

KREVI

**Akkreditering:
Kendetegn og erfaringer**

Rapport

Juni 2009

AKKREDITERET

KREVI

Akkreditering: Kendetegn og erfaringer

Juni 2009

Linda Schumann Scheel, projektleder, Ph.d., cand.pæd.

Lars Iversen, seniorfagleder, dr. med., mag. scient. soc.

Lars Skytte Petersen, seniorkonsulent, cand.scient.pol.

Claus C. Rebien, afdelingschef, Ph.d., cand.scient.pol.

Thomas Hausgaard, chefkonsulent, cand.merc.

Lise Heiner Schmidt, konsulent, cand.mag.

Udgivelse: COWI A/S

Indholdsfortegnelse

1	Resumé	3
2	Indledning	9
2.1	Formål og baggrund	9
2.2	Rapportens opbygning	10
3	Undersøgelsens design og metode	11
3.1	Litteraturstudiet	11
3.2	Casestudier	12
3.3	Undersøgelsens proces	14
4	Akkreditering som kvalitetsmodel	16
4.1	Hvad er akkreditering	16
4.2	Elementer i akkrediteringsmodeller	19
5	Danske erfaringer med akkreditering på hospitaler	29
5.1	Bispebjerg og Hvidovre hospitaler	29
5.2	Sygehus Sønderjylland	34
5.3	Sammenfatning	38
6	Internationale erfaringer med akkreditering på velfærdsområdet	39
6.1	Child Care Quality Assurance i Australien (NCAC)	39
6.2	Aged Care Standards and Accreditation Agency	43
7	Danske erfaringer med akkreditering på velfærdsområdet	49
7.1	Akkreditering i regi af LOS	49
7.2	Aabenraa Kommune	56
7.3	Københavns Kommune	61
7.4	Forskelle og ligheder i akkrediteringsmodeller	65

8	Andre kvalitetsmodeller	71
8.1	Certificering	71
8.2	Lovmæssigt tilsyn	76
8.3	Kvalitetsmodel	82
8.4	Indikatorprojekter	86
8.5	Sammenligning af akkreditering og andre kvalitetsmodeller	90
9	Perspektivering	95
9.1	Baggrund for indførelse af en akkrediteringsordning	96
9.2	Motiver og målsætninger med akkreditering	96
9.3	Udfordringer og muligheder i akkrediteringsprocessen	102
9.4	Udfordringer ved implementering	107
9.5	Hvordan virker akkreditering?	110

Bilagsfortegnelse

Bilag 1	Anvendt litteratur
Bilag 2	Internationale akkrediteringsorganer
Bilag 3	Litteratursøgning
Bilag 4	Bibliografi
Bilag 5	Materiale fra casestudier

1 Resumé

Formål og målgruppe

Formålet med *Akkreditering: Kendetegn og erfaringer* er at bidrage til et beslutningsgrundlag for udvikling af akkrediteringsmodeller i den kommunale sektor. Projektet skal producere viden, der kan informere og kvalificere forståelsen for og arbejdet med akkreditering som styringsredskab. Projektets primære målgruppe er de centrale statslige beslutningstagere, og sekundære målgrupper er kommuner og andre, der arbejder med akkreditering.

Metode og tilgang

I undersøgelsens første fase gennemførtes et litteraturstudie og interview med nøglepersoner (se afsnit 3.1). I undersøgelsens anden fase gennemførtes en række casestudier - der i rapporten er beskrevet som otte cases (3.2). Afslutningsvis er disse analyseret og fortolket ind i en bredere kontekst i rapportens perspektivering (kapitel 9).

I litteraturstudiet har vi både studeret dansk og international litteratur om akkreditering. Litteraturen viser, at der er mange og forskelligartede tilgange til akkreditering, men også, at der er nogle grundelementer, som alle akkrediteringsordninger har til fælles, jf. vores definition af akkreditering senere i dette resumé. Litteraturstudiet viser også, at der mangler undersøgelser (og evidens) af, hvordan akkreditering virker.

I vores caseundersøgelser har vi i en dansk kontekst undersøgt otte konkrete cases, hvor man har arbejdet med akkreditering, andre kvalitetsmodeller eller tilsyn. Vores undersøgelse af de otte cases har bl.a. været baseret på de "findings", som vi har gjort i forbindelse med litteraturstudiet. Men vi har også haft en forholdsvis åben dagsorden, da gav rum for, at interviewpersonerne selv kunne komme til orde med hensyn til, hvad de fandt vigtigt at fremhæve om netop deres akkrediteringsordning. Caseundersøgelsen er alt overvejende baseret på kvalitative data.

Caseundersøgelsen har bekræftet, at der findes mange og forskelligartede tilgange til akkreditering - også i en dansk kontekst. Undersøgelsen viser også, at der er fordele og ulemper forbundet med disse tilgange. Vælger man f.eks. at inddrage de institutioner, der senere skal akkrediteres, i udviklingen af standarderne i akkrediteringsordningen, vil dette have nogle positive såvel som negative konsekvenser. Det er vigtigt, at de centrale og lokale beslutningstagere holder sig disse fordele og ulemper for øje, når de skal træffe beslutning om, hvordan og hvilken akkrediteringsordning, der skal indføres på det kommunale og regionale velfærdsområde.

Overordnet konklusion

Denne undersøgelse viser, at motiver, målsætninger og det nærmere grundlag for, hvordan en eller flere akkrediteringsordninger kan indføres, skal fremstå meget klart. Der bør bl.a. indhentes viden om og analyser af muligheder og begrænsninger for at indføre akkreditering som ledelses- og styringsredskab. Særligt følgende områder bør kortlægges og analyseres nærmere, inden der træffes beslutning om, hvilke(n) akkrediteringsmodel(ler)¹, der skal arbejdes videre med:

- De nærmere **motiver og målsætninger** med akkreditering bør adresseres, og fremstå klare og entydige.
- Der bør være et grundlag for at vurdere, om akkreditering kan medvirke til **afbureaukratisering og forenkling**, bl.a. ved at erstatte eller supplere nuværende tilsynsfunktioner.
- Akkrediteringsmodellerne skal **sikre en minimumskvalitet** på de kommunale og regionale velfærdsområder. Såfremt dette skal være en målsætning, skal de nuværende akkrediteringskoncepter udvikles yderligere.

Når akkreditering indføres på de kommunale og regionale velfærdsområder, bør det overvejes, hvordan et **løbende monitorerings- og evalueringssystem** kan kobles sammen med akkreditering.

1.1.1 Litteraturstudie

Definition

På baggrund af litteraturstudiet og den løbende dialog med bl.a. KREVI og følgegruppen for projektet er der opstillet en minimumsdefinition af akkreditering. Denne lyder som følger:

Akkreditering

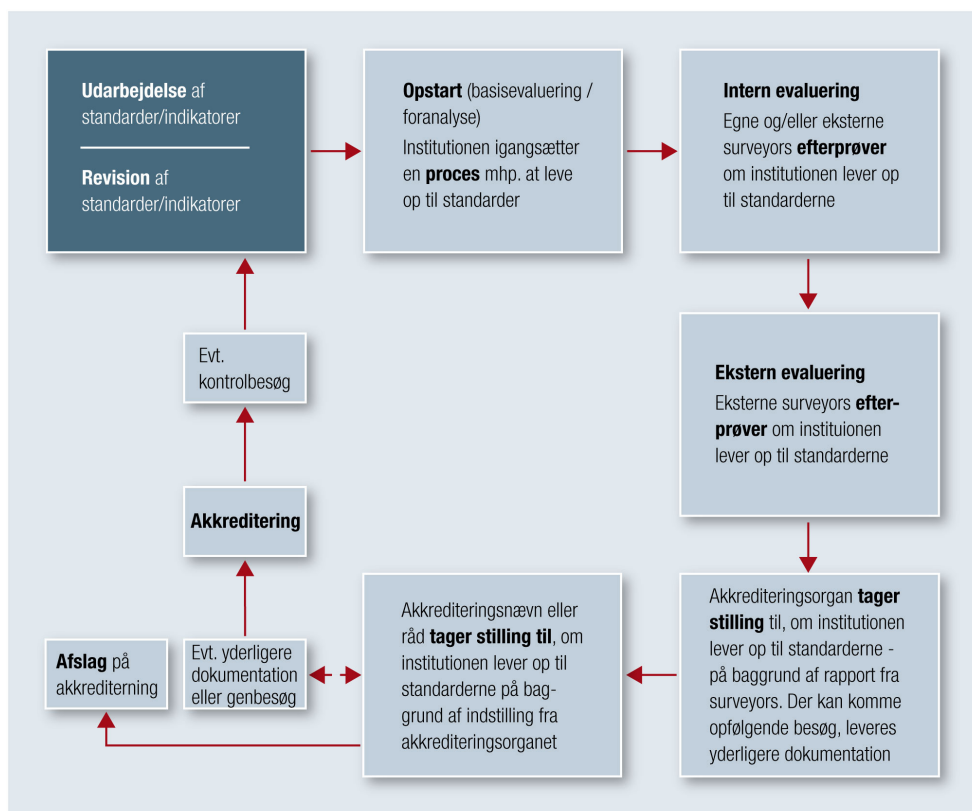
Procedure, hvor et anerkendt organ evaluerer, hvorvidt en organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at organisationen er kompetent til at udføre sine opgaver.

Boks 1.1- Definition på akkreditering

Cyklisk forløb

Akkreditering sker typisk i et cyklisk forløb, hvor en række faser skal gennemløbes. Den ultimative sanktion er, hvis det cykliske forløb afbrydes, og f.eks. et sygehus eller en institution får afslag på akkreditering. Det cykliske forløb er det normale med de akkrediteringsordninger, som vi kender i dag. Den generelle akkrediteringsproces kan derfor illustreres som i nedenstående (Figur 1.1).

¹ Vi benytter både betegnelsen akkrediteringsmodel/ordning/program og akkrediteringsmodeller/ordninger/programmer i rapporten. Vi har ikke taget stilling til, om det er hensigtsmæssigt at indføre en samlet model for akkreditering eller flere modeller på de kommunale og regionale velfærdsområder.



Figur 1.1- Elementer i akkrediteringsprocessen

Det cykliske forløb er dog det normale med de akkrediteringsordninger, som vi kender i dag. Den generelle akkrediteringsproces kan derfor illustreres som i ovenstående figur.

Andre kvalitetsmodeller

I litteraturstudiet har vi ud over akkreditering undersøgt certificering, indikatorprojekter og tilsynsfunktioner, herunder hvordan disse modeller og ordninger relaterer sig til akkreditering, hvilket også belyses i de efterfølgende casestudier.

1.1.2 Case undersøgelser

Otte cases og tre hovedområder

Caseundersøgelserne har fokuseret på erfaringer med akkreditering - og andre kvalitetsmodeller. Casene kan mest hensigtsmæssigt grupperes som otte cases inden for tre hovedområder, jf. nedenstående tabel (se Tabel 1.1).

Overordnet område	Organisation	Indhold
Akkreditering	Landsforeningen af opholdsteder og botilbud (LOS)	Egen udviklet akkrediteringsmodel for <i>private</i> opholdssteder, botilbud, skoler og dagbehandlingstilbud
	Aabenraa Kommune	Tværasektorielt akkrediteringsprogram for plejecentre - byggende på Health Quality Services (HQS)
	København Kommune	Pilottest af Den Danske Kvalitetsmo-

Overordnet område	Organisation	Indhold
		del (DDKM)
	Bispebjerg og Hvidovre hospitaler (det tidligere H:S)	Akkrediteringsmodel for sygehusene baseret på Joint Commission International (JCI)
	Sygehus Sønderjylland	Akkrediteringsordning for fire somatiske sygehuse udviklet i et samarbejde mellem Gighospitalet i Gråsten, Aabenraa Kommune og et antal praktiserende læger og det engelske akkrediteringsorgan HQS (i dag CHKS)
Andre kvalitetsmodeller	Gribskov Kommune	Kvalitetsudvikling på dagtilbudsområdet, som sker efter Pædagogisk Kvalitets Evaluering - også kaldet PKE-modellen
	Esbjerg Kommune	Certificering af plejecentre og hjemmeplejen efter Dansk Standard (ISO-principperne)
Lovpligtige tilsyn	Københavns Kommune og Esbjerg Kommune	Det lovpligtige kommunale tilsyn i henholdsvis Københavns Kommune og Esbjerg Kommuner

Tabel 1.1 - Oversigt over de otte cases efter område, organisation og indhold

Cases om akkreditering

Om akkrediteringscasene kan det overordnet siges, at der generelt har været mange og forskelligartede motiver til at indføre akkreditering, men ønsket om kvalitetsudvikling og -sikring har været bærende argumenter. Fra de centrale beslutningstageres side har der også typisk været et ønsket om et (bedre og) mere effektivt styrings- og ledelsesredskab. Ledelse og særligt medarbejdere har generelt været skeptiske forud for indførelsen af akkrediteringsordningerne, men mange har tilkendegivet, at de efterfølgende er blevet mere positivt stemt, og at akkreditering har tilført deres organisationer værdi.

Akkreditering kan ikke sikre, at den faglige kerneydelse, som institutioner og sygehuse leverer, er af en vis minimumskvalitet. Det skyldes, at akkreditering ikke direkte adresser selve den faglige kerneydelse på institutioner og sygehuse, men snarere alle de forhold, der befinder sig uden for - eller i periferien af - den faglige kerneydelse, f.eks. organisatoriske, lovgivningsmæssige og beredskabsmæssige forhold. Budskabet fra caseundersøgelserne er dog, at selv om akkreditering foregår i periferien af den faglige kerneydelse vil den i nogen grad kunne påvirke den faglige kvalitet.

Forskelle og ligheder

I casestudiet har vi som i litteraturstudiet undersøgt certificering, indikatorprojekter og tilsynsfunktioner, herunder hvordan disse modeller og ordninger relaterer sig til akkreditering.

Certificering kan definatorisk ikke adskilles fra akkreditering, fordi der er så mange lighedspunkter. Indikatorprojekter adskiller sig primært fra akkreditering ved, at disse projekter typisk har som eksplicit formål at sikre overvågning af kerneydelser, der søges kvantificeret i så entydige variable (indikatorer) som

muligt. Tilsynsfunktioner adskiller sig fra akkreditering ved at være myndighedsopgaver, der eksplicit har til formål at kontrollere leverandører af ydelser.

Nedenstående skema Tabel 1.2 indeholder en oversigt over, hvad der overordnet karakteriserer henholdsvis akkreditering, certificering, indikatorprojekter, lovpligtige tilsyn samt de andre kvalitetsmodeller, der har indgået i denne undersøgelse. Tabellen viser, at der kan være nogle nuanceforskelle mellem akkreditering og certificering, men grundlæggende har akkreditering og certificering meget til fælles. Indikatorprojekter og lovmæssigt tilsyn adskiller sig derimod fra akkreditering og certificering på en række områder.

	Standarder	Opstart	Intern evaluering	Ekstern evaluering	Akkreditering/ afrapportering	Surveyors
Akkreditering	Kræver tolkning Udvikl. akkr. organ	Intern evaluering/ foranalyse	ja	ja	logo	Faglige eksperter
Certificering	Kræver tolkning Udvikl. af institutionen	Foranalyse	nej	ja	logo	Evaluerings specialister
Indikatorprojekt	Entydigt defineret (kvantificerbar) <i>Udvikl. nationalt</i>	Indrapportering	nej *	nej*	score	Tællekanter
Lovmæssigt tilsyn	Kræver tolkning Udvikl. kommune	Ingen	nej	ja	Løbende tekst	Generalister/analytikere

Tabel 1.2 - Forskelle og ligheder mellem danske akkrediterings - og kvalitetsmodeller

*) Regionale kvartalsvise og *) Nationale årlige audits ud fra indrapporteringer.

Andre kvalitetsmodeller og tilsyn

Med hensyn til andre kvalitetsmodeller kan det konkluderes, at certificering også typisk har kvalitetsudvikling og -sikring som det bærende motiv. I den danske case har certificering endvidere været motiveret af effektivisering og besparelser. Til forskel fra akkreditering og certificering har indikatorprojekter fokus på at måle resultatet af den faglige indsats på udvalgte områder. Der foretages typisk sammenligning og fortolkning af kvantitative data på f.eks. sygdomsspecifikke områder, hvilket muliggør benchmarking. Indikatorprojekterne forsøger herved direkte - i modsætning til akkreditering - at "måle" på den faglige kerneydelse. Det vil sige, at indikatorprojekterne på eksempelvis sygehusområdet direkte søger at opstille mål for den behandlingsmæssige indsats. I kvalitetsprojektet Pædagogisk Kvalitets Evaluering søger man også - bare på de kommunale og regionale velfærdsområder - at nærme sig den faglige kerneydelse i form af den pædagogiske indsats og metode. Der er tale om en meget ubureaukratisk model, der kan give der faglige frontpersonale vigtig sparring og læring. Til gengæld har den ikke samme potentiale som ledelses- og styringsredskab som akkreditering.

For så vidt angår lovpligtige tilsyn har vores undersøgelse vist, at der er en tendens til, at de indholds- og metodemæssigt nærmer sig akkrediteringsprogrammerne ved i stigende grad at fokusere på læringspotentialer ved tilsynsfunktionen. Men samtidig adskiller tilsynsfunktionen sig fra akkreditering ved at være en myndighedsopgave, der eksplicit har til formål at kontrollere leverandører af serviceydelser. Akkreditering kan altså potentielt erstatte eller supplere den generelle tilsynsfunktion (ikke det individuelle tilsyn), men dog ikke uden af væsentlige metodeudfordringer i givet fald skal løses først.

2 Indledning

COWI A/S har gennemført projektet ”Akkreditering: Kendetegn og erfaringer” for KREVI, jf. udbud af 15. juli 2008. I denne rapport præsenteres resultaterne af det samlede projekt, som består af ét litteraturstudie samt undersøgelse af forskellige kommunale og regionale akkrediterings-, kvalitets-, og tilsynsmødder inden for sundhedsvæsenet og det øvrige velfærdsområde område i Danmark.

2.1 Formål og baggrund

Det samlede projekts formål

Formålet med det samlede projekt om akkreditering er at skabe et solidt grundlag for udvikling af akkrediteringsmodeller i den kommunale sektor. Projektet producerer viden, der kan informere og kvalificere forståelsen for og arbejdet med akkreditering som et styringsredskab. Projektets primære målgruppe er centrale statslige beslutningstagere, og sekundære målgrupper er kommuner og andre, der arbejder med akkreditering.

Projektet består af to delprojekter - ét litteraturstudie samt casestudier af forskellige regionale og kommunale akkrediterings-, kvalitets- og tilsynsmødder.

Formål med litteraturstudiet

Formålet med litteraturstudiet har været en begrebsafklaring, typologi samt indhentelse af internationale erfaringer med akkreditering.

Formål med casestudier

Casestudierne skal afdække, hvilke erfaringer forskellige interessenter har haft med forskellige akkrediteringssystemer og kvalitetsmodeller. I udvælgelsen af cases er der derfor lagt vægt på en bred tilgang, hvor en række forskellige akkrediteringsordninger og andre kvalitetsmodeller på både de kommunale og regionale velfærdsområder belyses.

Metode

I undersøgelsens første fase er der som nævnt gennemført et litteraturstudie og interview med nøglepersoner. På baggrund af dette er akkreditering og andre kvalitetsmodeller beskrevet. I undersøgelsens anden fase er gennemført 11 casestudier - der i rapporten er beskrevet som otte cases (se kapitel 3), hvor der er gennemført 30 interview. Afslutningsvis er disse analyseret og fortolket.

Undersøgelserne er gennemført fra september 2008 til april 2009.

2.2 Rapportens opbygning

Rapporten består - foruden denne indledning - af følgende dele:

- **Kapitel 3** belyser undersøgelsens design og metode
- **Kapitel 4** beskriver akkreditering som kvalitetsmodel og de forskellige elementer i akkrediteringen som indgår i indhold og i processen
- **Kapitel 5** beskriver akkreditering på danske hospitaler, det tidligere H:S repræsenteret ved Bispebjerg hospital og Hvidovre hospital samt Sygehus Sønderjylland
- **Kapitel 6** indeholder to internationale akkrediteringseksempler fra det sociale område; et på børneområdet og et på ældreområdet - begge eksempler er fra Australien
- **Kapitel 7** beskriver danske akkrediteringsmodeller på det sociale område, LOS (Landsforening af opholdssteder, botilbud og skolebehandlingstilbud), Aabenraa kommune, der har akkrediteret plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bestiller- og kvalitetsafdeling samt aktivitetsområdet (dagcentre, træningsområde, hjælpemiddelområde) samt Københavns Kommune, der har pilottestet standarder fra Den Danske Kvalitetsmodel
- **Kapitel 8** beskriver andre typer af kvalitets- og tilsynsmodeller: certificering, indikatorprojekter og lovpligtige tilsyn. Formålet er at belyse ligheder og forskelle mellem akkreditering og andre kvalitets- og tilsynsmodeller
- **Kapitel 9** indeholder en perspektivering - herunder faldgrupper og udfordringer for akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder som børne-, ældre- og socialområdet.

Endelig indeholder bilagene en liste over anvendt litteratur, liste over internationale akkrediteringsorganer, bibliografi og litteratur over casestudier.

3 Undersøgelsens design og metode

Der er to elementer i undersøgelsen² - litteraturstudiet og casestudier.

3.1 Litteraturstudiet

Litteraturstudiet har været inddelt i fire faser

- Fase 1 Etablering af en bruttoliste af relevant litteratur på hovedområder
- Fase 2 Udvalgelse af litteratur
- Fase 3 Læsning af litteratur
- Fase 4 Syntese og skrivning

Fase 1-3

Som udgangspunkt for litteraturstudiet, der omfatter både international og national litteratur, udarbejdedes en referenceramme, som løbende er drøftet med eksperter, hvilket har sikret en evidensbaseret og fokuseret tilgang. Der er søgt på tre typer af litteratur: forskningsartikler, faglige artikler og rapporter. Der er søgt på databaser, hvor forskningsartikler er udvalgt efter *abstract* og udvalgte søgeord (se bilag 3 vedrørende litteratursøgning).

I forbindelse med litteraturstudiet er der endvidere søgt assistance hos internationale og danske kvalitets- og akkrediteringsorganisationer, der har henvist til enkeltstående projekter såvel nationalt som internationalt³.

I litteraturstudiets fase 2 og 3 udvalgte efterfølgende i samråd med KREVI, hvilke dele af litteraturen der især er relevant for projektets overordnede formål. Herudfra har projektholdet så udvalgt de akkrediteringsprogrammer og kvali-

² Litteraturstudiet forløb i perioden oktober-december 2008. Casestudier fra december 2008 til marts 2009.

³ I alt har nøglepersoner fra 10 organisationer bidraget med input til undersøgelsen: Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), Det Sociale Indikatorprojekt og Den Sociale Kvalitetsmodel (SIP, DSKM), Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (DSKS), Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), CHKS (tidligere Health Quality Service (HQS)), Joint Commission International (JCI), The Australian Council on Healthcare Standards, Accreditation Canada, General Avedis Donabedian Research Institute CIBER, Epidemiología y Salud Pública, Barcelona samt Mr Charles D Shaw.

tetsmodeller af særlig relevans, hvilket igen har dannet baggrund for de efterfølgende casestudier.

Fase 4

Litteraturstudiet og dets resultater - og de valg der blev truffet i processen - er afrapporteret i litteraturstudiets fase 4 i en rapport, som efterfølgende er godkendt af KREVI. Denne rapport om litteraturstudiet havde status af en intern rapport, og den er således ikke blevet offentliggjort. Litteraturstudiet har altså ikke haft status af en selvstændig opgave, men havde til formål at føde ind i arbejdet med nærværende rapport.

3.2 Casestudier

På baggrund af litteraturstudiet udvalgte i alt otte cases - eller eksempler på akkrediterings-, kvalitets-, og tilsynsmodeller - som hver beskrives detaljeret i rapporten⁴. Det drejer sig om fem eksempler på akkreditering, to eksempler på ”andre kvalitetsmodeller” og et eksempel på gennemførelse af lovpligtige tilsyn. I tabellen nedenfor vises en oversigt over de otte cases⁵.

Overordnet område	Organisation	Indhold
Akkreditering	Landsforeningen af opholdsteder og botilbud (LOS)	Egen udviklet akkrediteringsmodel for <i>private</i> opholdssteder, botilbud, skoler og dagbehandlingstilbud
	Aabenraa Kommune	Tværasektorielt akkrediteringsprogram for plejecentre, hjemmepleje m.m. - byggende på Health Quality Services (HQS)
	København Kommune	Pilottest af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)
	Bispebjerg og Hvidovre hospitaler (det tidligere H:S)	Akkrediteringsmodel for sygehusene baseret på Joint Commission International (JCI)
	Sygehus Sønderjylland	Akkrediteringsordning for fire somatiske sygehuse udviklet i et samarbejde mellem Gighospitalet i Gråsten, Aabenraa Kommune og et antal praktiserende læger og det engelske akkrediteringsorgan HQS (i dag CHKS)
Andre kvalitetsmodeller	Gribskov Kommune	Kvalitetsudvikling på dagtilbudsområdet, som sker efter Pædagogisk Kvalitets Evaluering - også kaldet PKE-

⁴ Casene er udvalgt i samråd med KREVI. Kriterierne for udvælgelsen har været gennemførte akkrediterings- og certificeringsprogrammer inden for det regionale og kommunale velfærdsområde samt gennemførelse af lovpligtige tilsyn på plejecentre.

⁵ I forbindelse med undersøgelsen af akkrediteringsmodellen, som anvendes af Landsforeningen af opholdssteder, botilbud og skolebehandlingstilbud (LOS), har vi foretaget tre caseundersøgelser på tre forskellige institutioner. De behandles alle som én case i undersøgelsen. I forbindelse med det lovpligtige tilsyn har vi både undersøgt tilsynet i Københavns Kommune og Esbjerg Kommune. De to cases behandles under ét. Reelt er der altså gennemført i alt 11 caseundersøgelser.

Overordnet område	Organisation	Indhold
		modellen
	Esbjerg Kommune	Certificering af plejecentre og hjemmehjælpen efter Dansk Standard (ISO-principperne)
Lovpligtige tilsyn	Københavns Kommune og Esbjerg Kommune	Det lovpligtige kommunale tilsyn i henholdsvis København og Esbjerg Kommuner

Anm: I regi af LOS har vi koncentreret os om første bølge af deres akkrediteringsordning og alene set på opholdssteder og botilbud.

Tabel 3.1- Oversigt over de otte cases efter område, organisation og indhold

Dataindsamling

Caseundersøgelserne er konkret gennemført ved besøg på institutioner, sygehuse, hos kommuner og relevante organisationer m.fl. Vi har i den forbindelse gennemført både personlige interview og fokusgruppeinterview med politikere, ledelser, nøglepersoner, medarbejdere og tilsynsførende i kommuner. I forbindelse med caseundersøgelsen af LOS' akkrediteringsordning er der endvidere gennemført en spørgeskemaundersøgelse til alle lederne af opholdssteder og botilbud, som deltog i den første akkreditering efter ordningen. Der er i de otte cases gennemført 30 fokusgruppe-, gruppe- og enkeltinterview⁶. I alt 77 personer har bidraget til undersøgelsens dataindsamling⁷.

Akkrediterings- og kvalitetsmodeller

- Beskrivelse af modellen
- Valg af model
- Udvikling og valg af standarder/temaer
- Akkrediterings- og certificeringsprocessen
- Surveyors

⁶ Interview er gennemført som semistrukturerede interview på baggrund af spørgeguides. Alle kontaktpersoner til casene har fået deres casebeskrivelse til efterfølgende gennemsyn for at sikre mod misforståelser og evt. "huller". Dermed er der også skabt sammenhæng mellem oprindelige data og casebeskrivelser - og dermed gennemsigtighed. Data er så vidt muligt gengivet i deres oprindelige form (*autenticitetsreglen*) (Dahler-Larsen 2008).

⁷ Institutionerne har selv peget på de personer, som er indgået i interviewundersøgelsen. Dette kan teoretisk medføre en positiv bias - da de mest kritiske røster måske ikke er inddraget. Data fra interview står dog ikke alene i casebeskrivelserne. Også erfaringer fra litteraturen er inddraget, og det er vores vurdering, at den potentielle positive bias opvejes af (i), at de fleste interviewpersoner både er positive og negative i deres vurderinger af de respektive modeller, og (ii) det er vores vurdering - ikke mindst baseret på Scheel & Knappe 2005 samt H:S akkrediteringen (Boding & Roos 2005), at ledelse og medarbejdere er mere kritiske lige efter den første akkrediteringsproces, end de er når først procedurerne lidt senere er blevet en del af den daglige drift. Ligeledes er der flere udtalelser i nærværende undersøgelse, der peger på, "... at til sidst blev vi glade for det..." - at der altså har været kritik i starten, og dette er folk åbne omkring, men at kritikken og den negative stemning er vendt.

Øvrige temaer

- Tilsyn
- Faglig kvalitet
- Implementering

Boks 3.1 - Overordnede temaer i de semistrukturerede interviews

Sammenligninger

Undersøgelsen omfatter en komparativ analyse på tværs af danske akkrediteringsmodeller i casene og en komparativ analyse af akkrediteringsmodeller og andre kvalitetsmodeller såsom certificering, lovpligtige tilsyn og indikatorprojekter i casene og udenfor casematerialet.

Ligeledes har vi - i samråd med følgegruppen - inddraget udvalgte internationale erfaringer med akkreditering - og sammenlignet disse med danske erfaringer.

3.3 Undersøgelsens proces

Dialog- og feedback proces

Undersøgelsen har fulgt en dialog- og feedbackproces, hvor både en følgegruppe med deltagelse af KREVI og en ekspertgruppe⁸ løbende er inddraget og konsulteret.

Beslutninger truffet undervejs i forløbet er således resultatet af en informeret og transparent proces. De valg, der er truffet har været prioriteringer foretaget af COWI A/S og KREVI i fællesskab. Dette gælder således både fokus i litteraturstudiet, valg af nøglelitteratur, fokus for casestudier, valg af casestudier, valg af internationale erfaringer, som er blevet inddraget, etc.

Følgende produkter er afleveret og godkendt af KREVI i forløbet:

- Litteraturstudie (intern rapport)
- Del-rapport vedrørende casestudier (intern rapport)
- Rapportudkast

Følgende møder og workshops har været afholdt i projektføreløbet⁹:

1. møde	Litteraturgennemgang, fremgangsmåde, søgeord m.v.
2. møde	Casevalg, indhold i casebeskrivelser m.v.
Workshop	De deltagende cases udvekslede erfaringer vedrørende akkreditering ud fra oplæg fra litteraturstudiet og casestudier
3. møde	Drøftelse af hovedlinjerne i den afsluttende afrapportering

Boks 3.2 - Indhold på følgegruppemøder

⁸Chefkonsulent, Ph.d. Tobias Lindeberg, lektor, Ph.d. Morten Knudsen og professor Peter Dahler-Larsen. Derudover har professor Hanne Foss Hansen fra KREVI's rådgivende udvalg deltaget som en del af ekspertgruppen.

⁹ Møder i følgegruppen blev afholdt på følgende datoer: 1. møde den 06.10.08, 2. møde den 26.11.09 og 3. møde den 24.02.09 samt workshop med deltagere fra casestudierne blev afholdt den 16.01.09. Endvidere er afholdt to videndelmøder med KREVI.

Ekspertgruppen er inddraget løbende i processen. Ekspertgruppen omfatter medlemmer med omfattende videnskabelige kompetencer inden for evaluering, akkreditering og kvalitetsmodeller. Gruppen har rådgivet og forholdt sig kritisk til projektets indhold, metode og resultater. Gruppen er hørt i forbindelse med litteraturstudiet, analyse af cases og rapportens resultater.

4 Akkreditering som kvalitetsmodel

I dette kapitel beskriver vi akkreditering som en kvalitetsmodel¹⁰. Kapitlet tager primært udgangspunkt i akkreditering i forhold til sygehuse, da der er stor erfaring med akkreditering i forhold til denne sektor¹¹. Men kapitlet trækker også tråde til det kommunale og regionale velfærdsområde, hvor der inden for de senere år er etableret en række akkrediteringslignende ordninger.

4.1 Hvad er akkreditering

Akkreditering er kort fortalt en proces, hvor institutioner vurderes på udvalgte målepunkter (standarder og indikatorer) af en ekstern akkrediteringsorganisation, hvor en uvildig komite vurderer, om institutionen opnår akkreditering eller ikke. Forskellige aktører kan tilskrive akkrediteringen forskellige formål: kvalitetsudvikling, kvalitetssikring, ledelsesmæssig kontrol, legitimering, ønsker om styring, at kunne skyde ansvaret for kvalitetsbrist fra offentlige myndigheder over på uafhængige akkrediteringsorganisationer (Audit Society 1999), markedsdannelse (Højlund 2004) m.m.

Antagelser

Akkreditering bygger på en række antagelser. Nogle af de vigtigste er¹²:

- **at** kvaliteten kan bestemmes
- **at** der kan opstilles standarder for kvaliteten, der kan måles - helst kvantitativt
- **at** dette gøres efter beskrevne procedurer, så det er muligt at sammenligne målinger over tid og mellem forskellige institutioner
- **at** der er (eller kan skabes) konsensus om de udvalgte standarder

¹⁰ Kvalitetsmodellen er en model/mønster, der beskriver egenskaber ved en ydelse eller et produkts evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger (DSKS 2003).

¹¹ Akkreditering bruges inden for forskellige samfundssektorer [Lindeberg 2007]. Akkreditering på hospitals- og uddannelsesområdet har været veletableret i snart 100 år i USA (El-Khawas, 2001 og Roberts et al., 1987), men har siden vundet udbredelse i såvel mange Europæiske såvel som andre lande. Men akkreditering finder også sted inden for mindre dominerende samfundsmæssige områder. For eksempel er der en akkrediteringsorganisation for zoologiske haver (European Association of Zoos and Aquaria).

¹² Der kan tilskrives mange formål til akkreditering afhængig af, hvem man spørger. De nævnte er nogle af de vigtigste.

I en akkrediteringsmodel er der tale om vurdering af hele eller dele af organisationen (Donahue & vanOstenberg 2000).¹³ Akkrediteringen baseres på standarder og bedømmere, der er eksterne og uafhængige af den organisation, de skal vurdere. Der anvendes et målesystem, der betegner graden af standardernes opfyldelse. Opnåelse af akkreditering sker ved vurdering og kontrol af en uafhængig bestyrelse eller et råd. Akkrediteringen opretholdes typisk i et antal år, eksempelvis to til tre år (Scrivens, 1997).

Definition

Nedenfor er gengivet en definition af akkreditering, der bygger på henholdsvis WHO's og Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenets (DSKS) definitioner af begrebet, og som er udledt af danske erfaringer med akkreditering (se kapitel 5, 7 og 8). Der er tale om en minimumsdefinition af akkreditering, dvs. at forskellige akkrediteringsordninger typisk vil indeholde en række andre elementer, end dem der fremgår af definitionen. Men en akkrediteringsordning skal som minimum indeholde de elementer, der er angivet i definitionen, for at kunne henføres under akkreditering.

Akkreditering¹⁴

Procedure, hvor et anerkendt organ evaluerer, hvorvidt en organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at organisationen er kompetent til at udføre sine opgaver.

Boks 4.1- Definition på akkreditering

I definitionen er valgt at fokusere på akkreditering af organisationer og ikke på akkreditering af programmer eller aktiviteter, som organisationen arbejder med, uden at hele organisationen deltager. Der er som sagt valgt en minimumsdefinition for at favne hele akkrediteringslandskabet. Inden for denne definition kan det derfor uddybes, hvilke andre elementer der også kan indgå i en konkret akkrediteringsordning, f.eks. selvevaluering, intern evaluering og mocksurvey. Der er således en betydelig bredde i akkrediteringslandskabet, som ikke kan aflæses af definitionen alene. Definitionen er en bred definition, hvilket betyder, at andre kvalitetsmodeller end akkreditering - eksempelvis de der behandles i kapitel 5 til kapitel 8 - falder inden for definitionen eller ligger meget tæt på, også selv om de ikke kaldes akkreditering.

Frivillig kontra obligatorisk akkrediteringsordning

Akkreditering var oprindeligt – og er stadig nogle steder – noget organisationer aktivt og frivilligt opsøger. Det var også sådan akkreditering på sundhedsområdet kom til Danmark, hvor H:S og Sønderjyllands Amt søgte om akkreditering til henholdsvis Joint Comission International standard og Health Quality Ser-

¹³ Akkreditering er praktisk taget altid auditbaseret.

¹⁴ Definitionen er inspireret af: a) WHO, hvor sygehusene er enige om følgende definition: "Public recognition by a national healthcare accreditation body of the achievement of accreditation standards by a healthcare organization, demonstrated through an independent external peer assessment of the organization's level of performance" (Shaw 2004).

b) DSKS, der definerer akkreditering som "en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver."

vice (HQS). I denne sammenhæng bliver akkreditering tæt associeret med faglig selvregulering og professionel autonomi. Inden for de senere år er der dog sket det, at offentlige myndigheder i stigende grad stiller krav om akkreditering, jf. bl.a. den danske kvalitetsmodel (DDKM). Det er ikke i litteraturen fundet beskrivelser af, hvilke dynamikker og konsekvenser, der er omkring henholdsvis de frivillige og obligatoriske akkrediteringsordninger.

Akkreditering implementeres således ofte i Europa som en statsligt fastsat praksis. Herved kommer der et element af autoritet ind i akkrediteringssystemet - det bliver en formel del af den statslige styring (Shaw 2003)¹⁵.

Finansiering

Akkrediteringsorganer har ofte en høj grad af egenfinansiering, hvor hver institution i akkrediteringsprocessen betaler et beløb til det centrale akkrediteringsorgan. I de tilfælde, hvor det er staten, der indfører akkrediteringen som styring, vil der typisk også være en finansiering herfra (se kapitel 5, 6 og 7).

Internationale retningslinjer

Akkreditering gennemføres ofte inden for en ramme af fastsatte retningslinjer. Mange akkrediteringsorganer på sundhedsområdet følger ISQua's (International Society for Quality in Healthcare) redskaber for akkrediteringsprogrammer og er akkrediteret af ISQua organisationen (www.isqua.org)¹⁶, hvilket betyder, de har international status. På det videregående uddannelsesområde har det amerikanske Council for Higher Education Accreditation været retningsgivende for de amerikanske akkrediteringsorganisationer (<http://www.chea.org/>).

Akkreditering er ikke en enkelt teknologi, men et mønster af aktiviteter, der interagerer og producerer en dokumenteret proces og organisatoriske forandringer, hvor procesresultaterne og komponenterne summeres til ét overordnet resultat. Udbyttet af akkrediteringen vil som tidligere nævnt variere i forhold til de krav, der sættes. Er det f.eks. institutionskontrol, organisationsudvikling, professionelle reguleringer, økonomisk fordeling og/eller offentlig ansvarlighed? (Audit Society 1999, Shaw 2003).

Konkluderende kan siges, at akkrediteringsmodeller tilpasses efter de behov, der er i det pågældende land eller hos de pågældende deltagende institutioner. Derfor dette brogede billede af akkrediteringsmodeller, hvor de forskellige elementer, standarder, processen, akkreditering og surveyors¹⁷ m.v. har forskelligt indhold og udformning.

I det følgende gennemgås de enkelte elementer i en akkrediteringsmodel, og foruden belysning af internationale akkrediteringsprogrammer inddrages eksempler fra Den Sociale Kvalitetsmodel (DSK)¹⁸, Det Sociale Indikatorprojekt

¹⁵ Der arbejdes i disse år inden for hospitalsområdet på en fælles akkrediteringsmodel for landene i EU (Shaw 2004).

¹⁶ ISQua blev dannet i 1995 med det overordnede formål at fremme kontinuerlig kvalitetsudvikling af sundhedsvæsenet. I ISQua regi er udviklet ALPHA-programmet (Agenda for Leadership in Programs in Healthcare Accreditation), som har tilvejebragt internationale standarder, som skal indgå i akkrediteringen.

¹⁷ Begrebet surveyors anvendes i rapporten om assessorer, auditorer m.v. (se afsnit 4.2.5)

¹⁸ Kvalitetsmodellen er i skrivende stund ikke færdigudviklet som akkrediteringsmodel.

(SIP) og Den Danske Kvalitetsmodel¹⁹ for at belyse skoletilbud, bosteder, dagtilbud og plejecentre på det kommunale område.

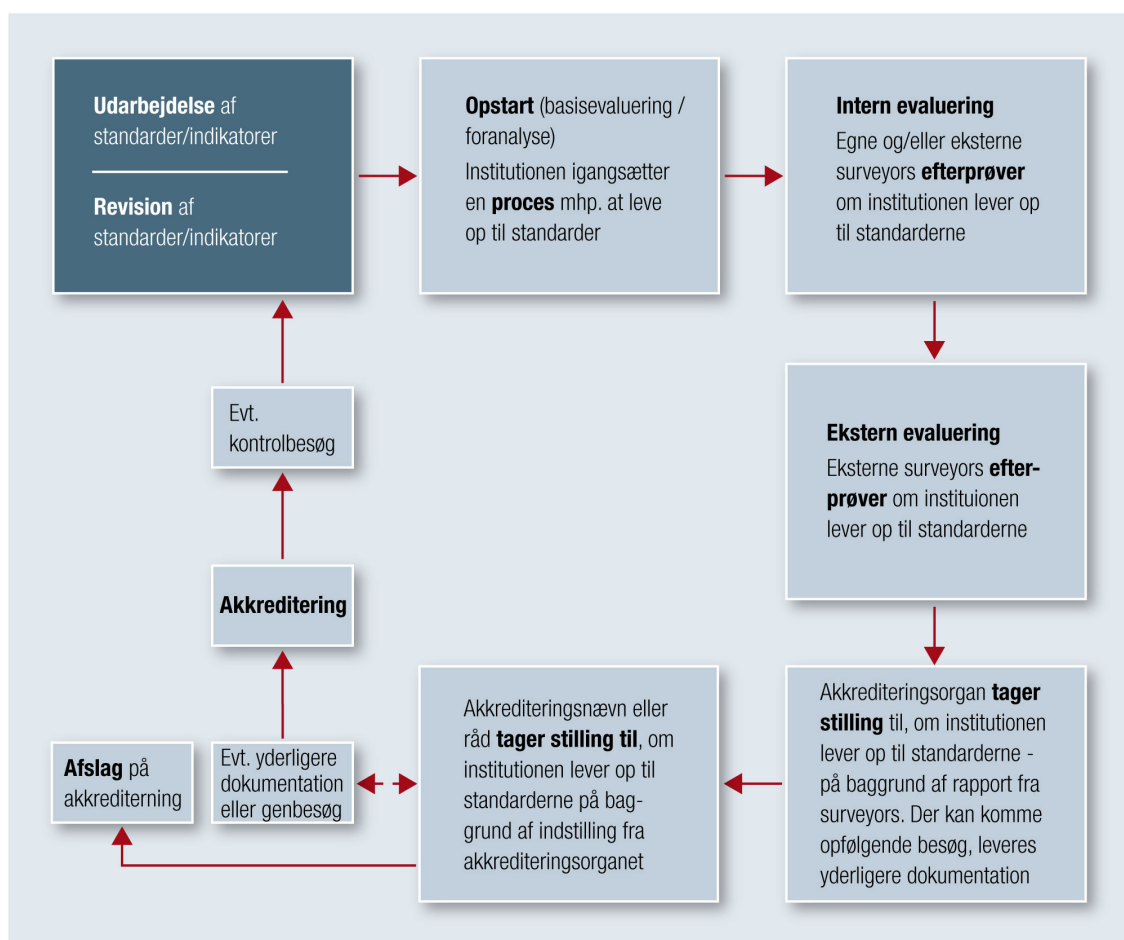
4.2 Elementer i akkrediteringsmodeller

Fem elementer

Elementerne i akkrediteringsmodeller kan ud fra definitionen beskrives i forhold til²⁰:

- a) standarder
- b) processen
- c) ekstern evaluering
- d) akkreditering
- e) surveyors

Det vil være ud fra disse elementer, at akkreditering belyses på det kommunale og regionale velfærdsområde. Nedenfor er illustreret den akkrediteringsproces institutionerne generelt gennemfører for at opnå en akkreditering (se Figur 4.1).



Figur 4.1 - Elementer i akkrediteringsprocessen

¹⁹ www.socialkvalitetsmodel.dk, www.sip.dk, www.ikas.dk

²⁰ Dette afsnit er beskrevet ud fra bl.a. Donahue & vanOstenberg 2000; Scrivens 1995; Øvretveit 2001 samt internetoplysninger fra internationale akkrediteringsorganer.

4.2.1 Standarder

I akkrediteringsprogrammer opstilles et sæt standarder, også kaldet kvalitetsmål, som den enkelte institution skal opfylde. En standard er det mål for kvalitet, der danner grundlag for evaluering af en ydelses kvalitet. Standarderne kan klassificeres som struktur-, proces- og resultatindikatorer, hvor indikatorer er udvalgte målepunkter (variabler), som anvendes til at måle, dvs. overvåge og evaluere kvaliteten på (DSKS 2003). Nedenfor er givet et eksempel på standarden kommunikation fra Den Sociale Kvalitetsmodel.

Standardbetegnelse	Kommunikation Voksne med erhvervet hjerneskade
Standard	Den enkelte beboers kommunikative ressourcer afdækkes
Standardens formål	Formålet er at skabe grundlag for, at personalet kan kommunikere med den enkelte beboer i overensstemmelse med beboerens kommunikative forudsætninger
Målgruppe (ansvarlige for udførelsen)	Ledelse og medarbejdere
Opfyldelse af standarden	I 2010 vil opfyldelsen af standarden relatere sig til trin 1 og trin 2
Trin 1: Retningsgivende dokumenter	Indikator 1: Der foreligger retningsgivne dokumenter for systematisk og kontinuerlig afdækning af beboernes kommunikative ressourcer
Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter	Indikator 2: Ledelse og medarbejdere kender og anvender de retningsgivende dokumenter
Trin 3: Kvalitetsovervågning	Retningsgivende dokumenter er implementeret og kvaliteten overvåges
Trin 4: Kvalitetsforbedring	Resultaterne fra trin 3 analyseres og benyttes til kvalitetsforbedring
Referencer	Angiver udvalgte referencer til standarden. Primær lovgivning samt evidens og bedste praksis på området

Tabel 4.1 - Eksempel på standarden kommunikation (DSK 2007a)

Indikatorer

Jo flere typer af indikatorer, der er indeholdt i den enkelte standard, jo større sikkerhed er der for, at man måler, det man gerne vil måle (O'Reilly et. al. 2007). Det er idealet, at indikatorerne udvikles ud fra standardens ordlyd, så der er en klar sammenhæng mellem den formulerede standard og indikatorerne. Indikatorerne afspejler ideelt viden, værdier og prioriteringer på et givent tidspunkt. Der er forskellige typer af indikatorer, men indikatorerne kan altid grupperes efter, om de er struktur-, proces- eller resultatindikatorer (Tabel 4.2).

Strukturindikatorer	Rammer og strukturer for (den socialfaglige) indsats(en). Det omfatter eksempelvis de overordnede rammer og strukturer, ressourcer, lovgivning, økonomi, kompetencer og organisation ²¹
Procesindikatorer	Helt konkrete aktiviteter, forløb og processer i relation til brugeren/patienten ²²
Resultatindikatorer	Indsats og resultater af en given (social) indsats

Tabel 4.2 - Indholdet i struktur-, proces- og resultatindikatorer (DSK 2007A)

Ved evalueringer dokumenteres opfyldelsen af de opstillede standarder, og dermed afspejles kvalitetsniveauet. Det skal pointeres, at resultatindikatorerne måler resultatet af en indsats, der kan omfatte lovgivning, økonomi, kompetencer m.v. Det er altså typisk ikke resultatet af den faglige kerneydelse, der måles. Denne søges derimod målt inden for den sociale kvalitetsmodel, også kaldet det sociale indikatorprojekt (SIP)²³. Standarderne er opbygget, så de kan vurderes ud fra dataindsamling via interview, observation eller dokumentation ud fra intern og ekstern evaluering. De kan være formuleret både kvalitativt og kvantitativt (DSKS 2003).

Perspektiver

Inden for de enkelte områder, f.eks. dagtilbud, botilbud og plejecentre foretages en udvælgelse og prioritering af de emneområder og strategisk vigtige indsatsområder, der er relevante for en systematisk og kontinuerlig evaluering. Akkrediteringsprogrammer indeholder typisk tre overordnede kvalitetsperspektiver; den faglige kvalitet, den organisatoriske kvalitet og den bruger- og pårørendeoplevede kvalitet (se f.eks. DSK 2007a, Tabel 4.3).

Organisatorisk perspektiv	De sociale tilbuds organisering, ressourceanvendelse og prioritering. Det handler om samarbejde, kontinuitet og sammenhæng i tilbud og ydelser, personaleforhold, ressourceudnyttelse
Fagligt perspektiv	De faglige kerneydelser. Den faglige kerneydelse i det pædagogiske arbejde, behandling, rehabilitering, omsorg, støtte, samtaler, pædagogisk metode samt faglig læring og udvikling
Den bruger- og pårørendeoplevede kvalitet	Brugernes og de pårørendes oplevelser og vurdering af den konkrete indsats - både hvad angår de enkelte ydelser, rammer og vilkår samt de mellem menneskelige relationer

Tabel 4.3 - Eksempel på kvalitetsperspektiver i Den Sociale Kvalitetsmodel (DSK 2007a)

²¹ Det skal tilføjes, at i flere akkrediteringsordninger inkluderes også i strukturkriterierne en vurdering af kvalitetssikringssystemer, f.eks. patientsikkerhedssystemer, risikovurderingssystemer og kvalitetsorganisationens arbejde.

²² Patienten er vores tilføjelse for at vise, at inddelingen også kan gælde for sygehusområdet.

²³ I indikatorprojekter, f.eks. NIP og SIP vurderes resultatet af den faglige kerneydelse, ikke hvordan den faglige kerneydelse er leveret, dvs. at processen i leveringen af ydelsen ikke vurderes..

Ved udarbejdelsen af et akkrediteringsprogram skal det klarlægges, hvor mange og hvilke standarder, der skal vælges inden for de enkelte områder, således at der kun måles på det, der er relevant. I nye akkrediteringsrunder bør det derfor også vurderes, hvilke standarder der vælges ud fra, når nye vælges til (Dahler-Larsen 2008).

Inddeling

For at skabe et overblik over det samlede sæt af standarder kan de inddeles i overordnede områder. Som eksempel kan nævnes, at der i Den Sociale Kvalitetsmodel er valgt en inddeling i to områder: det organisatoriske område og det målgruppe- og ydelsesspecifikke område (Tabel 4.4), hvor der i Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsområdet er valgt tre inddelinger: de organisatoriske, generelle og faglige/specifikke standarder (DDKM 2008)²⁴.

Det organisatoriske område	De målgruppe- og ydelsesspecifikke områder
<ul style="list-style-type: none"> • Rekruttering, uddannelse og kompetenceudvikling • Samarbejde med kommunen • Fejl og utilsigtede hændelser • Arbejds miljø • Ernæringsforhold • Fysiske forhold, apparatur, teknologi • Dokumentation og datastyring • Hygiejne • Kvalitetsstyring • Ledelse • Transport • Medicin 	<ul style="list-style-type: none"> • Brugerinddragelse, selvbestemmelse, medindflydelse • Behandlingsplaner og individuelle pædagogiske planer • Kommunikation og opbygning af relationer • Magtanvendelse • Henvisningsprocesser • Overdragelsesprocesser • Information til brugere og pårørende • Koordinering og kontinuitet • Modtagelse og indslusning

Tabel 4.4 - Standardområder i Den Sociale Kvalitetsmodel (DSK 2007a)

Mange akkrediteringsmodeller indeholder som oftest organisatoriske og generelle standarder, men i de senere år er tilføjet flere og flere faglige standarder (Donahue & vanOstenberg 2000). Det skal tilføjes, at der i de faglige standarder ikke fokuseres direkte på den faglige kvalitet i processerne, f.eks. pædagogikken, plejen og operationsteknikken. Der er dog meget fokus på den faglige ydelse i forhold til om specielle udvalgte ting bliver gjort, hvorved der indirekteses på kvaliteten af den faglige kerneydelse. Når en organisation arbejder efter akkrediteringsstandarder er formålet bl.a. også at sikre en ensartethed, eksempelvis i forhold til patientsikkerhed og risikostyring. Auditresultater, der løftes til organisationsniveau giver f.eks. også mulighed for at finde løsninger, der

²⁴ I Den Danske Kvalitetsmodel for det kommunale sundhedsområde er inddelingen: Organisatoriske standarder (4 temaer og 15 standarder): Kvalitet og risikostyring, ledelse, dokumentation og datastyring, ansættelse og kompetenceudvikling. Generelle standarder (3 temaer med 8 standarder): Koordinering, kontinuitet og overgange, medicinering, hygiejne. Specifikke standarder (3 temaer med 8 standarder): Palliation, kroniske sår og genoptræning. (DDKM 2007). Standarder under udarbejdelse er sundhedsfremme og forebyggelse, tandpleje, sundhedspleje, kroniske sygdomme, ernæringscreening, misbrug og demens (www.ikas.dk).

Grundlaget for standarderne

kan være med til at sikre ensartethed på tværs af organisationen og dermed løfter kvaliteten i organisationen.

Det tilstræbes normalt, at udarbejdelse af standarder sker ud fra bedste praksis²⁵, evidensbaseret viden, peer review af standarderne og pilottest. På det sociale område findes i mindre grad end på sundhedsområdet evidensbaseret viden, hvorfor standarderne på dette område i højere grad hviler på erfaringsbaseret viden samt viden om bedste praksis.

Udarbejdelsen af standarder kan foregå enten via en akkrediteringsorgan forankret nationalt - det er eksempelvis tilfældet for sygehusene i Danmark og Frankrig - eller via private akkrediteringsorganisationer, eksempelvis Joint Commission (JCI), CHKS og Accreditation Canada eller ved private institutioner, der efterfølgende får standarderne godkendt. Erfaringer fra sundhedssektoren viser, at det tager mindst 1-1½ år at udvikle et helt sæt akkrediteringsstandarder²⁶. Der udvikles herefter kontinuerligt nye standarder og tidligere revideres, hvilket betyder at standarderne aldrig ligger helt fast.

Det må antages at have betydning for ejerskabet til standarderne, hvordan de er udarbejdet. Herunder i hvilken udstrækning de sygehuse eller institutioner, der senere skal omfattes af akkrediteringsordningen, har været inddraget i processen. Der findes dog ikke litteratur eller undersøgelser, der nærmere belyser betydningen af standardernes udarbejdelsesproces for ejerskab, effekt m.v.

Det er op imod det samlede sæt af standarder, at organisationens præstation vurderes. Det kan tilføjes, at i nogle akkrediteringsprogrammer er vurderingen også baseret på en vurdering af stikprøver om patientforløb, dvs. en vurdering af opgaver på tværs af organisationen (Donahue & vanOstenberg 2000). Denne metode kaldes også tracermetoden og gennemføres bl.a. af JCI (se nærmere beskrivelse i afsnit 5.1).

4.2.2 Processen

I en akkrediteringsproces evalueres organisationens praksis løbende op imod standardsættet. Denne evaluering foregår ved anvendelse af tre metoder, 1) dokumentation, 2) interview og 3) observation. De tre metoder kan anvendes af såvel interne som eksterne surveyors, hvor resultatet af evalueringen rapporteres til organisationen. I akkrediteringsprocessen gennemløber organisationen flere faser frem til den eksterne evaluering.

Tre faser

I de fleste akkrediteringsprogrammer afholdes en åbningskonference for medarbejderne som indledning til akkrediteringsprocessen. Herefter følger tre faser, der kan beskrives som:

²⁵ Det skal indskydes, at standarderne også udvikles efter identificerede risici/fejl i den pågældende praksis.

²⁶ En fuldt udviklet akkrediteringsmodel, dvs. gennemprøvet og løbende revideret i praksis kan tage 10-15 år (se det Australske akkrediteringsprogram NCAC kapitel 6)

- 1 Opstart (basisevaluering/foranalyse)²⁷
- 2 Selvevaluering
- 3 Intern evaluering

Opstart ²⁸	I opstartsfasen evalueres organisationens praksis op imod de enkelte standarder, hvorved det bliver muligt at vurdere de områder, hvor der eventuelt er uoverensstemmelse mellem praksis og standarderne. Identifikationen kan foretages af eksterne surveyors eller af organisationens eget personale som selvevaluering eller som intern evaluering. Efter denne første evaluering følger en udviklingsperiode, hvor organisationen arbejder med at opfylde standarderne.
Selvevaluering	I løbet af akkrediteringsprocessen, fra opstart til ekstern evaluering, foretager medarbejdere og ledelse selvevalueringer inden for de forskellige standardområder. Selvevalueringerne foregår bl.a. ved audits, hvor fagpersonerne gennemgår konkrete processer (eksempelvis patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten i ydelserne. Evalueringen foretages på grundlag af kvalitetsmål i standardsættet og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold (DSKS 2003).
Intern evaluering	<p>Nogle måneder efter opstart af akkrediteringsprocessen foretages typisk en intern evaluering, hvor opfyldelsen af standarderne evalueres for at få et overblik over status. Evalueringen foretages ofte af kollegaer typisk fra egen og andre institutioner. Begrundelsen for at anvende disse fagpersoner er bl.a. at sikre ny viden til den evaluerede institution og til de institutioner, som fagpersonerne kommer fra samt muliggøre videndeling mellem institutionerne og forberede, træne til den eksterne evaluering.</p> <p>De interne surveyors udfører evalueringen efter et fastlagt program, og besøger afdelinger/områder, hvor de evaluerer standarder op imod praksis og/eller gennemgår f.eks. patientforløb på tværs af organisationen (se afsnit 5.1). Ud fra de indsamlede data giver de interne surveyors feedback til organisationen, der efterfølgende kan arbejde videre med resultaterne. Den interne survey er forbundet med et større koordineringsarbejde for den evaluerede organisation, hvorved det bl.a. sikres at surveyors følger dagsprogram og at ledelse og medarbejdere er til stede for gennemførelse af interview, dokumentgennemgang og observationer. Det skal præciseres, at den interne evaluering i denne undersøgelse betragtes som et internt system, men at den for den enkelte deltagende organisation i flere tilfælde vil kunne opleves som en ekstern evaluering.</p>

²⁷ Der er forskellige måder at opstarte akkrediteringsprojekter på, se f.eks. Aabenraa Kommune, Bispebjerg og Hvidovre hospitaler (afsnit 7.2 og 5.1).

²⁸ Der er i denne fase også tale om "eligibility", dvs. en vurdering af om man er kvalificeret, og dermed klar til at påbegynde akkrediteringsprocessen. Dette foregår f.eks. i LOS institutioner (se afsnit 7.1), men nødvendigvis ikke i andre akkrediteringsordninger (se afsnit 5.1 og 7.3).

4.2.3 Ekstern evaluering²⁹

Den eksterne evaluering er oftest aftalt i forvejen og inkluderer besøg og dialog mellem fagprofessionelle fra institutionen/hospitalet og fra akkrediteringsorganisationen. De fagprofessionelle surveyors er f. eks. administrativt personale, læger, sygeplejersker, lærere, pædagoger og fysioterapeuter. Surveyors fungerer altså som værktøjer i akkrediteringsprocessen, idet de giver feedback til processen i organisationen (Donahue & vanOstenberg 2000)³⁰.

Forberedelsen til den eksterne evaluering sker ved, at institutionen forbereder den dokumentation, der danner baggrund for evalueringen samt udarbejder dagsprogrammer til surveyorteamet. Det betyder, at det er den organisation, der søger akkreditering, der er ansvarlig for at dokumentere, at standarderne efterleves. I de nyere akkrediteringsprogrammer er man gået væk fra, at personalet forbereder dokumentation specielt til den eksterne evaluering og tager i stedet udgangspunkt i de dokumenter, der eksisterer i dagligdagen i organisationen. Begrundelsen for denne ændring er, at det gør akkrediteringen mindre ressourcerelevende og holder fokus på det daglige arbejde. Akkrediteringen kan også foregå uanmeldt i stedet for anmeldt, hvilket flere institutioner ønsker ud fra den begrundelse, at kvaliteten altid skal være i top (JCI)³¹.

Den eksterne evaluering har en varighed på én til fem dage alt efter organisationens størrelse. De eksterne surveyors, oftest et team på to til fem personer, evaluerer organisationens praksis ud fra et fastlagt dagsprogram, hvori det fremgår hvilke afdelinger/områder der skal besøges samt hvilke standardområder, der skal evalueres. De eksterne surveyors foretager a) gennemgang af dokumenter b) interview af ledere og medarbejdere c) observation på alle tider af døgnet. Den evaluerede organisation har sammen med den ansvarlige for surveyteamet udarbejdet dagsprogrammer, og sikre koordineringen mellem surveyors, og personalet i afdelinger/områder således at den eksterne evaluering gennemføres hensigtsmæssigt. Efter den eksterne evaluering giver de eksterne surveyors en mundtlig feedback til ledere og medarbejdere, således at de har mulighed for at arbejde videre med deres praksis mens de venter på den skriftlige akkrediteringsrapport.

Mock survey

Det skal tilføjes, at forud for den eksterne evaluering er der mulighed for i JCIs akkrediteringsprogram at gennemføre en mock survey, hvor eksterne surveyors fra akkrediteringsorganisationen foretager en evaluering af organisationens opfyldelse af standarderne. Formålet med mock survey er at forberede organisationen på den eksterne evaluering. Der anvendes eksterne surveyors i denne fase, men disse indleverer de ikke materiale til bedømmelseskomitéen, men kun til

²⁹ Vi har valgt begrebet 'evaluering', der kan foregå såvel summativ, dvs. der foretages en status og den kan samtidig være formativ, dvs. den retter sig mod det videre forløb (Hansen 2005).

³⁰ Forskningsresultater viser, at surveyors også giver feedback og udvikling i egen organisation, når de vender tilbage hertil (Greenfield et.al. 2006).

³¹ Akkrediteringen kan også foregå delvist uanmeldt, hvor organisationen enten ved, at den eksterne evaluering vil foregå inden for de næste 3 måneder, eller at organisationen får besked om f.eks. fredagen, at den eksterne evaluering vil påbegynde om mandagen.

sygehuset/institutionen (Donahue & van Ostenberg 2000). Der er i litteraturen ikke beskrevet, hvilken forskel og hvilke fordele, der er ved henholdsvis intern evaluering foretaget af fagpersoner/kolleger og mock survey foretaget af eksterne surveyors med henblik på at opnå en senere akkreditering.

Evaluerings-
rapport

Efter den eksterne evaluering får institutionerne tilsendt akkrediteringsrapporten. I denne er det beskrevet, hvilke standarder og indikatorer der eventuelt ikke er opfyldt. Rapporten gennemlæses af institutionen med henblik på faktuelle fejl, hvorefter det vurderes af akkrediteringsorganets sekretariat, om rapporten er klar til at blive forelagt akkrediteringskomiteén. Det sker, at institutionen må eftersende dokumentation eller må have endnu et besøg af surveyors, inden rapporten kan afleveres. Det skal præciseres, at det er hele organisationen, der akkrediteres og ikke enkelte afdelinger eller enkeltpersoner.

4.2.4 Akkreditering

Enten/eller

Et definerende karakteristika ved akkreditering er, at det fører til en tildeling af en status som akkrediteret. Resultatet af en akkreditering er altså enten/eller. En organisation er *enten* akkrediteret til en standard, *eller* også er den ikke. I nogle tilfælde kan akkrediteringen være tildelt i en kortere periode end normalt eller på betingelse af, at der inden for en periode rettes op på nogle forhold. Det ændrer dog ikke ved, at organisationen har opnået status som akkrediteret.

Akkrediteringskomité

Den endelige vurdering af det samlede materiale fra den eksterne evaluering, der er udformet som en kort rapport af surveyorteamet, varetages typisk af et fagkyndigt panel - en akkrediteringskomité eller et rådsorgan - der tolker, om standarderne er opfyldt ud fra et fagligt skøn. Komiteen eller rådet kan:

1. tildele organisationen akkreditering
2. anmode om yderligere tiltag før akkreditering kan tildeles
3. afslå akkreditering

Kvalitetsstemplet gælder typisk for en periode på 2-3 år. I løbet af denne periode får organisationen normalt et opfølgingsbesøg, hvor det vurderes, om organisationen fortsat lever op til de stillede krav og arbejder med de anbefalinger, som komiteen eller rådet gav.

4.2.5 Surveyors

Et vigtigt element i akkrediteringsprocessen er akkrediteringsorganets surveyors, der har mange beslægtede synonymer, eksempelvis evalueringsekspertes, assessorer, reviewer, validator og auditører. Titlerne dækker stort set over samme krav til kvalifikationer og kompetencer. Vi vælger for overskuelighedens skyld primært at anvende benævnelsen surveyors for de, der evaluerer institutionerne med henblik på akkreditering.

Faglige og/eller
evalueringskyndige

Surveyors kompetencer kan overordnet inddeles i tre typer: faglige eksperter³², evalueringseksperter og generalister/analytikere. Surveyors, der primært er evalueringsspecialister er ikke fagligt kyndige inden for området, men går efter det objektive vidnesbyrd. Eksempler kan være surveyors i certificeringsprogrammer. Faglige specialister er derimod eksperter inden for et bestemt domæne, eksempelvis akkreditering på sygehuse. Generalister/analytikere er ikke fagligt udøvende eksperter eller evalueringsspecialister, men har generelle kompetencer inden for områderne. Et eksempel kan være tilsynsførende i kommunerne.

Endvidere kan der skelnes mellem surveyors, der har opgaven som hovedstilling eller som bistilling. Surveyors, der har opgaven som hovederhverv får stor ekspertise i at foretage eksterne evalueringer og kan viderebringe eksempler fra en organisation til den næste. Surveyors som har opgaven som bierhverv kan udføre det samme, men her er udfordringen at få tilstrækkelige eksterne evalueringer til at oppebære kompetencerne. Nedenfor sammenfattes seks parametre med eksempler på konkrete akkrediterings-, kvalitets- og tilsynsmodeller (Tabel 4.5).

Ansættelsesform Udgangspunkt for ekspertise	Surveyor som hovedstilling	Surveyor som bistilling
Faglige specialister	JCI	CHKS, LOS, DDKM
Evalueringsspecialister	Dansk Standard ³³	
Generalister/analytikere		Tilsynsførende, (LOS) ³⁴

Tabel 4.5 - Surveyors ansættelsesform og ekspertise (COWIs inddeling)

Der er endnu en væsentlig skelnen mellem surveyors. I akkrediteringsprogrammer uddannes ofte interne surveyors, dvs. surveyors som foretager interne evalueringer i institutionen eller i andre lignende institutioner. De er ikke ansatte i akkrediteringsorganet, men i institutionerne. Deres rolle og opgaver beskrives nærmere i de danske og udenlandske akkrediteringsprogrammer (Kapitel 5, 6 og 7).

Hvordan surveyors udfører den eksterne evaluering har stor betydning for institutionernes oplevelse af akkreditering. Det er først i de senere år, at der forskes i surveyors rolle og opgaver under den eksterne evaluering. Et studie fra Au-

³² Faglige eksperter skal her forstås som fagprofessionelle, der kommer fra det pågældende område f.eks. sundheds - eller socialområdet, og som kan evaluere praksis på tværs af fagspecialer og discipliner. De faglige eksperter har således en organisatorisk og en faglig vinkel inden for det pågældende område.

³³ Dansk Standard varetager certificering - www.ds.dk.

³⁴ Tilsynsførelsen foretager eksempelvis lovpligtige tilsyn på plejecentre, botilbud m.v. LOS er nævnt i parentes, fordi surveyor-teamet sammensættes med en med branchekendskab, dvs. en faglig specialist, og en med systemisk kendskab, dvs. en generalist/analytiker.

stralien viser, at surveyors har forskellige måder at interviewe på og dokumentere deres oplevelser i institutionen (se Boks 4.2).

Greenfield, Braithwaite og Pawsey³⁵ gennemførte et observationsstudie af en række surveyors. De kunne grupperes i tre forskellige typer ud fra følgende to dimensioner: struktureringsgraden af interview og dokumentationen af svarene. Den første type - the interrogator - interviewede medarbejdere og ledere på en meget struktureret vis og noterede løbende svar ned. Den anden type - the explorer - stillede spørgsmål mere "opportunistisk" og tog noter efter behov. Den tredje type - the discusser - tog ikke noter undervejs, og spørgsmålene havde mere karakter af oplæg til diskussion af standarder og metoder. Først bagefter udarbejdedes der noter om forløbet.

Undersøgelsen siger intet om, hvilke af de tre typer af surveyors, der er "bedst". Undersøgelsen giver imidlertid anledning til refleksion over rollen som surveyor og til overvejelser om, hvorledes team af surveyors skal sammensættes.

Boks 4.2 - Forskellige typer af surveyors

Der er ingen undersøgelser, der viser, hvilken type eller typer af surveyors, der virker "bedst" på f.eks. personalets gennemførelse af akkrediteringsprogrammet.

Endelig skal nævnes, at der ofte i akkrediteringsorganerne er ansat specialister i akkreditering, også kaldet client managers eller moderatorer (se Kapitel 6), der planlægger akkrediteringsbesøg, rådgiver og besvarer spørgsmål på politikere og procedurer og selve akkrediteringsprocessen m.v.

³⁵ Greenfield D, Braithwaite J, Pawsey M. Health care accreditation surveyor styles typology. *International Journal of Health Care*, 2008;21:435-443

5 Danske erfaringer med akkreditering på hospitaler

I Danmark er hospitaler i det tidligere H:S - i denne rapport repræsenteret ved Bispebjerg hospital og Hvidovre hospital samt sygehusene i det tidligere Sønderjyllands Amt, i dag Sygehus Sønderjylland - akkrediteret flere gange, og det vil derfor være væsentligt at beskrive erfaringerne herfra.

5.1 Bispebjerg og Hvidovre hospitaler³⁶

I det følgende gennemgås det akkrediteringsprogram som Bispebjerg og Hvidovre hospitaler har gennemgået med Joint Commission International (JCI) (se Boks 5.1).

Om Bispebjerg og Hvidovre hospitaler: Bispebjerg og Hvidovre hospitaler er to af de tidligere H:S hospitaler, der er akkrediteret tre gange af Joint Commission International (JCI). JCI har udviklet standarder og indikatorer, og det er disses efterlevelse, som hospitallets akkreditering baseres på. Hospitalerne påbegyndte arbejdet med akkreditering i 1999. H:S hospitalerne blev akkrediteret første gang i 2002, genakkrediteret i 2005 og sidste akkreditering foregik i 2008.

Om Joint Commission International (JCI): JCI er en international akkrediteringsorganisation, der forestår akkreditering af bl.a. sygehuse i mange lande. JCI akkrediteres af International Society for Quality in Health Care (ISQua).

Om indholdet: Akkrediteringsordningen indeholder 13 overordnede områder, og der foretages ekstern evaluering hvert 3. år. Der akkrediteres ud fra følgende hovedområder:

1. Adgang til behandling og sammenhængende patientforløb
2. Patient og pårørenderettigheder
3. Vurdering af patienter
4. Behandling af patienter
5. Anæstesi og kirurgi
6. Anvendelse og håndtering af lægemidler
7. Vejledning af patient og pårørende
8. Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed
9. Forebyggelse og kontrol af infektioner
10. Ledelse
11. Sikkerhed og forsyninger
12. Personalets kvalifikationer og uddannelse
13. Kommunikations- og informationsstyring

³⁶ Dette afsnit bygger på følgende dataindsamling fra henholdsvis Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital: Fokusgruppeinterview med a) direktionen b) afdelingsledelser c) nøglepersoner d) medarbejdere, i alt er 25 personer interviewet i fokusgruppe -, gruppe -, og enkeltinterviews. Udleveret materiale fra de to hospitaler - se bilag 5

Inden for hvert af de 13 overordnede områder er der et antal standarder, i alt 323 standarder. Til hver af de 323 standarder er knyttet en række "målelige elementer" en slags indikatorer, typisk er der 3-6 indikatorer pr. standard. I alt er der 1023 indikatorer.

Kilde: Kilder fra Bispebjerg og Hvidovre hospitaler samt COWI interview

Boks 5.1 - Præsentation af Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler og Joint Commission International

I det følgende beskrives akkrediteringsordningen i regi af Bispebjerg og Hvidovre hospitaler efter fem udvalgte temaer.

Tema 1

Valg af akkrediteringsmodel

Baggrunden for at indføre JCI akkrediteringsmodel beskrives som en ændring i fokus. Sammenlægningen af sygehusene til H:S havde optaget ledelsen en del år. Nu skulle der være fokus på kvalitet i stedet. Valget af JCI som model var forankret hos den øverste ledelse, altså primært direktionen i H:S i et vist samspil med direktionerne på de lokale hospitaler. Det var "en top-down beslutning", fortæller afdelingsledelser og medarbejdere. Medarbejderne beskriver, at "akkreditering blev presset ned over hovedet på os. Vi blev ikke inddraget i processen". Det affødte en del modstand i starten, men "nu kan vi se fordelene ved akkreditering". "Vi er stolte af vores akkreditering". Alle de interviewede betragter akkreditering som et stærkt ledelses- og styringsværktøj.

Tema 2

Udvikling og valg af standarder

Standarderne er udviklet af JCI og er standarder, der er gældende internationalt og ikke specifikt for de tidligere H:S hospitaler³⁷. Medarbejdere og ledelse har derfor ikke haft indflydelse på denne proces, hvilket ifølge ledelsen er i orden: "Det er et stort arbejde at udarbejde standarder, det kræver specifik indsigt, og endvidere er det hensigtsmæssigt, at klinikere mv. ikke skal bruge tid på dette".

Standarderne er "åbne standarder", dvs. hospitalerne vælger selv, hvordan de opfylder dem modsat standarder, hvor der konkret beskrives, hvad indholdet skal omfatte, og hvilken metode der skal anvendes. En medarbejder giver eksemplet på det modsatte af en åben standard: "En standard er f.eks.: "Det udførte kirurgiske indgreb dokumenteres i patientjournalen" og et af fire tilhørende målelige elementer er: "En postoperativ diagnose er dokumenteret" samt "navnet på kirurgen er anført", der er ikke særlig åbent".

Flere standarder ligger op til monitorering af kvaliteten, og dette sikrer, at der bliver fokus på vurdering og forbedring af kvaliteten over tid. Eksempelvis arbejdes der løbende med audits af patientjournaler, og der er på tværs af hospitalerne i H:S udviklet et særligt redskab til indsamling af data for journalaudit. Ledelse, medarbejdere og nøglepersoner fremhæver, at resultatet af behandlingen og plejen (det faglige outcome) ikke indgår i akkrediteringsmodellen. En del af det fanges ind via NIP projektet (se afsnit 8.7). Flere afdelingsledelser er skeptiske overfor NIP. Der er for mange data; "it - fungerer ikke", "tager lang tid med registrering" etc.

³⁷ For JCI foregår udvikling af standarder i en international komité med repræsentanter fra alle verdensdele. Det tidligere H:S var høringspart og deltog i udviklingsprocessen.

Personalet beskriver, at standarderne i akkrediteringsmodellen i starten blev oplevet som meningsløse, men at de nu kan se en mening med dem. Det fremhæves, at det er vigtigt, at metoderne til opfyldelse af standarderne er differentieret og tilpasset den enkelte afdeling/patient.

Standarderne er udførligt beskrevet og kræver megen dokumentation. En medarbejder fortæller, *"der går tid fra patienten på grund af dokumentationspligten"*. Desuden er der ting, som opfattes som meningsløse at dokumentere. *"Dog har akkreditering reduceret antallet af fejl"*..

Tema 3

Akkrediteringsprocessen

Akkrediteringsprocessen i akkrediteringsordningen kan kortfattet beskrives med udgangspunkt i fire faser, jf. nedenstående Tabel 5.1.

Fase	Beskrivelse
Opstart	Forud for første akkreditering af H:S hospitalerne foretog JCI en foranalyse i 1999 af Hvidovre og Bispebjerg hospitaler. Denne viste, at der var meget, de skulle arbejde med i forhold til at kunne opnå en akkreditering. Ud fra denne foranalyse blev der arbejdet med dokumentation mv. for at opfylde standarderne. Det er væsentligt, at der afsættes midler til denne del af processen.
Intern evaluering	H:S surveyor korpset gennemfører i varierende omfang interne audits på hospitalerne. På Hvidovre Hospital gennemfører Kvalitetsafdelingens ansatte ugentlige audits på hospitalet. Disse audits kan være medicinaudits hvor opbevaring, administration og dispensering af medicin er i fokus, traceraudits hvor konkrete kliniske patientforløb er i fokus og audits af hele afdelinger, som omfatter gennemgang af afdelingens samlede kvalitetsstyringssystem herunder interview med ledere og medarbejdere samt observationer på afdelingen. Formålet med disse audits er at medvirke til den dagligdags implementering og funktion af kvalitetsstyringen og akkrediteringsstandarderne.
Mock survey	I det tidligere H:S valgte man at gennemføre en Mock survey, en slags generalprøve der foretages af JCI surveyors inden den eksterne evaluering. Mock surveyen er en ydelse, der kan vælges til eller fra, og foregår som den eksterne evaluering, men opleves nogle gange skrappere, Surveyors bidrager med gode råd, der arbejdes på op til den eksterne evaluering.
Ekstern evaluering³⁸	Et surveyor-team forestår den eksterne evaluering (administrator, sygeplejersker, læger), der forløber over flere dage. Der er ikke to eksterne evalueringer, der ligner hinanden, det afhænger bl.a. af surveyors fokus. Ved den sidste eksterne evaluering anvendtes f.eks. også tracermetoden ³⁹ . Direktionen og afdelingsledelser deltager i den eksterne evaluering sammen med personalet. Det er en fælles opgave og giver stort udbytte for alle. Akkrediteringsprocessen beskrives positivt af både medarbejdere og ledelse. Stemningen er pisket op i måneden op til den eksterne evaluering, hvor der ryddes op, gøres rent osv. Uanmeldte akkrediteringsbesøg ville give et mere realistisk billede af hverdagen.

³⁸ Ekstern evaluering kaldes "survey" i H:S.

³⁹ Tracermetoden eller traceraudits, definition: Audit der følger diagnoser, emner eller områder på tværs i organisationen. Der er tale om patienttracer og systemtracer. Patienttracer: Den proces som anvendes til at vurdere en bestemt patients samlede behandlingsoplevelser

Fase	Beskrivelse
Akkreditering	JCI afgør, hvorvidt hospitalerne opfylder kravene til standarderne, og dermed kan indstilles til en akkreditering. Det er akkrediteringskomitéen, der vurderer indstilling. Bispebjerg og Hvidovre hospitaler kan i dag ikke forestille sig ikke at blive akkrediteret. Første gang var de nervøse herfor, og der var den gang megen mystik forbundet til surveyors.

Tabel 5.1 - Oversigt over akkrediteringsprocessen i Region Hovedstaden

En af hospitalsdirektionerne fremhæver, at akkreditering udvikler sig undervejs. *"Da vi startede, var der nogle fokusområder, og disse har ændret sig, men også akkrediteringsmetoden ændrer sig. JCI har andre fokusområder nu, end da vi startede"*. Direktionen og afdelingsledelserne fremhæver, at dette løbende er med til at udvikle og forbedre systemet.

Tema 4

Surveyors

Såvel ledelserne som medarbejdere foretrækker udenlandske surveyors frem for danske surveyors, idet de udenlandske har fokus på uddannelse og stor erfaring med akkreditering. *"De kender forskellige organisationsmodeller og systemer, og er derfor ikke bundet af nationale traditioner for udførelse af en universel sundhedsydelse"*. *"Surveyors skal være fagligt dygtige, de skal have et personligt engagement"*. *"De skal have haft forskellige ansættelser på forskellige institutioner i deres karriere, så de har stor erfaring"*. Surveyors er forskellige, og der er derfor heller ikke to surveyors, der er ens. *"De [surveyors] skal også være i stand til at identificere væsentlige problemområder, og de skal møde velforberejede"*. *"En ukompetent surveyor, som personalet kan snyde, vil medføre manglende respekt for akkrediteringen"*.

Tema 5

Implementering

Det blev fremhævet i et interview med en hospitalsdirektion, at udgangspunktet for implementeringen af akkreditering var en overordnet ledelsesbeslutning. Den blev prioriteret, så der ikke samtidig blev sat andre projekter i verden, der ville have begrænset muligheden for at implementere systemet. Samtidig blev det på hospitalsniveau gjort klart for afdelingsledelserne, at de i praksis skulle forstå implementeringen. De blev dog stillet frit i forhold til, hvordan de ville opbygge deres "implementeringsorganisation". I hele implementeringsfasen var der opfølgning mellem hospitalsdirektion og afdelingsledelsen om, hvordan processen skred frem, ligesom hospitalsdirektionerne var i dialog med H:S Direktionen om implementeringen, og stod til ansvar over for at arbejdet blev en succes lokalt.

Hospitalsdirektionen oplevede også en støtte fra H:S Direktionen, hvor der nu er en god støtte centralt fra i Region Hovedstaden. Men det er væsentligt, at akkreditering er forankret ved ledelsen lokalt i de enkelte afdelinger. *"Tidligere*

på hospitalet. Systemtracer: Et møde under et akkrediteringsbesøg, hvor man vurderer vigtige områder for kvalitet og sikkerhed i patientbehandlingen på grundlag af hospitalets tværgående systemer. Disse systemer kan f.eks. være infektionsforebyggelse, kontrol og håndtering af lægemidler, personalets kvalifikationer eller anvendelse af data.

var der dog tættere til ledelsen centralt, da vi var mindre i Hovedstadens Sygehusfællesskab”.

I starten var kvalitetsafdelingen ”guder på jord”. Det har ændret sig til nu, så organisationen mere er et serviceorgan for afdelingerne. Afdelingsledelsen har nøglepersoner, der står for akkreditering. *”Det er ikke længere tilfældige ildsjæle, der varetager denne opgave. Det er nu også blevet en bottom-up proces, og der er således balance”.*

Akkrediteringen har skabt en kvalitetsorganisation, hvor der er mange aktører, og de kender nødvendigvis ikke forholdene i de enkelte afdelinger. *”Der fragår på denne måde gode kliniske medarbejdere til dette kvalitetsarbejde”.* Man bør således altid nøje overveje de ressourcemæssige konsekvenser af akkreditering, og om indsatsen står mål med udbyttet. Eller ressourcerne kunne være anvendt bedre i det ”kliniske” arbejde. En medarbejder formulerer det på denne måde: *”Der burde laves en cost/benefit analyse over, hvorvidt akkreditering betaler sig”.*

Der er endvidere på hospitalerne etableret et implementeringsorgan, hvor nøglepersoner mødes og giver gensidig inspiration. Nogle ting er svære at implementere selv over flere år - og afdelingerne kan i dette forum inspirere hinanden.

Akkrediteringen har styrket relationerne til andre afdelinger, man har desuden en ensartet terminologi og samme metoder. Såvel direktorer, ledelse og medarbejdere beskriver, at akkreditering kan sikre fortsat udvikling også i fremtiden. *”Der kan både indføres nye standarder og nye metoder. Sektorovergange vil være et andet godt udviklingstiltag”.*

5.1.1 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores caseundersøgelse er ledelse, personale, nøglepersoner og andre interviewpersoner på henholdsvis Bispebjerg Hospital og Hvidovre Hospital fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. Se Boks 5.2.

Start med ledelsesforankring. For at akkreditering kan blive en succes, er det vigtigt, at ledelsen går ind for projektet. Opbygning af en akkrediteringsmodel er en proces, der kræver tid og engagement fra alle parter.

Eksisterende erfaringer. Anvend eksisterende erfaringer med akkreditering. Inddrag medarbejderne i udvælgelsen af standarder, så de opleves som meningsfulde og brugbare. Anvend tracermetoden - den giver mening for personalet.

Hjælp hinanden. Tag fat på enkle ting og få etableret en central enhed til at vælge f.eks. de rette produkter, procedurer - så hver eneste afdeling og institution ikke skal forholde sig til dette (f.eks. sprit efter bleskift).

Læring. Opbyg en kultur, der har parathed til at ændre, til at finde fejl, til at lære af dem, til at samarbejde på tværs af afdelinger, og som dokumenterer. It- og dokumentationssystemet er vigtigt at få etableret for at kunne kommunikere mellem afdelinger og institutioner.

Fortæl om akkreditering. Forklar omgivelserne om akkreditering. Det vil f.eks. være vigtigt at forklare forældre i daginstitutioner om akkreditering, de bliver glade for det i længden.

Faseopdeling. De, der er ansvarlige for akkrediteringsprogrammet, bør sikre en faseopdeling af akkrediteringsprocessen, først det basale, siden det mere avancerede. Prioritér få standarder i starten og udvid langsomt til flere områder, men akkreditering må ikke tage fem år! Revidér løbende akkrediteringsmodellen, reducé dokumentationen.

Boks 5.2 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

5.2 Sygehus Sønderjylland⁴⁰

I det følgende gennemgås akkrediteringsprogrammet som Sygehus Sønderjylland har gennemgået med CHKS (tidligere HQS, Health Quality Service) (Boks 5.3)

Om Sygehus Sønderjylland: De fire somatiske sygehuse i Sønderjylland (Tønder, Aabenraa, Haderslev og Sønderborg sygehuse) påbegyndte akkrediteringen i 2001 i samarbejde med Gigthospitalet i Gråsten, Aabenraa Kommune og et antal praktiserende læger og det engelske akkrediteringsorgan HQS (i dag CHKS). Dette arbejde førte til akkreditering af alle i 2004. Efterfølgende er de fire sygehuse fusioneret til Sygehus Sønderjylland, der er akkrediteret anden gang i 2007 som et samlet sygehus.

Om CHKS (tidligere HQS): CHKS er et engelsk akkrediteringsorgan, der opkøbte Health Quality Services, der i sin tid startede som udviklingsafdeling under Kings Fund og blev selvstændig akkrediteringsorganisation i 2000. CHKS akkrediteres af International Society for Quality in Health Care (ISQua). HQS foretager akkreditering i mange lande.

Om indholdet: Akkrediteringsordningen indeholdt i 2. akkrediteringsrunde følgende overordnede områder:

1. Ledelse på sygehusniveau
2. Kvalitet
3. Arbejdsmiljø
4. Hygiejne
5. Ledelse på afdelingsniveau
6. Henvi sning, indlæggelse og modtagelse af patienter

Inden for hvert af de 6 overordnede områder er der mellem 3-7 standarder. Til hver af de 57 standarder er knyttet en række indikatorer, typisk 15 - 40 indikatorer pr. standard.

Kilde: Notater fra Sygehus Sønderjylland samt COWI interview

Boks 5.3 - Præsentation af Sygehus Sønderjylland og Health Quality Service

I det følgende beskrives akkrediteringsordningen i regi af Sygehus Sønderjylland efter fem udvalgte temaer.

Tema 1

Valg af akkrediteringsmodel

I interviewet med medarbejdere blev det tilkendegivet, at indførelsen af akkreditering havde at gøre med et ønske om at profilere sygehusene og amtet, nøglepersonerne siger *”so ein ding müssen wir auch haben”*. Inden akkrediteringsmodellen blev valgt besigtigede sygehusdirektionen i amtet og politikere forskellige akkrediteringssystemer rundt om i verdenen. Valget faldt på den

⁴⁰ Dette afsnit bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med a) nøglepersoner b) ledelsen, i alt fire personer samt udleveret materiale - se bilag 5.

engelske HQS model, da dens kultur passede bedst til den danske samt mulighed for stor indflydelse på standarderne. I interviewet med ledelsen blev det dog også fremhævet, at valget af HQS måske også hang sammen med et ønske om selv at være dagsordensættende frem for at vælge Joint Commission i lighed med H:S.

Målet med akkreditering var ikke helt klart for medarbejderne i starten, men blev med tiden udviklet til overordnet systematisk kvalitetsarbejde. Oplevelsen var endvidere, at dette mål i stor udstrækning blev indfriet i processen og efterfølgende. Interviewet med ledelsen underbygger medarbejdernes opfattelse af, at akkreditering kom til at fungere som en systematisk kvalitetsudvikling for sygehusene i højere grad end forventet i begyndelsen.

Tema 2

Udvikling og valg af standarder

Ledelsen og nøglepersoner fortæller, at de engelske standarder ikke uden videre kunne overføres til dansk kontekst. Der er stor forskel på det engelske og danske system - eksempelvis betyder sikkerhed mere i det engelske system. Standarder skal således oversættes til den aktuelle kontekst og give mening for medarbejderne. Det tilføjes, at det første sæt af standarder var meget præget af den engelske kultur og sundhedsvæsen. Det andet sæt af standarder var internationalt og mere tilgængeligt i forhold til kultur og love.

I interviewet med ledelsen blev der gjort opmærksom på, at HQS udviklede sine standarder i løbet af processen, så de kom til at passe bedre ind i en dansk kontekst. De tog så at sige højde for de særlige forhold, som gør sig gældende i det danske sundhedssystem undervejs i processen. Konkret skete det ved, at standarderne blev mere generiske og dermed tilpasset flere sundhedssystemer. Det var altså ikke alene for at tilpasse sig det danske system.

Oplevelsen var, at standarderne ofte kan anvendes på tværs af afdelingerne, hvilket giver mulighed for at lære af hinanden internt.

Medarbejderne fremhævede endvidere, at *"processen med at arbejde med akkreditering havde støttet en række afdelinger med deres kvalitetsarbejde"*. Systematikken i akkrediteringssystemet havde støttet dem til systematisk at få defineret deres kvalitet, få den beskrevet og få fulgt op på den. Derudover bliver *"det nemmere at lære af hinanden, når det er beskrevet, hvad der er kvalitet på et område, for så kan det måske overføres til et andet - vi er jo i virkeligheden ikke så specielle"*. Endelig sagde de, at *"vi synes, det har været det hele værd"*.

Tema 3

Akkrediteringsprocessen

Akkrediteringsprocessen i akkrediteringsordningen beskrives kortfattet med udgangspunkt i fire faser jf. nedenstående Tabel 5.2.

Fase	Beskrivelse
Opstart	I den indledende fase blev de internationale HQS standarder oversat og redigeret, så de passede til dansk kontekst. Endvidere blev der afholdt workshops for projektkoordinatorer og fagprofessionelle med

Fase	Beskrivelse
	henblik på udvikling og redigering af standarderne. Dette resulterede i en basisevaluering af sygehuset og en efterfølgende handleplan for det videre forløb i akkrediteringsprocessen. ⁴¹ Ved basisevaluering foretager afdelingerne en selvevaluering i forhold til tildelte standarder. Denne danner baggrund for det videre arbejde. Det skete under første akkreditering, under 2. akkreditering blev standarderne sendt i høring til relevante specialister.
Intern evaluering	Der foretages intern evaluering ved at udveksle ledere og medarbejdere mellem de fire sygehuse. Der foregår således en videndeling mellem sygehuse. Ved første akkreditering deltog også interne surveyors fra kommunen og praktiserende læger ⁴² . De interne evalueringer fungerer godt som forberedelse til akkreditering. Under 2. akkreditering blev den interne vurdering foretaget af et surveyor korps uddannet til opgaven.
Ekstern evaluering	Sker ved et anmeldt besøg, hvor et surveyorteam evaluerer, hvorvidt sygehuse lever op til HQS standarder. Teamet er på 12 engelske surveyors (læger, sygeplejersker, administratorer mv.). Surveyors vurderer standardernes opfyldelse via gennemgang af dokumenter, observation samt interview. Herefter gives mundtligt feedback til ledelse og medarbejdere. Danske interne surveyors deltager som oversættere. Der udarbejdes en mangelrapport, der danner udgangspunkt for akkrediteringskomitéens vurdering af, om sygehuset kan akkrediteres eller ej. Akkrediteringen finder sted hvert 3. år. Der er en oplevelse af styrket selvtilid efter et eksternt survey. Akkrediteringsprocessen gav større udbytte anden gang, da der her var større forståelse for selve processen.
Akkreditering	HQS afgør, hvorvidt sygehuse opfylder kravene til standarder, og dermed kan indstilles til en akkreditering. Akkreditering giver institutionen et stempel og viser derved omverdenen, at den opfylder bestemte krav. Surveyors bedømmelser vurderes af en akkrediteringskomité.

Tabel 5.2 - Oversigt over akkrediteringsprocessen i Sygehus Sønderjylland

Ledelsen fremhævede, at basisvurderingen var med til at give et godt billede af, hvor udfordringerne var i forhold til organisationen generelt og særligt i forhold til den kommende akkreditering. Det var derfor muligt at kunne fokusere og udstikke retning i forhold til akkrediteringsprocessen. Ved anden basisvurdering var der dog ikke samme effekt af arbejdet i forhold til udvikling og fokusering, men den understregede mere *"at vi er på rette vej"*.

Det blev fremhævet fra medarbejderne, at de oplever akkreditering som et dynamisk system. Det udvikler sig over tid. Hvor der i startfasen var fokus på nogle områder, er det senere nogle andre områder, der er fokus på. *"Kvalitetsudviklingen sker på et højere niveau"*.

⁴¹ Scheel, LS & Knappe, JB., Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen - et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehus, kommune og almen praksis, april 2005.

⁴² At den interne evaluering foregår af fagprofessionelle fra andre sektorer, praktiserende læger og kommunen kan betyde, at den opfattes som en form for ekstern evaluering dog ikke i den betydning som den eksterne evaluering fra akkrediteringsorganet HQS.

Medarbejderne fremhævede endvidere, at akkrediteringsprocessen havde været med til *"at hæve bundniveauet fagligt"* i afdelingerne. Afdelingerne og medarbejderne er engagerede og dygtige havde dog også fået en positiv udvikling af deres kvalitet.

Tema 4

Surveyors

Eksterne surveyors opleves som mere upartiske og er omgærdet med stor respekt. Desuden fremhæves det som en styrke, at de eksterne surveyors kommer uden for det danske system, da det giver anledning til fokus på nye områder. Det blev sagt: *"Vi er små, og alle kender hinanden her i landet"*. Det gør det sværere som dansk surveyor at opnå anerkendelse af dem *"man surveyor, og det er også sværere at være upartisk."*

Samtidig fremhævede medarbejderne, at der var etableret et internt korps af surveyors, der foretog de interne surveys. De er blevet uddannet til opgaven og er gode til *"at give støtte til de eksterne surveyors"*.

Tema 5

Implementering

Medarbejderne påpegede, at der havde været stor ledelsesmæssig fokus på at implementere akkreditering - særligt ved amtssundhedsdirektøren. På et af sygehusene udstyrede direktøren afdelingsledelserne med et rødt og et grønt kort. Der var altså stort ledelsesmæssigt fokus på akkrediteringsprocessen fra direktør og nedefter. Akkrediteringen kunne derfor forplante sig hele vejen ned gennem organisationen. Dette støttede kvalitetskonsulenterne i implementeringen, og projektet var ikke til diskussion.

Der var derudover villighed til at prioritere implementeringen. Der blev udpeget nøglepersoner centralt og på afdelingsniveau, hvilket har været med til at styrke implementeringsprocessen. De udgør et netværk for kommunikation og sparring.

Særligt sygeplejerskerne har taget akkrediteringsmodellen til sig. Lægerne var lidt mere skeptiske. Nøglepersonerne fortæller, at *"årsagen er, at sygeplejerskerne er længere tid på sygehuset, hvilket øger fokus på organisation og kontinuitet. Lægerne er derudover selv ansvarlig - de har behandlingsfrihed"*⁴³. Selvom processen har været forbundet med meget arbejde, har den været det hele værd. Det fremhæves, at akkreditering har udviklet sig, det har styrket systematisk kvalitetsarbejde, men at udbyttet på et tidspunkt vil være begrænset.

Ledelsen fremhævede, at akkreditering ikke skal ændre grundlæggende på organisationen, men den skal i stedet integreres. Det skal være meningsgivende, og man skal *"keep it simple"*.

Medarbejderne fremhævede desuden, *"at det er nødvendigt med et elektronisk dokumenthåndteringssystem"*⁴⁴. *"Det er et uoverskueligt arbejde at holde styr*

⁴³ Alle nøglepersoner, der deltog i fokusgruppeinterviewet, var sygeplejersker.

⁴⁴ Det skal her indskydes, at akkreditering i høj grad har form af kontrol, derfor de mange dokumenter.

på alle dokumenterne, hvis ikke der er en stram systematik, og de er nemt tilgængelige”. Der findes et sådan system, men det er stadig ikke tilfredsstillende.

5.2.1 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores caseundersøgelse er ledelsen og nøglepersoner i Sygehus Sønderjylland fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. Se Boks 5.4.

Styrk dokumentation. Udarbejd standarder, der er meningsfulde og styrk dokumentationen. Men pas på det ikke bliver en papir tiger. På den anden side er det også vigtigt at arbejde systematisk med dokumentationen.

Kvalitetsorganisation. Etablér en intern kvalitetsorganisation, der kan understøtte akkrediteringsprocessen. Men det er stadig et linjeledelsesansvar, at kvaliteten er i orden. Det er vigtigt med bred forankring i organisationen.

Borgerperspektiv. Se akkreditering fra et borgerperspektiv - hvilket udbytte borgeren skal have er vigtigt.

Boks 5.4 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

5.3 Sammenfatning

Fælles for hospitalerne i H:S og Sygehus Sønderjylland er, at de er de første hospitaler i Danmark, der frivilligt har arbejdet med akkrediteringsprogrammer.

De har begge gennemført flere akkrediteringsrunder med hver deres udenlandske akkrediteringsorgan. De foretrækker begge at blive evalueret af eksterne surveyors fra udlandet, idet de anser Danmark at være for lille til at sikre uvildige surveyors og ønsker også inspirationen hentet fra udlandet. Akkrediteringen har for begge parter haft indflydelse på den faglige kerneydelse, selvom det ikke er denne, akkrediteringen omhandler. Begge har etableret kvalitetsorganisationer og finder disse nødvendige for at kunne arbejde med akkreditering. Begge oplever, at der er et omfattende arbejde med dokumentation og fandt i starten ikke standarderne meningsfulde. Såvel H:S som Sygehus Sønderjylland oplever i dag et udbytte af akkreditering, og at der også vil være udvikling at hente i akkrediteringsarbejdet fremover.

Forskelle mellem de tidligere H:S hospitaler og Sygehus Sønderjylland er bl.a., at ved den eksterne evaluering deltager direktionen og afdelingsledere i H:S i interview sammen med personale. I Sygehus Sønderjylland deltager de ikke. H:S gennemføre endvidere en mock survey med deltagelse af eksterne surveyors inden den eksterne evaluering. Da begge har ordninger, der er frivillige betyder det også, at der ikke er sanktioner fra omgivelserne, såfremt hospitalerne ikke opnår akkreditering.

6 Internationale erfaringer med akkreditering på velfærdsområdet

I det følgende beskrives to eksempler på akkreditering inden for det sociale område. Det ene eksempel vedrører akkreditering af forskellige former for børnepasningstilbud i Australien. Det andet eksempel vedrører akkreditering af ældreområdet også i Australien⁴⁵.

6.1 Child Care Quality Assurance i Australien (NCAC)⁴⁶

Som det første land i verden introducerede Australien i 1993 et landsdækkende, obligatorisk kvalitetssikringssystem for institutioner, der passer børn - National Childcare Accreditation Council - NCAC. NCAC hører under det australske Socialministerium.

Baggrunden for dette skridt var

- en erkendelse af, at kvaliteten af børnepasning havde væsentlig betydning for børnenes mentale og fysiske udvikling og ikke kun handlede om at opbevare og passe børnene
- at et stigende antal børn blev passet uden for hjemmet
- at den gennemsnitlige pasningstid var stigende

Akkrediteringen skulle således bidrage til at sikre kvaliteten af børnepasningstilbuddene i hele Australien, ligesom det skulle give forældrene mulighed for at vælge pasningstilbud i forhold til kvalitet. En forudsætning for offentlige tilskud til institutioner var, at de indgik i ordningen og blev akkrediteret.

⁴⁵ Begrundelsen for valg af de to eksempler er, at de begge er velbeskrevet, og der ikke er fundet andre, tilsvarende undersøgelser i litteratursøgningsdelen.

⁴⁶ Dette afsnit bygger på følgende:

NCAC Annual Report 2006/2007. National Childcare Accreditation Council Inc., 2007
Taylor D. Family Day Care Quality Assurance in Australia. The New Zealand Family Day Care Association Inc. International Family Day Care Organisation Conference 2003: Choices, Challenges and Collaboration. Wellington, New Zealand, 19-23 February 2003
Tainton J. Child Care Quality Assurance in Australia. NCAC.

NCACs arbejdsområde er senere udvidet til akkreditering af andre pasningsordninger end dem for de 0-5-årige børn. NCAC arbejder i øjeblikket på at udvikle et samlet fælles akkrediteringssystem for alle pasningsordninger for børn.

90 % af NCACs budget kommer fra regeringen. De resterende midler kommer først og fremmest fra institutionernes registreringsafgifter og salg af publikationer. NCAC har en bestyrelse og en stab på mindst 20 medarbejdere foruden en række surveyors som kaldes validatorer fordelt over hele landet for at kompensere for de store afstande i Australien.

6.1.1 Hvad er kvalitet hos NCAC?

Forståelse af kvalitet

Ved kvalitet forstås i NCAC, at institutionen

- har en klar filosofi og mål, hvorom der er enighed blandt medarbejdere, ledelse og familier. Filosofien og målene styrer alle aktiviteter
- værdsætter, respekterer og styrker børnenes individualitet, herunder børn fra andre kulturer og børn med særlige behov samt det sociale fællesskab
- vurderer aktiviteter og erfaringer, der påvirker børnene i forhold til børnenes udvikling
- opmuntrer familier til at være involverede i institutionens arbejde og styrker deres relationer til stab og medarbejdere, så alle kan understøtte hinanden i deres komplementære roller

Fire standarder

På dette grundlag er der udviklet standarder inden for fire områder:

- samspil og kommunikation mellem ledelse, medarbejdere, børn og familier
- program for de daglige aktiviteter
- kost, sundhed, sikkerhed og "child protection"
- ledelse og medarbejderudvikling

Standarderne er udviklet i et samarbejde mellem eksperter på området med henblik på at skabe størst mulig konsensus.

I udvælgelsen af standarderne er der lagt vægt på:

- **Standarderne skal have fokus på processer.** Lovgivningen vedrørende pasningstilbud indeholder en række krav vedrørende strukturelle forhold såsom lokaler, personalets kvalifikationer, personalenormeringer i forhold til antallet af børn i institutionen mv. I akkrediteringen lægges vægten ikke på disse forhold, men på de processer, der gør det muligt at levere ydelsen: eksempelvis samspil med børn og familier, uddannelsesforløb af medarbejdere, praksis for sundhed og hygiejne osv.
- **Standarderne skal være valide og pålidelige.** Standarderne skal løbende underkastes vurderinger af eksperter på området, og der er gennemført omfattende statistiske analyser med henblik på at reducere målingsproblemer og andre forhold, der kan påvirke kvaliteten af målingerne af standarderne i praksis.

- **Standarderne skal føre til løbende kvalitetsforbedringer.** Standarderne skal være handlingsorienterede, kunne indgå i institutionernes selvevalueringer og kunne give anledning til løbende kvalitetsforbedringer.

6.1.2 NCACs akkrediteringsproces

Fem trin

Hver institution gennemløber en proces frem mod akkreditering, der omfatter fem trin:

Trin 1: Registrering

Alle institutioner, der modtager offentlig økonomisk støtte, skal tilmeldes NCAC med henblik på at indgå i Child Care Quality Assurance systems. Hver institution betaler en registreringsafgift. Efter registreringen modtager institutionen et certifikat samt en pakke med relevante materialer med henblik på en indledende selvevaluering.

Trin 2: Selvevaluering og løbende kvalitetsforbedringer

Institutionen skal på grundlag af det fremsendte materiale gennemføre en selvevaluering af kvaliteten. Denne selvevaluering skal inddrage både medarbejdere og familier. På grundlag af selvevalueringen skal institutionen arbejde med løbende kvalitetsforbedringer.

Institutionerne skal udarbejde en ny selvevalueringsrapport efter 2½ år. Rapporten sendes til NCAC. For hvert 2½ år skal der udarbejdes en selvevalueringsrapport, der fremsendes til NCAC. Af rapporten skal fremgå, hvorledes institutionen arbejder med at leve op til standarderne.

Trin 3: Ekstern evaluering⁴⁷

NCAC udpeger surveyors, der besøger institutionen inden for et varsel på seks uger uden dog at oplyse om den præcise dato. Afhængig af institutionernes størrelse bruger surveyors typisk en dag på institutioner med op til 30 børn. Surveyors bruger op til fem dage på store institutioner med mere end 600 børn. Surveyors rapportering bygger på observationer, diverse skriftligt materiale på institutionen samt drøftelser med medarbejderne. Surveyors udarbejder herefter en rapport, som sendes til NCAC. I forbindelse med besøget udarbejder hver institution endvidere en rapport om, hvorledes surveyorbesøget, dvs. den eksterne evaluering, er forløbet, og om der er forhold, som NCAC i øvrigt bør tage op. NCACs opgørelse af rapporterne viser, at 90-100 % af institutionerne vurderer, at surveyors var kompetente, at besøget forløb på en ordentlig måde, og at surveyor observerede tilstrækkeligt til at få et realistisk billede af forholdene på institutionen, og at der var tid nok til surveyorbesøget.

Trin 4: Moderation

For at sikre ensartethed i surveyorrapporten gennemgår særlige specialister

⁴⁷ Ekstern evaluering kaldes i NCAC 'Validering'.

også kaldet moderatører i NCAC det samlede materiale for den enkelte institution med henblik på at give en tilbagemelding til institutionen om, på hvilke områder og hvorledes kvaliteten kan forbedres.

Trin 5: Akkreditering

NCAC tildeler endelig institutionen akkreditering på grundlag af det samlede materiale, og institutionen tilsendes et certifikat, som hænges op på et for alle tilgængeligt sted.

Siden 2006 er der gennemført spotchecks på tilfældigt udvalgte institutioner. Disse checks gennemføres uanmeldt og har fokus på, om der er sket fremskridt i den daglige kvalitetsudvikling, og om der er standarder, hvor institutionen ikke lever op til akkrediteringen, herunder forhold der har givet anledning til en skriftlig klage fra forældre.

6.1.3 Statistik over NCAC

Antal institutioner

Af nedenstående tabel fremgår det, hvor mange institutioner inden for forskellige typer af pasningsordninger, der inden for en 1-årig periode i 2006/2007 har gennemløbet de fem trin (Tabel 6.1):

2006-2007	Family Day Care	Outside school hours care	Quality Improvement and accreditation system	I alt
Trin 1 Registrering	326	3.212.	5.360	8.898
Trin 2 Selvevaluering og løbende kvalitetsforbedringer	52	1.205	2.150	3.407
Trin 3 Ekstern vurdering	110	1.382	2.024	3.516
Trin 4 Moderation	140	1.393	2.156	3.689
Trin 5 Akkreditering	274 ud af 307 (89 %)	2.080 ud af 2.405 (87 %)	4.208 ud af 4.556 (92 %)	

Tabel 6.1 - Statistik over akkrediterede institutioner i NCAC

Det fremgår af tabellen, at knap 9.000 institutioner er tilmeldt NCAC, og at der årligt er cirka 3.500, der gennemløber trin 2, trin 3 og trin 4. Det ses også, at omkring 90 % af alle institutioner bliver akkrediteret⁴⁸.

⁴⁸ Det er ikke oplyst, hvorvidt der er institutioner, der ikke opnår akkreditering, men da akkreditering er en forudsætning for at modtage offentlige tilskud, kan institutionen ikke fortsætte uden akkreditering, såfremt institutionen baserer sin økonomi på offentlige midler.

Institutioner, som ikke akkrediteres, skal udarbejde en ny selvevalueringsrapport og fremsende denne til NCAC inden for en given tidsfrist med henblik på fornyet vurdering af, om institutionen kan akkrediteres.

6.1.4 Jobfunktioner i NCAC

Der skelnes mellem surveyor og client managers:

- **Surveyors** er kvalificerede og erfarne professionelle med aktuel jobberfaring med hensyn til børnepasning⁴⁹. Surveyors gennemgår et fem dages kursus på NCAC om NCAC. Surveyors evalueres i forbindelse med hvert besøg af den besøgte institution, og der er i NCAC et supervisionsteam, som supporterer surveyors. Fra 2006 er surveyors i stigende grad blevet fastansatte med henblik på at sikre en fast stab af surveyors, der løbende kan videreuddannes, og hvor det er overkommeligt for NCAC løbende at sikre en ensartet kvalitet af de eksterne evalueringer.
- **Akkrediteringsspecialister**, moderatorer, er erfarne og kvalificerede professionelle med omfattende erfaringer inden for børnepasningsområdet eller med omfattende undervisnings- og forskningskompetencer inden for området.

6.2 Aged Care Standards and Accreditation Agency⁵⁰

En stigende andel af den australske befolkning bliver ældre, og de offentlige udgifter til ældrepleje er som følge heraf stigende. Samtidig er kravene til livskvalitet i de ældre år også stigende.

Som led i vedtagelsen af the Aged Care Act i 1997 blev det i Australien besluttet at gennemføre et akkrediteringssystem, der omfattede alle institutioner med ældrepleje, som modtog offentlige tilskud.

The Aged Act regulerer en række forskellige ordninger vedrørende ældrepleje, og med henblik på at sikre kvaliteten af ydelserne blev the Aged Care Standards and Accreditation Agency oprettet. Agenturets opgave er at vurdere kvaliteten af ældreplejen på alle institutioner med udgangspunkt i en række fastlagte standarder. Agenturet er en selvstændig virksomhed med bestyrelse under det

⁴⁹ Aged Care National og Childcare bruger fuldtids- og deltidsansatte surveyors. Det fremgår af NCAC Annual Report 2006/2007 og Aged Care Annual report 2007/2008.

⁵⁰ Dette afsnit bygger på: Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd. Annual report 2007/2008. Evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes. Final Report - October 2007. The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd. Better practice in aged care, 2004, O'Reilly M, Courtney M, Edwards H. How is quality being monitored in Australian residential aged care facilities? A narrative review. International Journal for Quality in Health Care 2007; 19: 177-82.

australske ministerium for sundhed og ældre. Agenturet finansieres gennem afgifter, som institutionerne betaler for at blive akkrediterede.

Krav i forbindelse med offentligt tilskud

Alle institutioner inden for området, der ønsker at modtage offentlige tilskud, skal akkrediteres for dermed at sikre, at kvaliteten lever op til de forventede standarder.

6.2.1 Akkrediteringsprocessen

Hver ny institution skal ansøge om at blive akkrediteret. I ansøgningen redegøres for, hvorledes man vil leve op til standarderne, og hvorledes man vil arbejde med løbende kvalitetsforbedringer. Institutioner kan akkrediteres for en startfase på maksimalt et år. Herefter skal de gennemgå en egentlig akkreditering.

Eksisterende institutioner kan akkrediteres i en periode på op til tre år. Ansøgningen om fornyelse af akkrediteringen bygger på en selvevaluering, som fremsendes til the Aged Care. Herefter gennemgås ansøgningen, og der aflægges et besøg af surveyors, kaldet evaluatore, der samles i et surveyorteam, kaldet assessment team på institutionen. Dette surveyorteam gennemgår institutionen og indhenter oplysninger vedrørende alle standarder. Der lægges særskilt vægt på at inddrage de ældres synspunkter og vurderinger. Surveyorteamet udarbejder på grundlag af besøget en indstilling til the Aged Care, hvoraf det fremgår, om institutionen kan akkrediteres, for hvor lang tid en akkreditering bør gælde, og hvorledes kvaliteten på institutionen kan forbedres gennem "support contacts".

Support contact

En "support contact" er et samarbejde mellem institutionen og surveyors er fra agenturet. Formålet med kontakten er at

- sikre, at institutionen overholder standarderne og andre forpligtigelser i henhold til the Aged Care Act fra 1997
- støtte institutionen i løbende kvalitetsforbedringer
- identificere, om der er behov for mere udførlige undersøgelser på særlige områder
- rådgive og undervise medarbejdere

Surveyors er sædvanligvis på institutionerne fra ½-1 dag. Der kan være fra 1-3 surveyors på en gang.

Med henblik på at styrke institutionerne og surveyors gennemgang af institutionerne er der udarbejdet et udførligt materiale for alle standarder opdelt indholdsmæssigt i forskellige moduler. I hvert modul identificeres, hvilke forhold der skal sættes fokus på, hvorledes surveyors skal gennemføre evalueringen, hvilke resultater man kan forvente, og hvilke forhold der i øvrigt bør overvejes i forbindelse med modulet.

Hvis der identificeres særlige problematiske områder, følger surveyors op senere med henblik på at vurdere, om institutionen lever op til akkrediteringen.

Alle institutioner skal besøges mindst en gang om året, og der skal være mindst et uanmeldt besøg hvert år.

The Aged Care giver på grundlag af surveyors rapporter mv. akkreditering for op til tre år. Såfremt institutionen ikke akkrediteres, kan den anmode om en fornyet behandling af sagen. I 2007/2008 blev der ansøgt om fornyet behandling i under 10 % af alle sager om akkreditering.

Når en institution skal have fornyet sin akkreditering, aflægges et "site audit", hvor surveyors vurderer, i hvilken grad institutionen opfylder alle standarder. Institutionen forbereder the site audit med en selvevalueringsrapport. Institutionen skal endvidere indkalde beboere og deres familier til the site audit, således, at surveyors kan tale med dem, og deres synspunkter kan indgå i evalueringen.

Review audit

Der kan også aflægges et "review audit". Review audit gennemføres:

- hvis der er grund til at tro, at institutionen ikke lever op til akkrediteringen
- hvis institutionen har fået ny ejer, eller der er sket udskiftninger af nøglepersonale
- hvis der er sket andre væsentlige ændringer, der kan påvirke kvaliteten - f.eks. udvidelse i antallet af beboere
- hvis institutionen ikke har levet op til aftaler vedrørende "support contact"

En review audit gennemføres af mindst to rutinerede surveyors og tager fra to til fire dage.

Antal

6.2.2 Statistik over institutioner i Aged Care ordningen

I 2008 var der 2.846 institutioner, der var akkrediterede. Heraf var 92 % akkrediteret for en 3-årig periode, 4 % var akkrediterede i mindre end 2 år og 4 % fra 2 til 3 år.

Agenturet gennemførte i 2007/2008 4.731 besøg, hvoraf 3.056 var uanmeldte.

Der blev gennemført 87 review audits, hvoraf 65 blev igangsat på initiativ af agenturet selv og resten af ministeriet.

6.2.3 Staben i the Aged Care

I juni 2008 havde agenturet en samlet stab svarende til 183,4 fuldtidsbeskæftigede.

Der er cirka 400 surveyors, hvoraf 95 er ansat i the Agency, og resten er på kontrakt afhængig af, hvor mange institutioner der skal akkrediteres, og hvor i Australien institutionerne er beliggende.

Surveyors er typisk sygeplejersker. Der lægges endvidere vægt på særlige erfaringer med forskellige kulturer - herunder maorikulturen - og sproglige kompe-

tencer til at aflægge besøg på institutioner, hvor ikke alle beboere er engelsktalende (indvandrere fra Grækenland, Kina og Rusland eksempelvis).

Der gennemføres løbende efteruddannelse mv. af surveyors med henblik på dels at sikre kvaliteten af evalueringen dels at sikre, at besøgene gennemføres på ensartet vis.

6.2.4 Evaluering af The Aged Care

Det australske Department of Health and Ageing har gennemført en omfattende evaluering af The Aged Care med det formål at vurdere, om (1) akkrediteringen har betydet noget for kvaliteten af omsorg og pleje på institutionerne og for de ældres livskvalitet og (2) pege på muligheder for at måle kvalitetsforbedringer fremover⁵¹.

Evalueringen blev gennemført af et konsulentfirma i samarbejde med Monash University.

Evalueringen blev baseret på omfattende fokusgruppeinterview med "stakeholders", beboere m.v. samt en survey med cirka 3000 medarbejdere og cirka 3000 "quality managers" fra institutionerne. Endvidere blev der gennemført omfattende litteraturstudier, hvor standarder i the Aged Care blev vurderet i et internationalt perspektiv af uafhængige eksperter.

Øget kvalitet

Den samlede vurdering var, at akkrediteringen havde bidraget til øget kvalitet. Kombinationen af et uafhængigt akkrediteringsagentur med standarder for måling af kvaliteten på institutionerne kombineret med sanktioner - ultimativt i form af bortfald af statslige tilskud - var en effektiv drivkraft for stadige kvalitetsforbedringer.

Denne konklusion drages dog med følgende meget væsentlige *forbehold*:

- Der foreligger ingen baselinedata, som gør det muligt at vurdere ændringer i kvaliteten af ydelser og beboernes livskvalitet i forhold til tiden, før akkrediteringen blev gennemført
- Forbedringer i kvaliteten kan ikke kun henføres til akkrediteringen, da en række andre faktorer også påvirker kvaliteten
- Der er mange andre faktorer end kvaliteten af omsorg og pleje, der påvirker beboernes livskvalitet

Det var vurderingen, at akkrediteringen havde bidraget til kvalitetsforbedringer på følgende måder:

- Udelukke institutioner, der ikke lever op til standarderne

⁵¹ Evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes. Final Report - October 2007.

- Sætte en minimumstandard for kvaliteten
- Stimulere til øget kvalitet i hele sektoren
- Skabe fælles standarder for kvalitet i sektoren
- Sætte fokus på løbende kvalitetsforbedringer og på beboerfokuseret omsorg og pleje

Evalueringen viste også, at akkrediteringen blev vurderet stadig mere positivt af institutionerne i takt med, at de over tid indhøstede konkrete erfaringer for hver runde af akkreditering. Mange institutioner fandt dog, at det var særdeles arbejdskrævende at indgå i akkrediteringen, og i den samlede evaluering anbefales det derfor at gennemgå selve de administrative procedurer i forbindelse med akkrediteringen med henblik på forenklinger.

Periodisk revision nødvendig

Evalueringen understregede behovet for periodisk revision af akkrediteringsstandarder. Langt de fleste institutioner overholder standarderne, og det er ikke muligt at udskille institutioner med "best practice", fordi standarderne ikke er sensitive nok. Det betyder blandt andet, at hvis en institution gennemfører kvalitetsforbedringer, giver det sig ikke nødvendigvis udslag i bedre overholdelse af standarderne, fordi institutionen i forvejen opfyldte kravene. Med den nuværende udformning af standarderne understøtter akkrediteringen derfor ikke en løbende indsats for at øge kvaliteten hos de velfungerende institutioner. Der bør derfor arbejdes på at udforme standarderne således, at de måles på en måde, der kan afspejle kvalitetsforbedringer ikke kun i den nedre ende, men også den øvre ende af institutionerne.

Omsorg, pleje og livskvalitet

Der peges endvidere på, at der bør udvikles mere generelle mål for kvaliteten af omsorg og pleje og beboernes livskvalitet. Det foreslås i den forbindelse, at der med jævne mellemrum gennemføres surveys blandt beboere og medarbejdere. Surveys kan sikre fokus på beboerperspektivet. De erstatter ikke institutionernes selvevalueringer og de eksterne evalueringer, men supplerer dem ved at give et mere uafhængigt mål af, hvilken vej det går. Endvidere vil det være muligt at sammenligne på tværs af institutionerne. Det foreslås, at undersøgelserne laves af et uafhængigt forskningsinstitut, og at den enkelte institution intet har med dataindsamlingen at gøre. Hermed sikres det, at beboerne kan svare uden frygt for, at deres institution kender deres personlige svar⁵².

Kritik af standarder

Fra anden side er The Aged Care blevet kritiseret for ikke at inddrage mere præcise standarder for outcome - effekt. O'Reilly har således kritiseret standarderne i The Aged Care ud fra en anden synsvinkel. Standarderne har for lidt fokus på klinisk outcome⁵³.

Gennem de sidste 10-20 år er klientellet på ældreinstitutionerne blevet mere og mere skrøbelige, hvilket stiller stadig større krav til kvaliteten af pleje og om-

⁵² Undersøgelse af danske sygehuspatienters tilfredshed med behandlingen gennemføres på tilsvarende vis.

⁵³ O'Reilly M, Courtney M, Edwards H. How is quality being monitored in Australian residential aged care facilities? A narrative review. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19: 177-82.

sorg. Afgørende er at indsamle systematiske oplysninger om outcome af indsatsen, og at analysere disse oplysninger, således at det er muligt at vurdere ændringer over tid og sammenligne institutionerne på tværs, samtidig med at der tages højde for forskelle i sammensætningen af beboere fra institution til institution. Der er især behov for data om de ældres mentale, fysiske og sociale tilstand. Som eksempler på indikatorer for outcome kan nævnes forekomsten af liggesår, selv vurderet helbred blandt de ældre, inkontinensproblemer, væskebehandling, polyfarmaci og behandling af depression.

O'Reillys kritik går således på, at det nuværende akkrediteringssystem ikke måler kvaliteten af pleje og omsorg på gyldig og systematisk vis, fordi der ikke er fokus nok på outcome af pleje og omsorg i de nuværende standarder.

7 Danske erfaringer med akkreditering på velfærdsområdet

I det følgende beskrives erfaringer med akkreditering på det kommunale område fra henholdsvis Landsforeningen af opholdssteder, botilbud og skolebehandlingstilbud (LOS), Aabenraa Kommune omhandlende plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bestiller- og kvalitetsafdeling samt aktivitetsområdet (dagcentre, træningsområde, hjælpemiddelområde) samt Købehavns Kommune omhandlende plejecentre og hjemmeplejen⁵⁴.

7.1 Akkreditering i regi af LOS⁵⁵

I det følgende gennemgås den akkrediteringsordning, som Landsforeningen af opholdssteder, botilbud og skolebehandlingstilbud (LOS) har udviklet for sine medlemmer.

Om LOS: LOS blev stiftet i 1992 og er en interesseorganisation for landets private opholdssteder, botilbud, interne skoler og dagbehandlingstilbud. Medlemmerne af LOS spænder bredt over de private tilbud - uanset de drives som enkeltmandsvirksomhed, selvejende institution/fond eller efter anden driftsform. Medlemmerne spænder ligeledes bredt, når det gælder form og indhold i tilbuddene. Fra små familieplejelignende tilbud til mere institutionslignende tilbud. Fra udslusningstilbud til bostøtteordninger. Fra helt små undervisningstilbud til større specialskolelignende tilbud.

Om akkrediteringsordningen: LOS har i to omgange modtaget midler fra satspuljen til at udvikle og afprøve en akkrediteringsmodel, der skal sikre, udvikle og dokumentere kvaliteten i indsatsen på private sociale tilbud. I perioden 2005-2007 har ordningen kørt som et pilotprojekt, hvor 50 institutioner er blevet akkrediteret efter ordningen. Standarderne er efter denne første akkrediteringsbølge blevet revideret, og yderligere 74 institutioner er i gang med at blive akkrediteret.

Ved pilotprojektets afslutning i 2007 blev akkrediteringsordningen skilt ud fra LOS og etableret som Akkreditering Danmark under en selvstændig fond. De seneste satspuljemidler er

⁵⁴ Bemærk at beskrivelserne og gennemgangen følger forskellige tematiseringer. Dette har været nødvendigt da de tre tilgange er væsensforskellige. I afsnit 7.4 sammenlignes de tre tilgange på fire fælles tema områder.

⁵⁵ Dette afsnit omhandler tre cases og bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med a) ledelsen på tre institutioner b) medarbejdere samt interview med tilsynsførende i to kommuner. Endvidere er foretaget interview med henholdsvis direktøren i LOS og repræsentanter fra Kvalitetssekretariatet, i alt har 19 personer deltaget i fokusgruppe-, gruppe- og enkeltinterviews. Endvidere indgår udleveret materiale - se bilag 5.

bevilget til en implementering af akkrediteringsmodellen til 150 tilbud inden udgangen af 2010, således at akkrediteringsordningen bliver selvfinansierende.

Om indholdet: I Akkrediteringsordningens pilotprojekt var der akkrediteringsstandarder for botilbud, opholdssteder og skolebehandlingstilbud. Der er indholdsmæssige forskelle mellem de tre sæt af standarder, men også mange ligheder i kraft af en fælles metodik bygget op om fire overordnede områder:

1. ydelse
2. inddragelse og samarbejde
3. organisation og
4. evaluering

Inden for hvert af de fire overordnede områder var der fra 1-6 standarder for botilbud, eksempelvis i alt 17 standarder, hvortil der for hver af de 17 standarder var knyttet en række indikatorer, typisk 2-3 indikatorer pr. standard.

Kilde: www.los.dk og www.akkreditering.dk samt COWI interview

Anm.: Akkrediteringsordningen er kendetegnet ved en løbende versionering. I den forbindelse skal det bemærkes, at terminologien er ændret i 2. version af standarderne. I denne 2. version kaldes det samlede dokument, der beskriver de kriterier, som institutionerne skal opfylde for at leve op til standarden, for standarden.

Boks 7.1 - Præsentation af LOS og deres akkrediteringsordning

Der tages i det følgende udgangspunkt i version 1 af akkrediteringsordningen i regi af LOS. I version 2 er der kommet en ny og forbedret version af akkrediteringsordningens officielle dokumenter, hvori der er en del ændringer fra akkrediteringsordningens prøveperiode i 2005-2007. Erfaringerne fra version 2 af akkrediteringsordningen indgår ikke i den følgende gennemgang.

I det følgende gennemgås akkrediteringsordningen i regi af LOS efter seks udvalgte temaer.

Tema 1

Valg af akkrediteringsmodel

Baggrunden for udviklingen af akkrediteringsordningen i 2004 var et ønske om at sikre en systematisk kvalitetsudvikling af LOS' medlemmer. En række forskellige løsninger om certificering, bl.a. ISO-certificering, blev overvejet inden valget faldt på en akkrediteringsmodel. En ledende repræsentant fra LOS siger, at når valget faldt på en akkrediteringsmodel, skyldtes det bl.a., at *"vi anså certificering for at være for top-styret, og fordi certificering i vid udstrækning mangler den udviklingskomponent for kvaliteten, som en akkrediteringsordning indeholder"*.

Af spørgeskemaundersøgelsen til de akkrediterede steder fremgår,

- **at 90 procent** angiver, at de har valgt at arbejde med akkreditering for at *"højne kvaliteten"*,
- **at 60 procent** angiver, at de har valgt at indgå i akkrediteringsordningen for at opnå en *"højere grad af legitimitet"*,

- **at** cirka halvdelen peger på, at de henholdsvis gerne ville ”*stå bedre i konkurrencen*” med de øvrige tilbud” og ”*øge deres synlighed*”.⁵⁶

Det var endvidere - som en institutionsleder udtrykker det – også et ønske om at være ”på forkant med udviklingen, så vi ikke ville få en anden akkrediteringsmodel eller lignende trukket ned over hovedet, men kunne få lov at udvikle vores egen model”.

Efter pilotprojektet blev afsluttet i sommeren 2007, var en af erfaringerne, at en klar adskillelse mellem LOS og akkrediteringsordningen var nødvendig for, at ordningen kunne forblive valid, uafhængig og uvildig (af bl.a. LOS). Akkrediteringsorganisationen består derfor i dag af tre komponenter:

1. **Akkreditering Danmark**, som er selve akkrediteringsordningen
2. **Kvalitetssekretariatet**, der står for vedligeholdelsen og driften af akkrediteringsordningen
3. **Kvalitetsnetværket**, et netværk bygget på den fortsatte kvalitetssikring og kvalitetsudvikling, hvor man som akkrediteret sted indgår i akkrediteringscertifikatets 3-årige periode

Tema 2

Udvikling og valg af standarder

Efter at LOS havde truffet beslutningen om, at de ønskede en akkrediteringsordning og havde fået midler fra satspuljen til et pilotprojekt, blev ti arbejdsgrupper nedsat blandt de 88 steder, som deltog i udviklingen. Arbejdsgrupperne skulle hver især arbejde med forskellige temaer vedrørende akkreditering. Der var tale om en ”*brainstorm-lignende*” proces i forbindelse med dette arbejde, som flere af deltagerne i arbejdet formulere det.

På baggrund af arbejdet i grupperne udkrystalliserede akkrediteringsmodellen sig over tid, herunder de første standarder. Udviklingsarbejdet strakte sig fra januar 2005 til juni 2006, med fem forskellige udkast til akkrediteringsstandarder. Ud over de nedsatte arbejdsgrupper, var udviklingsarbejdet også tilknyttet et Centralt AkkrediteringsUdvalg (CAU) samt en følgegruppe med repræsentanter fra brugerorganisationer, ministerier, KL og Danske Regioner.

Målgruppen for akkrediteringsmodellen er således løbende blevet inddraget og hørt i forbindelse med udviklingen af standarderne. Det har været meget centralt for LOS at ”*skabe ejerskab*” gennem inddragelse. Både LOS og de akkrediterede steder bekræfter, at der i høj grad har været tale om en ”*bottom-up-proces*”, jf. også udsagnene fra spørgeskemaundersøgelsen i nedenstående boks.

⁵⁶ Institutioner har kunnet afkrydse de forskellige muligheder (og gerne flere), der er skrevet i kursiv.

Om hvad der har været godt ved akkrediteringsprocessen

- "At det var en bottom-up proces, hvor brugerne selv var med til at udvikle standarderne på baggrund af deres erfaring med praksis."
- "Dialogen med andre opholdssteder."
- "Ejerskab for både ledere og medarbejdere."

Kilde: COWIs spørgeskemaundersøgelse

Boks 7.2 - Udsagn fra spørgeskemaundersøgelsen om akkrediteringsprocessen

I pilotfasen blev udkast til standarder, herunder procedurer og politikker løbende drøftet blandt medlemsorganisationens praktikere. Denne proces har også været med til at sikre indflydelse på udformningen af standarder samt ejerskab. Formålet med standarderne er *"standardisering og ikke ensretning"*, som en institutionsleder formulerer det.

Tema 3**Akkrediteringsprocessen**

Processen hen imod at blive akkrediteret kan for akkrediteringsordningens pilotprojekt kortfattet beskrives med udgangspunkt i fire faser⁵⁷, jf. nedenstående tabel.

Fase	Beskrivelse
Opstart	Institutionen, der ønsker at blive akkrediteret, orienterer sig om akkrediteringsordningens tænkning, indhold og materiale. Eventuelt gennemfører institutionen en "Selvtester" med henblik på bedre at være i stand til at få fastsat et udgangspunkt for arbejdet med akkreditering. Stedet tilkendegiver ved en "Tilkendegivelseserklæring" til akkrediteringsordningens sekretariat, at det ønsker at blive akkrediteret. Senest seks måneder efter indsendelsen skal stedet fremsende en ansøgning om at blive akkrediteret.
Intern evaluering	Der foregik ikke systematisk selvevaluering under pilotprojektet af akkrediteringsordningen. Dette er anderledes under version 2 af akkrediteringsordningen, hvor de akkrediterede steder én gang årligt skal foretage en selvevaluering, som skal indsendes til akkrediteringsordningens sekretariat.
Ekstern evaluering	Den eksterne bedømmelse indledes ved, at Akkrediteringsordningens sekretariat gennemgår institutionens ansøgning om at blive akkrediteret og udpeger relevante auditorer. Auditorbesøget foregår ved, at en auditorgruppe ved et anmeldt besøg vurderer, hvorvidt institutionen lever op til akkrediteringsordningens standarder, samt om der er overensstemmelse mellem det sted i sin ansøgning har dokumenteret og stedets praksis. Eventuelle uoverensstemmelser formidles til lederen af stedet inden audit afsluttes, hvorefter der udarbejdes en auditorrapport, som danner udgangspunkt for at Akkrediteringsnævnet træffer beslutning om stedet kan akkrediteres eller ej. ⁵⁸
Akkreditering	Det er Akkrediteringsnævnet, der på baggrund af auditorrapport, indstilling fra sekretariatet, stedets ansøgning samt stedets evaluering af

⁵⁷ Som tidligere nævnt er akkrediteringsordningen overgået til version 2, hvor akkrediteringsprocessen på nogle punkter er ændret.

⁵⁸ Se også, <http://www.akkreditering.dk/>

Fase	Beskrivelse
	<p>audit træffer beslutning om, hvorvidt institutionen opfylder kravene til ansøgningen. Beslutningen har tre mulige udfald:</p> <p>1) "Akkrediteret", dvs. at stedet lever fuldt og helt op til kravene</p> <p>2) "Betinget akkrediteret", dvs. stedet mangler noget for at blive fuldt og helt akkrediteret, men kan rette op på dette ved gennemføre en række konkrete handle- og tidsplaner</p> <p>3) "Ej akkrediteret", dvs. stedet lever ikke op til kravene, og kan derfor ikke anvende nogle af akkrediteringsordningens mærker.</p>

Tabel 7.1 - Oversigt over akkrediteringsprocessen i Akkreditering Danmark

Medarbejdere og ledelserne på institutionerne giver udtryk for en høj grad af tilfredshed med akkrediteringsprocessen. Processen har været præget af ejerskab, demokrati og organisationsudvikling. Den tavse viden på institutionerne er kommet frem i lyset, og der er blevet sat ord på praksis. Der er også kritiske bemærkninger om akkrediteringsordningen. I boksen nedenfor har institutionerne svaret på, hvad de finder mindre godt ved akkrediteringsprocessen.

Om hvad der har været mindre godt ved akkrediteringsprocessen

- "Det var meget tidskrævende."
- "Der skulle ind imellem graves dybt, for at finde og frigøre ressourcer."
- "At processen ofte var diffus og ustruktureret, hvilket ofte gjorde, at der blev startet forfra på processerne, uden at hidtidige erfaringer blev inddraget."

Kilde: COWIs spørgeskemaundersøgelse

Boks 7.3 - Udsagn fra spørgeskemaundersøgelsen om akkrediteringsprocessen

Akkreditering ses som et brugbart værktøj - bl.a. i forhold til indkøring af nye medarbejdere - da processen kan bruges til at skabe et fælles grundlag og en forståelse for institutionens arbejdsmetoder og praksis. Selv om ledelse og medarbejdere bruger en del tid på processen, giver både ledelse og medarbejdere udtryk for, at *"tiden generelt er givet godt ud"*. På enkelte konkrete områder er der utilfredshed med konkrete standarder og indikatorer, der ikke opleves som skabende *"værdi"* for institutionerne, bl.a. evalueringsstandard og standarden vedrørende eksterne samarbejdspartnere nævnes i denne sammenhæng⁵⁹.

Tema 4

Surveyors

I akkrediteringsordningen anvendes særligt uddannede surveyors, de benævnes auditorer, til den eksterne bedømmelse af de akkrediterede steder. Det fremhæves af medarbejdere og ledelse, at disse skal have erfaring inden for området samt kendskab til akkreditering og kvalitet generelt. Auditorernes opgave er at fokusere på udvikling, bedømme graden af overensstemmelse, stramme op på praksis samt bidrage med gode råd og diskussioner.

⁵⁹ Nogle af de standarder, som fremhæves som mindst værdiskabende for praksis på de akkrediterede steder, er søgt fjernet ved overgangen fra pilotprojektet til version 2 af akkrediteringsordningen.

Ved den eksterne bedømmelse sammensættes teams med minimum en auditor med branchekendskab samt en med et systemisk kendskab med den begrundelse at hindre blinde pletter og opnå et andet blik på praksis. Den generelle vurdering fra medarbejderne på institutionerne er, at *"det snarere er en fordel end en ulempe, at assessorkorpset består af personer fra andre LOS-institutioner."* En medarbejder formulerer det på denne måde: *"Det er faktisk en fordel at blive evalueret af vores "egne", da de jo ved, hvad det handler om. Men samtidig er det naturligvis også udfordrende, at blive målt og vejret af "ens egne"."*

Tema 5

Faglig kvalitet

På spørgsmålet om akkreditering løfter den faglige kvalitet, svarer ledelse og medarbejdere ikke entydigt positivt. Der er enighed om, at akkreditering rummer fordele i kraft af, at institutionerne lærer at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling - og fordi de får nedfældet procedurer, beredskabsplaner og politikker, som de ellers ikke ville have udarbejdet i samme omfang, jf. også boksen nedenfor.

Om hvad nyt akkrediteringsprocessen har medført

- "Den væsentligste tilføjelse i vores tilfælde har været systematik."
- "En tydelig fælles forståelse af indholdet på vores arbejde."
- "Vi har fået styr på mange ting. Vi var rigtig gode i forvejen, troede vi, men der var mange ting, som vi fik sat i systemer."
- "Systematisering af arbejdsgange har i høj grad været med til at give arbejdsro. F.eks. i forbindelse med medicin håndtering, men også i forhold til f.eks. inddragelse af børn og unge."

Kilde: COWIs spørgeskemaundersøgelse

Boks 7.4 - Udsagn fra spørgeskemaundersøgelsen om det "nye" ved akkreditering

Når det gælder den faglige kerneydelse, mener nogle, at denne løftes af akkrediteringen, mens andre er mere skeptiske og siger, *"at vi gør alle de ting, som man skal i henhold til akkrediteringsordningen, er ingen garanti for, at vi også leverer en god kerneydelse"*. Undersøgelsen peger på, at der gennem akkreditering sættes fokus på forhold, som har betydning for, at den faglige kerneydelse leveres, men der er ingen garanti for, at det er en kerneydelse af kvalitet. Det fremhæves bl.a., at kerneydelsen vedrører forhold som omsorg, relation, samvær, empati mv. Sagt på en anden måde: Forhold som det er vanskeligt at "måle" og opstille indikatorer for. En medarbejder formulerer det på denne måde: *"Akkreditering handler i virkeligheden om alt det udenom selve kerneydelsen. Det er naturligvis også vigtigt, men det kan bare ikke sikre en god kerneydelse."*

Der er blandt ledere og medarbejdere også en skepsis om, hvorvidt akkreditering kan medvirke til at fjerne *"brodne kar"* på det sociale område. Akkreditering kan løfte en lang række institutioner, men akkrediteringsordningens succes bygger på velvilje og engagement fra ledelsens og personalets side af. Akkrediteringen skaber ikke i sig selv denne velvilje og engagementet.

Tema 6

Tilsyn

Der er uenighed om, i hvilken udstrækning LOS' akkrediteringsordning kan erstatte/supplere det almindelige kommunale tilsyn. På institutionerne gives der udtryk for, at akkreditering letter den kommunale myndigheds tilsynsarbejde i kraft af, at institutioner, der er akkrediteret, arbejder på et *"mere veldokumenteret grundlag"*.

Enkelte kommunale tilsynsførende, som blev spurgt i denne undersøgelse⁶⁰, er ikke enige i denne betragtning, da tilsynsopgaven ifølge dem ses som *"en myndighedsopgave, der ikke - hverken helt eller delvist - kan overlades til institutionerne selv eller en akkrediteringsorganisation eller lignende"*. En tilsynsførende fremhæver, at *"præcis de samme forhold skal gennemgås i forbindelse med det almindelige kommunale tilsyn - uafhængigt af, om institutionen er akkrediteret eller ej."* En anden tilsynsførende pointerer, at da LOS institutionerne er privatejede *"er tilsynet vores kontakt til institutionen. Vi ser på de fysiske rammer, om der er tilstrækkelig opfølgning på handleplanerne, om det er det rette personale til de børn og unge, der er der m.v."* Synspunktet er altså, at akkreditering end ikke supplerer det kommunale tilsyn.

I denne sammenhæng er det vigtigt at skelne mellem det generelle tilsyn og det specifikke tilsyn. Når de akkrediterede steder henviser til, at tilsynet kan begrænses i kraft af et mere veldokumenteret grundlagt, henvises der til det generelle tilsyn.

7.1.1 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores caseundersøgelse er ledelse, personale, tilsynsførende og andre interviewpersoner fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. Se Boks 7.5.

Intentioner med akkreditering. Det bør fremgå klart, hvad der er regeringens intention med akkreditering. Er det at øge børns trivsel i et langsiget perspektiv, er det besparelser, kvalitetssikring, kontrol?

Overordnet og lokalt niveau. Der bør arbejdes med akkreditering på to niveauer: Først på et overordnet niveau, der har fokus på, om lovgivningen efterleves, f.eks. om der er udarbejdet planer, politikker mv., og om disse efterleves. Dernæst på et lokalt niveau, hvor der er fokus på lokale forhold, og hvor der er en høj grad af metodefrihed. Akkreditering skal ikke være fejlfinding, men er en udviklingsproces, hvor der lyttes til praksis.

Forsøg/pilotprojekter. Der bør indledes med en række forsøg/pilotprojekter, hvor forsøgskommuner afprøver akkrediteringsordningen, og hvor personale, ledelse mv. vænner sig til akkrediteringsordningen. De forskellige forsøgsprojekter skal koordineres stramt.

Fleksibilitet i ordningen. Akkrediteringsmodellen skal være fleksibel og indfange det særegne ved en given institution - og der skal derfor være forholdsvis åbne kriterier. Man kunne også tænke sig en "light model", der f.eks. tager hensyn til, at der er store og små institutioner med forskellige behov.

Mening: Hvis ikke akkreditering giver mening for medarbejderne, er den dødfødt fra starten. Det er derfor vigtig at tilrettelægge en proces, så modellen udvikles på en måde, der

⁶⁰ Der er gennemført interview med tilsynsansvarlige i to kommuner.

giver ejerskab hos ledelser og personale på institutionerne.

Kilde: Caseundersøgelse og spørgeskemaundersøgelse

Boks 7.5 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

Et andet forhold som fremhæves i undersøgelsen af LOS' akkrediteringsmodel, er vigtigheden af at skabe og videreudvikle akkreditering som en dynamisk model. Synspunktet er, at det sociale område er i kontinuerlig forandring og løbende må forholde sig til nye teoretiske og metodiske tiltag samt ændrede lovgivningsmæssige rammer. Det kræver en dynamisk akkrediteringsmodel, der gennem versioneringer og revisioner løbende tages op til genovervejelse.

7.2 Aabenraa Kommune⁶¹

I det følgende gennemgås den akkrediteringsordning, som den tidligere Aabenraa Kommune gennemførte i perioden 2001-2004 i samarbejde med HQS akkrediteringsorgan (Boks 7.6). Akkrediteringsprogrammet omfattede plejecentre, hjemmepleje, hjemmesygepleje, bestiller- og kvalitetsafdeling samt aktivitetsområdet (dagcentre, træningsområde, hjælpemiddelområde). Arbejdet med akkrediteringsprocessen blev gennemført som et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehusene, kommunen samt praktiserende læger.⁶² Efter strukturreformen i 2007 ophørte samarbejdet med akkrediteringsorganet HQS pga. af sammenlægningen af kommuner, men det nye Aabenraa Kommune arbejder i nogen grad videre efter akkrediteringsprincipperne. Akkrediteringsarbejdet er dog i dag stærkere forankret i de institutioner, der var del af den tidligere Aabenraa Kommune, hvor institutioner, der kom fra de andre kommuner eller er blevet integreret på tværs af de gamle kommunegrænser, i mindre udstrækning har fået arbejdet forankret.

Om Aabenraa Kommune: I 2001 indgik den tidligere Aabenraa Kommune i samarbejde med HQS samt sygehusene i Sønderjyllands Amt og et antal praktiserende læger omkring udvikling og gennemførelse af et tværsektorielt akkrediteringsprogram. I Aabenraa Kommune deltog fem plejecentre, aktivitetsområdet samt bestiller- og kvalitetsafdelingen, der alle opnåede akkreditering i 2004. Der var tale om i alt fem store, mindre og små plejecentre med tilknyttede aktivitetscentre. Kommunen besluttede tidligt i forløbet, at alle institutioner skulle akkrediteres samlet, dvs. blev en institution/et område ikke akkrediteret blev ingen akkrediteret.

Om Health Quality Services (HQS): Health Quality Services startede som udviklingsafdeling under Kings Fund og blev i 2000 selvstændig akkrediteringsorganisation, der akkrediteres af International Society for Quality in Health Care (ISQua). HQS (i dag CHKS) foretager akkreditering i mange lande.

Om indholdet: Akkrediteringsordningen blev i 1. akkrediteringsrunde baseret på 21 standarder fordelt på 3 overordnede områder:

1. Ledelse i KISS-områderne⁶³ samt klinisk ledelse

⁶¹ Dette afsnit bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med a) politikere b) nøglepersoner bestående af ledelse, nøglepersoner, ledere af plejecentre og aktivitetscentre samt bestiller- og kvalitetsafdelingen. I alt er 10 personer interviewet. Endvidere indgår udleveret materiale - se bilag 5

⁶² Scheel LS & Knappe JB, Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen - et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehuse, kommune og almen praksis, april 2005.

⁶³ KISS står for Kvalitet i Sønderjyllands Sundhedsvæsen.

2. Personale og kliniske aktiviteter
3. Samarbejde med brugeren

I de 21 standarder var der i alt ca. 550 kriterier (indikatorer). Standarderne til 2. akkrediteringsrunde indeholdt en række standarder fælles for alle områder samt standarder rettet specifikt mod plejecentre, aktivitetsområdet, boinstitutioner samt myndighedsfunktionen.

Kilde: Notater fra Aabenraa Kommune samt COWI interview

Boks 7.6 - Præsentation af Aabenraa Kommune og Health Quality Service

I det følgende beskrives akkrediteringsordningen i Aabenraa Kommune efter seks udvalgte temaer.

Tema 1

Valg af akkrediteringsmodel

Baggrunden for indførelse af akkrediteringsordningen var en politisk beslutning. Det var borgmesteren i kommunen, der ønskede akkreditering motiveret af en diskussion om sygehusstrukturen i amtet. I starten var der ikke opbakning fra ledelse eller medarbejdere. Borgmesteren sikrede sig engagement fra forvaltningen, hvor der dog var en vis skepsis pga. manglende ressourcer. Sygeplejerskerne var de hurtigste til at tage akkreditering til sig.

Politikerne fortæller, at *"socialudvalget fulgte intensivt med i implementeringsprocessen, og akkrediteringen var på dagsordenen hver måned"*. Oppositionen og udvalget bakkede samlet op om projektet, hvilket var en klar forudsætning for at sikre en ordentlig implementering.

Målene med akkreditering var at styrke kvalitetsarbejdet gennem en systematisk praksis og et kvalitetsstyringssystem. Der blev ikke givet penge til projektet i starten. *"Efterhånden kunne vi som politikere se, hvor stor opgaven var. Derfor blev der ansat en projektkoordinator"*.

For at understøtte udviklingsprocessen omkring akkrediteringsordningen, dvs. udvikling af standarder, gennemførelse af basisevaluering, ekstern evaluering mv. samt en understøttelse af det tværsektorielle element, blev der etableret et fællessekretariat for kommune, sygehuse og praktiserende læger. I kommunen blev der ligeledes etableret en projektorganisation med styregruppe, projektkoordinator og nøglepersoner. Selvom den organisatoriske struktur for akkrediteringsordningen var en klar adskillelse mellem HQS og Aabenraa Kommune.

Medarbejderne oplevede i overensstemmelse med politikernes udsagn, at beslutningen omkring både valg af akkreditering og akkrediteringsmodel alene var en politisk beslutning. Som udgangspunkt havde de svært ved at forstå, hvorfor de skulle det, og hvad det konkret betød for deres arbejde.

Medarbejderne tilkendegav, at valget af HQS var fornuftigt, fordi de oplevede, at den engelske kultur, der ligger til grund for HQS akkrediteringsmodel, lægger sig tæt op ad den danske kultur. Medarbejderne fremhævede dog, at det var en efterrationalisering efter det politiske valg af model. Og konkret var der områder, f.eks. omkring sikkerhed og arbejdstilrettelæggelse, hvor der var store kulturforskelle.

Tema 2

Udvikling og valg af standarder

HQS havde ikke et sæt standarder, der umiddelbart kunne anvendes i kommunen. Derfor blev der i samarbejde med HQS udarbejdet særlige standarder til Aabenraa Kommune. HQS standarder var som udgangspunkt rettet mod sundhedsfaglige standarder. Standarderne blev udviklet i samarbejde mellem lederne på ovennævnte områder, projektkoordinator og HQS.

Ledelse, nøglepersoner og medarbejdere fortæller, at udviklingen af standarderne har påvirket kommunens faglige holdninger og værdier. *"Det har medvirket til at ensarte de faglige standarder og resulteret i et højere niveau end tidligere"*. En medarbejder siger videre: *"Vores erfaring var, at "man skal se på ånden" i standarden, altså hvad ønskes opnået, og hvorfor har man opstillet standarden"*. Og så herefter omsætte den til lokale forhold. *"Kulturen i England, hvor HQS kommer fra, er også lidt anderledes end vores. Der er f.eks. meget fokus på sikkerhed. Det betød, at der var standarder for, at der skulle stå på radiatoren, at "den er varm" og at "vandet er varmt" ved håndvasken. Det er mindre relevant herhjemme. Omvendt var der procedurer for medicinbehandling og fejlregistreringer."*

Denne proces var forbundet med meget arbejde, men til gengæld har kommunen haft stor indflydelse på standarderne. Der er et ønske om færre procedurer i standarderne, da alle ikke er nødvendige.

Det opleves som en stor fordel, at der er indført fælles standarder, og det har desuden medført en fælles vision for kommunens indsats. Derudover har indførelsen af akkreditering resulteret i faglig stolthed blandt medarbejderne, f.eks. i hjemmeplejegrupperne.

Tema 3

Akkrediteringsprocessen

Akkrediteringsprocessen i akkrediteringsordningen kan kortfattet beskrives med udgangspunkt i fire faser, jf. nedenstående Tabel 7.2.

Fase	Beskrivelse
Opstart	Kommunen gennemførte selv en baseline-undersøgelse og ud fra resultaterne af denne udarbejdes handleplaner, retningslinjer, en implementeringsstrategi samt et opfølgningssystem. Implementeringsfasen kræver specielt mange ressourcer, og det fremhæves, at det er væsentligt, at der afsættes midler til denne del af processen, samt at det er en forudsætning, at der er et elektronisk system, der kan understøtte akkrediteringsprocessen.
Intern evaluering	Ca. et år efter baseline blev der foretaget intern vurdering. Det foregik ved at udveksle ledere og medarbejdere, der var uddannede interne surveyors, med sygehuse og praktiserende læger. Der skete således en videndeling mellem organisationerne. Ligeledes er det en god øvelse for såvel organisationerne som de interne surveyors at gennemføre den interne vurdering.
Ekstern evaluering	Den eksterne evaluering foregår ved, at et surveyorteam ved et anmeldt besøg vurderer, hvorvidt institutionen lever op til HQS standarder. Teamet på fire engelske surveyors (sygeplejersker, fysioterapeuter, administratorer) besøger plejecentre, aktivitetscentre og hjemmeplejens udegrupper i fire dage og vurderer via gennemgang af dokumenter, observation samt interview, hvorvidt

	<p>kravene i standarderne er blevet imødekommet. Interne surveyors fungerer som oversættere ved den eksterne evaluering.</p> <p>Herefter blev der givet mundtligt feedback til ledelse og medarbejdere. Danske interne surveyors deltog som oversættere. Der udarbejdes en mangelrapport, som danner udgangspunkt for en vurdering af, om organisationen skulle supplere survey med fremsendelse af yderligere dokumentation, gennemgå en fokuseret re-survey på udvalgte områder eller kunne gå direkte til akkrediteringskomitéens vurdering af, om kommunen kan akkrediteres eller ej.</p> <p>Akkrediteringen er gældende for 3. år⁶⁴. Midt i denne periode gennemfører HQS et Monitoringvisit for at sikre, at processer til kvalitetssikring og udvikling fastholdes.</p>
Akkreditering	<p>Det er akkrediteringskomitéen, der på baggrund af en indstilling fra surveyorteamet (HQS) afgør, hvorvidt kommunen opfylder kravene til ansøgningen, og dermed kan indstilles til en akkreditering. Akkreditering giver institutionen et stempel og viser derved omvendt, at den opfylder bestemte krav. Processen har været forbundet med meget arbejde for organisationen. Specielt fremhæves dokumenteringsarbejdet som et tungt arbejde. Her er det væsentligt, at der findes et elektronisk system til dokumentstyring.</p>

Tabel 7.2 - Oversigt over akkrediteringsprocessen i Aabenraa Kommune

Tema 4

Surveyors

Medarbejdere og ledelse i Aabenraa Kommune giver udtryk for, at surveyors "skal være kvalificerede til deres opgave". De skal f.eks. have "det skarpe øje", som gør, at de hurtigt og præcist kan finde de svagheder eller udfordringer, som organisationen står over for. Medarbejderne tilkendegiver endvidere, at de "bør ikke komme fra en statslig myndighed". Surveyorne bør være "objektive og ikke politiske". De eksterne engelske surveyors oplevedes som meget kompetente både fagligt set og i forhold til akkreditering⁶⁵. Derudover har det styrket alvoren i akkreditering, at de var eksterne og fra England.

Tema 5

Faglig kvalitet

Overordnet opleves det, at akkreditering giver et godt udbytte og desuden, at "udviklingen af standarder har påvirket vores faglige holdninger, værdier og indsigt. De har medvirket til at ensarte vores faglige standarder på et højere niveau." Akkrediteringen har bevirket, at borgerne får en mere ens service. "Det er vores oplevelse, at den faglige kvalitet er steget, f.eks. er antal af tryksår faldet, fordi vi er bedre til at observere og igangsætte indsatsen. Vores arbejde med utilsigtede hændelser har ligeledes styrket kvaliteten i arbejdet".

Politikerne giver udtryk for, at akkrediteringsordningen har været rigtig god, bl.a. fordi der har været meget systematik. "Det har forbedret områder som sårpleje, magtanvendelse og inkontinens". "Det burde være en forpligtigelse at

⁶⁴ Scheel LS & Knappe JB, Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen - et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehuse, kommune og almen praksis, april 2005.

⁶⁵ Surveyors er uddannet af HQS, og ud over teoretiske og faglige kompetencer kræves det, at de har direkte erfaring fra gennemførelse af en akkrediteringsproces. Surveyors er ulønnede og frigives af arbejdsgiver fra eget arbejde til at gennemføre surveys.

arbejde med akkreditering og kvalitet i den sociale sektor.” De pointerer, at ”det er dog nødvendigt, at både den politiske og administrative ledelse sætter sig i spidsen for projektet og prioriterer indsatsen også i forhold til andre opgaver”.

Siden gennemførelsen af akkrediteringsprojektet er Aabenraa Kommune blevet lagt sammen med fire andre kommuner, som ikke var akkrediteret. Nøglepersoner beskriver, at *”kommunesammenlægningen har haft en negativ påvirkning af muligheden for at fastholde arbejdet med akkreditering. Nogle områder arbejder stadig intensivt med modellen - det er typisk de områder, som i mindre grad er påvirket af organisatoriske ændringer, som følge af kommunesammenlægningen. ”Vi har et ønske om at fastholde arbejdet.”*

Tema 6

Tilsyn

Medarbejderne blev spurgt om samspillet mellem akkrediteringsprocessen og de kommunale plejetilsyn. I den sammenhæng fremhævede de, at *”vi havde håbet, at akkreditering kunne afløse de lovpligtige tilsyn. Det kunne dog ikke lade sig gøre, men akkrediteringen afløste de anmeldte tilsyn på plejecentrene”.* Oplevelsen var, at det var et stort arbejde at gennemføre en akkreditering, og at en lang række af områderne, der blev arbejdet med, overlappede i forhold til de kommunale plejehjemstilsyn.

7.2.1 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores caseundersøgelse er politikere, ledelse, personale og andre interviewpersoner i Aabenraa Kommune fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. Se (Boks 7.7).

Politisk og administrativ bevågenhed. Både den politiske og administrative ledelse skal prioritere projektet og gå ind for det.

Konkrete eksempler. Forklar alle involverede, hvad det er ved akkreditering, der virker og giv i den forbindelse konkrete eksempler. Det sikrer engagement. Fokusér ligeledes på en konstruktiv dialog med medarbejderne, så akkreditering ikke opleves for kontrollerende.

Projektleder. Der bør være en projektleder, der hjælper med gennemførelsen af projektet og identificér ildsjæle, som kan medvirke positivt i implementeringen.

Minimal dokumentation. Vigtigt er det, at der ikke er for meget dokumentationsarbejde. Få procedurer i standarderne er ønskelige, da de tager tid at udarbejde og implementere.

Boks 7.7 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

7.3 Københavns Kommune⁶⁶

I det følgende gennemgås Københavns Kommunes deltagelse i pilottesten af akkrediteringsstandarder for kommunale sundhedsydelser i regi af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) (Boks 7.8).⁶⁷ Pilottesten vedrørte forståeligheden og målbarheden af 1. generations akkrediteringsstandarder i regi af DDKM målrettet kommunale sundhedsydelser.

Om Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning: I pilottesten gennemført i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning blev akkrediteringsstandarder for kommunale sundhedsydelser i Den Danske Kvalitetsmodel vurderet ud fra forståelighed og målbarhed. Temaerne i første høringsfase var: Koordinering, kontinuitet og overdragelse, medicinering, træning, diabetes samt kvalitets- og risikostyring.⁶⁸ Pilottesten af standarderne blev gennemført i 2008, og der blev udfyldt 41 afrapporteringskemaer med rettelser til de testede akkrediteringsstandarder under de fem temaer.⁶⁹

Om IKAS: Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet blev etableret i 2005, og varetager udvikling og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), der på sigt skal omfatte alle offentligt finansierede sundhedsydelser. DDKM består af en række akkrediteringsstandarder med tilhørende indikatorer, der er opdelt i temaer. Akkrediteringsstandarderne er et redskab til kvalitetsudvikling og læring og danner desuden udgangspunkt for en ekstern evaluering.

Om indholdet: I forhold til kommunale sundhedsydelser er der per 1. januar 2009 udviklet akkrediteringsstandarder med indikatorer inden for i alt 10 temaer:

1. Kroniske sår
2. Koordinering, kontinuitet og overdragelse
3. Medicinering
4. Træning
5. Hygiejne
6. Palliation
7. Kvalitets- og Risikostyring
8. Ledelse
9. Politikker og retningslinjer
10. Ansættelse og kompetenceudvikling

Inden for hvert af de 10 overordnede områder er der fra 2 standarder til 5 standarder, i alt 31 standarder. Til hver af de 31 standarder er knyttet en række indikatorer, typisk 2 til 5 indikatorer pr. standard.

Kilde: Notater fra Københavns Kommune samt COWI interview

Boks 7.8 - Præsentation af Københavns Kommune og IKAS

⁶⁶ Dette afsnit bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med a) nøglepersoner fra forvaltningen, fra plejecentre og hjemmeplejen og sundhedscenter b) direktionen. I alt deltog seks personer i interview. Endvidere indgår udleveret materiale - se bilag 5.

⁶⁷ Udvikling af standarderne i Den Danske Kvalitetsmodel er foregået i samarbejde med kommunerne.

⁶⁸ De første fem temaers 16 akkrediteringsstandarder blev efter endt høring og efterfølgende redigering pilottestet for deres forståelighed og målbarhed af tre kommuner (Greve, København og Aalborg) i samarbejde med IKAS i perioden december 2007-februar 2008. Efter pilottestens gennemførelse er det blevet til fire temaers 14 akkrediteringsstandarder: koordinering, kontinuitet og overgange, medicinering, genoptræning og kvalitets- og risikovurdering.

⁶⁹ Center for Faglig Udvikling, Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opfølgning på pilottesten m.v., (2008).

I det følgende beskrives fem temaer i relation til Den Danske Kvalitetsmodel.

Tema 1

Valg af akkrediteringsmodel

Baggrunden for arbejdet med akkreditering i København Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning var en invitation fra KL om deltagelse i et pilotprojekt om udvikling af kommunale akkrediteringsstandarder i DDKM regi i 2005.

Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning har siden da deltaget i udviklingen af akkrediteringsstandarder målrettet kommunale sundhedsydelser. Et udviklingsarbejde som er forankret i Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Sundheds- og Omsorgsforvaltningen deltog ligeledes i en pilottest af 1. generation af akkrediteringsstandarder.

På grund af forvaltningens størrelse på ca. 10.000 ansatte og ca. 95 enheder blev forvaltningens pilottest af de første akkrediteringsstandarder planlagt til ikke at involvere alle enheder. Der blev nedsat en koordinationsgruppe bestående af en direktør, en stabschef, en specialkonsulent og en projektfuldægtig, der var ansvarlig for pilottestens gennemførelse.

Der blev samtidig sammensat en pilottestgruppe, der bestod af hovedsagelig decentrale ledelsesrepræsentanter samt kernemedarbejdere beskæftiget på plejehjem/boliger, hjemmesygepleje, sundhedscentre, trænings- og aktivitetscentre samt ældre- og pensions- og omsorgskontorer.⁷⁰ Indholdet i forvaltningens tre delte pilottest kan beskrives således:

- **I fase 1** foretog pilottestgruppen en vurdering af IKAS' forslag til fordeling af akkrediteringsstandarder i pakker målrettet forskellige typer af kommunale enheder.
- **I fase 2** foretog pilottestgruppen en vurdering af akkrediteringsstandardernes forståelighed og målbarhed.
- **I fase 3** gennemførte to enheder en basisvurdering af deres opfyldelse af de fire akkrediteringsstandarder for medicinhåndtering og de fire akkrediteringsstandarder om kvalitets- og risikostyring.

Pilottestgruppen mødtes to gange i løbet af pilottesten i henholdsvis fase 1 og 2. I alt deltog ca. 40 personer i pilottesten, og det anslåede ressourcetræk var på ca. 500 arbejdstimer.

Medarbejderne fortæller: *"Det var en hurtig indledende proces med bl.a. afholdelse af en workshop, hvor de forskellige standarder blev diskuteret"*. Der er enighed om, at *"det var en god proces med plads til diskussion, og alle føler, at de er blevet hørt og involveret"*. Indledningsvist *"rystede man på hovedet"*, men nu kan man se, at akkreditering er med til at sikre kvaliteten. Erfaringen er, at drøftelse af standarderne giver ejerskab, men man behøver ikke at være med til at udvikle dem.

⁷⁰ Notat: Sundheds- og Omsorgsforvaltningens opfølgning på pilottest m.v.

Tema 2

Udvikling og valg af standarder

Standarderne er hentet fra DDKM, og hensigten er at teste deres anvendelighed. Der har således været mange kommentarer hertil undervejs, da ikke alle standarderne passede ind i arbejdet i primærsektoren.

Desuden har standarderne en "rigid" opdeling i sundheds- og servicelov. Denne skelnen opfattes ikke som meningsfuld, da organisationen normalt arbejder ud fra en helhedstænkning i plejen. Det vil være bedre at integrere begge love i en akkrediteringsmodel.

Ydermere fremhæves det, at standarderne er baseret på en naturvidenskabelig praksis, hvilket er et problem for det sociale område, "*der sætter fokus på helheder*". Standarderne bør endvidere oversættes, så de giver mening for medarbejderne, og samtidig skal de indfange den faglige kerneydelse. Dette kan være svært, da det er vanskeligt at udarbejde effektmål for eksempelvis livskvalitet.

Ledelse og medarbejdere foreslår, at der udvikles basale standarder, der gælder for alle organisationer på alle niveauer inden for det sociale område (f.eks. i forhold til ledelse og brandslukning) samt organisationsspecifikke standarder, der er rettet mod den enkelte organisation, og således er et udtryk for prioriteringer i netop denne (f.eks. medicin håndtering, forløbsprogrammer osv.). Standarder skal endvidere "*rykke organisationen, der skal kunne udvikles*".

Tema 3

Akkrediteringsprocessen

Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning deltager i udvikling af akkrediteringsstandarder, men har endnu ikke deltaget i en akkreditering. Nedenstående er derfor baseret på interviewdeltagernes holdninger og tanker om akkreditering.

Fra ledelsens side stilles der spørgsmålstejn ved, hvorvidt DDKM kan udgøre den hele model, der rummer de andre eksisterende regulerende faktorer. Der er i alt otte andre regulerende faktorer, herunder bl.a. forskellige tilsyn og kvalitetsstandarder.

Akkreditering er anvendelig i forhold til "*at skabe viden om effektmål og indikatorer*". Det anbefales derfor, at der etableres en national fælles database, hvor viden samles og kan anvendes for at finde den mest optimale løsning af et givent problem. "*Københavns Kommune arbejder med udvikling af effektmål, og med tiden kan der udvikles indikatorer for den faglige kerneydelse, som kan indgå i akkrediteringen*".

Måling af den faglige kerneydelse kan have såvel et brugerperspektiv som et outcome perspektiv. "*Der skal hentes inspiration fra andre teorier end de naturvidenskabelige - evt. observation af ydelse i stedet for måling*". Yderligere fremhæves det, at "*akkreditering ikke bør være et tungt og omfattende system, men et smidigt system, der sikrer udvikling i organisationen*".

Tema 4

Akkreditering og det kommunale tilsyn

Medarbejderne gav udtryk for, at akkreditering ikke kan erstatte de kommunale lovpligtige tilsyn. Det menes ikke, at akkreditering direkte kan erstatte det

kommunale tilsyn, da det har forskellige formål. *”Akkreditering er et udviklingsværktøj, mens tilsyn er lovgivning, der skal legitimere arbejdsprocesser over for politikere”*.

Det kræver lovændringer og en akkrediteringsmodel, som kan løfte begge opgaver. Det er dog på sigt mest hensigtsmæssigt og effektoptimerende, at der alene arbejdes med en kvalitetsstyringsmodel af alle ydelser uanset lovgrundlag i forvaltningen.

Desuden beskriver medarbejderne, at der ved de kommunale tilsyn *”er fokus på dialog, detaljer, og de opleves som mere personlige”*. Akkreditering opleves som en proces, hvor der via en tjekliste afkrydses. Yderligere er *”tre år mellem hver akkreditering for lang tid mellem besøg”*, der bør løbende komme personer udefra så egne blinde pletter ikke overses.

Embedslægerne tilsyn omhandler bl.a. instrukser, sygeplejefaglige optegnelser, medicin håndtering, hygiejne, adgang til sundhedsfaglige ydelser, patientrettigheder samt forskellige temaer f.eks. aktivering og mobilisering. Det fremhæves, at embedslægetilsynet eventuelt kan erstattes med akkreditering, men at embedslægerne stadig vil skulle orienteres om resultaterne af de fund, der er gjort ved akkrediteringen. *”Det er vigtigt, at der ikke er dobbeltkontrol, da det ikke er meningsfuldt for medarbejderne”*.

Tema 5

Surveyors

Vigtige egenskaber hos en surveyor er kendskab til branchen, og egenskaber der sikrer fokus på processer. Ledelsen beskriver, at surveyors bør have en ledelsesbaggrund på et tilsvarende organisatorisk niveau som den institution, der skal akkrediteres. Ved en akkreditering skal der være mindst to surveyors til stede.

7.3.1 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores caseundersøgelse er ledelse, personale og andre interviewpersoner i Københavns Kommune fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. Se Boks 7.9.

Identificér nøglepersoner i organisationen, der brænder for akkreditering og etabler et netværk for nøglepersoner fra centralt hold, hvorfra erfaringsudveksling, sparring osv. kan foregå.

Meningsfulde standarder. Udvælg standarder, der er meningsgivende og sørg for en løbende evaluering af disse.

Løbende evaluering af standarderne. Sørg for at der foregår en løbende evaluering af de standarder, der anvendes.

Akkreditering bør indføres gradvist. Anbefaling til systemet, sørg for at udvikle en implementeringsstrategi og forvent, at en implementering i alt tager 5-10 år.

Boks 7.9 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

7.4 Forskelle og ligheder i akkrediteringsmodeller

I dette afsnit beskrives forskelle og ligheder i erfaringerne med akkreditering i henholdsvis H:S, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa Kommune, LOS og Københavns Kommune. Beskrivelsen er struktureret i forhold til fire temaer:

1. Valg af akkrediteringsmodel
2. Valg og udvikling af standarder
3. Akkrediteringsprocessen, herunder opstarten, anvendelse af henholdsvis intern og ekstern evaluering og det akkrediterende organ
4. Surveyors

Forskelle og ligheder belyses endvidere ud fra litteraturstudiet (kapitel 4).

7.4.1 Tema 1 - valg af akkrediteringsmodel

I tre af de fire cases vedrørende akkrediteringsprogrammer nævner de pågældende instanser, at man netop har valgt akkreditering frem for andre kvalitetsmodeller ud fra et ønske om systematisk kvalitetsudvikling og kvalitetssikring (H:S, Sygehus Sønderjylland, LOS, Aabenraa Kommune).

Andre begrundelser, der bliver nævnt, er, at få et systematisk praksis- og kvalitetsstyringssystem (Aabenraa Kommune), samle sygehuse omkring kvalitet og et stærkt ledelsesværktøj (H:S), sikre et systematisk kvalitetsarbejde (Sygehus Sønderjylland) og et ønske om at være på forkant med udviklingen.

Begrundelserne er også funderet i opfattelser om andre akkrediterings- og kvalitetsmodeller. Sygehus Sønderjylland valgte HQS for at få mere indflydelse på standarderne, hvilket de ikke mente, var muligt ved JC internationale standarder. LOS havde overvejet flere modeller bl.a. certificering, men *"anså certificering for at være for top-styret, og fordi certificering i vid udstrækning mangler den udviklingskomponent for kvaliteten, som en akkrediteringsordning indeholder"*.⁷¹

Der er ikke nævnt begrundelser som ressourcemæssige besparelser eller sammenlægning af institutioner.

7.4.2 Tema 2 - valg og udvikling af standarder

Der er flere forskelle mellem, hvorledes institutionerne har valgt og udviklet standarder. LOS har selv udviklet akkrediteringsstandarderne, H:S har arbejdet ud fra færdige internationale standarder og Sygehus Sønderjylland har redigeret engelske standarder til danske forhold, hvilket Aabenraa Kommune også har gjort, men samtidig har de også udviklet nye standarder, idet disse ikke forekom i det engelske sæt af standarder. Københavns Kommune, der har pilottestet

⁷¹ Det skal indskydes, at Esbjerg Kommune, der gennemførte certificering, har det modsatte synspunkt (se afsnit 8.2).

standarderne fra Den Danske Kvalitetsmodel, har haft medarbejdere i en national gruppe til at udvikle de danske standarder.

Litteraturstudiet viser, at det tager ca. 1-1½ år at udvikle et sæt af standarder. Dette stemmer godt overens med erfaringerne i LOS, Aabenraa Kommune og Sygehus Sønderjylland (LOS 2007, Scheel & Knappe 2005), hvorimod standarderne for den danske kvalitetsmodel på kommuneområdet, som Københavns Kommune har evalueret, udvikles i forskellige faser og derfor over en længere tidsperiode. I alle casene er der en oplevelse af, at det første sæt af standarder fortsat kunne behøve tilretninger for at stemme overens med de faktiske forhold.

	Bispebjerg og Hvidovre hospitaler	Sygehus Sønderjylland	LOS	Åbenrå Kommune	Københavns Kommune
Standarder	Internationale, ingen indflydelse på disse	Engelske - delvis tilpasset	Egne udviklet	Engelske - delvis tilpasset og egne udviklet	Danske - fælles indflydelse

Tabel 7.3 - Ligheder og forskelle i relation til standarder i danske akkrediteringsprogrammer

I alle akkrediteringsprogrammerne er der standarder inden for det organisatoriske og generelle område⁷², men ikke resultatspecifikke standarder for borger/patientområdet, eksempelvis diagnoserelaterede eller livsstilsrelaterede standarder (kapitel 5, afsnit 7.1 og 7.2).

Opbygningen af standarderne er på nogle områder forskellige. Her skal blot nævnes forskellen mellem "åbne standarder", hvor der står, hvad der skal gøres, men ikke, hvordan det skal gøres - det er således op til institutionerne selv at beslutte fremgangsmåden for opfyldelsen af standarderne (H:S afsnit 5.1, Scheel & Knappe 2005) modsat "lukkede standarder", hvor der også står, hvordan tingene skal gøres (H:S afsnit 5.1), hvilket ikke giver samme mulighed for udvikling i organisationen.

Organisationernes oplevelser af udviklingen af standarderne er forskellige. På den ene side har det givet en stor forståelse af indholdet i akkrediteringsprogrammet at kunne deltage i udviklingen af standarder - det har givet ejerskab. I akkrediteringsordningen i regi af LOS blev medarbejderne eksempelvis involveret aktivt i formuleringen af standarderne (afsnit 7.1). På den anden side gives der også udtryk for, at man kan få ejerskab på anden vis, f.eks. ved introduktion til standarderne. Der gives ligeledes udtryk for, at det er mere væsentligt, at standarderne udarbejdes af fagkyndige, der har specifik indsigt i akkrediteringsprogrammer og faglig indsigt, så der sikres høje standarder. Dette anses som bedre, end at medarbejdere involveres i noget, de ikke har den fulde kompetencer til, og som samtidig medfører, at de ikke er til rådighed til at varetage deres daglige opgaver. Dette synspunkt er særlig fremført af kvalitetsansvarlige på sygehusområdet (afsnit 5.1). Der synes således at være en forskel på

⁷² De kan have andre benævnelser i de enkelte akkrediteringsprogrammer.

henholdsvis social- og sygehusområdet med hensyn til mulighederne for at formulere standarderne. På det sociale område er der ikke de samme faglige barrierer for at involvere medarbejderne aktivt i formuleringen af standarderne.

7.4.3 Tema 3 - akkrediteringsprocessen

Tabellen nedenfor opsummerer forskelle og ligheder i akkrediteringsprocessen (Tabel 7.4).

	Bispebjerg og Hvidovre hospitaler	Sygehus Sønderjylland	LOS	Åbenrå Kommune	Københavns Kommune
Opstart	Foranalyse af eksterne surveys	Egen basisevaluering	Egen basisevaluering	Egen basisevaluering	Ikke gennemført
Intern evaluering	Interne surveys fra eget og andre hospitaler	Interne surveys fra eget og andre hospitaler	Ingen intern evaluering*)	Interne surveys fra hospitaler, egen kommune og almen praksis	Ikke gennemført
Mock Survey	Generalprøve eksterne surveys	ingen	ingen	ingen	ikke gennemført
Ekstern evaluering	3-5 dage, anmeldt Afdelingsledelse og direktion deltager - tracermetoden Professionelle translatører	3-5 dage, anmeldt Danske surveys oversætter/følger engelske surveys	2-4 dage **) anmeldt	3-5 dage, anmeldt Danske surveys oversætter/følger engelske surveys	Ikke gennemført
Akkreditering	Ekstern komité Akkrediteres hver især	Ekstern komité En institution (tidl. hver især)	Ekstern komité Akkrediteres hver især	Ekstern komité Akkrediteres samlet - alle for en/en for alle	Ikke gennemført

Tabel 7.4 - Ligheder og forskelle i danske akkrediteringsprogrammer *) LOS har i deres 2. bølge af akkrediteringsordningen indført intern evaluering **) mindre organisationer

Opstart

Aabenraa Kommune og Sygehus Sønderjylland anvendte samme fremgangsmåde. De gennemførte en basisevaluering foretaget af afdelingsledere, medarbejdere og nøglepersoner. Det gjorde også LOS-institutionerne. Forskellen er blot, at de først på baggrund af denne søgte om at indgå i akkrediteringsprogrammet. H:S hospitaler foretog ikke selv en intern evaluering ved opstartstidspunktet, men fik foretaget en foranalyse af akkrediteringsorganet. På baggrund af denne blev det klargjort, hvad der skulle arbejdes med i den efterfølgende periode.

Institutionernes begrundelser for enten helt eller delvist at deltage i udvikling af standarder er bl.a., at det giver stort ejerskab og tilpasning til den konkrete praksis, lovgivning og kultur (LOS, Aabenraa Kommune, Sygehus Sønderjylland). Overfor dette synspunkt står, at standarderne skal være internationale, at det kræver specifik indsigt, og at det er hensigtsmæssigt, at klinikerne ikke selv bruger tid på dette (H.S).

Såvel H:S som Sygehus Sønderjylland og Aabenraa Kommune oplevede en vis modstand i starten af deres første akkreditering. For disse organisationer var akkrediteringen ikke frivillig, men besluttet centralt (af region og kommune). Modstanden er dog aftaget væsentligt ved de senere akkrediteringer, og akkrediteringsprogrammerne er i dag en del af den daglige drift.

I modsætning hertil er det frivilligt for LOS-institutionerne, om de vil deltage i en akkrediteringsproces eller ej. Frivilligheden kan som udgangspunkt betyde en positiv holdning til processen i opstarten.

Intern evaluering

Efter at institutionerne har arbejdet en periode med at opfylde standarderne foretages en intern evaluering i alle casene. Formålet er at vidensdele i de respektive institutioner samt at forberede og øve sig på den senere eksterne evaluering.

Det gælder for alle institutionerne bortset fra LOS, at de får foretaget intern evaluering af interne surveyors fra andre enheder end den enhed, der evalueres. I H:S og Sygehus Sønderjylland⁷³ kommer surveyors fra eget og andre sygehuse. I Aabenraa Kommune kommer de fra kommunen selv og fra praktiserende læger og sygehuse.

Til forskel fra de øvrige cases har LOS ingen intern evaluering i den første version af deres akkrediteringsprogram. Dette indgår dog i senere versioner af akkrediteringsordningen.

En anden forskel er, at de interne surveyors fra Sygehus Sønderjylland og Aabenraa Kommune også deltager ved den eksterne evaluering som oversættere for eksterne engelske surveyors. Dette er ikke tilfældet i de andre tre cases.

Ekstern evaluering

I Aabenraa Kommune og i Sygehus Sønderjylland, der arbejdede sammen under samme akkrediteringsprogram, foregår den eksterne evaluering på samme måde. Engelske surveyors vurderer ud fra standarderne, om institutionerne lever op til disse. De engelske surveyors ledsages af danske interne surveyors. Begrundelsen for at vælge danske fagprofessionelle og ikke professionelle oversættere er, at de kan forklare den faglige baggrund. (Scheel & Knappe 2005).

I H:S følges surveyor teamet derimod af professionelle oversættere, og begrundelsen her er, at man ønsker en præcis og uvildig oversættelse.

⁷³ Sygehus Sønderjylland havde ved første akkreditering (hvor der var fire selvstændige sygehuse) også interne surveyors fra praktiserende læger og fra kommunen (Scheel & Knappe 2005).

En anden forskel mellem de to er at, H:S deltager afdelingsledelserne og direktionen sammen med surveyors i den eksterne evaluering. Dette er ikke tilfældet i de øvrige cases. Begrundelsen er, at de kan supplere, hvis personalet ikke kan svare på de stillede spørgsmål, og som sidegevinst får ledelse og direktion et rigtigt godt indblik i egen organisation. En tredje forskel er, at H:S ved den sidste eksterne evaluering anvendte tracermetoden, dvs. hvor de udenlandske surveyors fulgte et patientforløb på tværs i organisationen i stedet for at evaluere standarder specifikt i afdelinger.

H:S og Sygehus Sønderjylland har begge udenlandske surveyors. LOS har derimod danske surveyors og derfor ingen oversættere.

Til forskel fra de tre øvrige institutioner har H:S og Sygehus Sønderjylland en "ikke branchekyndig" surveyor med i teamet. Begrundelsen er, at man ønsker at hindre blinde pletter og opnå et andet blik for praksis.

Det akkrediterende organ

I alle fire cases sendes en kortfattet rapport til en ekstern akkrediteringskomité. Det er således en ekstern komité, der vurderer, hvorvidt organisationen kan akkrediteres på baggrund af resultaterne fra den eksterne evaluering⁷⁴.

I alle fire eksempler tildeles et diplom/logo som tegn på, at man er blevet akkrediteret. Det skal også næves, at i der evt. forud for opnåelse af akkreditering skal leveres yderligere dokumentation eller foretages genbesøg (H:S hospitaler, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa Kommune, LOS)

7.4.4 Tema 4 - surveyors

Surveyors kan være henholdsvis interne (dvs. fagprofessionelle kollegaer) og eksterne (dvs. tilknyttet akkrediteringsorganet som gennemfører den eksterne evaluering).

I de fire cases gennemfører alle interne surveyors en uddannelse i akkreditering. I alle fire cases gennemfører interne surveyors interne evalueringer i andre organisationer end deres egen.

I Sygehus Sønderjylland og Aabenraa Kommune og H:S - har de interne surveyors stor erfaringsbaggrund, kendskab til akkreditering, branchetilknytning, men ikke nødvendigvis ledelsesbaggrund.

LOS' eksterne surveyors - foretager akkreditering i LOS' institutioner i andre kommuner end deres egne. Eksterne surveyors i H:S er fuldtidsansatte i akkrediteringsorganerne, mens de eksterne surveyors i Sygehus Sønderjylland og Aabenraa Kommune frigives af deres arbejdspladser til survey eller foretager disse i deres fritid. De er således surveyors på deltid.

⁷⁴ Til forskel fra de øvrige gennemfører Aabenraa Kommune akkreditering som *alle for en, en for alle*, dvs. bliver bare ét plejecenter ikke akkrediteret, går det udover alle institutioner og områder - og ingen af dem akkrediteres.

	Bispebjerg og Hvidovre hospitaler	Sygehus Sønderjylland	LOS	Åbenrå Kommune	Københavns Kommune
Surveyors	Udenlandske fuldtids-surveyors	Udenlandske deltidssurveyors	Danske deltidssurveyors - en med branchekendskab og en udefra	Udenlandske deltidssurveyors	Ikke gennemført

Table 7.5 - Ligheder og forskelle i relation til surveyors i danske akkrediteringsprogrammer

8 Andre kvalitetsmodeller

For at belyse ligheder og forskelle mellem akkreditering og andre kvalitets- og tilsynsmodeller gennemgås i det følgende:

- Certificering
- Lovmæssigt tilsyn
- Kvalitetsmodel i Gribskov Kommune
- Indikatorprojekter

Dette er nogle af de modeller/redskaber til skabelse af kvalitet, der anvendes på de kommunale og regionale velfærdsområder.⁷⁵

8.1 Certificering

Certificering er på samme måde som akkreditering en praksis, der defineres i de praksissammenhænge, som de anvendes i. Der er ikke enighed om en formel og generel lærebogsdefinition. Det betyder, det er vanskeligt at trække klare begrebsmæssige grænser mellem de to. I nogle sammenhænge vil de blive brugt som synonymmer, mens de i andre sammenhænge vil være klart adskilte.

I ISO-regi sondres der således mellem akkreditering og certificering blandt andet ud fra, om de er statsanerkendt. Akkreditering opfattes her som status tildelt af et organ med en særlig statsligt anerkendt status, mens certificering gennemføres af uafhængig part. Certificering, som det bruges i dette kapitel, er netop konsistent med denne terminologi. På samme måde er akkreditering, som det bruges i de australske cases fra børne- og ældreområdet, konsistent med denne terminologi. I de to eksempler er akkreditering en forudsætning for at modtage statslige tilskud. Akkreditering er således ikke blot et udsagn om kvaliteten, det har legale implikationer i form af muligheden for at modtage tilskud.

Imidlertid er den statslige særstatus af akkreditering ikke alment gyldig. Da H:S blev akkrediteret af JCI, havde JCI ingen særlig position i Danmark, og dermed lever det ikke op til det centrale element i denne definition. I det praksisfællesskab, JCI er forankret inden for, er der imidlertid en over hundrede år gammel tradition for at bruge betegnelsen akkreditering. I LOS eksemplet bruges akkre-

⁷⁵ Da eksemplerne og tilgangene er meget forskellige følger beskrivelserne forskellige tematiseringer. I afsnit 8.5 sammenlignes de på tre fælles tema områder.

ditering ligeledes om en praksis uden statslig anerkendelse, som alene giver information til den akkrediterede organisations interessenter om denne status.

Det er ikke meningsfuldt at forsøge at finde frem til en definition på tværs af disse veletablerede praksisfællesskaber. I stedet er det afgørende at studere de evalueringsmodeller, der praktiseres.

Det kan dog bemærkes, at det er kendetegnende for akkreditering og certificering er, at begge forudsætter en evaluering, der tager afsæt i foruddefinerede kriterier. Tilsvarende vil afrapporteringen i begge tilfælde give svar på, om der leves op til kriterierne eller ej.

8.1.1 Certificering i Esbjerg Kommune⁷⁶

I det følgende gennemgås Esbjerg Kommunes arbejde med certificering. Certificeringen foregik i samarbejde med Dansk Standard.

Om Esbjerg Kommune: Esbjerg Kommunes afdeling for Helse & Ældre har arbejdet med certificering af afdelingen, som er organiseret med stabe og 10 distrikter. Gennem ansøgning til Dansk Standard udviklede disse en række minimumskrav, som Esbjerg Kommune skulle opfylde. Certificeringen blev gennemført med først en prøvecertificering, da programmet var nyt (obs. er dette udviklet til formålet), og siden blev Esbjerg Kommune certificeret i tre år. Arbejdet med certificering er foregået i perioden 2002-2006. Da de blev certificeret havde de ca. 1200 fuldtidsstillinger, dvs. i alt 1600 ansatte. Efter Struktur-reformen er certificeringen kommet i baggrunden, og Esbjerg Kommune har valgt at stoppe samarbejdet med Dansk Standard, men der arbejdes fortsat videre med principperne. Der er i alt certificeret 13 institutioner.

Om Dansk Standard: Dansk Standard er en dansk standardiseringsorganisation, der varetager såvel national og international standardisering. En standardisering er udvikling af standarder. En overensstemmelsesvurdering er en vurdering af om en standard er opfyldt. Dansk Standard er både standardsætter og certificeringsorgan⁷⁷.

Om indholdet: Certificeringen omfatter et grundlag, der er inddelt i tre hovedområder:

1. Ledelse
 - 1.1 Aftalegrundlag
 - 1.2 Personaleledelse
 - 1.3 Brugerreaktioner
2. Mål og serviceydelser
 - 2.1 Virksomhedsmål
 - 2.2 Serviceydelser
 - 2.3 Brugerreaktioner
3. Proces- og ressourcestyring
 - 3.1 Myndighedsfunktion
 - 3.2 Aftaleindgåelse
 - 3.3 Levering
 - 3.4 Øvrige væsentlige arbejdsprocesser
 - 3.5 Ressourcestyring

Inden for hvert af de tre overordnede områder er der beskrivelser og dokumenter, der

⁷⁶ Dette afsnit bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med a) ledelse i forvaltningen b) nøglepersoner, i alt fire personer. Endvidere indgår udleveret materiale - se bilag 5.

⁷⁷ Norsk Veritas er f.eks. kun certificeringsorganisation.

belyser, hvad der foretages inden for det pågældende område.

Kilde: Notater fra Esbjerg Kommune samt COWI interview

Boks 8.1 - Præsentation af Esbjerg Kommune og Dansk Standard

I det følgende beskrives certificeringsordningen i regi af Esbjerg Kommune efter fem udvalgte temaer.

Tema 1

Valg af model

Baggrunden for at igangsætte certificering var, at man forinden havde igangsat et andet projekt, der havde fokus på at kvalitetssikre og udvikle organisationen. I 1997 havde man en række kvalitetsmål rettet mod borgerne, men man kunne se, at der manglede styringsredskaber, at kvaliteten var svær at dokumentere, og man havde et økonomisk merforbrug.

Forprojektet var delvist finansieret af midler fra Socialministeriet. Fokus i projektet var bl.a. værdi- og ledelsesgrundlag og udarbejdelse af kvalitetsstandarder. *"På baggrund af projektet vurderede vi, at kommunen kunne forvente store besparelser, omkring 27-28 mio. kr., hvilket også er blevet indfriet"*.

Organisatorisk betød projektet også nye tiltag, f.eks. at en leder nu ikke skulle have 50 medarbejdere under sig, men kun 27, og *"at vi gik over til tværfaglig ledelse, som indebar, at en sygeplejerske f.eks. kunne lede ikke-sygeplejersker og vice versa"*.

Der blev stillet krav om dokumentation, og der blev skåret i antallet af møder samt mødelængde. Der blev oprettet faglige grupper, som bestod af organisationens specialister og ledere inden for fagspecifikke områder. De havde bl.a. til opgave at være ajour med, hvad der kom af lovstof fra arbejdstilsyn mv. og formidle det videre i organisationen. Oprettelsen af disse faglige grupper betød, at lederne måtte afgive kompetencer til disse grupper, da fælles beslutninger kunne tages her. De fire faglige grupper var: Sygepleje, terapeut, uddannelse og arbejdsmiljø - senere kom også demens og hjælpemidler. Ændringerne skabte røre, men *"det blev også klart for medarbejderne, at der var et stort potentiale at hente"*.

I forbindelse med forprojektet blev det overvejet, om projektet skulle udføres i trin eller på en gang. Man valgte det sidste, da projektet i den grad betød ændringer for hele organisationen og havde fokus på videndeling mv. *"Vi mener stadig, at det var det rigtigste at gøre"*, siger de interviewede.

Målet med afslutningen af forprojektet var, at Esbjerg Kommune skulle være det første ældreområde, der blev certificeret i landet. Det mål blev indfriet med *"certificering for Helse & Ældre, Esbjerg Kommune"*.⁷⁸ Der var politisk opbakning til at starte med certificering, bl.a. pga. *"forbedringspotentialet"*, som betød, at der kunne spares 28 mio. kr. om året. Forprojektet dannede udgangspunkt for den senere ansøgning om certificering.

⁷⁸ Foruden Esbjerg Kommune arbejdede Holstebro og Albertslund Kommuner også med certificering.

Tema 2**Udvikling og valg af temaer**

Esbjerg Kommune sendte sin ansøgning vedrørende certificering til Dansk Standard, hvor det fremgik, hvilke temaer de ønskede at blive certificeret i forhold til, samt hvilke deltemaer inden for de overordnede temaer (eks. ledelse, arbejdsmiljø mv.). I løbet af de tre år blev kommunen hver gang vurderet i forhold til den oprindelige ansøgning med små rettelser. Til hvert tema udarbejdede Dansk Standard en række minimumskrav, som ikke var tilgængelige for kommunen forud for certificeringen.

Tema 3**Certificeringsprocessen**

Certificeringsprocessen i certificeringsordningen kan kortfattet beskrives med udgangspunkt i fire antal faser, jf. nedenstående Tabel 8.1.

Fase	Beskrivelse
Opstart	Dansk standard godkendte ansøgningen om certificering, de vurderede om kommunen levede op til de krav, de selv havde opstillet i ansøgningen (attesteringsopgave).
Intern evaluering	Der var ikke intern evaluering i certificeringsprogrammet i Esbjerg Kommune ⁷⁹ , men i den mellemliggende periode mellem den eksterne evaluering (audits) er der fokus på vedligeholdelse, så det sikres, at man lever op til kravene.
Ekstern evaluering	Certificeringen indebar, at der hvert halve år blev udarbejdet audits, som institutionerne bl.a. blev evalueret ud fra. På dagen for certificeringen indledte man med et morgenmøde for de implicerede medarbejdere. Selve certificeringen foregik over 2-3 dage og blev afsluttet med et afsluttende møde. Auditørerne talte med henholdsvis leder, distriktschef, områdeleder, sygeplejersker og borger under den eksterne evaluering. Som afslutning på certificeringen i kommunen sætter den ansvarlige over-auditør og tovholderen fra kommunen sig ned, og ved terningkast beslutter hvilke centre, der næste gang skal modtage besøg. Centrene kendte datoen for certificeringen, men ikke hvilke temaer der ville blive fokuseret på.
Certificering	Esbjerg kommune modtog rapport for hver certificering. Det blev nævnt med navn i den eksterne afrapportering, hvis ikke de levede op til kravene. Certificeringen forholder sig ikke til, om der ydes den relevante og tilstrækkelige pleje, eller om borgeren skal have tre timers hjælp i forhold til to timers hjælp, men om borgeren har fået de to timer, som kommunen har sagt, han skal have. Der ses udelukkende på, om der er dokumentation for det, der ydes, og det som er bevilliget. Hvis et plejecenter ikke kunne certificeres betød det, at hele kommunens certificering blev tabt. Der var således et gruppepres og en vilje fra alle til at hjælpe andre med henblik på, at det lykkedes at få en certificering. Det opleves som "et kick" blandt personalet at blive certificeret, samt at der blev etableret ensartede procedurer på tværs af organisationen. Da kommunen blev certificeret første gang blev det fejret med lagkage med logo. Der blev udarbejdet plakater og medarbejderne fik en nål til tøjet.

Tabel 8.1 - Oversigt over certificeringsprocessen i Esbjerg Kommune

⁷⁹ At der ikke er intern evaluering gælder ikke alle certificeringsprogrammer.

Tema 4**Auditørerne**

Det fremhæves som væsentligt, at auditørerne har en faglig baggrund afhængig af, hvilket område der auditeres (kan være en sygeplejerske, en økonoma o.l.) samt erfaring og organisatorisk kendskab. *"Auditørerne gav også råd og ideer, som kommunen kunne vælge at følge op på." "Desuden er det vigtigt, at det ikke bare er sygeplejersker, der bliver auditører, da der er behov for dem til det sygeplejefaglige arbejde"*.

Tema 5**Certificering og akkreditering**

I Esbjerg blev certificering opfattet som noget, der kunne vælges til lokalt, mens akkreditering blev opfattet som noget, der skulle besluttes på et højere niveau:

"I kommunen kom tanken om certificering nedefra. Med akkreditering vil tanken komme oppefra, det er en væsentlig forskel. Det er sværere at motivere, når det ikke er noget, folk selv har været med til at udvikle og har efterspurgt."

Der blev i forbindelse med certificeringen dannet en kvalitetsorganisation med udgangspunkt i den organisering, der var i forprojektet, dvs. med en tovholder og ledelse. Sagsgange blev beskrevet og videreudviklet med udgangspunkt i det, der var udviklet i forprojektet.

I certificeringen i Esbjerg Kommune var der ikke intern evaluering, men i den mellemliggende periode mellem de eksterne besøg (audits) var fokus på vedligeholdelse, så det blev sikret, at de levede op til kravene. *"Det gode ved certificering var, at vi kom længere og længere ned i mulden, f.eks. mælk der ikke var skrevet dato på". "Certificeringen bidrog med, at der blev etableret ensartede procedurer på tværs af organisationen, og at fokus var på forebyggelse frem for brandslukning"*.

Det fremhæves som væsentligt ved akkreditering, at der tænkes på flere niveauer; *"et overordnet med nationale standarder samt et lokalt med lokale standarder". "Desuden bør akkreditering ikke blive for kompliceret og teoretisk". Akkreditering skal være enkelt og praktisk omsætteligt."* Endelig er det vigtigt, at akkreditering ikke bliver *"et yderligere element oven i andre regulerende faktorer såsom diverse tilsyn"*.

Foruden certificeringen har Esbjerg Kommune en række forskellige tilsyn, i alt fem. Disse er 1) anmeldte tilsyn, 2) uanmeldte tilsyn, 3) besøg hos borgere af områdeledere i hjemmeplejen og på plejecentre og 4) sikkerhedsrunder med fokus på arbejdsmiljø (se senere)⁸⁰. Det vurderes, at tilsyn i nogen grad kan erstattes af akkreditering, og som minimum bør tænkes ind i forhold til embedslægens besøg, arbejdstilsynets besøg, mv. *"Dog er der ved tilsynene fokus på*

⁸⁰ I Bekendtgørelsen nr. 805 af 29. juni 2007 om lovpligtige tilsyn, er der tale om, at der skal foretages to lovpligtige tilsyn på institutionerne om året, et anmeldt og et uanmeldt tilsyn. Esbjerg kommune har således yderligere to kommunale tilsyn i perioden for certificering.

den faglige kvalitet i modsætning til akkreditering, og omvendt rummer akkreditering selvevaluering, der sikrer faglig standard”.

8.1.2 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores case undersøgelse er ledelse og andre interviewpersoner i Esbjerg Kommune fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. Se Boks 8.2.

Engagement og ejerskab hos både medarbejdere og ledelse er vigtigt. Alle skal inddrages og føle sig inddraget. Der skal være et højt informationsniveau i hele organisationen.

Kompetent ledelse. Der skal være et fælles grundlag, forudsætninger samt enighed blandt lederne. Ledelsen skal være kompetent og besidde stor organisatorisk viden og kunne se helheder. Som udgangspunkt skal man være forberedt på udfordringer undervejs. Det kan være en idé med et ledelsesudviklingsprojekt med fokus på den enkeltes kompetencer og udvikling samt udvikling af ledernes samlede kompetencer og udvikling.⁸¹

Frikøb ledere og tovholdere. Det er en god idé at frikøbe ledere og tovholdere, akkreditering kan ikke gøres ved siden af almindelig ledelse, hvis man ikke har været igennem et forprojekt. Der kræves megen koordinering af grupper, dokumentation, mv.

Forenkling. Der bør være tale om en forenkling, og bureaukrati og formaliseringer bør minimeres. Væsentligt er det, at der skabes rammer for videndeling og et højt informationsniveau eksempelvis via nyhedsbreve til personalet.

Boks 8.2 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

Minimumsstandards

8.2 Lovmæssigt tilsyn

Inden for det kommunale område lægges op til såvel kontrol som læring i de lovpligtige tilsyn, der er kendetegnet ved minimumsstandards. Formålet er, at gode tilsyn med plejecentre og velfungerende bruger- og pårørenderåd skal medvirke til at give brugere på landets plejecentre et bedre ældreliv (Velfærdsministeriet 2008). Tilsynene sker ud fra fastsatte regler, og følger lovgivningen på området. I kommunerne er der tale om embedslægetilsyn, arbejdstilsyn, brandtilsyn, fødevarekontrol samt det kommunale lovpligtige tilsyn.

I det følgende beskrives som eksempel det kommunale lovpligtige tilsyn⁸², omfattende plejecentre og aktivitetscentre dels for at se ligheder og forskelle i forhold til akkreditering og dels for at belyse, om det er muligt at indarbejde disse i akkrediteringsmodeller, som der fremsættes ønske om (Økonomiaftale 2008).

Det kommunale lovpligtige tilsyn udføres på baggrund af gældende lovregler for kvalitetsstandards, retningslinjer, værdigrundlag og politikker, der er fastlagt af kommunalbestyrelsen, der efter retssikkerhedslovens § 16 har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses. Forpligtigelsen gælder

⁸¹ Esbjerg Kommune afviklede et sådan kursus, der omfattede 10 centerchefer og den centrale ledelse af projektet på tre personer.

⁸² De sociale bostedstilbud er beskrevet i §§ 107 og 108 i lov om Social Service.

både indholdet af tilbuddene og den måde, opgaverne udføres på (Tabel 8.2)⁸³. Der er i loven angivet minimumsforhold, der skal belyses i relation til beboeren, medarbejderen og lederen. De er (Socialministeriet 2007) som følger:

Beboeren	Medarbejdere	Ledelsesforhold
Boligforhold	Instrukser for ansvars-, kompetence og opgavefordeling	Siden sidste tilsynsbesøg sket ændringer i beboersammensætning og personalsituation mv.
De fysiske rammer for hverdagen	Oplæring af nyt personale, afløsere og vikarer	Hvordan ledelsen har fulgt op på evt. kritikpunkter i forhold til tidligere besøg
Hjælpen efter §§ 83 og 86	Forholdene for grupper med særlige behov	Udarbejdet værdigrundlag
Deres sociale trivsel	Instruktion i reglerne om magtanvendelse	Instrukser for ansvars-, kompetence- og opgavefordeling, skriftlige, opdateres mv.
Forplejningen	Dialog med beboere og ledelse	Oplæring af nyt personale, afløsere og vikarer
Kultur og socialt miljø, herunder dialog med personalet mv.	Hvordan hjælpen efter lovens §§ 83 og 86 opleves	Forholdene for grupper med særlige behov ⁸⁴
Aktiviteter	Mulighed for efteruddannelse	

Tabel 8.2 - Områder der belyses i lovpligtige tilsyn for plejecentre

Tilsynsførende

Kvalitetsstandarderne, som det kommunale lovpligtige tilsyn bl.a. udføres på baggrund af, er udarbejdet af Social- og Sundhedsforvaltningerne i kommunerne og efterfølgende godkendt af kommunernes kommunalbestyrelser. Det er de tilsynsførendes opgave at afdække og påpege eventuelle problemstillinger, synliggøre disse i den endelige tilsynsrapport samt gennem dialog at drøfte kommende indsatsområder af relevans for plejecentret eller aktivitetscentret.

De tilsynsførendes opgave er at udvælge borgere og medarbejdere i forbindelse med tilsynet, og påpege eventuelle problemstillinger via interviews, dokumentgennemgang og observation, der skal synliggøres i den endelige tilsynsrapport. Det er ligeledes deres opgave gennem dialog at drøfte kommende indsatsområder af relevans for plejecentret.

Tilsynsopgaven er i kommunen adskilt fra udførerdelen for at sikre uvildighed. Flere kommuner har eksterne firmaer til at foretage tilsynene for at sikre denne uvildighed.

⁸³ Ifølge Servicelovens § 151, stk. 2 skal kommunalbestyrelsen hvert år foretage mindst et anmeldt og et uanmeldt tilsynsbesøg på plejehjem m.v. Socialministeriet har i Bekendtgørelsen nr. 805 af 29. juni 2007 om lovpligtige tilsyn fastsat regler om tilsynets indhold, tilsynsrapporterne og opfølgning på tilsynene.

⁸⁴ De øvrige forhold er: 1) Sikring af regler om magtanvendelse overholdes 2) Dialog beboere og plejepersonale 3) Hjælp efter §§ 83 og 86, 4) Mulighed for efteruddannelse 5) Personalets kompetencer afspejler beboernes behov 6) Omfanget af sygefravær 7). Procedurer til håndtering af fravær af personale, procedure for tilkald af vikarer.

Der sondres mellem det uanmeldte, det anmeldte og det skærpede tilsyn (Socialministeriet 2007, Velfærdsministeriet 2008):

Det uanmeldte tilsyn	Ved det uanmeldte tilsyn kender plejecentret (eller aktivitetscentret) ikke dato og tidspunkt for det uanmeldte tilsynsbesøg, der - jf. Bekendtgørelsen 2007- skal sikre, at det pågældende plejecenter ikke kan nå at forberede tilsynsbesøget på en sådan måde, at tilsynet ikke bliver opmærksomt på relevante problemstillinger.
Det anmeldte tilsyn	Ved det anmeldte tilsyn er plejecentret gjort bekendt med dato og tidspunkt for det anmeldte tilsynsbesøg, der skal sikre et godt grundlag for dialog, således at relevante parter har mulighed for at forberede sig og være til stede.
Det skærpede tilsyn	Såfremt der viser sig at være væsentlige problemområder på plejecentret gennemføres et skærpet tilsyn, hvilket betyder, at kontrol og overvågning af plejecentret skærpes. I tilknytning til dette tilsyn aftales rammer for, hvad der skal følges op på, hvordan det skal ske, hvem der gør det, samt hvornår der følges op.
Høringsproces	Når de tilsynsførende har gennemført tilsynet udarbejdes en rapport, der sendes til høring i Bruger/pårørende- og Ældreråd, hvorefter den sendes til Socialudvalget og herefter offentliggøres.
Styringssystemer	Det lovpligtige tilsyn er forankret i kommunen, og kommunalbestyrelsen skal således sikre, at tilsynsrapporterne giver et oplyst og fyldestgørende grundlag for opfølgning (Socialministeriet 2007).

De væsentligste forskelle mellem akkreditering og lovpligtige tilsyn er den organisatoriske forankring. Akkreditering er typisk forankret hos et uafhængigt organ, mens ansvaret for tilsyn normalt er forankret hos den ansvarlige offentlige myndighed. Det betyder, at akkreditering som regel indlejres i de organisatoriske strukturer, der kan skabe en form for uafhængighed af det politiske system. Tilsyn indgår derimod mere direkte i den politiske styringskæde. Tilsynet foregår så at sige på vegne af de politisk valgte.

8.2.1 Lovmæssigt tilsyn i Københavns Kommune

I det følgende gennemgås lovpligtige kommunale tilsyn i Københavns Kommunes Sundheds- og Omsorgsforvaltning, hvor man har en ekstern partner til at udføre tilsynene⁸⁵.

Det kommunale lovpligtige tilsyn udføres på baggrund af gældende lovregler for kvalitetsstandarder, retningslinjer, værdigrundlag og politik. Dette er fastlagt af kommunalbestyrelsen, der efter retssikkerhedslovens § 16 har pligt til at føre tilsyn med, hvordan de kommunale opgaver løses. Der er i bekendtgørel-

⁸⁵ Dette afsnit bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med a) direktionen b) nøglepersoner, i alt interview med fire personer samt udleveret materiale.

sen nr. 805 af 29. juni 2007, om lovpligtige tilsyn, fastsat regler om tilsynets indhold, tilsynsrapporterne og opfølgning på tilsynene.

Der udføres anmeldte, uanmeldte og uanmeldt opfølgende kommunalt tilsyn. Institutionerne kan få vurderingen, "Godkendt", "Godkendt med mangler" og "Alvorlige fejl og mangler". Det sidste udløser et opfølgende uanmeldt tilsyn. Der arbejdes med mål/temaer og målepunkter. Der er en tæt sammenhæng mellem forvaltningens kommunale tilsyn og brugertilfredshedsmålinger.

Alle plejeenheder modtager årligt et anmeldt og et uanmeldt kommunalt tilsyn. Øvrige enheder, som det kommunale tilsyn omfatter i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, modtager enten et årligt uanmeldt eller et årligt anmeldt besøg.

Anmeldt tilsyn

Det overordnede formål med tilsyn er at påse, at beboerne får den hjælp, som de har krav på, og at kvaliteten i hjælpen er i overensstemmelse med det serviceniveau, som kommunalbestyrelsen har besluttet. Derudover skal tilsynet belyse beboernes faktisk oplevede kvalitet af den modtagne pleje og omsorg samt belyse beboernes oplevelse af medinddragelse og fleksibilitet. For det anmeldte tilsyn er det endvidere formålet at afdække det enkelte plejehjems styrker og udviklingspotentialer inden for de kvalitetsområder, som Sundheds- og Omsorgsforvaltningen har udmeldt. På den baggrund skal tilsynet medvirke til at målrette fremadrettede konstruktive og anerkendende udviklingsforløb for medarbejderne og ledelsen på det enkelte plejehjem.

Besøgene er anmeldt - og består af to dialogprocesser:

1. Fokusgruppeinterviews af beboere og pårørende
2. Dialogproces med personaler

Lederen får ved tilsynets afslutning en umiddelbar kort mundtlig orientering om forløbet samt tilsynsresultatet. Der udarbejdes en tilsynsrapport, hvori indgår en vurdering af enheden.

Uanmeldt tilsyn

Kommunens Sundheds- og Omsorgsforvaltning har det uanmeldte tilsyn bygget op omkring fire kvalitetsområder og fire målemetoder. De fire kvalitetsområder er personlig pleje, psykisk pleje og omsorg, hverdagen på plejehjem og praktisk hjælp. De fire målemetoder er dokumentation, observation, interview med beboere og interview med medarbejdere. På baggrund af kvalitetsområderne er der udarbejdet 43 målepunkter, som anvendes i forhold til tilfældigt udvalgte borgere i eget hjem. Institutionerne besøges uden forudgående besked.

Uanmeldt opfølgende tilsyn

Formålet med det uanmeldt opfølgende tilsyn er at tilse, at enheden er kommet op på et tilfredsstillende pleje- og omsorgsniveau på de problemområder, der udløste det opfølgende tilsyn. Det uanmeldte opfølgende tilsyn gennemføres ved, at der fokuseres på de områder, der ved uanmeldt tilsyn udløste alvorlige fejl og mangler. Både ved uanmeldt tilsyn og ved opfølgende tilsyn får lederen ved tilsynets afslutning en umiddelbar kort mundtlig orientering om forløbet samt tilsynsresultatet. Der udarbejdes en tilsynsrapport, hvori indgår en vurdering af enheden.

Godkendelse og rapport

Der udarbejdes en rapport med vurdering for den enkelte institution og en samlet årsrapport for alle institutioner, som forelægges Sundheds- og Omsorgsudvalget. Alle enheder, der har fået vurderingen alvorlige fejl og mangler skal udarbejde en handlingsplan med fokus på de forhold, tilsynet har påpeget. Handlingsplanerne følges løbende af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Nedenfor gennemgås processen efter tre udvalgte temaer.

Tema 1

Valg af tilsynsmodel

De kommunale tilsyn omfatter plejehjem, kommunale og private leverandører af personlig og praktisk hjælp, rehabiliteringsafdelinger samt træningscentre foretages af en ekstern samarbejdspartner. Kommunalt tilsyn med dagcentre forventes implementeret fra 2010.

Udvikling af tilsynskonceptet, vedrørende tema, målepunkter samt selve gennemførelsen af tilsyn mv. er foregået i samarbejde med det eksterne firma.

Tema 2

Tilsynsprocessen

Tilsynsprocessen i det lovpligtige kommunale tilsyn kan kortfattet beskrives med udgangspunkt i fem faser, der tager udgangspunkt i det uanmeldte og anmeldte besøg, jf. nedenstående tabel.

Fase	Beskrivelse
Opstart	Der er udarbejdet målepunkter for såvel det anmeldte som uanmeldte tilsyn samt program for tilsynet.
Intern evaluering	Der foregår intern evaluering i forbindelse med de uanmeldte og anmeldte tilsyn.
Ekstern kontrol/ Ekstern evaluering	Anmeldt tilsyn. De tilsynsførende fra det eksterne firma aftaler med institutionen tidspunkt og indhold for tilsynet. Uanmeldt tilsyn. De tilsynsførende besøger institutionen uden forudgående varsel. Uanmeldt opfølgende tilsyn. De tilsynsførende besøger institutionen uden forudgående varsel.
Rapport	Der udarbejdes en rapport for den enkelte institution og en samlet årsrapport for alle institutioner. Alle enheder, der har modtaget vurderingen "Alvorlige fejl og mangler" udarbejder en handlingsplan med fokus på de forhold, tilsynet har påpeget. Handlingsplanerne følges løbende af Sundheds- og Omsorgsforvaltningen.

Tabel 8.3 - Oversigt over tilsynsprocessen i Københavns Kommune

Tema 3

Tilsyn og akkreditering

En tilsynsansvarlig menes ikke, at akkreditering kan erstatte det kommunale tilsyn, da formålene er forskellige: *"Akkreditering er et udviklingsværktøj, mens tilsyn er lovgivning, der skal legitimere arbejdsprocesser over for politikere"*.

Det kræver lovændringer og en akkrediteringsmodel, som kan løfte begge opgaver. En leder ønsker, at der etableres én kvalitetsstyringsmodel af alle ydelser uanset lovgrundlag, hvis akkreditering skal indføres på de kommunale vel-

færdsområder. Det vil være mest hensigtsmæssigt og effektoptimerende efter denne leders opfattelse.

Desuden beskriver medarbejderne, at der ved de kommunale tilsyn *"er fokus på dialog, detaljer, og de opleves som mere personlige"*. Akkreditering anses for at være en proces, hvor der via en tjekliste afkrydses. Yderligere er *"tre år mellem hver akkreditering for lang tid mellem besøg"*, der bør løbende komme personer udefra, så egne blinde pletter ikke overses.⁸⁶

Embedslægerne omhandler bl.a. instrukser, sygeplejefaglige optegnelser, medicinbehandling, hygiejne, adgang til sundhedsfaglige ydelser, patientrettigheder samt forskellige temaer, f.eks. aktivering og mobilisering. Det fremhæves at embedslægetilsynet eventuelt kan erstattes med akkreditering, men at embedslægerne stadig vil skulle orienteres om resultaterne af de fund, der er gjort ved akkrediteringen. *"Det er vigtigt, at der ikke er dobbeltkontrol, da det ikke er meningsfuldt for medarbejderne"*.

8.2.2 Lovmæssigt tilsyn i Esbjerg Kommune⁸⁷

For at belyse nogle forskelle i de kommunale tilsyn, foretager Esbjerg kommune selv via Myndighedsafdelingen de kommunale lovpligtige tilsyn på plejecentrene. Herved høster man selv de erfaringer, det giver.

Tilsynene udføres, som ved Københavns Kommune, på baggrund af gældende lovregler for kvalitetsstandarder, retningslinjer, værdigrundlag og politik m.v. Der foretages ligeledes de samme tilsynstyper, dvs. anmeldte, uanmeldte og evt. skærpede tilsyn. Der udarbejdes målepunkter for tilsynene, hvor de tilsynsførende har en tjekliste, og hvor der tages udgangspunkt i Bekendtgørelse nr. 805.

Fokus i f.eks. det uanmeldte tilsyn er på detaljerne, på faglighed, om procedurer/standarder opdateres og foreligger samt opfølgninger på de uanmeldte embedslægetilsyn. Der holdes separate møder med beboere/pårørende, medarbejdere og ledelsen. I rapporten til det uanmeldte besøg gives vurderingerne "Godkendt", "godkendt med mangler" eller "tilbagemeldingen inden en uge". Det sidste udløser et skærpet tilsyn. Der udarbejdes en rapport for den enkelte institution og en samlet årsrapport for alle institutioner. Rapporterne forelægges Social- og Sundhedsudvalget, der har det endelige ansvar for plejecentrene. Alle enheder, der har fået anbefalinger eller anmærkninger ved tilsynene, udarbejder handleplaner for opfølgning, og opfølgning afhænger af, hvor alvorlig anmærkningerne er. Det er den kommunale myndighed, der er ansvarlig for udførelsen af tilsynet og skal sikre, at forvaltningen har et godt kendskab til institutionerne i kommunen og kan målrette indsatsen i forhold til kvalitetskrav.

⁸⁶ Det skal nævnes, at de interviewede personer ikke selv har medvirket i en akkrediteringsproces. Deres udsagn om akkreditering skal naturligvis ses i lyset heraf.

⁸⁷ Dette afsnit bygger på følgende: Fokusgruppeinterview med ledelse og nøglepersoner i alt fire personer (deltager case 8.2) samt udleveret materiale - se bilag 5

Det skal tilføjes, at man i det tidligere Esbjerg Kommune udførte endnu en form for tilsyn. De dengang i alt 55 områdeledere skulle hver måned ud og besøge 4-5 borgere og høre om deres oplevelser af ydelsen, kvaliteten m.v. (dvs. med fokus på selve udførelsen). De skulle endvidere sikre, at beboerne fik de ydelser, som var bevilget. *"Det gav et stort udbytte og betød, at der var stærkt fokus på den konkrete praksis"*.

Tilsyn vil ifølge de interviewede *"i nogen grad kunne erstattes af akkreditering eller bør i det mindste tænkes ind i forhold til embedslægens besøg, arbejdstilsynets besøg m.v."* Sammenlignet med akkreditering har tilsynet fokus på *"den faglige kvalitet, beboer-, medarbejder- og lederoplevelser, men det er stadig en udfordring."*

Ifølge de interviewede er der dog ulemper ved akkrediteringens eksterne auditører og brugen af privat ekstern tilsyn, da de ikke har den løbende viden og det organisatoriske kendskab om, hvilket center der f.eks. har brug for ekstra støtte, ekstra fokus m.v. *"Sammenlignet med certificering har akkreditering dog selv-evaluering, som netop har til formål at sikre denne viden med henblik på at sikre faglig standard og ledelse"*.

8.3 Kvalitetsmodel⁸⁸

I det følgende gennemgås - som et eksempel på en kvalitetsmodel - Den Pædagogiske Kvalitets Evaluering som Gribskov Kommune gennemfører på dagtilbudsområdet (Boks 8.3).

Om Gribskov Kommune: Kvalitetsudvikling på dagtilbudsområdet sker på baggrund af Pædagogisk Kvalitets Evaluering også kaldet PKE-modellen. I juni 2003 påbegyndte de første daginstitutioner i de tidligere kommuner Græsted og Gilleleje en pædagogisk kvalitetsproces, der siden blev udvidet til at omfatte samtlige daginstitutioner i kommunen.⁸⁹ Ved sammenlægning af kommunerne har man i dag overtaget modellen, så den nu gennemføres på alle institutioner i Gribskov Kommune. I alt har 22 daginstitutioner i kommunen været igennem PKE. Det er meningen, at den pædagogiske kvalitetsevaluering skal foregå hvert 2. år.

Om finansiering og ekstern konsulent: Gribskov Kommune har fået midler til projektet via Velfærdsministeriets- og egne udviklings midler. Der er inddraget en ekstern konsulent, der har stået for projektet. Der er udarbejdet konceptbeskrivelse og undervisningsmateriale mv. for det samlede projekt. Kommunen bruger ca. 150.000 kr. årligt på PKE projektet til frikøb af pædagoger, der skal være observatører, konsulenter mv. I alt er der ca. anvendt 300.000 kr. til de 22 institutioner, der har deltaget.

Om indholdet: Pædagogisk Kvalitets Evaluering tager udgangspunkt i, at to observatører, dvs. pædagoger fra andre dagtilbud, foretager observationer på den udvalgte institution. Der er forud for besøget ikke fastsat temaer. Der kan hentes inspiration fra en ramme, der består af seks temaer. Observatørerne giver mundtligt feedback til lederen af institutionen og fremlægger endvidere observationerne på et personalemøde senere.

Kilde: Notater fra Gribskov Kommune samt COWI interview

Boks 8.3 - Præsentation af Gribskov Kommune

Modellen beskrives ift. seks udvalgte temaer:

⁸⁸ I Gribskov Kommune er gennemført fokusgruppeinterview med forvaltning/sektorer, institutionsledelser og politikere i alt 5 personer - udleveret materiale - se bilag 5.

⁸⁹ I det tidligere Græsted Gilleleje var der i alt 16 daginstitutioner.

Tema 1**Valg af kvalitetsmodel**

Baggrunden for indførelse af PKE-modellen var observationsbesøg i en række institutioner i kommunen. Herefter blev selve PKE-modellen udviklet sammen med en ekstern konsulent, og der blev nedsat en arbejdsgruppe, der arbejdede videre med modellen i 1/2 år. Desuden var det et ønske, at det faglige kom i fokus, og at der *"blev sat ord på, hvad der er pædagogisk kvalitet"*.

Tema 2**Valg af temaer**

I PKE-modellen tages der ikke udgangspunkt i standarder. I stedet er det op til den enkelte observatør, der er pædagog, at identificere relevante temaer ved observation. Det kan denne eksempelvis gøre ud fra de 6 A'er (Arenaen - hvor, aktørerne - hvem, aktiviteten - hvad, aktionerne - hvordan, afgrænsning - hvorlænge, afslutning - hvorfor). Det er ikke et krav, at der tages udgangspunkt i disse, men det er op til den enkelte observatør. Der deltog to observatører ved besøget i daginstitutionen⁹⁰.

Der har været 22 institutioner gennem PKE. Temaerne er endnu ikke sammenfattet af kommunen, men overordnet set er tendensen, at temaerne primært i regi af dagplejen⁹¹ har haft fokus på organisering af børn-voksen kontakter (hvad skal de voksne i de fælles rum, hvor de mødes, hvem gør hvad mv.).

Daginstitutionernes temaer er mere spredte. Dog har flere fokuseret på organisering af aktiviteter (selvbestemmelse hos børn). Herudover har institutionernes temaer bl.a. vedrørt brug af fysiske aktiviteter (storum) og afbrudt leg.

Der opleves både fra ledelsen af institutionerne og forvaltningen et ønske om mulighed for at bestille en observatør til forskellige temaer, *"en slags korps, som institutionen selv kan bestille, når det vurderes at være relevant."*

Tema 3**Observationsprocessen**

Den Pædagogiske Kvalitets Evaluering kan kortfattet beskrives med udgangspunkt i to faser, jf. nedenstående Tabel 8.4.

⁹⁰ Der er her tale om peer review i ren form: Observatøren kender qua sin baggrund kvalitet, når vedkommende ser og observerer ved også, hvordan kvalitets skal identificeres.

⁹¹ Der har været observationer i enkelte dagplejegrupper, dvs. hvor dagplejemødrene mødes med børnene i kommunen.

Fase	Beskrivelse
Opstart	To observatører møder i daginstitutionen om morgenen. De har et indledende møde med ledelsen og går herefter ud i institutionen for at observere. Selve observationen foregår over hele dagen. Indledningsvist går de to observatører rundt hver for sig og observerer. Herefter taler de sammen om det observerede og aftaler, hvad de skal observere resten af dagen. Der er ingen interview - der observeres udelukkende. Det er op til observatørerne, om de forud for den Pædagogiske Kvalitets Evaluering i daginstitutionen sætter sig ind i den pågældende institutions virksomhedsplan før eller efter observationen. Det er dog et krav, at de har sat sig ind i den, inden de afrapporterer.
Ekstern evaluering	Efterfølgende overleveres observationerne mundtligt til lederen af institutionen, og det er dennes ansvar at handle på observationernes resultater. På et efterfølgende personalemøde fremlægger de to observatører for personalet, hvad de har oplevet. De skal formidle deres observationer i en igangsættende samtale, hvor de afslutter med nogle points. Herefter afholdes et nyt personalemøde - denne gang mellem ledelse og personale, hvor løsninger drøftes og besluttes. Der tages referat og beslutningen drøftes med bestyrelsen.

Tabel 8.4 - Oversigt over Den Pædagogiske Kvalitets Evaluerings proces

Tema 4

Observatører

Observatørerne, som udfører evalueringen, er alle pædagoger og har gennemført en uges kursus samt supplerende træning. Der er altid to observatører ude i institutionen. Ledelsen er af den opfattelse, *"at det kunne være en idé, at der anvendes observatører med forskellig faglig baggrund"*, hvilket ikke deles med de interviewede institutionsledere. *"Personalet har skullet vende sig til at blive set over skuldrene"*.

Ledelsen påpeger, at man skal være opmærksomme på, at der kan være *"bias"* i observatørernes tilbagemeldinger. De kan komme til at overføre egne meninger, opfattelser og vurderinger, og de kan have skyklapper på i forhold til ting, som de ikke ser. Det er dog ikke så afgørende, da det vigtigste er, at metoden bidrager til, at der skabes udvikling af den faglige kvalitet. *"Det handler dog om at forbedre vores model, og herunder overveje om der er andre vinkler, som vi skal have med, end dem vi har valgt."*

Såvel ledelsen i forvaltningen som institutionslederne udtrykker, at der er *"et stort udviklingspotentiale hos observatørerne, de skal blive endnu bedre, og de kan aldrig blive gode nok"*. Korpset består i dag af 12 - 14 observatører.

Tema 5

Tilsyn med daginstitutioner og dagpleje

PKE er ikke en del af tilsynet. Det er noget ud over - et udviklingsværktøj, hvor der fokuseres på det lærende. Blandt nogle observatører kaldes PKE for *"lokalt tilsyn"*, men fokus er ikke på det enkelte barn, som det kan være ved det egentlige faglige/pædagogiske tilsyn.

Sammenlignet med andre former for tilsyn på det sociale område, så er der ikke tale om uanmeldt tilsyn i daginstitutionerne. Det er kun i forhold til dagplejen,

at der er tale om uanmeldte tilsyn. *”Det skulle heller ikke være nødvendigt med uanmeldte tilsyn på institutionerne, tilgangen i kommunen er, at lederne selv kommer til dagtilbudschefen, hvis der er problemer på en institution. Der er en åbenhed og tillid til at få tingene løst”. ”Det skal være denne vej rundt, at der arbejdes med problemstillinger - og ikke at de først kommer frem ved et tilsyn”.*

Gribskov Kommune har forskellige værktøjer, der tilsammen dækker dagtilbudsområdet, f.eks. tilsyn, resultatstatus, brugertilfredshedsundersøgelser, arbejdstilsynets besøg, PKE.

Tema 6

Faglig kvalitet

PKE har sat fokus på den faglige pædagogiske udvikling, og det har betydet ændringer i praksis. Kommunen har også fokus på resultatindikatorer, brugertilfredshed mv. Det bruges i dialogen i institutionerne i forhold til kvalitetsudvikling. På denne måde ønsker kommunen at indfange eventuelle problemer i tide.

Angående akkreditering, kan nationale standarder ikke stå alene - *”dagtilbudsområdet og dets fokus på kvalitet er svær at dokumentere”.*

”Det er godt med metodeudvikling i forhold til f.eks. sprogvurdering, det kan anvendes til at afdække, hvor mange der tager mod tilbuddet. Sprogtest viser, hvordan børn ligger i forhold til andre, men det siger ikke noget om kvaliteten i den pågældende institutions arbejde, men mere om, hvad det er for børn, der er i institutionen”.

Endvidere er der i forhold til akkreditering af dagtilbud et ønske fra forvaltningen om at arbejde på to niveauer: Et overordnet med fokus på om lovgivningen efterleves samt et lokalt niveau, hvor fokus er på lokale forhold, dvs. at man her selv må bestemme, hvordan man sørger for, at de overordnede mål opnås.

8.3.1 Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområder

I forbindelse med vores case undersøgelse er ledelse, nøglepersoner, institutionsledere og andre interviewpersoner i Gribskov Kommune fremkommet med en række synspunkter og forslag til indhold og opmærksomhedspunkter for det videre arbejde med akkreditering på det kommunale og regionale velfærdsområde. (Boks 8.4).

Klar intention. Intentionen med akkreditering skal være klar, og der bør startes med akkreditering i forsøgskommuner, der afprøver metoden.

Nationale standarder. Der skal være få nationale standarder, så der på lokalt plan kan arbejdes mere detaljeret.

Observationsmetoden. En god model til at adressere faglig kvalitet.

Boks 8.4 - Synspunkter og forslag vedrørende akkreditering

8.4 Indikatorprojekter

Systematisk indsamlet performance information⁹² i form af f.eks. indikatorprojekter indgår derfor også i flere akkrediteringsmodeller, specielt inden for sundhedsvæsenet. I Danmark er det således tilfældet med Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel⁹³.

Formål

Formålet med indikatorprojekter er at udvikle og sikre en ramme for etablering af dokumentation, der kan

- dokumentere og udvikle faglig kvalitet
- befordre dialog mellem ledere og professionelle
- levere ydelsesinformation, der kan skabe gennemsigtighed/indsigt for borgere (KREVI 2008b)

Endvidere leverer indikatorprojekter data, der kan sikre sammenligninger mellem organisationer (benchmarking) med sigte på udbredelse af god praksis (Foss Hansen 2007) samt med henblik på forskning (Øvreveit 2001). Dette er væsentlige forhold, som ikke traditionelt er i akkrediteringsprogrammer.

Indikatorprojekter hører under præstationsmålingssystemer og kan betegnes som informeret evalueringspraksis, hvilket betyder, at evaluering som model og metode indeholder overvejelser om genstandsfelt, værdier, viden og anvendelse (Krogstrup 2007).

Elementerne i indikatorprojekter er naturligvis indikatorer. Disse skal sikre overvågning af kerneydelser, der er kvantificerbare variabler fastlagt på baggrund af kvalitetsmål, hvis kriterier beskriver ideel kvalitet. Indikatorernes referenceværdi er beskrevet som forskellen mellem ideel værdi og standarden, der beskriver et realistisk mål for god klinisk praksis. Hvor standarden i akkreditering er at normere med tekst ud fra faglig konsensus, er standarden i indikatorprojekter numerisk.

Standarderne er som ved akkrediteringsmodeller inddelt i struktur-, proces- og resultatindikatorer inden for det organisatoriske område, klinisk aktivitet og patientens tilstand. Standarderne i indikatorprojektet er modsat standarderne i akkrediteringsmodeller udelukkende kvantitative, og der skelnes hovedsageligt

⁹² Ideen bag præstationsmålinger er, at den offentlige institution formulerer sin forestillede præstation og indikerer, hvordan denne præstation kan måles ud fra den definerede præstations indikatorer (de Bruijn 2001). Se også KREVI 2008 samt Kjellberg & Sørensen 2003, for yderligere information vedrørende performance målinger.

⁹³ I DDKM indgår NIP projektet med de sygdomsspecifikke standarder 1) Hoftefraktur 2) Apopleksi 3) Hjertereinsufficiens 4) Skizofreni 5) Lungecancer 6) Diabetes 7) Akut mave-tarm kirurgi 8) KOL. Disse områder kan overordnet inddeles i typerne kronisk/akut, psykisk/somatisk og sygdomme/tilstande. Tilsvarende findes indikatorprojekter i udlandet, f.eks. i United Kingdom (Thomson et. al. 2004).

mellem resultatindikatorer for mellem- og slutresultater, hvilket angiver, hvor i sygdomsforløbet der sættes fokus (se tabel 8.7).

Indikatorprojekter udspringer af en tankegang om kontinuerlig forbedring af kvalitet, baseret på sammenligning og faglig fortolkning af data over tid og sted inden for (sygdoms)specifikke områder. Der indsamles data gennem indikatorer udviklet på baggrund af videnskabelig evidens og/eller faglig konsensus med ekspertpanel, og der foretages pilottest (Tabel 8.5).

Indikator-områder	Indikatorer	Type	Standard	Tidsramme
Organisering af behandling og rehabilitering i en apopleksienhed	Andel patienter, der indlægges i en apopleksienhed	proces	Mindst 90 % med akut apopleksi bliver indlagt i en apopleksienhed	Senest 2. indlæggelsesdøgn
Vurdering ved fysioterapeut	Andel patienter, der af fysioterapeut vurderes med henblik på afklaring af omfang og type af rehabilitering samt tidspunkt for opstart af fysioterapi	proces	Mindst 90 % bliver vurderet med henblik på rehabilitering	Senest 2. indlæggelsesdøgn
Mortalitet	Andel patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	resultat	Maks 15 % må dø inden for 30 dage efter indlæggelse med apopleksi	30 dage efter indlæggelsen

Tabel 8.5 - Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer for apopleksi i NIP

Som metode til at handle på baggrund af NIP resultaterne anvendes audit⁹⁴, der inden for sundhedsområdet er en fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold.

Institutionens koordinatore trænes til at fortolke standarderne og validitet af indikatorer (Maniz et.al. 2004). Indikatorprojekter gennemgår syv trin, inden resultaterne kommer til fagpersoner og til borgerne (Tabel 8.6).

1.	Løbende registrering og indberetning af data til database
2.	Dataanalyse ved epidemiologisk kompetencecenter
3	Månedlig feedback af ujusterede tidstro data til NIP-indberettende enheder
4.	Kvartalsvis regional audit foretages med den regionale kontaktperson, NIP-

⁹⁴ Uden for hospitalsområdet har audit en langt mere generaliseret betydning se f.eks. definition af certificering.

	nøglepersoner og relevant ledelsesrepræsentation
5.	Årlig national audit foretages inden for hvert sygdomsområde med den pågældende indikatorgruppe, klinisk epidemiologi, dokumentalist, projektleder og sundhedsfaglig proceskonsulent på baggrund af justerede data
6.	Kvalitetsudvikling sker på baggrund af feedbackmekanismen, der består af resultater, der opnås gennem regionale og nationale audits samt den månedlige feedback af ujusterede data
7.	Offentliggørelsen tager udgangspunkt i de årlige nationale audits, og rapporter er målrettet til henholdsvis borgere og fagprofessionelle, www.sundhed.dk

Tabel 8.6 - Registrerings-, databehandlings- og offentliggørelsesprocedurer i NIP

Indikatormålinger i Danmark er obligatoriske inden for sundhedsvæsenet, hvor det i de private akkrediteringsorganer er et mellemværende mellem organisationen og akkrediteringsorganet (H:S).

Inden for det sociale område er det ligeledes obligatorisk, at der udarbejdes nationale indikatorer på de væsentligste kommunale serviceområder. Daginstitutioner og plejehjem skal producere sammenlignelig dokumentation af brugertilfredsheden og den faglige kvalitet, og borgerne skal have let adgang til denne dokumentation (KREVI 2008).

Disse resultatmålinger har to formål: 1) at fremme lokal kvalitetsudvikling, hvor kommunerne har mulighed for at sammenligne sig med hinanden, så serviceforbedringer kan identificeres, 2) at sikre demokratisk ansvarlighed, hvor det fremgår, hvad borgerne får for pengene i landets forskellige kommuner (KREVI 2008).

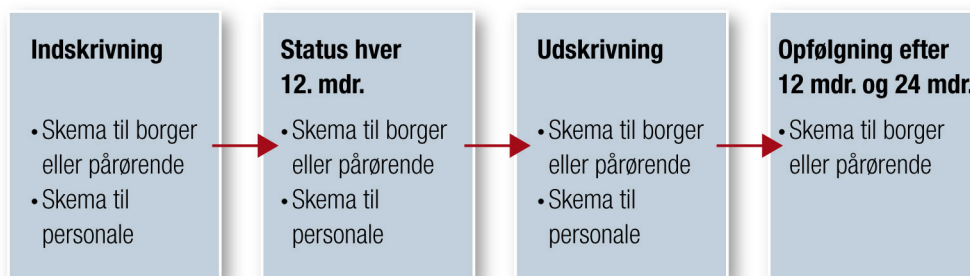
På det sociale område er udviklet Det Sociale Indikatorprojekt⁹⁵, som indgår som en del af Den Sociale Kvalitetsmodel⁹⁶. SIP er baseret på principperne i virkningsevaluering, der foruden indsats og resultater også medtager konteksten⁹⁷. Der er tale om et samfundsvidenskabeligt perspektiv modsat et sundhedsvidenskabeligt perspektiv på beboerne.

⁹⁵ I SIP, der er udviklet af Danske Regioner, deltager i 2008: SIP-sikret: 7 tilbud, SIP-ungepsyki: 5 tilbud, SIP-hjernesgade: 5 tilbud, SIP-autisme: 5 tilbud, SIP-socialpsykiatri: 10 tilbud (dette program er ikke en del af kvalitetsmodellen som sådan, men er et selvstændigt program for Region Midtjylland). Det udvikles i 2009. Andre regioner og kommuner deltager eventuelt senere.

⁹⁶ Det er muligt at deltage i SIP alene, der kan betegnes som dokumentationsdelen, eller at deltage alene i Den Sociale Kvalitetsmodel, det skal tilføjes, at denne ikke er fuldt implementeret.

⁹⁷ Virkningsevaluering tager udgangspunkt i eksplicite forestillinger om, hvorfor og hvordan en given indsats virker. Disse forestillinger kaldes programteori. Programteorien giver

SIP adskiller sig fra NIP indikatorprojektet på sygehusområdet bl.a. ved ikke at opstille standarder, der måler procentvis opfyldelse af et område. I stedet drages sammenligninger med f.eks. den enkelte beboers udvikling i forhold til indskrivelsen, halvårs intervaller og ved udskrivelse fra bostedet. På nuværende tidspunkt opstilles ikke procentvis opfyldelse af de enkelte områderne, da der er mange forhold, der virker ind på resultater (Figur 8.1).



Figur 8.1 - Kvantitativ dataindsamling, metode og design i SIP (SIP 2007 internt notat)

I eksempelvis SIP-sikret for unge på sikrede institutioner besvarer den unge, kontaktpædagogen, lærer og socialrådgiver spørgeskemaer, oplysninger der også anvendes i det daglige arbejde på institutionen.⁹⁸ (Tabel 8.7).

Indskrivnings/ udskrivningsskema	Indhold
Den unge	Familie Social adfærd og psykisk trivsel Fysisk tilstand Skole og værksteder på institutionen
Den unges kontaktpædagog	Mål og indsatser a) Social udvikling og adfærd b) psykiske eller psykiatriske problemer c) fysisk sundhed d) almindelig daglig læring (ADL) e) netværksrelationer f) misbrug g) andre problemstillinger h) inddragelse af den unge i indsatsen i) inddragelse af den unges familie under anbringelsen j) almindelig daglig læring k) social adfærd og psykisk trivsel
Den unges lærer og faglærer	Mål og indsatser - skole- og værkstedstilbud Skolegang Værksted
Den unges socialrådgiver	Ind/udskrivning fra institutionen Samarbejde med henvisningskommunen Helbred Misbrug og kriminalitet Ind/udflytning

Tabel 8.7 - Eksempel på spørgeskemaer før og efter til SIP-sikret.

en forklaring på, hvordan indsatsen omsættes til resultater. Der indgår således både en proces og en virkning i forståelsen? af effekten (Dahler-Larsen & Krogstrup 2006).

⁹⁸ Sekretariatet for Dansk Kvalitetsmodel Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland oplyser, at det tager ca. 10 timer pr. beboer årligt at indtaste data.

Modsat NIP anvendes foruden kvantitative også kvalitative metoder. De kvantitative data belyses gennem spørgeskemaer til beboeren, til medarbejdere og ledelse, og de kvalitative data fremkommer ved samtaler og refleksioner over datamaterialet.

I SIP understreges, at uddannelse i audit hører uløseligt sammen med indikatorprogrammet. Der undervises i de forskellige formål og tilgange til audit, som kan anvendes inden for sundheds-, social- og psykiatriområdet (Isager 2008)⁹⁹.

Indikatorerne i SIP er udviklet på baggrund af forskningsstudier, der er det videnskabelige grundlag for evalueringen af kvalitet i og resultater af den indsats, der ydes overfor unge anbragt på sikrede institutioner og indsatsen på psykiatrinære institutioner (Nissen 2007; Holland 2007)¹⁰⁰. Sammen med praksis er det herefter prioriteret de væsentligste indikatorer, som danner baggrund for målingerne.

De væsentligste forskelle mellem NIP og SIP er, at i NIP foretages udelukkende kvantitative målinger, hvor der i SIP er såvel kvantitative som kvalitative målinger og evalueringer. At der i NIP er benchmarking, hvilket ikke er tilfældet i SIP, her ses udviklingen i relation til den enkelte bruger.

De væsentligste forskelle mellem akkreditering og indikatorprojekter er, at akkreditering metodisk dækker hele organisationen, hvor indikatorprojekter metodisk kun indfanger dele af organisation. Endvidere at standarderne i akkrediteringsmodeller angives som kvalitetsmål, hvor standarderne i indikatorprojekter for sygehuse angiver realistiske mål og opgives i procent. I SIP findes ikke standarder som i NIP, da det ikke vurderes hensigtsmæssigt at måle ydelserne på denne måde. Endelig skal nævnes, at organisationen ved akkreditering har selvevaluering og intern evaluering og eksterne surveyors, hvor der i indikatorprojekter er tale om evaluering ved indtastninger til databaser.

8.5 Sammenligning af akkreditering og andre kvalitetsmodeller

De danske akkrediteringsmodeller der indgår i undersøgelsen adskiller sig fra indikatormålinger, certificering og lovmæssigt tilsyn på flere områder. Nedenfor sammenfattes de væsentligste ligheder og forskelle mellem akkreditering og udvalgte andre "kvalitetsmodeller" inden for tre temaer:

1. Valg og udvikling af standarder
2. Akkrediteringsprocessen, herunder opstarten, anvendelse af henholdsvis intern og ekstern evaluering og det akkrediterende organ
3. Surveyors

⁹⁹ De forskellige formål og tilgange, der beskrives er 1) Audit med fokus på målopfyldelse i forhold til fastlagte mål 2) Audit med afsæt i monitoreringsdata 3) Audit med fokus på udvikling 4) Audit med fokus på vurdering af kritiske forløb og hændelser.

¹⁰⁰ Det sociale Indikatorprojekt indgik et samarbejde med Ålborg Universitet.

8.5.1 Valg og udvikling af standarder

I akkrediteringsprogrammer arbejder man ud fra et sæt af standarder, der er inddelt i flere temaområder. I certificeringsprogrammer arbejdes ligeledes ud fra en inddeling af de temaområder, der skal certificeres, men temaområderne har i den danske case ikke en tilsvarende detaljeret inddeling med indikatorer i standarderne¹⁰¹. Akkrediteringsprogrammer omhandler primært organisatoriske og generelle standarder og ikke f.eks. sygdomsspecifikke standarder, disse indgår i indikatorprojekter (afsnit 8.6).

Såvel akkrediteringsprogrammer som certificeringsprogrammet, der indgår i denne undersøgelse omfatter forhold i hele organisationen. I begge tilgange kræver standarderne og temaerne en tolkning af ledelse og medarbejdere og af de eksterne surveyors.

Standarderne i indikatorprogrammer adskiller sig fra standarderne i akkrediteringsprogrammer ved, at de for det første ikke omfatter hele organisationen, men kun dele af den. Standarderne er inddelt i fastlagte kriterier, der ikke kræver fortolkning af personalet. Der er tale om tællekanter, hvor struktur, proces og resultatindikatorer for organisatoriske, generelle og sygdomsspecifikke standarder tilsammen danner resultatet af standarden, hvor der angives pct. opfyldelse, og hvor der således er mulighed for benchmarking (afsnit 8.6). Standarderne i indikatorprogrammerne er underbygget af manualer. Dette er forskelligt fra de danske akkrediteringsprogrammer, der indgår i undersøgelsen¹⁰².

Lovmæssigt tilsyn adskiller sig fra akkrediteringsprogrammer ved, at de ikke tager udgangspunkt i standarder, der gælder hele organisationen eller er inddelt i indikatorer, men i målepunkter. Lovmæssigt tilsyn omfatter uanmeldte og anmeldte besøg, hvor der i sidstnævnte er tale om temaer, hvor institutionen og de tilsynsførende er i dialog. Det skal dog nævnes, at der i casene ses en tendens til, at de lovpligtige tilsyn indeholder standarder, der ligner standarder i akkrediteringsprogrammer.

8.5.2 Akkrediteringsprocessen

Opstart

Kendetegnene for akkrediteringsprogrammer er, at der ved opstart af akkrediteringsprocessen foretages en basisevaluering med involvering af personalet ud fra veldefinerede standarder, der fortolkes af personalet. Dette er forskelligt fra de øvrige tilgange.

Ved certificering beskriver institutionen selv sin praksis, og det er denne beskrivelse, der senere evalueres op imod.

¹⁰¹ Det skal præciseres, at akkrediterings- og certificeringsprogrammer generelt ligger utrolig tæt på hinanden i indhold og form (se også afsnit 8.1).

¹⁰² I Den Danske Kvalitetsmodel indgår Det Nationale Indikatorprojekt NIP, men i de akkrediteringsprogrammer, der er belyst i denne undersøgelse, indgår ikke indikatorprojekter.

I indikatorprojekter foretages ligeledes ikke en basisevaluering med involvering af personale. I stedet gennemføres i opstarten en indrapportering til databaser af data vedrørende udvalgte målepunkter.

Ved lovpligtige tilsyn foretages ikke basisevalueringer eller indberetninger i opstartsperioden.

Intern evaluering

I akkrediteringsprogrammer foretager personalet løbende selv-evaluering op imod akkrediteringsstandarderne, og efter en periode foretages en intern evaluering, hvor interne surveyors også evaluerer praksis op imod akkrediteringsstandarderne. Dette er forskelligt fra de øvrige tilgange.

I det certificeringsprogram, der indgår i denne undersøgelse, gennemførte man ganske vist løbende selv-evaluering via audits, men ikke evaluering ved brug af interne surveyors.

I indikatorprojektet gennemføres ligeledes ikke intern evaluering foretaget af interne surveyors, men alene løbende indberetninger af data til databaser og kvartalsvise og årlige audits regionalt og nationalt.

I de lovpligtige tilsyn foretages ikke intern evaluering.

Ekstern evaluering

Den eksterne evaluering i de danske akkrediteringsprogrammer er kendetegnet ved, at organisationerne selv indsamler dokumentation til denne, og at de eksterne surveyors - som er fagspecialister - gennemgår dokumenter, foretager interview og observationer.

Det samme er tilfældet i certificeringsprogrammet. Den eksterne evaluering foregår anmeldt, og der er lagt et dagsprogram for evalueringen. Det er til gengæld ikke faglige specialister, der foretager evalueringen, men evalueringsspecialister (se afsnit 4.2.5).

I indikatorprojekter foretages ikke ekstern evaluering, men der tages udskrifter af de indberettede data i databaser, og de opnåede resultater drøftes i kvartalsvise regionale audits, og årlige nationale audits foretages inden for hvert sygdoms område.

Ved de lovpligtige tilsyn foregår den eksterne evaluering henholdsvis som uanmeldte og anmeldte tilsyn, hvor personalet i sidstnævnte kan forberede sig og har indflydelse på, hvilke temaer der skal drøftes (afsnit 8.4). Bruger-pårørenderåd, brugere og andre kan deltage i det anmeldte tilsyn, hvilket er forskelligt fra ekstern evaluering i akkrediteringsprogrammer. I det uanmeldte tilsyn kan personalet ikke forberede sig, dette er forskelligt fra de danske akkrediteringsprogrammer, der altid er anmeldte. Formen for tilsynet har dog mange ligheder med akkrediteringsprogrammerne, idet der i f.eks. det uanmeldte tilsyn observeres, interviewes og gennemgås dokumenter ud fra målepunkter (afsnit 8.4).

Akkreditering/afrapportering

I de danske akkrediteringsprogrammer indstiller akkrediteringsorganet institutionerne til akkrediteringskomitéen med henblik på akkreditering. Akkredite-

ringsorganet vurderer på baggrund af indstillingen, hvorvidt institutionen kan tildeles en akkreditering, skal anmodes om yderligere tiltag før akkrediteringen eller skal afslås en akkreditering (se kapitel 5 og 7). Akkrediteringer skal gennemgås hvert tredje år.

Dette foregår også i det danske certificeringsprogram, hvor der som i akkrediteringsprogrammerne udleveres diplom for opnåelse af akkreditering/certificering (logo). Til forskel fra akkreditering gennemføres certificering hvert halve år.

Indikatorprojekter gennemgår ikke en bedømmelse i akkrediteringskomité. Der anvendes tællekanter, der offentliggøres¹⁰³.

De lovpligtige tilsyn adskiller sig fra akkrediteringsprogrammer ved, at det er Social- og Sundhedsforvaltninger, der vurderer, hvorvidt institutionen har levet op til kravene i de lovpligtige tilsyn, og dette beskrives i en løbende tekst, dvs. der forekommer ikke en egentlig godkendelse eller ikke godkendelse af institutionen.

8.5.3 Surveyors

I de danske akkrediteringsprogrammer foretager henholdsvis danske og udenlandske surveyors ekstern evaluering. De udenlandske surveyors har ledelsesbaggrund, og har haft ansættelsesforhold flere steder i løbet af deres karriere. De er faglige specialister (se Kapitel 5). I akkrediteringsprogrammet LOS deltager én surveyor, der har branchekendskab og én surveyor med systemisk kendskab.

I certificeringsprogrammer er surveyors evalueringsspecialister og kommer som ved LOS programmet fra andre kommuner i Danmark.

I indikatorprojekter indgår ikke eksterne surveyors.

De tilsynsførende, der foretager tilsyn i lovpligtige kommunale tilsyn er generalister/analytikere. De kan komme fra kommunen, men fra en anden afdeling (myndighedsafdelingen), end den der føres tilsyn med, for at sikre uvildighed. Eller tilsynet kan udføres af eksternt firma (Afsnit 8.4).

I såvel akkrediteringsprogrammer som i andre kvalitetsmodeller, er der både heltids- og deltidsansatte surveyors.

Tabellen nedenfor sammenfatter det typiske billede (Tabel 8.8).

¹⁰³ Se www.sundhed.dk

	Standarder	Opstart	Intern evaluering	Ekstern evaluering	Akkreditering/ afrapportering	Surveyors
Akkreditering	Kræver tolkning Udvikl. akkr. organ	Intern evaluering/ foranalyse	ja	ja	logo	Faglige eksperter
Certificering	Kræver tolkning Udvikl. af institutionen	Foranalyse	nej	ja	logo	Evaluerings specialister
Indikator-projekt	Entydigt defineret (kvantificerbar) Udvikl. nationalt	Indrapportering	nej**	nej**	score	Tællekanter
Lovmæssigt tilsyn	Kræver tolkning Udvikl. kommune	Ingen	nej	ja	Løbende tekst	Generalister/ analytikere

Tabel 8.8 - Forskelle og ligheder mellem danske akkrediterings-, kvalitets- og tilsynsmodeller

Bemærkninger: *) Der var ikke intern evaluering ved første akkreditering i LOS. Det følger i 2. akkrediteringsrunde 2. **) Regionale kvartalsvise og **) Nationale årlige audits ud fra indrapporteringer.

Sammenholder man de fire tilgange vist i tabellen, er det tydeligt, at certificering og akkreditering i vid udstrækning ligner hinanden. Man kan derfor også i en opsamlende sammenligning sige, at de - i forhold til lovpligtige tilsyn og indikatorprojekter - er karakteriseret ved:

- Et særligt fokus på struktur-, proces- og resultatindikatorer inden for især de organisatoriske og generelle standarder, som involverer såvel de enkelte afdelinger som afdelingerne på tværs i hele organisation, således at der sikres ensartethed, sikkerhed og kontinuitet i metoder og arbejdsprocesser
- At der foregår selvevalueringer (audits m.v.) og interne evalueringer foretaget af interne surveyors (fagprofessionelle kollegaer), hvilket sikrer læring, kvalitetssikring og kvalitetsudvikling
- At der foregår eksterne evalueringer op imod et sæt af standarder. De eksterne evalueringer foretages af eksterne surveyors.
- At institutionen tildeles et logo for opnået akkreditering og kan anvende de specifikke resultater fra akkrediteringsrapporten som et redskab til intern udvikling - de offentliggøres ikke på en hjemmeside.

9 Perspektivering

Grundlaget for vores undersøgelse

Vi har gennemført et litteraturstudie af international og dansk litteratur om akkreditering. Dette litteraturstudie har bl.a. vist, at der er mange og forskelligartede tilgange til akkreditering, men også, at der er nogle grundelementer, som alle akkrediteringsordninger har til fælles, jf. vores definition af akkreditering (afsnit 4.1). Litteraturstudiet viser også, at der mangler undersøgelser (og evidens) af, hvordan akkreditering virker.

I vores caseundersøgelser har vi i en dansk kontekst undersøgt otte konkrete cases, hvor man har arbejdet med akkreditering, andre kvalitetsmodeller eller tilsyn. Caseundersøgelsen har bekræftet, at der findes mange og forskelligartede tilgange til akkreditering - også i en dansk kontekst. Undersøgelsen viser også, at der er fordele og ulemper forbundet med disse tilgange. Det er vigtigt, at de centrale og lokale beslutningstagere holder sig til disse fordele og ulemper for øje, når de skal træffe beslutning om, hvordan og hvilken akkrediteringsordning, der skal indføres på det kommunale og regionale velfærdsområde.

Udfordringer og muligheder

Vores undersøgelse peger således på, at de centrale og lokale beslutningstagere særligt bør rette opmærksomheden mod følgende udfordringer og muligheder, når der skal udvikles akkrediteringsordninger på det kommunale og regionale velfærdsområde:

- Motiverne for akkreditering kan være mangeartede og forskellige. Nogle motiver og målsætninger kan realiseres ved akkreditering, mens andre vil medføre problemer - eller er urealistiske i en akkrediteringskontekst, eksempelvis et entydigt fokus på kvalitetskontrol eller økonomiske besparelser. Der er derfor et behov for, at særligt de centrale beslutningstagere (politikere og embedsmænd) klart adresserer og formulerer deres **motiver og målsætninger** med akkreditering.
- Der mangler et grundlag for at vurdere, om akkreditering kan medvirke til **afbureaukratisering og forenkling**, bl.a. ved at erstatte eller supplere det nuværende kommunale tilsyn, Embedslægetilsynet og andre procesregler. Hvis der indføres en akkrediteringsordning på de kommunale og regionale velfærdsområder, uden at dette grundlag er tilvejebragt, er der en risiko for, at akkreditering blot vil føre til mere bureaukrati; flere regler og procedurer. Særligt spørgsmålet om kvalitetsudvikling versus kontrol, og om disse to perspektiver kan forenes, bør adresseres i relation til de nuværende tilsynsopgaver.

- Det vil være en fejl at tro, at akkreditering alene kan **sikre en minimumskvalitet** på de kommunale og regionale velfærdsområder. Akkreditering måler ikke direkte på den faglige kerneydelse, men beskæftiger sig primært med strukturer, processer og resultater inden for organisatoriske og andre generelle områder. Der gives derfor ingen garantier for en minimumskvalitet, selv om en institution eller et sygehus er blevet akkrediteret.
- Der findes meget få evalueringer af, om akkreditering har haft de ønskede effekter, herunder om indsatsen (økonomi og andre ressourcer) står mål med udbyttet. Der er derfor et behov for at sikre mere viden om akkrediterings positive og negative virkninger samt effekter og sideeffekter. Når akkreditering indføres på de kommunale og regionale velfærdsområder, bør det overvejes, hvordan et **løbende monitorings- og evalueringssystem** kan kobles sammen med akkreditering.

9.1 Baggrund for indførelse af en akkrediteringsordning

I forbindelse med vedtagelsen af finansloven for 2008 er det besluttet ”at udvikle akkrediteringsmodeller på det sociale område og dagtilbudsområdet.”¹⁰⁴, som et led i kvalitetsreformen. Først er det dog besluttet at gennemføre en række pilotprojekter i kommunerne, hvorefter regeringen i 2010 - efter drøftelser med parterne (de kommunale og regionale) - vil fremlægge konkrete forslag til en national udrulning på kvalitetsområdet.

Populært sagt er der altså truffet beslutning om, at gennemføre initiativer på kvalitetsområdet på det sociale område og på dagtilbudsområdet. Men der er *ikke* truffet beslutninger om hvilke(n) model(ler), der skal danne udgangspunkt for kvalitetsudviklingen/akkrediteringen, og det nærmere indhold er heller ikke defineret.

Tilvejebringe
beslutningsgrundlag

I denne perspektivering vil vi, med udgangspunkt i de erfaringer med akkreditering som allerede findes, pege på faldgruber og udfordringer for akkrediteringsordninger, der skal fungere på de større kommunale og regionale velfærdsområder så som børne-, ældre- og socialområdet.

Vi giver ikke et svar på, hvilken akkrediteringsmodel man skal vælge, og hvad man skal gøre, hvis man vil implementere en akkrediteringsordning. Vi belyser derimod faldgruber og udfordringer samt muligheder og begrænsninger på området. På denne måde håber vi at tilvejebringe et bedre beslutningsgrundlag vedrørende hvilken akkrediteringsordning, der skal indføres på de kommunale og regionale velfærdsområder.

9.2 Motiver og målsætninger med akkreditering

I det følgende vil vi diskutere forskellige motiver og målsætninger med akkreditering. Som udgangspunkt skelner vi mellem motiver, der kommer fra følgende tre hovedgrupper af aktører:

¹⁰⁴ Finansministeriet. Aftale om finansloven for 2008.

1. **De centrale beslutningstagere**, kommuner og regioner, dvs. Folketing, regering, ministerier, KL og Danske Regioner m.fl.
2. **De lokale beslutningstagere**, dvs. foreninger, sygehusdirektioner, kommunalbestyrelser m.fl.
3. **Institutioner, sygehuse eller andre**, der skal omfattes af akkrediteringen.

Motiverne til akkreditering kan være mange. Og de kan være forskellige afhængige af, om man spørger henholdsvis de centrale beslutningstagere, de lokale beslutningstagere eller dem, der skal omfattes af akkrediteringen.

Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring

De helt oplagte motiver til akkreditering er henholdsvis kvalitetsudvikling og kvalitetssikring. Enhver beslutningstager, der ønsker at indføre en akkrediteringsordning, vil skulle forholde sig til disse to motiver. Kvalitetsudvikling og kvalitetssikring er derfor også indgået som motiver og målsætninger i forbindelse med beslutningen om indførelse af akkrediteringsordningerne i regi af LOS, Aabenraa Kommune, Københavns Kommune og H:S hospitaler samt Sygehus Sønderjylland.

Andre motiver

Der findes også en række andre motiver til akkreditering, der kan være mere eller mindre udtalte. Eksempler på sådanne motiver er ønsker om kontrol, privatisering, afbureaukratisering eller forenkling samt effektivisering/ besparelser og indførelse af et (mere effektivt) ledelses- og styringsværktøj. I tabellen nedenfor har vi på baggrund af vores litteraturstudie og caseundersøgelser opsummeret nogle af de væsentligste motiver og målsætninger med akkreditering (Tabel 9.1).

Motiver/målsætninger	Beskrivelse
Kvalitetsudvikling	Fokus er på at udvikle kvaliteten på en række områder, f.eks. den organisatoriske, faglige og bruger/patientrettede kvalitet
Kvalitetssikring	Fokus er på at sikre en vis minimumskvalitet. Instrumenterne hertil kan for eksempel være egenkontrol, som personalet gennemfører
Kvalitetskontrol	Fokus er på at overvåge, styre og bedømme
Effektivisering og besparelser	Fokus er på at bruge akkreditering som et instrument til at gennemføre effektiviseringer og/eller besparelser
Afbureaukratisering og forenkling	Fokus er på, at akkreditering kan bruges som instrument til at erstatte eller forenkle eksisterende arbejdsgange/procedurer med henblik på forenkling eller effektivisering

Tabel 9.1- Oversigt over væsentlige motiver til akkreditering

Tabellen ovenfor er ikke udtømmende, da der findes mange flere motiver og målsætninger med akkreditering, jf. også casebeskrivelserne i kapitel 5,7 og 8. I det følgende vil vi diskutere nogle af motiverne og målsætningerne med akkreditering mere uddybende.

9.2.1 Kvalitetsudvikling

Ej entydig forståelse

Når man har sagt akkreditering, må man også straks sige kvalitetsudvikling. Kvalitetsudvikling indgår altid som et af de væsentligste motiver, når beslutningstagere drøfter indførelsen af en eventuel akkrediteringsordning (Boks 9.1). Vores caseundersøgelse bekræfter, at dette også har været tilfældet for akkrediteringsordningerne i regi af LOS, Aabenraa Kommune, Københavns Kommune, det tidligere H:S og på Sygehus Sønderjylland. Caseundersøgelsen afslører dog også, at der ikke findes en entydig forståelse af, hvad kvalitetsudvikling er. Eksempelvis kan kvalitetsudvikling betyde, at ydelserne gives på et højere niveau end tidligere, og/eller at kvalitetsudvikling skal sikre en vis grad af ensartethed.

Caseundersøgelserne viser dog, at personalet som sideeffekt oplever, at akkreditering har en vis positiv indflydelse på kerneydelserne, f.eks. indenfor sår- og inkontinenspleje m.v. (afsnit 5.1 og 7.2), Det skal dog nævnes, at sammenhængen mellem denne sideeffekt og akkreditering ikke er dokumenteret.

- "Standarder skal rykke organisationen, der skal kunne udvikles." (Kvalitetsansvarlig)
- "Det (akkreditering) har forbedret kvaliteten på områder som sårpleje, magtanvendelse og inkontinens." (Udsagn fra politiker)
- "De (standarderne) har medvirket til at ensarte vores faglige standarder på et højere niveau." (Leder)
- "Kvalitetsudviklingen sker på et højere niveau (efter første akkrediteringsrunde)". (Leder)
- "Der kan både indføres nye standarder og nye metoder. Sektorovergangene ville være et andet godt udviklingstiltag." (Leder)

Kilde: COWIs caseundersøgelse

Boks 9.1 - Udsagn fra casene vedrørende akkreditering som kvalitetsudvikling

Kontinuerligt arbejde

Selv om der ikke er en entydig forståelse af, hvad kvalitetsudvikling er, giver stort set alle kvalitetsmedarbejdere, ledere og medarbejdere udtryk for, at kvalitetsudvikling handler om en løbende proces, hvor der kontinuerligt skal arbejdes med at løfte kvaliteten. Akkrediteringsordningerne indeholder ikke i sig selv noget incitament til at udvikle kvaliteten ud over et vist defineret minimumsniveau. Akkreditering kan derfor blive en sovepude, hvis ikke der løbende arbejdes med at udvikle akkrediteringsordningen.

Løbende justering af ordningen

I de forskellige akkrediteringsordninger, der er indgået i denne undersøgelse, arbejder man alle steder med en løbende justering af akkrediteringsordningen, herunder en justering af standarder samt indførelse af eventuelt nye standarder. I regi af LOS, Aabenraa Kommune, det tidligere H:S samt på Sygehus Sønderjylland foretages der således en løbende *versionering* af akkrediteringsordningen, der har til formål kontinuerligt at udvikle akkrediteringsordningen og sikre, at den bedst muligt udvikler kvaliteten.

I alle akkrediteringsordninger er der ligeledes standarder, der har til formål at sikre, at institutionen eller sygehuset løbende arbejder med kvalitetsudvikling (se Boks 9.2).

Standard: De ansvarlige ledelser deltager i planlægning og overvågning af et program for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.

Formål: Ledelse og planlægning er meget væsentligt for et hospital, der ønsker at igangsætte og fastholde forbedringer samt reducere risici for patienter og personale*).

Målelige elementer

1. Hospitalets ledelse deltager i planlægning af programmet for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.
2. Hospitalets ledelse deltager i overvågning af programmet for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.
3. Hospitalets ledelse fastlægger en tilsynsproces eller et tilsynssystem for hospitalets program for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed.
4. Hospitalets ledelse aflægger beretning om programmet for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed til den øverste ledelse.

*Boks 9.2 - Eksempel på standard, formål og målelige elementer for kvalitetsudvikling og patientsikkerhed vedrørende ledelse og planlægning¹⁰⁵ *) Uddrag af formålet.*

9.2.2 Kvalitetssikring

Minimumsniveau

Kvalitetssikring indgår også som motiv og målsætning i alle akkrediteringsordninger. Kvalitetssikring kan ses som et ønske om at sikre et vist minimumsniveau for kvaliteten på institutionen eller sygehuset¹⁰⁶. Kort fortalt handler motivet ofte om et ønske fra de centrale beslutningstagere - eller myndighederne og bestillerne - om at få en garanti om, at institutioner eller sygehuse i kraft af deres blåstempling som akkrediterede, overholder nogle minimumsstandarder, der kan være med til at sikre kvaliteten af deres arbejde.

Begrebet kvalitetssikring er delvist overlappende med kvalitetskontrol, men der er også forskelle, jf. næste afsnit.

9.2.3 Kvalitetskontrol

Der lægges afstand til kontrol

Det er slående, at alle de personer, som vi har interviewet i forbindelse med de fem cases om akkreditering, eksplicit har lagt afstand til akkreditering forstået som kvalitetskontrol. Kvalitetskontrol handler som tidligere nævnt om *overvågning, styring og bedømmelse*. Elementer som alle indgår i de akkrediteringsordninger, der er indgået som cases i vores undersøgelse. *Overvågningen* sker bl.a. via surveyors og det centrale akkrediteringsorgan, der skal bedømme, om en institution eller et sygehus lever op til standarderne. *Styringen* ligger i hele akkrediteringsordningen med standarder, indikatorer og procedurer, der målretter institutioner og sygehuses fokus mod på forhånd definerede indsatsområder. *Bedømmelsen* foretages af surveyors og af det centrale akkredite-

¹⁰⁵ Eksemplet er et uddrag af standarden ledelse og planlægning under temaet Kvalitetsudvikling og patientsikkerhed, hvor der i alt er 10 standarder med dertil knyttede målelige elementer (Joint Commission International (2008), Region Hovedstaden. Internationale standarder for Hospitaler).

¹⁰⁶ Det skal indskydes, at der i akkrediteringsprogrammerne også ligger en intern kvalitetssikring, hvor medarbejdere selv er med til at sikre en vis minimumsniveau. Et instrument hertil er eksempelvis egenkontrol af patientsikkerhed og arbejdsmiljøforhold.

ringsorgan, der skal bedømme om en given institution eller sygehus kan akkrediteres efter ordningen eller må forkastes. Akkrediteringen har derfor karakter af kontrol i forhold til et minimumsniveau.

I vores caseundersøgelse er det både de kvalitetsansvarlige, ledelserne og medarbejderne, der indirekte lægger afstand til akkreditering som kontrol til et minimumsniveau. De involverede parter i akkrediteringen er godt klar over, at der i akkrediteringen er indbygget forskellige kontrolmekanismer, men det er vigtigt for dem, at kontrolperspektivet træder så meget i baggrunden som muligt (Boks 9.3).

I vores spørgeskema til botilbud og opholdsteder, som er blevet akkrediteret i regi af LOS' akkrediteringsordning, har vi spurgt, om akkrediteringsprocessen primært handler om **kontrol** eller **læring**. Stort set alle, dvs. 23 ud af 26 institutioner, svarer, at det handler om læring.

Kilde: COWIs spørgeskemaundersøgelse til botilbud og opholdsteder, der blev akkrediteret i 1. runde i regi af LOS' akkrediteringsordning.

Boks 9.3 - Resultat om kontrol versus læring fra spørgeskemaundersøgelse

En del af forklaringen på, at der så eksplicit søges lagt afstand til at anskue akkreditering som kvalitetskontrol handler om, at der er vanskeligt at "sælge" kontrolbudskabet til ledelse og medarbejdere på de institutioner og sygehuse, der skal akkrediteres. Det er derimod nemmere at "sælge" akkreditering som et styrings- og udviklingsredskab. Og da ejerskab til en akkrediteringsordning er helt centralt for, at den kan blive en succes, pakkes budskabet om kontrol gerne lidt væk.

9.2.4 Effektivisering og besparelser

Effektivisering og besparelser fremføres sjældent som et eksplicit motiv eller målsætning i diskussionen om, hvorfor der skal indføres en akkrediteringsordning. I de danske eksempler om akkrediterings- og kvalitetsmodeller nævnes disse motiver heller ikke eksplicit, men i casen vedrørende certificering i Esbjerg Kommune skønnede man, at der kunne opnås en besparelse på små 30 mio. kr. pr. år i driften af plejecentre og hjemmepleje efter implementering af certificeringsordningen baseret på ISO-standarder (se også afsnit 8.2).

Lægges afstand til motiv

Da certificering og akkreditering på mange måder ligner hinanden, er det interessant at kunne konstatere, at der godt kan tales om effektiviseringer og besparelser i forbindelse med certificering, mens disse motiver ikke er god tone, når man vil indføre en akkrediteringsordning. Blandt kvalitetsansvarlige, ledelser og medarbejdere, der arbejder med akkreditering, tages der eksplicit afstand fra, at akkreditering kobles sammen med effektiviseringer og særligt besparelser. Argumentet, som en kvalitetsansvarlig leder på et sygehus formulerer det, er, "at der ikke kan skabes den nødvendige motivation og frie dialog blandt personalet, hvis der ligger en trussel om, at akkrediteringen skal føre til besparelser."

I en af vores cases er der en leder, der foreslår, at der foretages en cost-benefit analyse af akkrediteringsordningen (se afsnit 5.1). Men dette er et særstand-

punkt. De fleste, der arbejder med akkreditering, eller er blevet akkrediteret, mener ikke, at man kan - eller overhovedet bør forsøge - at måle den samlede effekt af en akkrediteringsordning på mere hårde parametre, der knytter sig til effektiviserings- og besparelsesgevinster. Det er således interessant at bemærke, at diskussionen, om udgifterne til akkrediteringsordninger står mål med udbyttet, befinder sig på et niveau, hvor man reelt ikke har nogle faste målepunkter, der er konsensus om. Den internationale litteratur om akkreditering bekræfter dette.

Offentlige myndigheder såvel som private virksomheder har på andre områder haft succes med at koble indførelse af nye metoder/arbejdsgange sammen med effektiviseringer og besparelser samtidig med, at motivation og medarbejdertilfredshed er løftet. Der er bl.a. flere eksempler på, at offentlige og private arbejdspladser, der har indført LEAN, også har formået af skabe yderligere motivation og en højere grad af medarbejdertilfredshed. En vigtig forskel mellem akkreditering og LEAN er dog, at LEAN har som eksplicit målsætning at skabe effektiviseringer og besparelser, mens denne målsætning som sagt er fraværende i diskussionen om indførelse af akkrediteringsordninger.¹⁰⁷

9.2.5 Afbureaukratisering og forenkling

Det er et særskilt mål for regeringen, at akkreditering skal føre til mindre bureaukrati og færre dokumentationsopgaver. Af finanslovsaftalen for 2008 mellem regeringen og KL fremgår følgende af et bilag til aftalen:

Regeringen har i juni 2007 indgået aftale med KL om et samarbejde om udvikling af akkrediteringsmodeller, der kan understøtte den samlede koncernstyring i kommunerne og bidrage til en målretning af tilsyn samt afvikling af detaljerede procesregler.

Af citatet ovenfor fremgår det for det første, at akkrediteringsmodellen skal understøtte den samlede koncernstyring i kommunerne. Hermed ses akkreditering som et instrument, der er egnet som et ledelses- og styringsværktøj for kommunerne. Samtidig skal akkrediteringen bidrage til en målretning af tilsyn. Der ligger altså implicit nogle forestillinger om, at akkreditering på nogle områder kan aflaste - eller måske ligefrem erstatte - dele af de nuværende tilsynsfunktioner. Endelig siger regeringen og KL, at akkreditering skal medvirke til en afvikling af detaljerede procesregler. Det forklares ikke nærmere, hvad der forstås ved detaljerede procesregler.

Ønske fra centrale beslutningstagere

Det kan konkluderes, at der fra de centrale beslutningstageres side er et ønske om - eller en tro på - at en akkrediteringsordning på de kommunale og regionale velfærdsområder kan sikre en form for afbureaukratisering og forenkling. Casene giver dog ikke noget entydigt billede af mulighederne for at reducere f.eks. kontroller og tilsynsfunktioner.

¹⁰⁷ Der er i litteraturen ingen eksempler på, at der er foretaget beregninger vedrørende de økonomiske gevinster ved akkreditering, mens sådanne beregninger ofte er en integreret del af et LEAN-forløb.

De kommunale tilsynsansvarlige giver udtryk for en stor skepsis vedrørende mulighederne for, at akkrediteringsordninger kan afløse det kommunale tilsyn. Dette begrundes bl.a. med, at tilsyn er en myndighedsopgave, mens akkrediteringsordningerne typisk er mere frivilligt baserede ordninger (dog ikke DDKM). Det kommunale tilsyn er således eksplicit defineret som kontrol i bl.a. lovgivningen, mens akkrediteringsordninger, som vi har beskrevet ovenfor, eksplicit søger at ekskludere sig fra kontrolperspektivet.

Enkelte tilsynsansvarlige - og særligt lederne på området - er dog mere positive stemt for, at akkreditering på et tidspunkt kan erstatte eller måske snare smelte sammen med tilsynsfunktionen. Der er også eksempler på, at det faktisk er sket. Aabenraa Kommune havde forventet, at akkrediteringen kunne afløse de lovpligtige tilsyn på plejehjem, hvilket viste sig ikke at kunne lade sig gøre, da det fra Velfærdsministeriet blev vurderet, at det på daværende tidspunkt ikke opfyldte kravene i lovgivningen. Aabenraa kommune valgte dog, at akkrediteringen på daværende tidspunkt kunne afløse de anmeldte tilsyn på plejecentrene (se afsnit 7.2).

Udenlandske erfaringer er heller ikke entydige. Deloitte (Finansministeriet 2008)¹⁰⁸ har i en rapport om akkreditering for Finansministeriet ikke fundet eksempler på, at akkreditering i en række udenlandske akkrediteringsordninger har erstattet tilsynsfunktioner.

En af årsagerne til, at det måske er muligt at sammensmelte dele af den kommunale tilsynsfunktion med en akkrediteringsordning, er, at det kommunale tilsyn har bevæget sig i retning af et større fokus på læringsprocesser. Derved er der sket en tilnærmelse mellem det kommunale tilsyn og akkreditering (se afsnit 8.4). Det hedder f.eks. i Københavns Kommunes indstilling til Sundheds- og Omsorgsudvalget om forenkling og tilretning af konceptet for uanmeldte tilsyn for henholdsvis plejeboliger og private og kommunale leverandører af personlig og praktisk hjælp, at ændringerne *”vil øge tilsynenes værdiskabelse i form af en mere effektiv kontrol og mere målrettede læringsprocesser”*.¹⁰⁹ I casen fremhæves, at embedslægetilsynet eventuelt kan erstattes af akkreditering, da dobbeltkontrol ikke er meningsfuldt for personalet.

Vores undersøgelse viser således, at der mangler et fyldestgørende grundlag for at gennemføre en vurdering af mulighederne for, om akkreditering rent faktisk kan afløse eller erstatte dele af bl.a. det kommunale tilsyn, Embedslægetilsynet samt andre såkaldte detaljerede procesregler.

9.3 Udfordringer og muligheder i akkrediteringsprocessen

Casene i undersøgelsen illustrerer en række erfaringsbaserede udfordringer og muligheder i akkrediteringsprocessen, som det er vigtigt at tage højde for, når

¹⁰⁸ Finansministeriet, Velfærdsministeriet m.fl. Akkreditering - internationale erfaringer. Deloitte - 2008.

¹⁰⁹ Jf. Indstilling og beslutning vedrørende ”Forenkling og målretning af tilsynskonceptet” til Sundheds- og Omsorgsudvalget til udvalgsbehandling den 19. februar 2009.

der skal udvikles akkrediteringsordninger på det regionale og kommunale velfærdsområde. De vedrører både valg af standarder, der skal akkrediteres efter, selve processen med at starte og gennemføre akkrediteringsprocessen og anvendelsen af forskellige former for surveyors.

9.3.1 Valg af standarder

Valget af standarder, deres definition og antal er en udfordring. Casematerialet viser, det er vigtigt, at der vælges få og væsentlige standarder. I boks 9.4 nedenfor har vi samlet de erfaringer, som man i case-institutionerne har gjort sig vedrørende standarder.

Casematerialet viser for eksempel, at det er vigtigt at undgå, at selve standarderne indeholder beskrivelser af, *hvordan* en given standard skal opfyldes, dvs. hvilke aktiviteter og handlinger, der skal gennemføres. I modsat fald fører det nemlig til stivhed og rigiditet.

En anden "faldgrube", der er vigtig at undgå, er, at man kommer til at definere og indføre for mange standarder. Der er naturligvis meget arbejde involveret i forbindelse med dokumentation, etc. - og arbejdsmængden stiger med antallet af standarder - og deres kompleksitet¹¹⁰. Så erfaringerne fra casematerialet viser, at det er vigtigt at begrænse sig til det *nødvendige* antal standarder.

Rådene fra casene er klare, for så vidt angår standarder:

- Standarderne skal være umiddelbart meningsfulde og relevante, dvs. de skal forholde sig til noget, der *skal* være i orden - f.eks. brand - eller til noget, der er mangelfuldt.
- Det skal være enkelt at afgøre, hvorvidt en standard er opfyldt, og dokumentationen herfor skal begrænses mest muligt. Overdokumentation/overbeskrivelse skal for enhver pris undgås.
- Der skal benyttes så få standarder som muligt, og det skal løbende justeres hvilke standarder, der skal ind og hvilke, der skal ud af akkrediteringsprogrammet. Det er derfor væsentlig med en referenceramme for det samlede sæt af standarder.
- Standarderne skal være "åbne" dvs. ikke normative standarder, der foreskriver i detaljer, hvad der skal være til stede.
- Brugerinddragelse i udviklingen af standarder er vigtig.

Boks 9.4 - Erfaringer med standarder fra caseeksemplerne

Bottom-up eller top-down

I casene har vi set, at standarderne kan udvikles "bottom-up", dvs. at dem, der skal akkrediteres, er med til at udvikle standarderne. Dette har været tilfældet i den akkrediteringsordning, som LOS har indført. Alternativt kan standarderne appliceres "top-down", dvs. at de ansvarlige for akkrediteringsordningen "kopierer" standarderne i en allerede eksisterende akkrediteringsordning. Det tidligere H:S valgte denne model, da de blev akkrediteres efter Joint Commission Internationals (JCI) standarder. De to tilgange er naturligvis stillet noget skarpt op

¹¹⁰ I den australske case Aged Care (se kapitel 6) foreslås, at man kontinuerligt gennemgår de administrative procedurer i akkrediteringsprogrammet med henblik på forenklinger.

ovenfor hinanden i denne beskrivelse, da LOS ikke kan sige sig fri fra at have ladet sig inspirere af andre akkrediteringsmodeller i udviklingen af deres standarder. På samme måde skete der også visse tilpasninger i H:S's brug af JCI's standarder, bl.a. så de bedre passede ind en dansk kontekst.

Der er fordele og ulemper ved både "bottom-up" og "top-down" tilgangene til udviklingen af standarder. De oplagte fordele ved en "bottom-up" tilgang er, at denne skaber involvering, dialog og ejerskab til akkrediteringsordningen¹¹¹. Ulempen er bl.a., at processen er ressourcekrævende, og at der kan komme til at mangle en (international) standardisering. Fordelen ved "top-down" tilgangen er, at denne tilgang er mindre ressourcekrævende, og man undgår "at skulle opfinde den dybe tallerken" igen. Desuden vil tilgangen som oftest betyde, at akkrediteringsordningen bliver internationalt standardiseret. Dette kan eksempelvis på sygehusområdet give en række fordele, da man f.eks. nemmere kan trække på international ekspertise. Ulempen ved "top-down" tilgangen er, at ordningen kan møde modstand fra personale og ledere, der ikke selv har været involveret i at udvikle standarderne.

9.3.2 Processen

Opstart

I casene mener de fleste, det er en god idé at involvere personalet i opstarten, herunder i basisevalueringen.

Erfaringerne fra casematerialet viser også klart udfordringerne med at skabe fælles forståelse for *meningen og betydningen* af den enkelte standard. Er man for eksempel enige om en standard, om "*at mindre børn ikke skal have uhindret adgang til meget brandfarlige materialer*", vil de fleste umiddelbart forstå, hvad det betyder og indebærer, selvom der måske selv i dette "enkle" eksempel kan være individuel tvivl om definitionen af *brandfarlige materialer*.

Men ikke alle standarder er måske lige entydige, og under alle omstændigheder er det en faldgrube i opstarten, hvis ikke man sikrer en så klar, entydig og forståelig formulering af standarderne som overhovedet muligt, og det fordrer involvering af personale og pilottestning af standardernes formulering.

Intern evaluering

Erfaringerne med intern evaluering fra casene er positive. For eksempel på Bispebjerg og Hvidovre hospitaler. Her gennemfører eksterne surveyors foranalyse og mock survey (se også afsnit 5.1). Der finder således en kontrol og en overvågning og en bedømmelse af organisationen sted. Det positive er, at det ikke opfattes som negativt af hverken medarbejdere eller ledelse. Tværtimod viser undersøgelsen, bl.a. fordi den interne evaluering er selvvalgt, at kontrol og overvågning opleves som en læreproces, der muliggør forbedringer. Det er dermed også med til at skabe fællesskab om forbedringsmulighederne.

Erfaringerne fra casene viser også, at intern evaluering har en funktion i forhold til videndeling mellem forskellige matrikler, eksempelvis hospitaler eller pleje-

¹¹¹ Forudsat at processen vedr. udviklingen af standarderne tilrettelægges og køres på en hensigtsmæssig måde.

centre, som bor på forskellige adresser. Det gælder for eksempel hospitalerne og i Aabenraa Kommune (Kapitel 5, Afsnit 7.2).

Erfaringerne viser endelig, at man skal være opmærksom på mulige begrænsninger ved at lade fagprofessionelle evaluere fagprofessionelle. Begrænsninger som især opstår, hvis ikke surveyors har de rette faglige og metodiske kompetencer.

Ekstern evaluering

Erfaringerne viser, at *måden* den eksterne evaluering gennemføres på er vigtig. Flere respondenter bekræfter, at de færreste mennesker er interesseret i at blive kritiseret og få lave karakterer. Mens de fleste gerne vil have dialog om, hvordan man kan forbedre sig. Evalueringen er i sin natur en vurdering og en kontrol, som fører til akkreditering eller ikke akkreditering - altså et "ja" eller et "nej". Erfaringerne fra cases viser, at denne kontrol skal ledsages af dialog og sparring omkring forbedringsmuligheder i fremtiden.

I flere cases er der gode erfaringer med at benytte tracermetoden, hvor surveyors og ledere/medarbejdere sammen analyserer konkrete brugerforløb og afdækker, hvorledes forskellige problemstillinger er håndteret. Metoden er tæt på praksis og har vist sig særdeles velegnet til at drøfte kvaliteten af indsatsen.

Akkreditering

Flere af casene har skullet efterlevere dokumentation eller have genbesøg inden de kunne opnå den endelige akkreditering (Scheel & Knappe 2005; Boding & Roos 2005). Erfaringerne viser, at der ligger et læringspotentiale for organisationen i genbesøg¹¹². En potentiel faldgrube kan være, at man kommer ned i en bølgedal lige efter akkrediteringen. Det skyldes, at man har været *oppe at køre på et højt adrenalin niveau* i løbet af processen, og hvis man derefter skal vente et godt stykke tid på selve akkrediteringsstemplet, kan man tabe momentum.

Man skal også være opmærksom på, at især ved første akkreditering er institutionerne og deres personale nervøse for, om de opnår akkreditering. Der er et pres på, om man bliver akkrediteret. Flere respondenter i undersøgelsen peger på, "*at det var rødt kort til ledelserne, hvis der ikke blev arbejdet aktivt med at opnå akkreditering*" (Sønderjylland)¹¹³. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at der kan være forskelle på kulturen i f.eks. sundhedssektoren og på de øvrige kommunale velfærdområder. Trusler om "straf" kan således virke meget forskellig afhængig af konteksten.

Erfaringerne viser endelig, at akkreditering er absolut. Det er bestået eller ikke bestået. Og hvis man består og bliver akkrediteret, bliver man ikke yderligere gradueret - og får enten 7, 10 eller 12. Det betyder så igen, at det kan være en udfordring at skabe yderligere motivation i akkrediterede institutioner. Et forhold der blandt andet fremhæves i et eksempel fra akkrediteringsprogrammet Aged Care i Australien (se kapitel 6).

¹¹² I akkrediteringsprogrammet Aged Care foretages besøg, hvis institutionen ikke lever op til standarder, får ny ledelse, hvis der sker ændringer, der påvirker kvaliteten og hvis organisationen ikke lever op til aftalen om at efterleve akkrediteringskravene (Kapitel 6).

¹¹³ Certificering i Esbjerg Kommune fortalte også, at en "ikke-certificering" sandsynligvis ville have betydet afskedigelse af institutionsledere.

9.3.3 Surveyors betydning for kvalitetsudvikling

Erfaringerne viser, at kvaliteten af surveyor-besøgene er afgørende for kvaliteten i akkreditering. Samstemmende understreges det i casene, at surveyors skal være fagligt kompetente, herunder have indgående kendskab til den type institutioner/tilbud, som de skal evaluere (Boks 9.5).

- Branchekendskab, ledelseserfaring, ansat i akkrediteret organisation, uvildige.
- Skal være objektiv i deres vurderinger, have faglig indsigt og indgående kendskab til akkreditering, være god til at identificere problemstillinger og have respekt hos de fagprofessionelle.

Boks 9.5 - Casenes anbefalinger til kvalifikationer hos eksterne surveyors

Udfordringen er derfor også at rekruttere erfarne faglige specialister med såvel faglige kompetencer som praktisk erfaring med akkreditering¹¹⁴. Der vil være behov for særlig uddannelse af surveyors. Både for at sikre et tilstrækkeligt antal kvalificerede surveyors. Men også for at sikre ensartede bedømmelser af, om standarderne er opfyldt. Det er også vigtigt, at den enkelte surveyor gennemfører et tilstrækkeligt antal besøg pr. år til at oparbejde en vis rutine og erfaring. Her ligger en udfordring, såfremt det er deltidsansatte surveyors, der skal trækkes ud af det daglige arbejde i organisationen.

Ligeledes viser erfaringen, at det er en udfordring at få ensartede eksterne evalueringer af organisationerne. Hvis der er store og åbenlyse variationer i bedømmelsen af de samme institutioner mellem forskellige surveyors, mister akkreditering troværdighed. En mulighed er at evaluere surveyors (Kapitel 6).

Et væsentligt element er også at vurdere og sammenligne institutionernes akkreditering for at se på eventuelle forskelle og forbedringspotentialer. En øvelse der er gjort med det franske akkrediteringsprogram ANAES (Daucourt & Michel 2003)¹¹⁵.

Endvidere forudsættes en indsigt hos den enkelte surveyor om, hvorledes evalueringen faktisk gennemføres, og hvorledes man fremtræder i forhold til den institution, der akkrediteres. Der er tale om en balancegang mellem at fungere

¹¹⁴ I flere af de danske cases har man haft gode erfaringer med udenlandske surveyors (afsnit 7.2, 5.1, 5.2), og man ser store fordele i dette. De kommer fra akkrediterede institutioner og giver mulighed for at få udvikling sat ind i et internationalt perspektiv. Begrundelse er også, at Danmark er et lille land set i relation til antal hospitaler, hvorfor man ofte vil kende surveyors.

¹¹⁵ The French Accreditation College (FAC) - en del af ANAES det nationale franske akkrediteringsorgan - er ansvarlig for at undersøge akkrediteringsrapporter og tildele akkreditering m.v. til sygehuse. Iblant de 100 første akkrediterede hospitaler i Frankrig blev 9 akkrediterede uden anbefalinger om forbedringer. 47 med anbefalinger, 40 med reservationer og 4 med større reservationer. Der blev ikke fundet signifikant forskel på FACs vurdering set i lyset af hospitalernes størrelse, selv om der var en tendens til, at jo større hospitaler var, des flere og alvorligere var beslutningen fra akkrediteringskomitéen. Konklusionen på undersøgelsen er at trods forskelligheden af hospitaler, giver studiet en vigtig indsigt i fælles kvalitetsdefekter og ANEAES prioriteter i Frankrig.

som en slags kontrollant og samtidig som rådgiver og dialogpartner. Den enkelte surveyor skal have en afklaret holdning til dette dilemma.

9.4 Udfordringer ved implementering

Der knytter sig en række udfordringer til at skulle implementere en eller flere akkrediteringsordninger på de kommunale og regionale velfærdområder. På sygehusområdet, hvor man igennem mange år har haft en tradition for at arbejde med akkreditering, har det ikke været problemfrit at skulle udvikle og planlægge implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel. Og der er intet, der tyder på, at det vil blive nemmere - måske snare tværtimod - når en eller flere akkrediteringsordninger skal udvikles, planlægges og implementeres på de centrale kommunale og regionale velfærdområder.

9.4.1 Forskelle mellem sundheds- og øvrige velfærdområder

På sundhedsområdet har man i dag 10 års erfaring med akkreditering. Og dermed også 10 års erfaring med de udfordringer, der opstår, når man skal gennemføre akkreditering inden for en særdeles kompleks og sammensat sektor. Der er i dag under 100 offentlige sygehuse og et mindre antal private hospita-ler, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel, der også forventes at skulle omfatte de kommunale sundhedsområder (f.eks. sundhedspleje, genoptræning, tandpleje m.m.) og privatpraktiserende sundhedspersoner såsom fysioterapeuter, læger, tandlæger m.m. (www.ikas.dk).

På det kommunale og regionale velfærdsområde kan udfordringerne meget vel være endnu større end på sundhedsområdet. De kommunale og regionale velfærdsområder, herunder børne-, ældre- og socialområdet, er blandt andet kendetegnet ved:

- mange enheder
- store forskelle i størrelsen af institutioner og tilbud
- stor variation i brugergrupper
- stor variation i anvendte metoder og tilgange

Omfanget og kompleksiteten på området fremgår bl.a. af (Tabel 9.2):

TYPE	ANTAL I DANMARK, CIRKATAL
Dagtilbud (vuggestuer, dagplejer, børnehaver, fritidshjem, SFO og klubtilbud)	Ca. 4700 + 2200 dagplejere
Opholdssteder	Ca. 500
Botilbud for voksne	Ca. 250 private tilbud/botilbud til voksne. Herudover findes en række offentlige botilbud for voksne

Plejecentre	Der findes ifølge Velfærdsministeriet ingen samlet oversigt over antallet af plejecentre
Aktivitetscentre	Der findes ifølge Velfærdsministeriet ingen samlet oversigt over antallet af aktivitetscentre

Kilder: Velfærdsministeriets børnekontor og ældrekontor, Velfærdsministeriets hjemmeside (www.vfm.dk), samt Landsforeningen af opholdssteder, botilbud og skolebehandlingstilbud (LOS, www.los.dk).

Tabel 9.2 - Oversigt over nogle af tilbuddene på børne-, ældre- og socialområdet

Akkreditering på de kommunale og regionale velfærdsområde har således flere tusinde potentielle institutioner, tilbud, dagplejemødre, hjemmepleje mv. som potentielle modtagere af akkrediteringsordningen.

Udfordringen på det kommunale og regionale velfærdsområde bliver blandt andet at tilrettelægge og implementere en akkrediteringsordning, der tager højde for omfang og variation. Dertil kommer at området er reguleret af forskellige lovgivninger, f.eks. både serviceloven og sundhedsloven. Dermed er der også anderledes krav til én samlet akkrediteringsordning på området sammenlignet med sygehusområdet¹¹⁶.

Faseopdelt
proces

I flere af casene fremhæves fordelene ved at indføre akkreditering fasevist. Det ligger formentlig også implicit i regeringens beslutning om, at der skal gennemføres forsøg med akkreditering inden for det kommunale og regionale område.

KL har opstillet en kvalitets- og akkrediteringsmodel for kommuner, der bygger på frivillighed (KL 2008)¹¹⁷. Frivilligheden gælder den enkelte kommunes valg af temaer, standarder og ambitionsniveau med hensyn til kvalitetsudvikling, samt hvorvidt kommunen vælger at lade sig akkreditere. KL ønsker således at fastholde den decentrale styring og fastholde det kommunale ansvar for kvaliteten af kommunens serviceydelser. Akkrediteringstankegangen bygger heroverfor på overordnede - ofte nationale eller internationale - standarder og mål¹¹⁸. Der er således en potentiel modsætning mellem på den ene side akkrediteringstankegangens *natur* og på den anden side KL's ønske om akkreditering ad *frivillighedens vej* og i det hele taget det kommunale selvstyre¹¹⁹.

¹¹⁶ Mængden af enheder er dog ikke i sig selv afgørende for akkrediteringsordningen, idet man i praksis f.eks. ville samle flere matrikler eller enheder (f.eks. dagplejemødre) ift. deres fælles ledelseenhed, hvilket reducerer volumen væsentligt. I de australske akkrediteringsprogram er i NCAC akkrediteret 9.000 institutioner for børn, hvor 3-4.000 akkrediteres hvert år. I Aged Care programmet, der omfatter plejecentre er akkrediteret ca. 3000 institutioner og der er ca. 400 surveyors (se Kapitel 6).

¹¹⁷ KL Kvalitets- og akkrediteringsmodeller for kommuner. 2008.

¹¹⁸ I regi af WHO har sygehuse i Europa udviklet en guide, der indeholder spørgsmål i relation til at opstarte en national akkreditering. Den omfatter temaer som analyse af den nationale kontekst og nationale strategier, overvejelser ved opbygning af et nationalt akkrediteringsorgan og udvikling og implementering af akkrediteringsprogram (Shaw 2004).

¹¹⁹ Dette står i kontrast til akkrediteringsprogrammer, hvor et uafhængigt akkrediteringsorgan med standarder for måling af kvaliteten kombineres med sanktioner - ultimativt i form

Hvis akkreditering skal have praktisk betydning, er det vigtigt, at hele konceptet fra start udvikles og afprøves med henblik på at sikre det lokale ejerskab. Det taler for, at akkreditering i de indledende faser gøres frivillig, således at den i første omgang omfatter kommuner og institutioner, der selv har ønsket at deltage. Erfaringerne fra casene i denne undersøgelse peger på at i takt med, at der indhøstes positive erfaringer, vil stadig flere tilslutte sig akkrediteringsprocessen. På det regionale og kommunale område vil det i givet fald blive vigtigt at sikre ensartethed i opbygningen af standarder, metodevalg og tilgang, så vi ikke ender med 98 plus 5 forskellige modeller.

9.4.2 Implementering i institutionerne

Frygt for omfattende dokumentation

Beslutningen om at udvikle akkrediteringsmodeller på det sociale område og i dagtilbuddene er blevet mødt med nogen skepsis fra forskellige aktører på området. Der har været udtrykt frygt for, at akkreditering fører til et omfattende ressourceforbrug til dokumentation uden at have den store betydning for kvaliteten, og at akkreditering vil medføre indgreb i institutionernes faglige autonomi (se Boks 9.6).

"Vi er åbne over for at drøfte modeller, der fremmer kvaliteten, og modeller for løbende dokumentation, men det skal være nogle modeller, der giver mening for de ledere og ansatte, som skal arbejde med dem. Som formuleringen lyder i finansloven, er der i hvert fald ikke tale om afbureaukratisering. Den lægger tværtimod op til en model, som bliver dyr i dokumentation og statslige tilsynsbesøg i forhold til det udbytte, man kan forvente", siger Per B. Christensen, der er børne- og kulturdirektør i Næstved Kommune og formand for Børne- og Kulturchefforeningen.

"I KL forholder vi os foreløbig afventende, men vi er generelt skeptiske overfor akkrediteringssystemer og smiley-ordninger. Institutionerne er allerede underlagt krav om dokumentation og evaluering af deres arbejde, og brugerundersøgelser benyttes i vidt omfang rundt om i kommunerne. Jeg frygter, at akkreditering blot vil medføre, at medarbejderne sidder med hovedet endnu mere begravet i dokumentations- og evalueringsopgaver frem for at være sammen med børnene," siger Henrik Larsen, der er formand for KL's Børne- og Kulturudvalg.

"Akkreditering kan indebære et frontalt angreb på den interne autonomi i pædagogprofessionens arbejde. Gennem de senere år har institutionerne oplevet en øget kommunal og statslig styring på stadig flere overordnede mål og konkrete indsatsområder. Men det er en styring, som langt hen ad vejen er baseret på dialog med lokale politikere og forvaltning og med frihed for den enkelte institution til selv at fastlægge metoder og indhold," siger Søren Winther, rejsesekretær i BUPL.

Børn og Unge 25/08

Boks 9.6 - Udsagn om akkrediteringsordninger

Den samme skepsis blev udtrykt fra sygehusenes side, da den første runde akkreditering blev igangsat for cirka 10 år siden. Interview med medarbejdere fra

af bortfald af statslige tilskud. Dette beskrives som en effektiv drivkraft for stadige kvalitetsforbedringer (se Kapitel 6).

Bispebjerg Hospital, Hvidovre Hospital og Sygehus Sønderjylland viser, at denne skepsis gradvist er afløst af accept og i visse tilfælde endda stolthed over akkrediteringen, og at den vurderes som en vigtig og naturlig del af arbejdet. Der er heller ikke på sygehusene udtrykt mærkbare bekymringer over ressourceforsbruget i forbindelse med akkreditering, som nu ser ud til at fungere som en integreret del af driften (afsnit 5.1, 5.2).

I Aabenraa Kommune har erfaringerne været, at kommunalreformen havde en negativ indvirkning på mulighederne for at fastholde arbejdet med akkreditering, men at de områder, der ikke blev påvirket af organisatoriske ændringer i forbindelse med reformen, fortsat arbejder intensivt med akkrediteringsmodellen (afsnit 7.2). I Esbjerg kommune har man tilsvarende erfaringer vedrørende certificering på ældreområdet. Også her arbejdes fortsat med principperne fra certificering (afsnit 8.2). I spørgeskemaundersøgelsen blandt de akkrediterede LOS-institutioner anbefaler disse, at andre LOS-institutioner også lader sig akkreditere (afsnit 7.1).

Meningsfuld

Meget tyder således på, at akkreditering efter en vis initial modstand opleves som meningsfuld¹²⁰. At introducere et nationalt akkrediteringssystem på det regionale og kommunale velfærdsområde vil dog under alle omstændigheder blive en særdeles omfattende opgave. Det stiller store krav til, at akkrediteringen på den ene side er indholdsmæssigt afstemt i forhold til de mange forskellige typer institutioner, og på den anden side kan gennemføres med den fornødne kvalitet i stor skala på nationalt plan.

9.5 Hvordan virker akkreditering?

Et meget væsentligt spørgsmål er naturligvis: Hvordan virker akkreditering? Der gives ikke et entydigt svar på dette spørgsmål. Og der foreligger ingen danske eller internationale undersøgelser, der i detaljer - og med evidens - kan påvise, at akkreditering virker. Inden vi går ind i en nærmere diskussion af, hvordan akkreditering virker, er det imidlertid nødvendigt at adressere et andet spørgsmål: Hvad virker akkreditering på?

9.5.1 Akkreditering "måler" ikke kerneydelsen?

Almindeligvis er der en forestilling om, at det er den kerneydelse, der leveres på institutioner og sygehuse, der også akkrediteres. På en behandlingsinstitution for psykisk skrøbelige børn kan kerneydelsen f.eks. være behandlingen, den pædagogiske indsats og omsorgen, som børnene modtager. Behandlingen kan bygge på miljøterapi eller kognitiv terapi, som altså er de konkrete metoder, der anvendes på institutionen. Det er personalets anvendelse af bl.a. disse metoder,

¹²⁰ En årsag til at institutionerne bliver stadig mere positive kunne dog være, at de opnår akkrediteringen. De, der ikke opnår akkreditering, hører ikke om deres tilfredshed med "ikke akkrediteringen". Det skal indskydes, at flere hospitaler og Aabenraa Kommune samt hospitaler i H:S bl.a. ved første akkreditering har måttet indlevere yderligere materiale eller have besøg af akkrediteringsorganet inden opnåelse af akkreditering (H:S, Scheel & Knappe 2005).

Måler ”om”
noget er sket,
ikke ”hvordan”

der er en del af den faglige kerneydelse. Vores caseundersøgelse - og den internationale litteratur om akkreditering - viser, at akkreditering sjældent direkte ”måler på” eller direkte adresserer, hvordan kerneydelsen udføres.¹²¹

Udgangspunktet i akkreditering er typisk, at såfremt struktur og processer er på plads vil det også give et godt resultat for den, der modtager ydelserne (Scrivens, 1999). Akkreditering og indikatorprojekter handler derfor om at måle, *om* noget er sket, mens der sjældent måles på, *hvordan* det er sket. Et eksempel er, at en akkrediteringsordning på sygehusområdet vil forsøge at måle, om en sygeplejerske eller en læge har givet en patient information om reglerne vedrørende informeret samtykke, mens det ikke forsøger at vurdere, hvordan informationen konkret er givet. I indikatorprojekter handler det om at måle, *om* patienten overlever, og ikke *hvordan* behandlingen, plejen og genoptræningen har været udført for at nå frem til overlevelsen (afsnit 8.6, tabel 8.7).

Når akkreditering ikke ”måler” på selve kerneydelsen, betyder det samtidig, at akkrediteringsordninger ikke kan være garant for, at sygehuse og institutioner leverer en god behandling, pædagogik, pleje og omsorg. En medarbejder på en behandlingsinstitution for psykisk syge børn og unge illustrerer denne problemstilling, når han siger, *”selv om vi gør alle de ting, som man skal i henhold til akkrediteringsordningen, er det ingen garanti for, at vi også behandler vores brugere på en god, rigtig og omsorgsfuld måde.”* (Afsnit 7.1). Akkreditering kan således ikke isoleret set være garant for, at institutioner og sygehuse lever op til en vis minimumstandard. Eller sagt på en anden måde: Akkreditering kan ikke sikre de ansvarlige politikere og embedsmænd mod nye sager som bl.a. ”Strandvænget” og ”Fælledgården”.¹²²

Der vil således fortsat være en udfordring, hvis de centrale og lokale beslutningstagere ønsker et styrings- og ledelsessystem, der kan fange den faglige kerneydelse og outcome (se boks 9.7 og afsnit 8.5 for et eksempel på evaluering af den faglige kerneydelse). I det australske akkrediteringsprogram, Aged Care, der omfatter plejecentre, foreslås det, at forskningsinstitutter gennemfører evalueringer blandt borgere og medarbejdere på institutionerne for også at sikre brugerperspektivet (Kapitel 6).

I Gribskov Kommune arbejder man med PKE-modellen (Pædagogisk Kvalitets-Evaluering) på dagstilbudsområdet. I denne model er det hensigten så direkte som muligt at vurdere den faglige kvalitet i ydelserne, eksempelvis i de pædagogiske tiltag og i omsorgen for børnene.

I modellen gennemfører observatører en række observationer af, hvordan personalet agerer i praksis og i deres omgang med børnene på daginstitutionen. Observatørerne evaluerer, om de kunne have ageret og handlet mere hensigtsmæssigt. Metoden har den udfordring, at der skal være en vis grad af enighed om, hvad der er god praksis, og at dette anerkendes af de observerede. Metoden fordrer også, at de observerede anerken-

¹²¹ Det skal dog bemærkes, at der har været en bevægelse i udviklingen af akkrediteringsordninger mod flere faglige standarder.

¹²² ”Strandgården” er en institution for udviklingshæmmede i Nyborg, som blev kendt for sin dårlige behandling af beboerne efter en tv-dokumentar på TV2 kaldet ”Er du åndssvag?”, mens ”Fælledgården” er et plejehjem, der blev afsløret i uværdig behandling af de ældre beboere i Magasinet Søndag på DR.

der observatørerne og deres faglighed, idet evalueringerne ses som et indgreb i de fagprofessionelles autonomi og metodefrihed.

Boks 9.7 - Et eksempel på en kvalitetsmodel, der har som sigte at måle og vurdere den faglige kerneydelse

Der peges endvidere på, at der bør indsamles systematiske oplysninger om resultatet af indsatsen, og at disse oplysninger analyseres, så det er muligt at vurdere ændringer over tid, udvikle viden, sammenligne institutionerne på tværs samtidig med, at der tages højde for forskelle i sammensætningen af beboere fra institution til institution. Evaluering af det australske akkrediteringsprogram peger på, at data om de ældres mentale, fysiske og sociale tilstand - vil være vigtige data - hvilket også foreslås i en af vores cases (Afsnit 8.4).

9.5.2 Evaluering af akkreditering?

Akkreditering beskæftiger sig således ikke direkte med den faglige kerneydelse, men mere med struktur og processer, jf. også afsnit 7.4. Det betyder imidlertid ikke, at det umiddelbart kan konkluderes, at akkreditering ikke virker i forhold til kerneydelsen. I de cases, der er indgået i denne undersøgelse, peger mange af de kvalitetsansvarlige, ledere, medarbejdere og politikere på, at akkreditering indirekte har været med til at forbedre deres kerneydelse. Argumentet er først og fremmest, at akkreditering tvinger ledelse og personale til at reflektere over deres daglige praksis, når de skal forholde sig til, om standarder og procedurer er overholdt. Samtidig kan akkreditering sikre, at institutionen eller sygehuset får styr på beredskabsplaner, procedurer for medicinbehandling, politikker og ydelsesbeskrivelser, således at der frigøres ”mentale” ressourcer til at koncentrere sig om kerneydelsen¹²³.

Evaluering
- et centralt
udviklingsområde

Det er de færreste organisations- og styringsmodeller, der bliver introduceret på basis af evidens. Der er for lidt evaluering af styring (se Evert Vedung 1998; Hansen 2008). Inden for den offentlige organisationsteori problematiseres det også generelt, at man ved for lidt om effekterne af forskellige organisationsmodeller. Evaluering af akkreditering er derfor et udviklingsområde, hvor der kan sættes fokus på, om akkrediteringen faktisk lever op til målsætningen om at forbedre kvaliteten af kerneydelsen. Spørgsmålet er derfor om akkrediteringsprogrammer bør følges op af monitorering og evaluering, eksempelvis af såvel akkrediteringens positive som negative virkninger samt effekter og sideeffekter.

Et hovedproblem i forbindelse med evaluering af effekten af akkreditering er, at det er et generelt og vanskeligt isolerbart fænomen i en organisation. Derfor er det overordentligt vanskeligt at isolere effekten af akkreditering (Greenfield et.al. 2008; Miller et.al. 2005). Det er særdeles kompliceret at gennemføre en videnskabelig evaluering af virkninger af akkreditering¹²⁴. Det er først inden for de seneste år, at der i større skala er iværksat større forskningsinitiativer på det-

¹²³ Dette er nogle af resultaterne fra evaluering af The Aged Care program (se Kapitel 6).

¹²⁴ En arbejdsgruppe under ISQua, Research Working Group, har på ISQuas hjemmeside taget initiativ til at udvikle et forskningswebsite, hvor akkreditering og ekstern evaluering af forskning kan præsenteres ligesom ”grå litteratur”, projekter m.v. (Suñol et.al. 2008).

te område. I nedenstående boks redegøres for det mest omfattende initiativ, som vi er stødt på (Boks 9.8).

A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multilevel, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation. Braithwaite J et al. BMC Health Services Research 2006;6: 113

Dette studie påbegyndtes i 2006 og omfatter 4 delstudier:

- Studie 1: Prospektivt studie af sammenhængen mellem akkreditering og kliniske og organisatoriske resultater
- Studie 2: Prospektivt sammenlignende studie af akkrediterede organisationer i forhold til organisationer, der ikke er akkrediterede
- Studie 3: Prospektivt studie af intra- og inter-intrareliabilitet af surveyor-bedømmelser
- Studie 4: Prospektivt og retrospektivt studie af surveyors påvirkning af organisationerne

Boks 9.8 - Det pt. mest omfattende forskningsprogram om effekten af akkreditering

Virknings-
evaluering

En mulighed er at bruge virkningsevaluering til at evaluere akkrediteringsordninger og sikre, at disse ikke kommer på afveje, eksempelvis i forhold til formålet med akkrediteringen, ressourceanvendelsen, opnåelsen af resultater, etc.

Virkningsevaluering går ud på at be- eller afkræfte og/eller udvikle forestillinger om, hvad der får en given indsats til at virke under visse betingelser. Virkningsevaluering kan således bruges til at undersøge, om grundlæggende forestillinger, der begrundet en indsats, er forkerte, eller om det kan lade sig gøre at reparere på indsatsen. Ideen i virkningsevaluering bygger på, at der bag den evaluerede offentlige indsats ligger en antagelse om at "hvis a så b". Altså forestillingen om at indsatsen fører til bestemte resultater (Dahler-Larsen & Krogstrup 2006). Virkningsevaluering kunne derfor bidrage til, at det blev klarlagt, hvad der skal forstås ved akkreditering, om akkreditering virker, og om det øger kvaliteten.

Når akkreditering indføres på de kommunale og regionale velfærdsområder vil det også være hensigtsmæssigt at sikre mere viden om akkrediteringens positive og negative virkninger samt effekter og sideeffekter gennem forskellige forsknings- og evalueringsprogrammer (Boks 9.9).

- Kontrollerede forsøg med sammenligning af institutioner, der henholdsvis akkrediteres/ikke akkrediteres med baselinemålinger og opfølgende målinger, der kan vise, hvad akkrediteringsprocessen faktisk betyder for resultater, organisation, ledelse og medarbejdere
- Evalueringen af forsøg med forskellige former for eksterne besøg og surveyor-roller/uddannelse
- Studier af intervariation i surveyor-bedømmelser med henblik på at sikre nogenlunde ensartede bedømmelser
- Studier af standarder vedrørende resultatmål og måling af resultater
- Udvikling af nationale databaser på udvalgte områder, der kan understøtte udviklingen af nationale standarder
- Økonomiske analyser af omkostninger og gevinster ved akkreditering

Boks 9.9 - Eksempler på forskning relateret til akkreditering

Endelig skal nævnes, at det i litteraturen og i de danske casestudier påpeges, at mere viden om og udvikling af outcome-delen i relation til den faglige kerneydelse bør understøttes af forskning og evaluering.

Bilag 1 Anvendt litteratur

- Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd. Annual report 2007/2008. Association Inc. International Family Day Care Organisation Conference 2003 (paper)
- Boding M & Roos A. (2005). Erfaringer og synspunkter på akkrediteringsløbet i H:S. Resultater af telefon- og gruppeinterview April - Maj 2005. Right Kjaer og Kjerulf A/S.
- Braithwaite, J. et al. (2006). A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation. *BMC Health Services Research* 2006, 6:113
- CHKS, (tidl. Health Quality Services) www.chks.co.uk
- Choices, Challenges and Collaboration. Wellington, New Zealand, 19-23 February 2003
- Dahler-Larsen, P (2008). Konsekvenser af indikatorer. KREVI.
- Dahler-Larsen, P; Krogstrup, HK (2006). Nye veje i evaluering. Håndbog i tre evalueringsmodeller. *Academica*.
- Dahler-Larsen (2008). At fremstille kvalitative Data. Syddansk Universitetsforlag.
- Dansk Kvalitetsmodel på det sociale område. (2007a). Model. Danske Regioner.
- Dansk Kvalitetsmodel for de regionale botilbud på det sociale område. (2007b). Udvikling og Implementering. Danske Regioner.
- Daucourt, V & Michel, P (2003). Results of the first 100 accreditation procedures in France. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 15, nr. 6. pp 463-471.
- de Bruijn, H (2001). *Managing Performance in the Public Sector*. New York: Routledge. pp 7-32.
- Deloitte (2008). Akkreditering på det sociale område - internationale erfaringer. November 2008
- Det Sociale Indikatorprogram for sikrede institutioner - Dokumentation af indsats og resultater. (2008). Sekretariatet for Dansk kvalitetsmodel Center for Kvalitetsudvikling Region Midtjylland.
- Donahue, T.T., vanOstenberg, P.(2000). Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. *International Journal for Quality in Health Care* vol. 12, no. 3, pp 243-246.
- Donabedian A. (1992).The role of outcome in quality assessment and assurance *QRB* 1992, 18 356-360.
- DSKS.(2003). Dansk Selskab for Kvalitetssikring i Sundhedsvæsenet. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner.
- El-Khawas, E. (2001). Accreditation in the United States: Origins, developments and future prospects. UNESCO International Institute for Educational Planning.
- Evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes. Final Report - October 2007
- Greenfield, D, Baithwaite J (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care* 2008; Vol. 20, nr. 3 pp 172-183

- Greenfield, D; Braithwaite J, Pawsey, M (2006). Health care accreditation surveyor styles typology. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Vol 21. No 5. pp. 435-443.
- Hansen, H.F. (2008). Systemisk evalueringsstyring: Potentialer og udfordringer. *Politik*, issue 1, vol. 11.
- Hansen, H.F. (2005). Choosing Evaluation Models. A Discussion on Evaluation Design. Vol. 11 (4): 447-462.
- Holland, M (2007). Det Sociale Indikatorprojekt. Programteori og indikatorer til evaluering af kvalitet og virkninger af indsatsen på psykiatrinære institutioner: SIP-psykiatri. Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation Aalborg Universitet. Center for Kvalitetsudvikling, Regionshuset Århus. IKAS www.ikas.dk
- International Society for Quality in Health Care (ISQua): www.isqua.org.au
- Isager, A.K. (2008). Om auditmetoden - en guide til læring og kvalitetsudvikling I fagpraksis. Center for Kvalitetsudvikling, Århus.
- Joint Commission International (2008). Region Hovedstaden. Internationale Standarder for Hospitaler. 3. udgave.
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. www.jacho.org
- Joint Commission International www.jointcommissioninternational.org
- Kjellberg, J, Sørensen J, (2003). Internationale erfaringer med præstationsmålinger og offentliggørelse af præstationsdata. DSI Institut for Sundhedsvæsen.
- KL Kvalitets- og akkrediteringsmodeller for kommuner. 2008.
- KREVI (2008a) Er din kommune fire-stjernet? KREVI.
- KREVI (2008b). Konsekvenser af nationale præstationsmålinger i en dansk sammenhæng: Positive og negative erfaringer på sygehusområdet. NIP og andre præstationsmålingssystemer. KREVI.
- Lindeberg, T (2007). Evaluative Technologies. Quality and the Multiplicity of Performance. CBS/Copenhagen Business School. PhD Series 7.2007
- LOS (2007). Midtvejsevaluering af akkreditering I LOS, 2005-2007).
- Lov om Social Service jf. lovbekendtgørelse nr. 58 af 18. januar 2007
- Mainz, J. et.al. (2004). Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: the Danish National Indicator Projekt. *International Journal for Quality in Health Care*. Vol 16, Supplement I pp 45-50.
- Miller et al (2005). Relationship between performance measurement and accreditation *American Journal of Medical Quality*
- NCAC Annual Report 2006/2007. National Childcare Accreditation Council Inc., 2007
- Nissen, MA, (2007). Det Sociale Indikatorprojekt. Programteori og indikatorer til evaluering af kvalitet og virkninger af indsatsen på sikrede institutioner: SIP-sikret. Institut for Sociologi, Socialt Arbejde og Organisation. Aalborg Universitet. Center for Kvalitetsudvikling, Regionshuset Århus.
- O'Reilly, M, Courtney, M, Edwards H. (2007). How is quality being monitored in Australian residential aged care facilities? A narrative review. *International Journal for Quality in Health Care* 2007; 19: 177-82.
- Power, M. (1996). Making things Auditable. *Accounting, Organizations and Society*, Vol. 21, No. 2/3, pp. 289-315, 1996
- Roberts et. al. (1987). A history of the Joint commission on accreditation of Hospitals, Special Communication. *Journal of the American Medical Association*, vol 258. no.7.

- Scheel LS & Knappe JB, Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen - et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehuse, kommune og almen praksis, april 2005.
- Schwarz S. & Westerheiden D. (Eds): Accreditation and Evaluation in the European Higher Education Area. Springer 2007.
- Scrivens E. (1999) Assessing the value of accreditation systems. European Journal of Public Health. vol. 7. no. 1.
- Scrivens, E (1999). Accreditation - protecting the professional or the consumer. Open University Press.
- Shaw, C (2003). Evaluating accreditation. International Journal for Quality in Health Care, vol. 15. p 455-6.
- Shaw, C (2004). Developing hospital accreditation in Europe. Division of Country Support WHO Regional Office for Europe.
- Smits P.A. et. al. (2008). Conceptualizing performance in accreditation. International Journal for Quality in Health Care 2008. Vol. 20 nr. 1, pp 47-52.
- Socialministeriet (2007). Bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007. Bekendtgørelse om tilsyn på plejehjem og plejeboliger m.v. Socialministeriet.
- Social Service § 67 (børn) og § 107 og § 108 (voksne).
- Sundhedsloven, lov nr. 546 af 24. juni 2005. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2005.
- Sunöl R, Nicklin W, Bruneau C, Whittaker S (2008). Promoting research into healthcare accreditation/external evaluation: advancing an ISQua initiative. International Journal for Quality in Health Care Advance Access published October 2, 2008 pp 1-2.
- Tainton, J. (2000). Child Care Quality Assurance in Australia. National Child Care Accreditation Council
- Taylor D. (2003). Family Day Care Quality Assurance in Australia. The New Zealand Family Day Care Association Inc. International Family Day Care Organisation Conference 2003: Choices, Challenges and Collaboration. Wellington, New Zealand, 19-23 February 2003.
- The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd. Better practice in aged care, 2004.
- Thomson, R. et. al. (2004). UK Quality Indicator Projekt ® (UK Qip) and the UK independent health care sector: a new development. International Journal for Quality in Health Care, vol. 16, Supplement I: 51-56.
- Velfærdsministeriet (2008). Inspiration til bedre tilsyn på plejehjem og I plejeboliger m.v. Velfærdsministeriet.
- Vendung (1998). Utvärdering i politik och förvaltning. Studentlitteratur.
- Økonomiaftalen mellem regeringen og KL 2008:21.
- Øvretveit, J. (2001). Quality evaluation and indicator comparison in health care. International Journal of Health Planning and Management; 16: 229-241.

Bilag 2 Internationale akkrediteringsorganer

Eksempler på Internationale Akkrediteringsorganer:

Navn	Område	Etableret/ Organisation
Accreditation Canada www.accreditation-canada.ca	Sygehus- og undhedsområdet, herunder hjemmepleje	Etableret i 1958. Medlemsorganisation
The Australian Council on Health Care Standards www.achs.org.au	Sygehus- og sundhedsområdet, herunder hjemmepleje	Etableret i 1974. Uafhængig, non-profit. International fokuseret
The Joint Commission (US) (tidligere kaldet: Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO) www.jointcommission.org	Sygehus- og sundhedsområdet, herunder hjemmepleje	Etableret i 1910
Trent Accreditation Scheme (UK) www.trentaccreditationscheme.org	Sygehus- og sundhedsområdet	Uafhængig, non-profit. International fokuseret
CHKS (tidl. Health Quality Services) (UK) www.chks.co.uk	Sygehus- og sundhedsområdet herunder hjemmepleje	Etableret i 1989. Uafhængig, non-profit. International fokuseret
Clinical Standards Board of Scotland	Sygehus- og sundhedsområdet	Etableret i 1999. Uafhængig, non-profit. National fokuseret
The Health Information and Quality Authority (tidl.: Irish Health Service Accreditation Board, IHSH:SAB) (Irland). www.hiqa.ie/functions_hcq_accred.asp	Sygehus- og sundhedsområdet	Etableret i 2007/1999. Statslig. National fokuseret
RDB Star rating (UK) www.rdbstar-rating.com	Sygehus- og sundhedsområdet	Etableret i 1997. Uafhængig. Nationalt fokuseret
Council on Accreditation (US) www.coanet.org	Social- og sundhedsområdet (Social and behavioral health-care services for children, youth, adults, seniors and fa-	Etableret i 1977. Uafhængig, non-profit. International fo-

	milies)	kuseret
The Aged Care Standards and Accreditation Agency Ltd (Australien) www.accreditation.org.au	Ældre/pleje-området (Residential aged care og Quality care)	Etableret i 1997. Uafhængigt. National fokuseret
National Childcare Accreditation Council Inc. (Australien) www.ncac.gov.au	Dagtilbudsområdet (family day care schemes, outside school hours care services, long day care centres)	Etableret i 1993. Under Australiske regering. National fokuseret
National Association for the Education of Young Children. Accreditation of Programs for Young Children (US) www.naeyc.org/academy/	Børneundervisnings-området (Early childhood education). Inkluderer også børn under 6 år (førskolealderen)	Etableret i 1985. Medlemsbase-ret. National fokuseret
Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities (US og Canada) www.carf.org	Velfærdsområdet, herunder handicapområdet (aging services, behavioral health, child and youth services, employment and community services, and medical rehabilitation).	Etableret i 1966. Uafhængig, non-profit. International fokuseret
The Continuing Care Accreditation Commission (US og Canada) www.carf.org (CARF-CCAC)	Ældreområdet (continuing care retirement communities and aging services networks that are part of home, community, or hospital-based systems; sites under a corporate organization; and other types of providers) ¹²⁵	Etableret i 2003. Uafhængig, non-profit. National fokuseret (US og Canada)
Autism Accreditation (UK) www.autism.org.uk	Autister. AA er den eneste Autisme Akkrediteringsorgan i verden.	Etableret i 1962 Medlemsbase-ret. Hører under The National Autistic Society

Tabel 9.3- Akkrediteringsorganer

¹²⁵ Vejle fjords genoptræningstilbud har siden 2003 været akkrediteret og godkendt af CARF (Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities). Vejle fjords CARF-akkreditering dækker neurorehabilitering for voksne, dvs. rehabilitering af erhvervet hjerne-skadede. Deres målgruppe er unge (18-30 år) og voksne (18 til 100 år). Inden udgangen af 2009 skal de - ifølge aftalen med CARF - også rehabiliterer børn. Vejle fjords internationale akkreditering af genoptræning er den eneste af sin art i Danmark.

Bilag 3 Litteratursøgning

Artiklerne, der indgår i litteraturstudiet er udvalgt efter søgeord og abstrakt.

Der er søgt i engelsksprogede databaser: Social Science Citation, Webfeat (tværgående database på CBS), Pubmed, Medline, ISQua (<http://www.isquaresearch.com/ResearchList.aspx>) og internetsøgning samt søgning på diverse akkrediteringsorganers hjemmeside inden for sundhedsvæsenet. Der er søgt på forskellige søgeord med forskellige kombinationer:

”accreditation”, ”certification”, ”indicator”, ”quality control”, ”evaluation” endvidere ”measurement”, ”performance measurement”, ”self-assessment”, ”quality assesment”.

Der er søgt inden for sundhedsvæsenet og den kommunale sektor. Strategien har været først at søge bredt og siden snævre ind i relation til de udfordringer, der er skitseret og hvor der er fokuseret på reviews, rapporter og artikler fra videnskabelige institutioner samt akkrediteringsselskaber. Faglige artikler samt rapporter og materialer fra gennemførte akkrediterings- og kvalitetsprojekter er bl.a. søgt på danske universiteters databaser.

Der er endvidere søgt litteratur inden for det sociale område ved søgeordene ”health care”, ”children”, ”social”, ”elderly”, ”disabled”, ”handicap/ed”, ”municipality” and ”community”.

Der er søgt i perioden 2003 til 2008, og der er medtaget enkelte artikler, der falder uden for søgeperioden, da de er fundet relevante på det relevante litteraturs referencer. Artiklerne er fra Australien, Belgien (WHO), Canada, Danmark, Frankrig, Holland, Litauen, Norge, Philippinerne, Spanien, Sverige, UK og USA.

Database samt søgeord og hits søgt i perioden 2003 - 2008

Social Science Citation

I Social Science Citation Index findes artikler fra ca. 1.700 samfundsvidenskabelige tidsskrifter fra 1956 til i dag, hvoraf nogle findes i fuldtekst.

Generel søgning:

1) Accreditation: 2.313 hits 2) Evaluation > 100.000 hits 3) Audit: 7.671 hits 4) Revision: 15.237 hits 5) Quality control 43.806 hits 6) Performance measurements 33.103 hits 7) Operation management 8.039 hits 8) Decision theory 6.875 hits 9) Policymaking 621hits 10) Accreditation or certification or audit 1.194 hits

Specifik søgning:

Accreditation and standards or indicators: 422 hits heraf 22 reviews

Accreditation and elder or child* or social or education or health: 1.355 hits heraf 60 reviwis

Certification and elder or child* or social or education or health: 1.067 hits heraf 63

reviews

Quality control or evaluation and elder or child* or social or education or health: 17.057 hits heraf 1.281 reviews. Refined til social sciences interdisciplinary: 19 hits.

Revision and elder or child* or social or education or health: 673 hits heraf 38 reviews.

Performance measurement and elder or child* or social or education or health: 3.918 hits heraf 116 reviews.

Self-assessment and elder or child* or social or education or health: 3 hits

ISO standards: 817 hits heraf 30 reviews.

Webfeat (tværgående artikelbase på CBS)

Tværgående søgefunktion på CBS Library. Indeholder alle journals, som biblioteket abonnerer på. Begrænsning: Social Science

Alle nedenstående søgninger er kategoriseret i emner ved hjælp af en klyngefunktion. Klyngefunktionen* reducerer antallet af hits betydeligt og kategoriserer søgningen i underemner. De enkelte hits i underemnerne overlapper til dels hinanden.

Generel søgning:

Søgning 1: Accreditation hits 23.000

1) Accreditation 23 hits 2) hospital accreditation 3 hits 3) school accreditation 2 hits 4) quality of care 4 hits 5) impacts 4 hits 6) Australia 4 hits 7) Australian 2 hits 8) Standards 4 hits 9) Therapist 2 hits 10) evaluation 2 hits 11) nursing 2 hits 12) study 7 hits 13) criminal justice 2 hits

Specifik søgning:

Søgning 2: Accreditation and municipality or community or disabled or handicapped hits 133.000

1) Community care 7 hits 2) Longitudinal studies by linkage to national databases ... 4 hits 3) disability 4 hits 4) Practice 4 hits 5) academia 2 hits 6) new directions 2 hits 7) studies 7 hits 8) longitudinal studies by linkage to national databases ... 2 hits 9) management 4 hits 10) environmental 2 hits

Søgning 3: Accreditation and social or children or elder 583.000 hits

1) accreditation 8 hits 2) "accreditation" 6 hits 3) physician is accredited a study 4 hits 4) social work education 5 hits 5) children born after ICSI compared 3 hits 6) licensing 2 hits 7) contemporary 2 hits 8) children born 8 hits 9) children born 4 hits 10) development of 2-year-old children born 4 hits 11) spontaneously conceived children 2 hits 12) cognitive and motor development 2 hits 13) assessment 2 hits 14) follow-up 2 hits 15) standard 2 hits.

*) også kaldet cluster-funktionen

Pubmed

En service under U.S. National Library of Medicine, der inkluderer over 18 mio. Citations fra MEDLINE og andre sundhedsvidenskabelige artikler og tidsskrifter tilbage fra 1948

Generel søgning:

1) Accreditation: > 16.000 hits 2) Accreditation and elder: 12 hits 3) Accreditation and disabled: 43 hits 4) Certification 16.205 hits 5) Indicator 72.600 hits 6) Quality Control 107.922 hits 7) Quality assessment 100.954 hits 8) Performance Measurements 44.062 hits

Specifik søgning:

1) Accreditation AND elderly 515 hits 2) Accreditation AND children 324 hits 3) Accreditation AND social 550 hits 4) Accreditation AND disabled 43 hits 5) Accreditation

<p><u>AND handicapped 31 hits</u></p> <p>ISQua</p> <p>ISQua research: Erfaringer fra den seneste forskning og best practice inden for akkreditering på sundhedsområdet. Indeholder bl.a. artikler, projekter og præsentationer.</p> <p><u>Generel søgning</u></p> <p>1) Accreditation 14 hits 2) Audit: 3 hits 3) Performance measurement: 19 (mange af de samme som accreditation) 4) Evaluation: 6 hits</p> <p><u>Specifik søgning</u></p> <p>Eksempler:</p> <p>Assessing the Reliability of Standardized Performance Indicators (artikel)</p> <p>The Cost of Implementing Hospital Accreditation - What are the benefits? (ikke afsluttet projekt)</p> <p>Examinations of the relationship between accreditation and clinical and organisational performance (her referencer til forskellige artikler)</p> <p>Creating Performance and Benchmarking for Australian general practices pilot project (præsentation i forbindelse med conference)</p>
<p>Google scholar</p> <p>Google Scholar muliggør en bred søgning inden for videnskabelig litteratur fordelt på mange fagområder og kilder. Materialet rummer afhandlinger, bøger, abstracts og artikler.</p> <p><u>Generel søgning</u></p> <p>1) Accreditation and hospital - 37.800 hits</p> <p>2) Accreditation and municipality or commuity: 2.000.000 hits</p> <p><u>Specifik søgning:</u></p> <p>"Reports on accreditation for elders" 4.190 hits</p> <p>Accreditation and elder og recent articles: 2.210 hits</p> <p>Accreditation and disabled, herefter "recent articles": 4.580 hits</p> <p>accrediation and elder and australia: 67.900 hits</p> <p>accreditation and elder and england: 44.600 hits</p>
<p>Social Science Research Network</p> <p>Netværk der formidler samfundsvidenskabelig viden.</p> <p><u>Generel søgning:</u></p> <p>"Accreditation" 92 hits</p> <p>"Audit" 1.000 hits</p> <p>"Certification" 546 hits</p> <p>Eksempler på artikler:</p> <p>Hotz, V. Joseph and Mo Xiao 2005: The Impact of Minimum Quality Standards on Firm Entry, Exit and Product Quality: The Case of the Child Care Market</p> <p>Vitale, Tommaso 2005: Activation and Contractualization in Local Welfare</p> <p>Specifikke søgninger giver ikke noget her</p>

Tabel 9.4 - Eksempler på søgestrategier og søgeord i relevante databaser

Endvidere er inddraget viden og litteratur fra akkrediteringsorganers hjemmesider (se optegnelse over akkrediteringsorganer).

Litteraturen, der danner baggrund for dette bilag er bl.a. vurderet ud fra litteratur, metoder og at der i artiklerne er foretaget en vurdering af resultaterne. Der er udarbejdet en bruttoliste over litteraturen (bilag 1 og 4).

Litteraturen er læst på en sådan måde, at det muliggjorde besvarelsen af de stillede spørgsmål, herunder afgrænsning af akkreditering samt hvordan den adskiller sig fra andre kvalitetsmodeller. Litteraturen er endvidere læst ud fra de udfordringer som akkrediteringen står overfor.

I forbindelse med litteraturstudiet er søgt assistance hos internationale og danske kvalitets - og akkrediteringsorganisationer, der har henvist til enkeltstående projekter samt suppleret med viden og erfaring om akkreditering.

Bilag 4 Bibliografi¹²⁶

- Accreditation Canada (2008). Canadian Health Accreditation Report. Based on analysis from surveys conducted in 2007
- Accreditation Canada (2008). Qmentum of q. (Nyhedsbrev, June 2008)
- Antonsen, K., Rasmussen, H. & Friis, J. (2006): Akkreditering i H:S. Oversættelser og stabilisering. Masterafhandling december 2006. Institut for Produktion og Erhvervsøkonomi, CBS
- Australian Government. Productivity Commission (2006). *Standard Setting and Laboratory Accreditation*, Research Report, Canberra, November 2006.
- Bowerman, M., Raby, H. & Humphrey, C. (2000). In Search of the Audit Society: Some Evidence from Health Care, Police and Schools. *International Journal of Auditing*, 4: 71-100 (2000)
- Braithwaite, J. (1998). Regulation and Quality in Aged Care: a Cross-National Perspective. *Australasian Journal on Ageing*, 17 (4) November 1998
- Challiner, Y. et al (2003). Performance indicators for hospital services for older people. *Age and Ageing* 2003; 32: 343–346. *Age and Ageing* Vol. 32 No. 3. British Geriatrics Society.
- Chelimsky, E. (1985). Comparing and Contrasting Auditing and Evaluation: Some Notes on Their Relationship. *Evaluation Review* 1985; 9; 48
- Choices, Challenges and Collaboration. Wellington, New Zealand, 19-23 February 2003
- CHKS (2008). Healthcare Accreditation: Dispelling the myths. CHKS Healthcare Accreditation and Quality Unit, v2.1 March 2008.
- Cotton, P., Fraser, I.A.M. & Ying Hill, W. (2000). The Social Audit Agenda - Primary Health Care in a Stakeholder Society. *International Journal of Auditing*, 4: 3-28 (2000)
- Dansk Standard (2004). Overensstemmelsesvurdering - Generelle krav til akkrediteringsorganer, der akkrediterer virksomheder, som foretager overensstemmelsesvurdering. DS/EN ISO/IEC 17011. 1. udgave. 2004-11-25
- Delmas M. & Montiel, I. (2008). The Diffusion of Voluntary International Management Standards: Responsible Care, ISO 9000, and ISO 14001 in the Chemical Industry. *The Policy Studies Journal*, Vol. 36, No. 1, 2008
- Deloitte (2008). Konkurrenceudsættelse på tilsynsområdet. STS-projektet. "Effektivisering gennem konkurrenceudsættelse". 23. oktober 2008
- Engel, C; Hundborg K (2008). Den Danske Kvalitetsmodel - fra teori til praktisk virkelighed. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*. Februar 1, 2008.
- Evaluation of the impact of accreditation on the delivery of quality of care and quality of life to residents in Australian Government subsidised residential aged care homes. Final Report - October 2007
- Fitzpatrick, J.J. (2003). Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations White Paper: Health Care at the Crossroads: Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. *Policy, Politics, & Nursing Practice* 2003; 4; 71
- Frølich, A. & Christensen, M. (2002). Akkreditering af hospitaler. En gennemgang af internationale erfaringer. *Ugeskrift for Læger* 2002;164(38):4412

¹²⁶ Bibliografien omfatter også den anvendte litteratur i rapporten - se bilag 1.

- Færgeman, O. (2002). Evidensbaseret medicin, sundhedspolitik og administrativ kontrol med lægers arbejde. *Ugeskrift for Læger* 2002;164(11):1538
- Gambrill, E. (2007). Special Section. Promoting and Sustaining Evidence-Based Practice Views of Evidence-Based Practice: Social Workers' Code of Ethics and Accreditation Standards as Guides for Choice. University of California, Berkeley. *Journal of Social Work Education*, Vol. 43, No. 3 (Fall 2007)
- Greenfield, D. et al. (2007). Health Sector Community of Practice Literature: Final Report. A Content Analysis and Systematic Review of the Health Community of Practice Research Literature. Centre for Clinical Governance Research in Health
- Hamilton, N. (2003). Becoming an Outside Hours Care Quality Assurance Surveyor: An opportunity for professional development. National Child Care Accreditation Council. (Conference Paper. Queensland 30-31 August 2003)
- Hansen, H.F. (2008). Akkreditering: Kvalitetsledelse, konkurrenceregulering og/eller modefænomen? *Administrativ debat* nr. 2 08
- Hatting, A (2007). Akkreditering og klinisk praksis. En STS-analyse af forandring. Ph.d. afhandling Institut for Samfund og Globalisering, Roskilde Universitet.
- Hickey, A. et al (2004). Using clinical indicators in a quality improvement programme targeting cardiac care. *International Journal for Quality in Health Care* 2004; Volume 16, Supplement 1: pp. i11-i25
- Hotz, V.J. & Xiao, M. (2005). The Impact of Minimum Quality Standards on Firm Entry, Exit and Produce Quality. The Case of the Child Care Market. Working Paper 11873. National Bureau of Economic Research. 1050 Massachusetts Avenue. Cambridge, MA 02138. December 2005
- Højlund, H. & La Cour, A. (2001). Standardiseret omsorg og lovbestemt fleksibilitet - Organisationsændringer på et kerneområde i velfærdsstaten. *Nordiske Organisationsstudier* 3(2): 91-117
- Jones, J.C. (2007). Community Supervision Needs Evidence-Based Standards. *Probation and Parole Forum, Corrections Today*. Oct. 2007, pp 131-132
- Kaziliūnas, A. (2008). Problems of Auditing Using Quality Management Systems for Sustainable Development of Organizations. *Technological and Economic Development of Economy*. *Baltic Journal on Sustainability*. 2008 14(1): 64-75
- Kelly, A.M. (2003). Integrating Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations Standards Into Pain Management Practices. *Home Health Care Management Practice* 2003; 15; 231
- Knudsen, M. (2004). "Performance measurements" performer selv. - et sociologisk blik på præstationsmålinger. Bearbejdet version af et oplæg afholdt ved det 10. årsmøde i Dansk Forum for Sundhedstjenesteforskning, november 2004
- Krevi (2007). Measuring local council performance - Working Paper, September 2007 . www.krevi.dk
- Krøll, V. & Mainz, J. (2007) Den Danske Kvalitetsmodel - set i et kvalitetsudviklingsperspektiv. *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen*. December 10/2007
- Leeuw F.L. & Furubo, J.-E. (2008). Evaluation Systems: What Are They and Why Study Them? *Evaluation* 2008; 14; 157

- Levine, D.I. & Toffel, M. W. (2008). Quality Management and Job Quality: How the ISO 9001 Standard for Quality Management Systems Affects Employees and Employers. *Quality Management and Job Quality*
- Mor, V. et al (2003). Benchmarking and quality in residential and nursing homes: lessons from the US. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003; 18: 258–266.
- Murray, S. (1997). Minimum Australian Child Care Standards: A Comparison with International Benchmarks. *Australian Journal of Social Issues* Vol. 32 No 2 May 1997
- National Childcare Accreditation Council Inc. (2008). Family Daycare Quality Assurance. *Quality Trends Report*. 1st Jan.- 30th June 2008
- Norden (Nordisk Ministerråd) (2007). Kvalitetsmåling i sundhedsvæsenet i Norden. Nordisk Ministerråds arbejdsgruppe vedrørende kvalitetsmåling. *TemaNord* 2007:519
- Pollitt, C. (2006). Performance Information for Democracy: The Missing Link?. *Evaluation* 2006; 12; 38
- Quimbo, A. S. (2008). Should we have confidence if a physician is accredited? A study of the relative impacts of accreditation and insurance payments on quality of care in the Philippines. *Social Science & Medicine* 67 (2008) 505–510
- Robins, M.M, Scarll, S.J. & Key, P.E. (2006). Quality assurance in research laboratories. *Review Paper. Accred Qual Assur* (2006) 11: 214–223. DOI 10.1007/s00769-006-0129-5
- Schiøler, T. et al (2002). Akkreditering - forskellige modeller. En oversigt over udvalgte modeller til akkreditering i sundhedsvæsenet. *DSI*
- Schwartz, R. & Mayne, J. (2005). Assuring the quality of evaluative information: theory and practice. *Evaluation and Program Planning* 28 (2005) 1–14
- Schwarz S. & Westerheiden D. (Eds): *Accreditation and Evaluation in the European Higher Education Area*. Springer 2007.
- Scrivens, E. (1996). A Taxonomy of the Dimensions of Accreditation Systems. *Social Policy & Administration Issues*. No. 144-5596. VOL. 30, No.2, June 1996, pp. 114 124
- Shaw, C.D. (2000). External quality mechanism for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditaion, EFQM and ISO assessment in European Countries. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000. Vol. 12, Number 3, pp 169-175
- Shore, C. & Wright, S. (1999). Audit Culture and Anthropology: Neo-Liberalism in British Higher Education. *The Journal of the Royal Anthropological Institute*. Vol. 5. Nov. 4 (Dec. 1999), pp. 557-575
- Smits P.A. et. al. (2008). Conceptualizing performance in accreditation. *International Journal for Quality in Health Care* 2008. Vol. 20 nr. 1, pp 47-52.
- Sourdin, T. (2007). Australian National Mediator Accreditation System. Report on Project
- Swift, T.A., Humphrey, C. & Gor, V. (2000). Great Expectations?: The Dubious Financial Legacy of Quality Audits. *British Journal of Management*. Vol. 11.31.45 (2000)
- Taylor, D. (2004). Development of Standards and Measurement Tools for Quality Assurance Systems in Australian Children´s Services. National Child Care Accreditation Council. (Conference Paper, Irland 23-25 September 2004)

- Taylor, D. (2005). Child Care Quality Assurance - The Australian Approach. National Child Care Accreditation Council. (Conference Paper, Berlin 22-23 March 2005)
- Tilbury, C. (2004). The Influence of Performance Measurement on Child Welfare Policy and Practice. *British Journal of Social Work* (2004) 34, 225-241
- Valentine B. (2007) Licensing, Accreditation and Quality Improvement. *The Australian Journal of Public Administration*, vol. 66. nr. 2, pp 238-247.
- Van Thiel, S & Leeuw, FL (2002) The Performance paradox in the public sector. *Public Performance & Management Review*, Vol. 25 Nr. 3, March 2002 267-281.
- Vejle Fjord (2008). Why CARF is our accreditor of choice
- Vogd, W. (2002). An Increase in Professionalization or Erosion of Medical Autonomy? The Implications of Evidence Based Medicine and the New Functional Elites in Medicine Seen from the Perspective of Systems and Interaction Theory. *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 31, Heft 4. August 2002, S. 294-315
- Waks, C. (). Granskning i nätverk. En studie av ett ackrediterat sjukhuslaboratorium
- Wiener, C.L. (2003). The Elusive Quest: Accountability in Hospitals. *Qualitative Sociology*, Vol. 26, No. 1, Spring 2003
- Xiao, M. (2005). Is Quality Certification Effective? Evidence from the Childcare Market
- Yates, J. & Murphy. C.N. (2007). Coordinating International Standards: The Formation of the ISO. MIT Sloan Working Paper 4638-07. January 2007
- Zaslow, M. (2006). Child Outcome Measures in the Study of Child Care Quality. *Evaluation Review* 2006; 30; 577
- Zuiderent-Jerak. T. (2007). Standardizing healthcare practices; Experimental interventions in medicine and science and technology studies (rapport)
- Zuiderent-Jerak, T. (2007). Preventing Implementation: Exploring Interventions with Standardization in Healthcare. *Science as Culture*, 16:3, 311 - 329
- Østergaard Møller, S. (under udgivelse). Udvikling af faglig kvalitet af praktikerens ansvar og ret. Center for Kvalitetsudvikling. Region Midtjylland

Bilag 5 Materiale fra casestudier

Bispebjerg og Hvidovre Hospitaler

- Bispebjerg Hospital (2008). Udgangsrapport ved akkreditering af Bispebjerg Hospital, 2008
- Bispebjerg Hospital (2008). Joint Commission Internatioanl Accreditation. Application for Survey of a Hospital
- Board of Directors, Hvidovre Hospital (2008). Follow Up Report, Hvidovre Hospital Survey April 14 - 17, 2008
- Boding, M, Ross, A. (2005). Erfaringer og synspunkter på akkrediteringsforløbet i H:S. Resultater af telefon - og gruppeinterview, april/maj 2005. Right Kjaer & Kjerulf A/S
- Hospital Copenhagen, Denmark
- Hovedstadens Sygehusfællesskab (2002). Evalueringsrapport vedrørende akkreditering 2002. Right Kjaer & Kjerulf A/S.
- HR & Udvikling, Bispebjerg Hospital (2008). Opfølgingsrapport Akkreditering 2008
- HR & Udvikling, Bispebjerg Hospital (2007). Plan for Kvalitetsudvikling og Patientsikkerhed, Bispebjerg Hospital 2006-2008
- Hvidovre Hospital (2007). Kvalitet og patientsikkerhed på Hvidovre Hospital 2007 - 2008
- Hvidovre Hospital (2008). Kvalitetshåndbogen
- Joint Commission International Accreditation (April 2008). Exit Report of Survey Findings Hvidovre Hospital.
- Joint Commission International Accreditation (2008). Final Accreditation Survey Findings report. Bispebjerg Hospital Copenhagen, Denmark. 21. april 2008 - 24. april 2008
- Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital (200x) Program for Infektionsforebyggelse, Region H, Hvidovre Hospital
- Kvalitetsafdeling, Hvidovre Hospital (2008). Opfølgning på Survey 14 - 17. april 2008
- Kvalitetsrådet, Hvidovre Hospital (200x). Audit af kvalitetsstyringssystemet

- Kvalitetsrådet Hvidovre Hospital (2006). Dokumentstyring, december 2006
- Kvalitetsrådet, Hvidovre Hospital (2004). Kvalitetsplan for Hvidovre Hospital
- Region Hovedstaden (2008). Guide for akkreditering af hospitaler. 3. udgave. Joint Commission International
- Region Hovedstaden (2008). Internationale standarder for hospitaler. 3. udgave. Joint Commission International

Sygehus Sønderjylland

- Scheel LS & Knappe JB (2005). Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen -et tværsektorielt akkrediterings -og udviklingsprojekt for sygehuse, kommune og almen praksis, april 2005

LOS

- LOS (2007). Midtvejsevaluering af akkreditering i LOS, 2005-2007.
- <http://www.akkreditering.dk/>
- Akkrediteringsstandarder for opholdsteder, Kvalitetssekretariatet.
- Akkrediteringsstandarder for botilbud, Kvalitetssekretariatet.

Aabenraa Kommune

- Aabenraa Kommune (2002). Godkendt projektbeskrivelse KISS Aabenraa Kommune
- Aabenraa Kommune (2003). Fordeling af standarder i Pleje- og Aktivitetsområdet
- Aabenraa Kommune (2003). Vejledning til audit på indflytning i plejeboliger
- Aabenraa Kommune (2003) Distribution af materiale til alle medarbejdere
- Aabenraa Kommune (2003). Funktionsbeskrivelse for kvalitetspilot
- Aabenraa Kommune (2005). Tilbage melding vedrørende registrerede fejl ved medicin håndtering
- Aabenraa Kommune (2005). Risikostyring, procedurebeskrivelse ved fejl, nærfejl og utilsigtede hændelser
- Aabenraa Kommune (2005). Monitoring visit fredag den 10. juni 2005
- Aabenraa Kommune (2005). Medicin håndtering, procedurebeskrivelse
- Aabenraa Kommune (2004). Bilag med statusskemaer for 2004
- Aabenraa Kommune (2004). Risikostyring, procedurebeskrivelse ved savnet borger
- Aabenraa Kommune (2006), 1. udgave. Tunge løft
- Aabenraa Kommune (2005). Bilag med målskemaer for 2005
- Aabenraa Kommune (2004). Håndbog om katederpleje. Klinisk vejledning

- Aabenraa Kommune (2005). Virksomhedsplan for voksen- og omsorgsforvaltningen, Aabenraa Kommune
- Aabenraa Kommune (2005). Kvalitets- og Akkrediteringsforum, Kommissorium og forretningsorden.
- Aabenraa Kommune (200?). Kvalitetsorganisation KISS områderne i Aabenraa Kommune.
- Aabenraa Kommune (2005). Udvalg under Kvalitets- og Akkrediteringsforum.
- KISS (200?). Basisvurdering.
- KISS (2003). ISS springbræt for KISS. Nyhedsbrev.
- KISS (200?). Tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt.
- KISS (200?) Oversigt over handleplaner
- Scheel LS & Knappe JB, Kvalitet I Sønderjyllands Sundhedsvæsen - et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehuse, kommune og almen praksis, april 2005

Københavns Kommune

- Sundheds - og omsorgsforvaltningen Københavns Kommune (2008). Indrapporteringsskemaer for personer som skal læse akkrediteringsstandarder med henblik på forståelighed og målbarhed af de enkelte akkrediteringsstandarder og indikatorer. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet
- Sundheds - og omsorgsforvaltningen Københavns Kommune (januar 2008). Skemaer til udfyldelse af basisvurdering (IKAS) for plejecenter Sølund og Amargerbro hjemmepleje
- Sundheds - og omsorgsforvaltningen Københavns Kommune (2008). Oversigt vedrørende forståelighed og målbarhed til evalueringsrapport til IKAS
- Sundheds - og omsorgsforvaltningen Københavns Kommune (februar 2008). Den Danske Kvalitetsmodel. Evaluering af pilottest. Pilottest af kommunale akkrediteringsstandarder udviklet i 1. fase

Esbjerg Kommune

- Esbjerg Kommune (2003). Vejledning i "certificering af kvalitetsledelse og -udvikling i Ældresektoren", 2003
- Esbjerg Kommune (2003). Rapport og auditlog efter besøg 16. juni, 2003
- Esbjerg Kommune (2003). Brev til centerchefer på de to centre om certificeringsbesøg, 2003
- Esbjerg Kommune (2004). Program for auditbesøg 14. juni, 2004
- Esbjerg Kommune (2004). Opfølgning efter auditbesøg juni, 2004
- Esbjerg Kommune (2009). Interne notater vedrørende kommunale tilsyn, 2009

Gribskov Kommune

- Bundgård J.(2008). Den interne udviklings - og kvalificeringsstruktur. (hand-outs)Gribskov Kommune. (2008) Tilsyn med daginstitutioner og dagpleje. Notat.
- Gribskov Kommune. (2006). Bilag, observationer og evaluering, Offentligt notat vedrørende processen i pædagogisk kvalitetsevaluering.
- Gribskov Kommune (2007). Pædagogisk Kvalitetsevaluering. Første fase 2007 opsamling og evaluering. Dagtilbud Gribskov Kommune.
- Gribskov Kommune (2007) Pædagogisk Kvalitetsevaluering. Vejledning til ledere. Offentligt notat.
- Vynne, IM & Bundgaard Nielsen, J. Pædagogisk Kvalitetsevaluering - daginstitutionerne i Græsted Gilleleje Kommune i udbytterig proces. Gribskov Kommune.