

Forankring af akkreditering i speciallægepraksis

Et kvalitativt casestudie



Marie Henriette Madsen og Sarah Wadmann

Forankring af akkreditering i speciallægepraksis – Et kvalitativt casestudie

© VIVE og forfatterne, 2019

e-ISBN: 978-87-7119-657-3

Modelfoto: Ricky John Molloy/VIVE

Projekt: 211205

VIVE – Viden til Velfærd

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Købmagergade 22, 1150 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Forord

I denne rapport beskrives resultater af den undersøgelse, som VIVE (tidligere KORA) har udarbejdet for Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis (eKVIS) om forankringen af akkreditering i dansk speciallægepraksis.

Der er tale om en kvalitativ undersøgelse, som bidrager med indsigt i, hvordan klinikere har modtaget og arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, hvilke forandringer arbejdet har givet anledning til i klinikkerne, hvordan speciallægerne og personalet vurderer udbyttet heraf, hvorvidt forandringerne er blevet fastholdt i en periode uden ekstern kontrol, og hvad der kan bidrage til at forklare eventuel variation i fastholdelsen af forandringerne.

Undersøgelsen er baseret på interview og observationer i 15 speciallægeklinikker fordelt på tre specialer. Klinikkerne blev besøgt ad to omgange. Første gang umiddelbart efter deres akkrediterings-survey (december 2016-august 2017) og anden gang cirka halvandet år efter deres survey (november 2019-januar 2019). Samlet set er der foretaget 34 interview med 17 speciallæger og 9 ansatte (sekretærer, sygeplejersker eller SOSU-assistentter).

VIVE og denne rapport forfattere ønsker at rette en stor tak til speciallægerne og personalet i de besøgte speciallægeklinikker for deres bidrag til undersøgelsen.

Vi ønsker også at rette en stor tak til Mio Frederiksson, Uppsala Universitet samt en anden reviewer, der har ønsket at være anonym, for gode og konstruktive kommentarer til denne rapport.

Pia Kürstein Kjellberg

Forsknings- og analysechef, VIVE Sundhed
2019

Indhold

Resumé.....	6
Liste over forkortelser	12
1 Introduktion.....	13
1.1 Undersøgelsesformål og forskningsspørgsmål	14
1.2 Læsevejledning: Rapportens struktur	14
2 Baggrund: Akkreditering i speciallægepraksis	16
2.1 Kort om organiseringen af dansk speciallægepraksis	16
2.2 Hvad er akkreditering, og hvad vil forankring af akkreditering sige?	16
2.3 Det politiske grundlag for akkreditering i dansk speciallægepraksis	17
2.4 Formål og organisering af akkreditering i dansk speciallægepraksis	19
3 Metode og datagrundlag.....	22
3.1 Timing af baselineundersøgelse og opfølgning	22
3.2 Udvalgelse af specialer og klinikker	23
3.3 Afslag og frafald	25
3.4 Introduktion til klinikkerne og interview	26
3.5 Baggrundsinterview med eKVIS' sekretariat	27
3.6 Analytisk tilgang	27
4 Klinikernes arbejde med akkreditering frem til akkrediteringssurvey	29
4.1 Klinikernes modtagelse af DDKM	29
4.2 Klinikernes tilgang til arbejdet med akkreditering	29
5 Forandringer som følge af akkreditering	33
5.1 Klinikernes arbejde med de enkelte standarder	33
5.2 Klinikernes arbejde med metoder til egenkontrol.....	38
5.3 Opsamling.....	40
6 Oplevet udbytte af akkrediteringsprocessen i klinikkerne.....	41
6.1 Speciallægenes og personalets vurdering af udbytte	41
6.2 Mulige forklaringer på variation i oplevet udbytte	42
6.3 Opsummering	44
7 Klinikernes fastholdelse af forandringer	46
7.1 Fastholdelse afhænger af, hvordan ændringerne vurderes i klinikkerne	46
7.2 Fastholdelse af metoder til egenkontrol.....	47
7.3 Fastholdelse af ændringer i relation til konkrete standarder.....	47
7.4 Opsummering	50
8 Diskussion.....	51
8.1 Organisatoriske forandringer og oplevet udbytte.....	51
8.2 Forankring af akkreditering	52

8.3	Speciallægenes indstilling til akkreditering er betydningsfuld	53
8.4	Speciallægenes vurderinger af akkrediteringsprocessen afspejler deres kvalitetsforståelse	54
8.5	Spænding mellem styringsambitioner.....	55
8.6	Analysens rækkevidde og generaliserbarhed.....	56
9	Konklusion.....	58
10	Speciallægenes generelle refleksioner over kvalitetssikring og -udvikling.....	59
10.1	Løbende kompetencevedligeholdelse- og udvikling.....	59
10.2	Organisering og systematik i kvalitetsarbejdet	60
10.3	Faglig sparring	61
10.4	Ekstern kontrol med fokus på klinisk praksis	61
10.5	Speciallægenes rolle i et samlet patientforløb.....	62
10.6	Opsummering	62
	Litteratur	64

Resumé

I 2011 besluttede Foreningen af Praktiserende Speciallæger og Danske Regioner at udvikle en akkrediteringsmodel for dansk speciallægepraksis. Modellen tog udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og består af 16 standarder, inden for hvilke de enkelte speciallægeklinikker skal beskrive egne procedurer samt processer for løbende egenkontrol. Desuden indgår der en ekstern vurdering af, hvorvidt klinikkerne lever op til de 16 standarder (akkrediteringssurvey). Den eksterne vurdering udgør grundlaget for, om klinikkerne kan opnå status som akkrediterede.

Denne undersøgelse er udført af VIVE på foranledning af Enheden for Kvalitetsudvikling i Speciallægepraksis (eKVIS) og dennes styregruppe. Undersøgelsen er foretaget som led i en evaluering af, hvordan akkrediteringsmodellen er blevet implementeret i speciallægepraksis. Der er tale om en dybdegående, kvalitativ undersøgelse inden for tre udvalgte specialer: pædiatri, gynækologi og psykiatri. Undersøgelsesdesignet er valgt med henblik på at komplementere en spørgeskemaundersøgelse, som er foretaget af eKVIS blandt den samlede population af praktiserende speciallæger.

Undersøgelsens formål og forskningsspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at belyse:

- Hvordan praktiserende speciallæger og deres personale har modtaget DDKM og arbejdet med akkrediteringsmodellen for at forberede sig til første akkrediteringssurvey.
- Hvilke forandringer dette gav anledning til i klinikkerne, og hvordan speciallæger og personalet vurderede udbyttet.
- Hvilke forandringer der er blevet forankret i klinikkerne i perioden mellem de to akkrediteringsrunder, og hvad der kan medvirke til at forklare eventuelle forskelle i forankring.

Forankring forstås som det, der sker, når metoder til kontinuerlig og systematisk egenkontrol og internt udviklingsarbejde bliver en integreret del af arbejdsorganiseringen i klinikkerne, også i perioder uden ekstern kontrol.

For at kunne undersøge forankringen af akkrediteringsmodellen er der først foretaget en baselineundersøgelse umiddelbart efter klinikkernes første akkrediteringssurvey, og dernæst en opfølgende undersøgelse ca. 1,5 år efter første akkrediteringssurvey. I de to delundersøgelser er der søgt svar på nedenstående forskningsspørgsmål:

Baselineundersøgelsen

- Hvordan har speciallægerne og personalet modtaget DDKM og arbejdet med akkreditering frem til første akkrediteringssurvey?
- Hvilke forandringer har akkrediteringsprocessen givet anledning til i speciallægeklinikkerne?
- Hvordan oplever speciallægerne og personalet udbyttet af akkrediteringsprocessen?

Den opfølgende undersøgelse

- Hvilke forandringer har klinikkerne fastholdt ca. 1,5 år efter første akkrediteringssurvey?
- Hvilke forhold kan bidrage til at forklare eventuelle forskelle i forankringen?

Undersøgelsens metode

Undersøgelsen er baseret på semistrukturerede interview med speciallæger og personalet fra i alt 15 klinikker fordelt på specialerne pædiatri, gynækologi og psykiatri. Ved at udvælge tre specialer,

hvor speciallægerne kunne forventes at vurdere relevansen af akkrediteringsstandarderne forskelligt, samt klinikker uden og med (varierende antal) personale, søgte vi at sikre, at vi ikke på forhånd udelukkede bestemte typer erfaringer med og synspunkter om akkrediteringsprocessen.

Der blev foretaget to interviewrunder i klinikkerne ved henholdsvis baselineundersøgelsen og den opfølgende undersøgelse. Første interviewrunde blev gennemført, umiddelbart efter der var gennemført akkrediteringssurvey. Disse interview afdækkede, hvordan speciallægerne og personalet havde modtaget DDKM, hvilke konkrete ændringer der var gennemført i forbindelse med klinikernes arbejde med akkrediteringsmodellen og speciallægerne og personalets vurdering af udbyttet.

Anden interviewrunde blev gennemført ca. 1½ år efter den første akkrediteringssurvey og godt et år før en planlagt anden akkrediteringssurvey. Disse interview afdækkede, hvilke af ændringerne der var blevet fastholdt i en periode uden ekstern kontrol, og søgte mulige forklaringer på variation i fastholdelsen.

Der blev i alt gennemført 34 interview med 17 speciallæger og 9 ansatte. I tre klinikker var det ikke muligt at gennemføre anden interviewrunde, men i de øvrige klinikker blev speciallægerne og personalet interviewet ved både baselineundersøgelsen og den opfølgende undersøgelse.

Undersøgelsens resultater

Modtagelsen af DDKM, arbejdet med akkrediteringsmodellen og ændringer i klinikkerne

De besøgte speciallægeklinikker havde alle arbejdet med metoderne til egenkontrol og foretaget konkrete ændringer i klinikkerne som følge af arbejdet med akkrediteringsmodellen. Forandringer inkluderede ændringer i konkrete arbejdsgange (fx systematisk kontrol af udløbsdato på utensilier) og i relation til udstyr (fx indkøb af nyt apparatur), procedurer for dokumentation (fx benyttelse af standardfraser i journalnotater) samt organiseringen af arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling (fx introduktion af årshjul og journalaudit samt formalisering af mødeaktivitet).

De mest markante organisatoriske forandringer er rapporteret i de klinikker, der ikke i forvejen har arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskriver, men har været præget af mere uformel arbejdsorganisering. I disse klinikker har akkrediteringsprocessen generelt medvirket til at formalisere og strukturere eksisterende praksisser.

Speciallægerne vurdering af udbyttet af ændringerne

Speciallægerne vurderede udbyttet af disse ændringer forskelligt. Mens nogle fremhævede, at arbejdet med akkrediteringsmodellen medførte øget systematik i arbejdet og bidrog til at lette visse arbejdsgange, forklarede andre, at de fandt udbyttet marginalt.

I analysen af interviewene fandt vi ikke forklaringer på forskelle i oplevet udbytte, der kan relateres direkte til karakteristika ved specialerne. Dette understøttes af eKVIS' spørgeskemaundersøgelse, hvor den interne variation i spoealet i forhold til oplevet udbytte forekommer mere udtalt end forskelle specialerne imellem. Forskellene synes heller ikke entydigt at afspejle forskelle i klinikernes størrelse og antal ansatte.

Undersøgelsen peger på, at speciallægerne og personalets oplevelse af udbytte særligt afhænger af to forhold:

- Klinikernes eksisterende tilgang til arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling
- Speciallægerne og personalets indstilling til akkreditering, herunder om de fortrinsvis opfattede akkreditering som ekstern kontrol eller en mulighed for intern læring og udvikling i klinikken.

Klinikkernes eksisterende tilgang til arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling henviser til, at der var forskel på, om klinikkerne i forvejen arbejdede systematisk og formaliseret med kvalitetssikring og -udvikling i tråd med den tilgang, som akkrediteringsmodellen lægger op til. I de klinikker, som i forvejen arbejdede systematisk og formaliseret, var journalaudit det eneste nye element. I disse klinikker var speciallægerne vurdering af udbyttet afhængig af, om de oplevede at lære noget nyt. En del af speciallægerne oplevede, at akkrediteringsmodellens standarder ikke havde bidraget til at hæve overliggeren for klinikens kvalitet. Én fandt, at systematisk journalaudit tilførte klinikken en ny, værdifuld metode, og at akkrediteringsprocessen var en god mulighed for at arbejde med speciallægens lederrolle og optimere arbejdsgange i klinikken.

Andre klinikker var ikke vant til at arbejde så formaliseret og systematisk med kvalitetssikring og -udvikling, som akkrediteringsmodellen lægger op til. I disse klinikker afhang speciallægerne og personalets oplevelse af udbytte fortrinsvis af deres 'indstilling til akkreditering', dvs. om de fortrinsvis opfattede akkreditering som udtryk for ekstern kontrol og mistillid eller som en mulighed for læring.

De speciallæger, som opfattede akkrediteringsprocessen som en mulighed for læring, fandt generelt, at øget systematik og formalisering medvirkede til en oplevelse af 'få mere orden' i interne procedurer, men ønskede, at akkrediteringsmodellen i højere grad fokuserede på klinisk kvalitet. De speciallæger, som derimod fortrinsvis opfattede akkrediteringen som ekstern kontrol, fandt typisk, at processen havde påvirket deres arbejdsmotivation negativt, og at deres udbytte var minimalt. Det afspejler, at de opfattede arbejdet med akkrediteringsmodellen som 'pligt opgaver', de foretog for at tilfredsstille eksterne krav.

Nedenstående figur opsummerer speciallægerne oplevelse af udbytte og sammenhængen til deres indstilling til akkreditering og eksisterende tilgang til kvalitetssikring og -udvikling:

Figur 1 Hvad har betydning for speciallægerne oplevelse af udbytte?

		Eksisterende tilgang til arbejdet med kvalitetssikring- og udvikling	
		Er akkrediteringsmodellen en ny måde at arbejde på?	
		Ja	Nej
Forhåndsindstilling til akkreditering	Opfattes akkreditering, som en mulighed for læring?	<p>Oplevelse af at få styr på tingene og lettere arbejdsgange i klinikken</p> <p>... men ville dog hellere arbejde med klinisk kvalitet</p>	<p>Oplevelse af at kunne arbejde med lederrollen og optimere arbejdsgange</p> <p>... men oplevelse af, at akkreditering ikke nødvendigvis tilførte noget nyt</p>
		<p>Oplever, at efterlevelse af standarder kun er for systemets skyld</p> <p>Oplevelse af akkrediteringsmodellen som udtryk for mistillid, ekstern kontrol og en belastning</p>	-

Kilde: Forankring af akkreditering i speciallægepraksis, VIVE 2019.

Ingen af speciallægerne placerede sig i figurens nederste højre hjørne, da speciallægerne, som i forvejen arbejdede på de måder, som akkrediteringsmodellen foreskriver, også gik til arbejdet med akkrediteringsmodellen med en ambition om at opnå læring.

Forankring af ændringer

Flere af de ændringer, som blev foretaget i klinikkerne som følge af akkrediteringsprocessen, var fastholdt ved anden interviewrunde (ca. 1½ år efter første akkrediteringssurvey og godt et år før anden akkrediteringssurvey). Eksempelvis var et årshjul eller lignende systematik for løbende opfølgning og kvalitetskontrol (fx i forhold til medicin og apparatur) fortsat i brug i langt de fleste klinikker.

Undersøgelsen viser ikke et entydigt mønster i fastholdelsen, sådan at ændringer knyttet til visse akkrediteringsstandarder er fastholdt, mens ændringer knyttet til andre standarder er gledet ud. Ændringer foretaget i relation til en given standard kan således være fastholdt i én klinik, men være gledet ud i en anden klinik. Dette hænger sammen med, at speciallægerne og personalets *vurdering* af ændringerne varierede, og at det har betydning for fastholdelsen.

Det er karakteristisk for de ændringer, som er fastholdt, at speciallægerne og personalet vurderer, at de har bidraget til en lettere arbejdsgang eller konkrete forbedringer, eller er udtryk for skærpet opmærksomhed omkring den juridiske ramme, som speciallægeklinikker arbejder under. Derudover spillede bevidstheden om, at der skulle gennemføres en anden akkrediteringsrunde, også en rolle for fastholdelsen af visse forandringer.

Omvendt er det karakteristisk for de ændringer, som ikke er blevet fastholdt, at speciallægerne og personalet ikke oplevede dem som et positivt bidrag til arbejdsgange eller den leverede kliniske kvalitet i klinikkerne. I nogle tilfælde gav speciallægerne udtryk for, at de opfattede kravene i akkrediteringsmodellen som vanskelige at arbejde med eller meningsløse i forhold til den kliniske praksis, og da de ikke fandt, at der var risiko for sanktion ved manglende fastholdelse, gled disse ændringer ud. Eksempler på tiltag, som ikke blev fastholdt, inkluderer lokale tiltag til at indsamle og følge op på patientoplevelse kvalitet samt indrapportering af utilsigtede hændelser.

Ambitionen i DDKM om at anspore til systematisk egenkontrol samt kontinuerlig refleksion og læring var allerede en integreret del af arbejdet i en del af klinikkerne. I disse klinikker var journalaudit det eneste nye element, som blev introduceret. I flere af klinikkerne vurderede de, at metoden ikke tilførte noget nyt i forhold til deres eksisterende praksisser for journalgennemgang og udelukkende udførte det, fordi de forventede kontrol ved 2. akkrediteringsrunde. I én klinik opfattede de dog journalaudit som et brugbart redskab til egenkontrol, men havde ikke prioriteret ressourcer til det mellem de to akkrediteringsrunder. Derfor kan man ikke tale om, at akkreditering har medført en egentlig forankring af *nye* metoder i disse klinikker – højst en justering af eksisterende praksisser.

I de klinikker, hvor akkreditering introducerede nye arbejdsmåder, tyder undersøgelsen på, at akkrediteringsprocessen har bidraget til øget systematik i klinikernes årsplanlægning, og at dette er blevet fastholdt i perioden mellem de to akkrediteringsrunder. Derudover er der sket en formalisering af visse arbejdsgange og arbejdsdelinger via krav om procedurer og retningslinjer, men uden at der dog er etableret en ny, fast praksis for at gennemse og forny eksisterende procedurer. Endvidere peger undersøgelsen på, at journalaudit er fastholdt i disse klinikker, fordi det er et eksternt krav, som de forventer kontrol af ved 2. akkrediteringsrunde, og at denne praksis derfor ikke kan betragtes som forankret i klinikernes interne rutiner til kvalitetssikring og -udvikling.

Forklaringer på variation i forankring

Samlet tegner der sig et billede af, at fastholdelsen af forandringer fortrinsvis afhænger af to forhold:

- Hvorvidt speciallægerne og personalet oplever ændringerne som meningsfulde i forhold til det kliniske arbejde

- Hvordan speciallægerne vurderer risikoen for sanktion. Sanktion skal her forstås bredt som negative konsekvenser for klinikken og klinikejeren rangerende fra manglende akkreditering til kritik i forbindelse med klagesager samt faglige påtaler, påbud og andre tilsynsforanstaltninger.

Klinikkerne fastholdt således nye praksisser, hvis speciallægerne og personalet vurderede, at de bidrog til en lettere arbejdsgang eller konkrete forbedringer – uagtet om der var ekstern kontrol. Omvendt blev nye initiativer, som speciallægerne og personalet ikke fandt meningsfulde, kun fastholdt, hvis de vurderede, at manglende efterlevelse var forbundet med betydelig risiko for sanktion. Sanktion skal her forstås bredt som negative konsekvenser for klinikken og klinikejeren rangerende fra manglende akkreditering til kritik i forbindelse med klagesager samt faglige påtaler, påbud og andre tilsynsforanstaltninger. Dette er opsummeret i nedenstående figur.

Figur 2 Hvad har betydning for forankring?

		Opleves ændringerne som meningsfulde?	
		Ja	Nej
Er der en forventning om sanktion?	Ja	Ændringer fastholdes	Ændringer fastholdes
	Nej	Ændringer fastholdes	Ændringer fastholdes ikke

Kilde: Forankring af akkreditering i speciallægepraksis, VIVE 2019.

Speciallægenes refleksioner om kvalitetssikring og -udvikling ud over akkreditering

Selvom der var forskellige oplevelser af arbejdet med og udbyttet af DDKM blandt speciallægerne og deres personale, så var der ikke generel modstand mod tiltag til kvalitetssikring og -udvikling. Tværtimod gav speciallægerne og personalet udtryk for, at det er positivt, at der iværksættes initiativer for at sikre høj kvalitet i speciallægepraksis, og at det er rimeligt at forvente et højt bundniveau blandt praktiserende speciallæger.

Undersøgelsen viser dog også, at en del af speciallægerne kun oplevede et marginalt udbytte af DDKM, og at flere efterspurgte kvalitetsudvikling med tættere relation til deres kliniske praksis. De interviewede speciallæger blev derfor også bedt om at reflektere over, hvad de opfattede som fagligt meningsfulde tiltag til kvalitetssikring og -udvikling. De nævnte følgende elementer som vigtige for arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling:

- *Øget fokus på løbende kompetenceudvikling blandt både speciallæger og personale*, herunder kursusudbuddet, øgede krav til brug af kompetenceudviklingsdage, inklusion af undervisning, forskning og projektdeltagelse som del af kompetenceudvikling samt adgang til artikeldatabaser med henblik på faglig opdatering.
- *Understøttelse af arbejdsorganisering og klinikdrift*, herunder særligt fokus på nystartede speciallægeklinikker eller speciallæger, der overtager en klinik (fx 'opstartsakkreditering', føl-ordninger og opstartskurser med fokus på drift og ledelse). Eventuelt tilbud om 'læringsbesøg' fra eksterne eksperter (fx hygiejnesygeplejersker) med henblik på udvikling af procedurer.
- *Faglig sparring*, herunder opfordring til, at alle praktiserende speciallæger deltager i kollegiale netværk – enten frivilligt eller med udgangspunkt i en national aftale, som det ses hos de praktiserende læger (kvalitetsklynger).

- *Eksternt kontrol med fokus på klinisk praksis*, herunder risikobaseret embedslægetilsyn samt monitorering af kliniske data (fx ordinationsdata) som afsæt for dialog om klinisk praksis.
- *Fokus på speciallægenes rolle i et samlet sundhedsvæsen*, herunder speciallægerne som undervisere for praktiserende læger om eget speciale og understøttelse af bedre kommunikation mellem praktiserende læger og praktiserende speciallæger om konkrete patienter.

Liste over forkortelser

DDKM	Den Danske Kvalitetsmodel
eKVIS	Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis
FAPS	Foreningen af Praktiserende Speciallæger
IKAS	Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
ISQua	The International Society for Quality in Health Care
LUP	Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser
PDSA	Plan-Do-Study-Act – en tænkning, som er udviklet som et redskab til kvalitetsudvikling i kliniske mikrosystemer
RLTN	Regionernes Lønnings- og Takstnævn
UTH	Utilsigtede hændelser

1 Introduktion

Som del af overenskomsten 2011 mellem Foreningen af Praktiserende Speciallæger (FAPS) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) blev det besluttet at udvikle en kvalitetsmodel for dansk speciallægepraksis med udgangspunkt i Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis (eKVIS), som også blev etableret af overenskomstparterne i 2011, har ansvar for at koordinere kvalitetsarbejdet i speciallægepraksis og implementere de vedtagne redskaber til kvalitetssikring og -udvikling, herunder DDKM.

DDKM for speciallægepraksis er en akkrediteringsmodel, der består af 16 kvalitetsstandarder specifikt udviklet til speciallægepraksis. Modellen indebærer, at speciallægeklinikkerne skal arbejde med at beskrive egne procedurer i henhold til 16 standarder og udvikle procedurer for egenkontrol. Derudover modtager alle speciallægeklinikker i Danmark et besøg af eksterne sundhedspersoner (surveyors), som skal vurdere, hvorvidt klinikkerne lever op til de 16 standarder. På baggrund af dette besøg (akkrediteringssurvey) tildeles klinikken en akkrediteringsstatus.

DDKM for speciallægepraksis blev initieret ved en række opstartsmøder i 1.-3. kvartal 2015, hvor speciallægerne og deres personale fik mulighed for at blive introduceret til akkreditering og DDKM. Akkrediteringssurveyene er blevet gennemført for ét speciale ad gangen mellem oktober 2015 og oktober 2018. I april 2018 blev det besluttet af FAPS og Danske Regioner at gennemføre endnu en akkrediteringsrunde, som skal foregå fra april 2019 til oktober 2021 (www.ekvis.dk/Akkreditering).

VIVE (tidligere KORA) har af eKVIS og dennes styregruppe fået til opgave at undersøge, hvordan og hvorvidt akkreditering forankres i speciallægepraksis. Undersøgelsen er foretaget som en dybdegående, kvalitativ undersøgelse i tre udvalgte specialer: pædiatri, gynækologi og psykiatri. Inden for hvert speciale blev der udvalgt fem klinikker af varierende størrelse. Ved at udvælge tre specialer, hvor speciallægerne kunne forventes at vurdere relevansen af akkrediteringsstandarderne forskelligt, samt klinikker med varierende antal personale, søgte vi at sikre, at vi ikke på forhånd udelukkede bestemte typer erfaringer med og synspunkter om akkrediteringsprocessen.

Data blev genereret via observationer og semistrukturerede interview med speciallæger og personale i 15 klinikker. VIVEs forskere besøgte klinikkerne to gange. Første gang umiddelbart efter deres første akkrediteringssurvey (december 2016-august 2017) (baselineundersøgelsen). Formålet med dette besøg var at kortlægge, hvordan speciallægerne og personalet modtog DDKM og arbejdede med akkrediteringsmodellen, samt hvilke forandringer det gav anledning til i klinikkerne. Andet besøg fandt sted fra november 2018-januar 2019; godt halvandet år efter klinikkernes første akkrediteringssurvey og omkring et år før klinikkernes andet akkrediteringssurvey (opfølgende undersøgelse). Formålet med det andet besøg var at undersøge, hvilke forandringer klinikkerne fastholdt i perioden mellem de to akkrediteringsrunder samt årsager til eventuel variation i fastholdelsen.

Samlet set er der foretaget 34 interview med 17 speciallæger og 9 ansatte (sekretærer, sygeplejersker eller SOSU-assistenten). I 3 klinikker var det ikke muligt at gennemføre anden interviewrunde, men i de øvrige klinikker blev speciallægerne og personalet interviewet ved både baselineundersøgelsen og den opfølgende undersøgelse.

Det kvalitative undersøgelsesdesign er valgt for at kunne opnå dybdegående og detaljeret indsigt i speciallægernes og personalets bevægegrunde for at foretage eller ikke foretage ændringer i deres måde at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling samt forklare forskelle i klinikkernes tilgang. Det longitudinale design er valgt for at kunne belyse, om klinikkernes arbejde med akkrediteringsmodellens redskaber til egenkontrol bliver fastholdt i perioder uden ekstern kontrol, og hvad der betinger

fastholdelse. Designet komplementerer en spørgeskemaundersøgelse om speciallægenes vurdering af arbejdet med DDKM, som eKVIS har foretaget umiddelbart efter klinikernes første akkrediteringssurvey (se <https://ekvis.dk/Akkreditering/evaluering>).

1.1 Undersøgelsesformål og forskningsspørgsmål

Formålet med undersøgelsen er at belyse:

- Hvordan praktiserende speciallæger og deres personale har modtaget DDKM og arbejdet med akkrediteringsmodellen for at forberede sig til første akkrediteringssurvey.
- Hvilke forandringer dette gav anledning til i klinikkerne, og hvordan speciallæger og personalet vurderede udbyttet.
- Hvilke forandringer der er blevet forankret i klinikkerne i perioden mellem de to akkrediteringsrunder, og hvad der kan medvirke til at forklare eventuelle forskelle i forankring.

Forankring forstås som det, der sker, når metoder til kontinuerlig og systematisk egenkontrol og internt udviklingsarbejde bliver en integreret del af arbejdsorganiseringen i klinikkerne også i perioder mellem ekstern kontrol.

For at kunne undersøge forankringen af akkrediteringsmodellen er der først foretaget en baselineundersøgelse umiddelbart efter klinikernes første akkrediteringssurvey, og dernæst en opfølgende undersøgelse ca. 1,5 år efter første akkrediteringssurvey. Se yderligere beskrivelse af metodegrundlaget for denne undersøgelse i kapitel 3.

I de to delundersøgelser er der søgt svar på nedenstående forskningsspørgsmål.

Forskningsspørgsmål

Baselineundersøgelsen:

- Hvordan har speciallægerne og personalet modtaget DDKM og arbejdet med akkreditering frem til første akkrediteringssurvey?
- Hvilke forandringer har akkrediteringsprocessen givet anledning til i speciallægeklinikkerne?
- Hvordan oplever speciallægerne og personalet udbyttet af akkrediteringsprocessen?

Den opfølgende undersøgelse:

- Hvilke forandringer har klinikkerne fastholdt ca. 1,5 år efter første akkrediteringssurvey?
- Hvilke forhold kan bidrage til at forklare eventuelle forskelle i forankringen?

1.2 Læsevejledning: Rapportens struktur

Rapporten er struktureret på følgende måde:

- **I kapitel 2** beskrives baggrunden for akkreditering samt det politiske grundlag for og specifikke udformning af akkreditering i dansk speciallægepraksis. Her redegøres også for, hvordan forankring forstås i denne undersøgelse.
- **I kapitel 3** beskrives undersøgelsens design, metode og datagrundlag.

- **I kapitel 4** beskrives, hvordan de udvalgte speciallægeklinikker modtog og arbejdede med akkrediteringsmodellen frem til første akkrediteringssurvey.
- **I kapitel 5** redegøres der for, hvilke forandringer som arbejdet med akkrediteringsmodellen havde givet anledning til i klinikkerne umiddelbart efter den første akkrediteringssurvey.
- **I kapitel 6** beskrives speciallægenes og personalets oplevede udbytte af akkreditering, og det analyseres, hvad der kan forklare årsager til variation i oplevet udbytte.
- **I kapitel 7** fremgår en analyse af, hvilke af de forandringer, der er foretaget i første akkrediteringsrunde, som forventes fastholdt i speciallægeklinikkerne. Desuden udpeges mulige forklaringer på variation i fastholdelsen af nye praksisser i klinikkerne.
- **I kapitel 8** diskuteres undersøgelsens resultater i forhold til andre undersøgelser om akkreditering i sundhedsvæsenet og overvejelser om resultaternes generaliserbarhed præsenteres.
- **I kapitel 9** fremgår konklusionen på denne undersøgelse.
- **I kapitel 10** perspektiveres undersøgelsens fund med speciallægenes og personalets generelle refleksioner over, hvilke elementer de finder vigtige i arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling i speciallægeklinikker.

Resultaterne fra denne undersøgelse sammenholdes, når det er muligt og relevant, med resultaterne fra eKVIS' spørgeskemaundersøgelse af de praktiserende speciallægers arbejde med og vurdering af akkrediteringsprocessen.

I rapporten fremgår der enkelte direkte citater. De er udvalgt, fordi vi har fundet dem illustrative for de generelle analytiske pointer, som fremgår af rapporten.

I forbindelse med analysen har vi nummereret klinikkerne. De pædiatriske klinikker er nummeret 1-5, de gynækologiske 6-10 og de psykiatriske 11-15. For at sikre transparens i analysen og gøre det muligt at spore konkrete erfaringer og udsagn til de besøgte klinikker har vi flere steder i analysen angivet kliniknumrene i firkantede parenteser. Udvælgelsesprincipper samt en overordnet karakteristik af de inkluderede klinikker kan ses i kapitel 3, hvor undersøgelsesdesignet og metoderne også er udførligt beskrevet. Af konfidentialitetshensyn har vi ikke kunnet give en fyldestgørende karakteristik af hver enkelt klinik med tilhørende kliniknummer.

2 Baggrund: Akkreditering i speciallægepraksis

2.1 Kort om organiseringen af dansk speciallægepraksis

Dansk speciallægepraksis består af privatejede klinikker, som drives af en eller flere speciallæger. Der er tale om en heterogen sektor, der rummer 15 hovedspecialer og klinikker af varierende størrelse (både med hensyn til antal ansatte og aktivitet). Hovedspecialerne inkluderer øjenlægehjælp, ørelægehjælp, psykiatri, dermato-venerologi, gynækologi-obstetrik, kirurgi, reumatologi (fysiurgi), neuromedicin, intern medicin, pædiatri, ortopædkirurgi, anæstesiologi, diagnostisk radiologi, børnepsykiatri og plastikkirurgi¹.

Nogle privatpraktiserende speciallæger driver klinik på fuld tid, mens andre kombinerer det med øvrig beskæftigelse såsom sygehusansættelse. I 2017 var der 892 fuldtidskapaciteter med ydernummer². Speciallægeklinikkernes indtægt kommer overvejende fra aktivitetsbaseret finansiering fra regionerne i henhold til aftalte overenskomstkrav. Omsætningen i speciallægepraksis har været stigende de seneste to årtier, hvilket bl.a. afspejler, at antallet af patientkontakter er øget³. I 2017 udgjorde omsætningen 3,53 mia. kr.⁴. Adgang til offentligt finansierede ydelser i speciallægepraksis kræver henvisning fra alment praktiserende læge. Dog kan ydelser fra øjenlæger samt øre-næsehals-læger tilgås uden henvisning. Privat praktiserende speciallæger har mulighed for at viderehenvise patienter til offentlige hospitaler for yderligere udredning eller behandling.

2.2 Hvad er akkreditering, og hvad vil forankring af akkreditering sige?

Akkreditering har gennem de seneste to årtier opnået betydelig udbredelse som et koncept for kvalitetssikring og -udvikling i sundhedsorganisationer i Europa, Canada og USA (Triantafillou, 2014, Knudsen, 2008, Wiener, 2000). Med kvalitetssikring henviser vi til tiltag, der har til formål at kontrollere, om forskrifter er efterlevet og standarder imødekommet i forløb og aktiviteter, som *har* fundet sted, mens vi med kvalitetsudvikling henviser til tiltag og arbejdsmetoder, som har til formål at forbedre kvaliteten og reducere risikoen for, at der opstår fejl, jf. (Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2016)

Brugen af akkreditering i sundhedsvæsenet kan spores tilbage til 1917, da det amerikanske College of Surgeons etablerede the Hospital Standardization Program (Triantafillou, 2014). Den første egentlige sygehusakkreditering fandt sted i 1951 i USA (Knudsen, 2008), og siden 1980-90'erne er akkreditering blevet introduceret i de fleste europæiske sundhedsvæsener (Triantafillou, 2014). Mens akkreditering i begyndelsen var rettet mod hospitaler, er det sidenhen også taget i anvendelse i andre typer organisationer, herunder lægepraksis, tandlægepraksis, plejehjem mv. (Triantafillou, 2014).

Akkreditering henviser til en formaliseret proces forestået af en udefrakommende anerkendt akkrediteringsinstitution, der vurderer og belønner organisationer, såfremt de opfylder et prædefineret sæt af standarder vedtaget af akkrediteringsinstitutionen (Rooney, Ostenburg, 1999). Akkrediteringsinstitutionen vil typisk være en uafhængig, non-profit institution, der kan have opnået bemyndigelse som regulator på vegne af de relevante sundhedsmyndigheder. Den konkrete vurdering af

¹ Specialerne er præsenteret i faldende orden efter antal kapaciteter (https://www.laeger.dk/sites/default/files/faps_i_tal_2017.pdf, 17. maj 2019).

² Dertil kommer et mindre antal klinikker uden ydernummer, hvis aktiviteter finansieres via private midler (egenbetaling og privat sundhedsforsikring).

³ http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0004/160519/e96442.pdf, side 114, 17. maj 2019).

⁴ https://www.laeger.dk/sites/default/files/faps_i_tal_2017.pdf (17. maj 2019).

organisationen (akkrediteringssurvey) foretages af fagfæller, som har fået særlig træning af akkrediteringsinstitutionen. Disse fagfæller kaldes for surveyors (Knudsen, 2008). På baggrund af akkrediteringssurveyen tildeler akkrediteringsinstitutionen en akkrediteringsstatus til organisationen – typisk skelnes der mellem 'akkrediteret', 'akkrediteret med bemærkninger' og 'ikke-akkrediteret'. En organisations akkrediteringsstatus skal offentliggøres, mens de tilgrundlæggende vurderingsrapporter typisk betragtes som interne. Der er tale om en tidsbegrænset status (typisk tre til fire år), hvorefter organisationen skal gennemgå en ny vurdering (Knudsen, 2008). Akkreditering forstås dermed som en vedvarende proces snarere end en øjebliksvurdering.

Som et koncept for kvalitetssikring og -udvikling fokuserer akkreditering på organisationen og dens kapacitet til at forebygge og følge op på kvalitetsproblemer frem for på enkeltindivider eller -funktioner. Akkreditering tager dermed afsæt i en forventning om, at hensigtsmæssige strukturer og processer udgør en væsentlig forudsætning for, at organisationen kan levere resultater af høj kvalitet. Som en konsekvens af denne tænkning har akkrediteringsstandarder ofte en generisk karakter frem for at være sygdomsspecifikke (Knudsen, 2008).

Forankring af akkreditering forstås i denne undersøgelse som det, der sker, når metoder til kontinuerlig og systematisk egenkontrol og internt udviklingsarbejde bliver en integreret del af driften og arbejdsorganiseringen i organisationer, også i perioder mellem ekstern kontrol. I speciallægeklinikerne kan det eksempelvis komme til udtryk ved, at konkrete aktiviteter – såsom journalaudit – indføres og fastholdes som led i organisationens løbende arbejde med kvalitetssikring og -udvikling. Det kan også komme til udtryk ved fastholdte ændringer i arbejdsorganiseringen, fx specificering af ansvar for opfølgning på konkrete aktiviteter og initiativer eller allokering af mødetid til fast opfølgning på forhold, som vedrører kvaliteten i klinikkens ydelser. Undersøgelsen fokuserer derfor både på fastholdelse af konkrete aktiviteter, som er introduceret i forbindelse med akkreditering i speciallægeklinikerne, og på organisatoriske forandringer i klinikkerne, som kan henføres til akkrediteringsprocessen.

Meget af den eksisterende forskning om akkreditering i sundhedsorganisationer fokuserer på relativt store og komplekse organisationer såsom hospitaler, mens der er begrænset forskningsbaseret viden om, hvordan akkreditering modtages og forankres i mindre organisationer såsom speciallægeklinikker (Greenfield, Braithwaite, 2008, Buetow, Wellingham, 2003).

Forskning i akkreditering på hospitalsområdet har blandt andet undersøgt relationen mellem akkrediteringsstatus og patientdødelighed samt genindlæggelser (se fx Falstie-Jensen, Larsson et al., 2015, Falstie-Jensen, Hollnagel et al., 2015, Bogh et al., 2015). Litteraturoversigter peger dog på, at der sjældent kan påvises entydige effekter af akkreditering på patient outcomes, men at akkreditering typisk bidrager til organisatoriske forandringer (Flodgren et al., 2011, Riiskjaer, Scheel & Burau, 2014, Wadmann et al., 2013). En del af de organisatoriske forandringer kan have positive konsekvenser for patienterne og være med til at sikre systematik og professionalisme i kvalitetsudviklingen (se fx Werner, R.M. & Bradlow, E.T., 2010, de Vos et al., 2009). Imidlertid er der også rapporteret negative virkninger såsom målfiksering (Martin et al., 2013), som bevirker, at opmærksomheden i organisationerne samles om kortsigtet målopfyldelse på bekostning af øvrige organisatoriske mål.

2.3 Det politiske grundlag for akkreditering i dansk speciallægepraksis

I Danmark har akkreditering siden starten af 00'erne spillet en væsentlig rolle i nationale og regionale sundhedsaktørers bestræbelser på at sikre og udvikle kvaliteten i sundhedsvæsenet. Med afsæt i økonomiaftalen for 2002 mellem Finansministeriet og de daværende amter blev det politisk vedtaget

at udvikle en national model for kvalitetsudvikling, som på sigt skulle omfatte alle sektorer i sundhedsvæsenet (Amterne, 2001). Dette skete på baggrund af offentlig debat om klinisk praksisvariation, tvivlsom omkostningseffektivitet af visse behandlingsinterventioner og en stigende forekomst af patientklager op gennem 1990'erne⁵ (Triantafillou, 2014, Knudsen, 2008, Sundhedsstyrelsen, 1993).

Regeringen og de daværende amter indgik i 2001 en aftale om udvikling af en obligatorisk, national akkrediteringsmodel, som fik navnet Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) (Triantafillou, 2014, Knudsen, 2008) efter et omfattende og flerårigt arbejde med at afklare og beskrive fundamentet for den nationale model for kvalitetsudvikling. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) blev efterfølgende dannet i 2005 og fik ansvar for at udvikle og drive DDKM. Beslutningen om at indføre obligatorisk akkreditering blev i starten mødt af kritik særligt fra lægeligt hold, men blev efterhånden accepteret på ledelsesniveau i de lægelige organisationer (Triantafillou, 2014).

Mellem 2009 og 2016 blev der foretaget to runder akkreditering af offentlige danske hospitaler samt den præhospitalsektor, før Danske Regioner og regeringen besluttede at udfase DDKM i disse sektorer (www.ikas.dk). Udfasningen skete efter megen offentlig debat om modellen – særligt i hospitalssektoren, hvor sundhedsfagligt personale udtrykte kritik af modellens omfang og indhold. I mellemtiden blev DDKM videreført i apotekssektoren og introduceret i den private hospitalssektor, almen praksis, speciallægepraksis, en række andre privatpraktiserende sundhedsudbydere⁶ samt i visse kommuner (www.ikas.dk).

Beslutningen om at indføre DDKM i speciallægepraksis blev truffet af FAPS og regionerne som led i overenskomstforhandlingerne i 2010 efter et mindre pilotprojekt i 2009-2010 (KVIS-projektet). Første akkrediteringsrunde i speciallægepraksis foregik fra 2015 til 2018. Ved denne runde var 879 speciallægeklinikker igennem akkrediteringen; 98,4 % blev akkrediteret, 1 % blev akkrediteret med bemærkninger og 0,6 % blev ikke-akkrediteret. Undervejs i forløbet havde 22 % en status som "midlertidigt akkrediteret" eller "akkreditering pågår" på grund af forhold, som krævede opfølgning. De ikke-akkrediterede klinikker er enten blevet solgt eller har opnået akkreditering efter et nyt akkrediteringsbesøg (eKVIS, 2018a). Det er vedtaget af FAPS og Danske Regioner at gennemføre endnu en akkrediteringsrunde i speciallægepraksis ud fra et revideret standardsæt. Den anden akkrediteringsrunde er planlagt i perioden april 2019 til oktober 2021 (www.ekvis.dk/Akkreditering).

Kort tid efter beslutningen om at implementere DDKM i speciallægepraksis blev det fra ministerielt hold besluttet at gennemføre et generelt embedslægetilsyn hos alle landets speciallæger. Baggrunden for denne beslutning var en række mediesager i 2012, som omhandlede fejlbehandling af patienter i speciallægepraksis. Det generelle tilsyn er stoppet med udgangen af 2017 og erstattet af et risikobaseret tilsyn. **Denne undersøgelse fokuserer på forankring af akkreditering i relation til den første akkrediteringsrunde**, men embedslægetilsynet, som gik forud for denne akkrediteringsrunde, samt beslutningen om at gennemføre en anden akkrediteringsrunde, udgør en vigtig kontekst for at forstå speciallægernes reaktioner og tilgang til arbejdet med DDKM.

⁵ Denne debat var muliggjort af en omfattende opbygning af nationale registre og institutioner såsom Patientklagenævnet i 1980'erne, og som ledte til vedtagelsen af den første nationale strategi for kvalitetsudvikling i 1993 og en række tiltag til at måle og forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

⁶ Herunder privatpraktiserende fodterapeuter, fysioterapeuter og kiropraktorer. Derudover er der planer om at introducere DDKM for privatpraktiserende psykologer, tandlæger og tandplejere (www.ikas.dk).

2.4 Formål og organisering af akkreditering i dansk speciallægepraksis

IKAS (IKAS, 2014) anfører i sin introduktion til DDKM i speciallægepraksis, at formålet med DDKM er at:

- fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- fremme patientsikkerheden
- måle kvaliteten og sikre, at den forbedres, hvor den findes utilstrækkelig
- fremme samarbejdet på tværs af det danske sundhedsvæsen
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

DDKM skal altså tjene flere formål samtidigt, men uden at det fremgår, hvordan formålene er indbyrdes relateret og prioriteret. Der blev i første standardsæt udviklet 16 standarder tilpasset til speciallægepraksis (se Tabel 2.1) for at understøtte formålene og konkretisere modellen.

2.4.1 DDKMs to hovedkomponenter: Egenkontrol og ekstern vurdering

Som en model for kvalitetssikring og -udvikling er DDKM i vid udstrækning opbygget i overensstemmelse med akkrediteringsmodeller, som anvendes i andre lande. Modellen er således baseret på prædefinerede, system- og procesorienterede standarder udviklet af fagfolk, og akkrediteringsstatus tildes på baggrund af et eksternt survey, der skal gennemføres hvert tredje år. DDKM indeholder to hovedkomponenter: 1) Internt udviklingsarbejde og egenkontrol og 2) Ekstern vurdering.

I forhold til den første komponent – internt udviklingsarbejde og egenkontrol – forventes de enkelte klinikker at arbejde med at implementere standarderne og løbende monitorere egen kvalitet. Væsentlige metoder, som forventes implementeret, er:

- Værktøjer til egenkontrol inkl. journalaudit og log-metoder
- Ledelsesværktøjer i form af årshjul, kvalitetsplan, risikoovervågningsskema og en plan for klinikkens udvikling, herunder klinikejers og personales kompetenceudvikling
- Brug af data herunder rapportering til kliniske kvalitetsdatabaser og opfølgning på patienttilfreds-hedsundersøgelser.

Samlet afspejler metoderne et ideal om organisatorisk læring, som kan henføres til PDSA-systematik. PDSA står for Plan-Do-Study-Act og er udviklet som et redskab til kvalitetsudvikling i kliniske mikrosystemer (Nelson, Batalden & Godfrey, 2007). Grundlæggende er idéen, at kvalitetsudvikling skal gro nedefra ved, at der kontinuerligt arbejdes med at sætte mål og udvikle idéer til, hvordan målene kan nås (Plan), justere praksis (Do), undersøge om ændringerne har bragt organisationen nærmere målene (Study). På baggrund heraf beslutes det, hvorvidt og hvordan idéerne skal modificeres (Act) for siden at afprøves gennem en ny cyklus. I tråd med denne tænkning har der i eKVIS' introduktion til DDKM for speciallægepraksis bl.a. været fokus på at introducere redskaber til kontinuerlig og systematisk egenkontrol, stimulere den enkelte speciallæges refleksioner omkring sit eget lederskab, herunder personalets kompetenceudvikling og klinikkens udvikling.

Den **eksterne kontrol** indebærer, at klinikkerne tildes **en akkrediteringsstatus** af Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (IKAS) på baggrund af et akkrediteringssurvey foretaget af sundhedsfaglige surveyors, som har gennemgået et uddannelsesforløb hos IKAS. I forhold til akkrediteringsstatus skelnes der mellem: akkrediteret, akkrediteret med bemærkninger eller ikke-akkrediteret. I tilfælde, hvor surveyorne vurderer, at der er mindre ting, som er nødvendige at rette op, før en klinik kan

opnå akkreditering, har de mulighed for at tildele en status som 'midlertidigt akkrediteret' eller 'akkreditering pågår'. Klinikken gives derved mulighed for at rette op på de givne forhold inden for en vis periode.

I forbindelse med beslutningen om at indføre DDKM i speciallægepraksis indgik overenskomstens parter ingen konkret aftale om eventuelle sanktioner mod klinikker i tilfælde af manglende akkreditering, men parterne italesatte manglende akkreditering som svarende til manglende efterlevelse af overenskomsten (oplyst ved interview med eKVIS). Eftersom akkrediteringsstatus skal offentliggøres for hver enkelt klinik, indebærer manglende akkreditering også en risiko for negativ omdømme blandt kolleger, sundhedsmyndigheder og patienter for de enkelte speciallægeklinikker⁷.

Opsummerende kombinerer DDKM altså to tilgange til kvalitetssikring og -udvikling: Dels en lærende tilgang, hvor opbygning af organisatorisk kapacitet til kontinuerlig egenkontrol samt fortløbende refleksion over egen praksis forventes at stimulere adfærdsændringer. Dels en kontrollerende tilgang, hvor bevidstheden om eksternt bedømmelse og risikoen for ikke at opnå akkreditering forventes at stimulere adfærdsændringer.

Til forskel fra akkrediteringssystemer i flere andre lande og sektorer er akkreditering obligatorisk for sundhedsorganisationer i Danmark, som er omfattet af gældende overenskomstaftaler, akkrediteringsinstitutionen er tæt koblet til sundhedsmyndighederne via dets bestyrelse, og der er høj grad af transparens, idet ikke blot akkrediteringsstatus men også vurderingsrapporter skal offentliggøres (Knudsen, 2008).

2.4.2 Kvalitetsstandarder i 1. version af DDKM for speciallægepraksis

Akkrediteringsstandarderne i første standardsæt er blevet udviklet af en gruppe bestående af syv speciallæger fra forskellige specialer, tre repræsentanter for regionerne, eKVIS og IKAS (IKAS, 2014). Arbejdet byggede videre på et par mindre overenskomstfinansierede pilotprojekter gennemført i 2009-2010.

Arbejdet med at formulere standarderne tog ifølge eKVIS udgangspunkt i de 13 generiske målepunkter, som dannede udgangspunkt for embedslægetilsynet, samt gældende lovgivning for speciallægepraksis, DDKM for sygehusene og krav til akkrediteringsmodeller fra det internationale kvalitetsforbund, ISQua. ISQua-kravene inkluderer krav om standarder vedrørende ledelse, kvalitet og drift, anvendelse af retningsgivende dokumenter og patientoplevelse kvalitet.

I processen med at udvikle standardsættet blev der ifølge eKVIS fokuseret på at formulere standarder og indikatorer, som kunne være relevante for små organisationer, og vedrøre emner, der lå tæt på de daglige arbejdsgange og -processer i en speciallægepraksis. Hensigten var ifølge eKVIS, at DDKM skulle have mindre karakter af kontrol end embedslægetilsynet og i højere grad understøtte klinikkerne i at skabe et udgangspunkt for egenkontrol og udvikling af egen.

Speciallægerne blev præsenteret for kvalitetsstandarderne og introduceret til akkrediteringsmodellen ved introduktionsmøder afholdt af eKVIS i 2015. De første klinikker havde cirka otte måneder til at forberede akkrediteringssurvey efter introduktionsmødet, mens der for de sidste klinikker gik knap tre år fra introduktionsmødet til akkrediteringssurvey. eKVIS har givet specifik rådgivning til de klinikker, der ønskede det, i forberedelsesfasen.

⁷ Mens der i de andre sundhedssektorer, som gennemgår akkreditering efter DDKM, sker en offentliggørelse af både akkrediteringsstatus og vurderingsrapporten, er det kun akkrediteringsstatus, som offentliggøres i speciallægepraksis (oplyst af eKVIS).

Af Tabel 2.1 fremgår en oversigt over de standarder, som indgår i DDKM i speciallægepraksis (version 1)⁸.

Tabel 2.1 Oversigt: standardsæt for praktiserende speciallæger

Tema		Standardformulering
1	Ledelse, kvalitet og drift	Klinikken har en entydig ledelse og arbejder med udvikling af klinikkens drift og kvalitet.
2	Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Klinikken anvender gældende retningslinjer for diagnostik og behandling som grundlag for behandlingsbeslutninger.
3	Patientsikkerhed	Klinikken identificerer og reducerer risici for patienter.
4	Utilsigtede hændelser	Klinikken rapporterer, analyserer og følger op på utilsigtede hændelser.
5	Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken	At sikre patientsikkerheden, når patienter sederes uden anæstesiologisk medvirken.
6	Patientjournalen	Alle patienter har en ajourført elektronisk journal, der følger gældende lovgivning.
7	Patientidentifikation	Klinikken foretager sikker patientidentifikation.
8	Parakliniske undersøgelser	Klinikken rekvirerer, håndterer og følger op på parakliniske undersøgelser.
9	Basal hjerte-lungeudredning	Klinikken har et beredskab for basal hjerte-lungeredning.
10	Visitation og henvisning	Klinikken visiterer patienter ud fra fastlagte procedurer. Henvisninger fra klinikken til det øvrige sundhedsvæsen udfyldes i overensstemmelse med de krav, modtageren af henvisningen har opstillet.
11	Hygiejne	Klinikken minimerer risici for smittefare.
12	Apparatur til diagnostik og behandling	Klinikken kontrollerer og vedligeholder apparatur til diagnostik og behandling.
13	Personoplysninger og diskretion	Klinikken hindrer uretmæssig adgang til personoplysninger, og patienter sikres diskretion i kontakten med klinikken.
14	Håndtering af utensilier og lægemidler	Indkøb, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og lægemidler sker sikkert og forsvarligt.
15	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	Klinikken fastsætter rammerne for ansættelse, introduktion af nyansatte og for kompetenceudvikling af læger og ikke-lægeligt personale.
16	Patienters oplevelse af kvalitet	Klinikken anvender tilbagemeldinger fra patienter til at forbedre klinikkens ydelser.

Kilde: <http://www.ikas.dk/deltagere-i-ddkm/praktiserende-speciall%C3%A6ge/standards%C3%A6t/>

⁸ De 16 standarder indgår fortsat i anden akkrediteringsrunde, men der er foretaget mindre justeringer inden for enkelte standarder.

3 Metode og datagrundlag

Denne undersøgelse er designet som en dybdegående, kvalitativ undersøgelse i tre udvalgte specialer: pædiatri, gynækologi og psykiatri. Designet er valgt for at kunne opnå dybdegående indsigt i de rationaler og bevægegrunde, som har haft betydning for speciallægenes opfattelse af og arbejde med akkreditering. Undersøgelsen komplementerer dermed en spørgeskemaundersøgelse foretaget af eKVIS, som viser, hvordan speciallægenes vurdering af den første akkrediteringsrunde fordeles sig i den samlede speciallægepopulation.

Data til denne undersøgelse er genereret via observationer og semistrukturerede interview med speciallæger og personale i 15 speciallægeklinikker. For at kunne belyse forankringen af akkreditering over tid er data genereret med udgangspunkt i to empiriske nedslagspunkter: En baselineundersøgelse foretaget umiddelbart efter klinikkerne havde gennemgået akkrediteringssurvey og en opfølgende undersøgelse foretaget i de samme klinikker omkring 1,5 år efter akkrediteringssurveyen. Samlet set er der foretaget 34 interview med 17 speciallæger og 9 ansatte (sekretærer, sygeplejersker eller SOSU-assistenten).

3.1 Timing af baselineundersøgelse og opfølgning

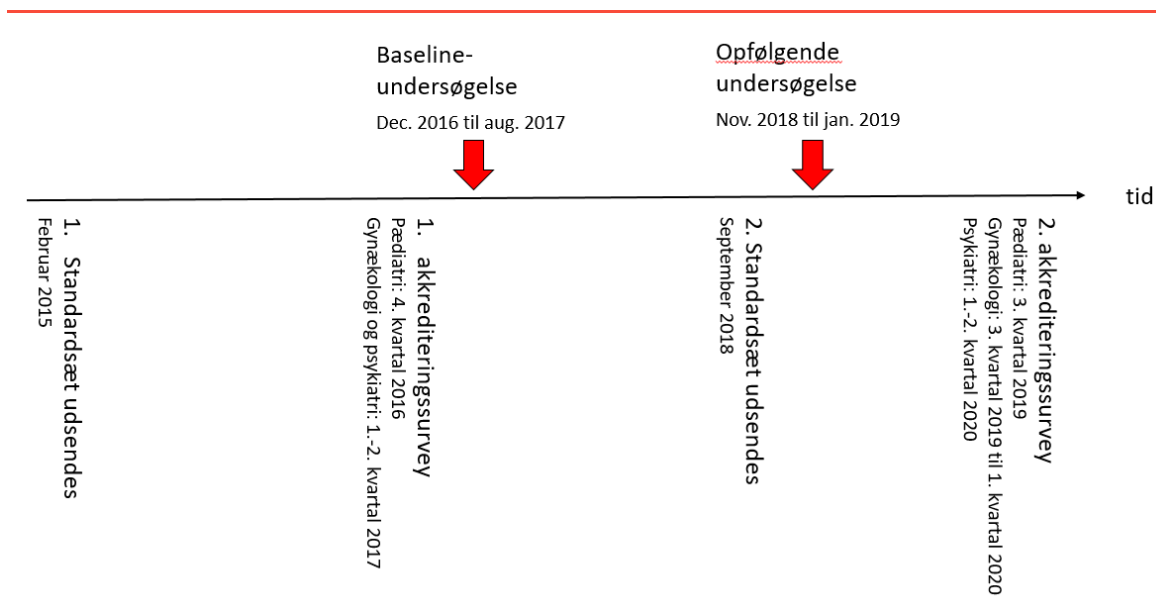
Baselineundersøgelsen blev gennemført fra december 2016 til august 2017 umiddelbart efter den eksterne akkrediteringssurvey i de 15 klinikker. Tidspunktet blev valgt ud fra en forventning om, at arbejdet med akkreditering her ville være på sit højeste, og at alle elementer i DDKM på dette tidspunkt ville have været genstand for overvejelser i klinikkerne. Formålet med baselineundersøgelsen var at kortlægge, hvordan speciallægerne og personalet modtog DDKM og arbejdede med akkrediteringsmodellen, hvilke forandringer det gav anledning til i klinikkerne, og hvordan speciallægerne og personalet vurderede disse.

Den opfølgende undersøgelse blev foretaget fra november 2019 til januar 2020, godt halvandet år efter klinikkernes akkrediteringssurvey. På dette tidspunkt var den første akkrediteringssurvey overstået, og der var fortsat omkring et år til klinikkerne skulle gennemgå akkreditering efter det reviderede standardsæt⁹. Derfor oplevede klinikkerne ikke på daværende tidspunkt et direkte udefrakommende pres for at arbejde med elementerne i akkreditering, hvilket gav mulighed for at undersøge, om de af egen drift fastholdt de forandringer, som blev introduceret med akkrediteringen.

De to empiriske nedslagspunkter er skildret i Figur 3.1.

⁹ Anden akkrediteringsrunde er for pædiaterne planlagt til at foregå fra oktober 2019 til januar 2020, for gynækologerne fra oktober 2019 til februar 2020 og for psykiaterne fra januar 2020 til juni 2020 (https://ekvis.dk/sites/default/files/Tidsplan%20for%20specialernes%20surveybes%C3%B8g%2C%202020.%20runde_0.pdf).

Figur 3.1 Timing af dataindsamlingen i forhold til akkrediteringsprocessen



Kilde: Forankring af akkreditering i speciallægepraksis, VIVE 201

3.2 Udvalgelse af specialer og klinikker

3.2.1 Udvalgelsesprincipper

Udvælgelsen af specialer og klinikker er sket efter et princip om '**purposeful sampling**' (Marshall, 1996). Det bærende princip for udvælgelsen har været et hensyn til at kunne opnå indsigt i et varieret spektrum af erfaringer med og opfattelser af akkreditering blandt speciallægerne. Konkret tog udvælgelsen udgangspunkt i følgende to hypoteser om, hvad der kunne påvirke klinikernes oplevelse af, tilgang til og forankring af DDKM:

- **Omfang af apparatur og kliniske procedurer** i klinikkerne forventes at have betydning for oplevelsen af relevans, fordi en del DDKM-standarder er målrettet klinikernes brug af apparatur, diagnostiske test, procedurer for henvisninger m.m.
- **Klinikkens organisering og størrelse** forventes at have betydning for arbejdet med akkreditering, fordi der kan være forskel på speciallægens lederrolle og måder at gennemføre organisationsforandringer i solopraksis og større klinikker med flere ansatte.

3.2.2 Udvalgelsesprocessen

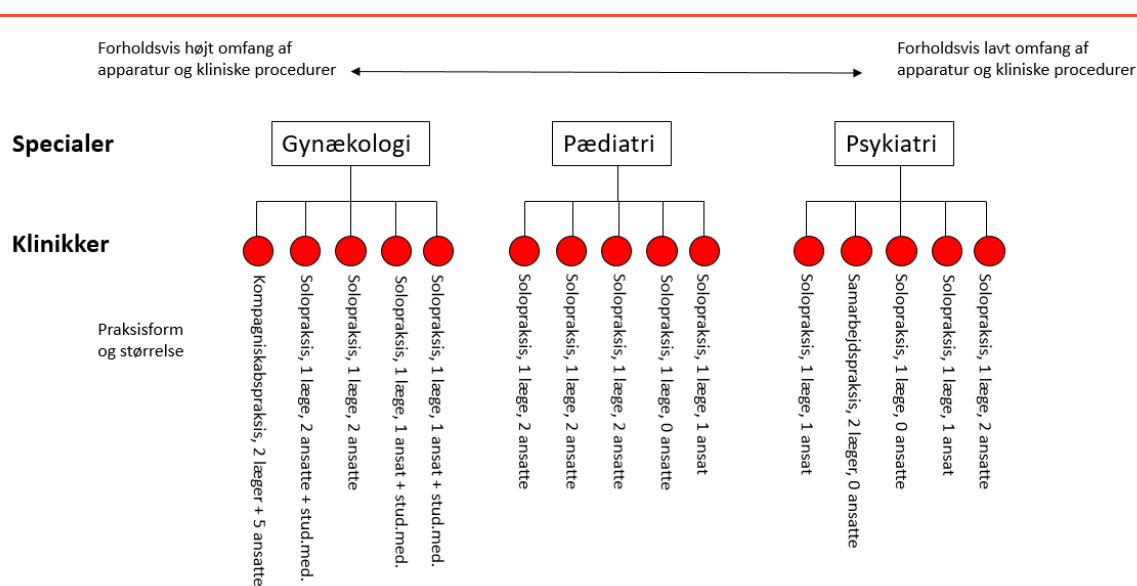
Først blev specialerne pædiatri, gynækologi og psykiatri valgt ud fra en vurdering af, at de repræsenterer specialer, hvor brugen af apparatur og procedurer varierer i omfang (mest inden for gynækologi og mindst inden for psykiatri). Dette valg blev truffet i samarbejde med eKVIS' sekretariat. Desuden indgik praktiske overvejelser om tidsrummet for undersøgelsen, idet nogle specialer allerede var akkrediteret, og andre specialers akkrediteringssurvey var tilrettelagt så sent, at det ville udsætte undersøgelsen betydeligt. Surveyperioden for pædiatri lå i 4. kvartal 2016 og i hhv. 1. og 2. kvartal 2017 for gynækologi og psykiatri.

Efter udvælgelsen af de tre specialer fremsendte eKVIS' sekretariat lister over speciallæger til VIVEs forskere, hvor følgende oplysninger fremgik:

- Speciallægens navn og alder
- Dato for tildeling af ydernummer
- Klinikens kontaktoplysninger (telefonnummer og adresse)
- Praksistype: Solo-, kompagni- eller samarbejdspraksis
- Antal ansatte og om muligt personalekategori (sekretær, sygeplejerske m.m.).

På baggrund heraf udvalgte VIVEs forskere fem klinikker inden for hvert speciale med henblik på at sikre variation i forhold til praksistype og antal ansatte inden for hvert speciale. Udvalgelsesprincipperne er skildret i Figur 3.2.

Figur 3.2 Principper for udvælgelse af klinikker til undersøgelsen



Kilde: Forankring af akkreditering i speciallægepraksis, VIVE 2019

Klinikkernes akkrediteringsstatus var ukendt på tidspunktet for udvælgelsen og indgik dermed ikke som et udvælgelseskriterium. Vi kontaktede klinikkerne forud for deres akkrediteringssurvey for at kunne opnå aftaler om et besøg umiddelbart efter klinikernes akkrediteringssurvey. Klinikkerne kendte selv deres akkrediteringsstatus på tidspunktet for baselineundersøgelsen, og i forbindelse med eller efter besøgene fik VIVE oplyst, at alle 15 klinikker havde opnået akkreditering. Baselineundersøgelsen blev dermed foretaget på et tidspunkt, hvor speciallægerne og personalet ikke var usikre på udfaldet af akkrediteringsprocessen. Alle klinikker, som deltog i undersøgelsen, modtog et honorar.

Speciallægerne i de udvalgte klinikker dækkede et bredt spænd i forhold til praksiserfaring. Nogle var relativt nystartet i speciallægeklinik, mens andre havde mere end 20 års erfaring. Klinikker fra alle regioner, undtagen Region Nordjylland, er blevet repræsenteret i undersøgelsen. Af hensyn til deltagernes anonymitet har det ikke været muligt at gengive en detaljeret oversigt over deltagernes og klinikkernes karakteristika. En kort præsentation af klinikkernes fordeling på udvælgelseskriterierne fremgår af Tabel 3.1.

Tabel 3.1 Præsentation af de 15 klinikker, som indgår i undersøgelsen

Udvælgelseskriterier	Fordeling
Specialer	Pædiatere: 5 Gynækologer: 5 Psykiatere: 5
Størrelse	Ingen ansatte: 3 1-5 ansatte: 11 >5 ansatte: 1
Praksistype	Solopraksis: 13 Dele- eller samarbejdspraksis: 2

For at kunne vurdere, hvorvidt de udvalgte klinikker repræsenterer særlige opfattelser af akkreditering (fx særligt positive eller negative), undersøgte vi muligheden for at koble de kvalitative data med deltagernes besvarelser i eKVIS' spørgeskemaundersøgelse (forudsat deltagernes samtykke). Dette var dog ikke muligt, da eKVIS vurderede, at det stred mod konfidentialitetshensyn.

3.3 Afslag og frafald

Fire af de speciallæger, som blev kontaktet ved baselineundersøgelsen, valgte at takke nej til at deltage. De begrundede deres afslag med generelt tidspres, at de efter egen opfattelse havde brugt for meget tid på arbejdet med akkreditering og derfor ikke ønskede at afsætte yderligere tid til at evaluere processen, at de var kritiske over for modellen, eller at de ikke mente, at de var repræsentative for speciallæger generelt eller inden for eget speciale. Dette tyder på, at det generelt var speciallæger, som var skeptiske over for akkreditering, der afslog deltagelse. I de tilfælde, hvor de adspurgte speciallæger ikke ønskede at deltage, kontaktede VIVEs forskere en klinik med samme organisatoriske karakteristika (praksistype og -størrelse).

Ved den opfølgende undersøgelse afslog to klinikker fra baselineundersøgelsen at deltage efter gentagne henvendelser. Den ene (pædiatrisk klinik 5) på grund af sygdom og travlhed. Den anden (gynækologisk klinik 6) afslog med henvisning til, at de havde brugt så lang tid på akkreditering, uden at de oplevede at have fået et udbytte heraf, at de ikke kunne forsvare at tage flere ressourcer fra patientbehandlingen ved også at bruge tid på at evaluere akkrediteringsmodellen. Data fra disse to klinikker informerer derfor kun baselineundersøgelsens spørgsmål om, hvordan klinikerne modtog og arbejdede med akkreditering, og hvilke forandringer det gav anledning til i klinikkerne.

I to klinikker var der sket organisatoriske forandringer mellem baseline og den opfølgende undersøgelse. I én samarbejdspraksis (psykiatrisk klinik 12) havde den ene af to speciallæger valgt at forlade sektoren, hvorfor den opfølgende undersøgelse kun blev foretaget med den tilbageværende læge. En anden klinik (psykiatrisk klinik 14a) var lukket på grund af klinikejerens uforudsete pensionering. Data fra denne klinik informerer derfor kun baselineundersøgelsens spørgsmål om, hvordan klinikerne modtog og arbejdede med akkreditering, og hvilke forandringer det gav anledning til i klinikkerne. Af hensyn til at få flere synspunkter på speciallægernes generelle opfattelse af akkreditering og arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling i speciallægepraksis blev der rekrutteret en ny deltager fra en klinik med samme organisatoriske karakteristika (psykiatrisk klinik 14b). Data fra denne klinik informerer således alene den opfølgende undersøgelse og generelle diskussioner om akkreditering.

I de klinikker, der deltog i både første og anden interviewrunde, var der overvejende sammenfald mellem det personale, som deltog i interview.

3.4 Introduktion til klinikkerne og interview

3.4.1 Baselineundersøgelse

Der blev gennemført interview med minimum én speciallæge og eventuelt personale i de 15 speciallægeklinikker; i alt 21 interview med deltagelse af 16 speciallæger og 7 ansatte (sekretærer, sygeplejersker eller SOSU-assistenten).

Interviewene varede fra 30-60 min. og blev gennemført som **semistrukturerede interview** tilrettelagt med udgangspunkt i nedenstående temaer.

Interviewtemaer, første interviewrunde

- Præsentation af informant og klinikken (antal ansatte, patientklientel osv.)
- Kvalitetsudvikling i speciallægepraksis
 - Informantens vurdering af, hvad der er vigtigt for at skabe god kvalitet
 - Særlige forhold med betydning for at arbejde med kvalitetsudvikling i speciallægepraksis
- Kvalitetsudvikling før DDKM og vurdering af, hvordan DDKM adskiller sig fra tidligere praksis
- Proces i forhold til implementering af DDKM og gøre klinikken klar til survey
 - Beskrivelse af forløbet og gennemførte aktiviteter samt inddragelse af personale
 - Vurdering af de enkelte standarder: udfordringer og relevans
- Konkrete ændringer foretaget som følge af akkrediteringsprocessen
- Overordnet vurdering af DDKM og modellens delelementer
- Forventninger til, hvilke ændringer som vil fastholdes i klinikken.

Interviewene blev optaget med deltagernes tilladelse og transskriberet efterfølgende. Ved ét interview ønskede deltagerne ikke, at interviewet blev optaget. I det tilfælde tog VIVEs forsker noter under interviewet, som siden blev udarbejdet til et interviewreferat, der er godkendt af deltagerne.

Foruden interviewene blev der i alle klinikker gennemført en **rundvisning** samt **fremvisning af konkrete aktiviteter, redskaber m.m.** (fx journalføring, tjeklister og årshjul), som klinikken har gjort brug af eller ændret i forbindelse med forberedelsen til akkrediteringssurveyen.

Der blev desuden foretaget **observation af speciallæge og eventuelt personales arbejde i klinikkerne** i det omfang, som klinikejer og personale gav lov til dette. Observationerne har haft til formål at få indblik i arbejdsgangene i en speciallægeklinik generelt og en konkret illustration af, hvordan kvalitetssikringsprocedurer foregår i hverdagen. Eftersom det kun var to klinikker, som gav lov til observation, er der ikke tilstrækkeligt empirisk materiale til en egentlig analyse af dette. Empirisk materiale indsamlet via observation indgår derfor udelukkende som baggrundsviden, mens **interviewmaterialet udgør det primære empiriske materiale i analysen.**

3.4.2 Opfølgende undersøgelse

Ved den opfølgende undersøgelse blev der ligeledes gennemført interview med minimum én speciallæge og eventuelt personale i speciallægeklinikkerne (13 klinikker pga. frafald). I et tilfælde var

det ikke muligt at opnå aftale om et besøg i klinikken, hvorfor opfølgningen skete via telefoninterview. Samlet blev der foretaget 13 interview med deltagelse af 13 speciallæger og 9 ansatte (sekretærer, sygeplejersker eller SOSU-assistenten).

Interviewene varede fra 1-1½ time og blev gennemført som **semistrukturerede interview**. Forud for hvert interview havde vi på baggrund af baselineundersøgelsen udarbejdet en oversigt over de forandringer, som hver klinik havde gennemført i relation til de enkelte standarder samt speciallægen og personalets vurderinger af disse forandringer og akkrediteringsmodellen mere generelt. Interviewet tog udgangspunkt i disse oversigter for systematisk at afdække fastholdelsen af konkrete forandringer i klinikkerne samt nedenstående temaer, som skulle sikre belysning af speciallægenes og personalets mere generelle refleksioner over akkreditering og andre tilgange til kvalitetssikring og -udvikling. De temaer, som indgik i interviewene ved anden interviewrunde fremgår nedenfor.

Interviewtemaer, anden interviewrunde

- Gennemgang af eventuelle ændringer i klinikken: personalesammensætning, flytninger m.m.
- Ved ny klinik: præsentation af informant og klinikken (antal ansatte, patientklientel osv.)
- Fastholdelse af metoder og processer for systematisk kvalitetsudvikling: årshjul, journalaudit, retningsgivende dokumenter
- Fastholdelse af konkrete ændringer foretaget i relation til akkreditering, gennemgang af de 16 standarder
- Årsager til eventuelle ændringer og fastholdelse heraf
- Overordnet vurdering af DDKM og modellens delelementer
- Refleksioner over, hvad der bør videreføres fra DDKM, og bud på alternative måder at understøtte kvalitet i speciallægepraksis.

Alle interview blev transskriberet på nær et interview, hvor speciallægen ikke ønskede at interviewet blev optaget. I dette tilfælde tog VIVEs forsker noter undervejs i interviewet og udarbejdede på baggrund heraf et detaljeret referat umiddelbart efter interviewet, som efterfølgende blev godkendt af deltagerne.

3.5 Baggrundsinterview med eKVIS' sekretariat

Der blev foretaget et baggrundsinterview med eKVIS' sekretariat for at opnå indsigt i processen frem mod beslutningen om at gennemføre DDKM i speciallægepraksis og arbejdet med at udvikle og implementere modellen. Formålet var at opnå viden, som kunne tjene som kontekst til speciallægenes og personalets erfaringer med og vurdering af DDKM. Sekretariatsmedlemmer i eKVIS har desuden læst og kommenteret analyseudkast. Dette har bl.a. givet anledning til at skærpe beskrivelsen af DDKMs formål samt konkrete delelementer i akkrediteringsmodellen. Når der i rapporten henvises til udsagn fra eKVIS, stammer disse fra interviewet eller dialogen om analyseudkast.

3.6 Analytisk tilgang

Analysen er foretaget som en **meningskondensering** (Kvale, Brinkmann, 2009), hvor speciallægenes og personalets erfaringer med akkreditering er blevet destilleret og kondenseret for at opnå et samlet billede af, hvordan de har arbejdet med DDKM, hvad de oplever at have fået ud af det, samt hvad de har fastholdt og hvorfor.

I relation til første interviewrunde gennemlæste VIVEs forskere (rapportens forfattere) begge interviewudskrifterne og sorterede interviewudsagn i kategorier identificeret i forbindelse med læsningen (induktiv tilgang). Hovedkategorierne i denne kodning var følgende: implementeringsindsatsen, konkrete forandringer (klinisk arbejde), organisationsændringer, omgåelse af krav, eksterne samarbejdsrelationer, tiltag før DDKM, holdning til kvalitetsarbejde, særtræk ved speciallægepraksis, særtræk ved specialerne, vurdering af DDKM, forankring, forhold af betydning for kvalitet og alternativer til DDKM.

I anden interviewrunde blev der desuden udarbejdet et skema for hver klinik, hvor vi for hver standard har angivet: De konkrete og organisatoriske forandringer vi identificerede ved baselineundersøgelsen, speciallægenes og personalets vurdering af disse forandringer, information om, hvorvidt forandringerne var fastholdt ved den opfølgende undersøgelse samt speciallægenes og personalets refleksioner over, hvorfor givne forandringer var fastholdt eller ej. Dette tjente til at danne et overblik over forandringerne i hver klinik og muliggøre en stringent sammenligning på tværs af klinikkerne.

På denne baggrund var det også muligt at sammenligne erfaringerne mellem specialer og forskellige typer praksis for at opnå indsigt i, hvordan erfaringerne varierer, og hvad der kan være med til at forklare variationen. I sammenligningen søgte vi først efter forskelle, som kan relateres til klinikernes størrelse og organisering eller karakteristika ved specialet, herunder hvor udstyrs- og procedureringe arbejdsgangene er. I processen blev vi imidlertid opmærksomme på andre forhold, som synes at have større betydning for klinikernes arbejde med akkrediteringsmodellen og fastholdelse af eventuelle forandringer, herunder hvordan klinikkerne i forvejen arbejdede med kvalitetssikring og -udvikling samt speciallægenes og personalets indstilling til akkreditering. Vi blev også opmærksomme på, at speciallægenes oplevelse af udbytte ikke stod i et direkte forhold til omfanget af forandringer i klinikkerne. Dette gav anledning til en systematisk sammenligning af klinikkerne med henblik på at finde mønstre i, hvad der karakteriserede klinikker med givne oplevelser af udbytte, som resulterede i det overblik, der gives i Figur 6.1. Litteratur om akkreditering i sundhedsvæsenet inspirerede denne del af analysen. Beskrivelser af koblingen mellem sundhedsprofessionelles forhåndsindstilling og deres oplevelse af udbytte af akkreditering i litteraturen (Waldorff et al., 2016, Pedersen et al., 2018, Hithcliff et al., 2013) fik os således til mere systematisk at undersøge betydningen af speciallægenes holdninger til akkreditering.

I analysen af, hvad der betinger fastholdelse af ændringer, søgte vi først efter givne karakteristika ved de elementer, som speciallægerne angav at have henholdsvis fastholdt og ikke fastholdt (induktiv tilgang). Vi fandt imidlertid, at vi ikke kunne lave en klar opdeling af, hvilke elementer i DDKM der var fastholdt eller ej, fordi det varierede mellem klinikkerne. Dette ledte os til at se nærmere på speciallægenes begrundelser for at fastholde ændringer eller ej, hvilket ledte os frem til det overblik, der gives i Figur 7.1.

4 Klinikkernes arbejde med akkreditering frem til akkrediteringssurvey

I dette kapitel præsenteres speciallægerne og personalets beskrivelse af, hvordan de modtog akkrediteringsmodellen og greb arbejdet med akkreditering an fra de første introduktionsmøder til akkrediteringssurveyen. Vi belyser, hvordan speciallægerne har inddraget eventuelt personale og øvrige netværk, og hvordan de har tilrettelagt arbejdet med hensyn til varighed og arbejdsintensitet. Kapitlet er baseret på empiri indsamlet i første interviewrunde, der blev gennemført umiddelbart efter første akkrediteringssurvey. Hvor det er muligt, relaterer vi beskrivelserne til resultaterne fra eKVIS' spørgeskemaundersøgelse.

4.1 Klinikernes modtagelse af DDKM

Den generelle holdning blandt speciallægerne og personalet var, at **det er positivt, at der iværksættes initiativer for at sikre høj kvalitet i speciallægepraksis** – både af hensyn til patientbehandlingen og standens legitimitet. Flere af lægerne gav udtryk for, at befolkningens tillid til dem som speciallæger ligger dem meget på sinde, og de frygtede, at enkeltstager kan skade denne tillid.

Flere speciallæger og deres ansatte gav imidlertid også udtryk for forundring over, at akkreditering skulle gennemføres i speciallægesektoren, netop som DDKM var blevet udfaset i hospitalssektoren. Dertil blev det af flere speciallæger bemærket, at der for dem at se var uforholdsmæssig kort tid mellem embedslægetilsynet og akkrediteringen.

Nogle speciallæger og personaler fortalte i interviewene, at de var gået ind i arbejdet med akkrediteringsmodellen med en ambition om at skabe yderligere faglig udvikling i klinikken [klinik 3, 6, 15]. Andre gav udtryk for, at de så det som en pligt opgave, hvis primære formål var at tilfredsstille eksterne krav og synliggøre sektorens kvalitet og kvalitetsarbejde udadtil [klinik 4, 5, 8, 9, 10].

4.2 Klinikernes tilgang til arbejdet med akkreditering

Uanset om speciallægerne og personalet opfattede akkrediteringen som en mulighed for faglig udvikling eller en pligt opgave, var det generelle billede, at de i alle de besøgte klinikker **har arbejdet med de forskellige standarder og metoder, som indgår i akkrediteringsmodellen, og har investeret betydelige ressourcer i at gøre klinikkerne klar til akkreditering**. Speciallægerne har imidlertid grebet processen forskelligt an. Det uddybes i det følgende.

4.2.1 Arbejdsdeling

I kontrast til hospitalssektoren, hvor det er store enheder med mange ansatte og flere ledelseslag, som gennemgår akkreditering, har klinikejeren i en speciallægepraksis det entydige ansvar for klinikdriften og ledelsen med alle dets aspekter. Fælles for klinikkerne var da også, at speciallægerne pointerede deres eget overordnede ansvar for indholdet i standarderne og de instrukser, som er blevet udarbejdet. Der var nogen **variation i forhold til arbejds- og ansvarsfordelingen** i klinikernes arbejde med akkrediteringsmodellen. Analysen peger på tre tilgange til arbejds- og ansvarsdeling, som præsenteres herunder. Kategorierne er ikke gensidigt udelukkende; i nogle klinikker benyttede de således både intern og ekstern arbejdsdeling.

1. **Ingen arbejdsdeling:** Speciallægen har selv forestået al arbejdet [klinik 3, 13].

2. **Intern arbejdsdeling:** Speciallægen og personalet har fordelt standarderne mellem sig og udarbejdet retningslinjer for de opgaver, som de i forvejen har været ansvarlige for (fx hygiejne eller kontrol af medicin/utensilier/apparatur), eller de opgaver de primært udfører (fx sekretærs modtagelse af patienter og diskretion i receptionen) [klinik 1, 2, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15].
3. **Ekstern arbejdsdeling:** Speciallægen har fordelt arbejdet med standarderne med en eller flere kolleger inden for samme speciale. De har hver især udarbejdet grundtekst til retningslinjer, som de siden har kunnet tilpasse til egen klinik [klinik 1, 4, 8, 12, 14, 15].

I tråd med eKVIS' opfordring til klinikkerne ved introduktionen af akkrediteringsmodellen benyttede de fleste klinikker en form for arbejdsdeling. Dette svarer også til resultaterne fra eKVIS' spørgeskemaundersøgelse, hvor 70 % af de praktiserende speciallæger angav, at praksispersonalet havde været involveret i arbejdet med akkreditering, og 17 % angav, at de havde involveret 'andre læger' (eKVIS, 2018a). De af speciallægerne fra denne undersøgelse, som benyttede en intern arbejdsdeling, begrundede det med en mulighed for at **effektivisere arbejdet** med modellen, at der i forvejen var en udpræget arbejdsdeling i klinikken, og personalet derfor havde de bedste forudsætninger for at definere indholdet i visse standarder, samt at speciallægen **anså personaleinddragelse for at være en værdi** i sig selv.

Speciallægerne, som valgte at forestå arbejdet selv, begrundede det med, at der ikke var ansatte i klinikken, at personalet ikke kunne løfte opgaven med skriftligt at dokumentere egne arbejdsopgaver, eller at speciallægen foretrak at udføre arbejdet selv af tidshensyn.

Ekstern arbejdsdeling blev begrundet med et ønske om at indgå i et fagfælleskab, hvor man kunne hjælpe og inspirere hinanden samt spare tid ved at fordele opgaver imellem sig. For nogle klinikker blev arbejdet med akkrediteringsmodellen **en anledning til at aktivere faglige netværk**.

"Vi lavede en gruppe, og så begyndte vi at udarbejde nogle standarder, vi kunne individualisere."

Speciallæge, psykiatrisk klinik [14]

Særligt gynækologerne og pædiaterne gav eksempler på brug af eksisterende faglige netværk såsom lokale eller regionale grupper, specialeselskaber og øvrige nationale netværk. Disse grupper blev bl.a. brugt til at arrangere kurser vedrørende akkreditering, yderligere introduktion til akkrediteringsmodellen og organisere faglig sparring vedrørende udvikling af standarder. I tråd hermed fremgår det af eKVIS' spørgeskemaundersøgelse, at omkring to tredjedele af speciallægerne inden for disse specialer har angivet, at møder i fagkollegiale netværk i nogen, høj eller meget høj grad har bidraget til arbejdet med akkreditering¹⁰ (eKVIS, 2017a, eKVIS, 2017b).

Psykiaterne, som indgår i denne undersøgelse, har typisk søgt faglig sparring i mindre, uformelle grupper. En enkelt psykiater fortalte, at akkrediteringsmodellen havde givet anledning til at etablere en mere formel gruppe med henblik på at mødes til faglig sparring også i fremtiden [klinik 14a]. Psykiaterne adskiller sig desuden ved, at de i flere tilfælde gav udtryk for, at der ikke nødvendigvis er konsensus inden for specialet om, hvad der udgør god, faglig praksis, hvilket kan forklare, at de typisk har etableret kontakt til udvalgte kolleger, som deler deres faglige tilgang, og som de har kunnet opnå et forholdsvis tæt samarbejde med [klinik 13, 15]. Sammenholdt med de øvrige specialer viser eKVIS' spørgeskemaundersøgelse, at psykiaterne har vurderet betydningen af fagkollegiale netværk for akkrediteringsprocessen mere positivt end de øvrige specialer (eKVIS, 2018b).

¹⁰ Dette svarer nogenlunde til svarfordelingen blandt den samlede population af speciallæger, som har deltaget i eKVIS' spørgeskemaundersøgelse (eKVIS, 2018a).

En enkelt speciallæge i en gynækologisk klinik omtalte **tilkøb af ekstern arbejdskraft** til at formulere og skrive retningslinjer, udarbejde årshjul, kvalitetsovervågningsplan med videre som en attraktiv mulighed, fordi det kunne give dem mulighed for at fokusere på patientbehandlingen samtidig med, at de kunne sikre efterlevelse af eksterne krav. Speciallægen havde dog ikke selv benyttet sig af dette, fordi vedkommende først umiddelbart før akkrediteringssurveyen var blevet bekendt med, at eksterne konsulenter (bl.a. hospitalsansatte kvalitetssygeplejersker) tilbød denne service [klinik 10]. Det ses imidlertid af eKVIS' egen spørgeskemaundersøgelse, at denne mulighed har været benyttet i 5 % af speciallægeklinikkerne, men med væsentlige forskelle mellem specialerne (eKVIS, 2018a). Blandt gynækologerne angav 14,6 % at have benyttet eksterne konsulenter i arbejdet med akkreditering (eKVIS, 2017a), mens 1,4 % af psykiaterne og ingen af pædiaterne havde benyttet denne mulighed (eKVIS, 2018b, eKVIS, 2017b).

4.2.2 Forberedelsestid og arbejdsintensitet

Det **varierer betydeligt, hvor længe og hvor intensivt der blev arbejdet med akkrediteringsmodellen** i klinikkerne op til første akkrediteringssurvey.

I enkelte klinikker havde de arbejdet kontinuerligt med standarderne igennem et år. De fleste beskrev dog, at de havde påbegyndt det konkrete arbejde med standarderne omkring et halvt år før akkrediteringssurvey, mens enkelte havde udskudt arbejdet til et par måneder inden akkrediteringssurvey. I flere af klinikkerne havde det været en prioritet ikke at begrænse antallet af patientbesøg på grund af akkrediteringen. I disse klinikker har speciallægerne i stedet brugt aftener og weekender på arbejdet, og der er brugt tid på arbejdet sammen med personalet i frokostpauser og ved personalemøder. I andre klinikker havde de afsat dage uden patientaftaler til at udføre en stor del af arbejdet.

Det har været uden for VIVEs opdrag at estimere det præcise ressourceforbrug i forbindelse med akkreditering. Ved interviewene angav en del af speciallægerne alligevel spontant estimerer for deres tidsforbrug i forbindelse med hele akkrediteringsprocessen. Estimerterne varierede fra omkring tre arbejdsuger fuld tid til op mod to måneder. I tråd med dette indikerer eKVIS' spørgeskemaundersøgelse, at der har været betydelig variation i tidsforbruget blandt speciallægeklinikkerne (eKVIS, 2018a)¹¹.

En del af variationen i tidsforbruget på tværs af klinikkerne kan formentlig tilskrives forskelle i klinikernes størrelse, patientportefølje og erfaring med at arbejde på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskriver. Den speciallæge, som angav at have brugt kortest tid (cirka tre arbejdsuger), havde en klinik uden ansatte, var subspecialiseret inden for specialet og havde derfor en forholdsvis velafgrænset patientpopulation. Desuden håndterede speciallægen hverken medicin eller apparatur, havde stor erfaring med akkreditering fra hospitalsvæsenet og delte arbejdet med at udvikle retningslinjer med en kollega [klinik 4]. Speciallægen, som angav at have brugt længst tid (cirka to måneder) havde en klinik med én ansat, var ikke subspecialiseret og håndterede derfor patienter med en bred vifte af diagnoser, og var desuden uvant med at arbejde med de metoder, som akkrediteringsmodellen foreskriver [klinik 5].

Derudover kan forskelle i tidsforbrug mellem specialer også tænkes at afspejle specialets bredde. En speciallæge i pædiatri forklarede således, at tidsforbruget i den pågældende klinik overvejende skyldtes, at der er stor bredde i de diagnoser, som klinikken varetager, og at det stiller større krav til omfanget af procedurer for at sikre, at alle relevante patientgrupper er omfattet. Endelig bemærkede

¹¹ eKVIS' undersøgelse tyder desuden på en tendens til, at gynækologerne og især pædiaterne har brugt mere tid end gennemsnittet i den samlede population af speciallæger, mens der blandt psykiaterne både er en tendens til polarisering (relativt flere som har brugt kort tid og meget lang tid end i den samlede speciallægepopulation) (eKVIS, 2018a, eKVIS, 2017a, eKVIS, 2017b, eKVIS, 2018b).

nogle af speciallægerne, at der gik uforholdsmæssig lang tid fra introduktionsmøderne til akkrediteringen. De forklarede, at det krævede en ny indsats for dem at sætte sig ind i tankegangen, da de påbegyndte arbejdet med standarderne frem mod akkrediteringen.

Foruden de obligatoriske introduktionsmøder afholdt af eKVIS og de aktiviteter, som er foregået i de faglige netværk, har de i klinikkerne særligt brugt ressourcer på at **udarbejde og tilpasse skriftlige dokumenter** såsom retningslinjer, funktionsbeskrivelser, journalaudit, årshjul, risikoskemaer, udviklingsplaner mv.

5 Forandringer som følge af akkreditering

I dette kapitel præsenteres speciallægenes og personalets beskrivelser af, hvordan de har arbejdet med de enkelte kvalitetsstandarder i DDKM op til første akkrediteringssurvey (afsnit 5.1), samt deres arbejde med metoder til egenkontrol og kvalitetsledelse såsom journalaudit, kvalitetsplaner, risikostyringsskemaer og årshjul (afsnit 5.2), og hvilke forandringer det har afstedkommet i klinikkerne. Kapitlets analyser er baseret på det empiriske materiale indsamlet ved første interviewrunde.

I eKVIS' spørgeskemaundersøgelse er speciallægerne blevet spurgt, om arbejdet med akkreditering har ført til konkrete udviklings- eller forbedringstiltag i deres klinik. Her har 44 % af alle speciallæger svaret, 'slet ikke' eller 'i mindre grad', 38 % har svaret 'i nogen grad', og 18 % har svaret 'i høj grad' eller 'i meget høj grad' (eKVIS, 2018a). Der er dermed en stor spredning i speciallægenes svar. Dette kapitel supplerer spørgeskemaundersøgelsen ved at give indblik i, hvilke typer forandringer akkreditering har medført.

5.1 Klinikernes arbejde med de enkelte standarder

5.1.1 Ledelse, kvalitet og drift

I relation til den første standard fremhævede speciallægerne og personalet primært **udarbejdelsen af et årshjul**, som beskriver faste aktiviteter og ansvarsdeling relateret til kvalitetssikring. Ikke alle klinikker havde lavet et decideret årshjul, men alle havde på en eller anden måde beskrevet en ansvarsfordeling for tilbagevendende aktiviteter, fx at løbende tjekke udløbsdato på medicin og utensilier, kalibrere apparatur og tjekke køleskabstemperaturer.

I nogle klinikker var der allerede indført diverse tjeklister og dokumenter, som eksplíciterede ansvarsfordelingen [klinik 3, 6, 7, 10]. Speciallægerne og personalet i disse klinikker angav, at arbejdet med den første standard derfor ikke havde givet anledning til væsentlige ændringer.

"[Kravet om en plan for klinikkens udvikling og ledelse, red.] har ikke givet os noget som helst. Vi har meget klare mål for, hvad vi vil. Hvem der leder, og hvordan ansvarsfordelingen er. Så det er meget veldefineret, hvem der har ansvar for hvad som helst."

Speciallæge, gynækologisk klinik [6]

Direkte adspurgt om deres arbejde med udviklingsplaner og specificering af ledelsesansvar svarede speciallægerne typisk, at disse dokumenter var udarbejdet i tråd med kravene i akkrediteringsmodellen, men at det ikke havde medført ændringer i klinikken. I én klinik havde det dog medført en dialog mellem speciallægen og den ansatte om at sætte planer om en udvidelse af klinikken på pause for at kunne fokusere mere på den daglige drift [klinik 15].

5.1.2 Retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling

Alle klinikker havde **oversigter over retningslinjer** for de hyppigste diagnoser i klinikken som krævet i akkrediteringsmodellens anden kvalitetsstandard. I nogle klinikker havde de allerede udarbejdet skriftlige instrukser for de fleste procedurer, bl.a. foranlediget af embedslægetilsynet. I disse klinikker blev akkrediteringen en anledning til at **gennemse de eksisterende retningslinjer**, tilrette, supplere og sikre, at de var forenelige med de indholdsmæssige og formmæssige krav i akkrediteringsmodellen [klinik 3, 6, 7, 10, 15].

I andre klinikker, hvor de ikke i særlig høj grad baserede sig på skriftlige procedurer, blev dokumenterne udarbejdet som led i forberedelserne til akkrediteringssurveyen (klinik 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 14). I disse klinikker var tilgangen typisk karakteriseret ved, at de **skrev ned, hvad de gjorde i forvejen** og indførte links til de nationale eller internationale organisationer (fx Sundhedsstyrelsen og faglige selskaber), hvor de søger information om nye kliniske retningslinjer. I én klinik gav speciallægen udtryk for, at de havde holdt sig til generelle og nationale retningslinjer frem for at lave specifikke, daterede instrukser, så de ikke skulle have et stort arbejde med at lave opdateringer [klinik 12].

"Vi har 100 instrukser eller sådan noget, men de fleste har jo været faglige instrukser, ikke! (...) Så meget af det, der ligesom var, det var selvfølgelig at sidde og sætte sig ind i forkortelser, og hvad det var, de mente med indikatorer og standarder, og alt sådan noget, der ikke stod lysende klart for én. Og så var det egentlig bare at tage de instrukser, vi havde, og kopiere dem over i det her nye system, ikke!"

Speciallæge, pædiatrisk klinik [3]

5.1.3 Patientsikkerhed

Tredje kvalitetsstandard omhandler patientsikkerhed forstået som klinikkens tiltag til at sikre identifikation og forebyggelse af risici for patienter. Generelt forklarede speciallægerne, at **de ikke havde foretaget væsentlige forandringer i relation til patientsikkerhed**, fordi de anså vurdering og forebyggelse af patientrisici som en del af deres kernefaglighed, og derfor allerede havde etableret procedurer på dette område. For at være sikre på at opnå akkreditering havde de i flere af klinikkerne alligevel udarbejdet et risikostyringsskema, som foreslået i akkrediteringsmodellen.

Pædiaterne og gynækologerne fortalte typisk om procedurer, som skal sikre, at deres akutkasse¹² er opdateret samt rutiner i forhold til at holde patienter under opsyn for at kunne gribe ind, hvis patienten bliver dårlig efter bestemte typer af kliniske indgreb. I enkelte af disse klinikker nævnte speciallægerne, at akkrediteringen havde bidraget til at sikre en mere fast struktur omkring løbende kontrol af, om akutkassen var opdateret. Én gynækolog forklarede, at risikovurdering indgik som del af alle retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling i den pågældende klinik, fordi overvejelser om risici for patientskade, og mulighederne for at håndtere det i klinikken, konsekvent indgik i klinikkens beslutninger om, hvilke indgreb de skulle tilbyde [klinik 7]. Psykiaterne knyttede typisk patientsikkerhed til vurdering af patienters selvmordsrisiko og forklarede, at dette i forvejen var en integreret del af deres kliniske praksis.

I én klinik medførte akkrediteringen, at et planlagt indkøb af hjertestarter blev udskudt, fordi speciallægen på daværende tidspunkt ikke kunne overskue at udarbejde en instruks for brugen [klinik 7].

¹² Akutkassen består af remedier og medicin til brug i situationer, hvor patienter bliver akut dårlige, fx i tilfælde af anafylaktisk chok.

5.1.4 Utilsigtede hændelser

Akkrediteringsmodellens fjerde standard om indberetning og håndtering af utilsigtede hændelser (UTH) **havde i nogle klinikker skabt større opmærksomhed omkring indrapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser** [klinik 1, 2, 8, 9, 15]. Her havde de typisk indført et lokalt system til opsamling af UTH og en procedure for at sikre, at de blev indberettet og drøftet ved personale-møder. Disse speciallæger bemærkede dog også, at de oplevede meget få situationer, som de ville betegne som utilsigtede hændelser, og at arbejdet med UTH derfor fyldte ganske lidt i klinikernes arbejde med kvalitetssikring og -udvikling.

I andre klinikker var der ikke sket en ændring i opmærksomheden på UTH. Dette dækkede både over klinikker, hvor speciallægerne og personalet forklarede, at de i forvejen havde haft fokus på indberetning og opfølgning på UTH [klinik 3, 5, 7, 10, 14], og klinikker, hvor de åbent erklærede, at det ikke var et fokus for dem trods lovkrav [klinik 4, 12, 13]. Blandt de sidstnævnte forklarede flere af speciallægerne, at de håndterede fejl og nærfejl lokalt og mere uformelt, eksempelvis som 'en mental note' om at stramme op på en given procedure eller ved mere systematisk granskning af hændelsen, fx på et personalemøde, men uden at indberette det som en UTH.

Interviewene tyder på, at de i klinikkerne havde forskellige opfattelser af, hvad en UTH er, og ved flere interview spurgte speciallægerne direkte om, hvad begrebet dækker over. Én skelnede mellem UTH og lægefejl knyttet til den kliniske vurdering af patienter. Andre skelnede mellem interne hændelser, som vedrørte procedurer og handlinger i klinikken, og eksterne hændelser, som vedrørte fejl eller uhensigtsmæssigheder i elektroniske kommunikationssystemer (fx elektroniske henvisninger) samt andre sundhedsaktørers uhensigtsmæssige adfærd (fx vurdering af fejlbehandling). Der synes at være en tendens til, at fejl og nærfejl relateret til strukturelle forhold, fx uhensigtsmæssigheder i elektroniske kommunikationssystemer, blev indberettet, mens uhensigtsmæssig adfærd blandt andre sundhedsaktører (fx i relation til fejldiagnostik og overbehandling) samt interne hændelser, som var håndteret lokalt i klinikkerne, ikke blev indberettet. Som begrundelse for ikke at indberette forklarede nogle speciallæger, at de foretrak at adressere uhensigtsmæssig adfærd blandt kolleger i dialog med den pågældende samarbejdspartner.

"Det er noget, man støder på hver eneste dag... patienter kommer overbehandlede og har medicinske bivirkninger [...] Jeg skynder mig selvfølgelig at rette på det, men jeg rapporterer det ikke [som en utilsigtet hændelse, red]."

Speciallæge, psykiatrisk klinik [12]

Andre angav, at der var tale om så hyppige problemer med fejlbehandling blandt henviste patienter, at problemet burde løses på anden vis, mens andre ikke havde overvejet muligheden for at indberette situationerne som UTH.

5.1.5 Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken

Denne standard var ikke relevant for nogen af de deltagende klinikker, og er derfor ikke behandlet nærmere.

5.1.6 Patientjournalen

Standarden omhandlende patientjournalen gav ifølge speciallægerne og deres personale anledning til konkrete ændringer. I langt størstedelen af klinikkerne [klinik 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15] forklarede speciallægerne således, at de som led i forberedelsen til akkreditering havde taget initiativ til at **standardisere journalnotater**, fx via udvikling af standardformuleringer (fraser) eller

tekstskabeloner (makroer). Generelt havde speciallægerne dog vanskeligt ved at afgøre, hvorvidt standardiseringen var foranlediget af akkrediteringen eller embedslægetilsynet, som var gået forud.

5.1.7 Patientidentifikation

Speciallæger og personale i nogle klinikker oplyste, at de i **højere grad dobbelttjekkede patienters identitet**, fx ved både at kalde for- og efternavn i receptionen, bede patienter oplyse deres CPR-nummer i starten af konsultationen samt ved prøvetagning eller andre invasive indgreb [klinik 2, 7, 11, 12]. Det er dog usikkert, om disse ændringer er direkte afledt af akkrediteringen eller i højere grad knytter sig til embedslægetilsynet. Flere speciallæger forklarede således, at de allerede havde indarbejdet procedurer for patientidentifikation forud for akkrediteringen [1, 3, 8, 10], bl.a. i forbindelse med embedslægetilsynet [klinik 15]. I enkelte klinikker forklarede speciallægerne, at de ikke havde ændret deres procedurer, fordi de fandt standarden overdreven. De bemærkede, at der er tale om små klinikker, hvor der typisk kun er én patient til stede, og hvor speciallægen kender patienterne godt [klinik 4, 5, 13].

5.1.8 Parakliniske undersøgelser

Standarden vedrørende parakliniske undersøgelser medførte i nogle klinikker **øget systematik i forhold til opfølgning på prøvesvar**. I nogle klinikker blev de opmærksomme på en påmindelsesfunktion i deres journalsystem [klinik 1, 11, 15], mens andre forklarede, at de havde indført procedurer for at sikre, at de får reageret på prøvesvar [klinik 2, 4].

"[I forhold til opfølgning på parakliniske undersøgelser, red.] var der noget at rette op, så vi fandt ud af, at det var godt, at vi måtte beskrive procedurerne. Vi skulle jo spørge: Hvordan skal vi sikre, at det ikke smutter? Og så fandt vi egentlig en god måde."

Speciallæge, pædiatrisk klinik [2]

I en stor del af klinikkerne forklarede speciallægerne, at de i forvejen havde faste procedurer for opfølgning på parakliniske undersøgelser. Akkrediteringen medførte, at de skrev disse procedurer ned, men uden at ændre noget i forhold til deres kliniske praksis [klinik 3, 5, 7, 8, 9, 10]. I to klinikker beskrev speciallægerne, at der var blevet strammet op på procedurerne for parakliniske undersøgelser som følge af embedslægetilsynet, og at akkrediteringen ikke havde givet anledning til yderligere justeringer [klinik 12, 13].

5.1.9 Basal hjerte-lungeredning

Akkrediteringen blev i flere klinikker en anledning til at få genopfrisket hjerte-lungeredningskurset [klinik 1, 2, 4, 11, 13, 14, 15]. I andre klinikker havde de dog været opdaterede på dette i forvejen [klinik 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12], enten fordi de selv havde indarbejdet procedurer for en fast frekvens i egen klinik, eller fordi det blev taget op som et af flere faglige temaer i en netværksgruppe med andre praktiserende læger eller praktiserende speciallæger, som de deltog i.

5.1.10 Visitation og henvisning

I de fleste klinikker beskrev speciallægerne, at de i forvejen havde klare procedurer for visitation og henvisning [klinik 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15]. I enkelte klinikker havde akkrediteringen dog medvirket til **større systematik i forbindelse med fremsendelse af journalnotater** til praktiserende læger [klinik 1, 2].

5.1.11 Hygiejne

I klinikkerne var der foretaget **flere ændringer vedrørende hygiejne** som følge af akkrediteringsmodellen. De konkrete ændringer, som blev nævnt, inkluderer: Manuelle spritdispensere var blevet udskiftet med automatiske [klinik 1], håndklæder var blevet udskiftet med papirservietter [klinik 1, 11], hygiejneinstrukser var blevet udvidet en smule [klinik 3, 13], indførelse af regel om, at læger og personale ikke må benytte samme sæt tøj to dage i træk [klinik 5], og en procedure om at legetøj i venterum fast afvaskes én gang om måneden frem for efter vurderet behov [klinik 5]. Én klinik havde skærpet systematikken omkring kontrol af sterilisering af instrumenter (egenkontrol samt indsendelse af sporprøver til Statens Seruminstitut) som en del af årshjulet, men uden at ændre selve procedurerne for sterilisering [klinik 7]. En anden klinik var endt med at justere deres procedure for sterilisering af instrumenter efter en anmærkning ved akkrediteringssurveyen og længerevarende dialog mellem speciallægen, IKAS og producenten af steriliseringsapparatet [klinik 10].

5.1.12 Apparaturl til diagnostik og behandling

Standarden vedrørende apparatur til diagnostik og behandling gav i enkelte klinikker **anledning til indkøb eller udskiftning af udstyr**. Konkret nævnte speciallægerne og personalet indkøb af udstyr til kalibrering af peakflowmeter [klinik 1], og tørsterilisering [klinik 7]) samt udskiftning af blodtryksapparat [klinik 1, 13], vægt [klinik 1], og beholdere til risikoaffald [klinik 7]. Løbende kontrol af apparatur indgik typisk i årshjulet, hvilket som tidligere nævnt medvirkede til større systematik i nogle klinikker, mens det i andre klinikken blot gav anledning til dokumentation af en allerede indarbejdet procedure.

5.1.13 Personoplysninger og diskretion

Arbejdet med akkrediteringsmodellen gav i nogle klinikker anledning til **mindre forandringer vedrørende håndtering af personoplysninger og diskretion**. Enkelte klinikker var blevet opmærksomme på, at de bør bede patienter, som har glemt deres sundhedskort, om at skrive deres CPR-nummer på en seddel frem for at sige det højt [klinik 1, 2]. Andre havde investeret i afskærmning af pc'er [klinik 8, 15].

I mange af klinikkerne forklarede speciallægerne og personalet imidlertid, at de allerede havde indført tiltag af diskretionshensyn, fx indkøbt scannere til patienters sundhedskort, og indarbejdet rutiner, så hverken personale eller patienter sagde CPR-numre højt, når andre kunne høre det [klinik 3, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14].

Generelt gav akkrediteringen ikke anledning til ændringer vedrørende opbevaring og håndtering af personoplysninger i klinikkerne. Flere af speciallægerne forklarede, at de forventede, at klinikkens it-leverandør sørger for sikker opbevaring af data.

5.1.14 Håndtering af utensilier og lægemidler

Standarden vedrørende utensilier og lægemidler var ikke relevant for de besøgte psykiatriske klinikker. I alle pædiatriske og gynækologiske klinikker var kontrol med utensilier og lægemidler en fast indarbejdet rutine. Som del af arbejdet med akkrediteringsmodellen var **kontrol med utensilier og lægemidler blevet indført som en del af årshjulet**, og der var i nogle klinikker sket en mere **eksplicit ansvarsfordeling** [klinik 1, 2, 9].

5.1.15 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling

Standarden vedrørende ansættelse introduktion og kompetenceudvikling medførte ifølge speciallægerne og personalet **ingen eller minimale forandringer i klinikkerne**. Det skyldtes i en del klinikker, at der var tale om solopraksis uden ansatte [klinik 4, 12, 13]. I andre klinikker forklarede de, at de i forvejen havde nedskrevne funktionsbeskrivelser for nogle personalegrupper, fx medicinstuderende [klinik 3, 7, 10], og havde faste – men ikke altid skriftlige – principper for supervision og oplæring [klinik 7, 8, 9, 10]. I atter andre klinikker fortalte de, at de havde udarbejdet de krævede funktionsbeskrivelser og nedfældet nogle principper for kompetenceudvikling, men uden at det gav anledning ændringer i deres praksis [klinik 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14]. Disse speciallæger beskrev typisk, at de ikke arbejdede efter faste planer for kompetenceudvikling, men reagerede løbende på eget eller personalets behov for udvikling inden for et bestemt område, og holdt øje med, hvilke muligheder for kursusaktivitet der opstod i egne faglige selskaber eller via medicinalindustrien.

5.1.16 Patienters oplevelse af kvalitet

Flere af de besøgte klinikker gav udtryk for, at standarden vedrørende patienters oplevelse af kvalitet var vanskelig at forholde sig til, fordi de **savnede gode metoder til at indsamle og arbejde med patienttilbagemeldinger**. Derfor gav standarden ikke anledning til væsentlige forandringer i klinikkerne. I et par klinikker gav akkrediteringen anledning til, at der blev opsat en postkasse til ris og ros, men erfaringen fra speciallægerne var, at patienterne ikke brugte den [klinik 2 og 11].

I flere klinikker beskrev speciallægerne mindre ændringer, som var foretaget som følge af Undersøgelsen af patientoplevelse af kvalitet i speciallægepraksis 2017 (eKVIS, Rambøl, 2017), men kobledede ikke disse ændringer til akkrediteringsprocessen. Tiltagene inkluderede konsekvent udlevering af skriftlig patientinformation som supplement til mundtlig information [klinik 1, 8], opfriskning af lokaler [klinik 11] og implementering af et nyt telefonsystem med mulighed for, at patienter kan vente i telefonkø [klinik 10, 15].

I nogle klinikker beskrev speciallæger og personale, at de – uafhængigt af akkrediteringsmodellen – havde en praksis med at drøfte (negative) patienthenvendelser i frokostpausen eller på personalemøder [klinik 1, 3, 9]. Formålet var dels at få en fælles refleksion over, hvad de kunne gøre anderledes, og dels at give mulighed for debriefing ved ubehagelige samtaler. I et par af de gynækologiske klinikker havde de også allerede etableret rutiner med systematisk opfølgning på klagesager som en kilde til at forbedre klinikken [klinik 7, 9].

Flere af speciallægerne – særligt blandt psykiaterne – problematiserede patienttilfredshed og patientklager, som en god kilde til information om, hvordan de kan forbedre klinikken [klinik 11, 13]. Samstemmende forklarede de, at negative patienttilbagemeldinger og klager ofte grunder i, at patienten ønsker en given diagnose, fx fordi det kan give adgang til visse sociale ydelser, men som psykiateren ikke finder fagligt belæg for at stille.

”Vores kundetilfredshed kan være præget af angst og depression.”

Sygeplejerske, psykiatrisk klinik [11]

5.2 Klinikernes arbejde med metoder til egenkontrol

Som beskrevet i afsnit 2.4 er et formål med akkrediteringsmodellen at understøtte klinikernes eget arbejde med kvalitetssikring og -udvikling og forankre visse metoder til systematisk egenkontrol og

løbende dokumentation af og refleksion over egen praksis. Dermed er det et væsentligt formål med akkrediteringen at skabe mere varige organisatoriske forandringer, som rækker ud over de konkrete ændringer, der måtte være foretaget i klinikkerne i relation til de enkelte standarder.

I alle de besøgte klinikker havde de, som nævnt, produceret de skriftlige dokumenter, som var påkrævet for at opnå akkreditering, og i de fleste klinikker havde de også arbejdet med påkrævede redskaber til egenkontrol såsom journalaudit. Der var imidlertid forskel på, hvorvidt en systematisk og formaliseret tilgang til klinikdrift samt kvalitetssikring og -udvikling repræsenterede en forandring i klinikkerne.

I nogle klinikker var der allerede etableret en formaliseret tilgang til egenkontrol og kvalitetsudvikling. I disse klinikker var der foruden speciallægen én eller flere ansatte, som deltog i patientbehandlingen. De havde typisk en tradition for at arbejde med skriftlige retningslinjer, havde udarbejdet egne systemer til dokumentstyring, og var præget af en mere formaliseret arbejdsdeling understøttet af funktionsbeskrivelser og forholdsvis detaljerede, skriftlige instrukser [klinik 3, 4, 6, 7, 10, 15]. Flere steder var der også afsat fast mødetid for alle i klinikken på daglig eller ugentlig basis – nogle steder arrangeret som egentlige konferencer med faglige oplæg i tillæg til drøftelse af drifts- og personalemæssige emner. I disse klinikker var der typisk også indført en række systemer til egenkontrol, herunder skemaer til aflæsning af temperaturer på køleskabe, procedurer i forbindelse med kontrol af medicin, procedurer til kontrol af rengøring af instrumenter mv. Dertil havde speciallægerne i nogle af disse klinikker etableret rutiner med dagligt eller ugentligt at gennemgå alle journalnotater for at sikre sig, at de selv og deres personale har skrevet det nødvendige i journalen, og at udføre en intern kvalitetssikring af behandlingsvalg. Én klinik havde allerede en systematik omkring journalaudit – men anvendte lidt andre spørgsmål [klinik 6].

I disse klinikker repræsenterede akkrediteringsmodellen en videreførelse af en allerede etableret måde at arbejde på. For speciallægerne og personalet i disse klinikker bestod arbejdet med akkrediteringsmodellen i at gennemgå og opdatere de eksisterende dokumenter og sikre, at de passede med de indholdsmæssige og formmæssige krav, som var formuleret i akkrediteringsmodellen. I én klinik, hvor de havde lang erfaring med at arbejde indgående og systematisk med kvalitetsdokumentation, forklarede speciallægen, at de havde anvendt en del tid på at indarbejde akkrediteringsstandarderne i den måde, som de i forvejen havde organiseret deres kvalitetsarbejde, herunder tjekke overlap med de øvrige (>50) kvalitetsstandarder, som de arbejdede med på eget initiativ [klinik 6]. Den strukturerede journalaudit repræsenterede i disse klinikker en lidt mere systematisk måde at gå til den egenkontrol, som de i forvejen gennemførte.

I andre klinikker var arbejdet fortrinsvist organiseret omkring ikke-nedskrevne rutiner opbygget gennem mange års tæt samarbejde mellem de samme personer. I disse klinikker blev forandringer i arbejdsgange og indkøb af nyt udstyr typisk foretaget via ad hoc beslutninger, når personale eller klinikejer identificerede et behov for ændringer [klinik 1, 2, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14]. Arbejdet var i disse klinikker præget af en uformel og fleksibel arbejdsdeling under hensyntagen til faglige kompetencer og aktuelt arbejdspress, og der var få formaliserede møder mellem personale og klinikejer.

I disse klinikker repræsenterede akkrediteringsmodellen på flere måder en ny måde at arbejde på. I disse klinikker pegede speciallæger og personale på, at der som led i klinikkens forbedelse til akkreditering var sket en **formalisering af eksisterende arbejdsdelinger og aktiviteter**, fx via udarbejdelsen af funktionsbeskrivelser, udarbejdelse af årshjul, skemalægning af personalemøder, udarbejdelse af mødereferater mv. I en del af disse klinikker var det nødvendigt at formulere retningsgivende dokumenter fra bunden, fordi kravet om skriftlighed i visse af akkrediteringsstandarderne repræsenterede noget nyt. Journalaudit repræsenterede også en ny arbejdsmåde i disse klinikker. I én af klinikkerne var der ikke blevet foretaget journalaudit, men de havde planer om at

gøre det fremadrettet [klinik 12]. I en enkelt klinik havde akkrediteringen foranlediget, at der var blevet ansat en sygeplejerske på deltid med ansvar for en del af klinikkens egenkontrol [klinik 2].

5.3 Opsamling

Opsummerende forklarede speciallægerne og deres personale, at de har gennemført en række konkrete ændringer i klinikkerne i perioden op til første akkrediteringssurvey. Forandringer inkluderede ændringer i konkrete arbejdsgange (fx systematisk kontrol af udløbsdato på utensilier) og i relation til udstyr (fx indkøb af nyt apparatur), procedurer for dokumentation (fx benyttelse af standardfraser i journalnotater) samt organiseringen af arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling (fx introduktion af årshjul og journalaudit samt formalisering af mødeaktivitet). I flere tilfælde er der tale om mindre justeringer af eksisterende praksisser, mens der i andre tilfælde er tale om introduktion af nye arbejdsgange eller metoder.

Analysen tyder på, at de mest markante organisatoriske forandringer er sket i de klinikker, der ikke i forvejen har arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskriver, men har været præget af mere uformel arbejdsorganisering. I disse klinikker gav speciallæger og personale udtryk for, at de i forbindelse med akkrediteringsprocessen har formaliseret og struktureret eksisterende praksisser.

6 Oplevet udbytte af akkrediteringsprocessen i klinikkerne

Der blev foretaget en række tiltag i klinikkerne i forbindelse med akkrediteringsprocessen, som beskrevet i kapitel 5. Det er imidlertid forskelligt, hvilken betydning speciallægerne og personalet til lagde disse tiltag. I dette afsnit beskriver og analyserer vi derfor speciallægernes oplevede udbytte af akkrediteringsprocessen umiddelbart efter deres akkrediteringssurvey.

Kapitlet bygger på empirisk materiale indsamlet i forbindelse med baselineundersøgelsen umiddelbart efter klinikernes akkrediteringssurvey, hvor alle de besøgte klinikker havde opnået akkreditering. Fundene herfra sammenlignes med eKVIS' spørgeskemaundersøgelse, når det er muligt.

6.1 Speciallægerne og personalets vurdering af udbytte

Typisk roste speciallægerne og personalet eKVIS for en veltilrettelagt proces op til akkrediteringssurveyen og surveyerne for en behagelig oplevelse ved akkrediteringssurveyen, om end én speciallæge havde en udpræget negativ oplevelse [klinik 13]. Trods dette gav en stor del af speciallægerne udtryk for, at de havde fået et marginalt udbytte af akkrediteringsprocessen. Én klinik adskilte sig ved, at både speciallægen og personalet gav udtryk for, at klinikken havde fået et væsentligt udbytte [klinik 15].

Ved udvælgelsen af klinikker til denne undersøgelse var vores formodning, at specialet samt størrelsen af klinikkerne ville have betydning for klinikernes modtagelse af DDKM og oplevelsen af udbyttet af akkrediteringsprocessen. I analysen af interviewene fandt vi imidlertid, at **oplevelsen af udbytte ikke forekommer at være entydigt relateret til klinikernes størrelse eller specialet.**

Speciallæger i solopraksis uden ansatte oplevede generelt et marginalt udbytte [klinik 4, 12, 13], men der var også en oplevelse af begrænset udbytte blandt større praksis med flere ansatte [klinik 3, 6, 7, 8, 9, 10]. Klinikken som havde en oplevelse af et væsentligt udbytte var en mindre klinik med én speciallæge og én sygeplejerske [klinik 15].

Flere af standarderne i akkrediteringsmodellen ikke var direkte relevante for de psykiatriske klinikker (bl.a. standarden om apparatur). Alligevel forekom vurderingen af udbyttet i disse klinikker ikke at være mere negativ end de to andre specialer, og den mest positive klinik tilhørte det psykiatriske speciale [klinik 15]. Generelt gav gynækologerne udtryk for at have fået et marginalt udbytte, mens oplevelsen blandt pædiaterne var mere blandet. I analysen af interviewene fandt vi imidlertid ingen forklaringer på forskelle i oplevet udbytte, der kan relateres direkte til karakteristika ved specialerne. Dette understøttes af eKVIS' spørgeskemaundersøttelse, hvor den interne variation i specialet i forhold til oplevet udbytte¹³, forekommer mere udtalt end forskelle specialerne imellem – om end der kan ses en tendens til, at gynækologerne generelt gav udtryk for et mindre udbytte sammenlignet med den samlede population af speciallæger (eKVIS, 2017a, eKVIS, 2018a, eKVIS, 2017b, eKVIS, 2018b).

Oplevelsen af udbytte forekommer heller ikke at være direkte relateret til omfanget af faktiske forandringer i klinikkerne. Klinikken, som oplevede at have fået mest ud af akkrediteringsproces-

¹³ I eKVIS' spørgeskemaundersøgelse blev speciallægerne bedt om at svare på, hvorvidt akkreditering har bidraget til øget systematik, skabt læring, øget fokus på kvalitetsudvikling, øget fokus på patientsikkerhed, øget fokus på samarbejdet og medvirket til konkrete forbedrings- eller udviklingstiltag.

sen, var ikke karakteriseret ved at have foretaget mange konkrete ændringer eller introduceret væsentligt nye måder at arbejde på. Der var tale om en klinik, som i forvejen arbejdede systematisk og med en vis grad af formalisering. Omvendt var der en overvejende oplevelse af marginalt udbytte i flere af de klinikker, som havde foretaget flere konkrete ændringer [klinik 7, 8, 9, 10]. Det kan virke paradoksalt, at de i flere klinikker beskrev konkrete ændringer og samtidig ikke oplevede et væsentligt udbytte. Dette tilsyneladende paradoks hænger sammen med den betydning, som speciallægerne og personalet tillagde forandringerne.

Samlet tegner der sig et mønster af, at speciallægenes vurdering af udbytte fortrinsvist afhænger af to forhold. For det første om akkrediteringsmodellen repræsenterede en ny måde at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling på i klinikkerne. For det andet om speciallægerne og personalet opfattede akkrediteringen som en mulighed for læring eller primært så akkreditering som udtryk for ekstern kontrol. Det uddyber vi i det følgende og opsummerer til slut i Figur 6.1.

6.2 Mulige forklaringer på variation i oplevet udbytte

I det følgende peger vi på andre faktorer end specialet, klinikstørrelsen og omfanget af ændringer i klinikkerne, som kan bidrage til at forklare variationen i oplevet udbytte. Denne del af analysen er inspireret af andre undersøgelser, som viser, at sundhedsprofessionelles forhåndsindstilling til akkreditering har betydning for deres oplevelse af udbytte (Waldorff et al., 2016, Pedersen et al., 2018, Hithcliff et al., 2013). Analysen af det empiriske materiale viste imidlertid også, at den eksisterende måde at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling i klinikkerne havde betydning for det oplevede udbytte.

Klinikker, hvor akkreditering udgjorde en ny måde at arbejde på

I nogle af de klinikker, hvor akkrediteringen introducerede en ny måde at arbejde på, gav personalet, og til dels speciallægerne, udtryk for, at akkrediteringen var en god anledning til at få 'ryddet op' i dokumenter, gennemgået procedurer og struktureret nogle arbejdsgange [1, 2, 5, 9, 12, 14]. De forklarede, at dette gav en vished for, at de havde '*styr på det hele*' og skabte en anledning til at reflektere over arbejdsorganiseringen i klinikken og i højere grad gøre hinanden opmærksomme på fejl og forglemmelser. Enkelte steder, hvor de stod over for et personaleskifte, forventede speciallæge og personale, at formaliseringen kunne bidrage til at skabe en lettere overgang [klinik 5]. **Når flere af speciallægerne i disse klinikker alligevel forholdt sig kritisk til klinikkens samlede udbytte af akkreditering, havde det at gøre med, at de ikke mente, at ændringerne havde nogen væsentlig betydning for den kliniske kvalitet** [klinik 1, 5, 9, 12, 14]. Mens de tillagde øget systematik og formalisering en positiv værdi, mente de, at akkrediteringsmodellens fokus på procedurebeskrivelser, egenkontrol og klinikkens interne organisering var forkert. De opererede med et mere snævert defineret kvalitetsbegreb, end akkrediteringsmodellen bygger på, og syntes ikke at anerkende DDKMs antagelse om, at klare arbejdsdelinger, faste procedurer og systematisk dokumentation udgør en præmis for høj kvalitet i diagnostik og behandling.

I andre af de klinikker, hvor akkrediteringen introducerede nye arbejdsmåder, blev formaliseringen af arbejdsgange ikke tillagt positiv betydning for den enkelte klinik. Speciallægerne i disse klinikker opfattede typisk de formaliserede arbejdsgange som en omstændelig og uflexibel måde at arbejde på, og så udarbejdelsen af retningsgivende dokumenter og systematisk dokumentation som noget, de gjorde for 'systemets skyld' [klinik 1, 5, 8, 9, 11, 13]. Speciallægerne i disse klinikker havde generelt vanskeligt ved at skelne mellem akkreditering, embedslægetilsynet og patientklagesystemet. Nogle forklarede, at de opfattede akkreditering som del af en samlet tendens til øget ekstern kontrol

med det kliniske arbejde, og tolkede det som udtryk for mistillid til dem som fagpersoner fra sundhedsmyndigheder og politikere [klinik 8, 9, 11]. Andre opfattede akkrediteringsmodellens fokus på procedurer og retningslinjer som udtryk for en bredere tendens til standardisering. De forklarede, at de så en grundlæggende konflikt mellem øget formalisering og deres mulighed for at tage udgangspunkt i patienternes individuelle behov, særligt patienter med komplekse og flere samtidige problemer [klinik 1, 11, 13].

”Det handler om afmagtsfølelsen i forhold til, at man ikke aner, om det, man laver, er okay eller for meget eller lidt.

Speciallæge, gynækologisk klinik [9]

Når speciallægerne i disse klinikker havde en oplevelse af et marginalt udbytte, hænger det sammen med, at de opfattede akkrediteringen som et tiltag, der fortrinsvis skulle tilfredsstille eksterne krav snarere end at bidrage til intern

udvikling. De anerkendte ikke akkrediteringsmodellens præmis om at fungere som et middel til læring, men så det udelukkende som et redskab til ekstern kontrol. De gik derfor heller ikke til arbejdet med en ambition om at bruge det som afsæt for intern udvikling.

I enkelte af de klinikker, hvor akkrediteringsmodellen introducerede en ny arbejdsmåde, havde processen op til akkrediteringssurveyen været præget af stress, angst og en oplevelse af afmagt [klinik 8, 9]. Dette hang blandt andet sammen med, at de oplevede det som uklart, hvad de skulle præstere for at opnå akkreditering, og hvad konsekvenserne af en eventuel manglende akkreditering ville være for dem som fagpersoner og for klinikken. Til trods for at akkrediteringsmodellen ikke er knyttet til autorisationssystemet havde nogle speciallæger tilsyneladende frygtet, at manglende akkreditering kunne have konsekvenser for deres autorisation¹⁴. Dette kan afspejle, at de ikke har skelnet klart mellem embedslægenes mandat i forbindelse med embedslægetilsynet og surveyornes opgave i forbindelse med akkrediteringssurvey. Usikkerheden om krav og konsekvenser medvirkede for nogle af speciallægerne til, at de lagde et meget stort arbejde i akkrediteringsprocessen og gjorde langt mere end de formelle krav, som fremgår af akkrediteringsmodellen¹⁵. **Når disse speciallæger umiddelbart efter akkrediteringssurveyen oplevede, at de ikke opnåede et udbytte, som stod mål med deres anstrengelser, kan det afspejle, at de havde investeret så meget tid og så mange mentale ressourcer i forsøget på at beskytte klinikken mod eventuel kritik, at belastningen overskyggede alt andet og blokerede muligheden for at bruge akkrediteringsprocessen til intern læring.**

Klinikker, som i forvejen arbejdede på de måder, som akkrediteringsmodellen lægger op til

I de klinikker, som i forvejen tilrettelagde arbejdet på den måde, som akkrediteringsmodellen lægger op til, anerkendte speciallægerne akkrediteringsmodellen som et muligt redskab til intern udvikling. Deres oplevelse af udbytte afhang primært af, hvordan de opfattede ambitionsniveauet i akkrediteringsmodellen sammenholdt med den eksisterende praksis for kvalitetssikring og -udvikling i klinikkerne.

¹⁴ Autorisation meddeles af Styrelsen for Patientsikkerhed, og denne kan i forbindelse med tilsyn foretage indskrænkninger af speciallægers virksomhedsområde og suspendere autorisationer, hvis det vurderes nødvendigt for patientsikkerheden (Sundheds- og Ældreministeriet, 2017).

¹⁵ For én af speciallægerne involverede det bl.a. en meget tidskrævende genlæsning af al eksisterende lovgivning knyttet til de 16 akkrediteringsstandarder.

I den klinik, hvor speciallægen vurderede udbyttet positivt, gav akkrediteringsprocessen anledning til ændringer, som speciallægen og sygeplejersken opfattede som relevante forbedringer [klinik 15]. Dette hænger sammen med, at de – i tråd med akkrediteringsmodellens præmis – opfattede systematisering og formalisering af klinikkens organisatoriske processer som en forudsætning for at kunne levere god klinisk kvalitet. **Når speciallægen i denne klinik vurderede udbyttet positivt, afspejler det, at akkrediteringsprocessen blev en anledning til at løfte sig fra den daglige drift, træde ind i en mere eksplicit lederrolle og gøre sig overvejelser om, hvordan de kan sikre de bedst mulige præmisser for det kliniske arbejde.**

"I den kliniske hverdag er der patienter hele tiden, og vi skal leve op til krav om, hvor mange patienter der skal igennem. [...] Akkreditering har i den sammenhæng været et krav om, at man også skulle løfte sig op og se på, hvordan man gør tingene. I en travl hverdag er der nødt til at være et eller andet krav om, at man skal løfte sig. Ellers tror jeg, man har tendens til at blive på gulvet og løse alle problemerne og gribe de bolde, man kan."

Speciallæge, psykiatrisk klinik [15]

Et par andre klinikker havde samme forståelse [klinik 3, 6, 7, 10]. I modsætning til speciallægen med den positive vurdering, fandt disse speciallæger, at målsætningerne i akkrediteringsmodellen var mindre ambitiøse end de målsætninger, de ellers satte for sig selv og deres personale. **Deres oplevelse af marginalt udbytte afspejler derfor, at akkrediteringsmodellen ikke tilførte klinikkerne noget nyt.**

"Det er altid spændende at møde noget nyt, men det har ikke været så visionært, som jeg havde forventet."

Speciallæge, gynækologisk klinik [6]

Én af disse speciallæger gav desuden udtryk for et mere principielt synspunkt om, at den eksterne kontrol kan medføre et uheldigt incitament til at sætte målene på et niveau, som klinikkerne er sikre på at kunne imødekomme, frem for på et niveau, så de tvinges til at stræbe efter det bedst mulige.

6.3 Opsummering

Opsummerende peger analysen på, at speciallægenes oplevelse af udbytte varierede, og at oplevelsen af udbytte for det første afhænger af, om akkrediteringsmodellen repræsenterede en ny måde at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling i klinikkerne, og for det andet om speciallægerne og personalet opfattede akkrediteringen som en mulighed for læring eller primært så akkreditering som udtryk for ekstern kontrol.

I de klinikker, hvor akkreditering introducerede en ny måde at arbejde på, var der forskel på, om speciallægerne overvejende opfattede akkrediteringsprocessen som udtryk for ekstern kontrol, eller om de gik til arbejdet med en ambition om at bruge det til læring. De speciallæger, som fortrinsvis opfattede akkrediteringen som ekstern kontrol, fandt typisk, at processen havde påvirket deres arbejdsmotivation negativt, og at deres udbytte var minimalt, eftersom de opfattede det som 'pligt opgaver' og derfor primært foretog ændringerne for at tilfredsstille eksterne krav. De speciallæger, som opfattede akkrediteringsprocessen som en mulighed for læring, fandt generelt, at øget systematik og formalisering medvirkede til en oplevelse af 'få mere orden' i interne procedurer, men ønskede, at akkrediteringsmodellen i højere grad fokuserede på klinisk kvalitet.

I de klinikker, som i forvejen arbejdede på de måder, som akkrediteringsmodellen lægger op til, gik speciallægerne generelt til akkrediteringsprocessen med en ambition om at opnå læring. Deres oplevelse af udbytte afhæng af, om de fandt, at de havde lært noget nyt. I flere af klinikkerne fandt speciallægerne, at udbyttet af akkrediteringsprocessen var marginalt, fordi de ikke oplevede at have fået tilført nye eller mere effektive redskaber til at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling i forhold til deres eksisterende praksisser. I én af klinikkerne oplevede speciallægen derimod, at akkrediteringsprocessen havde givet en tiltrængt mulighed for at kunne arbejde aktivt med ledelse og optimering af arbejdsgange og vurderede derfor, at klinikken havde fået et væsentligt udbytte.

Figur 6.1 opsummerer speciallægernes oplevelse af udbytte. I samtlige de klinikker, som i forvejen arbejdede på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskrev, gik speciallægerne til arbejdet med akkreditering med en ambition om at bruge det til læring. Derfor er der ingen klinikker, som placerer sig i figurens nederste højre hjørne.

Figur 6.1 Hvad har betydning for oplevelsen af udbytte?

		Eksisterende tilgang til arbejdet med kvalitetssikring- og udvikling	
		Er akkrediteringsmodellen en ny måde at arbejde på?	
		Ja	Nej
Forhåndsindstilling til akkreditering	Ja	Oplevelse af at få styr på tingene og lettere arbejdsgange i klinikken ... men ville dog hellere arbejde med klinisk kvalitet	Oplevelse af at kunne arbejde med lederrollen og optimere arbejdsgange ... men oplevelse af, at akkreditering ikke nødvendigvis tilførte noget nyt
	Nej	Oplever, at efterlevelse af standarder kun er for systemets skyld Oplevelse af akkrediteringsmodellen som udtryk for mistillid, ekstern kontrol og en belastning	-

Kilde: Forankring af akkreditering i speciallægepraksis, VIVE 2019

7 Klinikkernes fastholdelse af forandringer

I dette kapitel gennemgås speciallægenes og personalets beskrivelser af, hvilke forandringer de har fastholdt frem til tidspunktet for anden interviewrunde. Det vil sige godt halvandet år efter klinikernes første akkrediteringssurvey og omkring et år før klinikernes anden survey. Kapitlet bygger på interviewmateriale fra den opfølgende undersøgelse. Eftersom eKVIS' spørgeskemaundersøgelse ikke kortlægger fastholdelsen af forandringer over tid, har det ikke været muligt at sammenholde resultaterne fra de to undersøgelser i dette kapitel.

7.1 Fastholdelse afhænger af, hvordan ændringerne vurderes i klinikkerne

Også i denne del af analysen viste det sig, at klinikernes størrelse og specialet havde mindre betydning end forventet. Der sås heller ikke et entydigt mønster sådan, at ændringer knyttet til visse akkrediteringsstandarder er fastholdt, mens ændringer knyttet til andre standarder er gledet ud. Ændringer foretaget i relation til en given standard kunne således være fastholdt i én klinik, men være gledet ud i en anden klinik.

Dette hænger sammen med, at speciallægenes og personalets *vurdering* af ændringerne havde betydning for fastholdelsen, og som beskrevet i kapitel 6 varierer disse vurderinger. Fra første til anden interviewrunde kunne vi ikke identificere væsentlige forandringer i speciallægenes og personalets generelle holdning til akkreditering og deres vurderinger af de forandringer, de havde foretaget i klinikkerne. Typisk gav de dog udtryk for, at de følte sig mindre presset af den forestående anden akkrediteringsrunde, fordi de forventede et stort sammenfald med kvalitetsstandarderne fra første akkrediteringsrunde.

Det var karakteristisk for de ændringer, som var fastholdt, at speciallægerne og personalet vurderede, at de bidrog til lettere arbejdsgange eller konkrete forbedringer eller var udtryk for skærpet opmærksomhed omkring den juridiske ramme, som speciallægeklinikker arbejder under. Derudover spillede bevidstheden om, at der skulle gennemføres en anden akkrediteringsrunde også en rolle for fastholdelsen af visse forandringer. Omvendt var det karakteristisk for de ændringer, som ikke blev fastholdt, at speciallægerne og personalet ikke oplevede dem som et positivt bidrag til arbejdsgange eller den leverede kliniske kvalitet i klinikkerne. I nogle tilfælde gav speciallægerne udtryk for, at de opfattede kravene i akkrediteringsmodellen som vanskelige at arbejde med eller decideret meningsløse i forhold til den kliniske praksis – og da de ikke fandt, at der var en betydelig risiko for sanktion ved manglende fastholdelse, gled disse ændringer ud.

I det følgende beskriver vi først, hvilke metoder til egenkontrol klinikkerne har henholdsvis fastholdt og ikke fastholdt samt speciallægenes begrundelser herfor. Derefter beskriver vi fastholdelsen af ændringer i relation til konkrete standarder og speciallægenes begrundelser for, hvorfor ændringerne er fastholdt eller gledet ud. Samlet tegner der sig et billede af, at fastholdelsen af forandringer fortrinsvis afhænger af to forhold. For det første har det betydning, om speciallægerne og personalet oplever ændringerne som meningsfulde. For det andet er det væsentligt, hvordan de vurderer risikoen for sanktion ved manglende fastholdelse. Denne sammenhæng opsummeres til sidst i kapitlet i Figur 7.1.

7.2 Fastholdelse af metoder til egenkontrol

I langt de fleste klinikker var **årshjulet eller en anden fast struktur for løbende opfølgning og kontrol af klinikkens apparatur, medicin, indsendelse af sporprøver m.m. fortsat i brug** ved den opfølgende undersøgelse som en måde at sikre systematik i klinikkens løbende kvalitetskontrol [klinik 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 14, 15]. Dette gjaldt både klinikker, som i forvejen havde arbejdet meget struktureret med kvalitetskontrol, og de, som havde organiseret arbejdet på en mere uformel måde. Årshjulet var ifølge flere af speciallægerne og deres personale et eksempel på et tiltag, som de oplevede som meningsfuldt, fordi det **bidrog til lettere arbejds gange**. De forklarede, at det gav en klar arbejdsdeling og en vis sikkerhed for, at de enkelte aktiviteter bliver gjort, fordi ingen er i tvivl om, hvad der skal gøres, eller hvem der har ansvar for det. Nogle speciallæger gav udtryk for, at de oplevede det som en lettelse, at de ikke skulle huske personalet på at foretage den løbende egenkontrol, og at det gjorde opgaveoverdragelsen lettere i tilfælde af personaleudskiftning.

”Man kan sige, at der jo er kommet lidt mere struktur på det der med at holde øje med udløbsdatoer og utensilier, og den måde er det overskueligt – også det her med, hvornår vores instrumenter og udstyr skal kigges efter og sådan noget”.

Speciallæge, gynækologisk klinik [8]

I de fleste klinikker havde de gennemført de påkrævede journalaudits i perioden mellem første og anden interviewrunde eller planlagde at gennemføre en journalaudit inden anden akkrediteringssurvey [klinik 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15]. De fleste speciallæger fortalte dog, at **journalaudit var blevet foretaget, fordi de vidste, at det ville blive genstand for ekstern kontrol** ved anden akkrediteringsrunde [klinik 4, 7, 9, 11, 13, 14], og nogle bemærkede, at de ikke forventede at fortsætte med denne praksis [klinik 7, 8, 9, 11, 13, 14]. På trods af, at flere af speciallægerne umiddelbart efter akkrediteringssurvey beskrev den systematiske journalaudit som en velegnet metode til egenkontrol, forklarede de ved den opfølgende undersøgelse, at de ikke ville prioritere klinikkens ressourcer til systematisk journalaudit fremover, fordi de **betvivlede, at metoden ville bidrage med nye indsigter**. De fremhævede, at de ikke havde identificeret ret mange eller store mangler ved den første journalaudit og opfattede dette som en bekræftelse af, at deres eksisterende rutiner var tilfredsstillende. I én klinik havde speciallægen en forventning om at fortsætte med journalaudits på trods af, at vedkommende ikke havde identificeret nogle mangler. Denne speciallæge begrundede det med en **generel opfattelse af, at journalaudit er et godt redskab** til at skabe sig vished om, at ens praksis er tilfredsstillende [klinik 15].

”Hvis jeg kunne slippe [for journalaudit, red.], gjorde jeg det gerne [...] Jeg synes ikke, der er meget læring i det, for jeg ved godt, hvornår jeg får skrevet en halvårlig journal, og hvornår journalen er god. Jeg sidder hver dag og gennemgår dem, før jeg sender lægebrev til egen læge.”

Speciallæge, gynækologisk klinik [9]

7.3 Fastholdelse af ændringer i relation til konkrete standarder

Det er **vanskeligt at afgøre, om brugen af retningsgivende dokumenter for diagnostik og behandling var fastholdt** ved anden interviewrunde. Mens en del speciallæger ved første interviewrunde forklarede, at det havde givet et nyttigt overblik at skabe overblik over de relevante kliniske retningslinjer, forklarede de ved anden interviewrunde, at de sjældent konsulterede disse oversigter.

De beskrev, at de typisk konsulterede andre speciallæger inden for samme speciale eller slog retningslinjer op på internettet, hvis de var i tvivl om noget fagligt. Det kliniske personale fortalte, at de konsulterede speciallægen, hvis de blev i tvivl om den rette fremgangsmåde frem for at konsultere de retningsgivende dokumenter. I disse klinikker blev oversigten over retningsgivende dokumenter, således ikke opfattet som et bidrag til en bedre klinisk praksis. I nogle klinikker var der ansat medicinstuderende til at udføre visse kliniske undersøgelser og gå til hånde i klinikken. I disse klinikker gav speciallægerne derimod udtryk for, at retningsgivende dokumenter var vigtige og i brug, da de bad nyansat personale om at læse op på procedurer inden for egne ansvarsområder [klinik 3, 7, 9, 10]. Her skal det dog bemærkes, at flere af de klinikker, som havde ansat medicinstuderende havde udarbejdet retningsgivende dokumenter før akkrediteringen, og der således er tale om fastholdelse af en praksis, de havde i forvejen. I ingen af klinikkerne var der foretaget justeringer af retningsgivende dokumenter i perioden mellem første og anden interviewrunde, og der var ikke etableret nye rutiner eller procedurer for at sikre regelmæssig opdatering af retningsgivende dokumenter, fordi speciallægerne foretrak at justere deres arbejdsgange løbende, når de oplevede et behov. Speciallægerne forklarede, at de ville gennemgå retningslinjerne som forberedelse til anden akkrediteringsrunde, fordi det var et krav [klinik 4, 7, 8, 9].

De speciallæger, som havde indført øget systematik i forbindelse med **opfølgning på parakliniske undersøgelser, visitation og henvisning**, forklarede, at dette gav mening i den kliniske hverdag, fordi det bidrog til at sikre lettere arbejdsgange i klinikken [klinik 1, 2, 15]. Det var derfor ændringer, som de ønskede at fastholde, og udbygge hvis de blev bekendt med nye tilgange eller metoder.

Nye procedurer for generel rengøring, afspritning og rengøring af instrumenter var også fastholdt i de klinikker, hvor akkrediteringsmodellen havde givet anledning til ændringer. Nogle af speciallægerne gav udtryk for, at **de oplevede ændringerne som en relevant forbedring** [klinik 2, 3, 7], mens andre lagde vægt på, at det var et eksternt krav. Sidstnævnte forklarede, at de fastholdt ændringerne, selvom de ikke nødvendigvis fandt alle kravene meningsfulde, fordi de anså det som en **forudsætning for at opnå akkreditering** ved den kommende akkrediteringsrunde [klinik 10, 11, 12, 13, 14]. De fastholdt altså ændringerne på grund af en vurderet risiko for sanktion (manglende akkreditering). I denne gruppe indgik der en klinik i gynækologi, som havde fået pålagt en helt ny procedure for rengøring af instrumenter (inklusive nyt apparatur), og efter speciallægens vurdering uden overbevisende argumenter for, at den nye procedure skulle være bedre end den gamle. De resterende klinikker i denne gruppe var psykiatriske klinikker, som ikke oplevede, at de skærpede hygiejneprocedurer havde betydning for patientbehandlingen.

De fraser og makroer, som var blevet indarbejdet i patientjournalerne, var også fortsat i brug i alle klinikker ved den opfølgende undersøgelse, og speciallægerne forventede, at de ville fastholde disse uafhængigt af, om der bliver foretaget yderligere akkrediteringssurveys. En speciallæge forklarede, at standardiseringen af journalnotaterne var meningsfuld, fordi det gav en **sikkerhed for ensartethed i journalnotaterne** og derved bidrog til en **lettere arbejdsgang** [klinik 1].

Andre gav derimod udtryk for, at standardiseringen gør det vanskeligere at finde den fagligt relevante information i journalen for speciallægerne selv og deres samarbejdspartnere, fordi tekstmængden øges betragteligt [3, 7, 8, 11,

"Nu laver jeg simpelthen skabeloner for alle mine [journalnotater, red.]. [...] Jeg kan ikke se, at det har gjort, at jeg spørger om andre ting – men jeg får det dokumenteret i systemet. Det er af hensyn til systemet og min egen bagdel. Det er ikke af hensyn til patienten."

Speciallæge, pædiatrisk klinik [4]

13] ¹⁶. De fastholdt imidlertid ændringerne på grund af bevidsthed om de **specifikke juridiske krav**, som gælder for journalføring og en erkendelse af, at grundig dokumentation i henhold til de juridiske krav er en forudsætning for at kunne beskytte sig selv og personalet ved eventuelle klagesager. Selvom disse speciallæger ikke fandt alle ændringerne i forhold til journalføring meningsfulde, fastholdt de dem alligevel på grund af en vurderet risiko for sanktion ved ekstern kontrol (fortrinsvis klagesager eller tilsyn).

Ved anden interviewrunde var **rutinerne omkring diskretion og håndtering af personfølsomme oplysninger ligeledes fastholdt** i de klinikker, som havde foretaget ændringer. Mens speciallægerne gav udtryk for, at de fandt området vigtigt, forklarede de også, at det var implementeringen af EU's databeskyttelsesforordning med dens specifikke juridiske krav, som bidrog til at fastholde deres fokus på håndtering af personfølsomme oplysninger. Dermed gav de udtryk for, at fastholdelsen af ændringerne fortrinsvis var betinget af et eksternt juridisk krav med tilhørende risiko for sanktion ved manglende efterlevelse.

Standarden om **patientidentifikation** handler både om at sikre, at de rette undersøgelser og behandling gives til den rette patient, og at de rette recepter, prøver og lignende registreres til den rette patient (IKAS, 2014). Formålet er at sikre sig mod forvekslinger, og dette formål erklærede speciallægerne sig generelt enige i. Samtlige speciallæger gav udtryk for, at det er relevant og vigtigt at sikre sig, at de rette recepter og prøver registreres til den rette patient, og i de klinikker, hvor der var introduceret ændringer i forbindelse hermed, fortalte speciallægerne ved den opfølgende undersøgelse, at ændringerne var fastholdt [klinik 2, 7, 11, 12,]. Derimod forklarede flere af speciallægerne, at de til første akkrediteringsrunde havde indført procedurer for at råbe patienten op i venteværelset ved fulde navn og bede dem sige deres CPR-nummer i starten af en konsultation. Denne praksis havde en af speciallægerne imidlertid ikke fastholdt, fordi vedkommende fandt det rigtigt i den daglige praksis (klinik 7) – særligt i de tilfælde, hvor speciallægen kender patienten godt.

Også initiativer til **indsamling og opfølgning på patientoplevelt kvalitet** var i mange klinikker gledet i baggrunden, fordi de i klinikkerne oplevede det vanskeligt at arbejde med. Her var en oplevet mangel på brugbare metoder ifølge speciallægerne den primære udfordring (jf. afsnit 5.1.16).

Indrapportering af utilsigtede hændelser (UTH) og arbejdet med tilbagemeldinger fra patienter var i flere af klinikkerne gledet i baggrunden ved anden interviewrunde. I flere af de klinikker, hvor der var blevet indført nye procedurer for arbejdet med UTH, forklarede speciallægerne og personalet, at disse var fastholdt [klinik 1,2, 8, 9, 15] – i en klinik havde de fx bibeholdt en kasse til løbende opsamling af UTH, som kunne drøftes på næste personalemøde [klinik 2]. Imidlertid havde det ikke givet anledning til nogen UTH-indberetninger i de pågældende klinikker, da der ikke havde været noget at indberette. Desuden indikerede interviewene, at speciallægerne var usikre på, hvad der skal forstås ved en UTH samt formålet med indberetning (jf. afsnit 5.1.4)¹⁷. Derfor er det vanskeligt at tale om en egentlig forankring af arbejdet med UTH i disse klinikker.

¹⁶ Eksempelvis opfattede flere af speciallægerne, at det var overflødigt at skrive, at patienten har givet samtykke til en bestemt behandling, da de, efter eget udsagn, aldrig går i gang med en behandling, uden at patienten giver samtykke. At indhente samtykke i dialogen med en patient blev altså opfattet som et relevant fokusområde men et område, som de allerede var opmærksomme på, og som flere beskrev som en helt selvfølgelig del af deres dialog med patienterne. Derfor var det i disse speciallægers optik mere relevant at notere, når patienter *ikke* samtykker til en bestemt behandling [klinik 4, 7].

¹⁷ I flere af klinikkerne beskrev speciallægen eller personalet situationer, som de definerede som 'fejl', men hvor de enten rettede op på fejlen i den aktuelle situation, slog sig til tåls med, at årsagen til fejlen skulle findes et andet sted (fx henvisninger til hospitalet, som er gået tabt), eller de ikke anså det som alvorligt nok, fx fordi der ikke var sket patientskade.

7.4 Opsummering

Opsummerende tegner undersøgelsen et billede af, at klinikkerne fastholdt nye praksisser, hvis speciallægerne og personalet vurderede, at de bidrog til en lettere arbejdsgang eller konkrete forbedringer – uagtet om der var ekstern kontrol. Omvendt blev nye initiativer, som speciallægerne og personalet ikke fandt meningsfulde, kun fastholdt, hvis de vurderede, at manglende efterlevelse var forbundet med betydelig risiko for sanktion. Sanktion skal her forstås bredt som negative konsekvenser for klinikken og klinikejeren rangerende fra manglende akkreditering til kritik i forbindelse med klagesager samt faglige påtaler, påbud og andre tilsynsforanstaltninger. Dette er opsummeret i Figur 7.1.

Figur 7.1 Hvad har betydning for fastholdelsen af forandringer?

		Opleves ændringerne som meningsfulde?	
		Ja	Nej
Er der en forventning om sanktion?	Ja	Ændringer fastholdes	Ændringer fastholdes
	Nej	Ændringer fastholdes	Ændringer fastholdes ikke

Kilde: Forankring af akkreditering i speciallægepraksis, VIVE 2019

8 Diskussion

Vi har i de foregående kapitler belyst, hvordan speciallæger og personale i tre udvalgte specialer har modtaget DDKM og arbejdet med at forberede deres første akkrediteringssurvey, hvilke forandringer dette arbejde gav anledning til i klinikkerne, hvordan speciallægerne og personalet vurderede udbyttet af processen, hvilke forandringer klinikkerne har fastholdt i perioden mellem to akkrediteringer, og hvad der kan medvirke til at forklare forskelle i fastholdelsen. I dette kapitel diskuterer vi først resultaterne i relation til andre undersøgelser om akkreditering i sundhedsvæsenet, og præsenterer derefter overvejelser om resultaternes generaliserbarhed.

Generelt er kliniske effekter og omkostningseffektiviteten af akkreditering mangelfuldt belyst i den eksisterende litteratur, mens der er mere forskningsbaseret viden om organisatoriske implikationer. Der er derfor fortsat mangel på viden om effekten af akkreditering på kliniske kvalitetsmål – hvilket de praktiserende speciallæger, som deltog i denne undersøgelse, også påpegede og efterspurgte.

Overordnet set bekræfter denne undersøgelse tidligere studier af akkreditering i sundhedssektoren, som viser, at akkreditering har betydning for organiseringen af arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling og bidrager til at skabe øget opmærksomhed om disse aktiviteter (fx Greenfield, Braithwaite, 2008, Hithcliff et al., 2012, Madsen, 2015, Braithwaite et al., 2010). I eksisterende studier af akkreditering i sundhedsvæsenet forklares varierende engagement og omfanget af organisatoriske forandringer typisk med forskelle i sundhedsprofessionelles indstilling til akkreditering. Det finder vi også i denne undersøgelse og specifikt i relation til, om akkreditering opfattes som et middel til ekstern kontrol eller et middel til intern læring.

Undersøgelsen bidrager til den eksisterende forskning ved at pege på, at ikke blot de sundhedsprofessionelles indstilling til akkreditering har betydning for deres vurdering af udbytte. Klinikernes organisatoriske udgangspunkt for arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling er også væsentligt for deres vurdering. Dertil bidrager undersøgelsen til eksisterende forskning via indsigt i, hvad der betinger fastholdelse af de forandringer, som er foranlediget af akkreditering. Undersøgelsen peger på, at fastholdelsen dels afhænger af, hvorvidt speciallægerne og personalet vurderer ændringerne som meningsfulde, og dels hvordan de vurderer risikoen for sanktion ved manglende fastholdelse. Det uddyber vi i det følgende, hvor vi diskuterer undersøgelsens primære fund op imod akkrediteringsmodellens formål samt eksisterende undersøgelser af akkreditering i sundhedssektoren.

8.1 Organisatoriske forandringer og oplevet udbytte

Flere litteraturstudier om akkreditering i sundhedssektoren fremhæver, at en af de væsentligste effekter af akkreditering er, at det medfører organisatoriske forandringer (*'organizational impact'*) og forandringer i konkrete procedurer (Hithcliff et al., 2012, Greenfield, Braithwaite, 2008). Her er eksempelvis tale om øget opmærksomhed på kvalitetssikring og -udvikling (svarende til PDSA-systematik), standardisering af behandlingsprocedurer og organisatoriske forandringer. Denne undersøgelse viser i tråd hermed, at der ifølge speciallægerne og personalet er foretaget visse ændringer i forhold til konkrete arbejdsgange samt organisering og dokumentation af arbejdet i klinikkerne.

Som beskrevet i afsnit 2.4 skal DDKM tjene flere formål, herunder at styrke den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet, fremme patientsikkerhed og tværsektorielt samarbejde samt synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Disse hensyn er søgt afspejlet i valget af kvalitetsstandarder og -indikatorer under hensyntagen til, at kvalitetsmodellen ikke måtte blive for omfattende, samt at modellen skulle leve op til ISQua-krav (se afsnit 2.4.2). Ved implementeringen af modellen har

eKVIS lagt vægt på, at akkrediteringsprocessen skulle styrke speciallægeklinikkernes kapacitet til systematisk egenkontrol og organisatorisk læring i tråd med grundidéen i PDSA-cirklen. Akkrediteringen skulle således anspore til organisatoriske forandringer, der kan understøtte klinikkernes eget arbejde med kontinuerlig kvalitetssikring og -udvikling. Metoderne ansporer til systematik i forhold til målfastsættelse og opfølgning og understøtter tilstedeværelsen af tydelige retningslinjer og klare ansvars- og arbejdsfordelinger.

Denne undersøgelse peger på, at de mest markante organisatoriske forandringer er rapporteret i de klinikker, der ikke i forvejen har arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskriver, men har været præget af mere uformel arbejdsorganisering. I disse klinikker har akkrediteringsprocessen generelt medvirket til at formalisere og strukturere eksisterende praksisser. Speciallægenes vurdering af disse organisatoriske forandringer varierede. Deres vurdering afhang af, hvorvidt de betragtede akkrediteringsprocessen som en mulighed for læring eller fortrinsvis som ekstern kontrol. De speciallæger, som opfattede akkrediteringsprocessen som en mulighed for læring, fandt generelt, at øget systematik og formalisering medvirkede til en oplevelse af 'få mere orden' i interne procedurer, men ønskede, at akkrediteringsmodellen i højere grad fokuserede på klinisk kvalitet. De speciallæger, som fortrinsvis opfattede akkrediteringen som ekstern kontrol, fandt typisk, at processen havde påvirket deres arbejdsmotivation negativt, og at deres udbytte var minimalt, eftersom de opfattede det som 'pligt opgaver' og derfor primært foretog ændringerne for at tilfredsstille eksterne krav.

I de speciallægeklinikker, som i forvejen arbejdede med kvalitetssikring og -udvikling på en meget formaliseret og struktureret måde, var den strukturerede journalaudit det eneste nye element. I disse klinikker afhang speciallægenes vurdering af udbyttet af, hvorvidt de opfattede akkrediteringsmodellens målsætninger som relevante for klinikkens egne målsætninger. De speciallæger, som fandt akkrediteringsmodellens målsætninger for uambitiøse, sammenlignet med klinikkens egne målsætninger, vurderede, at udbyttet var minimalt, fordi processen ikke havde bidraget med ny læring. I én klinik, hvor speciallægen opfattede akkrediteringsmodellens målsætninger som relevante for klinikkens egne mål, blev udbyttet derimod vurderet overvejende positivt.

8.2 Forankring af akkreditering

Vi har i denne undersøgelse defineret forankring af akkreditering som det, der sker, når metoder til kontinuerlig og systematisk egenkontrol og internt udviklingsarbejde bliver en integreret del af driften og arbejdsorganiseringen i organisationer – også i perioder mellem ekstern kontrol. Forankring kræver dermed, at speciallægerne og personalet tager arbejdsmetoderne, som er introduceret med akkreditering, til sig og fastholder dem som en del af den måde, de organiserer arbejdet på i klinikkerne.

Samlet tegner denne undersøgelse et billede af, at der er foretaget flere konkrete ændringer i klinikkerne som følge af første akkrediteringsrunde, og at klinikkerne har arbejdet med metoderne til egenkontrol. En del af ændringerne var fastholdt i perioden mellem de to akkrediteringsrunder – men af forskellige årsager. Overordnet set afhænger fastholdelsen af to forhold. For det første har det betydning, om speciallægerne og personalet oplever ændringerne som meningsfulde. For det andet er det væsentligt, hvordan de vurderer risikoen for sanktion ved manglende fastholdelse.

Klinikkerne fastholdt således nye praksisser, hvis speciallægerne og personalet vurderede, at de bidrog til en lettere arbejdsgang eller konkrete forbedringer – uagtet om der var ekstern kontrol. Omvendt blev nye initiativer, som speciallægerne og personalet ikke fandt meningsfulde, kun fastholdt, hvis de vurderede, at manglende efterlevelse var forbundet med betydelig risiko for sanktion.

Sanktion skal her forstås bredt som negative konsekvenser for klinikken og klinikejeren rangerende fra manglende akkreditering til kritik i forbindelse med klagesager samt faglige påtaler, påbud og andre tilsynsforanstaltninger. I disse tilfælde blev forandringerne primært foretaget og fastholdt for 'systemets' skyld, uden at det havde en reel kobling til klinisk praksis – eksempelvis blev risikostyringsskemaer i flere klinikker udarbejdet med det formål at kunne præsentere dokumentet til akkrediteringsurvey, uden at det ifølge speciallægerne ændrede på den kliniske praksis.

Denne undersøgelse viser ikke et entydigt mønster i forhold til, hvilke af de nye arbejdsmetoder og ændrede arbejdsgange der blev anset som meningsfulde i klinikkerne. Dette afspejler, som beskrevet ovenfor, at speciallægerne i udgangspunktet havde forskellige indstillinger til og forskellige organisatoriske forudsætninger for at gå ind i arbejdet med akkreditering.

Ambitionen i DDKM om at anspore til systematisk egenkontrol samt kontinuerlig refleksion og læring var allerede en integreret del af arbejdet i en del af klinikkerne, mens det i andre klinikker repræsenterede en ny måde at forholde sig til sit arbejde på. I de klinikker, som i forvejen arbejdede på de måder, som akkrediteringsmodellen foreskriver, kan man ikke tale om, at der er sket en forankring af nye metoder – højst en justering af eksisterende praksisser. I én klinik forventede de dog at fortsætte med journalaudit, fordi de så det som et brugbart redskab til egenkontrol.

I de klinikker, hvor akkreditering introducerede nye arbejdsmåder, tyder undersøgelsen på, at akkrediteringsprocessen har bidraget til øget systematik i klinikernes årsplanlægning, og at dette er blevet fastholdt i perioden mellem de to akkrediteringsrunder. Derudover er der sket en formalisering af visse arbejdsgange og arbejdsdelinger via krav om procedurer og retningslinjer, men uden at der er etableret en ny, fast praksis for at gennemse og forny eksisterende procedurer, hvorfor det er vanskeligt at tale om, at der er sket en egentlig forankring. Endvidere peger undersøgelsen på, at journalaudit også er fastholdt i disse klinikker, fordi det er et eksternt krav, som de forventer kontrol af ved anden akkrediteringsrunde, og at denne praksis derfor ikke er forankret som en del af klinikens interne rutiner til kvalitets-sikring og -udvikling.

8.3 Speciallægenes indstilling til akkreditering er betydningsfuld

På linje med eksisterende studier (Pedersen et al., 2018, Waldorff et al., 2016, Hithcliff et al., 2013), viser denne undersøgelse, at der er betydelig variation i sundhedsprofessionelles indstilling til akkreditering, og at dette kan have betydning for, hvordan de går til arbejdet med akkreditering, og hvilket udbytte de oplever af akkrediteringsprocessen. Mens flere af de deltagende speciallæger i denne undersøgelse på forhånd havde en negativ indstilling til akkreditering, idet de anså akkreditering for at være udtryk for mistillid og eksternt kontrol, havde andre forhåbninger om intern læring og udvikling, og gav udtryk for, at de var gået til arbejdet med akkreditering med en mere positiv indstilling.

En spørgeskemaundersøgelse fra dansk almen praksis (Waldorff et al., 2016) viser også, at omkring halvdelen af de praktiserende læger havde en negativ forhåndsindstilling til akkreditering, mens omkring en femtedel på forhånd var positivt eller meget positivt indstillet. Desuden pegede undersøgelsen fra dansk almen praksis på, at en negativ forhåndsindstilling var associeret med en opfattelse af, at akkreditering er et redskab til eksternt kontrol, en forventning om, at akkrediteringsprocessen kan påvirke ens arbejdsglæde negativt samt med en generelt lavere tilfredshed med sin jobsituation¹⁸. Et australsk interviewbaseret studie blandt sundhedsprofessionelle (både primær og sekun-

¹⁸ De fandt desuden, at negativ indstilling til akkreditering var mest prævalent blandt mandlige læger, læger i højere aldersgrupper og i solopraksis (Waldorff et al., 2016).

dær sektor) fandt, at manglende forventning om et positivt udbytte har betydning for sundhedsprofessionelles engagement i akkrediteringsarbejdet, forstået på den måde, at de prioriterer mindre tid og opmærksomhed til dette arbejde (Hithcliff et al., 2013). I denne undersøgelse fandt vi ikke en entydig sammenhæng mellem speciallægenes indstilling og den arbejdsindsats, de yder, idet der også blev ydet en stor arbejdsindsats i en del af de klinikker, hvor speciallægen havde en negativ indstilling til akkreditering. Blandt disse speciallæger var arbejdsindsatsen ikke betinget af en forventning om internt udbytte – fx i form af læring eller effektivisering af driften – men snarere drevet af en frygt for ikke at opnå akkreditering.

Eksisterende studier har vist, hvordan styringstiltag, der opfattes som udtryk for mistillid, kan fortrænge eller undertrykke intern arbejdsmotivation (*intrinsic motivation*) hos professionelle, som er underlagt styringstiltaget (Andersen, Pedersen, 2014). Et survey-eksperiment foretaget af akkreditering i dansk almen praksis fandt ikke empirisk støtte for, at deltagelse i akkreditering reducerede de alment praktiserende lægers generelle arbejdsmotivation. Derimod blev det konkluderet, at akkreditering så ud til at kunne øge arbejdsmotivationen blandt de læger, som gik ind i akkrediteringsprocessen med en opfattelse af, at akkreditering er et redskab, som kan bidrage til kvalitetsudvikling (Pedersen et al., 2018). Denne undersøgelse indikerer i tråd hermed, at akkreditering kan bidrage positivt til oplevet arbejdsmotivation blandt speciallæger, som gik ind i arbejdet med en positiv forventning – men forudsat at de oplevede en reel læring. I kontrast til survey-eksperimentet fra almen praksis peger denne undersøgelse derimod også på, at arbejdet med akkreditering smittede negativt af på arbejdsmotivationen hos nogle af de speciallæger, der har følt sig meget presset og usikre i perioden op til akkrediteringssurveyen.

Designet af denne undersøgelse giver ikke mulighed for at afgøre, hvor udbredt de forskellige indstillinger var blandt speciallægerne generelt, og eKVIS' spørgeskemaundersøgelse giver heller ikke indsigt heri¹⁹. Derfor kan vi blot konstatere, at de deltagende speciallæger gav udtryk for forskellig indstilling til akkreditering, og at dette havde betydning for deres oplevelse af udbytte, men vi kan ikke udlede omfanget af positiv og negativ indstilling eller fastslå, hvordan indstillingen måtte knytte sig til karakteristika ved speciallægerne eller klinikkerne.

8.4 Speciallægenes vurderinger af akkrediteringsprocessen afspejler deres kvalitetsforståelse

Undersøgelsen indikerer ikke, at oplevelser af manglende eller minimalt udbytte blandt speciallægerne afspejler en generel modstand mod eksterne kvalitetskrav. Tværtimod gav speciallægerne udtryk for, at høj kvalitet er et kardinalpunkt for dem og betonedede vigtigheden af at anspore løbende faglig udvikling. Imidlertid opererede en del af speciallægerne med et andet kvalitetsbegreb, end akkrediteringsmodellen lægger op til.

Blandt beslutningstagere forstås kvalitet i sundhedsvæsenet ofte bredt som mindst mulig risiko for patientskade, høj professionel standard, høj patienttilfredshed, helhed i patientforløbet og effektiv ressourceudnyttelse (Knudsen, 2008, Sundhedsstyrelsen, 1993), og der knytter sig en række tilgange til det centraliserede og formaliserede arbejde med kvalitetssikring og -udvikling, som akkreditering er udtryk for (Kjærgaard et al., 2001). Forandringerne, som er foretaget i speciallægeklinikkerne, er i tråd med politiske ønsker om at styrke klinikernes kapacitet til at arbejde systematisk med kvalitetssikring og -udvikling. Når en del af speciallægerne i denne undersøgelse ikke tillægger forandringerne positiv betydning, afspejler det, at de vurderede udbyttet af akkrediteringen i forhold

¹⁹ Det skyldes, at eKVIS' spørgeskemaundersøgelse af de praktiserende speciallægers oplevelse og erfaringer med akkreditering fokuserer på oplevet udbytte efter første akkrediteringsbesøg.

til processens betydning for den kliniske kvalitet. Akkreditering bygger på en antagelse om, at systematik i forhold til målfastsættelse og løbende opfølgning samt tydelige retningslinjer og klare ansvars- og arbejdsfordelinger udgør en forudsætning for at kunne levere høj klinisk kvalitet.

En del af speciallægerne i denne undersøgelse var indforstået med denne præmis. Andre betvivlede den. Adspurgt om akkreditering havde bidraget til øget fokus på kvalitet i klinikken forklarede disse speciallæger typisk, at det havde givet øget fokus på dokumentation og medført højere grad af formalisering og skriftlighed, men at dette ikke havde haft positiv betydning for patientbehandlingen. De opererede med et mere snævert defineret kvalitetsbegreb, end akkrediteringsmodellen bygger på, og anerkendte ikke DDKMs antagelse om, at klare arbejdsdelinger, faste procedurer og systematisk dokumentation udgør en præmis for høj kvalitet i diagnostik og behandling. Derimod betone de vigtigheden af fleksibel arbejdsdeling, løbende og tæt mundtlig kommunikation og mulighed for hurtig tilpasning af arbejdsprocesser for at få den kliniske hverdag til at fungere hensigtsmæssigt, og udtrykte ønske om at kunne fokusere på den kliniske kvalitet.

Det har været uden for denne undersøgelses formål at belyse, hvorvidt og hvordan øget struktur og formalisering af arbejdsorganiseringen i klinikkerne påvirker forekomsten af kvalitetsproblemer såsom suboptimale behandlingsresultater, utilsigtede hændelser, lav patienttilfredshed, manglende personaletrivsel mv. Det skal dertil nævnes, at der generelt mangler og efterspørges studier, der kan belyse effekten af akkreditering baseret på mere patientnære mål (Buetow, Wellingham, 2003, Hithcliff et al., 2012, Hithcliff et al., 2013). Derfor kan det blot konstateres, at den kliniske kvalitet er afgørende for speciallægerne, og at en del af dem ikke er overbevist om, at akkrediteringsmodellen i dens nuværende form kan bidrage til at fremme den kliniske kvalitet i væsentligt omfang. For beslutningstagere peger det på vigtigheden af at overveje, hvordan formålet med fremtidige tiltag til kvalitetssikring og -udvikling italesættes, og deres fokus prioriteres.

8.5 Spænding mellem styringsambitioner

I akkrediteringsmodellen er der ikke specificeret entydige krav til klinikkerne om, hvilke mål de skulle opnå, og hvordan de skulle opnå dem. Dette er i tråd med idéen om at styrke speciallægeklinikernes kapacitet til kontinuerlig egenkontrol og kvalitetsudvikling. Modellen angiver en ramme, inden for hvilken de enkelte klinikker skal opfylde en række krav uden konkret anvisning af hvordan. For en række af standarderne har klinikkerne selv skullet fastsætte egne mål i forbindelse med vurdering og refleksion som led i en intern læringsproces.

For en del af speciallægerne er dette imidlertid blevet oplevet som uklarhed i forhold til vurderingsgrundlaget for akkrediteringen; et forhold som også er blevet dokumenteret blandt alment praktiserende læger i Danmark, som har gennemgået akkreditering (Due, Thorsen & Kousgaard, 2019). Det kan afspejle, at det eksterne kontrolelement generelt har fyldt meget for de interviewede speciallæger. De har opfattet akkrediteringen som en 'eksamen', det vil sige en ekstern bedømmelse, selvom eKVIS i implementeringen af akkrediteringsmodellen har lagt vægt på ønsket om at styrke klinikernes kapacitet til egenkontrol og kvalitetsudvikling. Samtidig har konsekvenserne af manglende akkreditering været uklare for speciallægerne. Dette har for nogle speciallæger ført til, at akkrediteringsprocessen blev oplevet som en betydelig belastning.

I litteraturen om resultatmåling og -styring opstilles intern læring og ekstern kontrol ofte som modsatte styringsformål (Kristiansen, 2014). Det kan derfor være svært at rumme begge dele i én styringsmodel. Denne problematik er genstand for diskussion i andre landes sundhedssystemer (Greenfield et al., 2016), og i en erfaringsopsamling af akkrediteringstiltag gennemført i almen praksis i England, Australien, New Zealand og USA anbefaler forfatterne at adskille ekstern kontrol

fra tiltag, der skal fremme løbende kvalitetsudvikling via intern læring (*continuous quality improvement*) (Buetow, Wellingham, 2003). For beslutningstagere peger dette på vigtigheden af at afklare, hvilke styringsmæssige formål nye og eksisterende tiltag til kvalitetssikring og -udvikling skal tjene, og hvordan forskellige initiativer kan komplementere hinanden. Derudover understreger det vigtigheden af at sikre tydelighed omkring krav og konsekvenser, når styringstiltag involverer en form for ekstern kontrol.

8.6 Analysens rækkevidde og generaliserbarhed

Speciallægepraksis repræsenterer en heterogen population både med hensyn til specialer og klinikkernes størrelse og organisering. Heterogeniteten i speciallægepopulationen afspejler sig også i speciallægenes modtagelse af, arbejde med og vurdering af akkrediteringsmodellen. eKVIS' spørgeskemaundersøgelse viser således betydelig variation i klinikkernes tidsforbrug i akkrediteringsprocessen, graden af konkrete forbedrings- eller udviklingstiltag som akkrediteringen gav anledning til, og speciallægenes vurdering af om akkrediteringsprocessen bidrog til læring, øget systematik og øget fokus på kvalitetsudvikling og patientsikkerhed (eKVIS, 2018a). Denne undersøgelse er designet med henblik på at kunne bidrage med forklaringer på mulig variation i speciallægenes arbejde med akkrediteringsmodellen og forankringen af modellens arbejdsmetoder. På den baggrund blev klinikkerne i denne undersøgelse udvalgt med henblik på at dække specialer med forskellige karakteristika og sikre repræsentation af klinikker med forskellige organisatoriske karakteristika (jf. kapitel 3). Ved at udvælge tre specialer, hvor speciallægerne kunne forventes at vurdere relevansen af akkrediteringsstandarderne forskelligt samt klinikker uden og med (varierende antal) personale, søgte vi at sikre, at vi ikke på forhånd udelukkede bestemte typer erfaringer med og synspunkter omkring akkrediteringsprocessen.

Det fremgår af eKVIS' undersøgelse, at speciallæger fra gynækologiske speciale på flere områder giver udtryk for en mere negativ vurdering af akkrediteringsprocessen end den samlede population af speciallæger (eKVIS, 2018a, eKVIS, 2017a). Gynækologerne i denne undersøgelse forholdt sig alle kritisk til akkrediteringsmodellen, og det kan ikke udelukkes, at det konkrete valg af specialer har præget analysen og de konklusioner, som kan drages på baggrund heraf. Til gengæld var det psykiatriske speciale udvalgt ud fra en forventning om, at disse speciallæger ville finde standard-sættet mindre relevant end de øvrige specialer, bl.a. fordi deres anvendelse af udstyr er meget begrænset. I eKVIS' undersøgelse afspejler psykiaternes vurdering af akkrediteringsmodellen i store træk svarfordelingen i den samlede population af speciallæger (med en tendens til lidt større polarisering mellem meget negative og meget positive vurderinger). De psykiatriske klinikker i denne undersøgelse fremstod ikke mere negative i deres vurdering af akkrediteringsmodellen end klinikkerne fra de øvrige to specialer, og klinikken med den mest positive indstilling var at finde blandt psykiaterne. På den baggrund vurderer vi, at udvælgelsen af specialer har understøttet muligheden for at afdække forskellige erfaringer med og synspunkter på akkrediteringen.

I praksis blev der i undersøgelsen inkluderet flere solopraksisser samt klinikker med et par ansatte end klinikker med flere ansatte. En dansk spørgeskemaundersøgelse blandt alment praktiserende læger har vist, at en negativ forhåndsindstilling til akkreditering var hyppigere forekommende blandt læger i solopraksis end blandt læger i kompagniskabspraksis (Waldorff et al., 2016). På den baggrund kan det overvejes, om udvælgelsen af klinikker til denne undersøgelse kan have medvirket til at tegne et særligt negativt billede af speciallægenes vurdering af akkrediteringsmodellen. Analysen viser imidlertid, at positive såvel som negative vurderinger af akkrediteringsmodellen var at finde i både større og mindre klinikker – omend lægerne i solopraksis uden ansatte overvejende forholdt sig kritisk til modellen. På den baggrund vurderer vi, at udvælgelsen af klinikker ikke har begrænset muligheden for at afdække forskellige erfaringer med og synspunkter på akkrediteringen, om end

det kan bemærkes, at kun én klinik med en overvejende positiv vurdering af akkrediteringsprocessen indgik i undersøgelsen.

Timing af interviewundersøgelsens to nedslag kan også have haft betydning for resultaterne. Et survey-eksperiment foretaget blandt praktiserende læger i Danmark peger eksempelvis på, at lægerne vurderede akkreditering mere negativt, hvis de blev spurgt *før* akkrediteringssurveyen i forhold til, om de blev spurgt *efter* endt survey (Pedersen et al., 2018). Dette kan indikere, at uvished om udfaldet af en forestående akkreditering kan påvirke vurderingen negativt, eller at en god oplevelse ved akkrediteringssurvey kan påvirke vurderingen i positiv retning. I denne undersøgelse blev speciallægerne og personalet interviewet første gang umiddelbart efter deres første akkrediteringssurvey, da klinikens akkrediteringsstatus var kendt for dem. De kan derfor ikke have været præget af usikkerhed om udfaldet af akkrediteringsbesøget. Det var tydeligt, at de, som oplevede processen op til akkrediteringssurveyen som belastende, fortsat var præget af denne oplevelse ved første interviewrunde, og at denne oplevelse ikke var opvejet af klinikkernes overvejende positive oplevelse af selve akkrediteringssurveyen. Ved anden interviewrunde, som blev foretaget godt halvandet år efter første akkrediteringssurvey og omkring et år før anden akkrediteringssurvey, var speciallægerne og personalet præget af større ro og klarhed over, hvilke dele af akkrediteringsmodellen – om nogen – de fandt meningsfulde og fortsat ville arbejde med. Det er derfor vores vurdering, at timingen af de to interviewrunder har været velvalgt i forhold til at besvare undersøgelsens forsknings spørgsmål.

I forbindelse med rekrutteringen af speciallægeklinikkerne søgte vi at opnå mulighed for at interviewe både klinikejere og ansatte for at undersøge, om der var markante forskelle på deres vurderinger af akkrediteringsmodellen. I praksis var det i flere af klinikkerne kun muligt at gennemføre interview med klinikejeren eller foretage et samlet interview med klinikejer og ansatte. Derfor giver undersøgelsen ikke et solidt grundlag for at vurdere eventuelle forskelle i lægernes og personalets vurderinger, men det generelle indtryk fra undersøgelsen er, at klinikejerens og personalets holdninger var meget samstemte – også i de tilfælde, hvor de blev interviewet hver for sig.

Samlet set har undersøgelsens eksplorative tilgang gjort det muligt at pege på, at variationen i speciallægeklinikkernes tilgang til og vurdering af akkrediteringsprocessen i høj grad hænger sammen med speciallægenes indstilling til akkreditering, og hvorvidt de i forvejen arbejder systematisk og formaliseret med kvalitetssikring og -udvikling, og at disse forhold synes at forklare mere end speciallægens karakteristika og klinikkernes størrelse. Ligeledes har designet gjort det muligt at pege på, at det i høj grad er speciallægenes vurdering af de ændringer, de har foretaget, som sammen med risikoen for sanktion betinger fastholdelsen af ændringerne.

Designet gør det til gengæld ikke muligt at sige noget om hyppigheden af givne typer indstillinger til akkreditering, klinikkernes organisatoriske udgangspunkt for arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling samt speciallægenes vurdering af de ændringer, de har foretaget. Derfor kan man ud fra denne undersøgelse ikke generalisere med hensyn til forekomst og fordelinger i forhold til den samlede population af speciallæger. Undersøgelsen bidrager derimod til at tegne et billede af, hvad der karakteriserer klinikker med forskellig tilgang til og vurdering af akkreditering, og hvad der betinger variation i forhold til oplevet udbytte af akkreditering og fastholdelsen af forandringer, og disse forklaringsmodeller kan have relevans ud over de specifikke klinikker, som indgår i denne undersøgelse.

9 Konklusion

På baggrund af undersøgelsen kan det konkluderes, at de besøgte speciallægeklinikker har arbejdet med metoderne til egenkontrol og foretaget flere ændringer i klinikkerne i forbindelse med første akkrediteringsrunde. Forandringer inkluderede ændringer i konkrete arbejdsgange (fx systematisk kontrol af udløbsdato på utensilier) og i relation til udstyr (fx indkøb af nyt apparatur), procedurer for dokumentation (fx benyttelse af standardfraser i journalnotater) samt organiseringen af arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling (fx introduktion af årshjul og journalaudit samt formalisering af mødeaktivitet). Speciallægenes vurderinger af disse ændringer varierer imidlertid, og det har betydning for, hvorvidt klinikkerne fastholder ændringerne.

Sundhedsprofessionelles indstilling til akkreditering samt det organisatoriske udgangspunkt for arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling i klinikkernes synes at have betydning for det selvvalgte udbytte af akkreditering. I de klinikker, som *ikke* var vant til at arbejde på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskriver, var det afgørende for vurderingen af udbyttet, om akkrediteringen fortrinsvis blev opfattet som udtryk for ekstern kontrol eller som en mulighed for læring, fordi disse opfattelser formede klinikkernes tilgang til akkrediteringsprocessen. I de klinikker, som *i forvejen* arbejdede på den måde, som akkrediteringsmodellen foreskriver, var det afgørende for vurderingen af udbyttet, om akkrediteringsprocessen havde lært dem noget nyt.

Undersøgelsen viser endvidere, at flere af ændringerne i klinikkerne, som akkrediteringsprocessen gav anledning til, var fastholdt i perioden mellem de to akkrediteringsrunder. Undersøgelsen viser ikke et entydigt mønster i fastholdelsen sådan, at ændringer knyttet til visse akkrediteringsstandarder er fastholdt, mens ændringer knyttet til andre standarder er gledet ud. Ændringer foretaget i relation til en given standard kan således være fastholdt i én klinik men være gledet ud i en anden klinik.

Overordnet set afhænger fastholdelsen af, hvorvidt speciallægerne og personalet oplever ændringerne som meningsfulde, og hvordan de vurderer risikoen for sanktion ved manglende fastholdelse. Klinikkerne fastholdt således nye praksisser, hvis speciallægerne og personalet vurderede, at de bidrog til en lettere arbejdsgang eller konkrete forbedringer – uagtet om der var ekstern kontrol. I disse tilfælde kan man tale om forankring. Omvendt blev nye initiativer, som speciallægerne og personalet ikke fandt meningsfulde, kun fastholdt, hvis de vurderede, at manglende efterlevelse var forbundet med betydelig risiko for sanktion. I disse tilfælde kan man derfor ikke tale om en egentlig forankring af akkrediteringsmodellens metoder til kvalitetssikring og -udvikling.

Både pisk og gulerod virker altså i den forstand, at de kan få professionelle til at ændre adfærd – men i det øjeblik pishen sænkes, glider de adfærdsændringer ud, som de professionelle ikke finder meningsfulde i forhold til deres kliniske praksis. For at opnå varige og reelle adfærdsforandringer, uden at skulle investere mange ressourcer i ekstern kontrol, er det væsentligt at sikre, at redskaber til kvalitetssikring og -udvikling har en samklang med, hvad der opleves meningsfuldt i klinisk praksis.

10 Speciallægenes generelle refleksioner over kvalitetssikring og -udvikling

Selvom der var forskellige oplevelser af arbejdet med og udbyttet af DDKM blandt speciallægerne og deres personale, så var der ikke generel modstand mod tiltag til kvalitetssikring og -udvikling. Tværtimod gav speciallægerne og personalet udtryk for, at det er positivt, at der iværksættes initiativer for at sikre høj kvalitet i speciallægepraksis. Videre gav flere udtryk for, at det er rimeligt at forvente et højt bundniveau blandt praktiserende speciallæger, og at det derfor kan være både fornuftigt og rimeligt at arbejde med et sæt af minimumskrav. Adspurgte om at uddybe, hvad de opfattede som fagligt meningsfulde tiltag, reflekterede en del af speciallægerne over forskellige tilgange til at arbejde med kvalitet i speciallægeklinikker og kom med konkrete forslag.

Det er vigtigt at understrege, at disse refleksioner ikke skal forstås som færdigtænkte løsninger. Speciallægerne var ikke givet mulighed for at forberede sig på spørgsmålet om alternative måder at arbejde med kvalitetssikring og -udvikling på, og flere af speciallægerne gav eksplicit udtryk for, at de ikke kunne gennemskue de samlede konsekvenser af deres konkrete forslag. Refleksionerne og forslagene, som beskrives i det følgende, skal derfor læses som umiddelbare ideer og overvejelser. De skal i nogen grad forstås som en reaktion på, hvad speciallægenes oplevede som ulemper ved akkrediteringsmodellen, og i høj grad som en afspejling af, hvad speciallægerne anser som vigtigt for at kunne levere god kvalitet i deres ydelser.

10.1 Løbende kompetencevedligeholdelse- og udvikling

Nogle speciallæger bemærkede, at det kan være en udfordring og kræver en stor drivkraft at holde sig fagligt ajour. Det er op til hver enkelt speciallæge at tage initiativ til løbende at dygtiggøre sig og at etablere strukturer for kursus- og konferencedeltagelse, læsning af artikler, opfølgning på retningslinjer mv. Langt størstedelen af de besøgte klinikker havde iværksat en række initiativer uafhængigt af akkrediteringsmodellen for at sikre, at de og deres personale er fagligt opdateret. Eksempler inkluderer engagement som underviser af andre sundhedsprofessionelle, deltagelse på internationale konferencer, kurser og aktiviteter i relevante faglige selskaber, abonnement på nyhedsbreve og artikelservices, der fremsender fagligt relevante tidsskriftsartikler, casebaseret søgning efter artikler, rutiner for vidensdeling i klinikken, projekt- og forskningsaktivitet. Nogle af lægerne havde også etableret mindre grupper, hvor de mødtes regelmæssigt og tilbød hinanden faglig sparring. Flere bemærkede dog, at nogle kolleger aldrig eller kun sjældent deltog i faglige møder og efteruddannelse, og at der ikke findes tiltag, som i tilstrækkelig grad sikrer stadig faglig opdatering for alle de praktiserende speciallæger.

Speciallægers egne og personalets kompetencer fremgik i interviewene som et vigtigt grundlag for at levere høj kvalitet. Det kom eksempelvis til udtryk, når speciallægerne fremhævede de ansattes erfaring og viden inden for det pågældende speciale, og vigtigheden af at lære nye ansatte op i klinikkens procedurer og sende dem på relevante kurser, som sikrede, at de kunne arbejde selvstændigt og kompetent. Understøttelse af løbende kompetenceudvikling var derfor et af de temaer, som speciallægerne typisk bragte på banen i deres overvejelser om, hvad der er vigtigt for at sikre et højt kvalitetsniveau i speciallægepraksis.

Det indgår i speciallægenes overenskomst, at de har et antal dage til rådighed for efteruddannelse (kurser, konferencer), som de kan få økonomisk kompensation for. Personalets adgang til efterud-

dannelse er langt mindre reguleret. I flere klinikker beskrev speciallægerne, at de og deres personale holder øje med og deltager i efteruddannelses tilbud, som løbende bliver tilbudt fra faglige selskaber eller lægemiddelvirksomheder. Der var ikke fuld enighed om, hvorvidt udbuddet af kurser var tilstrækkeligt og dækkede de konkrete behov, som speciallægerne og deres personale efterspurgt. Nogle speciallæger gav udtryk for, efteruddannelsesudbuddet er begrænset – særligt for sekretærgruppen. Dertil kan det udgøre en udfordring for personalets deltagelse på efteruddannelseskurser, at det kræver overnatning og/eller weekendarbejde. Andre speciallæger oplevede, at kursusudbuddet var tilstrækkeligt. Én af de speciallæger, som fandt kursusudbuddet utilstrækkeligt, motiverede det med, at en væsentlig del af kurserne er arrangeret og/eller finansieret af lægemiddelvirksomheder.

Flere af gynækologerne og pædiaterne beskrev, at deres egen kompetenceudvikling typisk fandt sted ved deltagelse i nationale eller internationale konferencer. De praktiserende gynækologer arrangerer selv en årlig konference, som deres personale også har mulighed for at deltage i. Enkelte af speciallægerne i denne undersøgelse bemærkede, at de sjældent kom afsted til kurser eller konferencer, og flere bemærkede, at de kendte til kolleger, som kun meget sjældent deltog i faglige møder eller på anden vis eksponerede sig selv for ny viden. Dette fik nogle speciallæger til at foreslå, at der i højere grad stilles krav til deltagelse i løbende efteruddannelse for at sikre et minimum af kompetencevedligeholdelse og -udvikling.

Nogle af speciallægerne var selv aktive som undervisere på speciallægeuddannelserne og efterspurgt mulighed for at få godtgjort dette som kompetenceudvikling, da forberedelse til undervisningen kræver, at de opdaterer sig på den nyeste viden inden for deres felt. Én speciallæge havde mulighed for at deltage i CME²⁰-systemet, som anerkender og dokumenterer kursusaktivitet, konferencer og faglig opdatering. I dansk kontekst er CME-systemet ikke legitimerende, men denne speciallæge oplevede det alligevel som en måde at holde sig selv til ilden. En anden speciallæge efterspurgt mulighed for adgang til artikeldatabaser, så det var muligt at orientere sig i den nyeste forskning inden for eget fag – noget som flere af speciallægerne anså som et vigtigere fundament for god klinisk praksis end ekstern kontrol af deres efterlevelse af standarder for klinikdrift og arbejdsorganisering.

10.2 Organisering og systematik i kvalitetsarbejdet

Flere af speciallægerne beskrev sig selv som erfarne fagpersoner og ledere – enten fra hospitalsansættelser, klinikken eller begge dele. De fremhævede typisk, at de altid havde lagt vægt på at drive en sikker og effektiv organisation, og anerkendte, at det at drive en speciallægeklinik kræver opmærksomhed på ansvarsfordelinger, systematik i kontrollen af egne og personalets procedurer samt indsigt i en række tekniske og juridiske forhold, som man ikke nødvendigvis kender til, når man er nystartet praktiserende speciallæge.

Flere af speciallægerne havde haft yngre speciallæger, som skulle overtage en klinik, i en form for praktik. De anså dette som en god måde at videregive råd om alt fra brugen af journalsystemer til korrekt rengøring af redskaber og metoder til løbende egenkontrol. En speciallæge foreslog, at akkrediteringsmodellen i højere grad kunne have sin berettigelse i nystartede klinikker, der kunne bruge akkreditering som en anledning til gå hele klinikken igennem, end i veletablerede klinikker.

²⁰ Continuing medical education.

Andre foreslog, at der til en eventuel 'opstartsakkreditering' kunne knyttes et obligatorisk introduktionskursus med fokus på redskaber til systematisk kvalitetsovervågning og hjælp til at udarbejde retningsgivende dokumenter.

Flere speciallæger lagde vægt på, at de er drevet af faglig stolthed, og ønsker at levere så gode ydelser som muligt. De foreslog, at man kunne arbejde for at styrke og vedligeholde denne positive motivation frem for at risikere, at den undertrykkes af frygt for 'ikke at bestå'. Nogle speciallæger foreslog konkret, at akkrediteringssurveyen kunne erstattes af mere læringsbaserede besøg, fx fra en hygiejnesygeplejerske, der kunne gennemgå klinikkens hygiejneprocedurer og foreslå forbedringer. På samme måde kunne eksperter i kvalitetsudvikling (uklart hvilke) besøge klinikkerne, og foreslå nye metoder til fx kvalitetsovervågning.

10.3 Faglig sparring

På tværs af de tre specialer blev der efterspurgt tiltag, der kunne understøtte formaliserede fagfællesskaber, som en mulighed for at få sparring enten på konkrete patientcases eller mere generelle spørgsmål af relevans for en speciallægepraksis. Gynækologerne fremhævede, at de jævnligt afholdt møder, hvor der var mulighed for sparring på konkrete, svære patientcases, og hvor der også blev afholdt møder om mere generelle emner. Nogle af pædiaterne nævnte også, at de havde etableret 'kaffeklubber', hvor de mødtes jævnligt med kolleger med henblik på faglig sparring. Dette virkede ikke lige så udbredt blandt psykiaterne. En af psykiaterne indgik dog i en supervisionsgruppe, hvor de kunne drøfte konkrete patientcases og reflektere over mere generelle kliniske problemstillinger. Denne speciallæge oplevede det som meget givende og mente, at man med fordel kunne understøtte denne type tiltag til faglig sparring mere. Flere af de øvrige speciallæger var inspireret af den klyngemodell, som er aftalt i overenskomsten for almen praksis²¹. Ud over kliniske drøftelser var nogle speciallæger optaget af, at fagfællesskaber kunne bruges til en drøftelse af mere generelle forhold, fx juridiske og praktiske spørgsmål vedrørende Persondataforordningen. En speciallæge i psykiatri gav dog udtryk for, at sådanne fagfællesskaber skulle etableres ad frivillighedens vej, da sparring med nogen, der har forskellig behandlingstilgang og tilgang til at drive klinik, kunne få den modsatte effekt end at medvirke til inspiration og motivation.

10.4 Ekstern kontrol med fokus på klinisk praksis

Flere af speciallægerne gav udtryk for, at en form for ekstern kvalitetskontrol er legitimt og nødvendigt. Dette synspunkt bundede blandt andet i en betragtning af, at samfundet har krav på en vis sikkerhed for, at der leveres ydelser af høj kvalitet for skatteborgernes penge. Nogle speciallæger henviste desuden til de enkeltsager, som har fyldt meget i medierne, eller omtalte konkrete sager med patienter, som de havde overtaget fra kolleger, efter hvad de anså for fagligt kritisabel behandling. Derfor så de et behov for en eller anden form for ekstern kvalitetskontrol med fokus på klinisk praksis, som kan afsløre og gribe ind over for fagligt uforsvarlige praksisser, så der sikres et ensartet bundniveau på tværs af speciallægeklinikker.

Der var en udbredt oplevelse af, at mediasagerne om faglige svigt kunne være afværget, hvis Sundhedsstyrelsen havde reageret på de henvendelser, der havde været, og flere gav udtryk for, at det er rimeligt, at man som sundhedsprofessionel bliver bedt om at forklare sig, hvis nogen har mistanke

²¹ <https://kiap.dk/>

om, at der foregår behandling på en fagligt uforsvarlig måde. Flere af speciallægerne hilste på den baggrund det risikobaserede tilsyn velkomment.

Blandt psykiaterne opfordrede flere til, at ordinationsdata i højere grad bruges som afsæt for dialog om rationel farmakoterapi mellem regionale medicinenheder og klinikkerne.

En speciallæge opfordrede til, at man ikke etablerer et system, hvor henvendelser om faglige svigt skal komme fra nære samarbejdspartnere, da man så risikerer at nedbryde tillidsfulde relationer, som også er vigtige i arbejdet med at tilbyde patientforløb af høj kvalitet. Denne speciallæge var i højere grad tilhænger af, at man understøtter, at systemet til indberetning af utilsigtede hændelser bliver brugt mere aktivt i praksissektoren, så man etablerer en platform for gensidig læring.

10.5 Speciallægenes rolle i et samlet patientforløb

Flere speciallæger fortalte om eksempler på patienter, som var blevet henvist til dem, men som var fejl- eller overbehandlet, eller hvor de vurderede henvisningen unødvendig, da patienten kunne have fortsat et forløb hos egen læge. Det fik disse speciallæger til at overveje, om de kunne supervisere eller undervise praktiserende læger i at genkende og reagere på symptomer, så patienter henvises til speciallæge, når det er nødvendigt og bliver i almen praksis, når dette er tilstrækkeligt. En af gynækologerne havde en oplevelse af, at praktiserende lægers viden om gynækologi er dalende, og havde påtaget sig en undervisende rolle blandt de praktiserende læger i nærområdet. Vedkommende havde også haft en speciallæge i almen medicin ansat i en periode med henblik på oplæring i de mest almindelige gynækologiske indgreb. En af psykiaterne var på opfordring fra alment praktiserende læger begyndt at kommunikere mere aktivt med henvisende praktiserende læger undervejs i patientens behandlingsforløb, fordi vedkommende var blevet opmærksom på, at samarbejdspartnere i almen praksis aktivt bruger dette som en læringsmulighed.

Andre speciallæger problematiserede akkrediteringsmodellens fokus på den enkelte kliniks procedurer, og efterspurgte mere opmærksomhed på overgangene mellem almen praksis og speciallægepraksis ud fra en erfaring om, at henvisninger ofte er dårlige, eller at der er et udtalt behov for dialog mellem de to parter forud for en henvisning.

10.6 Opsummering

Opsummerende nævnte speciallægerne følgende elementer som vigtige for arbejdet med kvalitetssikring og -udvikling:

- *Øget fokus på løbende kompetenceudvikling blandt både speciallæger og personale*, herunder kursusudbuddet, øgede krav til brug af kompetenceudviklingsdage, inklusion af undervisning, forskning og projektdeltagelse som del af kompetenceudvikling samt adgang til artikeldatabaser med henblik på faglig opdatering.
- *Understøttelse af arbejdsorganisering og klinikdrift*, herunder særligt fokus på nystartede speciallægeklinikker eller speciallæger, der overtager en klinik (fx 'opstartsakkreditering', føl-ordninger og opstartskurser med fokus på drift og ledelse). Eventuelt tilbud om 'læringsbesøg' fra eksterne eksperter (fx hygiejnesygeplejersker) med henblik på udvikling af procedurer.
- *Faglig sparring*, herunder opfordring til, at alle praktiserende speciallæger deltager i kollegiale netværk – enten frivilligt eller med udgangspunkt i en national aftale, som det ses hos de praktiserende læger (kvalitetsklynger).

- *Eksternt kontrol med fokus på klinisk praksis*, herunder risikobaseret embedslægetilsyn samt monitorering af kliniske data (fx ordinationsdata) som afsæt for dialog om klinisk praksis.
- *Fokus på speciallægenes rolle i et samlet sundhedsvæsen*, herunder speciallægerne som undervisere af praktiserende læger inden for eget speciale, og understøttelse af bedre kommunikation mellem praktiserende læger og praktiserende speciallæger om konkrete patienter.

Litteratur

- Amterne, F. 2001, *Aftale om amternes økonomi i 2002, juni 2001*, Finansministeriet, København.
- Andersen, L.B. & Pedersen, L.H. 2014, *Styring og motivation i den offentlige sektor*, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.
- Bogh, S.B., Falstie-Jensen, A.M., Bartels, P., Hollnagel, E. & Johnsen, S.P. 2015, "Accreditation and improvement in process quality of care: a nationwide study", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, no. 5, pp. 336-343.
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., Naylor, J., Nathan, S., Robinson, M., Runciman, B., Jackson, M., Travaglia, J., Johnston, B., Yen, D., McDonald, H., Low, L., Redman, S., Johnson, B., Corbett, A., Hennessy, D., Clark, J. & Lancaster, J. 2010, "Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study", *Quality & Safety in Health Care*, vol. 19, no. 1, pp. 14-21.
- Buetow, S. & Wellingham, J. 2003, "Accreditation of general practices: challenges and lessons", *Quality & Safety in Health Care*, vol. 12, no. 129, pp. 129-135.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2016, *Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og – definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling. DSKS, januar 2016*, DSKS, København.
- de Vos, M., Graafmans, W., Kooistra, M., Meijboom, B., van der Voort, P. & Westert, G. 2009, "Using quality indicators to improve hospital care: a review of the literature", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 21, no. 2, pp. 119-129.
- Due, T.D., Thorsen, T. & Kousgaard, M.B. 2019, "Understanding accreditation standards in general practice – a qualitative study", *BMC Family Practice*, vol. 20, no. 23.
- eKVIS 2018a, *Evaluering af akkreditering. Aggregeret rapport*, eKVIS, København.
- eKVIS 2018b, *Evaluering af akkreditering. Psykiatrispecialet*, eKVIS, København.
- eKVIS 2017a, *Evaluering af akkreditering. Gynækologispecialet*, eKVIS, København.
- eKVIS 2017b, *Evaluering af akkreditering. Pædiatrispecialet*, eKVIS, København.
- eKVIS & Rambøl 2017, *Notat. Undersøgelse af patientoplevelt kvalitet i speciallægepraksis 2017*.
- Falstie-Jensen, A.M., Hollnagel, E., Nørgaard, M., Larsson, H. & Johnsen, S.P. 2015, "Is compliance with hospital accreditation associated with length of stay and acute readmission? A Danish nationwide population-based study", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, no. 6, pp. 451-458.
- Falstie-Jensen, A.M., Larsson, H., Hollnagel, E., Nørgaard, M., Svendsten, M.L. & Johnsen, S.P. 2015, "Compliance with hospital accreditation and patient mortality: a Danish nationwide population-based study", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 27, no. 3, pp. 165-174.

- Flodgren, G., Pomey, M., Taber, S.A. & Eccles, M.P. 2011, "Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 11, no. 11: CD008992.
- Greenfield, D., Hinchcliff, R., Hogden, A., Mumford, V., Debono, D., Pawsey, M., Westbrook, J. & Braithwaite, J. 2016, "A hybrid health service accreditation program model incorporating mandated standards and continuous improvement: interview study of multiple stakeholders in Australian health care", *The International Journal of Health Planning Management*, vol. 31, no. 3, pp. 116-130.
- Greenfield, D. & Braithwaite, J. 2008, "Health sector accreditation research: a systematic review", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 20, no. 3, pp. 172-183.
- Hithcliff, R., Greenfield, D., Moldovan, M., Westbrook, J., Pawsey, M., Mumford, V. & Braithwaite, J. 2012, "Narrative synthesis of health services accreditation literature", *BMJ Quality & Safety*, vol. 21, no. 12, pp. 979-991.
- Hithcliff, R., Greenfield, D., Westbrook, J., Pawsey, M., Mumford, V. & Braithwaite, J. 2013, "Stakeholder perspectives on implementing accreditation programs: a qualitative study of enabling factors", *BMC Health Services Research*, vol. 13, no. 1, pp. 1-9.
- IKAS 2014, *Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for speciallægepraksis. 1. version, 1. udgave*, IKAS, København.
- Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T. & Willaing, I. 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. En lærebog*, Munksgaard, København.
- Knudsen, J.L. 2008, "Akkreditering og Den Danske Kvalitetsmodel" in *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, eds. J.L. Knudsen, M.E. Christensen & B. Hansen, Nyt Nordisk Forlag, København, pp. 93-112.
- Kristiansen, M.B. 2014, "Introduktion til resultatstyring" in *Resultatstyring i den offentlige sektor*, ed. M.B. Kristiansen, Jurist og Økonomforbundets Forlag, København, pp. 13-34.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *InterView. Introduktion til et håndværk*, Hans Reitzels Forlag, København.
- Madsen, M.H. 2015, *PhD thesis: Emerging and Temporary Connections in Quality Work. PhD Series 39.2015*, PhD School in Organisation and Management Studies, Copenhagen Business School, Copenhagen.
- Marshall, M.N. 1996, "Sampling for qualitative research", *Family Practice*, vol. 13, no. 6, pp. 522-525.
- Martin, G.P., Leslie, M., Minion, J., Willars, J. & Dixon-Woods, M. 2013, "Between surveillance and subjectification: Professionals and the governance of quality and patient safety in English hospitals", *Social Science & Medicine*, vol. 99, no. 213, pp. 80-88.
- Nelson, E.C., Batalden, P.B. & Godfrey, M.M. 2007, "The model for improvement: PDSA - SDSA" in *Quality by Design. A Clinical Microsystems Approach*, eds. E.C. Nelson, P.B. Batalden & M.M. Godfrey, John Wiley & Sons, San Francisco CA, pp. 271-283.

- Pedersen, L., Andersen, M., Jensen, U., Waldorff, F. & Jacobsen, C. 2018, "Can external interventions crowd in intrinsic motivation? A cluster randomised field experiment on mandatory accreditation of general practice in Denmark", *Social Science & Medicine*, vol. 211, no. 2018, pp. 224-233.
- Riiskjaer, E., Scheel, L.S. & Burau, V. 2014, "Akkreditering i sundhedsorganisationer. Effekter på struktur, proces og outcome", *Nordiske Organisasjonsstudier*, vol. 16, no. 1, pp. 51-79.
- Rooney, A.L. & Ostenburg, P.R. 1999, *Licensure, accreditation and certification: Approaches to Health Service Quality*, Quality Assurance Project, Bethesda, Maryland.
- Sundheds- og Ældreministeriet 2017, *LBK nr 990 af 18/08/2017 (Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed)*, Sundheds- og Ældreministeriet, København.
- Sundhedsstyrelsen 1993, *National strategi for kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Triantafyllou, P. 2014, "Against all odds? Understanding the emergence of accreditation of the Danish hospitals", *Social Science & Medicine*, vol. 101, no. 2014, pp. 78-85.
- Wadmann, S., Johansen, S., Lind, A., Birk, H.O. & Hoeyer, K.L. 2013, "Analytical perspectives on performance-based management: an outline of theoretical assumptions in the existing literature", *Health Economics Policy and Law*, vol. 8, no. 4, pp. 511-527.
- Waldorff, F., Nicolasdottir, D., Kousgaard, M., Reventlow, S., Søndergaard, J., Thorsen, T., Andersen, M., Pedersen, L., Bisgaard, L., Hutter, C. & Bro, F. 2016, "Almost half of the Danish general practitioners have negative a priori attitudes towards a mandatory accreditation programme", *Danish Medical Journal*, vol. 63, no. 9, pp. 1-5.
- Werner, R.M. & Bradlow, E.T. 2010, "Public reporting on hospital process improvements is linked to better patient outcomes", *Health affairs*, vol. 29, no. 7, pp. 1319-1324.
- Wiener, C.L. 2000, *The Elusive Quest. Accountability in Hospitals*, Aldine De Gruyter, New York City.

VIDEN
VELFÆRD

DET NATIONALE FORSKNINGS-
OG ANALYSECENTER FOR VELFÆRD