendte af medarbejderne i de afdelinger, de besøgte. Det rejser spørgsmål om habilitet og om, hvorvidt surveyorne kan give en objektiv feedback.

”

Vi møder nogen, som vi faktisk kender, og det er jo ikke godt. Der var nogle jeg kendte på det niveau, hvor man får et knus, når de går. Det har noget at gøre med, at vi er et lille land, og at vi kender hinanden, det bliver sådan lidt fætter-kusineagtigt. Det har jeg været udsat for. Så det der med, at det er en dansk løsning har både noget godt og noget skidt i sig. (DIREKTØR, FEMTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Samtidig ønsker nogle, særligt de kliniske og ikke kliniske ledere, at surveyorne har spidskompetencer inden for de områder, som de vurderer, idet det er den eneste måde hvorpå, surveyorne kan give fagpersonerne kvalificeret modspil og vinde klinikernes respekt. Flere har oplevet, at surveyore, der skulle vurdere fx en Intensivafdeling, aldrig havde været på en sådan afdeling før eller surveyore, der skulle vurdere sterilcentral eller køkken, ikke havde kendskab til disse områder. Det blev oplevet som et stort problem, idet surveyorne således ikke var i stand til at gå i dybden på et niveau, som medarbejderne fik læring ud af og havde respekt for. Ligeledes peger nogle af interviewpersonerne på, at det også er væsentligt, at surveyorne ikke er for fagspecifikke, men at de er i stand til at vurdere organisationen i et mere overordnet perspektiv. Således er der altså et skisma imellem, at lederne ønsker surveyore, med særkompetencer inden for de respektive specialer samtidig med, at de ikke ønsker, at surveyorne er for kendte ansigter i de afdelinger, som de skal bedømme.

Surveyorne manglede kompetencer i forhold til de tværgående afdelinger

Både i interviewene blandt medarbejdere og ledere bliver det påpeget, at niveauet for survey på de tværgående afdelinger var for lavt, og det bliver efterlyst, at nogle blandt surveyorne kunne stille kritiske spørgsmål på de tværgående afdelinger. Særligt var det et problem på de diagnostiske afdelinger, at ingen af surveyorne var klædt godt nok på til at udfordre praksis.

”

Der manglede nogen, der havde fokus på de tværgående afdelinger. Nu repræsenterede jeg tre forskellige specialer, og jeg mødte ikke en eneste surveyor, der kunne spørge kritisk ind til noget, der havde noget at gøre med nuklearmedicin, radiologi eller klinisk biokemi. Det, synes jeg, er kedeligt. Hvis de så bare om ikke andet var blevet klædt på hjemmefra til at stille nogle kritiske spørgsmål, men det var de ikke. (KLINISK AFDELINGSLEDER)

4.4 Opfølgning på besøget

4.4.1 Tilbagemeldinger fra surveyorteamet

Den mundtlige tilbagemelding

29 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at de lærer noget ved de daglige tilbagemeldinger fra DDKM surveyorteamet. 43 % af lederne med personaleansvar er enige eller helt enige i, at de opnår læringen ved den afsluttende tilbagemelding fra surveyorteamet på besøgets sidste dag.

Hovedparten af de interviewede direktionsmedlemmer og ledere oplevede, at den samlede mundtlige tilbagemelding var meget kort og for unuanceret til, at den kunne bruges til noget. Nogle oplevede, at de blev evalueret på for tyndt et grundlag med fund, der kun var fundet et enkelt sted. Til gengæld var flere af den opfattelse, at surveyorne flere steder var gode til løbene at give feedback på en anerkendende og konstruktiv måde.

”

Man samler mange mennesker, der ligger et kæmpe arbejde i det, og når der så kun bliver brugt meget kort tid på tilbagemeldingen, er det en meget flad fornemmelse. Surveyorne burde have boret meget længere ned i tingene og have givet en mere nuanceret og fyldestgørende tilbagemelding.

(KVALITETSCHEF, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Nogle ganske få steder har lederne dog oplevet den mundtlige tilbagemelding fra surveyorne som utrolig grundig og brugbar med surveyore, der virkelig evnede at formidle det, de havde fundet på en måde så ledere og medarbejdere oplevede, at de lærte noget. Flere har samtidig oplevet, at surveyorne havde en meget pædagogisk tilgang i deres afsluttende tilbagemelding, som havde virkelig god effekt på personalet. Tilgangen var meget rosende, og surveyorne havde en evne til at formidle det negative på en positiv måde, hvilket gav en særlig god stemning på hospitalerne.



Flere af de kliniske medarbejdere har ikke deltaget på de afsluttende møder og er heller ikke sidenhen blevet informeret om, hvordan akkrediteringen er gået af afdelingsledelser eller direktion.

Den skriftlige tilbagemelding

37 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at fundene i den skriftlige rapport fra DDKM er relevante.

Hovedparten af de interviewede direktioner og afdelingsledere oplever ikke den skriftlige tilbagemelding fra DDKM som god nok. Det største problem i den forbindelse er, at DDKM i den skriftlige afrapportering udelukkende forholder sig til det, der er faktuelle fund. Det betyder, at afrapporteringen de fleste steder er for overfladisk og ikke særligt brugbar i forhold til arbejdet med den videre udvikling af kvaliteten. De fleste af interviewpersonerne ønsker, at den skriftlige afsluttende rapport skal være mere nuanceret og beskrivende i forhold til det, surveyorne har observeret, således at fx forhold, der har været tæt på at blive et fund, bliver nævnt i rapporten. Ligeledes kunne det være en mulighed, at de mere positive aspekter fra surveyornes observationer også fremgår af rapporten, så det også står klart, hvad organisationen skal holde fast i.

4.4.2 Opfølgning på resultater

62 % af personalet er enige eller helt enige i, at der bliver fulgt op på resultaterne efter akkreditering ved DDKM, 27 % erklærer sig både enige og uenige i dette. Direktionsmedlemmerne mener i højere grad end alle de øvrige ansatte, at der bliver fulgt op. Derudover adskiller lederne med personaleansvar sig fra de øvrige ledere samt medarbejderne ved, at de i højere grad mener, at der bliver fulgt op på resultaterne. Alle direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at der bliver fulgt op, det samme gælder for 71 % af lederne med personaleansvar.

4.5 Læring og oplevet effekt

41 % af personalet er enige eller helt enige i, at selve DDKM akkrediteringsbesøget har medført forbedringer på deres afdeling.

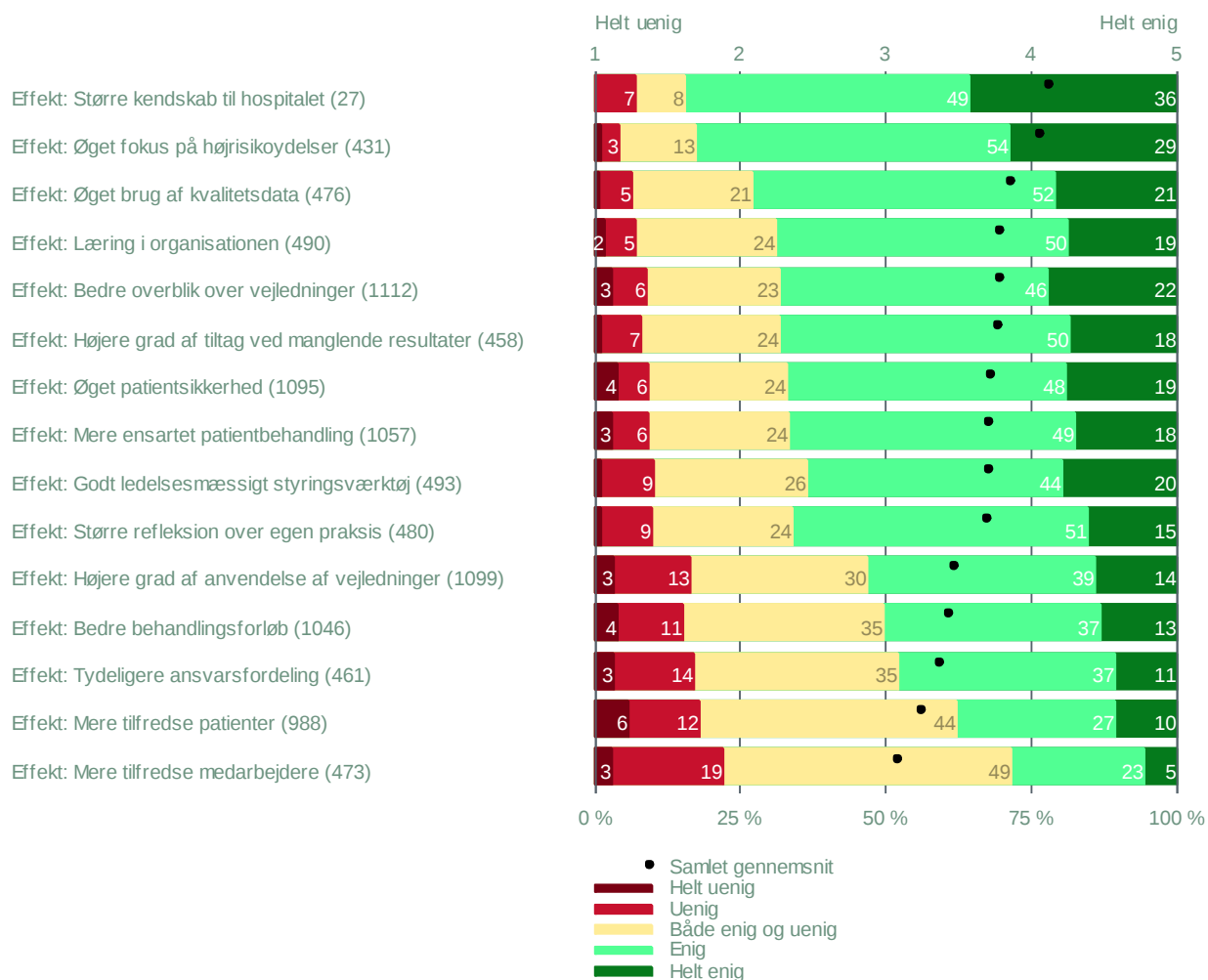
4.5.1 Størst og mindst effekt af akkreditering generelt set

I spørgeskemaet bliver alle spurgt til deres oplevelser af forskellige mulige effekter af akkreditering. Der er spurgt til effekter af akkreditering generelt set, og ikke til den isolerede effekt af DDKM. Baggrunden for dette er en antagelse om, at det er umuligt for personalet at skelne mellem effekterne af henholdsvis DDKM og JCI, fordi der i de vejledninger, som personalet skal arbejde efter, er taget højde for krav og standarder fra både JCI og DDKM. Desuden vil en effekt af DDKM være kraftigt påvirket af de effekter, som der allerede måtte være opnået ved JCI akkreditering. Målingen med dette spørgeskema skal derfor ses som et nedslag på et tidspunkt, hvor personalet er blevet akkrediteret efter både JCI og DDKM, og ikke som en måling af den oplevede effekt af DDKM. Direktioner og ledere med personaleansvar har fået flere spørgsmål om effekter af akkreditering end medarbejdere og ledere uden personaleansvar.

De områder, hvor de største andele af personalet oplever effekter af akkreditering, er på øget fokus på højrisikoydelser, øget brug af kvalitetsdata og læring i organisationen (hvis man ser bort fra spørgsmålet om større kendskab til hospitalet, som kun er stillet til direktionsmedlemmerne). De områder, hvor færrest blandt personalet oplever effekt af akkreditering, er i forhold

til mere tilfredse medarbejdere og patienter, bedre behandlingsforløb for patienterne og tydeligere ansvarsfordeling (se figur 4.6).

Figur 4.6 Personalets oplevede effekter af akkreditering



Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar har svaret på flere spørgsmål om oplevet effekt end ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Spørgsmålet om "større kendskab til hospitalet" er kun stillet til direktionerne. Se i øvrigt figur 4.1-4.4.

Nedenstående tabel 4.1 viser de områder, hvor der er de største og mindste andele af personalet, der oplever effekt af akkreditering. Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar er blevet spurgt til flere effekter end dem, der ses i tabellen, og disse effekter placerer sig mellem de tre med største og mindste andele af oplevet effekt (se bilagshæftet).

Tabel 4.1 Tre områder med størst og mindst oplevet effekt

Størst oplevet effekt	Mindst oplevet effekt
Direktionsmedlemmer	
Øget patientsikkerhed (95 %)	Mere tilfredse patienter (43 %)
Øget brug af kvalitetsdata (90 %)	Mere tilfredse medarbejdere (44 %)
Læring i organisationen (90 %)	Bedre behandlingsforløb (62 %)
Ledere med personaleansvar	
Øget fokus på højrisikoydelser (83 %)	Mere tilfreds medarbejdere (28 %)
Øget patientsikkerhed (77 %)	Mere tilfredse patienter (29 %)
Bedre overblik over vejledninger (77 %)	Tydeligere ansvarsfordeling (48 %)
Ledere uden personaleansvar	
Mere ensartet patientbehandling (64 %)	Mere tilfredse patienter (24 %)
Bedre overblik over vejledninger (60 %)	Bedre behandlingsforløb (39 %)
Øget patientsikkerhed (59 %)	Højere grad af anvendelse af vejledninger (48 %)
Medarbejdere	
Mere ensartet patientbehandling (67 %)	Mere tilfredse patienter (39 %)
Bedre overblik over vejledninger (67 %)	Bedre behandlingsforløb (50 %)
Øget patientsikkerhed (67 %)	Højere grad af anvendelse af vejledninger (52 %)

Effekter i tabellen er sorteret sådan, at de effekter med den største andel af personer der er "helt enige" eller "enige", står øverst i første kolonne, og de effekter med den mindste andel af personer, der er "helt enige" eller "enige", står øverst den anden kolonne. Andelen står i parentes.

I interviewene fremgår det, at hverken de interviewede direktioner, ledere eller medarbejdere oplever, at de har lært ret meget nyt af DDKM-akkrediteringen. Som nævnt ovenfor er det vanskeligt at sige, hvorvidt det skyldes, at organisationen tidligere har gennemført en eller flere JCI-akkrediteringer, eller om det reelt skyldes, at DDKM-akkrediteringen ikke har været i stand til at udfordre regionens praksis. Nogle af interviewpersonerne oplever, at akkrediteringen ved DDKM har påpeget nogle af de problemområder, som JCI-akkrediteringen også har haft fokus på som fx behovet for datadrevet ledelse, mangel på velfungerende IT-systemer m.m.

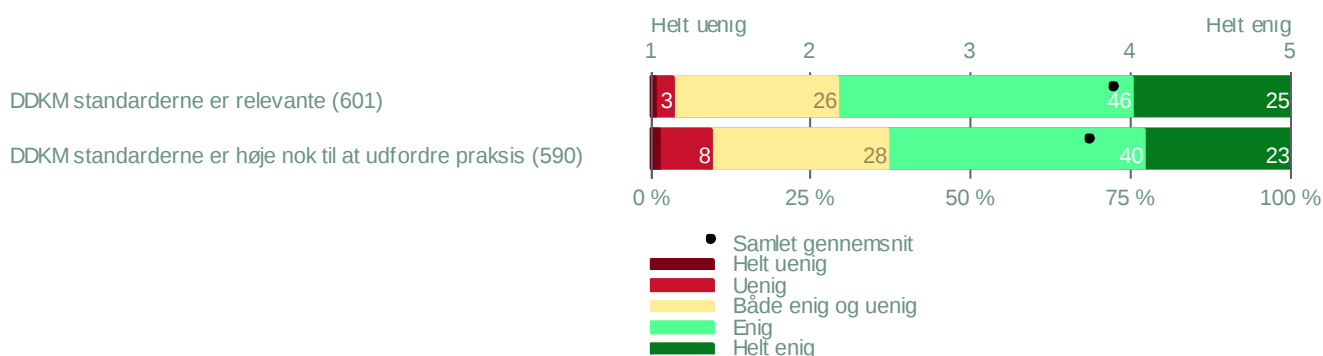
Enkelte af hospitalerne, særligt de andengangsakkrediterede, oplever, at de har lært meget af forberedelsesprocessen op til DDKM-akkrediteringen, hvilket har givet et løft til at få arbejdet nogle ting igennem endnu engang, fx omkring personalesikkerheden, som JCI ikke fokuserer så meget på.

Ligeledes bliver det påpeget, at forberedelserne til både akkreditering ved DDKM og JCI har været fælles, og at det af den grund er vanskeligt at sige, hvor meget læring, der ville være kommet ud af DDKM-akkrediteringen, hvis den havde ligget før JCI-akkrediteringen. Men der er enighed blandt ledere og medarbejdere om, at selve DDKM-survey ikke har givet meget læring.

4.6 DDKM som koncept

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 71 % af personalet samlet set er enige eller helt enige i, at kravene i DDKM-standarderne er relevante, mens 63 % er enige eller helt enige i, at de udfordrer praksis i deres afdeling eller på hospitalet (se figur 4.7). De medarbejdere, der har haft et særligt ansvar i forbindelse med akkrediteringen synes i højere grad end lederne, at DDKMs krav er relevante, og de synes også i højere end lederne og direktionerne, at DDKMs krav udfordrer praksis.

Figur 4.7 Personalets oplevelser af DDKM som koncept



I interviewene fremgår det, at både direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere vurderer, at DDKM-standarderne er meget relevante for arbejdet på hospitalerne. Standarderne passer til det danske sygehusvæsen og modellens kerneområder, er områder, der adresseres i dansk lovgivning, eller dagsordener, der i øvrigt bliver arbejdet med i Danmark inden for kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet. Særligt fremhæver både de kliniske ledere og medarbejdere de sygdomsspecifikke standarder, som en af de centrale grunde til, at DDKM er en brugbar kvalitetsmodel, idet de giver anledning til at vurdere den kliniske kvalitet.



”

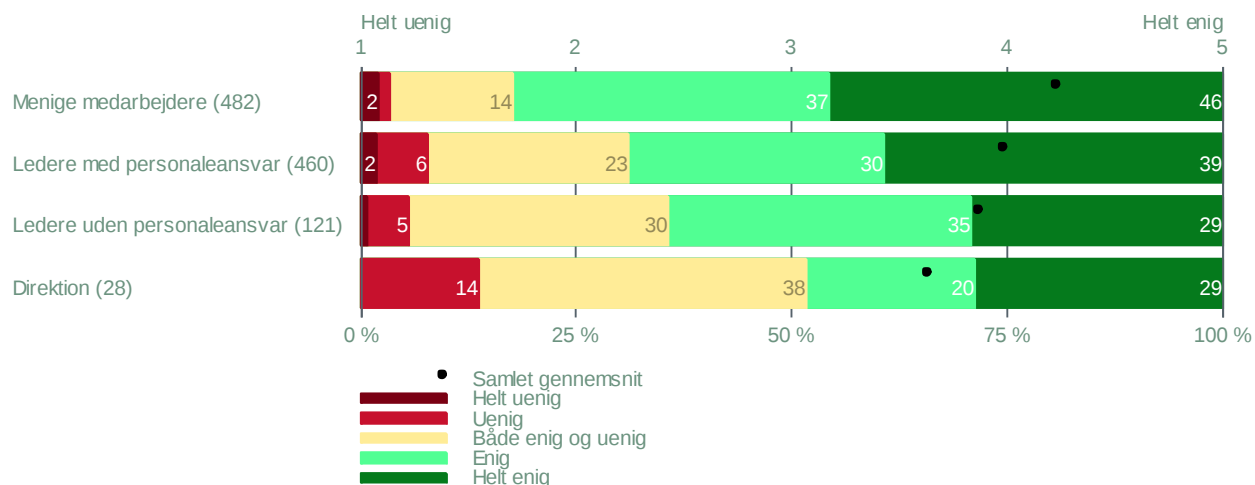
De kernefaglige standarder i kapitel 3 gjorde det lettere at motivere lægegruppen. Der var nogle diagnoserelaterede standarder, som vi benyttede lejligheden til at dykke ned i og egentlig fik en masse godt ud af. Det gav godt at få lov til at fordybe os lidt i det faglige i modsætning til de organisatoriske perspektiver, som JCI anlagde. KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Nogle af medarbejderne beskriver i interviewene, at de var generede af, at der var så mange mennesker involveret under survey, idet det gjorde personalet nervøse. Flere oplevede, at der kom ”en lang hale” af mennesker ind i afdelingerne, når surveyerne kom på besøg, som fx omfattede afdelingsledere, kvalitetsfolk fra regionen og hospitalet samt observatører der var med for at lære at gennemføre survey. Dette virkede ofte overvældende på de medarbejdere, som surveyerne skulle tale med, hvilket resulterede i, at de blev unødigt nervøse, og derfor blev dialogen ikke så lærerig og udviklende, som den kunne være blevet.

4.7 Dansk akkreditering

81 % er enige eller helt enige i, at det er en fordel, at surveyorteamet har dansk erfaring. De mange medarbejdere synes i højere grad end direktionsmedlemmer og ledere, at det er en fordel (se figur 4.8).

Figur 4.8 Fordel at surveyorteamet har dansk erfaring



I spørgeskemaets kommentarfelt skriver flere, at fordelene ved en dansk model er, at surveyerne taler dansk og har kendskab til det danske sundhedssystem. Derfor er det heller ikke nødvendigt først at skulle forklare surveyerne om danske forhold. Dette understøttes af resultaterne fra interviewundersøgelsen.

”

Det gode ved DDKM er, at den har taget udgangspunkt i det danske samfund og det danske sundhedsvæsen og for den sags skyld også det danske sprog. For det er altså problematisk, når der er en tolk imellem, og der er en hel horde af mennesker, der kommer ind i afdelingerne. KLINISK AFDELINGSLEDER, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

4.8 Samlet indtryk

4.8.1 Gavner det?

67 % af personalet som helhed er enige eller helt enige i, at hospitalet har gavn af akkreditering ved DDKM. Derudover er der også 59 % af lederne med personaleansvar, der er enige eller helt enige i, at DDKM er et velegnet værktøj til kvalitetsudvikling.

4.8.2 Akkreditering ved to modeller

I spørgeskemaets kommentarfelt er akkreditering ved to modeller et af de fremtrædende temaer. De fleste, der omtaler dette ønsker kun at blive akkrediteret efter én akkrediteringsmodel, og hvis der skal være en akkrediteringsmodel, skriver de fleste, at de foretrækker DDKM.

Der er ingen af de interviewede ledere og medarbejdere, der ønsker akkreditering ved to modeller. Samtidig mener nogle af interviewpersonerne, at det er ærgerligt at sige farvel til JCI, idet DDKM ikke er på et niveau, der kan udfordre praksis i regionen. Særligt direktionsmedlemmer og afdelingsledere taler om, at regionen frem for dobbeltakkreditering bør vælge et system, der kan udfordre regionens praksis på en anderledes måde, end to akkrediteringer, der i indhold og krav ligner hinanden meget. Ressourcemæssigt er det vurderingen, at klinikernes tid skal prioriteres der, hvor der virkelig er brug for det og ikke ved at bruge tid på akkreditering efter to modeller. Desuden oplever direktionsmedlemmer og ledere, at det er vigtigt, at regionen ikke bliver bundet på hænder og fødder med restriktioner om, hvordan der skal handles. I stedet bør der være større metodefrihed og dermed mere motivation hos den enkelte medarbejder til at finde på brugbare løsninger.

”

Dobbeltakkreditering trækker simpelt hen for mange ressourcer. Vi vil hellere bruge noget tid ind imellem til at planlægge de her besøg....Der er andre kvalitetsudviklingsopgaver, som vi synes også kunne være sjove at løse, og som bliver sat til side. KVALITETSCHEF, ANDENGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Der er ledere, særligt fra de andengangsakkrediterede hospitaler, der oplever, at der er meget at lære af JCI endnu, og som tilkendegiver, at det er ærgerligt, hvis de skal sige farvel til JCI på nuværende tidspunkt. En af de interviewede ledere foreslår, at der tages en dialog med JCI om en anden form for samarbejde imellem JCI og Region H end en regulær akkreditering.

4.8.3 Tre akkrediteringer i laboratorierne

Lederne fra laboratorierne fortæller i interviewene, at de skal akkrediteres efter tre forskellige akkrediteringsmodeller, og det synes de er for meget². Der er nogle få af lederne i laboratorierne, der nævner, at det er positivt, at de bliver akkrediteret sammen med det øvrige hospital. Det bidrager til at binde hospitalet sammen, at alle afdelinger bliver akkrediteret af den samme akkreditør på samme tidspunkt. Flere af interviewpersonerne fra de øvrige tværgående afdelinger oplever også, at de gennemgår for mange vurderinger idet flere ud over akkreditering ved JCI og DDKM bliver evalueret ved andre systemer som fx ISO og Levnedsmiddelkontrollen.

4.9 Forskelle mellem grupper

Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er analyseret for at afdække, om der er forskelle mellem forskellige gruppers svarfordelinger afhængig af bestemte baggrundsvARIABLE, som fx om respondenterne er fra et anden- eller femtegangssakkrediteret hospital (oversigtsfigurer ses i bilagshæftet).

4.9.1 Anden- og femtegangssakkrediterede hospitaler

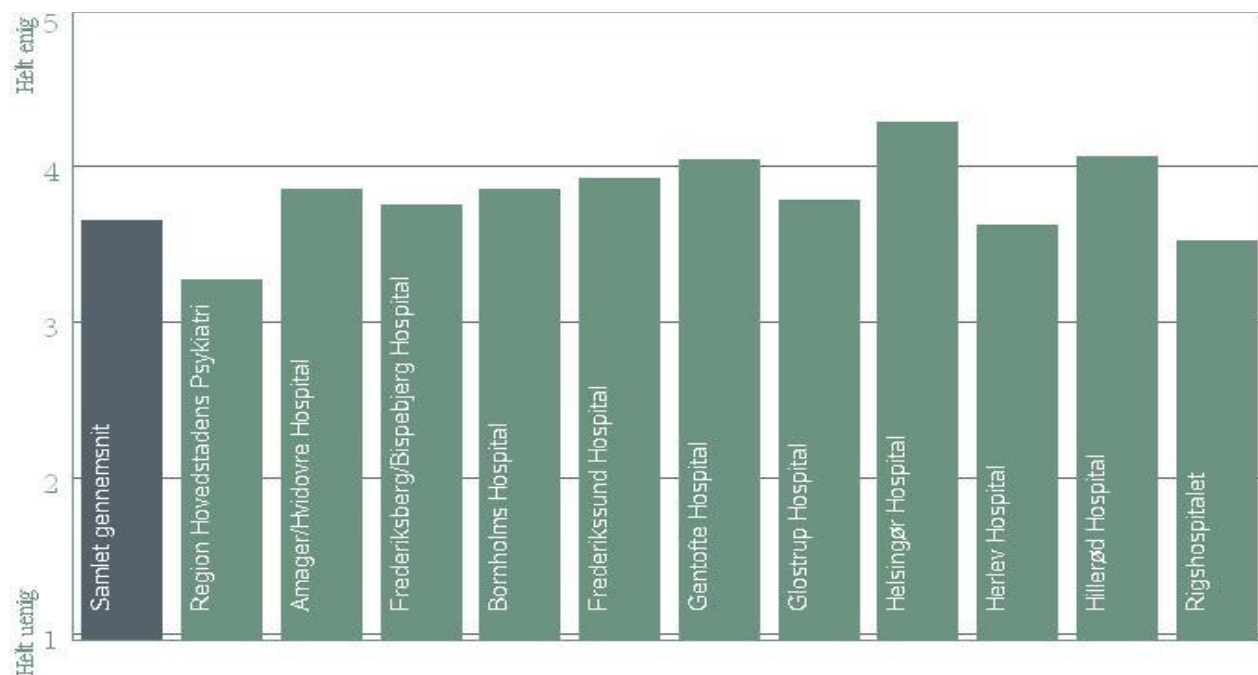
Det er kun på få spørgsmål i spørgeskemaundersøgelsen, der er forskel i personalets oplevelse af DDKM akkrediteringen på henholdsvis anden- og femtegangssakkrediterede hospitaler. På de andengangssakkrediterede hospitaler oplever de i højere grad, at være bedre informeret om formålet med akkrediteringen, og at besøget medfører forbedringer.

I interviewene er der forskel på holdningerne blandt interviewpersonerne til forskellige temaer alt efter, om de er fra et anden- eller femtegangssakkrediteret hospital. De femtegangssakkrediterede hospitaler er generelt mere kritiske overfor DDKM end de andengangssakkrediterede hospitaler.

4.9.2 Hospitaler

På næsten alle spørgsmål er der nogle af hospitalerne, der er forskellige fra hinanden i deres oplevelser af akkreditering. Der er en tendens til, at Hillerød og Helsingør Hospitaler oftest afskiller sig fra nogle af de andre hospitaler ved at være mere positive i deres oplevelser af DDKM akkreditering. Der er også en tendens til, at Rigshospitalet og Region Hovedstadens Psykiatri adskiller sig fra nogle af de andre hospitaler ved at have mere negative oplevelser af flere spørgsmål (se figur 4.9).

² Laboratorierne i Region Hovedstaden er akkrediteret ved henholdsvis DANAK, JCI og DDKM.

Figur 4.9 Forskel mellem hospitaler i oplevelsen af DDKM som velegnet værktøj til kvalitetsudvikling

4.9.3 Kontakt med surveyorteamet

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

Personalet kan have forskellige grader af kontakt med surveyortemaet. Nogle er i direkte kontakt med surveyorteamet under besøget (fx svarer på spørgsmål, fremviser afdelingen, deltager i interview), andre ser dem, men er ikke i direkte kontakt med dem mens andre enten ikke ser dem eller ikke var til stede de dage hospitalet havde besøg. 15 % af respondenterne i undersøgelsen har haft direkte kontakt med DDKM surveyorteamet, 34 % så dem, men var ikke i direkte kontakt med dem, og 51 % så dem ikke eller var ikke til stede. Det er kun de respondenter, der har haft direkte kontakt med surveyorteamet, der har besvaret spørgsmålene om surveyorteamet.

Andele af grupper og faggrupper, der har direkte kontakt med surveyorteamet under akkrediteringsbesøget fordeler sig således i forhold til respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen: Læger (18 %), plejepersonale (57 %), andet sundhedsfagligt personale (6 %), service/teknisk personale (7 %) og administrativt personale (12 %).

4.9.4 Ansvar ved akkreditering

Undersøgelsen viser, at de medarbejdere, der har et særligt ansvar ved akkrediteringen på flere spørgsmål har mere positive oplevelser af akkrediteringen ved DDKM end de øvrige medarbejdere. Det gælder blandt andet i forhold til oplevelsen af, om surveyorteamet gjorde opmærksom på ukendte problemer, om besøget har medført forbedringer, om der er fulgt op på akkrediteringens resultater og fordelene ved at have et dansk surveyorteam.

4.9.5 Type leder

I spørgeskemaet vedr. DDKM blev der tilføjet et baggrundsspørgsmål om, hvilken type leder den enkelte leder med personaleansvar er. På flere spørgsmål er klinik- og afdelingslederne mere positive i deres vurderinger af DDKM akkrediteringen end afsnits- og mellemledere. Det gælder bl.a. flere spørgsmål om oplevet effekt og vurderingerne af DDKM som koncept. På spørgsmålene om hvorvidt akkrediteringsbesøget har medført ændringer, om surveyorne er velforberejdede og grundige samt om det er en fordel, at surveyorteamet har dansk erfaring er det dog afsnits- og mellemlederne, der er mere positive end klinik- og afdelingslederne.

4.9.6 Direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere

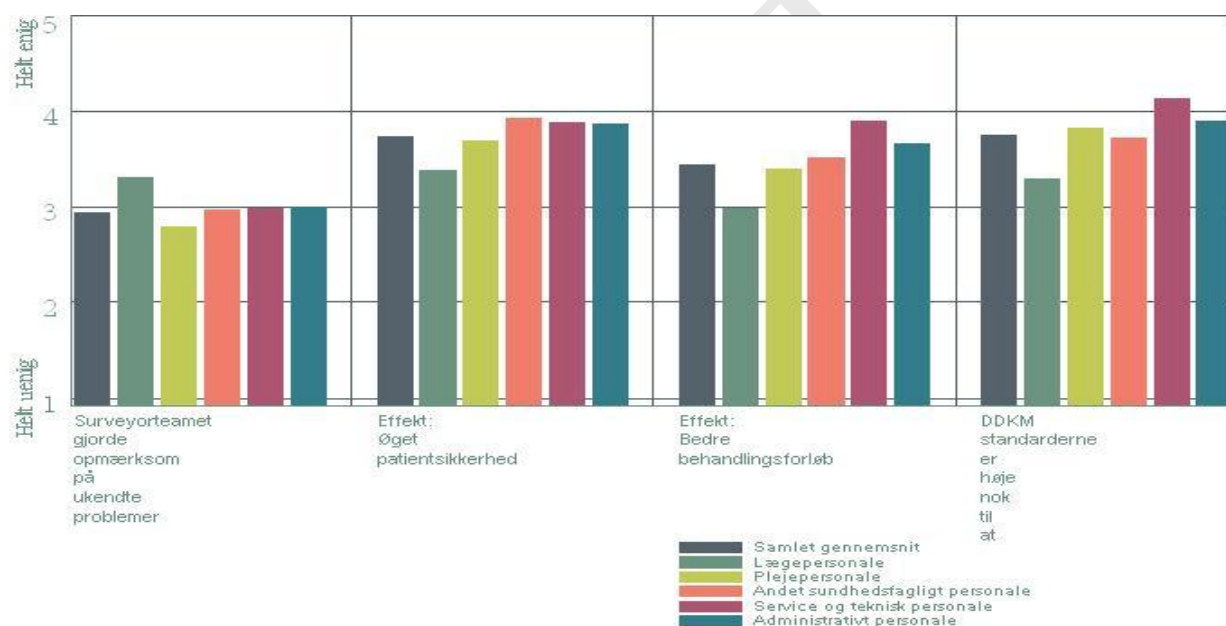
Der er en tendens til, at henholdsvis direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere har forskellige områder i forhold til akkrediteringen, hvor de adskiller sig fra hinanden. Direktionsmedlemmer er mere positive end ledere og medarbejdere i deres oplevelser af flere af de mulige effekter som akkreditering generelt kan have. Medarbejderne er i højere grad end de øvrige enige i, at det er en fordel med danske surveyorer, og at DDKMs standarder er relevante og udfordrer deres praksis. Ledere og medarbejdere er i højere grad end direktionsmedlemmer enige i, at surveyorteamet er grundige, lyttende og fokuserer på relevante ting.

Derudover er der i interviewene enkelte forskelle på holdninger på tværs af direktionsmedlemmer, afdelingsledere og medarbejdere. Overordnet peger interviewene på, at direktionsmedlemmer og afdelingsledere er de mest kritiske i forhold til DDKM, imens medarbejderne er de mest positive. Medarbejderne lægger stor vægt på den positive dialog, der var mellem surveyorer og medarbejdere, og at der ikke var eksamensstemning.

4.9.7 Faggrupper

Lægegruppen adskiller sig fra de øvrige faggrupper ved, at de i mindre grad oplever effekter af akkreditering. De er også i mindre grad end de andre faggrupper enige i, at standarderne i DDKM er relevante og udfordrer deres praksis. På den anden side vurderer de nogle af surveyorteamets kompetencer mere positivt end de andre faggrupper (se figur 4.10).

Figur 4.10 Forskelle i faggruppers oplevelser af DDKM



5 Resultater for Joint Commision International (JCI)

5.1 Samlede resultater

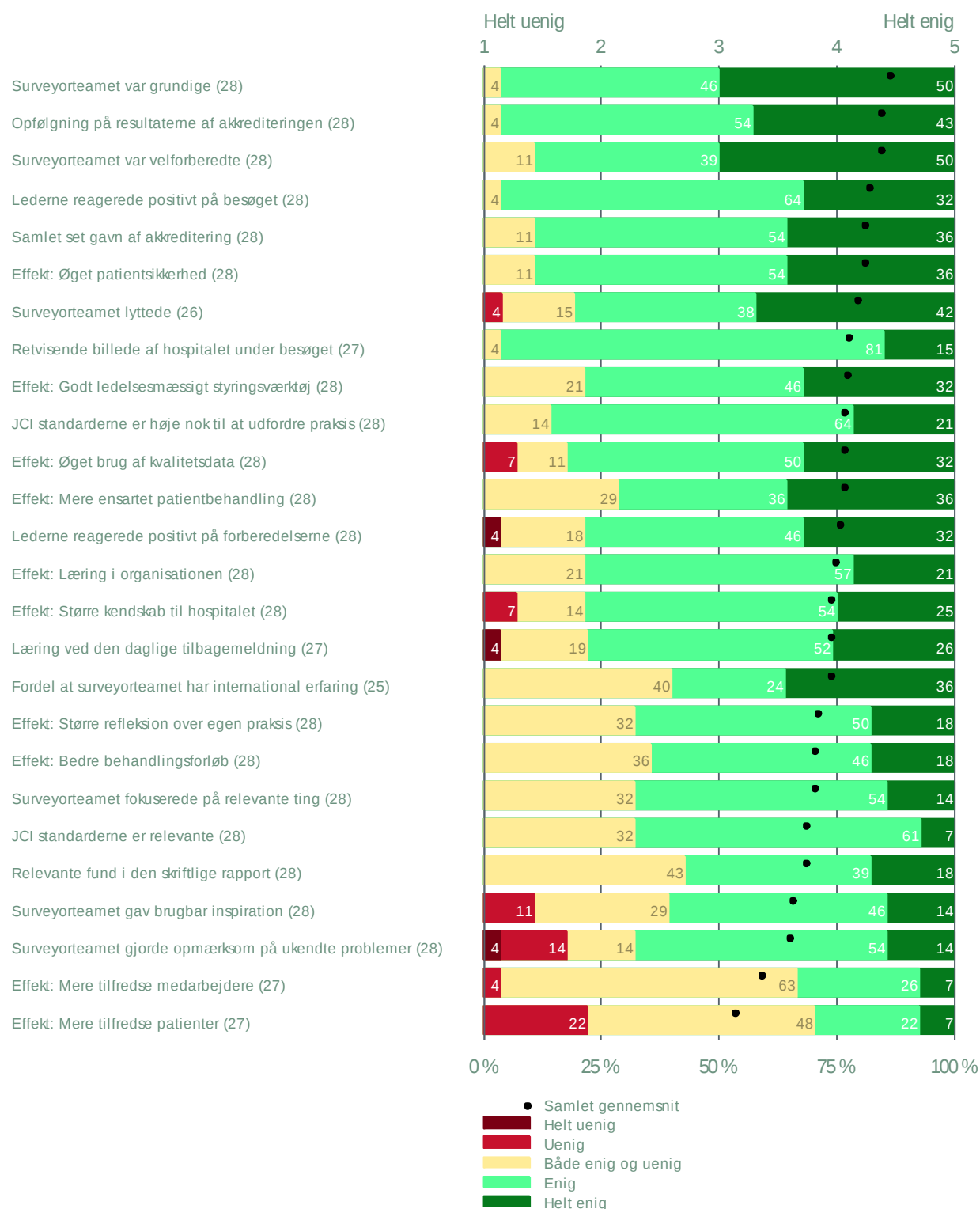
Dette kapitel er udarbejdet alene på baggrund af undersøgelsen af personalets oplevelser af JCI akkrediteringen i 2011.

I de følgende figurer vises en oversigt over resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen fordelt på direktionsmedlemmer, ledere med personaleansvar, ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Figurerne er sorteret efter gennemsnitsscoren på hvert spørgsmål (markeret med en sort prik), og den fulde svarfordeling på hvert spørgsmål fremgår også. Antallet af respondenter, der har besvaret hvert spørgsmål står i parentes.

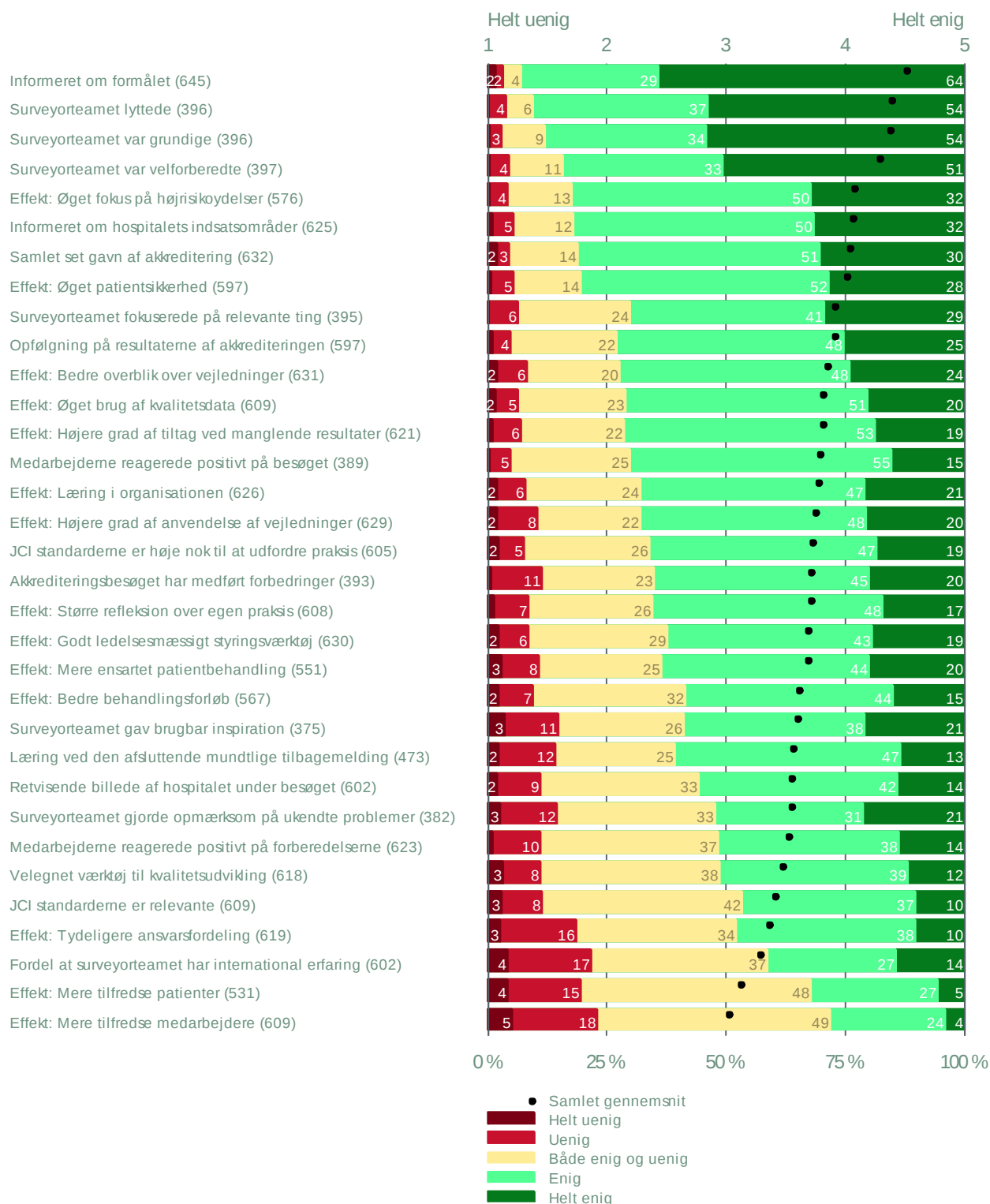
Der er en overordnet tendens til, at direktionerne har de mest positive oplevelser af akkreditering, herefter kommer ledere med personaleansvar, medarbejdere og til sidst ledere uden personaleansvar. Denne tendens er særlig synlig ved de oplevede effekter af akkreditering og det samlede indtryk af akkreditering.



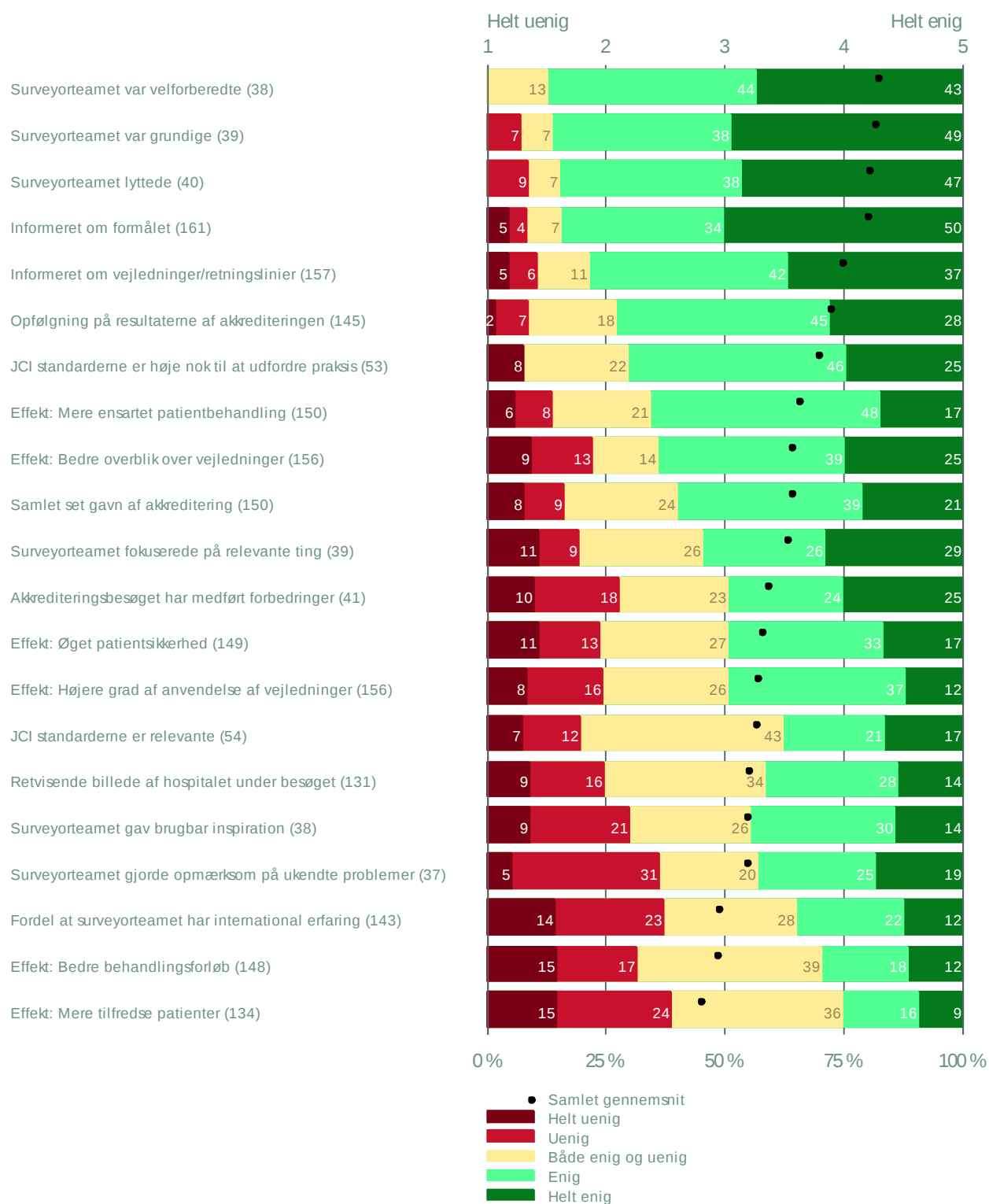
Figur 5.1 Resultater for direktionsmedlemmer - JCI

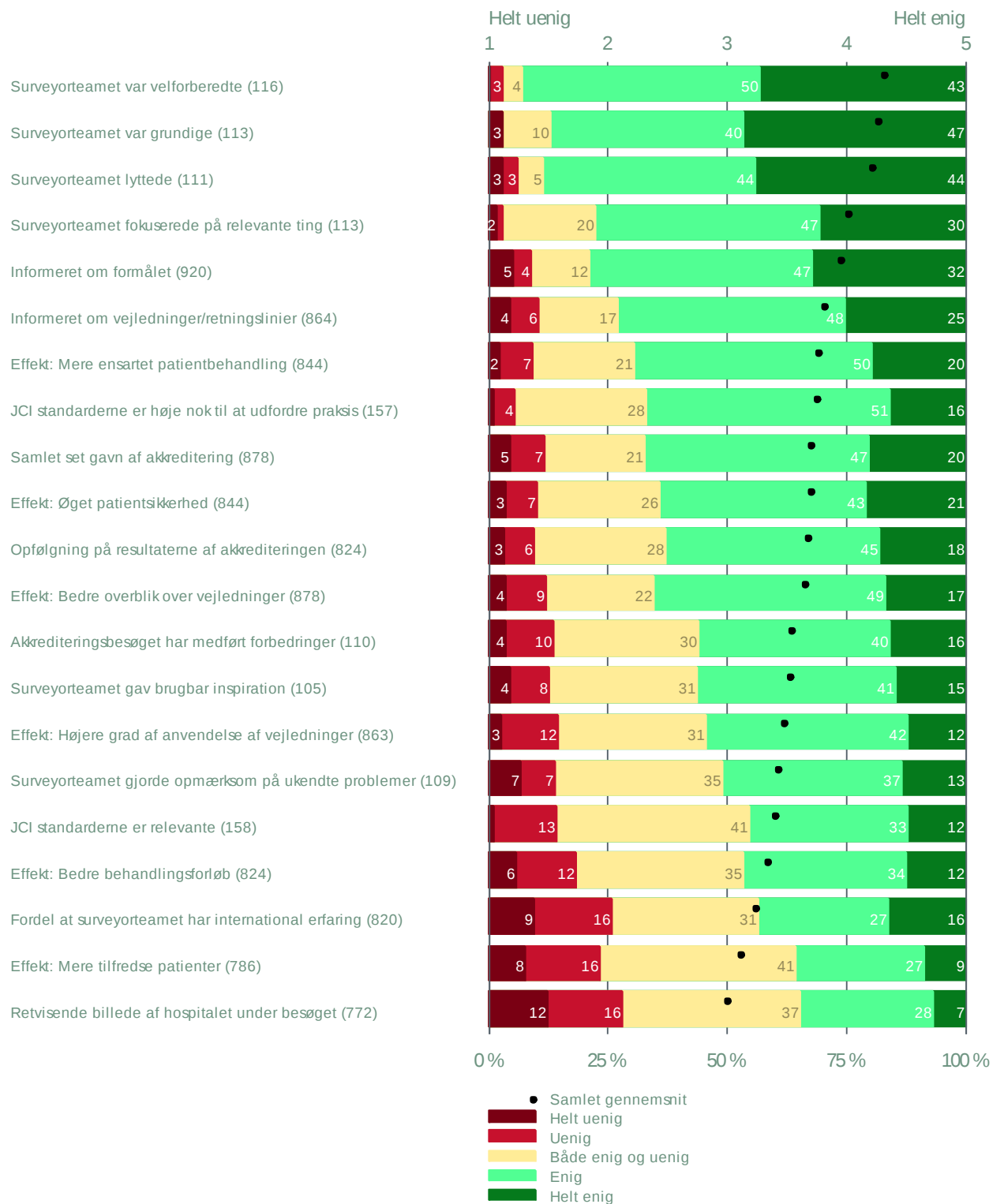


Figur 5.2 Resultater for ledere med personaleansvar - JCI



Figur 5.3 Resultater for ledere uden personaleansvar - JCI



Figur 5.4 Resultater for medarbejdere - JCI


5.2 Forberedelse

5.2.1 Informationsniveau

Undersøgelsen viser, at langt de fleste er godt informeret om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres. Lederne mener i højere grad, at de er informeret end medarbejderne mener, de er. I forhold til information om de vejledninger og retningslinjer, medarbejderne skal arbejde efter, er der en stor andel, der mener, at informationen er tilstrækkelig. Desuden mener 85 % af de medarbejdere, der har et særligt ansvar i forbindelse med akkreditering, at de bliver inddraget i forberedelserne i et passende omfang. 9 % mener, de bliver inddraget for lidt, mens de sidste 6 % mener, at de bliver inddraget for meget.

I interviewene beskriver medarbejderne på såvel første- som fjerdegangsakkrediterede hospitaler, at de føler sig velinformerede. Dog er det meget forskelligt, hvordan og hvor meget medarbejderne bliver informeret. Nogle bliver meget systematisk informeret ved ugentlige møder. Andre bruger deres lokale kvalitetsforum til at sætte fokus på akkrediteringen. I Region Hovedstadens Psykiatri er der en hjemmeside med information om akkreditering og vejledninger til hver faggruppe, som mange har været logget på.

Noget af det lederne efterlyser i relation til forberedelsesfasen, er flere fælles indsatser fra Regionen, idet der bliver brugt mange ressourcer på at finde frem til, hvordan man bedst opfylder kravene på de samme områder på hvert af hospitalerne.

”

Der mangler en fælles ledelsesmæssig fokusering på akkreditering. Der bliver sendt materiale ud til hvert hospital, som så kan agere på det, i stedet for at de [regionen] tænker det lidt mere fælles: Hvad kan vi gøre sammen, hvor kan vi lave nogle ting, der er fælles for os alle sammen, hvad kan man fx gøre fælles for alle narkoselæger? I stedet for at hver afdeling skal opfinde den dybe tallerken, og hvert hospital har udarbejdet en pjece til deres personale om: Sådan skal du gøre, når akkreditererne kommer. Det havde jo været genialt, hvis man havde lavet én pjece til alle hospitalerne i stedet for, at vi hver har lavet vores. AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Det som både ledere og medarbejdere har størst fokus på i relation til forberedelsesfasen, er de mange vejledninger, som mange føler, at de bliver ”bombarderet” med. Særligt den sidste måned før akkrediteringen kommer der mange vejledninger fra Regionen, der skal implementeres. Dette i en sådan grad, at ledere og medarbejdere ikke kan nå at forholde sig til de mange, nye krav, hvilket frustrerer mange.

5.3 Akkrediteringsbesøget

5.3.1 Selve besøget

Retvisende billede

37 % er enige eller helt enige i, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget ved JCI. Det er dermed et af de aspekter ved akkreditering, der vurderes mindst positivt i spørgeskemaundersøgelsen. Det er samtidig også et af de spørgsmål, hvor der er størst spredning på oplevelserne blandt medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer. Medarbejderne synes i mindre grad end ledere og direktionsmedlemmer, at der bliver givet et retvisende billede af hospitalet. Det er også et af de temaer, der er mest fremtrædende i kommentarfelterne. Flere foreslår, at akkrediteringsbesøgene skal være uanmeldte, fordi det for dem at se vil vise et realistisk billede af hospitalet. Når personalet oplever, at billedet af hospitalet er misvisende, er det ikke blot et udtryk for, at der bliver gjort lidt ekstra rent til besøget. Kommentarfelterne viser blandt andet også, at personalet oplever, at:

- Der bliver ryddet op og flyttet ting væk, som så flyttes tilbage efter besøget.
- Patienter på gangene, på grund af overbelægning, overflyttes til andre hospitaler eller overbelægning undgås helt under besøget.
- Der er en praksis for nogle arbejdsgange, som kun er gældende under besøget, og som ikke bliver implementeret efter besøget.

”

Generelt er akkreditering en rigtig god måde at sikre behandlingen af patienterne på. Men op til akkrediteringen ændres der på virkeligheden: Ved overbelægning aftales overflytninger til andre hospitaler. Der flyttes rundt på ting, som flyttes tilbage igen, så snart akkrediteringen er overstået. Der laves vejledninger, som ikke er implementeret og ikke kan bruges i virkeligheden. KOMMENTARFELT. MEDARBEJDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

I interviewene beskriver flere, at hospitalerne bliver vendt på den anden ende i forbindelse med akkrediteringsbesøgene. Der bliver i flere måneder op til akkrediteringen arbejdet med at rydde op og gøre rent i en grad, som ligger langt fra det, der til dagligt gøres på hospitalerne. Det betyder, at mange medarbejdere oplever, at der ikke fremvises et retvisende billede af dagligdagen på hospitalerne.

”

Vi har fx en gang, som skal være fuldstændig ren, og det er den aldrig på andre tidspunkter, end når surveyorne kommer og skal tjekke det. Ifølge brandmyndigheden må der ikke være noget dernede, og man skal kunne komme igennem. Men til dagligt bliver der opbevaret alt muligt, så man kun lige kan komme igennem med en truck, og derfor synes jeg, at det er et lidt fortegnet billede. Imens surveyorne er her bliver alt kørt ind i krogene og i alle de rum, der nu er. Men 14 dage efter står der det samme på gangene igen.. IKKE KLINISK MEDARBEJDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Interviewpersonernes holdning til det billede, der fremstilles af hospitalerne, er overvejende, at det er naturligt, at ”der bliver ryddet lidt op, til der kommer gæster,” men at der ikke må stilles krav til oprydning og rengøring i en grad, som giver et forvrænget og kunstigt billede af de faktiske forhold.

I interviewene beskriver lederne også, at hospitalerne hjælper hinanden til ikke at have overbelægning i den periode, et hospital har akkrediteringsbesøg med henblik på at sikre størst mulig overskud til læring. Dette opleves som provokerende for personalet, fordi dagligdagen i forbindelse med besøget fremstilles mindre presset, end den i virkeligheden er.

Reaktioner og stemning

96 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at lederne reagerede positivt på akkrediteringsbesøget ved JCI, mens 70 % af lederne mener det samme om medarbejderes reaktioner på besøget.

I forhold til akkrediteringsbesøget beskriver flere af interviewpersonerne, at stemningen er eksamensagtig og hektisk, nogle steder tangerende til hysteri, og at den daglige drift nærmest bliver oplevet som sekundær i forhold til besøget af surveyorne. Andre oplever, at akkrediteringen bidrager til en stemning af korpsånd og en organisation, der sætter sig op til ”at ville” igennem akkrediteringen.

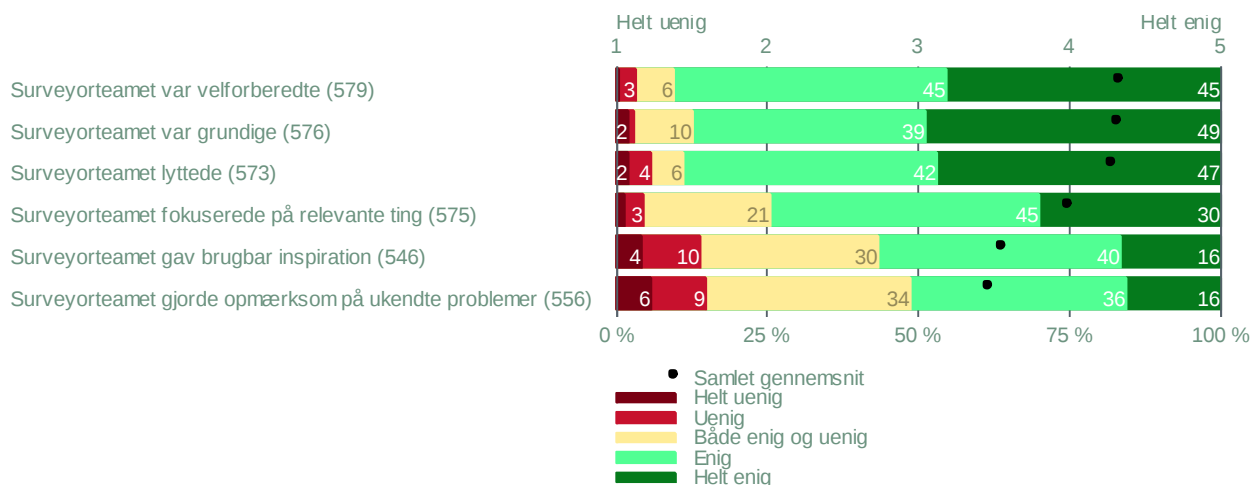
”

Det første, der falder mig ind, er den korpsånd, der er mulig at etablere, hvis man har sådan en opgave. Det kan godt være, at akkrediteringsprocessen har været genstand for en vis træghed, men når tid var, og alle vidste det gjaldt, så var der en fantastisk korpsånd, som var utrolig at opleve, og det var en stor læring, at vi kan skabe sådan en korpsånd. AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGS-AKKREDITERET HOSPITAL

5.3.2 Surveyortemaet

Medarbejdere og ledere oplever generelt JCI surveyorne som velforberedte, grundige og lyttende. De oplever i mindre grad, at surveyorteamet fokuserer på relevante ting. Surveyornes bidrag til ny viden er det, der vurderes mindst positivt ved surveyorteamet, da personalet i helhed er mindre enige i, at surveyorteamet gør afdelingerne opmærksomme på ukendte problemer eller giver brugbar inspiration til andre måder at gøre tingene på (se figur 5.5).

Figur 5.5 Personalets oplevelser af JCI surveyorteamet



I interviewene beskrives surveyorne overvejende som venlige, professionelle og respektfulde. De er ”skarpe” i deres vurderinger og forstår at sætte fokus på ”de ømme punkter.” Samtidig er de gode til at skabe et godt læringsrum med en tryk og behagelig stemning, som gør det til en positiv oplevelse for afdelingerne at have besøg.

Surveyornes evne til at give konstruktiv og anerkendende feedback bliver ligeledes fremhævet, idet de roser og anerkender, når de finder noget positivt og formidler de negative fund på en positiv måde. Dette bidrager til at ”sænke paraderne” hos personalet, så alle faggrupper kan deltage aktivt i processen.

”

Det var jo vældig rare mennesker, der kom, så det var ikke sådan, at man følte, at man skulle stå skoleret. Nu sidder jeg som repræsentant for lægerne, og der kan godt være nogle lidt resistente typer engang imellem over for akkrediteringsarbejdet. Men jeg synes, at vi fik dem med på vognen og fik det italesat på en god måde. AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

Afdelings- og afsnitsledelser beskriver, at de bliver udfordret i dialogen med surveyorne og har lært noget nyt. Flere af interviewpersonerne har dog oplevelsen af, at surveyorne på nogle punkter ikke har tilstrækkeligt kendskab til det danske sundhedssystem, hvilket interviewpersonerne havde en klar forventning om, at surveyorne havde sat sig ind i, inden de kommer på akkrediteringsbesøg.

”

Den første time sidder han og siger: Jeg prøver bare at blive klogere på jeres system. Han kendte slet ikke nok til det danske sundhedssystem. Det var frustrerende. MEDARBEJDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL

I forlængelse af dette er det ligeledes personalets opfattelse, at der til tider bliver brugt for meget tid på petitesser, som opfattes som irrelevante.

5.4 Opfølgning på besøget

5.4.1 Tilbagemeldinger fra surveyorteamet

78 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at de lærer noget ved de daglige tilbagemeldinger fra JCI surveyorteamet, mens 62 % af lederne har samme holdning til læring ved den afsluttende mundtlige tilbagemelding fra surveyorteamet på besøgets sidste dag.

68 % af direktionsmedlemmerne er enige eller helt enige i, at fundene i den skriftlige rapport fra JCI er relevante.

Generelt er den daglige og afsluttende opfølgning ikke et område, som fylder meget i interviewene med lederne. Interviewpersonerne er mere interesserede i den løbende feedback, de får fra surveyorne, når de får besøg i afdelingerne.

Hovedparten af de interviewpersoner, der omtaler de daglige, opfølgende møder med JCI, er dog tilfredse med disse. Her fremhæves bl.a. det positive i, at medarbejderne fra de besøgte afdelinger inviteres med til opfølgningsmøderne.

”

Jeg synes, at det er godt, at JCI ved de opfølgende møder [daglige debriefinger] lader repræsentanter fra de afdelinger, der har været på besøg dagen før, være med. Vi ser, at der er en større og større gruppe af ledere og medarbejdere, der gerne vil overvære det, og det synes jeg, er rigtig godt.
(IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Nogle oplever, at medarbejderne ved det afsluttende fællesmøde er så mættede af informationer og indtryk, at de faktisk kun hører de dårlige ting, imens andre oplever, at det er rart med en afrunding, hvor medarbejderne kan glæde sig over resultatet. Ved flere af de fjerdegangsaakkrediterede hospitaler oplever lederne, at der dukker færre medarbejdere op til den afsluttende tilbagemelding fra JCI end ved de tidligere akkrediteringer. I interviewene gør lederne sig endvidere overvejelser over, om den daglige debriefing hver morgen er tilstrækkeligt for medarbejderne, således at de ikke har behov for at være med ved det afsluttende møde den sidste dag.

Lederne, på de to hospitaler der skulle have genbesøg, synes, at de mangler en forklaring på, hvorfor hospitalet ikke kom igennem akkrediteringen i modsætning til andre hospitaler.

”

Jeg synes efterfølgende, man savner en forklaring når dommen kommer. Hvorfor dumpede hospitalet egentlig? Man kan sige, at de krav der var for at bestå, dem er vi stadig ikke helt klar over. De havde jo en masse anmærkninger og sådan noget, men var det antallet af anmærkninger der gjorde det? Eller er det fordi, nogen af dem var meget vigtige ting, som man dumpede på? Det fremgik ikke helt klart. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL MED GENBESØG)

5.4.2 Opfølgning på resultater

64 % af personalet er enige eller helt enige i, at der bliver fulgt op på resultaterne af JCI-akkrediteringen. Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar mener dog i højere grad

end de øvrige ansatte, at der bliver fulgt op på resultaterne. Det gælder for 97 % af direktionsmedlemmerne og 72 % af lederne.

I interviewene er det også lidt forskelligt, hvordan ledere og medarbejdere oplever hospitalernes opfølgning efter akkrediteringen. Flere af interviewpersonerne beskriver en oplevelse af, at når ”showet” er forbi, så ånder man lettet op.

Flere af medarbejderne fortæller under interviewene, at de ikke har oplevet at få en egentlig tilbagemelding på, hvordan akkrediteringen er gået, og hvad der skal arbejdes videre med som følge af akkrediteringen. Andre medarbejdere mener, at hospitalerne er gode til at følge op fx via deres centrale eller lokale kvalitetsråd. Nogle medarbejdere fortæller at kvalitetsafdelingerne tager initiativ til at lave en opfølgende handleplan på de områder, som surveyerne pegede på som indsatsområder. Lederne har gode erfaringer med at arbejde med SIP (Strategic Improvement Plan). Endvidere anvender personalet hospitalernes intranet til at følge op på, hvordan akkrediteringen er gået.

Flere ledere fortæller under interviewene, at de oplever, at akkrediteringen er dekoblet fra hverdagen, og at der efter det store arbejde med at forberede sig til akkrediteringen kommer en afmatning, der gør, at de ikke følger godt nok op på tingene, så forandringerne bliver integreret i hverdagen.

”

Der kommer en afmatning, hvor man kan få oplevelsen af, at det hele falder lidt til jorden igen. Nu flyder tingene lidt, og så ved vi, at om et halvt år så starter det igen. Jeg kunne godt tænke mig, at vi bruger tiden indimellem lidt mere målrettet med, hvad det er, vi skal bruge det her til. Jeg synes, at det bliver så løsrevet fra vores hverdag. (AFSNITSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

Nogle medarbejdere oplever, at opfølgningen kan drukne i de mange andre ting, de skal forholde sig til i hverdagen.

5.5 Læring og oplevet effekt

68 % blandt direktionsmedlemmer og ledere er enige eller helt enige i, at læring i organisationen er en effekt af akkreditering. Derudover er 58 % af personalet enige eller helt enige i, at selve akkrediteringsbesøget ved JCI har medført ændringer på afdelingen eller hospitalet.

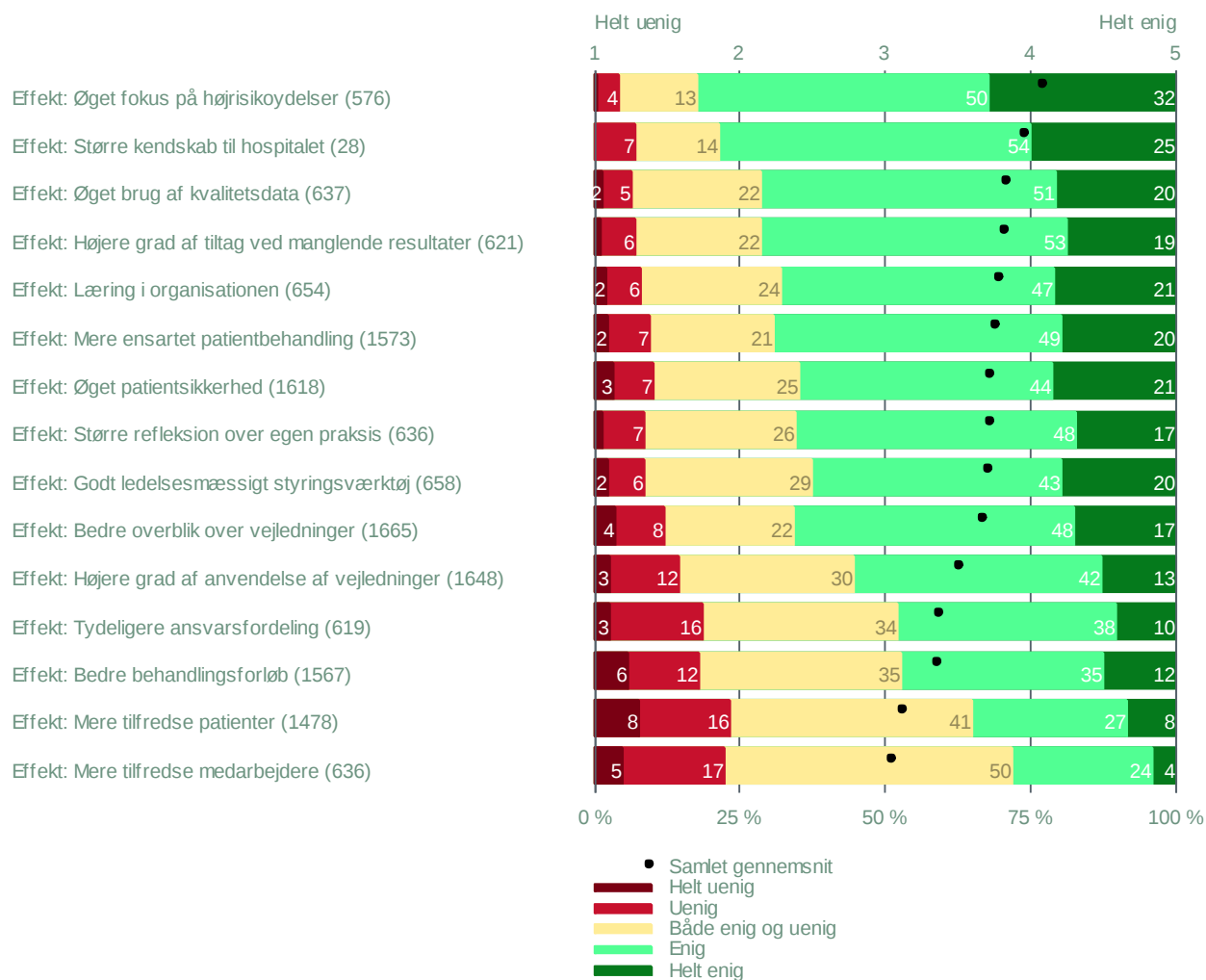
5.5.1 Størst og mindst effekt

I spørgeskemaerne er personalet også blevet spurgt til en række oplevede effekter af akkreditering generelt set (ikke kun af JCI akkreditering).

Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar bliver spurgt til flere effekter end medarbejdere og ledere uden personaleansvar. De områder, hvor de største andele af personalet oplever effekter af akkreditering, er på øget fokus på højrisikoydelser, øget brug af kvalitetsdata og højere grad af tiltag ved manglende resultater (hvis man ser bort fra spørgsmålet om større kendskab til hospitalet, som kun er stillet til direktionsmedlemmerne). De områder, hvor færrest

blandt personalet oplever effekt af akkreditering, er på mere tilfredse medarbejdere og patienter, bedre behandlingsforløb for patienterne og bedre behandlingsforløb (se figur 5.6).

Figur 5.6 Personalets oplevede effekter af akkreditering



Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar har svaret på flere spørgsmål om oplevet effekt end ledere uden personaleansvar og medarbejdere. Spørgsmålet om "større kendskab til hospitalet" er kun stillet til direktionerne. Se i øvrigt figur 5.1-5.4.

Nedenstående tabel 1 viser de områder, hvor der er de største og mindste andele, der oplever effekt af akkreditering. Direktionsmedlemmer og ledere med personaleansvar er blevet spurgt til flere effekter end dem, der ses i tabel 5.1, og disse effekter placerer sig mellem de tre med største og mindste andele af oplevet effekt (se figur 5.1 og 5.2).

Tabel 5.1 Tre områder med størst og mindst oplevet effekt

Størst oplevet effekt	Mindst oplevet effekt
Direktionsmedlemmer	
Øget patientsikkerhed (90 %)	Mere tilfredse patienter (29 %)
Øget brug af kvalitetsdata (82 %)	Mere tilfredse medarbejdere (33 %)
Godt ledelsesmæssigt styringsværktøj (78 %)	Bedre behandlingsforløb (64 %)
Ledere med personaleansvar	
Øget fokus på højrisikoydelser (82 %)	Mere tilfreds medarbejdere (28 %)
Øget patientsikkerhed (80 %)	Mere tilfredse patienter (32 %)
Bedre overblik over vejledninger (72 %)	Tydligere ansvarsfordeling (48 %)
Ledere uden personaleansvar	
Mere ensartet patientbehandling (65 %)	Mere tilfredse patienter (25 %)
Bedre overblik over vejledninger (64 %)	Bedre behandlingsforløb (30 %)
Øget patientsikkerhed (50 %)	Højere grad af anvendelse af vejledninger (49 %)
Medarbejdere	
Mere ensartet patientbehandling (70 %)	Mere tilfredse patienter (36 %)
Bedre overblik over vejledninger (66 %)	Bedre behandlingsforløb (46 %)
Øget patientsikkerhed (64 %)	Højere grad af anvendelse af vejledninger (54 %)

Effekter i tabellen er sorteret sådan, at de effekter med den største andel af personer der er "helt enige" eller "enige", står øverst i første kolonne, og de effekter med den mindste andel af personer, der er "helt enige" eller "enige", står øverst den anden kolonne. Andelen står i parentes.

I interviewene beskriver interviewpersonerne ligeledes mange effekter som følge af akkrediteringen. Disse effekter beskrives i de efterfølgende afsnit.

5.5.2 Organisationsudvikling

I interviewene påpeger ledere og medarbejdere, at JCI-akkrediteringen bidrager med en udvikling af kulturen. De oplever at kvalitetsudvikling og akkreditering er gået fra at være en udviklingsopgave til en driftsopgave, som der ikke stilles de store spørgsmålstejn ved. Ledere og medarbejdere siger, at de har vænnet sig til de mange krav, og det er efterhånden en naturlig del af hverdagen at blive kontrolleret.

5.5.3 Udbytterigt ledelsesredskab

Stort set samtlige afdelings- og afsnitsledere peger i interviewene på, at akkreditering er et særdeles velegnet ledelsesredskab til at understøtte arbejdet med processer og kultur. Lederne får styr på egen organisation på en helt anden måde, end de tidligere har haft, da de får et bedre overblik over afdelingen og bedre styr på, hvor problemområderne er. Kravene i akkrediteringsstandarderne giver også lederne sikkerhed for, at der bliver taget hånd om tingene.

”

Jeg synes, at det er et glimrende ledelsesværktøj, særligt fordi vi lever i et sundhedsvæsen i dag, der er meget stramt og meget økonomisk styret. Jeg ser en tendens til, at man godt kan blive meget driftsorienteret. Men her er der overordnet bevågenhed på, at kvaliteten også skal kontrolleres. Det giver mig en rygstøtte til at gå videre i min organisation og kræve, at kvaliteten hele tiden bliver analyseret, og det, synes jeg, er et godt redskab i dagligdagen. AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGS-AKKREDITERET HOSPITAL

Lederne oplever, at akkrediteringen er anvendelig som overordnet styringsredskab for den retning, hospitalet skal bevæge sig i hvad angår udvikling af kvaliteten. Der bliver tilrettelagt en organiserings omkring kvalitetsarbejdet, som bidrager til at fastholde fokus på kvaliteten af de ydelser, som hospitalet leverer. Flere ledere påpeger, at akkrediteringen bidrager til en mere sammenhængende organisation på tværs af det kliniske og ikke-kliniske felt. Derudover mener lederne, at de kan bruge akkrediteringen som løftestang i forhold til fusioner og iværksættelse af nye tiltag. Det har lettet ledelsesopgaven, idet akkrediteringen i sig selv er retningsanvisende for, hvor organisationen skal bevæge sig hen. Det kan opfattes som en lettelse for lederne, at nogle ting ikke længere er til diskussion, idet det er besluttet, at sådan er det.

”

Der er nogle ting, der er blevet lettere. Der er en procedure for tingene. Det skal ikke se ud på syv forskellige måder. Nu ser det bare sådan her ud. På den måde bliver tingene nemmere, når der er så mange mennesker, der er sammen, og der hele tiden sker udskiftning. (AFDELINGSLEDER, IKKE KLINISK AFDELING, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

5.5.4 Standardiseret behandling

Ledere og medarbejdere oplever, at JCI-akkrediteringen særligt bidrager til at skabe større ensartethed på de tværgående områder som fx ernæring og smertebehandling. Det centrale spørgsmål for personalet er i den forbindelse, om der er andet end JCI-akkreditering, der kan være lige så effektivt.

En af de effekter, som mange også peger på som positiv, er oprydning i vejledninger samt ensretning og opstramning på procedurer.

”

Det har givet en ensretning ned igennem systemet. Jeg mener, at der før akkrediteringen var 15 forskellige måder at behandle hjertestop på i H:S. AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

Derudover mener lederne, at akkrediteringen har bidraget til, at det er en naturlig ting for medarbejderne at anvende vejledninger som omdrejningspunkt for arbejdet og til at søge viden om, hvordan procedurer skal udføres.

I interviewene pointeres det, at bagsiden af den høje grad af standardiseret behandling er, at der bliver mindre plads til det individuelle skøn, hvilket kan resultere i, at der er noget, der overses.

”

Vi er jo nogen, der føler os beklippet på vores faglighed, hvis det hele skal gå op i tabeller. Men det er jo for at sikre det svageste led i kæden. MEDARBEJDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

5.5.5 Stor effekt på patientsikkerhed

Patientsikkerhedsområdet bliver i interviewene fremhævet som et af de områder, hvor JCI-akkrediteringen har haft størst effekt. Interviewpersonerne beskriver, at der arbejdes meget mere med patientsikkerhed som selvstændig disciplin end tidligere, og at akkreditering har givet en helt anden forståelse for patientsikkerhed, end man havde tidligere.

5.5.6 Opmærksomhed på datadrevet kvalitet

De interviewede ledere oplever, at der er kommet stor fokus på brug af kvalitetsdata i organisationen, og lederne er blevet bedre til at anvende data som grundlag for at skabe kvalitetsforbedringer.

”

De ganske få steder, hvor vi var gode til datadrevet kvalitet, der boostede de det virkelig, og det, synes jeg, var helt fantastisk. Det betyder, at man ikke behøver at gå ud og opdrive kvalitetsdata – det kommer på en eller anden måde lidt mere automatisk i et flow igennem organisationen. Det, er jeg helt sikker på, kommer til at betyde noget for den måde, vi arbejder på. (IKKE-KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

En anden vinkel lederne fremhæver, er at det er vigtigt at stoppe op og overveje, om regionen måler på det rigtige. Nogle af lederne i fokusgruppeinterviewene har en bekymring for, om der monitoreres på for mange parametre, og om hospitalsvæsenet er gode nok til at se kritisk på, om der måles på de rigtige parametre.

Flere afdelingsledere beskriver endvidere en bekymring for, om der med de mængder af data, regionen har og den fokus, de får, er ved at bevæge sig for langt væk fra kerneydelsen omkring patienten. Oplevelsen er, at ledere og medarbejdere muligvis bruger så meget tid på at studere tal, at de glemmer at tale med patienten.

”

Der er en lille ting, der er begyndt at nage mig en lille smule. Jeg synes, at vi er blevet meget bedre til at bruge de data, vi har og til at vurdere dem, men jeg tænker, at der er så mange mål, så mange ting at dokumentere omkring patienten. Vi måler, vi kigger på kvalifikationer, vi tjekker blodprøver, røntgenbilleder, hvad som helst. Men selve kerneopgaven, lige at få fat i patienten og de pårørende og noget af alt det, der ikke lige passer ind i dokumentationen. Gør vi det godt nok, eller glemmer vi noget? AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

5.5.7 Manglende effekt på patientoplevelt kvalitet

Interviewpersonerne påpeger, at akkrediteringen har haft for lille effekt på den patientoplevede kvalitet, bl.a. fordi JCI ikke i særlig høj grad taler direkte med patienterne om deres oplevelser. Der er meget mere fokus på vejledninger og procedurer end på patienterne. Det er oplevelsen, at

der ikke er tilstrækkeligt fokus på den patientoplevede kvalitet i standarderne, og eftersom det er patienterne, personalet er der for, er det ledere og medarbejderes holdning, at denne dimension bør være mere fremtrædende.

”

Vi får vildt meget fokus på, om vi lever op til vores egne vejledninger, men hele den patientoplevede del er nærmest ude af standarderne. Og jeg synes, at det er super farligt, hvis vi ikke husker, hvad det er, vi er her for. Vi ved jo, at det lyset skinner på, det er der, vi bruger tiden. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

5.5.8 Manglende implementering mellem akkrediteringsbesøg

Hvad angår de manglende effekter er flere inde på, at det er vanskeligt at holde fokus på effekterne af akkrediteringen imellem akkrediteringerne, hvilket betyder, at effekten i dagligdagen opleves for lille.

”

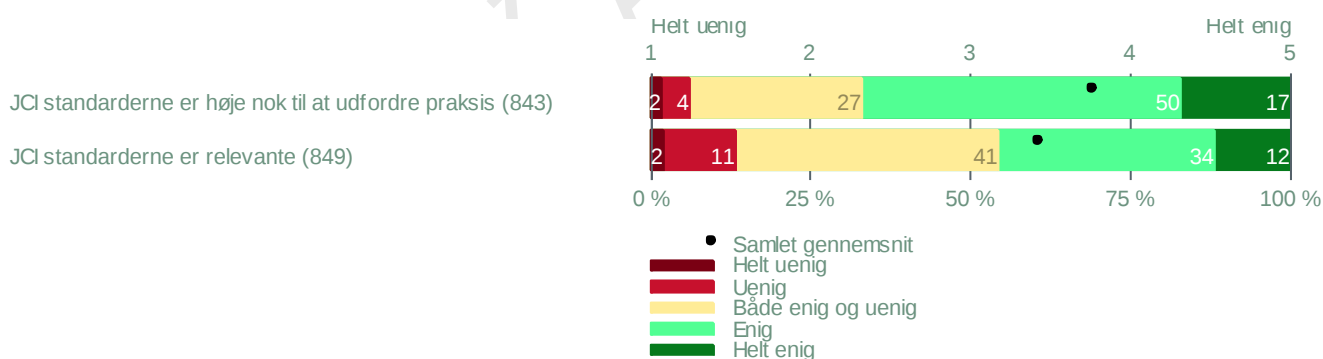
Det har altid den effekt, at vi har fokus på nogle områder. Men jeg synes, at det bliver for kortvarigt. På en eller anden led forsvinder det for hurtigt igen. Der er meget fokus på sikker kommunikation, patientsikkerhed og identifikation, men jeg har ikke en oplevelse af, at det bundfælder sig ordentligt. (AFSNITSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

5.6 JCI som koncept

5.6.1 JCIs standarder

Personalet er mere enige i, at kravene i JCI-standarderne er høje nok til at udfordre deres praksis, end de er enige i, at standarderne er relevante. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen viser, at 63 % er enige eller helt enige i, at kravene i standarderne er høje nok, mens 46 % er enige eller helt enige i, at standarderne er relevante. Derudover er der en gruppe på 41 %, der er både enige og uenige i, at standarderne er relevante.

Figur 5.7 Personalets oplevelse af JCI som koncept



Dette standpunkt træder også tydeligt frem både i spørgeskemaets kommentarfelter og i interviewene, hvor flere giver udtryk for, at de fleste krav er relevante, men at der samtidig er en del, der ikke giver mening for deres afdeling.

”

Joint Commission har lavet nogle standarder, men regionen går ind og strammer op og generaliserer og siger, at det skal vi så alle sammen gøre, hvor at man tænker: Det er der simpelthen ingen idé i. Der skal man også blive bedre til at lytte lidt til de sundhedsfaglige råd inden for specialerne, så de kan forklare, hvorfor det ikke giver mening, hvis det ikke giver mening. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERT HOSPITAL MED GENBESØG).

Interviewpersonerne kom med en del konkrete eksempler på procedurer, der ikke giver mening for dem. Nedenfor er nogle eksempler:

- Faldscreening af 18-årig kvinde med vaginalblødning/faldscreening af patienter der kommer gående til dagkirurgi
- Ernæringscreening af ikke ernæringstruede patienter (fx gravide og ambulante psykiatriske patienter)
- Smertevurdering af upåvirket ung kvinde der blot møder op til ultralydsskanning
- Tvungen brug af ordinationsark på kirurgiske afdelinger
- Dokumentation af speciallægers kompetencer i personalesager

Personalet oplever generelt en stor frustration omkring det at skulle bruge tid på at registrere ting, som de mener, ikke er relevante for deres praksis. Nogle af interviewpersonerne oplever, at afdelingerne skal opfylde nogle standarder udelukkende for at ”please” JCI. De oplever det som dokumentation for dokumentationens skyld. Lederne fortæller, at når arbejds gange opleves meningsløse, trækker det medarbejdernes motivation ned.

Andre oplever dog, at standarder, som ledere og medarbejdere i starten syntest var meningsløse, senere viser sig at give god mening, idet USA er ”forud” for Europa på nogle områder. Det vil sige, at der sker hændelser i USA, som man endnu ikke kender til i Europa.

”

På et tidspunkt bragte man en problematik i spil omkring terrorrisiko. Om vi var forberedt på det, om vi havde lavet en risikovurdering af områder, der var i særlig risiko. Da den poppede op første gang, var den spontane holdning: Vi er jo i Danmark? Et andet eksempel var, at JCI undrede sig over, at der var fri adgang til børneafdelingen. Det gav simpelt hen ikke nogen mening for os at ændre på det på det tidspunkt. Men efter kun tre måneder, så var der et eksempel i Danmark, hvor nogle forældre havde bortført deres barn fra en børneafdeling. Så nogle af de ting, der kan synes underlige, fordi vi har dem på lang afstand, viser sig faktisk at give rigtig meget mening. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FJERDEGANGSAKKREDITERT HOSPITAL)

5.6.2 For meget proces og for lidt resultat

En af de ting, som mange påpeger i kommentarfelterne og under interviewene er, at JCI-standarderne har for meget fokus på proces og ikke på resultat, eller for meget fokus på dokumentation frem for kvalitet i selve behandlingen.

”

JCI har en meget procesorienteret og ikke særligt resultatorienteret tilgang. De spørger ikke om vores patienter overlever – ikke ret meget i hvert fald. Fokus er mere på processen end på resultatet. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

Direktionsmedlemmer, kvalitetschefer og afdelingsledere efterlyser i interviewene, at indikatorerne i JCI-standarderne kommer mere ind til kernen af det, faglig kvalitet handler om – altså behandlingen.

”

Vi er endnu ikke nået ind til det, det egentlig handler om – altså kvaliteten af lægens arbejde. Er det en god læge? Er det en dårlig læge? Er det en god behandling? Er det en dårlig behandling? Det har vi ingen data på. I bedste fald kan du få den ledende overlæge til at synes noget om de forskellige speciallæger – og måske tælle op, hvor mange hofteoperationer der er lavet osv. Men er det en god kirurg? Det er vi meget langt fra på nær ”synsninger” og ”følinger.” Det understøtter akkrediteringen ikke. (DIREKTIONSMEDELEM, FJERDEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).



I forlængelse heraf fremhæver flere i interviewene, at man fra Region Hovedstadens side fremover bør stille flere krav til en akkrediteringsorganisation, blandt andet at der skal være mere fokus på den faglige kvalitet.

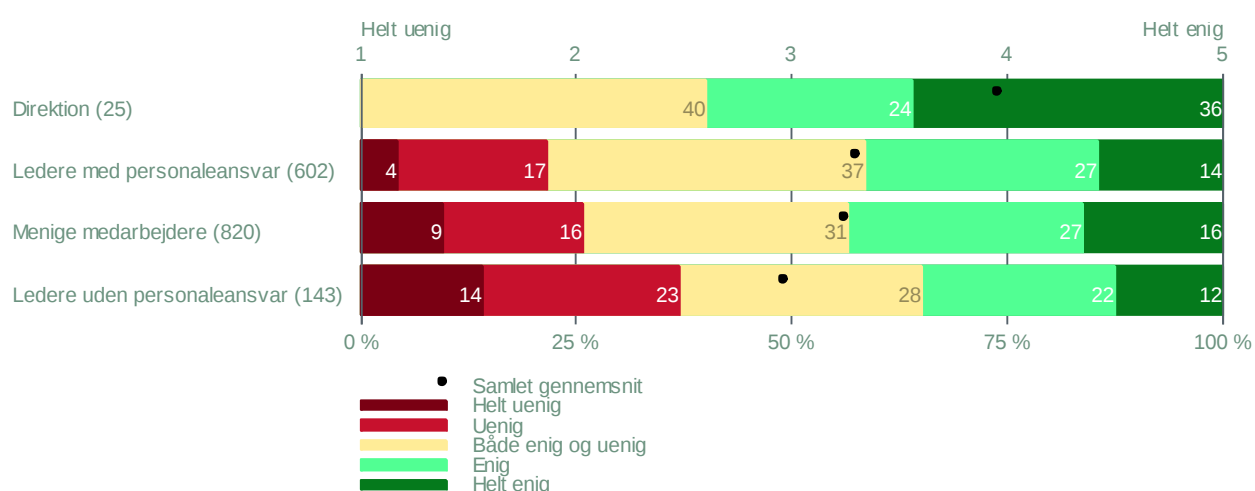


I den 5. udgave af JCI-standarderne skal der være en anbefaling fra erfarne Danmark om, at der skal være mere, der direkte går på det sundhedsfaglige indhold. (KVALITETSCHEF, FJERDEGANGS-AKKREDITERET HOSPITAL).

5.7 International akkreditering

43 % er enige eller helt enige i, at det er en fordel, at JCI surveyorteamet har international erfaring. Direktionsmedlemmerne ser det i højere grad som en fordel end ledere og medarbejdere (se figur 5.8).

Figur 5.8 Fordel at surveyorteamet har international erfaring



I kommentarfelterne er der en del, der skriver om det internationale aspekt ved JCI. De skriver, at JCI er baseret på det amerikanske hospitalsvæsen, som på flere punkter er forskelligt fra det danske. De mener ikke, at standarderne passer til det danske hospitalsvæsen, da de er indrettet efter en forsikrings- og erstatningskultur, som betyder meget dokumentation. JCI er også indrettet efter et andet system for uddannelse og godkendelse af sundhedsfagligt personale.

I interviewene er der, såvel positive som negative holdninger i spil, i vurderingen af, om en akkreditering skal foregå ved en international akkrediteringsvirksomhed.

Interviewpersonerne oplever det overordnet som positivt, at regionens hospitaler er akkrediteret efter internationale standarder, idet det giver mulighed for sammenligning med andre hospitaler internationalt. Flere af interviewpersonerne vurderer dog, at mentaliteten såvel fagligt som socialt hos en amerikansk akkrediteringsorganisation er for forskellig fra den danske, hvilket gør, at hospitalerne ikke kan profitere tilstrækkeligt af akkrediteringen.

”

Det negative er, at det er en amerikansk model, vi arbejder efter. Der er masser af faglige og sociale ting, hvor vi løber panden imod muren, og det, synes jeg, er det største problem. Jeg ved godt, at der er det dilemma, at hvis vi snakker om Den Danske Kvalitetsmodel, så er det problematisk at sammenligne os ude i den store verden. Men man bliver nødt til at tage en drøftelse med amerikanerne, hvis det er det, man vil fremover. For der er mange tåbeligheder, og vi er for langt fremme på nogle faglige områder i forhold til dem. Og det giver frustrationer og meningsløshed, når de kommer og kritiserer os på nogle ligegyldigheder. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAK-KREDITERET HOSPITAL)

Nogle af de krav, der stilles fra JCI, oplever noget af personalet ikke som relevante i det danske sygehusvæsen, og derfor opleves dele af akkrediteringen ikke at give den store mening. Lederne pointerer at netop det meningsskabende er en meget væsentlig del af det at motivere personalet til en akkrediteringsproces, og interviewene indikerer, at det er her et af de største dilemmaer omkring JCI-akkrediteringen ligger.

”

Jeg er meget af den holdning, at det hele tiden skal give mening. Og jeg kan altså pege på mange ting i det her, som ikke giver mening. På personalesiden er det i hvert fald nogle af de ting, man bruger uforholdsmæssigt meget tid på, og som taler negativt ind i akkrediteringen. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

Blandt de positive holdninger til en international akkrediteringsorganisation bliver det fremhævet, at det er lærerigt, at der kommer nogle ind i organisationen med nye briller på og stiller anderledes spørgsmål. At der kommer nye vinkler og syn på tingene bidrager til, at der bliver rykket ved kulturen i sygehusvæsenet, herunder de fasttømrede, danske forestillinger om, hvordan tingene bør se ud. I den forbindelse peger lederne på, at det er nødvendigt at kunne acceptere, at der er noget, de kan bruge, og andet de ikke kan bruge, hvilket for nogle af interviewpersonerne ses som en afgørende del af processen.

”

Jeg synes, at det er en god ting, for de rykker jo ved noget - de rykker ved vores kultur. Det tror jeg ikke, dem fra Jylland ville gøre [DDKM]. Der er vi for ens. Med JCI kan man umiddelbart godt tænke: Hvad skal det nu til for? Men så reflekterer man jo lidt bagefter, og det er jo ikke det rene vås, de siger. Der er nogle ting, man bare må kaste væk og sige: Det kan vi ikke bruge til noget. Men de rykker jo ved noget – de sætter noget i gang. AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

5.8 Samlet indtryk

5.8.1 Gør det gavn?

51 % af personalet som helhed er enige eller helt enige i, at akkreditering er et velegnet værktøj til kvalitetsudvikling. Når det gælder oplevelsen af, at hospitalet eller afdelingen samlet set har gavn af akkreditering, er det 68 %, der er enige eller helt enige i det. Direktionsmedlemmer og ledere er i højere grad end medarbejderne enige i, at hospitalet har gavn af akkreditering.

I interviewene fortæller lederne generelt, at det er en meget positiv oplevelse at blive akkrediteret både for de første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler. De vurderer, at selvom der er mange udviklingspotentialer inden for JCI-akkrediteringskonceptet, så rummer det også mange gode elementer.



Selv om der er blevet brugt mange ressourcer på det, så er der kommet et godt resultat ud af at blive akkrediteret, men om det netop er at blive akkrediteret efter JCI, det ved jeg ikke, om det er det, der gør det. Men det at vi har skullet se på det her samtidig og har skullet løfte kvaliteten i flok, det har helt sikkert været besværet værd. (IKKE-KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL)

5.9 Forskelle mellem grupper

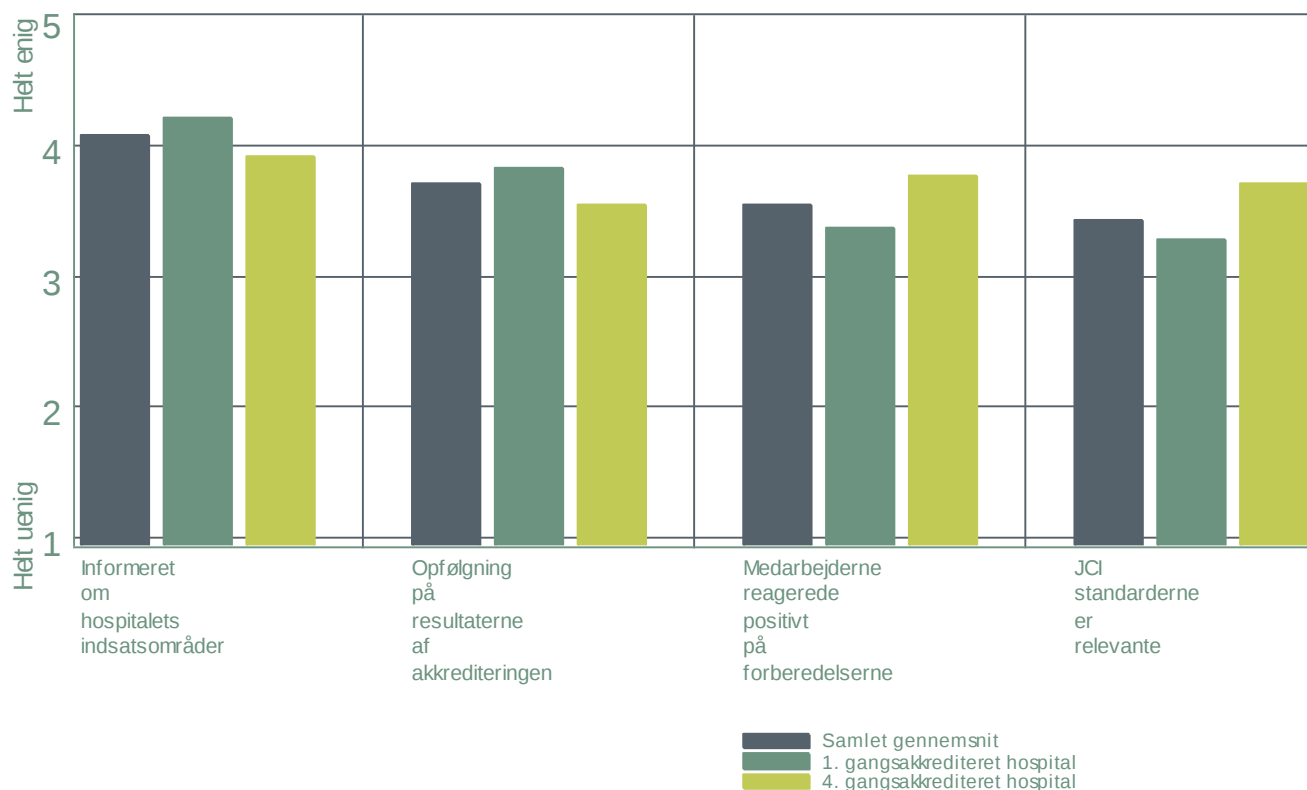
Resultaterne af spørgeskemaundersøgelsen er analyseret for at afdække, om der er forskelle mellem forskellige grupperes svarfordelinger afhængig af bestemte baggrundsvariable, som fx om respondenterne er fra et første- eller fjerdegangsakkrediteret hospital (oversigtsfigurer ses i bilagshæftet).

Det er undersøgt, om der er forskel på de medarbejdere, der arbejder i en udefunktion sammenlignet med de medarbejdere, der ikke gør. Der er dog for få respondenter i udefunktioner, til at se nogle statistisk signifikante forskelle.

5.9.1 Første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler

På flere spørgsmål er der en forskel i vurderingen af akkrediteringen for personalet på henholdsvis første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler. Personalet på hospitaler, der er blevet akkrediteret for første gang, er mere positive i forhold til opfølgningen på besøget end personalet på fjerdegangsakkrediterede hospitaler. Personalet på førstegangsakkrediterede hospitaler mener bl.a. også i højere grad, at de er blevet informeret om hospitalets indsatsområder efter akkrediteringen, og at der er blevet fulgt op på resultaterne. (Dette resultat styrkes især af de to hospitaler, der skulle have genbesøg). Til gengæld reagerer medarbejderne på fjerdegangsakkrediterede hospitaler bl.a. mere positivt på forberedelserne til akkreditering, surveyorteamet og JCI-standarderne som koncept sammenlignet med førstegangsakkrediterede hospitaler (se figur 5.9).

Figur 5.9 Forskel på første- og fjerdegangsakkrediterede hospitaler



Figuren viser gennemsnittet for, på en skala fra 1 til 5, hvor enige personalet på hospitalerne er i udsagnet. Jo højere gennemsnit, jo flere er enige.

Interviewene viser, at der er stor forskel på tilgangen til akkreditering alt efter, om det er første eller fjerde gang, hospitalet skal akkrediteres. De førstegangsakkrediterede hospitaler ser akkrediteringen som noget meget stort (ord som en ”mur” og et ”monster” blev benyttet), imens de fjerdegangsakkrediterede hospitaler tager det mere afslappet.

Hovedparten af de ledere og medarbejdere, der deltog i interviewene, oplever, at de har fået meget ud af akkrediteringsprocessen. Udtalelser fra ledere fra førstegangsakkrediterede hospitaler tyder på, at udbyttet af akkrediteringsprocessen er større første gang end fjerde gang.

Jeg synes selve processen som førstegangsakkrediteret, hvor man får samlet op på nogle procedurer, er virkelig positiv. Nu har vi været vant til at arbejde med procedurer inden for billeddiagnostikken i mange år. Men det er godt at få det hele tjekket igennem. (AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

Jeg har arbejdet i det private erhvervsliv tidligere, hvor man var ISO certificeret og havde langt bedre styr på procedurer og vejledninger, uagtet at man taler om papkasser, der skal ligge på en hylde. I sygehusvæsenet taler vi i yderste konsekvens om liv og død. Da jeg startede her for tre år siden, var jeg nærmest lidt rystet over, hvor lidt styr, der var på alting. Jeg kan selvfølgelig kun tale for mit eget område. (IKKE KLINISK AFDELINGSLEDER, FØRSTEGANGSAKKREDITERET HOSPITAL).

Hvad angår de fjerdegangsakkrediterede hospitaler er oplevelsen, at de har lært meget igennem de år, de har samarbejdet med JCI. Nogle bemærker, at udviklingen muligvis også kunne være sket uden JCI-akkreditering.

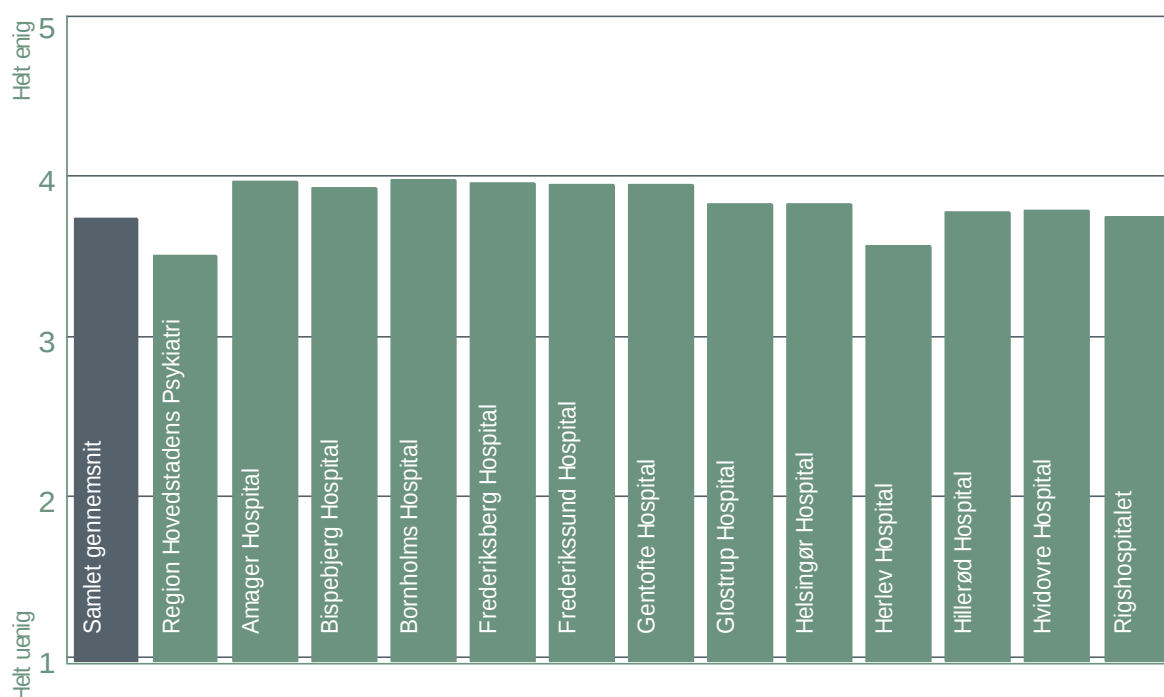
Interviewpersonerne fra de fjerdegangsakkrediterede hospitaler oplever fortsat at have lært noget fjerde gang, men at læringen bliver mindre og mindre. Andre interviewpersoner oplever, at effekten af besøget fjerde gang har været for lille, idet fokusområderne stort set er de samme som ved de tidligere akkrediteringer.

5.9.2 Forskelle mellem hospitalerne

På de fleste spørgsmål er der nogle af hospitalerne, der er forskellige fra hinanden i deres oplevelser af akkreditering. Der er en tendens til, at de to førstegangsakkrediterede hospitaler Gentofte og Bornholms Hospital er de hospitaler, der oftest adskiller fra andre hospitaler ved at have mere positive oplevelser af akkreditering. Der er også en tendens til, at det er Region Hovedstadens Psykiatri og Herlev Hospital, der på flest spørgsmål adskiller sig fra andre hospitaler ved at have de mest negative oplevelser.

Denne tendens ses blandt andet i forhold til oplevelsen af, om hospitalet eller afdelingen samlet set har gavn af akkreditering (se figur 5.10).

Figur 5.10 Hospitalernes oplevelse af, om de samlet set har gavn af akkreditering



Figuren viser gennemsnittet for, på en skala fra 1 til 5, hvor enige personalet på hospitalerne er i udsagnet. Jo højere gennemsnit, jo flere er enige.

5.9.3 Kontakt med surveyorteamet

På flere områder er der forskel på personalets oplevelser af akkreditering afhængig af, om de har direkte kontakt med surveyorteamet eller ej under akkrediteringsbesøget. De, der har kontakt, er mere positive end de, der ikke har kontakt, i forhold til blandt andet, at de mener, der bliver givet et retvisende billede af hospitalet under besøget, opfølgning på resultater, oplevede effekter og JCI som koncept.

Personalet kan have forskellige grader af kontakt med surveyorteamet. Nogle er i direkte kontakt med surveyorteamet under besøget (fx svarer på spørgsmål, fremviser afdelingen, deltager i interview), andre ser dem, men er ikke i direkte kontakt med dem mens andre enten ikke ser dem eller ikke var til stede de dage hospitalet havde besøg. 32 % af respondenterne i undersøgelsen har haft direkte kontakt med surveyorteamet, 34 % så dem, men var ikke i direkte kontakt med dem, og 34 % så dem ikke eller var ikke til stede. Det er kun de respondenter, der har haft direkte kontakt med surveyorteamet, der har besvaret spørgsmålene om surveyorteamet.

Andele af grupper og faggrupper, der har direkte kontakt med surveyorteamet under akkrediteringsbesøget fordeler sig således i forhold til respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen: Ledere med personaleansvar (58 %), ledere uden personaleansvar (23 %) og medarbejdere (11 %). Læger (21 %), plejepersonale (18 %), andet sundhedsfagligt personale (5 %), service/teknisk personale (10 %) og administrativt personale (8 %).

5.9.4 Medarbejdere med et ansvar

Det er også undersøgt, om der er forskel på de medarbejdere, der har et særligt ansvar i forbindelse med akkreditering i forhold til de øvrige medarbejdere. Medarbejdere der har haft et særligt ansvar ved akkrediteringen er mere positive i deres vurderinger, end de medarbejdere, der ikke har haft et særligt ansvar. De områder, hvor der er statistisk signifikante forskelle er bl.a. ved forberedelsesfasen, surveyorteamets kompetencer, at akkrediteringsbesøget har medført forbedringer, og at en højere grad af anvendelse af vejledninger er en effekt af akkreditering samt mere ensartet patientbehandling.

5.9.5 Ledere mere positive end medarbejdere

Der er en tendens til, at ledere med personaleansvar har mere positive oplevelser af akkreditering end medarbejderne.

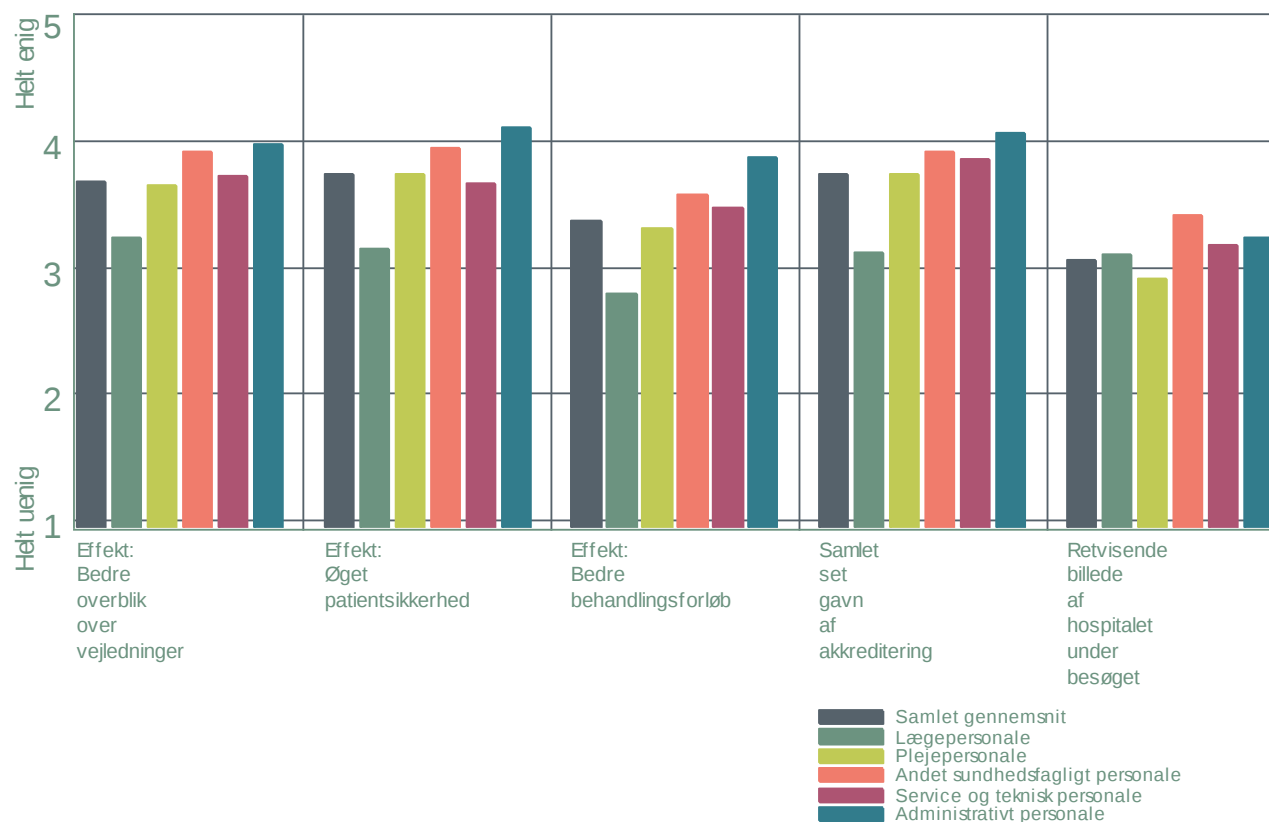
Denne tendens ses også i interviewene. Af interviewene fremgår det, at lederne generelt er noget mere positive over for akkreditering end medarbejderne. Lederne ser som nævnt akkreditering som et meget anvendeligt styringsværktøj, hvorimod flere medarbejdere oplever, at der ikke er kommet tilstrækkeligt ud af akkrediteringen.

5.9.6 Forskelle mellem faggrupper

Lægegruppen adskiller sig fra de øvrige faggrupper ved, at de i mindre grad oplever effekter af akkrediteringen som fx bedre behandlingsforløb, bedre overblik over vejledninger, øget patient-sikkerhed, og at hospitalet samlet set har gavn af akkreditering (se figur 5.11).

Der er også en tendens til, at det administrative personale er den gruppe, der på de fleste områder har de mest positive oplevelser af akkreditering. Når spørgsmålet om et retvisende billede af hospitalet under akkrediteringsbesøget bliver opdelt på faggrupper, viser det sig, at plejepersonalet i mindre grad end andet sundhedsfagligt og administrativt personale mener, at der bliver givet et retvisende billede (se figur 5.11).

Figur 5.11 Faggruppers oplevelser af retvisende billede af hospitalet og effekter



Figuren viser gennemsnittet for, på en skala fra 1 til 5, hvor enige faggruppen er i udsagnet. Jo højere gennemsnit, jo flere er enige. I figuren er vist faggrupperne for medarbejderne, men for lederne ses samme tendens for lægegruppen for spørgsmål om effekter og samlet indtryk af akkreditering.



6 Metoder

Evalueringerne består af kombinerede kvantitative og kvalitative undersøgelser (se tabel 6.1). Enheden for Brugerundersøgelser har gennemført to spørgeskemaundersøgelser blandt et udsnit af ledere og medarbejdere og samtlige direktionsmedlemmer i Region Hovedstadens virksomheder. Desuden er der gennemført to interviewundersøgelser blandt ledere på forskellige niveauer. Ved interviewundersøgelserne forestod koncerndirektører og hospitalsdirektører interviewene.

Da de to evalueringer er gennemført på to forskellige tidspunkter med ca. et års mellemrum skal der tages forbehold for, at respondenternes vurderinger vil være kontekstafhængige. Således kan respondenterne fx have ændret holdning til JCI-akkrediteringen, som de evaluerede i 2011 efter, at de har været igennem akkreditering ved DDKM

Tabel 6.1 Undersøgelsesdesign

Faser og metoder
Evaluering af JCI 2011
Fase 1: Forundersøgelse
Fire fokusgruppeinterview: to med medarbejdere og to med ledere på forskellige niveauer
Fase 2: Kvantitativ undersøgelse
Elektroniske spørgeskemaer til tre grupper: medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer
Fase 3: Kvalitativ undersøgelse
Seks fokusgruppeinterview med ledere på forskellige niveauer
Evaluering af DDKM 2012
Fase 1: Kvalitativ undersøgelse
To fokusgruppeinterview: et med kliniske medarbejdere og et med ikke-kliniske medarbejdere Seks fokusgruppeinterview: to med direktionsmedlemmer og kvalitetschefer og fire med ledere på forskellige niveauer
Fase 2: Kvantitativ undersøgelse
Elektroniske spørgeskemaer til tre grupper: medarbejdere, ledere og direktionsmedlemmer

Undersøgelsen er foretaget efter JCI-akkrediteringsprocessen i andet halvår af 2011 (del 1) og er gentaget efter DDKM-akkrediteringsprocessen i 2012 (del 2).

6.1 Forundersøgelsen

Som det første led i evalueringen har EfB gennemført en forundersøgelse i 2011, som dannede grundlag for udarbejdelse af spørgeskemaer og interviewguider. Forundersøgelsen bestod af fire fokusgruppeinterview med følgende grupper:

- Direktører, vicedirektører, kvalitetschefer og kvalitetsnøglepersoner
- Afdelings- og afsnitsledere
- Medarbejdere fra kliniske afdelinger

- Ikke kliniske medarbejdere

6.2 Spørgeskemaundersøgelsen

6.2.1 Udvikling og validering af spørgeskemaer

Der er udarbejdet tre spørgeskemaer til henholdsvis direktionsmedlemmer, ledere og medarbejdere. Størstedelen af spørgsmålene er identiske i de tre spørgeskemaer, men i hvert spørgeskema er der også spørgsmål, som er tilrettet hver gruppe og deres tilknytning til akkreditering (se bilag). Temaerne til spørgeskemaet er udarbejdet på baggrund af interview fra forundersøgelsen. Et af temaerne er den oplevede effekt af akkreditering. Det er vigtigt at bemærke, at det er umuligt at isolere den oplevede effekt af de enkelte akkrediteringer. Det er vanskeligt for personalet klart at adskille, hvad der er effekt af henholdsvis DDKM og JCI-akkreditering, dansk lovgivning og øvrige udviklingstiltag på afdelingerne. Desuden er der i vejledninger og retningslinjer til personalet taget højde for både standarderne fra JCI og DDKM. Dermed er det arbejde, der gøres i forhold til akkreditering, rettet mod både JCI og DDKM³.

Spørgeskemaerne til brug ved JCI akkrediteringen er validerede blandt otte ledere, ti medarbejdere og to direktionsmedlemmer med henblik på at ramme så bredt et udsnit af de faggrupper, der skulle modtage spørgeskemaerne som muligt. Ved valideringen udfyldte medarbejder/lederen spørgeskemaet, hvorefter denne blev interviewet om, hvordan han/hun havde forstået spørgsmålene. På baggrund af valideringen blev der foretaget korrektioner i spørgeskemaerne. Kvalitetskonsulenter i Region Sjælland har gennemgået spørgeskemaet ud fra deres erfaringer med akkrediteringsbesøg fra DDKM for at sikre, at samme spørgeskema kunne bruges som evaluering af Region Hovedstadens akkreditering efter DDKM. I foråret 2012 blev spørgeskemaet til brug ved DDKM akkrediteringen genvalideret blandt tre ledere, syv medarbejdere og et direktionsmedlem.

6.2.2 Population og stikprøve

Deltagerne i spørgeskemaundersøgelserne er udtrukket fra en population af alle ansatte i Region Hovedstaden, der lever op til følgende kriterier:

- Ansat på et af regionens hospitaler eller i Region Hovedstadens Psykiatri pr. 31. juli 2012 (DDKM evalueringen) og pr. 30. september 2011 (JCI evalueringen).
- Månedslønnet
- Ansat siden 1. november 2011 (DDKM evalueringen) og 1. december 2010 (JCI evalueringen)
- Ikke har været på orlov pr. 1. november 2011 (DDKM evalueringen) og pr. 1. december 2010 (JCI evalueringen)

De ledere og medarbejdere, der deltager i spørgeskemaundersøgelserne, er tilfældigt udtrukket, mens samtlige direktionsmedlemmer deltager i spørgeskemaundersøgelsen.

Stikprøven er udtrukket stratificeret efter hospitaler og type ansættelse (leder/medarbejder). Hvis der var færre end 150 personer i et givent stratum (kombination af hospital og type ansættelse), blev alle personer i det pågældende stratum udvalgt. Hvis der var flere end 150 personer i det

³ Nogle parakliniske afdelinger bliver også certificeret/akkrediteret ved andre firmaer.

pågældende stratum, blev 150 personer tilfældigt udvalgt. Stikprøven for DDKM evalueringen består af 2.730 personer, mens den for JCI evalueringen består af 3.209 personer. Summen af vægtene i hvert stratum i stikprøven svarer til antallet af personer i det tilsvarende stratum i populationen.

6.2.3 Dataindsamling

Ved JCI evalueringen modtog deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen en e-mail eller et brev med et link til et elektronisk spørgeskema. Efter en uge blev en påmindelse udsendt, og efter yderligere en uge blev en påmindelse udsendt pr brev til de deltagere fra medarbejdergruppen, der endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet. De mailadresser, der blev anvendt til udsendelsen, var mailadresser, der blev valideret i forbindelse med TrivselOp undersøgelsen i Region Hovedstaden i januar 2011. De ansatte, der ved TrivselOp havde ønsket at modtage spørgeskema pr. brev, og de, der havde skiftet arbejdsplads til et andet hospital i regionen, modtog et brev. Resten modtog en e-mail.

Ved DDKM evalueringen blev mailadresserne valideret af IMT, fordi det var for længe siden, at mailadresser fra TrivselOp var blevet valideret. Deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen modtog en e-mail eller et brev med et link til et elektronisk spørgeskema, hvis der ikke stod en e-mailadresse registreret på dem. Efter en uge blev en påmindelse udsendt. Medarbejderne modtog deres påmindelse pr. brev mens ledere og direktionsmedlemmer modtog deres pr. e-mail. Få dage inden svarfristen blev en ekstra påmindelse sendt pr e-mail til direktionsmedlemmer og ledere.

6.2.4 Analyser

Statistiske analyser

De statistiske analyser er deskriptiv statistik i form af vægtede frekvenser, gennemsnit og krydstabuleringer. Sammenligninger mellem grupper, herunder sammenligning mellem resultater fra 2011 og 2012, er foretaget ved hjælp af t-test med et signifikansniveau på 5 %.

Analyse af kommentarfelter

Kommentarfelterne er gennemlæst og tematiseret i de overordnede temaer spørgeskemaundersøgelsen bygger på. Derefter er de temaer, som flest personer har skrevet om i kommentarfelter, gennemlæst for en undertematisering for at klarlægge de mest fremtrædende temaer og problematikker under disse temaer.

6.3 Interviewundersøgelsen

Til den kvalitative del af DDKM evalueringen er der gennemført seks fokusgruppeinterview med i alt 62 ledere. Til JCI evalueringen er der ligeledes gennemført seks fokusgruppeinterview med i alt 54 ledere. Interviewene var opdelt i følgende grupper af ledere:

Tabel 6.2 Grupper der har deltaget i fokusgruppeinterview

Efter DDKM akkreditering	
Fra andengangsakkrediterede hospitaler:	Fra femtegangsakkrediterede hospitaler:
Afdelingsledere fra kliniske afdelinger	Afdelingsledere fra kliniske afdelinger
Ledere fra ikke-kliniske afdelinger	Ledere fra ikke-kliniske afdelinger
Direktionsmedlemmer og kvalitetschefer	Direktionsmedlemmer og kvalitetschefer
Medarbejdere fra kliniske og ikke-afdelinger	
Efter JCI akkrediteringen	
Fra førstegangsakkrediterede hospitaler	Fra fjerdegangsakkrediterede hospitaler:
Afdelingsledere fra kliniske afdelinger	Afdelingsledere fra kliniske afdelinger
Ledere fra ikke-kliniske afdelinger	Ledere fra ikke-kliniske afdelinger
Afdelings- og afsnitsledere fra hospitaler der skal have genbesøg	Afsnitsledere fra kliniske afdelinger
Medarbejdere fra kliniske og ikke-afdelinger	

For at inddrage såvel fortalere for som opponenter imod akkreditering i undersøgelsen, rekrutterede hospitalernes kvalitetschefer til evalueringen af akkreditering ved JCI deltagere til fokusgruppeinterviewene ud fra nogle tilfældigt udvalgte kriterier. I forbindelse med evaluering af akkreditering ved DDKM fik kvalitetscheferne nogle mindre specifikke udvælgelseskriterier, som de valgte informanterne på baggrund af, efter ønske fra styregruppen. Enheden for Brugerundersøgelser faciliterede interviewprocessen, og en koncerndirektør og en hospitalsdirektør fungerede som interviewteam. Da der er et magtforhold ved, at koncernledelsen forestår interviewene, startede koncerndirektøren med at italesætte dette som noget af det første under interviewet og opfordrede deltagerne til at være ærlige i deres tilbagemeldinger. I de interview hvor interviewdeltagerne var hospitalsdirektører forestod to koncerndirektører interviewet.

Der er anvendt en semistruktureret tilgang ved fokusgruppeinterviewene.

6.3.1 Analyse

Interviewene er optaget på bånd, og hovedparten af interviewene er transskriberet. Efterfølgende er der foretaget en meningskondenserende analyse af interviewene med henblik på at identificere gennemgående temaer og tendenser. Dette er foregået ved, at interviewene først er blevet læst grundigt igennem for at skabe overblik over materialet. I forbindelse med anden gennemlæsning er materialet inddelt i temaer og undertemaer. Hele materialet er således kategoriseret i disse temaer, hvorefter det stod klart, hvilke centrale pointer der var inden for hvert område. De citater, der indgår i rapporten, er primært taget med, fordi de kan uddybe den kvantitative analyse, eller hvis citaterne kan supplere med relevante pointer.

Samtlige interview med afdelingsledere blev sammenskrevet i kortere resumeer og sendt til interviewdeltagerne som havde mulighed for at korrigere eventuelle misforståelser.

7 Datamateriale

7.1 Spørgeskemaundersøgelsen

7.1.1 Svarprocenter

Tabel 7.1 Svarprocent for hele undersøgelsen og opdelt på grupper

DDKM-undersøgelsen 2012		
Samlet 44 %		
Direktionsmedlemmer	Ledere	Medarbejdere
69 %	53 %	36 %
JCI-undersøgelsen 2011		
Samlet 56 %		
Direktionsmedlemmer	Ledere	Medarbejdere
68 %	62 %	51 %

Svarprocenten var højere i 2011 end den var i 2012. En af årsagerne til dette kan være, at udsendelsestidspunktet i 2012 var i august, og derfor ramte sommerferieperioden, hvor den i 2011 lå senere på efteråret. Derudover er svarprocenten højere hos direktioner og ledere, end den er hos medarbejderne. Det kan skyldes flere ting, fx at der er en stor del af medarbejdergruppen, der ikke til dagligt arbejder ved en computer, eller at arbejdet med akkrediteringen fylder mere hos ledere og direktioner, og at de derfor i højere grad er tilbøjelige til at besvare et spørgeskema om akkreditering.

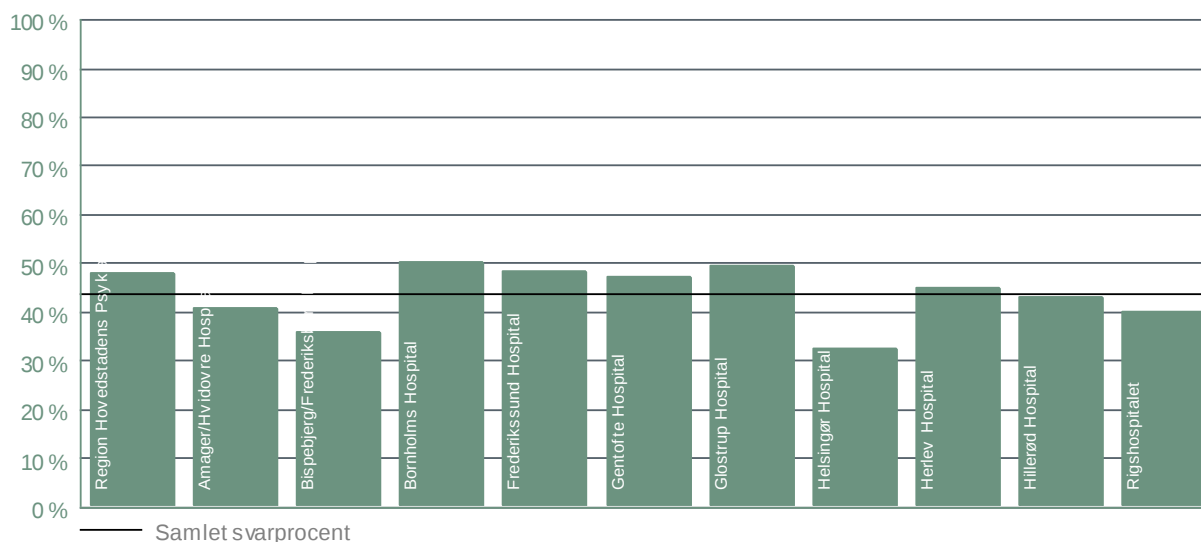
7.1.2 Bortfald DDKM undersøgelsen 2012

Der er statistisk signifikante forskelle på de, der har besvaret spørgeskemaet, og de der ikke har besvaret spørgeskemaet følgende områder:

Bortfald DDKM undersøgelsen	
Faggrupper	Administrativt personale har en statistisk signifikant højere svarprocent end læge-, pleje- og service/teknisk personale. Andet sundhedsfagligt personale har en statistisk signifikant højere svarprocent service/teknisk personale. <u>Svarprocenter:</u> 50 % administrativt personale 48 % andet sundhedsfagligt personale 43 % plejepersonale 41 % lægepersonale 38 % service/teknisk personale
Anden- og femtegangsakkreditering	Andengangsakkrediterede hospitaler har en højere svarprocent end femtegangsakkrediterede. <u>Svarprocenter:</u> 46 % andengangsakkrediterede hospitaler

	39 % femtegangsakkrediterede hospitaler
Hospitaler	Bornholms og Glostrup Hospital har de højeste svarprocenter, mens Frederiksberg/Amager og Helsingør Hospitaler har de laveste svarprocenter (se figur 7.1).

Figur 7.1 Svarprocenter pr. hospital/virksomhed ved DDKM

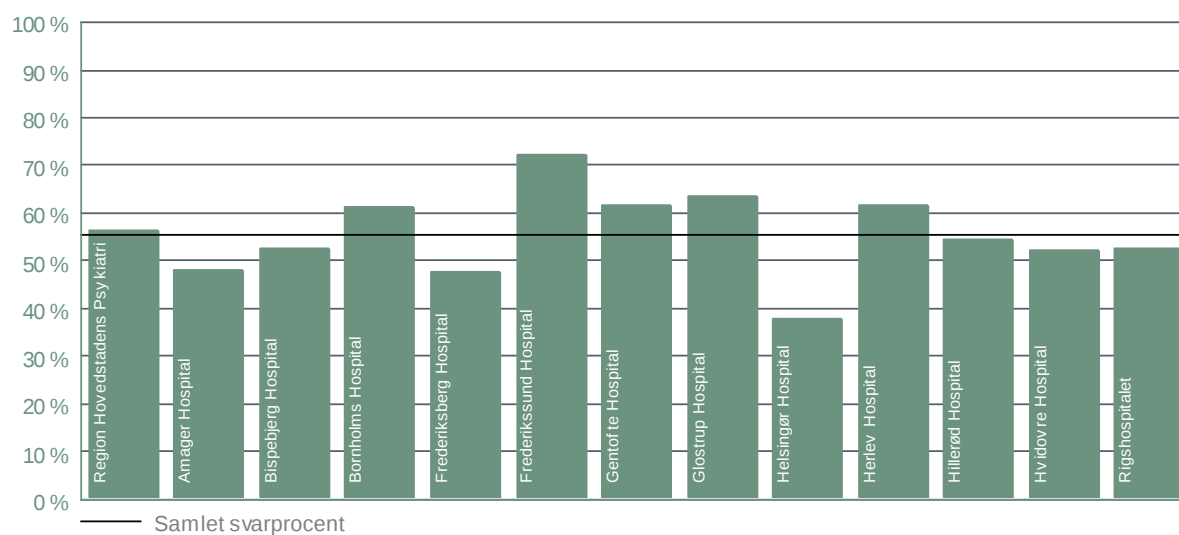


7.1.3 Bortfald JCI undersøgelsen 2011

Der er statistisk signifikante forskelle på de, der har besvaret spørgeskemaet, og de der ikke har besvaret spørgeskemaet følgende områder:

Bortfald JCI undersøgelsen	
Faggrupper	Andet sundhedsfagligt personale og administrativt personale har en højere svarprocent end læge-, pleje- og service/teknisk personale. <u>Svarprocenter:</u> 64 % andet sundhedsfagligt personale 62 % administrativt personale 54 % plejepersonale 52 % service/teknisk personale 51 % lægepersonale
Første- og fjerdegangsakkreditering	Førstegangsakkrediterede hospitaler har en højere svarprocent end fjerdegangsakkrediterede. <u>Svarprocenter:</u> 59 % førstegangsakkrediterede hospitaler 51 % fjerdegangsakkrediterede hospitaler
Hospitaler	Frederikssund og Glostrup Hospital har de højeste svarprocenter, mens Amager og Frederiksberg Hospitaler har de laveste svarprocenter (se figur 7.2).

Figur 7.2 Svarprocenter pr. hospital/virksomhed ved JCI



UDKAST

8 Bilag

8.1 Bilag 1: Styregruppen

Styregruppen for evalueringen består af følgende medlemmer:

Inge Kristensen (formand)	Enhedschef	Enhed for Udvikling og Kvalitet
Anne Gram	Konst. kvalitetschef	Bispebjerg/Frederiksberg Hospital
Henriette Gedde	Vicedirektør	Hvidovre Hospital
Peter Treufeldt	Vicedirektør	Region Hovedstadens Psykiatri
Marie Nonneman	Vicedirektør	Glostrup Hospital
Maibritt de Cordier	Kvalitetschef	Rigshospitalet
Anne Hansen	Kvalitetschef	Hillerød Hospital
Gitte Fangel	Vicedirektør	Herlev Hospital
Birgitte Rav Degenkolv	Vicedirektør	Gentofte Hospital
Dorte Bagger	Chefkonsulent	Enhed for Udvikling og Kvalitet

UDKAST

8.2 Bilag 2: Spørgeskemaer

8.2.1 DDKM: Spørgeskema til direktionsmedlemmer

Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved DDKM, der foregik i starten af 2012. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”**Helt uenig**” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”**Helt enig**”.

Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
(Aktiveres aldrig)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. var grundige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. lyttede til, hvad direktionen sagde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. fokuserede på relevante ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. gjorde direktionen opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. gav direktionen brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Under akkrediteringsbesøget ved DDKM blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet/virksomheden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af DDKM surveyor-teams daglige mundtlige tilbage- melding til hospitalet/virksomheden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
De fund, der blev beskrevet i den skriftlige rapport fra DDKM, var relevante	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
På hospitalet har vi fulgt systema- tisk op på resultaterne af akkredite- ringen efter besøget af DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Din oplevelse af effekterne af akkreditering af hospitalet/virksomheden

Disse spørgsmål handler om effekterne af akkreditering generelt set, både DDKM og JCI. I din besvarelse skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til på hospitalet/virksomheden.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
b. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. en mere standardise- ret/ensartet patientbehandling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. større grad af refleksion over egen praksis	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. mere tilfredse patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
h. læring i organisationen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelses- mæssigt styringsværktøj	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Akkreditering har givet mig et stør- re kendskab til hospita- let/virksomheden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af surveyorteam med dansk erfaring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
DDKM-modellens krav er relevante for hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
DDKM-modellens krav udfordrer praksis i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved DDKM:

Tak for din besvarelse

8.2.2 DDKM: Spørgeskema til ledere

Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved DDKM, der foregik i starten af 2012. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til "afdeling". Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er "**Helt uenig**" i udsagnet, og 5 betyder, at du er "**Helt enig**".

Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare "Ved ikke / Ikke relevant for mig".

Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under DDKM akkrediteringen?

- (1) ☐ Region Hovedstadens Psykiatri (*i et psykiatrisk eller distrikpsykiatrisk center*)
- (3) ☐ Amager Hospital
- (4) ☐ Bispebjerg Hospital
- (5) ☐ Bornholms Hospital
- (6) ☐ Frederiksberg Hospital
- (7) ☐ Frederikssund Hospital
- (8) ☐ Gentofte Hospital
- (9) ☐ Glostrup Hospital
- (10) ☐ Helsingør Hospital
- (11) ☐ Herlev Hospital
- (12) ☐ Hillerød Hospital
- (13) ☐ Hvidovre Hospital
- (14) ☐ Rigshospitalet

Er du leder med personaleansvar?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej (hvis nej springes til spørgeskemaet til medarbejdere)

Hvilken faggruppe hører du til?

- (1) ☐ Lægefaglig
- (2) ☐ Anden sundhedsfaglig (*fx sygeplejefaglig, fysio- og ergoterapi, jordemoder, radiograf*)
- (3) ☐ Anden faggruppe (*fx ledende lægesekretær, administrativ, drift, service*)

Hvilken ledergruppe hører du til?

- (1) ☐ Klinik- eller afdelingsledere
- (2) ☐ Afsnits- eller mellemledere
- (3) ☐ Andet: _____

Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved DDKM**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Akkrediteringsbesøget ved DDKM**Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM?**

- (1) ☐ Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)
- (2) ☐ Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede
- (3) ☐ Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**Konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. var grundige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. fokuserede på relevante ting i forhold til hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget ved DDKM har medført forbedringer i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Under akkrediteringsbesøget ved DDKM blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af DDKM surveyor-teams samlede mundtlige tilbage- melding til hospitalet den sidste dag	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
(Aktiveres aldrig)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg er blevet tilstrækkeligt informere- ret om, hvilke indsatsområder hos- pitalet skal arbejde videre med som følge af akkrediteringen ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
I min afdeling har vi fulgt systema- tisk op på resultaterne af akkredite- ringen efter besøget af DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling

Disse spørgsmål handler om effekterne af akkreditering generelt set, både DDKM og JCI. I din besvarelse skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. tydeligere ansvarsfordeling blandt medarbejderne i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. at jeg i højere grad iværksæt- ter tiltag, når data viser manglende resultater	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
c. et bedre overblik over vejledninger/retningslinier	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. at vi i højere grad anvender vejledninger/retningslinier i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. læring i organisationen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. øget fokus på højrisikoydelser i forhold til patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. større grad af refleksion over egen praksis	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. mere tilfredse patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelsesmæssigt styringsværktøj	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>dansk</u> erfaring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
DDKM akkreditering er et velegnet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
værktøj til kvalitetsudvikling i min afdeling						
DDKM-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav udfordrer praksis i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved DDKM:						

Tak for din besvarelse

8.2.3 DDKM: Spørgeskema til medarbejdere

Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved DDKM, der foregik i starten af 2012. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til "afdeling". Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er "Helt uenig" i udsagnet, og 5 betyder, at du er "Helt enig".

Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare "Ved ikke / Ikke relevant for mig".

Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under DDKM akkrediteringen?

- (1) ☐ Region Hovedstadens Psykiatri (i et psykiatrisk eller distriktpsykiatrisk center)
- (3) ☐ Amager Hospital
- (4) ☐ Bispebjerg Hospital
- (5) ☐ Bornholms Hospital
- (6) ☐ Frederiksberg Hospital
- (7) ☐ Frederikssund Hospital
- (8) ☐ Gentofte Hospital
- (9) ☐ Glostrup Hospital
- (10) ☐ Helsingør Hospital
- (11) ☐ Herlev Hospital
- (12) ☐ Hillerød Hospital
- (13) ☐ Hvidovre Hospital
- (14) ☐ Rigshospitalet

Arbejdede du i en udefunktion på et andet hospital, end der hvor du er ansat, under DDKM akkrediteringen?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Hvilken faggruppe hører du til?

- (1) ☐ Lægepersonale
(2) ☐ Plejepersonale (fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pleje- og sygehjælpere)
(3) ☐ Andet sundhedsfagligt personale (fx jordemødre, ergo- og fysioterapeuter, bioanalytikere, radiografer)
(4) ☐ Administrativt personale (fx sekretærer, socialrådgivere, konsulenter)
(5) ☐ Service og teknisk personale (fx portører, rengørings- og køkkenpersonale, ingeniører, håndværkere)
(6) ☐ Anden faggruppe:
-

Havde du et særligt ansvar ved DDKM akkrediteringen?

- (1) ☐ Nej
(2) ☐ Ja (Fx nøgleperson, kvalitetskoordinator, patientsikkerhedsansvarlig, ansvarlig for afdelingens vejledninger/retningslinier, indgår i et udvalg på tværs af hospitalet)

Forberedelse inden akkrediteringsbesøget ved DDKM

I hvilket omfang blev du inddraget i forberedelserne til DDKM akkrediteringen?

- (1) ☐ For lidt
(2) ☐ Passende
(3) ☐ For meget

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om vejledninger/retningslinier vi skal arbejde efter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM?

- (1) ☐ Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)
(2) ☐ Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede
(3) ☐ Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Konsulenterne/surveyorteamet fra DDKM...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. var grundige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. fokuserede på relevante ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget ved DDKM har medført forbedringer i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Under akkrediteringsbesøget ved DDKM blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved DDKM

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
I min afdeling har vi fulgt op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget af DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
(Aktiveres aldrig)	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling

Disse spørgsmål handler om effekterne af akkreditering generelt set, både DDKM og JCI. I din besvarelse skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering generelt bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. et bedre overblik over vejledninger/retningslinier	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. at jeg oftere arbejder efter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
vejledninger/retningslinier						
d. øget patientsikkerhed	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. at patienterne får et bedre behandlingsforløb	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. mere tilfredse patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>dansk</u> erfaring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
DDKM-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
DDKM-modellens krav udfordrer praksis i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering ved DDKM	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved DDKM:

Tak for din besvarelse

8.2.4 JCI: Spørgeskema til direktionsmedlemmer

Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved JCI, der foregik i starten af 2011. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”Helt uenig” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”Helt enig”.

Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

Var det 1. eller 4. gang hospitalet/virksomheden gennemgik en JCI akkreditering?(1) ☐ 1. gang(2) ☐ 4. gang**Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011****Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:****Konsulenterne/surveyorteamet fra JCI...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. var grundige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. lyttede til, hvad direktionen sagde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. fokuserede på relevante ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. gjorde direktionen opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. gav direktionen brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Under akkrediteringsbesøget blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet/virksomheden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalets/virksomhedens ledere reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af surveyorteamets daglige mundtlige tilbagemelding til hospitalet/virksomheden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
De fund, der blev beskrevet i den skriftlige rapport fra JCI, var relevante	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
På hospitalet har vi fulgt systematisk op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Din oplevelse af effekterne af akkreditering af hospitalet/virksomheden

I besvarelsen af disse spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til på hospitalet/virksomheden.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. større grad af refleksion over egen praksis	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. mere tilfredse patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
h. læring i organisationen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelses- mæssigt styringsværktøj	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Akkreditering har givet mig et stør- re kendskab til hospita- let/virksomheden	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af surveyorteam med <u>international</u> erfaring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav er relevante for hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav er høje nok til, at hospitalet får udfordret sin prak- sis tilstrækkeligt	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved JCI:

Tak for din besvarelse

8.2.5 JCI: Spørgeskema til ledere

Evaluering af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved JCI, der foregik i starten af 2011. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til ”afdeling”. Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre

afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er ”**Helt uenig**” i udsagnet, og 5 betyder, at du er ”**Helt enig**”.

Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare ”Ved ikke / Ikke relevant for mig”.

Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under JCI akkrediteringen i år?

- (1) ☐ Region Hovedstadens Psykiatri (*i et psykiatrisk eller distriktskykiatrisk center*)
- (3) ☐ Amager Hospital
- (4) ☐ Bispebjerg Hospital
- (5) ☐ Bornholms Hospital
- (6) ☐ Frederiksberg Hospital
- (7) ☐ Frederikssund Hospital
- (8) ☐ Gentofte Hospital
- (9) ☐ Glostrup Hospital
- (10) ☐ Helsingør Hospital
- (11) ☐ Herlev Hospital
- (12) ☐ Hillerød Hospital
- (13) ☐ Hvidovre Hospital
- (14) ☐ Rigshospitalet

Er du leder med personaleansvar?

- (1) ☐ Ja
- (2) ☐ Nej (hvis nej springes til spørgeskemaet til medarbejdere)

Hvilken faggruppe hører du til?

- (1) ☐ Lægefaglig
- (2) ☐ Anden sundhedsfaglig (*fx sygeplejefaglig, fysio- og ergoterapi, jordemoder, radiograf*)
- (3) ☐ Anden faggruppe (*fx ledende lægesekretær, administrativ, drift, service*)

Forberedelserne inden akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på forberedelserne til akkreditering	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra JCI?

- (1) ☐ Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)
- (2) ☐ Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede
- (3) ☐ Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**Konsulenterne/surveyorteamet fra JCI...**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. var grundige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. fokuserede på relevante ting i forhold til hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget har medført forbedringer i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Medarbejderne reagerede overvejende positivt på akkrediteringsbesøget	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Under akkrediteringsbesøget blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Tilbage melding på akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg lærte noget af surveyorteamets samlede mundtlige tilbage melding til hospitalet den sidste dag	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
-----------------	------------	----------------------------	-----------	----------------	---

Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Jeg er blevet tilstrækkeligt informeret om, hvilke indsatsområder hospitalet skal arbejde videre med som følge af akkrediteringen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
I min afdeling har vi fulgt systematisk op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling

I besvarelsen af disse spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. tydeligere ansvarsfordeling blandt medarbejderne i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. at jeg i højere grad iværksætter tiltag, når data viser manglende resultater	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. et bedre overblik over vejledninger/retningslinier	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. at vi i højere grad anvender vejledninger/retningslinier i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. læring i organisationen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. øget patientsikkerhed	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. øget fokus på højrisikoydelser i forhold til patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. større grad af refleksion over egen praksis	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. forbedring af patienternes behandlingsforløb	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. mere tilfredse patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. mere tilfredse medarbejdere	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
g. øget brug af kvalitetsdata som baggrund for kvalitetsforbedringer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkreditering er et godt ledelses- mæssigt styringsværktøj	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Samlet indtryk

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>international</u> erfaring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI akkreditering er et velegnet værktøj til kvalitetsudvikling i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav er høje nok til, at afdelingen får udfordret sin prak- sis	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved JCI:

Tak for din besvarelse

8.2.6 JCI: Spørgeskema til medarbejdere

Evaluerings af akkreditering

I besvarelsen af spørgeskemaet skal du tage udgangspunkt i den akkreditering ved JCI, der foregik i starten af 2011. I besvarelsen af de spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af akkreditering generelt.

Hospital/virksomhed

Du skal tage udgangspunkt i det hospital, hvor du er ansat. Hvis du er ansat på mere end et hospital, skal du tage udgangspunkt i der, hvor du har din primære ansættelse.

Afdeling

I spørgeskemaet henviser vi flere steder til "afdeling". Dette ord dækker også over fx afsnit. Hvis du arbejder i en tværgående afdeling som fx HR, drift, rengøring og service og har medvirket ved besøg i andre afdelinger på hospitalet eller ved møder med en surveyor, skal du blot svare ud fra dine oplevelser med dette.

Svarskala

Spørgeskemaet består primært af en række udsagn, du skal vurdere på en skala fra 1-5.

1 betyder, at du er "**Helt uenig**" i udsagnet, og 5 betyder, at du er "**Helt enig**".

Ved ikke / Ikke relevant for mig

Hvis du ikke har nogen erfaring eller mening i forhold til et udsagn i spørgeskemaet, skal du blot svare "Ved ikke / Ikke relevant for mig".

Åbent tekstfelt

Til slut i spørgeskemaet er der et åbent kommentarfelt, hvor du bl.a. har mulighed for at uddybe dine oplevelser med akkreditering.

OBS!

Du klikker frem og tilbage i spørgeskemaet med pilene nedenfor.

Dine indtastninger gemmes hver gang, du klikker videre til næste side i skemaet.

Du kan ændre i spørgeskemaet frem til svarfristen udløber.

Hvilket hospital/virksomhed var du ansat på under JCI akkrediteringen i år?

- (1) ☐ Region Hovedstadens Psykiatri (i et psykiatrisk eller distriktpsykiatrisk center)
- (3) ☐ Amager Hospital
- (4) ☐ Bispebjerg Hospital
- (5) ☐ Bornholms Hospital
- (6) ☐ Frederiksberg Hospital
- (7) ☐ Frederikssund Hospital
- (8) ☐ Gentofte Hospital
- (9) ☐ Glostrup Hospital
- (10) ☐ Helsingør Hospital
- (11) ☐ Herlev Hospital
- (12) ☐ Hillerød Hospital
- (13) ☐ Hvidovre Hospital
- (14) ☐ Rigshospitalet

Arbejdede du i en udefunktion på et andet hospital, end der hvor du er ansat, under JCI akkrediteringen i år?

- (1) ☐ Ja
(2) ☐ Nej

Hvilken faggruppe hører du til?

- (1) ☐ Lægepersonale
(2) ☐ Plejepersonale (fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, pleje- og sygehjælpere)
(3) ☐ Andet sundhedsfagligt personale (fx jordemødre, ergo- og fysioterapeuter, bioanalytikere, radiografer)
(4) ☐ Administrativt personale (fx sekretærer, socialrådgivere, konsulenter)
(5) ☐ Service og teknisk personale (fx portører, rengørings- og køkkenpersonale, ingeniører, håndværkere)
(6) ☐ Anden faggruppe:
-

Havde du et særligt ansvar ved JCI akkrediteringen i år?

- (1) ☐ Nej
(2) ☐ Ja (fx nøgleperson, kvalitetskoordinator, patientsikkerhedsansvarlig, ansvarlig for afdelingens vejledninger/retningslinier, indgår i et udvalg på tværs af hospitalet)

Forberedelse inden akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

I hvilket omfang blev du inddraget i forberedelserne til akkrediteringen?*

- (1) ☐ For lidt
(2) ☐ Passende
(3) ☐ For meget

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om formålet med, at hospitalet skal akkrediteres	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Jeg blev informeret tilstrækkeligt om vejledninger/retningslinier vi skal arbejde efter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvilken kontakt havde du med konsulenterne/surveyorteamet fra JCI?

- (1) ☐ Jeg var i kontakt med dem (fx svarede på spørgsmål, fremviste afdelingen, deltog i interview)
(2) ☐ Jeg så dem ikke/jeg var ikke til stede
(3) ☐ Jeg så dem, men var ikke direkte i kontakt med dem

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Konsulenterne/surveyorteamet fra JCI...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ikke/ikke relevant for mig
a. var velforberedte	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
b. var grundige	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
c. lyttede til, hvad jeg sagde	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. fokuserede på relevante ting	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. gjorde os opmærksom på relevante forhold eller problemer, som vi ikke kendte i forvejen	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. gav os brugbar inspiration til, hvordan vi kan håndtere områder, hvor der blev identificeret problemer	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Akkrediteringsbesøget har medført forbedringer i min afdeling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Under akkrediteringsbesøget blev der givet et retvisende billede af dagligdagen på hospitalet	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Opfølgning efter akkrediteringsbesøget ved JCI i 2011

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
I min afdeling har vi fulgt op på resultaterne af akkrediteringen efter besøget	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Din oplevelse af effekterne af akkreditering i din afdeling

I besvarelsen af disse spørgsmål, der handler om effekterne af akkreditering, skal du tage udgangspunkt i din opfattelse af de effekter, akkreditering generelt bidrager til i din afdeling.

Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:

Det er min opfattelse, at akkreditering bidrager til...

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
a. en mere standardiseret/ensartet patientbehandling	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
b. et bedre overblik over vejled-	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
ninger/retningslinier						
c. at jeg oftere arbejder efter vejledninger/retningslinier	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
d. øget patientsikkerhed	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
e. at patienterne får et bedre behandlingsforløb	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
f. mere tilfredse patienter	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Samlet indtryk**Hvor enig eller uenig er du i følgende udsagn:**

	Helt uenig 1	Uenig 2	Både enig og uenig 3	Enig 4	Helt enig 5	Ved ik- ke/ikke relevant for mig
Det er en fordel for hospitalet, at akkrediteringsbesøget udføres af konsulenter/surveyorteam med <u>international</u> erfaring	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav er relevante for arbejdet i min afdeling*	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
JCI-modellens krav er høje nok til, at afdelingen får udfordret sin praksis*	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐
Hospitalet har samlet set gavn af akkreditering	(1) ☐	(2) ☐	(3) ☐	(4) ☐	(5) ☐	(6) ☐

Skriv her hvis du har nogle kommentarer til akkrediteringen ved JCI:

Tak for din besvarelse

* Besvares kun, hvis "ja" til særligt ansvar ved akkrediteringen.

8.3 Bilag 3: Interviewguides

DDKM: Interviewguide til interview med direktionsmedlemmer og kvalitetschefer

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
Præsentationsrunde	Hvis ikke alle kender alle: Lad os starte med en præsentationsrunde	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling og hospital.
Overordnede oplevelser	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig <u>positivt</u>, og en ting der kan <u>udvikles</u> i forhold til DDKM akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål for at "blive varmet lidt op."
Støtte til at gennemgå akkrediteringsprocessen	<i>Hvordan vurderer I den støtte, I har fået, i forhold til at rulle DDKM akkrediteringskonceptet ud over jeres hospital?</i>	fx fra Regionen eller fra de andre hospitaler i regionen Hvis ikke tilstrækkelig støtte: <i>Hvad manglede/Hvad havde I brug for?</i>
Surveyorteamet	<i>Hvordan oplevede I surveyorteamet fra DDKM?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, dygtighed, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m. Supplerende spørgsmål hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Blev I udfordrede af surveyorne?</i> <i>Var det relevante emner surveyorne tog op?</i> <i>Fandt surveyorne problemområder, I ikke selv var opmærksomme på?</i> <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra Danmark?</i> <i>Hvilken betydning har det at surveyorne var dansktalende?</i>
Opfølgning	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra DDKM?</i>	Supplerende spørgsmål hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Hvad synes I om <u>måden</u> at give tilbagemeldinger på ved de daglige debriefinger og ved det afsluttende møde?</i> <i>Hvad synes I om <u>relevansen</u> af DDKM's fund ved den skriftlige tilbagemelding fra DDKM?</i>
Læring	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med arbejdet med DDKM? Ved såvel forberedelsen som ved selve besøget?</i>	Fx læring om arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m.

	<i>Er I under DDKM akkrediteringsforberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i>	
	<i>Har DDKM akkrediteringsarbejdet påvirket din prioritering eller fokus som direktør/kvalitetschef?</i>	Hvis Ja: Hvordan?
Reaktioner fra lederne	<i>Hvilke generelle reaktioner har I oplevet fra lederne i forbindelse med DDKM akkreditering på jeres hospital?</i>	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?
Tilstrækkeligt udfordret	<i>Hvad synes I om niveauet af de krav, DDKM stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?</i>	<i>Er kravene i standarderne for høje, passende/ rimelige eller for lave? Er kravene relevante? Er der noget der mangler?</i>
Ledelsesmøder om udbyttet	<i>Hvordan er der fra direktion og afdelingslederes side blevet fulgt op på akkrediteringen?</i>	<i>Har I drøftet processen, resultaterne og udbyttet på fx ledelsesmøder, personalemøder og MED-udvalgsmøder?</i>
Oplevet effekt af akkreditering	<i>Inden for hvilke områder har I oplevet, at DDKM-akkrediteringen har skabt forandringer på jeres hospital?</i> <u>Eller:</u> <i>Hvilken effekt oplever I at DDKM – akkrediteringen har haft på jeres hospital?</i>	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op: Klinisk, Organisatorisk, Økonomisk, Patienttilfredshed, Patientsikkerhed Supplerende spørgsmål: <i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at DDKM-akkrediteringen har haft mindre effekt på hospitalet, end I havde forventet?</i>
	<i>Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringsarbejdet medfører... Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på DDKM akkrediteringen?</i>	
Sammenligning af JCI og DDKM	<i>Nu vil vi godt bringe JCI akkrediteringen på banen. Hvad giver DDKM som JCI ikke giver og omvendt?</i>	
	<i>Hvordan vil I beskrive forskellene på akkrediteringsbesøgene ved DDKM og JCI?</i>	<i>Hvilke emner tog hhv. DDKM og JCI surveyorteamet op? Hvad har udbyttet været af henholdsvis DDKM og JCI? Hvordan har arbejdsbyrden været ved besøgene fra henholdsvis DDKM og JCI?</i>
	<i>Hvilke fordele ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?</i>	
	<i>Hvilke ulemper ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?</i>	
	<i>Hvis I skal beskrive de to modeller, hvad er så i fokus ved henholdsvis DDKM og JCI??</i>	Hvis forskellige fokus i JCI og DDKM: <i>Hvilket fokus er mest velegnet i forhold til kvalitetsudvikling på jeres hospital?</i>

Akkreditering ved to modeller	<i>Nu da I har prøvet akkreditering ved såvel JCI som DDKM vil vi gerne høre jer, hvordan I oplever, at det er, at blive akkrediteret ved to modeller?</i>	<i>Kan de to modeller supplere hinanden?</i> Er det en fordel/ulempe med to modeller
Prioritering af udsagn	<i>Til sidst: Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.
Afsluttende bemærkning	<i>Er der noget, I mener, er vigtigt at få med som ikke er blevet sagt?</i>	Spørgsmålet skal sikre at vi får alle vigtige pointer med.

DDKM: Interviewguide til interview med afdelingsledelser

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
Præsentationsrunde	Lad os starte med en præsentationsrunde	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling og hospital.
Overordnede oplevelser	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig <u>positivt</u>, og en ting der kan <u>udvikles</u> i forhold til DDKM akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål for at "blive varmet lidt op."
Støtte til at gennemgå akkrediteringsprocessen	<i>Hvordan vurderer I den støtte, I har fået, i forhold til at rulle DDKM akkrediteringskonceptet ud over jeres afdeling?</i>	fx fra: Regionen, hospitalets kvalitetsafdeling, jeres direktioner, andre hospitaler i regionen. Hvis ikke tilstrækkelig støtte: <i>Hvad manglede? /Hvad havde I brug for?</i>
Surveyorteamet	<i>Hvordan oplevede I surveyorteamet fra DDKM?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, dygtighed, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m. Supplerende spørgsmål, hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: <i>Blev I udfordrede af surveyorne?</i> <i>Var det relevante emner surveyorne tog op?</i> <i>Fandt surveyorne problemområder, I ikke selv var opmærksomme på?</i> <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra Danmark?</i> <i>Hvilken betydning har det at surveyorne er dansktalende?</i>

Opfølgning	Hvad synes I om den <u>mundtlige</u> afrapporterings- og opfølgningsproces fra DDKM?	Hvad synes I om <u>måden</u> at give tilbagemeldinger på ved de daglige debriefinger og ved det afsluttende møde?
	Hvad synes I om den <u>skriftlige</u> afrapporterings- og opfølgningsproces fra DDKM?	Hvad synes I om <u>relevansen</u> af DDKM's fund ved den skriftlig tilbagemelding?
Læring	Kan I nævne områder, hvor afdelingen eller hospitalet som organisation har udviklet sig med DDKM akkrediteringsarbejdet? Ved såvel forberedelsen som ved selve besøget.	Fx læring om arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m.
	Er I under DDKM akkrediteringsforberedelsen blevet opmærksomme på problemområder, som I ikke kendte i forvejen?	
	Har DDKM akkrediteringsarbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder?	Hvis ja: Hvordan?
	Oplever I, at jeres <u>medarbejdere</u> har lært noget værdifuldt igennem DDKM akkrediteringsprocessen?	Fx læring om sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på. Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed. Kan I give nogen eksempler på, hvorledes DDKM akkrediteringsforberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelser i medarbejder-gruppen?
Reaktioner	Hvilke generelle reaktioner har I hver især oplevet på afdelingen i forbindelse med DDKM akkreditering?	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?
Tilstrækkeligt udfordret	Hvad synes I om niveauet af de krav, DDKM stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?	Supplerende spørgsmål hvis de interviewede ikke selv kommer ind på det: Er kravene i standarderne for høje, passende/ rimelige eller for lave? Er kravene relevante? Er der noget der mangler?
Oplevet effekt af akkreditering	Inden for hvilke områder, har I oplevet, at DDKM-akkrediteringen har skabt udvikling på jeres afdeling/hospital?	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op: Klinisk, Organisatorisk, Økonomisk, Patienttilfredshed, Patientsikkerhed Supplerende spørgsmål: Er der nogen områder, hvor I oplever,

		<i>at DDKM-akkrediteringen har haft mindre effekt på afdelingen/ hospitalet, end I havde forventet?</i>
	<i>I hvilket omfang oplever I, at I og medarbejderne arbejder med at opfylde kvalitetskravene i vejledningerne her efter akkrediteringerne?</i>	Her tænkes der på, i hvilket omfang den høje kvalitet, der fremvises under akkrediteringsbesøget også opretholdes ind til næste akkrediteringsbesøg.
	Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringsarbejdet medfører... <i>Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de resourcer, der bliver brugt på akkrediteringen?</i>	
Sammenligning af JCI og DDKM	Nu vil vi godt bringe JCI akkrediteringen på banen. <i>Hvad giver DDKM som JCI ikke giver og omvendt?</i>	
	<i>Hvordan vil I beskrive forskellene på akkrediteringsbesøgene ved DDKM og JCI?</i>	<i>Hvilke emner tog hhv. DDKM og JCI surveyorteamet op?</i> <i>Hvad har udbyttet været af henholdsvis DDKM og JCI?</i> <i>Hvordan har arbejdsbyrden været ved besøgene fra henholdsvis DDKM og JCI?</i>
	Hvilke fordele ser I ved henholdsvis JCI/DDKM? Hvilke ulemper ser I ved henholdsvis JCI/DDKM?	
Akkreditering ved to modeller	<i>Nu da I har prøvet akkrediteringsprocessen ved såvel JCI som DDKM vil vi gerne høre jer, hvordan I oplever, at det er, at blive akkrediteret ved to modeller?</i>	<i>Kan de to modeller supplere hinanden?</i> <i>Er det en fordel/ulempe med to modeller?</i>
Prioritering af udsagn	Til sidst: <i>Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.
Afsluttende bemærkning	<i>Er der noget, I mener, er vigtigt at få med som ikke er blevet sagt?</i>	Spørgsmålet skal sikre at vi får alle vigtige pointer med.

JCI: Interviewguide til interview med afdelingsledelser, 1. gangs akkrediterede hospitaler

8.4 TEMA	8.5 SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
Præsentationsrunde	Lad os starte med en præsentationsrunde, hvor I kort fortæller, hvem I er, og om jeres erfaringer med akkreditering.	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling, hvilken rolle de har haft i akkrediteringsprocessen (evt. erfaring fra tidligere ansættelser).
Overordnede oplevelser	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig positivt, og en ting der kan udvikles ift. JCI-akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål m.h.p. at ”blive varmet lidt op.”
Forberedelse	<i>Hvordan synes I, at I som ledere er blevet forberedt på akkrediteringen?</i>	
Støtte til at gennemgå akkrediteringsprocessen	<i>Synes I, at I som 1. gangsakkrediterede hospitaler, har fået den støtte, I havde behov for, i forhold til at rulle akkrediteringskonceptet ud over jeres hospital?</i>	fx fra: Regionen, Hospitalernes kvalitetsafdelinger, Jeres direktioner, De andre hospitaler i regionen Hvis ikke: <i>Hvad manglede? Hvad havde I brug for?</i>
Surveyorteamet	<i>Hvordan oplevede I surveyorteamet fra JCI?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m. <i>Hvilken betydning havde det at surveyorne var engelsktalende?</i> <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra andre lande?</i> <i>Hvordan oplevede I tolkene?</i> Her tænkes bl.a. på om der har været nogle sproglige misforståelser.
Opfølgning	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra JCI?</i>	Her berøres følgende aspekter: <u>Måden</u> at give tilbagemeldinger på Daglige debriefinger Afsluttende møde <u>Relevansen</u> af JCI's fund Skriftlig tilbagemelding fra JCI
Læring	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med akkrediteringsarbejdet?</i>	Fx læring om arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m. <i>Er I under akkrediteringsforberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i>

		Har akkrediterings-arbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder? Hvordan?
	Oplever I, at jeres medarbejdere har lært noget værdifuldt igennem akkrediteringsprocessen?	Fx læring om sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på. Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed. Kan I give nogen eksempler på, hvorledes akkrediterings-forberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelser i medarbejder-gruppen?
Akkreditering som ledelsesværktøj	Hvordan hænger akkreditering og ledelse sammen for jer?	Her tænkes fx på strategisk ledelse/ledelsesredskab i forbindelse med fusioner. <u>Hvordan</u> har I kunnet bruge akkrediteringen som ledelsesværktøj?
Reaktioner fra medarbejderne	Hvilke generelle reaktioner har I oplevet på hospitalet i forbindelse med JCI-akkreditering på jeres hospital?	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?
Tilstrækkeligt udfordret	Hvad synes I om niveauet af de krav, JCI stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?	Er kravene i standarderne for høje, passende/rimelige eller for lave? Er kravene relevante?
Vigtighed af international akkreditering	Oplever I, at det har værdi for afdelingen/hospitalet at blive akkrediteret af en international akkrediteringsorganisation?	Hvad giver det?
Oplevet effekt af akkreditering	Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har skabt nogen forandringer på jeres afdeling/hospital?	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op: Klinisk, Organisatorisk, Økonomisk, Patienttilfredshed, Patientsikkerhed Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har haft mindre effekt på afdelingen/ hospitalet, end I havde forventet?
	I hvilket omfang oplever I, at I og medarbejderne arbejder med at opfylde kvalitetskravene i standarderne her efter akkrediteringerne?	Her tænkes der på, i hvilket omfang den høje kvalitet, der fremvises under akkrediteringsbesøget også opretholdes ind til næste akkrediteringsbesøg.

	Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringen medfører. <i>Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på akkrediteringen?</i>	
Prioritering af ud-sagn	Til sidst: <i>Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.
Afsluttende bemærkning	<i>Er der noget, I mener, er vigtigt at få med som ikke er blevet sagt?</i>	Spørgsmålet skal sikre at vi får alle vigtige pointer med.

JCI: Interviewguide til interview med afdelingsledelser, 4. gangs akkrediterede hospitaler

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
Præsentationsrunde	Lad os starte med en præsentationsrunde, hvor I kort fortæller hvem I er, og hvor mange gange I har deltaget i en akkrediteringsproces.	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling, erfaring med akkreditering.
Overordnede oplevelser	<i>Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig positivt, og en ting der kan udvikles i forhold til JCI-akkrediteringen?</i>	Alle skal svare på dette spørgsmål m.h.p. at ”blive varmet lidt op.”
Surveyorteamet	<i>Hvordan har I oplevet surveyorteamet fra JCI?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m. <i>Hvilken betydning havde det, at surveyorne var engelsktalende?</i> <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra andre lande?</i> <i>Hvordan oplevede I tolkene?</i>
Opfølgning	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra JCI?</i>	Her berøres følgende aspekter: <u>Måden</u> at give tilbagemeldinger på Daglige debriefinger Afsluttende møde <u>Relevansen</u> af JCI's fund Skriftlig tilbagemelding fra JCI
Læring	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med akkrediteringsarbejdet?</i>	Læring: fx arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m. <i>Er I under akkrediterings-</i>

		forberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen? Har akkrediterings-arbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder? Hvordan?
	Oplever I, at jeres medarbejdere har lært noget værdifuldt igennem akkrediteringsprocessen?	Læring: fx sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på. Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed. Kan I give nogen eksempler på hvordan akkrediteringsforberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelse i medarbejdergruppen?
Akkreditering som ledelsesværktøj	Hvordan hænger akkreditering og ledelse sammen for jer?	Her tænkes fx på strategisk ledelse/ledelsesredskab i forbindelse med fusioner. <u>Hvordan</u> har I kunnet bruge akkrediteringen som ledelsesværktøj?
Reaktioner fra medarbejderne	Hvilke generelle reaktioner har I oplevet på hospitalet i forbindelse med JCI- akkreditering på jeres hospital?	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?

JCI: Interviewguide til interview med afdelingsledelser, hospitaler med genbesøg

TEMA	SPØRGSMÅL	VEJLEDNING OG SUPPLERENDE SPØRGSMÅL
Præsentationsrunde	Lad os starte med en præsentationsrunde, hvor I kort fortæller, hvem I er, og hvad jeres erfaring med akkreditering er.	Alle deltagere skal præsentere sig ved navn, stilling, hvilken rolle de har haft i akkrediteringsprocessen (og evt. erfaring fra tidligere ansættelser).
Overordnede oplevelser	Vil I hver især starte med at fremhæve én ting, der har været særlig positivt, og en ting der kan udvikles ift. JCI-akkrediteringen?	Alle skal svare på dette spørgsmål m.h.p. at ”blive varmet lidt op.” Spørgsmålet er bredt og skal give deltagerne mulighed for selv at komme i gang med at tale om akkreditering.
Forberedelse	Hvordan synes I, at I som ledere er blevet forberedt på akkrediteringen?	
Støtte til at gennemgå akkredite-	Synes I, at I som første gangsakkrediterede hospitaler, har fået den støtte, I havde behov for, i forhold til	fx fra:

rings-processen	<i>at rulle akkrediteringskonceptet ud over jeres hospital?</i> <i>Hvis ikke: Hvad manglede? / Hvad havde I brug for?</i>	Regionen Hospitalernes kvalitetsafdelinger Jeres direktioner De andre hospitaler i regionen
Surveyorne	<i>Hvordan oplevede I surveyteamet fra JCI?</i>	Dette kan fx være: Kvalifikationer, pædagogiske evner, imødekommenhed, fleksibilitet m.m.
	<i>Hvilken betydning havde det, at surveyorne var engelsktalende?</i> <i>Hvilke fordele og ulemper er der ved at få besøg af surveyore fra andre lande?</i> <i>Hvordan oplevede I tolkene?</i>	Her tænkes bl.a. på om der har været nogle sproglige misforståelser.
Opfølgning	<i>Hvad synes I om den mundtlige og skriftlige afrapporterings- og opfølgningsproces fra JCI?</i>	Her berøres følgende aspekter: Måden at give tilbagemeldinger på - Daglige debriefinger - Afsluttende møde Relevansen af JCI's fund - Skriftlig tilbagemelding
Støtte ift. genbesøg	<i>Hvad synes I om den støtte, I har fået i forhold til at skulle have genbesøg?</i>	fx fra: Regionen Hospitalernes kvalitetsafdelinger Jeres direktioner De andre hospitaler
Læring	<i>Kan I nævne områder, hvor hospitalet som organisation har udviklet sig med akkrediteringsarbejdet?</i> <i>Er I under akkrediteringsforberedelsen blevet overrasket over problemområder, som I ikke kendte i forvejen?</i> <i>Har akkrediteringsarbejdet påvirket din prioritering eller fokus som leder? Hvordan?</i>	Læring: fx arbejde med kvalitetsdata, prioritering af indsatsområder, akkreditering som ledelsesværktøj m.m.
	<i>Oplever I, at jeres medarbejdere har lært noget værdifuldt igennem akkrediteringsprocessen?</i>	Læring: fx sikkerhed, risikostyring, mere hensigtsmæssige måder at gøre tingene på.

	<i>Kan I give nogen eksempler på hvordan akkrediteringsforberedelserne eller besøget har givet anledning til udvikling eller erkendelse i medarbejdergruppen?</i>	Fokus holdes på <u>den enkelte medarbejders læring</u> og ikke på organisationen som helhed.
Akkreditering som ledelsesværktøj	<i>Hvordan hænger akkreditering og ledelse sammen for jer?</i> <i>Hvordan har I kunnet bruge akkrediteringen som ledelsesværktøj?</i>	Her tænkes fx på strategisk ledelse/ledelsesredskab i forbindelse med fusioner.
Reaktioner fra medarbejderne	<i>Hvilke generelle reaktioner har I oplevet på hospitalet i forbindelse med JCI-survey på jeres hospital?</i>	Opleves akkreditering fx som inspirerende, kontrollerende, anerkendende?
Tilstrækkeligt udfordret	<i>Hvordan oplever I niveauet af de krav, JCI stiller i forhold til at udfordre jeres praksis?</i>	<i>Er kravene i standarderne for høje, passende/rimelige eller for lave?</i> <i>Er kravene relevante?</i>
Vigtighed af international akkreditering	<i>Oplever I, at det har værdi for afdelingen/hospitalet at blive akkrediteret af en international akkrediteringsorganisation?</i> <i>Hvad giver det?</i>	
Oplevet effekt af akkreditering	<i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har skabt nogen forandringer på jeres afdeling/hospital?</i> <i>Er der nogen områder, hvor I oplever, at JCI-akkrediteringen har haft mindre effekt på afdelingen/hospitalet, end I havde forventet?</i>	Hvis interviewpersonerne har vanskeligt ved at svare, kan følgende områder remses op: Klinisk Organisatorisk Økonomisk Patienttilfredshed Patientsikkerhed
	<i>Med de effekter I nu har beskrevet, at akkrediteringen medfører. Hvordan vil I vurdere effekterne i forhold til de ressourcer, der bliver brugt på akkrediteringen?</i>	
Opsummering af JCI konceptet	<i>Kan I pege på nogen elementer i akkrediteringsprocessen, som med fordel kunne udvikles?</i>	
Erfaringer med DDKM	<i>Hvad er jeres erfaringer med at arbejde med Den Danske Kvalitetsmodel indtil videre?</i>	Hvis de ikke selv kommer bredt omkring spørgsmålet tilføjes: <i>Hvad er særligt positivt?</i> <i>Hvad er særligt negativt?</i>
Prioritering af ud-sagn	<i>Til sidst: Hvis I skal pege på to pointer, som er de vigtigste fra interviewet i dag, hvad skulle det så være?</i>	<u>Alle</u> skal svare kort på spørgsmålet.

Region Hovedstadens hospitaler og psykiatrien har alle gennemgået et akkrediteringsforløb baseret på standarder fra såvel Joint Commission International (JCI) som Den Danske kvalitetsmodel (DDKM).

Men hvordan oplever ledere og medarbejdere arbejdet med de to modeller? Og hvilken effekt oplever de, at akkrediteringen har?

Det er nogle af de spørgsmål, der belyses i denne undersøgelse, som Enheden for Brugerundersøgelser har gennemført på vegne af Koncerndirektionen i Region Hovedstaden.

Enheden for brugerundersøgelser

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg