

Til
IKAS

Dokumenttype
Endelig rapport

Dato
September 2012

EVALUERING AF DDKM I ALMEN PRAKSIS

EVALUERING AF DDKM I ALMEN PRAKSIS

Dato **2012-09-05**

INDHOLD

1.	Indledning	1
2.	Sammenfatning	3
2.1	Relevans	3
2.2	Anvendelighed	7
2.3	Udrulning på landsplan	8
2.4	Ressourceforbrug	9
2.5	Vurdering af det eksterne survey	9
3.	Kort om pilottesten af DDKM i almen praksis	11
3.1	Udvælgelse af deltagende praksis	11
3.2	Støtte og rådgivning	11
3.3	Eksternt survey	11
4.	Evaluerings gennemførelse	13
4.1	Spørgeskema til læger og øvrigt personale i almen praksis	13
4.2	Spørgeskema til surveyorteamet	13
4.3	Telefoninterviews med medarbejdere og ledere fra regionale kvalitetsafdelinger	14
4.4	Casebesøg i almene praksis	14
5.	Det samlede sæt af akkrediteringstandarder	16
5.1	Standardsættets anvendelighed	18
6.	Vurdering af de enkelte standarder	21
6.1	Tema 1: Det gode patientforløb	21
6.2	Patientinddragelse og patientinformation	26
6.3	Tema 3: Patientsikkerhed	28
6.4	Ledelse og organisation	34
6.5	Tema 5: Sygdomsspecifikke standarder	42
7.	Survey-konceptet	45
8.	Udrulning på landsplan	47
8.1	Implementeringsmæssig støtte	47
8.2	Øget klarhed omkring indhold og procedurer	47
8.3	Standardsættes opbygning	47
9.	Ressourceforbrug	49
9.1	Konkrete arbejdsopgaver i relation til implementeringen	50
Bilag 1: Fordelingshistogrammer		55

1. INDLEDNING

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et nationalt og tværgående akkrediteringssystem for det danske sundhedsvæsen¹. DDKM har til formål at fremme kvaliteten af patientforløb, at fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet samt at synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

DDKM er indført for sygehuse, privathospitaler, det præhospitale område, apoteker og kommuner. Målsætningen er, at DDKM på sigt også skal omfatte privat praktiserende læger, tandlæger, speciallæger, fysioterapeuter m.fl.

Institut for Kvalitet og Akkreditering (IKAS) har været ansvarlig for at udvikle og pilotteste akkrediteringsstandarder for almen praksis i relation til DDKM². IKAS har udarbejdet et sæt af akkrediteringsstandarder og en model for ekstern survey målrettet almen praksis i samarbejde med repræsentanter fra PLO, Danske Regioner, Danske Patienter, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Foreningen for Praktiserende Speciallæger (FAPS). Sættet består af 19 akkrediteringsstandarder, som tager afsæt i følgende overordnede temaer:

- Tema 1: Det gode patientforløb
- Tema 2: Patientinddragelse og patientinformation
- Tema 3: Patientsikkerhed
- Tema 4: Ledelse og organisation
- Tema 5: Sygdomsspecifikke områder.

Formålene med at indføre DDKM i almen praksis er:

- at fremme kvaliteten af ydelserne i alle almen lægepraksis, og at denne løbende udvikles og forbedres
- at dokumentere kvaliteten og fremme opfølgning og læring
- at fremme patientsikkerhed
- at fremme samarbejde på tværs af sektorerne.

Udover de generelle betingelser i DDKM er modellen for almen praksis baseret på det DAK-E³ initierede kvalitetsarbejde, som allerede er iværksat i almen praksis, herunder datafangst, indikatorsæt og DANPEP (patienttilfredshedsundersøgelser).

Standardsættet er i foråret 2012 blevet pilottestet af 26 almen praksis, fordelt på de 5 regioner⁴. De 26 praksis har arbejdet med hele standardsættet eller som minimum 10 udvalgte standarder samt deltaget i ekstern survey⁵.

Evalueringen er gennemført af Rambøll Management Consulting (herefter Rambøll) i umiddelbar forlængelse af pilottesten. Formålet med evalueringen har været at evaluere anvendelsen, forståelsen og relevansen af akkrediteringsstandarderne og surveyor-konceptet samt belyse eventuelle behov for yderligere redskaber i det videre implementeringsarbejde.

Evalueringen har fokuseret på følgende tre temaer:

Standardernes kliniske relevans, forstået som standardernes relevans i forhold til at højne kvaliteten i klinikkens patientforløb.

¹ Parterne bag modellen er Sundhedsstyrelsen, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Lægeforeningen (PLO) og Danmarks Apotekerforening.

² Dette indgår i overenskomsten indgået den 21. december 2010 mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn og PLO.

³ DAK-E - Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed - er oprettet som en enhed under Kvalitets- og Informatikfonden (KIF) og finansieres af midler fra overenskomstaftalen mellem Danske Regioner og PLO.

⁴ Der er udvalgt fem almen praksis i hver region dog 6 i Region Syddanmark.

⁵ Der er gennemført ekstern survey i 25 almen praksis

Standardernes anvendelighed, forstået som standardernes anvendelighed i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken.

Standardernes bæredygtighed, forstået som det ressourceforbrug, der er nødvendigt for at implementere standarderne i almen praksis, og den implementeringsmæssige støtte, der er nødvendig for at sikre en vellykket implementering af standarderne.

2. SAMMENFATNING

Pilotafprøvningen af de udviklede akkrediteringsstandarder for almen praksis er gennemført i perioden fra februar 2012 til juni 2012. Det samlede sæt af akkrediteringsstandarder er udarbejdet på baggrund af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og indeholder i alt 19 standarder.

I pilotperioden har 26 almen praksis implementeret hele standardsættet eller dele heraf (minimum 10 standarder). Som afslutning på pilotperioden er der gennemført en ekstern survey i hver af de deltagende praksis.

Rambøll har gennemført en ekstern evaluering af pilotafprøvningen af akkrediteringsstandarderne.

I det følgende præsenteres evalueringens fund inden for hvert af de tre evalueringstemaer:

Standardernes kliniske relevans, forstået som standardernes relevans i forhold til at højne kvaliteten i klinikkens patientforløb.

Standardernes anvendelighed, forstået som standardernes anvendelighed i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken.

Standardernes bæredygtighed, forstået som det ressourceforbrug, der er nødvendigt for at implementere standarderne i almen praksis, og den implementeringsmæssige støtte, der er nødvendig for at sikre en vellykket implementering af standarderne.

Boks 1: Kategorier i spørgeskemaundersøgelsen

Lægernes, det øvrige personale og surveyorteamets vurdering af standarderne præsentes i rapporten som et gennemsnit. Respondenterne har besvaret spørgsmålene på en skala fra 1 til 5, der svarer til følgende vurderinger:

1=Slet ikke, **2**=I mindre grad, **3**=I nogen grad, **4**=I høj grad, **5**=I meget høj grad

2.1 Relevans

Evalueringen viser, at læger samt det øvrige personale i de deltagende almen praksis samlet set oplever, at akkrediteringsstandarder i *nogen grad* vil medvirke til at fremme kvaliteten i klinikkens patientforløb, dokumentere kvaliteten og fremme patientsikkerheden. Hovedparten af interviewede læger og det øvrige personale på de besøgte casepraksis oplever, at akkrediterings- og kvalitetstankegangen overordnet set er nyttig, fordi man som praksis får gennemtænkt de nuværende arbejdsgange og procedurer. Nogle læger og øvrigt personale fortæller, at de indledningsvist var skeptiske, men at de efterfølgende kunne se, at det har været godt at få talt klinikkens procedurer og arbejdsgange igennem, og at arbejdet har ført til forbedringer i klinikkens arbejdsgange.

Generelt oplever hovedparten af de interviewede læger, at det nuværende standardsæt med 19 standarder er for omfattende, og at det er vanskeligt at finde den nødvendige tid til arbejdet i en travl arbejdsdag, hvor der i forvejen er mange krav til indberetninger mv. Det skal dog i denne sammenhæng bemærkes, at klinikkerne reelt set kun har haft 2-3 måneder til at implementere standarderne i forbindelse med pilottesten.

Desuden synes flere, at det er svært at forstå opbygningen og tankegangen bag standardsættet. Flere læger giver udtryk for, at de i starten fejlagtigt troede, at standarderne indeholdt fastlagte krav til en bestemt måde at tilrettelægge arbejdet på, og at de har brugt en del tid på at finde ud af, hvordan de som praksis skal arbejde med standarderne, og hvilket implementeringsniveau der forventes.

Der ses en tendens til, at lægerne, sammenlignet med det øvrige personale, vurderer, at standarderne er mindre klinisk relevante.

Den nedenstående tabel viser henholdsvis lægernes og det øvrige personales samlede vurdering af akkrediteringsstandarderne.

Tabel 2-1: Vurdering af det samlede sæt af akkrediteringsstandarder

Spørgsmål til det samlede sæt af akkrediteringsstandarter	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at indførelsen af akkrediteringsstandarterne for almen praksis vil?		
- Fremme kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2.8	3.4
- Dokumentere kvaliteten?	3.1	3.5
- Fremme patientsikkerheden?	2.8	3.4
- Fremme samarbejde på tværs af sektorerne?	2.2	3.1
I hvilken grad vurderer du, at ressourceforbruget, forbundet med arbejdet med akkrediteringsstandarterne, er rimeligt i forhold til nytteværdien for kvaliteten/patientsikkerheden i klinikken?	2.5	3.1

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N for lægerne = 50-52, og N for øvrigt personale = 58-63.

Der ses ikke store variationer i vurderingen af de enkelte standarder, men der er en tendens til, at de standarder, hvor der i forvejen eksisterer kliniske retningslinjer eller vejledninger fra eksempelvis DSAM⁶ eller Sundhedsstyrelsen, opleves som mest klinisk relevante. Det gør sig eksempelvis gældende for standard 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser samt standard 4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine. Det er samtidigt områder, hvor flere almen praksis fremhæver, at de allerede lever op til retningslinjerne, men at det har været nyttigt at få en større systematik og synlighed omkring klinikkens procedurer.

Samtidigt er der en tendens til, at de standarder, der vurderes at være mindst relevante, er på områder, som berører relationer mellem læge og patienter, eksempelvis standard 2.1 Medinddragelse af patienter og pårørende og standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet. Det fremhæves af flere læger, at det er vanskeligt at formulere en procedure for håndtering af relationer mellem læge og patient, fordi relationen er meget individuel, og at man derfor handler på baggrund af kendskabet til den enkelte borger. For mange praksis er der med de nævnte standarder tale om områder, hvor man ikke allerede har fastlagte procedurer, og der er derfor også ofte et større arbejde forbundet med at implementere standarderne.

Den nedenstående tabel viser de standarder, som lægerne samlet set vurderer, er henholdsvis mest og mindst relevante i forhold til at højne kvaliteten i klinikken.

⁶ Dansk Selskab for Almen Medicin

Tabel 2-2: Den samlede vurdering af de enkelte standarder i forhold til klinisk relevans

Klinisk relevans	Gennemsnit	
5 højest vurderede	Læger	Øvrigt personale
3.5 Akutberedskab og hjertestop	3,2	3,8
3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser	2,9	3,5
5.1 Sygdomsspecifikke standarder: Diabetes	2,9	3,4
4.5 Håndtering af kliniske utensiler og medicin/vaccine	2,8	3,5
3.2 Lægemeddelordination og receptfornyelse	2,8	3,5
5 lavest vurderede		
4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet	2,6	2,6
1.5 Koordinering af patientforløb	2,4	2,9
1.1 Tilgængelighed og ventetid i klinikken	2,3	2,8
4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	2,2	3,1
2.1 Medinddragelse af patienter og pårørende	2,0	2,9

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N varierer mellem 15 og 43 for de enkelte standarder.

Der ses en tendens til, at de deltagende læger generelt har en lavere vurdering af standardernes kliniske relevans og anvendelighed end det øvrige personale (sygeplejersker, sekretærer mv.). Den største forskel ses for standarderne i tema 2 "Medinddragelse af patienter/pårørende" og tema 3 "Patientsikkerhed". På de gennemførte casebesøg har det øvrige personale fremhævet, at de har oplevet et stort udbytte af at arbejde med disse standarder, fordi det har forbedret og tydeliggjort klinikkens procedurer, hvilket gør deres arbejde lettere i hverdagen, og at arbejdet med standarderne gør det nemmere for nyankomne og uddannelseslæger at starte i klinikken.

Særligt sygeplejersker har eksempelvis fremhævet, at det har været relevant at arbejde med standard 3.4 Hygiejne, fordi det har skærpet klinikkens opmærksomhed på dette område. Flere sekretærer og sygeplejersker har fremhævet, at det har været brugbart at få klare procedurer for lægemiddelordination og receptfornyelse (standard 3.2 Lægemeddelordination og receptfornyelse), fordi det understøtter en større ensartethed i arbejdsgangene på området. Ligeledes har det øvrige personale i flere almen praksis påpeget, at det har været hensigtsmæssigt at få opdateret klinikkens arbejdsgange i forbindelse med akutte situationer (standard 3.5 Akutberedskab og hjertestop), og at det giver en tryghed at vide, at klinikkens procedurer ved akutte situationer er gennemgået.

Samtidigt viser spørgeskemaundersøgelsen en generel tendens til, at surveyorteamet vurderer de enkelte standarder højere end lægerne og det øvrige personale i almen praksis.

Den nedenstående tabel viser den gennemsnitlige vurdering af alle standarderne fordelt på faggrupper.

Tabel 2-3: Samlet vurdering af alle standarderne i standardsættet fordelt på forskellige faggrupper

Praksis type	Klinisk relevans
Almen praksis	2,9
Læger	2,6
Øvrigt personale	3,2
Surveyor-team	3,4

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N > 15 og < 49. N kan ikke beregnes præcist, idet gennemsnittet er beregnet ud fra de enkelte gennemsnit for hver indikator i anvendelighedsbatterierne.

Yderligere ses en tendens til, at flermandspraksis oplever, at standarderne er mere relevante sammenlignet med enkeltmandspraksis (se tabel 2-4 nedenfor). Hovedparten af de interviewede læger og øvrigt personale i enkeltmandspraksis oplever, at standardsættet er meget omfattende for en enkeltmandspraksis med få ansatte. Særligt standarderne inden for tema 1 "Det gode patientforløb" og tema 5 "Sygdomsspecifikke standarder" vurderes lavere af enkeltmandspraksis sammenlignet med flermandspraksis i forhold til relevans. I forbindelse med de uddybende case-besøg har flere enkeltmandspraksis ligeledes fremhævet, at særligt standard 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken er for omfattende for en enkeltmandspraksis.

Tabel 2-4: Gennemsnitlig vurderet relevans for hver enkelt standard fordelt på praksistype

Gennemsnit for klinisk relevans		
	Enkeltmandspraksis	Flermandspraksis
1.1 Tilgængelighed og ventetid	2,1	2,8
1.2 Udredning og behandlingsforløb	2,5	3,1
1.3 Henvisning	2,4	3,0
1.4 Sårbare grupper	2,7	3,3
1.5 Koordinering af patientforløb	2,3	3,0
2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende	2,5	2,7
3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser	3,1	3,2
3.2 Lægemedelordination og receptfornyelse	2,8	3,3
3.3 Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøvemateriale	2,7	3,0
3.4 Hygiejne	2,9	3,2
3.5 Akutberedskab og hjertestop	3,4	3,5
3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	2,8	2,7
4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken	2,8	3,1
4.2 Ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale	2,7	2,9
4.3 Klinikken som uddannelsessted	2,9	3,2
4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet	2,4	2,8
4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine	3,2	3,2
4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	2,6	2,7
5.1 Diabetes	3,0	3,4

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N varierer mellem 8-59. Forskellen mellem gruppernes gennemsnit er ikke signifikant med et fastsat alfa-niveau på 0,05. Dette kan imidlertid skyldes det forholdsvist lille N for begge grupper.

Flere af de interviewede medarbejdere og ledere i de regionale kvalitetsafdelinger vurderer ligeledes, at det er en udfordring, at standardsættet skal kunne rumme meget forskellige praksistyper.

per lige fra store flermåndspraksis med mange ansatte til en enkeltmandsklinik med en enkelt læge og en sekretær. Der er således en forståelse for, at nogle af de nuværende standarder kan virke omfattende for mindre praksis. Samtidigt understreges det af flere af de interviewede fra de regionale kvalitetsafdelinger, at det nuværende standardsæt samlet set vurderes at have et minimumsmæssigt niveau rent omfangsmæssigt, og at man gerne så standardsættet udbygget med flere standarder. En af repræsentanterne fra de regionale kvalitetsafdelinger foreslår, at en mulighed for at imødekomme de to ovennævnte hensyn kan være at differentiere mellem enkelt- og flermåndspraksis for udvalgte standarder.

2.2 Anvendelighed

Samlet set vurderer læger og det øvrige personale, at standardsættet *i nogen grad* eller *i høj grad* er anvendelig og forståelige i forhold til klinikkens kvalitetsarbejde. Den nedenstående tabel viser lægernes, det øvrige personale og surveyortemaets samlede vurdering af alle standarderne i forhold til anvendelighed.

Tabel 2-4: Den samlede vurdering af alle standarder i standardsættet fordelt på faggrupper

Faggruppe	Anvendelighed
Almen praksis	3,3
Læger	3,1
Øvrigt personale	3,4
Surveyor-team	3,5

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsenerne fra 1-5. N > 15 og < 49. N kan ikke beregnes præcist, idet gennemsnittet er beregnet ud fra de enkelte gennemsnit for hver indikator i anvendelighedsbatterierne.

De uddybende casebesøg viser, at det forudgående kendskab til kvalitetstankegangen, herunder kvalitetscirklen, i den enkelte almene praksis har betydning for, hvordan man oplever præsentationen og beskrivelserne af standarderne. De praksis, der er vant til kvalitetstankegangen, synes, at præsentationen af standardsættet er logisk opbygget med formål, indhold og trin 1, 2, 3 og 4 (hvilket følger tankegangen i PDSA kvalitetscirklen⁷). Andre oplever, at det er svært at læse beskrivelserne af standarderne, at sproget er tungt, og at der er mange gentagelser i de enkelte faser/trin.

På de gennemførte casebesøg er der en overvægt af praksis, som har brugt en del tid på at læse og forstå materialet. De forklarer, at det dels hænger sammen med, at sprogbruget har været nyt for dem, dels at det har været uklart for dem, hvordan de præcist skulle arbejde med standarderne, og hvilket implementeringsniveau der blev forventet. Eksempelvis opleves nogle af standardbeskrivelserne som ukonkrete, og der efterspørges et mere praksisnært sprogbrug med flere eksempler og konkrete målsætninger. Ligeledes efterspørges der flere konkrete henvisninger til overenskomsten mv., så man let kan finde henvisningen.

Flere påpeger i denne forbindelse, at det har været meget nyttigt at få besøg af praksiskonsulenterne, der har informeret om arbejdet med standardsættet og støttet klinikkerne i implementeringen.

Ifølge en af de interviewede repræsentanter fra de regionale kvalitetsafdelinger skal dette ses i sammenhæng med, at mange almene praksis generelt ikke har arbejdet meget med den tankegang (kvalitetscirklen PDSA), der bliver introduceret med Den Danske Kvalitetsmodel. Der er derfor store forskelle på den organisatoriske bevidsthed i de enkelte praksis. Det fremhæves i den forbindelse, at der kan være behov for indledende støtte og undervisning i den tankegang, der ligger bag standarderne. Dette understøttes af de gennemførte casebesøg, hvor flere almen praksis pointerer vigtigheden af, at man som praksis får en god introduktion og løbende støtte til arbejdet med standarderne.

Den nedenstående tabel viser de standarder, som lægerne vurderer henholdsvis højest og lavest i forhold til anvendelighed.

⁷ PDSA-Kvalitetscirklen står for Plan-Do-Study-Act, som er de fire trin i kvalitetscirklen.

Tabel 2-5: Den samlede vurdering af de enkelte standarder i forhold til anvendelighed

Anvendelighed	Gennemsnit	
5 højest vurderede	Læger	Øvrigt personale
3.5 Akutberedskab og hjertestop	3,6	3,9
4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine	3,4	3,7
3.2 Lægemeddelordination og receptfornyelse	3,4	3,7
3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser	3,3	3,7
3.4 Hygiejne	3,2	3,8
5 lavest vurderede		
4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet	3,0	3,0
1.5 Koordinering af patientforløb	3,0	3,1
1.2 Udredning og behandlingsforløb	2,9	3,2
1.4 Sårbare grupper	2,9	3,0
2.1 Medinddragelse af patienter og pårørende	2,8	3,0

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsenerne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsenerne fra 1-5. N varierer mellem 15 og 46 for de enkelte standarder.

2.3 Udrulning på landsplan

Evalueringen viser, at der er en række implementeringsmæssige forhold, som kan understøtte en eventuel fremadrettet udrulning på landsplan af DDKM i almen praksis. Kvalitetsudviklingen i Den Danske Kvalitetsmodel bygger på kvalitetscirklen, der også er kendt som PDSA-cirklen⁸. Evalueringen har vist, at der er stor forskel på den forudgående erfaring, som de enkelte almen praksis har i forhold til at arbejde med organisations- og kvalitetsudvikling med udgangspunkt i kvalitetscirklen. Som følge heraf er der forskel på, hvordan man som almen praksis oplever det at anvende kvalitetscirklen som et arbejdsredskab, der kan danne udgangspunkt for en fælles læringsproces.

Det er på den baggrund Rambølls vurdering, at det vil fremme en vellykket national udrulning af standardsættet, at der sikres adgang til implementeringsmæssig støtte til de almen praksis, som har behov herfor. Ligeledes kan den implementeringsmæssige støtte med fordel indarbejdes i de eksisterende vejledninger og efteruddannelsesstilbud.

Den nuværende udformning af standardsættet lægger op til en stor indholds- og proceduremæssig frihed, i forhold til hvordan man som almen praksis vil arbejde med de enkelte standarder. Det har været en udbredt tilbagemelding fra de involverede praksis i pilotafprøvningen, at den store implementeringsmæssige frihed til en vis grad har vanskeliggjort arbejdet med standardsættet, fordi det har skabt usikkerhed om, hvordan man som praksis skal arbejde med standarderne, og hvad der forventes i forhold til at opnå akkreditering. Blandt andet efterspørger flere praksis eksempler på, hvordan man som praksis kan dokumentere, at man arbejder efter standarderne, og viden om, hvad der skal til for at opfylde kvalitetskravene. Ligeledes har hovedparten af de interviewede praksis vanskeligt ved at se, hvordan man meningsfuldt kan arbejde mundtligt med procedurerne, og størstedelen har derfor valgt skriftlige procedurer.

Det er på den baggrund Rambølls vurdering, at der er behov for et udbygget vejledningsmateriale med konkrete eksempler på, hvordan de enkelte standarder kan udformes og implementeres. Dette er særligt relevant for de standarder, hvor der ikke eksisterer detaljerede kliniske retningslinjer eller andet vejledningsmateriale (eksempelvis standard 1.4 Sårbare grupper, standard 2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende og standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet). Det har eksempelvis været uklart for flere pilotpraksis, hvordan man skal afgrænse gruppen af sårbare patienter.

En stor del af praksispersonalet i de besøgte casepraksis synes, at det har været vanskeligt at læse og forstå standardsættet, fordi beskrivelserne nogle steder er for ukonkrete, og materialet

⁸ PDSA-cirklen står for Plan-Do-Study-Act, som er de fire trin i kvalitetscirklen.

er tungt, fordi der er mange gentagelser i beskrivelserne mellem eksempelvis trin 1 og 2 som følge af anvendelsen af kvalitetscirklen PDSA.

Evalueringen peger på den baggrund på, at de almen praksis ser et behov for at gøre materialet og beskrivelserne i standardsættet mere enkelt og mere konkret de steder, hvor det er muligt. Eksempelvis efterspørger flere praksis mere konkrete henvisninger i de angivne referencer, så det klart fremgår, hvor man kan finde en given fastsættelse i overenskomsten mv.

2.4 Ressourceforbrug

Det har været vanskeligt at afdække det præcise ressourceforbrug forbundet med at indføre DDKM i almen praksis. Dette skyldes dels, at en del af akkrediteringsstandarden lægger tæt op ad den gældende overenskomst, kliniske retningslinjer og vejledninger mv., og det er derfor vanskeligt at lave en præcis afgrænsning af de nye arbejdsgange, som følger af indførelsen af DDKM. Dels har de medvirkende klinikker i pilotprojektet haft vanskeligt ved at vurdere, hvor lang tid de har brugt på at arbejde med standarderne, fordi særligt lægerne oplever, at en del af tidsforbruget er gået med at overveje, hvordan man konkret skal arbejde med kvalitetsstandarderne.

Evalueringen viser, at det fremadrettede ressourceforbrug til implementering af DDKM i almen praksis vil variere meget mellem de enkelte klinikker. Dette skyldes til dels forskelle i de organisatoriske forhold mellem klinikkerne, hvor særligt praksisstørrelse vurderes at være afgørende. Dels det organisatoriske udgangspunkt eksempelvis i forhold til hvilke procedurer, man har i udgangspunktet i klinikken samt det indledende kendskab til kvalitetsarbejde på baggrund af tankegangen i PDSA kvalitetscirklen.

Derudover viser evalueringen, at der er stor forskel på, hvordan de enkelte praksis har tilrettelagt arbejdet med standarderne, hvilket skyldes, at der er få proceduremæssige krav i standardsættet. Hovedparten af de besøgte pilotpraksis oplever, at de har brugt meget tid på at tænke over, hvordan de skulle arbejde med standarderne, og hvad kvalitetsmodellen konkret indeholdt. Mange har fundet ud af, at de allerede har opfyldt standarderne, og deres arbejdsopgaver har derfor været at tale om de gældende procedurer og eventuelt nedskrive disse som følge af, at standarderne ligger sig tæt op ad overenskomsten.

Nogle praksis oplever, at det har været mest tidskrævende at arbejde med de standarder, der ikke er så detaljeret beskrevet, og de standarder, hvor der ikke allerede foreligger kliniske retningslinjer. Særligt standarderne i tema 4: Ledelse og organisation har været tidskrævende for flere praksis, fordi man oplever, at det er områder, som ligger uden for praksis' kerneområder, og hvor flere ikke i forvejen har nedskrevet procedurer. Modsat oplever mange, at de i forvejen har detaljeret procedurer for tema 5: Sygdomsspecifikke sygdomme: Diabetes.

2.5 Vurdering af det eksterne survey

Som afslutning på pilotafprøvningen er der gennemført en ekstern survey i alle de deltagende praksis.

Som det fremgår af nendestående tabel 2-6, vurderer de involverede læger, at surveyorteamet har en relevant deltagersammensætning (3,6), at surveyorteamet har de rette faglige kompetencer til at kunne vurdere kvaliteten i almen praksis (3,6), og at den anvendte metode under besøget er velegnet (3,5). Den positive vurdering af surveyorteamets faglighed og deltagersammensætning er ligeledes blevet fremhævet på de gennemførte casebesøg, hvor hovedparten oplever, at surveyorteamet var meget professionelt, fagligt kompetent og god til at stille relevante spørgsmål.

De adspurgte læger vurderer samlet set, at surveyorteamet *i nogen grad* var brugbart i forhold til det videre arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i klinikken (3,0) samt at surveykonceptet *i nogen* eller *i mindre grad* har medført kvalitetsudvikling og læring i almen praksis (2,7). På de gennemførte casebesøg er dette blevet udbygget med, at hovedparten af de besøgte praksis oplever, at surveyorteamets besøg har været positivt i forhold til klinikkens kvalitetsudvikling, fordi besøget har haft et læringsperspektiv, da det har givet anledning til relevante uddybende samtaler med surveyorteamet omkring klinikkens kvalitetsudvikling. I nogle casepraksis

eksemplificeres dette med, at det har været brugbart at få andre øjne på kvalitetsudviklingen i klinikken, og at man har lært af den evalueringsrapport, som surveyorteamet har udarbejdet på baggrund af besøget (fire casepraksis har fremhævet dette som positivt). Samtidigt oplever nogle praksis, at det er vanskeligt for surveyorteamet at vurdere klinikkens reelle kvalitetsniveau, fordi det ikke belyses, hvorvidt standarderne reelt er implementeret og efterleves. I denne sammenhæng fremhæver en praksis, at de savner mere fokus på reel dokumentation, idet praksispersonalet sætter spørgsmålstegn ved, hvordan man reelt dokumenterer kvalitetsarbejdet på baggrund af den eksterne survey.

Flere af de interviewede medarbejdere og ledere fra de regionale kvalitetsafdelinger vurderer, at det er vigtigt, at der gennemføres en ekstern survey jævnligt, fordi det giver en sikkerhed for kvalitetsniveauet i almen praksis. Det påpeges dog af en af de regionale kvalitetskonsulenter, at den nuværende organisering er meget ressourcetung, og at man med fordel kan overveje en øget brug af IT, hvor man eksempelvis ved brug af vignetter vurderer behandlingen af bestemte patientgrupper.

Lægernes og surveyorteamets besvarelser fremgår af nedenstående tabel. De fem spørgsmål i spørgeskemaet, der spurgte til klinikkens oplevelse af surveyorteamet, er kun blevet besvaret af én person i hver klinik, og i alle tilfælde har vedkommende været læge.

Tabel 2-6: Lægernes og surveyorteamets vurdering af survey-konceptet

Spørgsmål:	Almen praksis (Gennemsnit på 1-5 skala)	Surveyorteam (Gennemsnit på 1-5 skala)
Survey-konceptet har skabt kvalitetsudvikling i almen praksis	2,7	3,1
Besøget var brugbart ift. det videre arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i klinikken	3,0	3,3
Surveyorteamet havde en relevant deltagersammensætning	3,6	4,1
Surveyorteamet havde de rette faglige kompetencer til at kunne vurdere kvaliteten i almen praksis	3,6	4,1
Den anvendte metode under besøget var velegnet (interview og feedback)?	3,5	3,8

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N for almen praksis = 22-24, N for surveyorteam = 14-16.

3. KORT OM PILOTTESTEN AF DDKM I ALMEN PRAKSIS

Pilottesten af standardsættet er en vigtig del af udviklingsprocessen og er endvidere et krav, hvis den internationale akkrediteringsorganisation ISQua skal godkende standarderne internationalt. Pilottesten er gennemført i perioden fra den 15. februar 2012 til den 15. juni 2012.

3.1 Udvælgelse af deltagende praksis

Alle almen praksis har kunnet ansøge om at deltage i pilottesten af akkrediteringsstandarderne. I forbindelse med godkendelse af projektbeskrivelsen blev det besluttet, at det var praksisudvalgene i de enkelte regioners opgave at udvælge, hvilke fem af de tilmeldte praksis fra deres region, der skulle deltage i pilottesten.

Kriterierne for udvælgelse var, at tre af de fem praksis skulle være enkeltmandspraksis, og at to praksis skulle være flermandspraksis. Derudover tilstræbtes variation med hensyn til implementeringsparathed, dvs. at man så vidt muligt forsøgte at inkludere praksis, der virkede meget udviklingsorienterede, og praksis, der virkede mindre udviklingsorienterede.

De udvalgte praksis har minimum udvalgt 10 akkrediteringsstandards, som de har arbejdet med i pilotperioden, men nogle praksis har valgt at arbejde med hele standardsættet.

Pilotafprøvningen har som udgangspunkt omfattet alle faggrupper i klinikken (læger, sygeplejersker, bioanalytikere, sekretærer mv.), og arbejdet har været forskelligt tilrettelagt i de enkelte klinikker.

3.2 Støtte og rådgivning

Alle deltagende almen praksis har fået tilknyttet en praksiskonsulent fra de enkelte regioner, der har fungeret som klinikkens sparringspartner under hele pilottesten. Praksiskonsulenten har bl.a. forestået det introducerende praksisbesøg, som alle deltagende praksis har haft i begyndelsen af forløbet. Derudover har de deltagende praksis haft mulighed for at aftale et rådgivningsbesøg med deres praksiskonsulent midtvejs i forløbet, hvor der har været mulighed for rådgivning og sparring i forhold til status for projektet og/eller tolkning og implementering af standarderne.

Udover den rådgivning og sparring, som praksiskonsulenten har bidraget med, har de deltagende praksis kunnet trække på forskellige støttematerialer undervejs i forløbet, herunder en skabelon til at skriftliggøre standarderne (skriftlighed har ikke været et krav i pilotperioden), et skema til selvevaluering og opbygning af handleplaner samt et skema til evaluering af pilottesten.

3.3 Ekstern survey

Som led i pilottesten er der gennemført en ekstern survey i de deltagende praksis. Surveyor-teamet bestod af ovennævnte praksiskonsulenter (praktiserende læge) og en konsulent fra IKAS. Surveyor-teamet aflagde et besøg af 4-5 timers varighed hos hver af de deltagende praksis i slutningen af pilotperioden, hvor de foretog en ekstern besigtigelse af, om klinikken levede op til de udvalgte standarder. Surveyor-teamene havde forinden deltaget i et 2-dages kursus i at være ekstern surveyor. Surveyor-teamet foretog ikke en egentlig akkreditering, men kom blot med forslag til forbedringer de steder, hvor de vurderede, at klinikken ikke fik det fulde kvalitetsudbytte af standarden.

Nedenstående tabel viser, hvilke praksis der har deltaget i pilottesten fordelt på regioner.

Tabel 3-1: Oversigt over de almen praksis, som har deltaget i pilotprojektet

Praksis-type	Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Syddanmark
Enkelt- mands- praksis	Læge Louise Kaarsen	Læge Jes Kristiansen	Læge Claus Tideman-Dal	Læge Dennis Staahltoft	Læge Michael Garsaae
	Læge Ole Eg	Læge Helle Frandsen	Læge Niels Guldager	Læge Jan Nybo	Læge Uwe Jansen
	Læge Morten Vaagholt	Lægehuset i Rørby	Lægerne Bruun & Hoffman	Nick Stig Rasmussen	Lægehuset Kirkebjerg
					Lægehuset i Varde
Flermands- praksis	Lægerne i Strandgade	Lægehuset i Borup	Lægerne Falhof, Lenz og Berg	Lægerne i Jernbanegade	Lægerne Skibbroen
	Lægerne Gam-mel Mønt	Lægehuset i Mørkøv	Lægerne Stadion Alle	Lægerne Hald, Rabjerg, Herlöv og Vase	Lægerne i Gram

4. EVALUERINGENS GENNEMFØRELSE

Evalueringen er gennemført i perioden fra marts 2012 til august 2012 som en såkaldt ex post-evaluering. Rambøll har derfor ikke haft indflydelse på udformningen af pilottesten. Formålet med evalueringen har været at afdække, om akkrediteringsstandarderne og survey-konceptet opleves som klinisk relevante, anvendelige og bæredygtige (forstået som omkostningseffektive) for arbejdet i almen praksis.

Til at belyse dette er der gennemført følgende aktiviteter:

- Spørgeskema til alle læger og øvrigt personale i de almen praksis, som har deltaget i pilottesten
- Spørgeskema til medarbejderne i surveyor-team
- Interview med 5 medarbejdere og ledere fra regionale kvalitetsafdelinger (1 i hver region)
- Casebesøg i 10 almen praksis, som har deltaget i pilotprojektet.

4.1 Spørgeskema til læger og øvrigt personale i almen praksis

Hensigten med at sende et spørgeskema til alle læger og øvrigt personale i de deltagende praksis har været at sikre bredde i evalueringen.

I spørgeskemaet er der indbygget baggrundsoplysninger om respondenternes uddannelsesmæssige baggrund, og det har derfor været muligt at belyse eventuelle forskelle i besvarelserne på tværs af faggrupper i klinikken.

Spørgeskemaet har haft fokus på at afdække respondenternes vurdering af den kliniske relevans og standardernes anvendelighed og bæredygtighed. Spørgeskemaet er opbygget således, at der er nogle spørgsmål, der går igen i forhold til de enkelte temaer og standarder. Dette har givet mulighed for at sammenligne respondenternes vurdering af de enkelte standarder. Samtidigt er der ét specifikt spørgsmål til hver akkrediteringsstandard, som har givet mulighed for at belyse, om standarden vurderes at opfylde det særlige formål, der er med hver enkelt standard.

Spørgeskemaet indeholder ligeledes spørgsmål omkring survey-konceptet, ressourceforbruget og støttebehovet i forbindelse med implementeringen af akkrediteringsstandarderne. De konkrete spørgsmål angående surveyorteamet er blevet besvaret af kontaktpersonen i hver almen praksis, efter der var blevet gennemført survey i klinikken. Denne tilgang er valgt for at begrænse ressourceforbruget i klinikkerne.

Inden spørgeskemaet blev udsendt til alle respondenter, blev der gennemført en pilotafprøvning, i 5 udvalgte praksis (1 i hver region), hvor forskellige faggrupper blev bedt om at besvare spørgeskemaet. Dette blev gjort for at sikre, at spørgeskemaet var forståeligt for respondenterne. Pilottesten viste, at spørgeskemaet i høj grad var forståeligt og tilgængeligt for respondenterne.

Den samlede svarprocent for spørgeskemaundersøgelsen i almen praksis var på 82 pct., hvilket fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 4-1: Svarprocent for spørgeskemaundersøgelsen i almen praksis

	Antal	Procent
Ikke besvaret	30	18,4
Besvaret	133	81,6
I alt	163	100

Note: Af de i alt 133 respondenter er 53 læger

4.2 Spørgeskema til surveyorteamet

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alle medarbejdere i surveyorteamet, dvs. både de praktiserende læger og IKAS-konsulenterne har besvaret et spørgeskema. Alle medarbejdere i surveyorteamet har besvaret spørgeskemaet, og der er dermed opnået en svarprocent på 100.

Spørgeskemaet til surveyorteamet er det samme som det, læger og det øvrige personale i almen praksis har besvaret (enkelte spørgsmål undtaget). Dette har muliggjort en direkte triangulering af data i forhold til de relevante undersøgelsestemaer *klinisk relevans, anvendelighed og bæredygtighed*.

4.3 Telefoninterviews med medarbejdere og ledere fra regionale kvalitetsafdelinger

Der er gennemført 5 telefoninterviews med medarbejdere og ledere fra regionale kvalitetsafdelinger (1 fra hver region). Deltagerne er udvalgt i samarbejde med Danske Regioner ud fra et kriterium om, at det skulle være medarbejdere/ledere, der arbejder med området for almen praksis på kontorchef- eller chefkonsulentniveau. Formålet med interviewene har primært været at belyse, hvilken implementeringsstøtte, de regionale kvalitetsafdelinger vurderer, er nødvendig for at sikre en succesfuld implementering af akkrediteringsstandarderne i almen praksis.

Interviewguiden, der blev anvendt til at gennemføre interviewene, fokuserer på det samlede sæt af akkrediteringsstandarder, som de udvalgte medarbejdere/ledere på forhånd blev bedt om at orientere sig i.

Nedenstående figur viser, hvilke medarbejdere/ledere der er blevet interviewet fra de regionale kvalitetsafdelinger.

Tabel 4-2: Interviewede medarbejdere/ledere fra regionale kvalitetsafdelinger

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Chefkonsulent Mona-Lene Kjærgård	Sundhedsfaglig chef Preben Cramon	Chefkonsulent Helle Lindkvist	Chefkonsulent Steen Vestergaard-Madsen	Kontorchef Charlotte Larsen

4.4 Casebesøg i almene praksis

Rambøll har gennemført casebesøg i 10 almen praksis med henblik på at belyse, hvilke implementeringsfaktorer der har betydning for en vellykket implementering og den efterfølgende udrolning af akkrediteringsstandarderne på landsplan.

De konkrete casepraksis er udvalgt, så der er sikret variation med hensyn til følgende kriterier:

- Geografisk placering; der er udvalgt to praksis fra hver region.
- Klinikens afprøvning af de enkelte standarder i akkrediteringssættet; der er udvalgt praksis, der har arbejdet med forskellige standarder, så alle standarderne er afdækket i evalueringen
- Praksisstørrelse; der er udvalgt en enkeltmandspraksis og en flermandspraksis fra hver region
- Uddannelsesklinik; der er udvalgt en uddannelsesklinik og en ikke-uddannelsesklinik fra hver region

Nedenstående tabel viser de almen praksis, der på baggrund af ovenstående kriterier, blev udvalgte som casespraksis.

Tabel 4-3: Oversigt over casepraksis

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Lægerne Strandgade (Helsingør)	Læge Helle Frandsen (Køge)	Lægerne i Gram (Haderslev)	Læge Claus Tidemand-Dal (Rønde)	Nick Stig S. Rasmussen (Aalborg)
Læge Louise Kaarsen (Søborg)	Lægehuset Mørkøv (Mørkøv)	Michael Garsaae (Rødding)	Lægerne Falhof, Lenz og Berg (Aarhus)	Lægerne Jernbanegade (Støvring)

Casebesøgene blev gennemført hos de deltagende praksis som fokusgruppeinterviews, hvor alle læger og øvrigt personale, på tværs af faggrupper, blev inviteret til at deltage. I de tilfælde hvor det af ressourcemæssige og planlægningsmæssige hensyn, ikke har været muligt at samle hele klinikken, er der tilstræbt repræsentativitet fra klinikkens forskellige faggrupper. Afhængigt af klinikkens og fokusgruppens størrelse tog casebesøgene mellem 1,5 til 2 timer.

5. DET SAMLEDE SÆT AF AKKREDITERINGSTANDARDER

Evalueringen viser, at læger og det øvrige personale i de deltagende almen praksis samlet set oplever, at sættet af akkrediteringsstandarder i *nogen grad* vil medvirke til at fremme kvaliteten i klinikkens patientforløb, dokumentere kvaliteten og fremme patientsikkerheden. Lægerne og det øvrige personale vurderer, at standardernes potentiale i forhold til at fremme samarbejde på tværs af sektorer er mindre.

Samlet set vurderer lægerne og det øvrige personale, at ressourceforbruget forbundet med arbejdet med akkrediteringsstandarderne i *nogen grad* er rimeligt i forhold til nytteværdien for klinikken.

De gennemførte casebesøg har underbygget spørgeskemaundersøgelsens resultat, idet der fremkommer et billede af, at hovedparten, både læger og øvrigt personale, i almen praksis oplever, at det er relevant at arbejde med hovedparten af temaerne i standardsættet. Størstedelen oplever, at akkrediterings- og kvalitetstankegangen er nyttig, fordi man som praksis får gennemtænkt de nuværende arbejdsgange og procedurer. Nogle læger og øvrigt personale fortæller, at de indledningsvist var skeptiske, men at de efterfølgende kan se, at det har været godt at få talt de gældende procedurer og arbejdsgange igennem, og at arbejdet har ført til forbedringer i klinikkens arbejdsgange.

Samtidigt oplever hovedparten af de interviewede læger, at det nuværende standardsæt med 19 standarder er for omfattende, og at det er vanskeligt at finde den nødvendige tid til arbejdet i en travl arbejdsdag, hvor der i forvejen er mange krav til indberetninger mv. (det skal dog bemærkes, at klinikkerne reelt kun har haft 2-3 måneder til at implementere standarderne i pilotperioden). Desuden synes flere, at det er svært at forstå opbygningen og tankegangen bag standardsættet. Flere giver udtryk for, at de i starten fejlagtigt troede, at standarderne indeholdt fastlagte krav til en bestemt måde at tilrettelægge arbejdet på, og at de har brugt en del tid på at finde ud af, hvordan de som praksis skal arbejde med standarderne, og hvilket implementeringsniveau der forventes.

Samtidigt har beskrivelserne af standardernes formål og indhold samt opbygningen i trin (på baggrund af tankegangen i kvalitetscirklen PDSA) forvirret mange i de besøgte casepraksis, fordi de synes, der står det samme under de forskellige overskrifter. Der ses dog en klar sammenhæng med det forudgående kendskab til kvalitetsarbejde, herunder kvalitetscirklen, i de enkelte praksis. For nogen praksis har standardsættet haft en logisk opbygning, fordi man i udgangspunktet allerede har arbejdet med de forskellige faser i kvalitetscirklen.

Særligt enkeltmandspraksis oplever, at det er et stort arbejde at implementere alle standarder, og særligt standarderne i tema 4 Ledelse og organisation vurderes af flere som værende meget omfattende.

Evalueringsresultater peger på, at et uddybet vejledningsmateriale med flere eksempler og et øget fokus på at uddanne læger og øvrigt personale i tankegangen bag akkrediteringsstandarderne og organisationsudvikling vil fremme oplevelsen af standardernes kliniske relevans, anvendelighed og bæredygtighed.

Lægernes og det øvrige personales samlede besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen fremgår af den nedenstående tabel.

Tabel 5-1: Vurderingen af det samlede sæt af akkrediteringsstandarder

Spørgsmål til det samlede sæt af akkrediteringsstandarder	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at indførelsen af akkrediteringsstandarderne for almen praksis vil?		
- Fremme kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,8	3,4
- Dokumentere kvaliteten?	3,1	3,5
- Fremme patientsikkerheden?	2,8	3,4
- Fremme samarbejde på tværs af sektorerne?	2,2	3,1
I hvilken grad vurderer du, at ressourceforbruget, forbundet med arbejdet med akkrediteringsstandarderne, er rimeligt i forhold til nytteværdien for kvaliteten/patientsikkerheden i klinikken?	2,5	3,1

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver hvor mange respondenter, der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 50-52, N for øvrigt personale = 58-63.

Boks 2: Kategorier for vurdering i spørgeskemaundersøgelsen

Lægernes, det øvrige persoanel og surveyorteamets vurdering af standarderne præsentes i rapporten som et gennemsnit. Respondenterne har besvaret spørgsmålene på en skala fra 1 til 5, der svarer til følgende vurderinger:

1=Slet ikke, **2**=I mindre grad, **3**=I nogen grad, **4**=I høj grad, **5**=I meget høj grad

Evalueringen viser, at lægerne vurderer, at de standarder, der omhandler emner, hvor der i forvejen er kliniske retningslinjer, er mest klinisk relevante. Eksempelvis standard 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser og standard 4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine. De standarder, som ikke vurderes at omhandle "kerneområdet" i det kliniske arbejde, vurderes lavere. På casebesøgene blev dette begrundet med, at det er vanskeligt at formulere en fast procedure for, hvordan man håndterer menneskelige relationer, som eksempelvis bliver berørt i standard 2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende og standard 4.4 Patienternes oplevede kvalitet.

Den nedenstående tabel viser de 5 standarder, som vurderes som henholdsvis mest og mindst klinisk relevante.

Tabel 5-2: Den samlede vurdering af de enkelte standarder i forhold til klinisk relevans

Klinisk relevans	Gennemsnit	
5 højest vurderede	Læger	Øvrigt personale
3.5 Akutberedskab og hjertestop	3,2	3,8
3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser	2,9	3,5
5.1 Sygdomsspecifikke standarder: Diabetes	2,9	3,4
4.5 Håndtering af kliniske utensiler og medicin/vaccine	2,8	3,5
3.2 Lægemedelordination og receptfornyelse	2,8	3,5
5 lavest vurderede		
4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet	2,6	2,6
1.5 Koordinering af patientforløb	2,4	2,9
1.1 Tilgængelighed og ventetid i klinikken	2,3	2,8
4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	2,2	3,1
2.1 Medinddragelse af patienter og pårørende	2,0	2,9

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N varierer mellem 15 og 43 for de enkelte standarder.

Evalueringen viser yderligere, at der er en tendens til, at de deltagende læger generelt vurderer, at standarderne har en lidt lavere klinisk relevans og anvendelighed i forhold til det øvrige personale i praksis (sygeplejersker, sekretærer, bioanalytikere mv.). Samtidigt viser spørgeskemaundersøgelsen en generel tendens til, at surveyorteamet, sammenlignet med lægerne, vurderer de enkelte standarder højere. Den nedenstående tabel viser den gennemsnitlige vurdering af alle standarderne fordelt på faggrupper.

Tabel 5-3: Samlet gennemsnit for alle standarder i forhold til klinisk relevans og anvendelighed fordelt på faggrupper

	Klinisk relevans	Anvendelighed
Almen praksis	2,9	3,3
Læger	2,6	3,1
Øvrigt personale	3,2	3,4
Surveyorteam	3,4	3,5

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt).

5.1 Standardsættets anvendelighed

I evalueringen er det belyst, om standarderne vurderes at være anvendelige i forhold til arbejdet i almen praksis, og om standarderne er sprogligt forståelige. Generelt vurderes standarderne i spørgeskemaundersøgelsen i *nogen grad* eller i *høj grad* at være anvendelige.

På de gennemførte casebesøg har lægerne og det øvrige personale i 7 ud af de 10 besøgte praksis givet udtryk for, at det har været svært at forstå, hvordan man som praksis skal arbejde med standarderne, og hvad forventningerne er i forhold til implementeringsgraden. Hovedparten af de interviewede læger og øvrigt personale efterspørger derfor konkrete eksempler på, hvordan man kan arbejde med de enkelte standarder.

Derudover har flere haft svært ved at forstå indholdet i de enkelte standarder, og mange har oplevet, at det har været svært og "tungt" at læse standardsættet. Flere læger fortæller, at de har

brugt meget tid på at læse standardsættet, og en del oplever, at det både sprogligt og indholdsmæssigt har været vanskeligt at forstå, bl.a. hvordan man skal dokumentere, at man lever op til standarden. Kritikken er både rettet mod beskrivelserne af standarderne og selve opdelingen. Mange læger oplever, at det er tungt og vanskeligt intuitivt at forstå opdelingen i de fire trin i kvalitetscirklen og fremhæver, at der er gentagelser i beskrivelsen af standarden og standardens formål. Der efterspørges tydeligere henvisninger, hvor der eksempelvis også angives den specifikke henvisning i overenskomsten.

Hovedparten af de besøgte casepraksis har valgt at nedskrive standarderne, da man vurderer, at det er mest hensigtsmæssigt at have skriftlige procedurer. Dette gør sig særligt gældende i flermandspraksis. Der er flere af de interviewede i casepraksis, der oplever, at procedurerne bør nedskrives skriftligt, for at der kan sikres en ensartet implementering og for at lette vidensudveksling mellem de ansatte ved personaleudskiftninger. Dette synspunkt støttes af de interviewede medarbejdere og ledere i de regionale kvalitetsafdelinger, hvor hovedparten fremhæver, at der bør være krav om skriftlighed.

I den nedenstående tabel ses en opgørelse over de fem standarder, som klinikkerne har vurderet, er henholdsvis mest og mindst anvendelige i forbindelse med arbejdet i almen praksis.

Tabel 5-4: Den samlede vurdering af de enkelte standarder i forhold til anvendelighed

Anvendelighed	Gennemsnit	
5 højest vurderede	Læger	Øvrigt personale
3.5 Akutberedskab og hjertestop	3,6	3,9
4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine	3,4	3,7
3.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse	3,4	3,7
3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser	3,3	3,7
3.4 Hygiejne	3,2	3,8
5 lavest vurderede		
4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet	3,0	3,0
1.5 Koordinering af patientforløb	3,0	3,1
1.2 Udredning og behandlingsforløb	2,9	3,2
1.4 Sårbare grupper	2,9	3,0
2.1 Medinddragelse af patienter og pårørende	2,8	3,0

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N varierer mellem 15 og 46 for de enkelte standarder.

6. VURDERING AF DE ENKELTE STANDARDER

I dette kapitel beskrives evalueringens konklusioner for hver standard. Kapitlet er opbygget således, at resultaterne for hver standard beskrives enkeltvist. Gennemsnittet for lægers besvarelser og det øvrige personales besvarelser er opgjort hver for sig for at opfange eventuel varians mellem de to faggruppers gennemsnit.

6.1 Tema 1: Det gode patientforløb

Inden for temaet "Det gode patientforløb" er der fem standarder:

- 1.1. Tilgængelighed og ventetid i klinikken
- 1.2 Udredning og behandlingsforløb
- 1.3 Henvi sning
- 1.4 Sårbare grupper
- 1.5 Koordinering af patientforløb.

Samlet set vurderer lægerne og det øvrige personale de fire standarder inden for temaet "det gode patientforløb" rimeligt ensartet. Det øvrige personale vurderer dog, at standarderne er mere klinisk relevante sammenlignet med lægerne. Lægerne vurderer samlet set, at standarderne i *mindre grad* eller i *nogen grad* er klinisk relevante. Både læger og det øvrige personale oplever, at standarderne er forståelige, og at de i *nogen grad* er anvendelige i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken.

6.1.1 Standard 1.1 Tilgængelighed og ventetid i klinikken

Tabel 6-1: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 1.1

Standard 1.1 Tilgængelighed og ventetid i klinikken	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Tilgængelighed og ventetid i klinikken vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,4	2,9
- Medføre en bedre planlægning i forhold til klinikkens patienter?	2,2	2,8
- Medføre en øget tilgængelighed for klinikkens patienter?	2,1	2,6
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,9	3,1
- At standarden er forståelig?	3,4	3,6

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N for læger = 37, N for øvrigt personale = 36.

Af de ti casepraksis har otte arbejdet med standard 1.1. Tilgængelighed og ventetid i klinikken. I flere af de besøgte casepraksis er det sekretæren eller sygeplejersken, som primært har arbejdet med standarden (i fire casepraksis). Andre steder har det været lægen.

Generelt oplever de interviewede læger og øvrigt personale ikke, at arbejdet med standarden har medført store ændringer i klinikkens procedurer, fordi man allerede har arbejdet meget med at sikre en god tilgængelighed. Dette skal ses i sammenhæng med, at kravene på området er eksplicit formuleret i overenskomsten for praktiserende læger, og i forlængelse heraf er der ikke det store udviklingspotentiale i standarden.

I nogle praksis har arbejdet med standarden imidlertid ført til ændringer i proceduren, fordi man har set et behov og et forbedringspotentiale i forhold til de nuværende procedurer. Dette har ofte handlet om at forbedre tilgængeligheden via telefonsystemerne. Det fremhæves dog samtidig, at der har været tale om et pågående arbejde, som ikke kun har været foranlediget af arbejdet med standarden, men som er igangsat som led i den generelle kvalitetsudvikling af klinikken.

I de interviewede praksis er der primært positive erfaringer med arbejdet med denne standard. Flere fremhæver, at standarden er relevant og nem at gå til. Endvidere fremhæver flere, at det er en standard, der, når den først er implementeret, ikke kræver stor vedligeholdelse.

Boks 3: Citater fra casebesøgene om standarden

"Den er yderst relevant den her standard, fordi der kommer et større og større pres [på telefonen, red.]. Patienterne skal jo kunne ringe til deres læge".

Sygeplejerske, Enkeltmandspraksis

"Konkret førte det til en ny telefonopsætning, hvor man kan trykke "5" ved akutte tilfælde, og derved springe køen over".

Læge, Flermandspraksis

6.1.2 Standard 1.2 Udredning og behandlingsforløb

Tabel 6-2 Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 1.2

Standard 1.2 Udredning og behandlingsforløb	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandardens Udredning og behandlingsforløb vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,2	2,9
- Sikre at udredning og behandling er i overensstemmelse med god klinisk praksis?	2,5	3,1
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,6	3,2
- At standarden er forståelig?	3,1	3,3

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 21, N for øvrigt personale = 31-33.

Standard 1.2 Udredning og behandlingsforløb er afprøvet i syv casepraksis. Det fremhæves i flere casepraksis, at standarden er særligt relevant for lægerne, da de forestår udredningen af patienterne.

Standarden betragtes som relevant i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken. Det fremhæves samtidigt på tværs af casepraksis, at standarden generelt ikke har medført ændringer, men derimod ført til en konstatering af, at de nuværende procedurer i klinikken er i orden.

Andre fortæller, at standarden har været udfordrende at arbejde med, fordi det kan være svært helt at sætte ord på, hvad det egentlig er, man arbejder efter.

6.1.3 Standard 1.3 Henvisning

Tabel 6-3: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 1.3

Standard 1.3 Henvisning	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Henvisning vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,3	3,0
- Sikre at henvisningen er fyldestgørende i forhold til videre patientforløb?	2,6	3,1
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,7	3,2
- At standarden er forståelig?	3,5	3,3

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 28, N for øvrigt personale = 27.

Otte ud af ti casepraksis har arbejdet med standard 1.3 Henvisning. Arbejdet med denne standard er i nogle praksis oplevet som meget positivt, fordi de ser standarden som relevant, og arbejdet med standarden har skabt et fokus på at sikre fyldestgørende henvisningsprocedurer, hvilket tidligere blev opfattet som en udfordring.

Andre praksis ser ikke så meget nyt i denne standard. Flere fremhæver, at, til trods for at standarden ikke nødvendigvis har medført store ændringer, så var det givtigt at sætte fokus på proceduren for henvisninger og sikre systematik omkring det.

Boks 4: Citater fra casebesøgene om standarden

"Hvis man skulle vælge en standard at starte med, når det [DDKM i almen praksis, red.] skal udbredes, så skulle det være den, for den giver mening. Den er ikke tidskrævende, og den er overskuelig".

Læge, Flermandspraksis

6.1.4 Standard 1.4 Sårbare grupper

Tabel 6-4: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 1.4

Standard 1.4 Sårbare grupper	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Sårbare grupper vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	3,0	2,9
- Medvirke til at skærpe klinikkens opmærksomhed på patienter med særlige behov?	3,1	3,0
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,6	3,0
- At standarden er forståelig?	3,1	3,1

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 22-23, N for øvrigt personale = 25-26.

I alt har seks casepraksis arbejdet med standard 1.4 Sårbare grupper. Standarden er en af de standarder, som der har været forskellige vurderinger af på casebesøgene. Der er praksis, som ser det som en relevant standard at arbejde med, og praksis, der ikke kan se hensigten med at have standarden som en del af det samlede standardsæt. Dette bunder i det rent indholdsmæssige i standarden (som uddybes nedenfor), men for nogle handler det også om en mere generel diskussion af, om man med rette kan tale om sårbare grupper i almen praksis, og om det er almen praksis' ansvar at tage særligt vare på disse.

Der er flere, som fremhæver, at standarden er udfordrende at arbejde med. Der fremstår særligt et definitionsproblem, hvilket også uddybes blandt nogle respondenter i de uddybende bemærkninger i spørgeskemaundersøgelsen. Det fremhæves således af flere, at de har haft svært ved at definere "sårbare grupper" i forhold til at kunne identificere dem og opfange dem i systemet. Nogle efterspørger definitioner på et mere generelt plan og fremhæver, at standarden er meget ukonkret at arbejde med.

Standarden fremhæves endvidere af flere at være meget tidskrævende.

Resultater fra spørgeskemaet viser et gennemsnit for både læger og øvrigt praksispersonale på omkring 3, dvs. begge grupper synes at mene, at standarden *i nogen grad* er relevant og anvendelig for almen praksis, dog bør lægernes gennemsnit tolkes med forbehold, fordi standarden som nævnt vurderes meget forskelligt. Hvis man kigger på fordelingen af lægegruppens besvarelsener, ses det, at besvarelsener "klumper" lidt i bunden og i toppen af grafen (se bilag 1). Gennemsnittet 3 er altså i dette tilfælde ikke et udtryk for, at lægerne forholder sig indifferente til standarden, men dækker derimod over, at nogle er meget negative, og nogle er meget positive i forhold til potentialet for standarden i almen praksis. Dette gør sig dog ikke gældende for gruppen af det øvrige praksispersonale.

Boks 5: Citater fra casebesøgene om standarden

"Det er vildt tidskrævende i den praktiske dagligdag, fordi disse grupper tager tid."
Læge, Enkeltmandspraksis

"Når man arbejder med ting, så får man jo mere fokus på det og bliver mere opmærksom. Og sådan er det jo også med sårbare grupper. Det højner jo allerede kvaliteten lidt."
Sygeplejersker, Enkeltmandspraksis

6.1.5 Standard 1.5 Koordinering af patientforløb

Boks 6-5: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 1.5

Standard 1.5 Koordinering af patientforløb	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Koordinering af patientforløb vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,4	2,9
- Sikre helhed og kontinuitet for klinikkens patienter?	2,4	2,9
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,8	3,0
- At standarden er forståelig?	3,2	3,3

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N for læger = 21-22, N for øvrigt personale = 26-27.

I alt har seks casepraksis arbejdet med standard 1.5 Koordinering af patientforløb.

Denne standard fremhæves af flere casepraksis at være udfordrende at arbejde med, idet standarden bl.a. handler om samarbejde med andre (fx sygehuse), som man ikke nødvendigvis har indflydelse på, i forhold til hvordan de tilrettelægger deres arbejde. Det varierer endvidere blandt de seks casepraksis, hvor meget der er blevet arbejdet med arbejdsgangene inden for denne standard. Flere synes, det er svært at have en fast procedure for standarden, fordi de konkrete forhold varierer meget mellem patienterne.

Andre har lavet konkrete procedurer, hvor de eksempelvis benytter elektroniske reminders for at sikre koordination (fx i forbindelse med tjek af prøvesvar) internt i klinikken, og hvor det aftales, at alle gennemgår modtagne, elektroniske sagsakter fra sygehusene, så det sikres, at der ikke overses væsentlige informationer.

Resultaterne fra spørgeskemaet viser, at både læger og øvrigt praksispersonale vurderer standardens relevans og anvendelighed til lige under middel i forhold til både relevans og anvendelighed. Begge grupper har oplevet standarden som forståelig i *nogen* til *høj grad*.

6.1.6 Opsummering af tema 1: Det gode patientforløb

Samlet set vurderer lægerne og det øvrige personale at standarderne indenfor tema 1 "Det gode patientforløb" i *nogen grad* eller i *mindre grad* er klinisk relevante. Dermed scores der generelt lavere blandt respondenterne på de enkelte standarder inden for dette tema end temaerne "Patientssikkerhed" og "Sygdomsspecifikke standarder".

Samlet set er der følgende gennemsnitlige score inden for spørgsmålene vedr. klinisk relevans og anvendelighed under tema 1.

Tabel 6-6: Den samlede vurdering af standarderne i tema 1 fordelt på faggrupper

	Klinisk relevans	Anvendelighed
Almen praksis	2,7	3,1
Læger	2,5	3,0
Øvrigt personale	2,9	3,2
Surveyorteam	3,3	3,4

Samtidig gælder det for nogle af standarderne, at der er forskel på, hvilke faggrupper, som de enkelte standarder umiddelbart er mest relevante for. Det ses af den ovenstående tabel, at lægers vurdering inden for dette tema er mindre positivt end det øvrige personales og surveyorteamet.

Enkelte standarder inden for dette tema er særligt relevante at lægge mærke til, da fundene på baggrund af casebesøgene, afviger lidt fra tendenserne i spørgeskemaundersøgelsen.

Der genfindes fx ikke samme forholdsvis negative holdning ift. Tilgængelighed og ventetid i klinikken (Standard 1.1) på casebesøgene sammenlignet med spørgeskemaundersøgelsen, hvor denne standard scorer lavest ift. spørgsmålene inden for klinisk relevans (se tabel 5-2) i kapitel 5.

Derimod er der god overensstemmelse mellem vurderingen af Udredning og behandlingsforløb (Standard 1.2) ved casebesøgene og spørgeskemaundersøgelsen. Oplevelsen af, at standarden er udfordrende at arbejde med, stemmer godt overens med, at netop denne standard scorer lavt i spørgeskemaundersøgelsen under vurderingen af dens anvendelighed (se tabel 5.4) i kapitel 5.

De modsatrettede holdninger ift. Sårbare grupper (Standard 1.4) afspejles både i spørgeskemaundersøgelsen og i casebesøgene. Der er tale om en standard, som både indholdsmæssigt og holdningsmæssigt på et mere overordnet niveau (i forhold til om det er lægens opgave at sætte ekstra fokus på denne målgruppe) afføder forskellige vurderinger i casepraksis. Samtidig efterspørges der konkrete definitioner på sårbare grupper.

6.2 Patientinddragelse og patientinformation

Inden for temaet "Patientinddragelse og patientinformation" er der følgende standard:

- 2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende

Tre casepraksis har arbejdet med standard 2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende i pilotperioden. Det er den standard, som færrest praksis har valgt at arbejde med.

Samlet set vurderer lægerne, at standarden i *mindre grad* vil forbedre den kliniske kvalitet i klinikkens patientforløb, mens det øvrige personale vurderer standarden som mere relevant.

Samtidig oplever læger og det øvrige personale samlet set, at standarden i *nogen grad* er forståelig og at den i *nogen grad* eller i *mindre grad* er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken.

Lægernes og det øvrige personales samlede besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen fremgår af nedenstående tabel.

Tabel 6-7: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 2.1

Standard 2.1 Medinddragelse af patienter/ pårørende	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Medinddragelse af patienter/pårørende vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,0	2,8
- Sikre, at patientens og eventuelle specielle ønsker og behov inddrages i behandlingsforløbet?	2,0	2,9
- Sikre, at patienter og pårørende har adgang til relevant sygdomsinformation, information om patientforløb mv.?	2,1	3,0
I hvilken grad vurderer du, at standardens procedurer er relevante for at højne kvaliteten i patientinddragelse og -information?	2,6	3,1
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,5	2,8
- At standarden er forståelig?	3,1	3,2

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 14-15, N for øvrigt personale = 46-48.

Denne standard vurderes af lægerne i spørgeskemaet til at have en lav klinisk relevans og anvendelighed. Af respondenternes kommentarer til standarden i spørgeskemaet fremgår det, at flere vurderer, at det er vanskeligt at have en fast procedure i forhold til medinddragelse af patienter og pårørende. Det fremhæves således af flere, at standarden forsøger at regulere et område, som langt hen af vejen handler om individuelle forhold for den enkelte patient. Det afgørende, ifølge flere interviewede læger, er derfor at have empati og forståelse for patientens og dennes familie, hvilket er svært at standardisere og formulere på skrift. Nogle oplever yderligere, at standarden er for ukonkret, hvilket gør det vanskeligt at arbejde med standarden i praksis.

I to af de besøgte praksis oplever læger og det øvrige personale, at det er relevant at arbejde med standarden. Der er en oplevelse af, at det har været brugbart at få talt klinikkens arbejdsprocedurer igennem i forhold til patients og pårørendes inddragelse, fordi området ligger lidt uden for klinikkens oplevede kerneområde. Eksempelvis er man i en klinik blevet mere opmærksom på, hvordan man skal agere, når der er skilsmissebørn involveret.

En tredje casepraksis oplever, at standarden er lidt overflødig, fordi arbejdet med patienter og pårørende opleves som en integreret del af alt arbejde, der foregår i praksis, og at det derfor ikke er et område, der kan reguleres via en standard, men som derimod reguleres via den personlige kontakt.

Boks 6: Citater fra casebesøgene om standarden

"Vi gør jo næsten ikke noget, uden det er aftalt med patienterne. At skulle skrive "efter aftale med patienten." er jo så besværligt. Alt, vi gør, er jo for patienten. For os er den lidt overflødig den standard, men det er da fint med en tjekliste."

Læge, Enkeltmandspraksis

"Vi har snakket om det med skilsmissebørn, hvem der har forældremyndigheden, og om hvordan vi må udtale os i forbindelse med det. Det kom op at vende og gav klarhed. Vi fik genopfrisket vores tavshedspligt."

Sekretær, Flermandspraksis

6.3 Tema 3: Patientsikkerhed

Inden for tema 3 "Patientsikkerhed" findes følgende seks standarder i standardsættet:

- 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser
- 3.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse
- 3.3. Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøvemateriale
- 3.4 Hygiejne
- 3.5 Akutberedskab og hjertestop
- 3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter.

Overordnet set ligger de gennemsnitlige besvarelserne inden for spørgsmålene til standarderne i dette tema højere end for de to foregående temaer.

Lægernes og det øvrige personales samlede besvarelser i forhold til de enkelte standarder fremgår af nedenstående tabeller, som endvidere uddybes enkeltvis med kvalitative erfaringer fra de ti casepraksis.

6.3.1 Standard 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser

Tabel 6-8: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 3.1

Standard 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	3,0	3,6
- Reducere risikoen for utilsigtede hændelser i forbindelse med patientens kontakt med klinikken?	2,8	3,3
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,2	3,7
- At standarden er forståelig?	3,4	3,7

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N for læger = 40, N for øvrigt personale = 36-37.

Resultaterne fra spørgeskemaet viser, at både læger og det øvrige personale vurderer denne standard lidt højere end de foregående standarder. Gruppen af læger vurderer standarden til at ligge omkring middel i både anvendelighed og relevans, mens gruppen af øvrigt personale samlet set vurderer den til ca. 3,5. Begge grupper oplever standarden som tilstrækkelig forståelig.

Syv casepraksis har arbejdet med Standard 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser. Flere praksis fremhæver det som en relevant og konkret standard at arbejde med, hvor flere har udarbejdet en procedure for utilsigtede hændelser (UTH).

Der fremstår dog en del variation i, hvorvidt den enkelte praksis allerede arbejder med området. Standarden har således givet anledning til at tage fat på UTH i flere praksis, som ikke har arbejdet med området tidligere, hvilket også fremgår af uddybende bemærkninger i spørgeskemaundersøgelsen. Samtidigt fremhæves der et væsentligt tidsaspekt i indrapportering af UTH, hvilket udfordrer overholdelsen af standarden i praksis.

6.3.2 Standard 3.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse

Tabel 6-9: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 3.2

Standard 3.2 Lægemiddelkoordination og receptfornyelse	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Lægemiddelkoordination og receptfornyelse vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,7	3,4
- Sikre en sikker lægemiddelkoordination og receptfornyelse?	2,9	3,5
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,8	3,6
- At standarden er forståelig?	3,6	3,8

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 43-44, N for øvrigt personale = 40-43.

Standard 3.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse har været afprøvet i otte case-praksis. Samtlige praksis finder standarden relevant og anvendelig, men flere fremhæver samtidigt, at der ikke som sådan er sket ændringer i procedurer som følge af standarden. Det handler for nogle i højere grad om, at de eksisterende procedurer er blevet ekspliciteret, og at dette har givet mere klarhed om, hvad man gør. På flere af casebesøgene var særligt det øvrige personale, dvs. de, der ikke er uddannede læger, glade for at der blev skabt klarhed og vished omkring, hvordan man håndterer receptfornyelser, fordi man på den måde reducerer risikoen for at lave fejl. Dette genfindes også i resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor det øvrige personale generelt vurderer standarden højt i forhold til klinisk relevans.

Boks 7: Citater fra casebesøgene om standarden

"Den er uhyre relevant, og den var til at gå til: 'Hvordan skriver vi medicin ud? Hvordan undgår vi fejl?' osv. Den tog faktisk tid, fordi der var meget, som vi skulle skrive ned."
Læge, enkeltmandspraksis

"Den var hurtig (...) det var bare en opridsning af procedurer, vi havde i forvejen."
Læge, flermåndspraksis

"Det er et vigtigt felt, hvor der tit begås fejl."
Læge, flermåndspraksis

Som citaterne også antyder, kan det variere, hvor meget arbejde der er i denne standard, afhængigt af hvor mange procedurer man allerede har som praksis. Såfremt der ikke allerede lå skriftlige procedurer, fremhæver flere i de besøgte klinikker, at det har taget lang tid at skriftliggøre dem. Det er dog primært i implementeringen, at der fremhæves tidsforbrug, hvorimod vedligeholdelsen af proceduren ikke italesættes som udpræget tidskrævende.

I én casepraksis var det sygeplejerskerne, som stod for skriftliggørelsen af procedurerne vedrørende standarden. Disse fremhæver, at de ved dette arbejde er blevet bedre til at se, hvor grænserne for deres kompetencer, ift. receptfornyelse, går. I denne praksis fik de konkretiseret, hvilke medikamenter som sygeplejerskerne måtte ordinere. I forlængelse heraf fremhæver andre sygeplejersker, at det giver tryk at have rolle- og ansvarsfordelingen på plads i forhold til dem selv og eksempelvis lægen.

6.3.3 Standard 3.3 Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøvemateriale

Tabel 6-10: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 3.3

Standard 3.3 Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøvemateriale	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandard Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøvemateriale vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,4	3,3
- Sikre grundlag for korrekt og sikker diagnostik i forhold til egne laboratorieundersøgelser?	2,6	3,5
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,0	3,5
- At standarden er forståelig?	3,4	3,6

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 41-42, N for øvrigt personale = 40

Standard 3.3 Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøvemateriale har været afprøvet i otte casepraksis.

Også denne standard fremhæves af flere som relevant og konkret. To praksis fortæller at have aftalt procedurer forbundet med de forskellige aspekter af standarden mundtligt, mens andre har

skrevet dem ned. Tre praksis fremhæver, at det er én af de standarder, som de har arbejdet meget med.

Boks 8: Citater fra casebesøgene om standarden

"Meget relevant, og den er konkret, man ved, hvad man skal gøre. Det er nemt at standardisere, fx hvordan mærker man et prøvesvar, hvorimod de mere bløde ting, som patientinddragelse, er sværere at standardisere."
Læge, enkeltmandspraksis

Fra respondenternes kommentarer til standarden i spørgeskemaet fremgår det, at flere vurderer, at der ikke er så meget nyt ift. nuværende praksis, og at standarden derfor ikke flytter så meget. Dette genfindes også i især lægernes scoring af standarden, idet de fleste her har scoret standarden under middel, i forhold til om den højner kvaliteten. Andre fremhæver, at det er en væsentlig, men meget omfattende standard, idet den spænder over et stort område. Enkelte foreslår, at standarden med fordel kunne opdeles i flere.

6.3.4 Standard 3.4 Hygiejne

Tabel 6-11: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 3.4

Standard 3.4 Hygiejne	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Hygiejne vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,7	3,6
- Forebygge, at patienter, pårørende og personale pådrager sig infektioner på klinikken?	2,6	3,5
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,1	3,7
- At standarden er forståelig?	3,4	3,8

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 34, N for øvrigt personale = 36-37.

Blandt respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen er der kritik af standardens indhold. Til trods for at størstedelen af respondenter fremhæver, at standarden er meget anvendelig ift. kvalitetsarbejdet i klinikken (37 ud af 70 svarede "i høj grad" til spørgsmålet om anvendeligheden af standarden), fremhæver flere i de uddybende kommentarer, at den samtidigt er meget overordnet og ukonkret. På casebesøgene erfarede Rambøll, at det som oftest var en sygeplejerske, som arbejdede med standarden Hygiejne på klinikken, hvilket kan være en af forklaringerne på, at gruppen af øvrigt personale vurderer standarden markant højere end gruppen af læger.

Otte casepraksis har arbejdet med standarden. Til trods for at det af flere fremhæves, at der ikke er så meget nyt i denne standard – seks praksis fremhæver, at de primært har gennemgået det, de gjorde i forvejen (heraf har tre nedskrevet procedure) – fortæller sygeplejersker i tre casepraksis, at det har været godt at gå hygiejneforholdene igennem. For enkelte har det medført små ændringer i arbejdsgange. De fremhæver endvidere, at de er blevet bekræftet i, at de gør det godt nok.

En praksis fremhæver at være blevet inspireret af arbejdet med standarden til at holde et kursus i hygiejne til efteråret, hvor en ekstern hygiejne-sygeplejerske skal undervise.

6.3.5 Standard 3.5 Akutberedskab og hjertestop

Tabel 6-12: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 3.5

Standard 3.5 Akutberedskab og hjertestop	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Akutberedskab og hjertestop vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	3,1	3,8
- Sikre hurtig og kvalificeret behandling ved hjertestop eller anden akut behandling?	3,3	3,8
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,5	3,8
- At standarden er forståelig?	3,7	3,9

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 38-39, N for øvrigt personale = 37-40.

Standard 3.5 Akutberedskab og hjertestop har været afprøvet i syv af de ti casepraksis og anses generelt som værende meget relevant af flere i disse (fire er eksplicitte herom). Enkelte andre (to) italesætter, at det ikke er noget, de bruger så ofte.

For de fleste casepraksis har arbejdet med standarden betydet en konkret rekvirering eller opdatering af en akutkasse i klinikken. Nogle har konstateret, at de havde en god procedure i forvejen (to casepraksis), hvorimod andre har fået aftalt/nedskrevet en procedure (fire casepraksis). Det fremhæves af flere, blandt særligt det øvrige personale, at det har været rart at gennemgå de praktiske forhold vedrørende denne standard, idet den af de fleste fremhæves som væsentlig at have en fast procedure for. Dette understøttes af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor flere kommenterer på relevansen af standarden, som anses for relevant, til trods for at der er tale om forhold, som er forholdsvis sjældne i almen praksis. Det øvrige personale vurderer standarden gennemsnitligt meget højt (lige under 4), hvilket også var oplevelsen på casebesøgene; særligt de ikke-lægeuddannede var glade for, at der var klarhed om, hvordan der skulle ageres, såfremt der opstod en akut hændelse i fx venteværelset.

Boks 9: Citater fra casebesøgene om standarden

"Nu skal vi deltage i førstehjælpskurser hvert andet år (...) Vi har også lavet en akutkasse, som jeg går igennem hvert år."
 Sygeplejerske, enkeltmandspraksis.

6.3.6 Standard 3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter

Tabel 6-13: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 3.6

Standard 3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,3	3,2
- Sikre, at rette undersøgelse og behandling gives til den rette patient?	2,3	3,2
- Sikre, at rette recepter, prøver og lignende registreres på rette patient?	2,4	3,2
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,6	3,4
- At standarden er forståelig?	3,3	3,5

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 36, N for øvrigt personale = 31-32

Standard 3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter har været afprøvet i syv case-praksis. Fire praksis fortæller, at arbejdet med denne standard primært har handlet om at tale sine arbejdsgange igennem og få mindet hinanden om at huske at tjekke CPR-nummer på patienterne mv. Således fremstår denne standard ikke særligt tidskrævende og fylder heller ikke meget i udsagnene under casebesøgene. De casepraksis, som var eksplicitte omkring standarden, fremhæver dog, at den er vigtig.

Fra spørgeskemaundersøgelsens uddybende kommentarer til standarden kommenteres der desuden på, at der kan være problemer med it-systemernes opbygning i relation til opfyldelse af standarden. Enkelte fremhæver, at den burde være sikret via systemet og it-leverandøren, men at det ikke altid er tilfældet.

Der er flere fra klinikkerne, der i spørgeskemaundersøgelsen fremhæver, at det er en vigtig og relevant standard, fordi der er tale om en hyppig fejl og et emne, hvor der altid er forbedringspotentiale.

Enkelte kommenterer dog, at standarden er så selvfølgelig og fundamentalt i alt patientarbejde, at det kan diskuteres, om den er nødvendig at have som standard. Dette afspejles endvidere i især lægernes scoringer af standardens anvendelighed og relevans. Gennemsnittet for begge indikatorer er under middel, og frekvenstabeller viser, at mellem 50 og 60 pct. af alle lægernes svar er afgivet i kategorierne "slet ikke" og "i mindre grad" på alle spørgsmål, undtaget spørgsmålet om, hvorvidt standarden er forståelig (se bilag 1).

Boks 10: Citater fra casebesøgene om standarden

"Der har vi arbejdet med at være opmærksomme på, hvilke faldgrupper der er for dermed at blive bedre til at forebygge. Vi brugte lidt tid på at snakke om det og det det skrevet ned, men det har ikke taget tid at formulere indholdet"
 Sygeplejerske, enkeltmandspraksis

6.3.7 Opsummering af tema 3: Patientsikkerhed

Inden for dette tema er der generelt en højere gennemsnitlig vurdering af standardernes kliniske relevans og anvendelighed i forhold til de to foregående temaer "Det gode patientforløb" og "Patientinddragelse og patientinformation". Tre ud af fem standarder under dette tema er endvidere de mest positivt vurderede standarder inden for klinisk relevans blandt alle standarderne, og fire ud af fem standarder er de mest positivt vurderede i forhold til anvendelighed overordnet set. Standard 3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter hører dog ikke til de højt vurderede, hverken i forhold til relevans eller anvendelighed.

Alt i alt synes standarderne under dette tema således at være de mest håndgribelige at beskæftige sig med i de pilotpraksis, som har afprøvet standarden.

Den nedenstående tabel viser vurderingen af standarderne indenfor temaet opdelt på faggrupper.

Tabel 6-14: Den samlede besvarelse af alle standarder i tema 3 fordelt på faggrupper

	Klinisk relevans	Anvendelighed
Almen praksis	3,1	3,5
Læger	2,7	3,3
Øvrigt personale	3,5	3,7
Surveyerteam	3,7	3,7

Af tabellen ses det, at der er et forholdsvis stort spring mellem lægers og det øvrige personales oplevelse af standardernes relevans. Dette understøttes af casebesøgenes fund, hvor særligt sygeplejersker og andet personale i flere tilfælde fremhæver, at de har oplevet det som positivt at få sat de ting i system, som de til dagligt håndterer.

6.4 Ledelse og organisation

Inden for temaet "Ledelse og organisation" er der seks standarder:

- 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken
- 4.2 Ansættelses og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale
- 4.3 Klinikken som uddannelsessted
- 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet
- 4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine
- 4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed.

Samlet set vurderer læger og det øvrige personale i spørgeskemaundersøgelsen, at standarderne inden for temaet "Ledelses og organisation" i *nogen grad* vil forbedre den kliniske kvalitet i klinikken arbejde. Dog vurderer lægerne generelt set, at standarderne i temaet er i mindre grad er klinisk relevante i forhold til det øvrige personale.

I forhold til anvendelighed vurderer læger og det øvrige personale samlet set, at standarderne i *nogen grad* eller i *høj grad* er anvendelige i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken. Dog skiller standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet sig ud, ved at læger og det øvrige personale vurderer, at denne standard i mindre grad er klinisk relevant i forhold til de øvrige standarder inden for temaet.

I de nedenstående tabeller fremgår besvarelserne i spørgeskemaet i forhold til de enkelte standarder.

6.4.1 Standard 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken

Tabel 6-15: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 4.1

Standard 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,5	3,2
- Sikre en velfungerende drift og udvikling af klinikken, således at borgerne sikres den bedst mulige lægehjælp?	2,8	3,3
- Styrke klinikkens arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed?	2,8	3,4
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,1	3,3
- At standarden er forståelig?	3,3	3,5

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 23-25, N for øvrigt personale = 26.

Standard 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken har været afprøvet i syv casepraksis.

Blandt casepraksis er der forskellige oplevelser af, hvor relevant denne standard er. To af de besøgte praksis fremhæver, at standarden er meget relevant, og at det har været godt for klinikken at arbejde med standarden, fordi arbejdet med standarden sikrer, at man som praksis bliver tvunget til at forholde sig til, hvordan man vil organisere arbejdet fremadrettet.

Fire casepraksis oplever, at standarden er meget omfattende og bred, samt at den bærer præg af, at man har ønsket at få mange emner inkluderet i en standard.

På casebesøgene har der været en tendens til, at enkeltmandspraksis har oplevet, at standarden var mindre klinisk relevant end i flermandspraksis. De interviewede enkeltmandspraksis har alle oplevet, at det ikke er nødvendigt at have en omfattende plan for udviklingen, når man kun er en lille klinik.

Resultaterne fra spørgeskemaet støtter op om fundene på casebesøgene. Tendensen er entydigt, at flermandspraksis oplever standarden som mere anvendelig og relevant end enkeltmandspraksis. Nedenstående tabel illustrerer dette.

Tabel 6-16.b: Den samlede vurdering i henholdsvis enkeltmandspraksis og flermandspraksis

Standard 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken	Gennemsnit	
	Flermandspraksis	Enkeltmandspraksis
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	3,0	2,6
- Sikre en velfungerende drift og udvikling af klinikken, således at borgerne sikres den bedst mulige lægehjælp?	3,2	2,8
- Styrke klinikkens arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed?	3,1	2,9
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,4	2,8
- At standarden er forståelig?	3,4	3,4

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for flermandspraksis = 32, N for enkeltmandspraksis = 18-19.

Boks 11: Citater fra casebesøgene om standarden

"Den er rigtig god. Men at alle praksis skal lave et organisationsdiagrammer, er meget at forlange."

Læge, Enkeltmandspraksis

"Vi behøver ikke en stor højtravende plan for at følge med udviklingen, når man bare er en lille klinik. Jeg synes, at denne standard er dækket ind via de andre standarder, fx patient-sikkerhed."

Læge, Enkeltmandspraksis

"Den er kæmpe stor. Den bærer præg af, at man skal have det hele med. Vi har jo en masse procedurer inden for denne, som vi havde i forvejen. Jeg samlede det sammen ud fra de beskrivelser, vi har."

Læge, Flermandspraksis

6.4.2 Standard 4.2 Ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale

Tabel 6-17: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 4.2

Standard 4.2 Ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehaver og praksispersonale vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,4	3,1
- Højne kompetenceudviklingen blandt medarbejderne i klinikken?	2,6	3,1
- Sikre et godt fysisk og psykisk arbejdsmiljø?	2,4	3,0
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,8	3,2
- At standarden er forståelig?	3,3	3,5

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N for læger = 18-19, N for øvrigt personale = 21-22

Resultaterne fra spørgeskemaet viser, at lægerne vurderer standardens relevans og anvendelighed til under middel, imens det øvrige personale vurderer relevans og anvendelighed til over middel.

Standard 4.2 Ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale har været afprøvet i seks casepraksis. Den overordnede vurdering er, at standarden er relevant, særligt i større enheder. En casepraksis fremhæver, at arbejdet med standarden har ført til, at man har fået lavet en bedre introduktion til nye medarbejdere. En anden casepraksis oplever, at drøftelserne omkring standarden har medført en større bevidsthed om, hvilke kurser og efteruddannelser, der vil være relevante for læger og øvrigt personale at tage.

Boks12: Citater fra casebesøgene om standarden

"Vi har snakket meget om ønsker til uddannelse i fremtiden. Vi har en tendens til at vælge kurser, som vi synes er spændende, men om noget som vi ved noget om i forvejen. Man skal være mere åben for at debattere, hvad der er godt og nødvendigt."

Læge, flermandspraksis

"Det er en relevant standard, men særligt i de store klinikker."

Læge, enkeltmandspraksis

6.4.3 Standard 4.3 Klinikken som uddannelsessted

Tabel 6-18: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 4.3

Standard 4.3 Klinikken som uddannelsessted	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Klinikken som uddannelsessted vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,6	3,3
- Sikre, at klinikken har et fagligt og attraktivt læringsmiljø?	3,1	3,5
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,0	3,4
- At standarden er forståelig?	3,4	3,7

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelserne fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelserne udeladt). N for læger = 34, N for øvrigt personale = 31-32.

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer både læger og det øvrige personale standarden til at være omkring til over middel i forhold til både anvendelighed og relevans. Igen er gruppen af øvrigt personale mere positiv over for standarden end gruppen af læger. Begge grupper finder standarden forståelig.

Der er 6 af de besøgte casepraksis, som har arbejdet med denne standard 4. 3 Klinikken som uddannelsessted. Generelt vurderer både læger og det øvrige personale i de besøgte casepraksis, at det er relevant at arbejde med klinikken som uddannelsessted som standard, fordi en væsentlig del af uddannelsen for nyuddannede læger foregår i almen praksis. Flere casepraksis har særligt arbejdet med at forbedre introduktionen til praksis til nye læger, og to praksis har eksempelvis udarbejdet en skabelon, en logbog og en tjekliste for, hvad uddannelseslægerne skal igennem. En praksis oplever, at standarden har gjort det nemmere at formidle en mere ensartet introduktion for uddannelseslægerne, fordi det er blevet tydeligere, hvad de skal igennem.

Respondenterne i spørgeskemaundersøgelsen har skrevet en del bemærkninger til denne standard. Bemærkningerne omhandler primært, at standarden berører et vigtigt område, men at der allerede findes omfattende retningslinjer for, hvordan man som uddannelsesklinik skal tilrettelægge forløbet for uddannelseslæger, bl.a. fra DSAM. Flere efterspørger derfor, at standarden i højere grad bør fokusere på, hvordan man som klinik omsætter retningslinjerne og de nedskrevne procedurer.

Boks 13: Citat fra casebesøgene om standarden

"Det er godt at have sådan en standard. Det skal ikke blive for meget ad hoc. Det er godt at kunne sætte flueben, så man kan se, hvad man har gjort. Den var nem at forstå."
Læge, enkeltmandspraksis

6.4.4 Standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet

Tabel 6-19: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 4.4

Standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Patientens oplevelse af kvalitet vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,3	2,5
- Sikre systematisk læring i klinikken på baggrund af måling af patientoplevelser?	2,7	2,5
- Sikre, at klinikken er i stand til at håndtere og sikre læring på baggrund af utilfredshed og patientklager?	2,7	2,7
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,7	2,7
- At standarden er forståelig?	3,3	3,3

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 17-19, N for øvrigt personale = 13-15.

I spørgeskemaet er der en tendens til, at både læger og det øvrige personale vurderer anvendeligheden og relevansen af standarden til under middel.

Der er fire af de udvalgte casepraksis, som har arbejdet med standarden i pilotperioden. Der er forskellige vurderinger i de enkelte praksis af, hvorvidt standarden er klinisk relevant. Alle giver udtryk for, at det er relevant at følge op på patienttilfredsheden. Særligt i enkeltmandspraksis er der imidlertid en vurdering af, at man som læge får løbende tilbagemeldinger fra sine patienter, og at man derfor har en løbende føling med, om patienterne er tilfredse, hvilket gør patienttilfredshedsundersøgelser mindre relevante.

6.4.5 Standard 4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine

Tabel 6-20: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 4.5

Standard 4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,6	3,5
- Sikre korrekt håndtering af utensilier og medicin/vacciner?	2,9	3,5
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,2	3,7
- At standarden er forståelig?	3,5	3,7

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 30, N for øvrigt personale = 37.

Der er syv af de udvalgte casepraksis, som har arbejdet med standard 4. 5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine. Casepraksis vurderer alle, at denne standard er klinisk relevant, og arbejdet med standarden har flere steder ført til nye procedurer og retningslinjer.

Eksempelvis har en praksis anskaffet et termometer, og en anden praksis har besluttet at købe et apparat, der kan vise, om der har været strømafbrydelser i weekenden, fordi man er blevet opmærksom på, at konstante korrekte temperaturer har en væsentlig betydning for håndtering af medicin/vaccine.

To casepraksis påpeger dog, at det var vanskeligt at få klarhed over detaljeringsniveauet og at vide, hvilke utensilier der skulle fokuseres på, og der bliver også ved denne praksis efterspurgt eksempler.

Boks 14: Citater fra casebesøgene om standarden

"Det er blevet nemt at bestille. Fx hvis den faste bestiller er syg. Skriftligheden har været god her. Der har været meget sparring på tværs af faggrupper."

Sygeplejerske, flermandspraksis

"Det var egentligt med det samme en konstatering af, at vi gjorde tingene. Men vi fik købt nogle termometre hjem til vores køleskab."

Sygeplejerske, flermandspraksis

6.4.6 Standard 4. 6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed

Tabel 6-21: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 4.6

Standard 4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?	2,1	3,0
- Sikre, at gældende lovgivning om datasikkerhed og fortrolighed overholdes?	2,3	3,1
- Sikre korrekt journalføring i forhold til gældende regler?	2,3	3,1
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	2,9	3,1
- At standarden er forståelig?	3,4	3,2

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 22-23, N for øvrigt personale = 22.

Af tabel 6-21 ses det, at gruppen af læger og gruppen af øvrigt personale især vurderer standardens kliniske relevans meget forskelligt. Hos gruppen af læger er det mest hyppige svar "*i mindre grad*", hvilket indikerer, at standarden generelt ikke opleves som middel til at højne kvaliteten i almen praksis. Gruppen af øvrigt personale vurderer standarderne til lige over middel i forhold til både klinisk relevans og anvendelighed.

I tre af de casepraksis, som har arbejdet med standard 4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed, fremhæver læger og det øvrige personale, at det har højnet den kliniske kvalitet at arbejde med standarden, fordi det har skærpet opmærksomheden omkring bl.a. fortrolighed og datasikkerhed.

I nogle af de interviewede casepraksis vurderer særligt lægerne, at denne standard ikke er relevant, fordi de nævnte forhold primært reguleres efter aftale med de it-leverandører, som praksis anvender.

Boks 15: Citater fra casebesøget om standarden

"Vi fik skærpet nogle ting. Fx at vi skal aflåse konsultationer, lukke computeren ned, fjerne papirer fra skrivebordet, og vi har skærpet den elektroniske fortrolighed."

Læge, Flermandspraksis

"Vi har snakket om ikke at forlade rummet uden at tjekke ud på computeren."

Læge, Enkeltmandspraksis

"Det er nødvendigt at understøtte dette kvalitetsarbejde med et fælles it-system."

Læge, Flermandspraksis

6.4.7 Opsummering af tema 4 Ledelse og organisation:

Den nedenstående tabel viser de samlede vurdering af alle standarderne i tema 4: Ledelse og organisation fordelt på faggrupper.

Tabel 6-22: Den samlede besvarelse af standarderne i tema 4 fordelt på faggrupper

	Klinisk relevans	Anvendelighed
Almen praksis*	2,9	3,3
Læger	2,6	3,2
Øvrigt personale	3,2	3,4
Surveyorteam	3,4	3,5

* dvs. læger og øvrigt personale samlet.

Særligt standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet skiller sig ud ved, at denne standard i mindre grad vurderes at være klinisk relevant i forhold til de øvrige standarder inden for temaet. Denne standard er samtidigt én af de lavest vurderede i forhold til alle 19 standarder (jf. tabel 5-2 i afsnit 5,1).

Også standard 4.4 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed vurderes som én af de mindst klinisk relevante standarder, hvilket synes at hænge sammen med, at der for denne standard er en del forhold, hvor ansvaret i højere grad vurderes at hvile hos leverandørerne af systemerne til databehandling frem for almen praksis selv. I stil med standard 1.5 Koordinering af patientforløb under tema 1 er der en tendens til, at standardens vurderede kliniske relevans falder, når oplevelsen er, at det ikke alene er almen praksis, som kan drages til ansvar for at sikre efterlevelsen af standarden.

6.5 Tema 5: Sygdomsspecifikke standarder

I tema 5 er der følgende standard:

- 5.1 Diabetes

Samlet set vurderer både læger og det øvrige personale i spørgeskemaundersøgelsen, at standarden inden for dette tema *i nogen grad* eller *i høj grad* vil forbedre den kliniske kvalitet i klinikens arbejde.

Det ses endvidere, at standarden *i nogen* (gående mod *i høj*) *grad* er anvendelig, og at det *i nogen* til *i høj grad* anses for relevant at indføre flere sygdomsspecifikke standarder.

Tabel 6-23: Den samlede vurdering i spørgeskemaundersøgelsen af standard 5.1

Standard 5.1 Diabetes	Gennemsnit	
	Læge	Øvrigt personale
I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden Sygdomsspecifikke standarder vil:		
- Højne kvaliteten i klinikkens patientforløb for patienter med diabetes?	2,9	3,4
- Sikre, at alle patienter med diabetes i klinikken tilbydes udredning og behandling i henhold til god klinisk praksis?	3,0	3,3
I hvilket omfang vurderer du, at det vil være relevant at indføre sygdomsspecifikke standarder på andre sygdomsområder?	3,5	3,7
I hvilken grad synes du:		
- At standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?	3,3	3,4
- At standarden er forståelig?	3,4	3,5

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for læger = 39-41, N for øvrigt personale = 33-37.

I alt ni casepraksis har arbejdet med den sygdomsspecifikke standard i standardsættet for pilot-testen (standard 5.1).

Generelt er der stor tilfredshed med denne standard, som opfattes yderst relevant og anvendelig. Der fremhæves i forlængelse heraf blandt enkelte praksis ærgrelse over, at der ikke er flere sygdomsspecifikke standarder i sættet og kun denne ene. Flere har i spørgeskemaundersøgelsen uddybende kommentarer, som primært fremhæver relevansen af gruppen af sygdomsspecifikke standarder. Flere så gerne standarder inden for andre kronikergrupper. Det skal i den forbindelse nævnes, at det fremgår af standardsættet, at der vil blive udviklet nye sygdomsspecifikke standarder i de kommende år.

Det fremhæves samtidigt af flere (seks casepraksis), at standarden ikke er svær at opfylde, idet man allerede arbejder meget systematisk på diabetesområdet.

Resultaterne fra spørgeskemaet støtter op om fundet fra casebesøgene. Gruppen af læger vurderer denne standard relativt højt i forhold til både klinisk relevans og anvendelighed. I de besøgte casepraksis, der havde uddannelseslæger tilknyttede, var særligt uddannelseslægerne positive over for den sygdomsspecifikke standard, fordi det gav dem en form for tjekliste, som de kunne følge i forhold til udredning af diabetespatienter. Der ses da også en tendens i data til, at uddannelsesklinikker er mere positivt stemte over for standarden end ikke-uddannelsesklinikker i forhold til både oplevet klinisk relevans og anvendelighed. Dette resultat skal dog tolkes med forbehold, da sammenhængen kan skyldes andre forhold.

En enkelt fremhæver endvidere i spørgeskemaundersøgelsen, at det samtidigt er vigtigt at huske, at rigtig mange patienter i praksis har diffuse og ikke sygdomsklassificerbare lidelser, så en stor del af patientarbejdet vil aldrig kunne dækkes af sygdomsspecifikke standarder. Alt i alt viser spørgeskemaundersøgelsen dog, at størstedelen af respondenterne finder det relevant at indføre sygdomsspecifikke standarder inden for andre sygdomsområder.

Boks 16: Citater fra casebesøgene om standarden

"Den var sådan set meget hurtig, vi arbejder allerede meget struktureret med det (..) Hvis der er noget, som kører, så er det diabetes."

Sygeplejerske, Flermandspraksis

"Det er et større område, men ikke noget vi ikke kendte i forvejen. Det gav ikke nogen kvalitetsforøgelse, fordi vi i forvejen var langt fremme på det her område."

Læge, Enkeltmandspraksis

7. SURVEY-KONCEPTET

Som en del af pilottesten er der gennemført en ekstern survey, som er en del af DDKM, hos de deltagende praksis. I alle pilotpraksis er der gennemført et besøg af et surveyorteam bestående af to personer – en lægefaglig praksiskonsulent ansat af regionerne samt en IKAS-konsulent. Surveyorteamet har interviewet læger, det øvrige personale og tilfældigt udvalgte patienter.

I dette kapitel præsenteres dels spørgeskemaundersøgelsens resultater vedrørende oplevelsen af surveykonceptet, og dels uddybes surveykonceptet ud fra oplevelser og erfaringer gjort i de ti casepraksis, som er besøgt under evalueringen af pilottesten.

Tabel 7-1: Lægernes og surveyorteamets samlede vurdering

Spørgsmål:	Almen praksis (Gennemsnit på 1-5 skala)	Surveyorteam (Gennemsnit på 1-5 skala)
Survey-konceptet har skabt kvalitetsudvikling i almen praksis	2,7	3,1
Besøget var brugbart ift. det videre arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i klinikken	3,0	3,3
Surveyorteamet havde en relevant deltagersammensætning	3,6	4,1
Surveyorteamet havde de rette faglige kompetencer til at kunne vurdere kvaliteten i almen praksis	3,6	4,1
Den anvendte metode under besøget var velegnet (interview og feedback)?	3,5	3,8

Respondenterne har kunnet svare på en skala fra 1 til 5, hvor 1 er "Slet ikke" og 5 er "I meget høj grad". Respondenterne har også kunnet svare "Ved ikke". I denne tabel er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt, og der er taget et gennemsnit af besvarelsener fra 1-5. N angiver, hvor mange respondenter der har givet en vurdering fra 1-5 (dvs. også her er "Ved ikke"-besvarelsener udeladt). N for almen praksis = 22-24, N for surveyorteam = 14-16.

Den ovenstående tabel viser vurderingen af surveykonceptet fra henholdsvis de almen praksis og surveyorteamet i spørgeskemaundersøgelsen. I de deltagende praksis er spørgsmålene besvaret af den læge, som har været kontaktperson i klinikken.

Som det fremgår af tabellen, er der en tendens til, at surveyorteamet har en mere positiv vurdering af surveykonceptet i forhold til lægerne i de deltagende praksis.

Vurderingen af surveykonceptet blandt de ti casepraksis er overordnet set positivt. Otte casepraksis omtaler surveybesøget i udelukkende positive vendinger, herunder at surveyorteamet fremstår professionelt og kompetent (fire praksis er eksplicitte herom). Flere casepraksis har oplevet, at de har fået en mere positiv indstilling til arbejdet med standardsættet efter gennemførelsen af det eksterne survey, fordi det er blevet tydeligere, hvordan arbejdet kan understøtte klinikkens kvalitetsudvikling. Det skal i denne sammenhæng nævnes, at vurderingen af standardsættet i spørgeskemaet er indsamlet før afholdelsen af det eksterne survey, mens casebesøgene er gennemført efter det eksterne survey.

Som det fremgår af ovenstående tabel 7-1, vurderer de involverede læger, at surveyorteamet har en relevant deltagersammensætning (3,6), at surveyorteamet har de rette faglige kompetencer til at kunne vurdere kvaliteten i almen praksis (3,6), og at den anvendte metode under besøget er velegnet (3,5).

De adspurgte læger vurderer samlet set, at surveyorteamet *i nogen grad* var brugbart i forhold til det videre arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed i klinikken (3,0) samt at survey-konceptet *i nogen* eller *i mindre grad* har medført kvalitetsudvikling og læring i almen praksis (2,7). På de gennemførte casebesøg er dette blevet udbygget med, at hovedparten af de besøgte praksis oplever, at surveyorteamets besøg har været positivt i forhold til klinikkens kvalitetsudvikling, fordi besøget har haft et læringsperspektiv, da det har givet anledning til relevante uddybende samtaler med surveyorteamet omkring klinikkens kvalitetsudvikling. I nogle casepraksis eksemplificeres dette med, at det har været brugbart at få andre øjne på kvalitetsudviklingen i klinikken, og at man har lært af den evalueringsrapport, som surveyorteamet har udarbejdet på baggrund af besøget (fire casepraksis har fremhævet dette som positivt). Samtidigt oplever nogle praksis, at det er vanskeligt for surveyorteamet at vurdere klinikkens reelle kvalitetsniveau, fordi det ikke belyses, hvorvidt standarderne reelt er implementeret og efterleves. I denne sammenhæng fremhæver en praksis, at de savner mere fokus på reel dokumentation. Der stilles spørgsmålstegn ved, hvordan man reelt dokumenterer kvalitetsarbejdet på baggrund af den eksisterende survey, der alene bygger på surveyors vurdering.

Tidsforbruget under besøget opleves af flere som overkommeligt, men flere oplever, at besøget var meget koncentreret. Nogle praksis vurderer derfor, at det med den nuværende procedure fremadrettet vil være tidskrævende at nå fyldestgørende igennem hele standardsættet indenfor 4 timer. Specielt for større praksis vurderes 4 timer ikke at være nok.

Flere af de interviewede, regionale kvalitetskonsulenter vurderer ligeledes, at det er vigtigt, at der gennemføres en ekstern survey jævnligt, fordi det giver en sikkerhed for kvalitetsniveauet i almen praksis. Det påpeges dog af en af de regionale kvalitetskonsulenter, at den nuværende organisering er meget ressourcetung, og at man med fordel kan overveje en øget brug af it, hvor man eksempelvis, ved brug af vignetter, vurderer behandlingen af forskellige patientgrupper.

Flere af de deltagende casepraksis havde ikke forslag til forbedringer af konceptet, som de både i form og indhold oplevede passende. Følgende enkelte forslag fremkom:

- Forbedring af de praktiske forhold vedrørende optimering af interviews med patienter, så disse ikke sidder og venter (forgæves) (to praksis nævnte dette)
- Enkelte fandt besøget meget komprimeret og så evt. behov for mere tid til at gennemgå tingene mere i dybden fremadrettet (to praksis nævnte dette).

Boks 17: Citater fra casebesøgene om survey-konceptet

"Det var knaldgodt (...) for mig i en solopraksis er det jo godt, at der kommer en kollega, som man kan sparre med."

Læge, Enkeltmandspraksis

"De klarede det på tid og det hele. Det var meget struktureret".

Sygeplejerske, Enkeltmandspraksis

"De fik sat fingeren på nogle udmærkede punkter, og vi vil bruge rapporten [det skriftlige produkt af besøget, red.] i vores daglige arbejde".

Læge, Flermandspraksis

8. UDRULNING PÅ LANDSPLAN

Evalueringen viser, at der er en række implementeringsmæssige forhold, som kan understøtte en eventuel fremadrettet udrulning på landsplan af DDKM i almen praksis.

8.1 Implementeringsmæssig støtte

Kvalitetsudviklingen i Den Danske Kvalitetsmodel bygger på kvalitetscirklen, der også er kendt som PDSA-cirklen⁹. Evalueringen har vist, at der er stor forskel på den forudgående erfaring, som de enkelte almen praksis har i forhold til at arbejde med organisations- og kvalitetsudvikling med udgangspunkt i kvalitetscirklen. Som følge heraf er der forskel på, hvordan man som almen praksis oplever det at anvende kvalitetscirklen som et arbejdsredskab, der kan danne udgangspunkt for en fælles læringsproces.

Det er på den baggrund Rambølls vurdering, at det vil fremme en vellykket national udrulning af standardsættet, at der sikres adgang til implementeringsmæssig støtte til de almen praksis, som har behov herfor.

De interviewede medarbejdere og ledere fra de regionale kvalitetsafdelinger peger på, at de regionale kvalitetsafdelinger fremadrettet kan have en rolle i at understøtte implementeringen i de enkelte praksis, eksempelvis via rådgivning over mail og telefon samt eventuelt ved praksisbesøg. De regionale kvalitetsafdelinger kan ligeledes tildeles en rolle i forhold til de almen praksis, der ikke opnår akkreditering, eller som opnår akkreditering med anmærkninger. Her kan de regionale kvalitetskonsulenter have en støttende rolle og fungere som sparringspartner for almen praksis i forhold til at opnå akkreditering fremadrettet.

Derudover kan den implementeringsmæssige støtte med fordel indarbejdes i de eksisterende vejledninger og efteruddannelses tilbud, således at både regionerne, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og PLO involveres i støtten. Arbejdet kan eksempelvis forankres i regi af de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg (KEU), og kompetenceudviklingen kan integreres som en del af den Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse (DGE).

8.2 Øget klarhed omkring indhold og procedurer

Den nuværende udformning af standardsættet lægger op til en stor indholds- og proceduremæssig frihed, i forhold til hvordan man som almen praksis vil arbejde med de enkelte standarder.

Det har været en udbredt tilbagemelding fra de involverede praksis i pilotafprøvningen, at den store implementeringsmæssige frihed til en vis grad har vanskeliggjort arbejdet med standardsættet, fordi det har skabt usikkerhed om, hvordan man som praksis skal arbejde med standarderne, og hvad der forventes i forhold til at opnå akkreditering. Blandt andet efterspørger flere praksis eksempler på, hvordan man som praksis kan dokumentere, at man arbejder efter standarderne, og viden om, hvad der skal til for at opfylde kvalitetskravene. Ligeledes har hovedparten af de interviewede praksis vanskeligt ved at se, hvordan man meningsfuldt kan arbejde mundtligt med procedurerne, og størstedelen har derfor valgt skriftlige procedurer.

Det er på den baggrund Rambølls vurdering, at der er behov for et udbygget vejledningsmateriale med konkrete eksempler på, hvordan de enkelte standarder kan udformes og implementeres. Dette er særligt relevant for de standarder, hvor der ikke eksisterer detaljerede kliniske retningslinjer eller andet vejledningsmateriale (eksempelvis standard 1.4 Sårbare grupper, standard 2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende og standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet). Det har eksempelvis været uklart for flere pilotpraksis, hvordan man skal afgrænse gruppen af sårbare patienter.

8.3 Standardsættes opbygning

En stor del af praksispersonalet i de besøgte casepraksis synes, at det har været vanskeligt at læse og forstå standardsættet, fordi beskrivelserne nogle steder er for ukonkrete, og materialet

⁹ PDSA-cirklen står for Plan-Do-Study-Act, som er de fire trin i kvalitetscirklen.

er tungt, fordi der er mange gentagelser i beskrivelserne mellem eksempelvis trin 1 og 2 som følge af anvendelsen af kvalitetscirklen PDSA.

Evalueringen peger på den baggrund på, at de almen praksis ser et behov for at gøre materialet og beskrivelserne i standardsættet mere enkelt og mere konkret de steder, hvor det er muligt. Eksempelvis efterspørger flere praksis mere konkrete henvisninger i de angivne referencer, så det klart fremgår, hvor man kan finde en given fastsættelse i overenskomsten mv.

9. RESSOURCEFORBRUG

Det har været vanskeligt at afdække det præcise ressourceforbrug forbundet med at indføre DDKM i almen praksis. Dette skyldes dels, at en del af akkrediteringsstandarderne lægger tæt op ad den gældende overenskomst, kliniske retningslinjer og vejledninger mv., og det er derfor vanskeligt at lave en præcis afgrænsning af de nye arbejdsgange, som følger af indførelsen af DDKM. Dels har de medvirkende klinikker i pilotprojektet haft vanskeligt ved at vurdere, hvor lang tid de har brugt på at arbejde med standarderne, fordi særligt lægerne oplever, at en del af tidsforbruget er gået med at overveje, hvordan man konkret skal arbejde med kvalitetsstandarderne.

Evalueringen viser, at det fremadrettede ressourceforbrug til implementering af DDKM i almen praksis vil variere meget mellem de enkelte klinikker. Dette skyldes til dels forskelle i de organisatoriske forhold mellem klinikkerne, hvor særligt praksisstørrelse vurderes at være afgørende, idet der ofte er et større arbejde forbundet med at implementere standarderne i flermandspraksis i forhold til enkeltmandspraksis. Det skyldes, at der typisk er behov for en større koordination og drøftelse af procedurer for de enkelte standarder, ligesom mange oplever, at der er behov for skriftlighed omkring standarderne i flermandspraksis.

Der er også store forskelle mellem praksis i forhold til det organisatoriske udgangspunkt, eksempelvis i forhold til hvilke procedurer man har i forvejen, og hvor stort et kendskab man har til hele kvalitetscirklen, som akkrediteringsstandarderne er bygget op omkring. Evalueringen viser, at disse forhold har stor betydning for, hvordan man som almen praksis går til arbejdet med akkrediteringsstandarder, og i forhold til hvor meget arbejde der skal laves fra bunden.

Derudover viser evalueringen, at der er stor forskel på, hvordan de enkelte praksis har tilrettelagt arbejdet med standarderne, hvilket skyldes, at der er få proceduremæssige krav i standard-sættet. Eksempelvis er der ikke krav om skriftlighed i arbejdet med standarderne, men alligevel har hovedparten af casepraksis valgt at nedskrive deres procedurer for de enkelte praksis. Ligeledes er der ikke krav om, at læger og det øvrige personale skal mødes i forbindelse med udformning af procedurerne. Det betyder, at tidsforbruget til mødeaktivitet er meget forskelligt mellem de involverede klinikker.

På de gennemførte casebesøg er det belyst, hvilke nye arbejdsgange, som de deltagende klinikker oplever ved implementeringen af standarderne. Hovedparten af de besøgte pilotpraksis oplever, at de har brugt meget tid på at tænke over, hvordan de skulle arbejde med standarderne, og hvad kvalitetsmodellen konkret indeholdt. Mange har fundet ud af, at de allerede har opfyldt standarderne, og deres arbejdsopgaver har derfor været at tale om de gældende procedurer og eventuelt nedskrive disse som følge af, at standarderne ligger sig tæt op ad overenskomsten.

Ligeledes fremhæver flere, at det har været svært at læse beskrivelserne af standarderne, fordi selve opbygningen i formål, indhold og trin har været ny, det opleves af flere som tungt, og der er en del gentagelser i opbygningen. Som beskrevet ovenfor betyder praksiskendskab og erfaring med kvalitetscirklen en afgørende rolle i forhold til implementeringen.

Nogle praksis oplever, at det har været mest tidskrævende at arbejde med de standarder, der ikke er så detaljeret beskrevet, og de standarder, hvor der ikke allerede foreligger kliniske retningslinjer eller andre vejledninger. Særligt standarderne i tema 4: Ledelse og organisation har været tidskrævende for flere praksis, fordi man oplever, at det er områder, som ligger uden for praksis' kerneområder, og hvor flere ikke i forvejen har nedskrevet procedurer. Modsat oplever mange, at de i forvejen har detaljeret procedurer for tema 5: Sygdomsspecifikke sygdomme: Diabetes.

For at reducere de implementeringsmæssige ressourcer fremhæver flere, at det vil mindske tidsforbruget, hvis vejlednings- og støttematerialet indeholdt eksempler på, hvordan man som praksis kan arbejde med standarderne. Derudover fremhæver både læger og det øvrige personale i de udvalgte casepraksis, at det er vigtigt med en grundig introduktion og støtte i at forstå selve tankegangen bag DDKM.

Det har ikke været muligt at vurdere det nødvendige tidsforbrug i en efterfølgende driftsfase, da de involverede praksis ikke har arbejdet med standarderne i en efterfølgende driftsfase. Både læger og det øvrige personale i de besøgte almen praksis samt de interviewede praksiskonsulenter peger imidlertid på, at der primært vil være tale om en investering i implementeringsfasen, afhængigt af udgangspunktet for den enkelte praksis, og at der i den efterfølgende driftsfase primært vil være tale om opdateringer og tidsforbrug til en ekstern survey samt monitorering af kvaliteten.

I de følgende afsnit beskrives de arbejdsopgaver, som de medvirkende pilotpraksis har oplevet i forbindelse med implementeringen af standardsættet.

9.1 Konkrete arbejdsopgaver i relation til implementeringen

Hovedparten af de besøgte casepraksis fremhæver, at de har brugt meget tid på at forstå, hvad de enkelte standarder betyder, og hvordan man som praksis skal arbejde med standarderne. Eksempelvis har nogle praksis brugt tid på at afklare, hvordan man som praksis kan dokumentere, at man lever op til standarderne. Dette som følge af, at trin 3 i standarderne oftest vurderes alene af surveyors. Flere nævner, at dette har været et irritationsmoment i pilotperioden, men det er vanskeligt for pilotpraksis at opgøre det konkrete tidsforbrug forbundet hermed, fordi det ikke opleves som en afgrænset arbejdsgang men som noget, der er foregået ind imellem andre arbejds gange.

I forhold til det konkrete tidsforbrug til implementeringen af standarderne ses der store variationer mellem de besøgte pilotpraksis. Nogle praksis udtrykker, at der ikke er mange nye arbejdsopgaver i standarderne, fordi de allerede lever op til indholdet. Andre oplever, at det har været tidskrævende at arbejde med standardsættet, og fortæller, at de har brugt mellem 30-200 timer på implementering af standarderne i løbet af pilotperioden. Tidsforbruget er primært blevet anvendt til at afholde møder, forstå indholdet og procedurerne omkring standarderne (også omtalt som mental tankevirksomhed) og til at nedskrive klinikens procedurer.

9.1.1 Tema 1: Det gode patientforløb

Hvad angår tidsforbruget inden for dette tema, ses der på tværs af casepraksis en tendens til, at variationer i tidsforbruget til en vis grad afhænger af, om den enkelte praksis ser et forbedringspotentiale ift. sine nuværende procedurer, frem for hvilken type praksis der er tale om (enkelt- eller flermandspraksis).

Tilrettelæggelse af arbejdet inden for de enkelte standarder i tema 1 varierer. Det er primært læger, som har arbejdet med standard 1.2 Udredning og behandlingsforløb og standard 1.3 Henvisning, hvorimod arbejdet med standard 1.1 Tilgængelighed og ventetid nogle steder er forestået af både læger i samarbejde med sekretærer/sygeplejersker og andre steder primært sygeplejersker og sekretærer alene.

Praktiske opgaver, såsom at øge tilgængeligheden via telefonen (oprettet kø-funktion, akutknap mv.), har fyldt inden for denne standard og skriftliggørelsen af procedurerne omkring den. Endvidere fremhæves det af nogle læger, at der skal bruges økonomiske ressourcer til at forbedre telefonsystemer mv. Tidsforbruget på standarden afhænger af, hvor mange nye procedurer og systemer arbejdet med standarden har medført. Således varierer vurderingen af tidsforbruget mellem de enkelte casepraksis fra et par timer (på at skrive standarderne ned og snakke om dem) til 10 timer (hvor en praksis udviklede en ny funktion til telefonsystemet).

Flere fremhæver, at arbejdet med flere af standarderne under dette tema er en engangsinvestering, og således ikke kræver det store arbejde i en efterfølgende driftsfase. Når telefonsystemet fx er implementeret vurderes det af flere, at der ikke er videre, væsentlige driftsudgifter.

De praktiske arbejdsopgaver omkring standard 1.3 Henvisning fremhæves af flere at være godt givet ud og at kunne lette arbejdet i længden (fx ved brug af "Customer relationship management" eller "Den gode henvisning"). Udvikling, afprøvning og implementering af sådanne systemer vurderes dog at tage lidt tid. En klinik vurderer, at arbejdet med "Den gode henvisning" fx tog 5 timer i implementeringsfasen, hvilket de dog betragtede som overskueligt. Ressourcefor-

bruget angives af to andre klinikker at have været 30 minutter-2 timer. Det fremhæves desuden af én klinik, at der ikke er sket store ændringer i arbejdsgange i forbindelse med arbejdet med standarden, men at systematikken omkring henvisningen er skærpet.

Indtrykket fra casebesøgene vedr. standard 1.4 Sårbare grupper er, at det er en standard, som er svær at gå til. Og derfor fremstår denne standard som tidskrævende, fordi der ikke nødvendigvis er en klar fremgangsmåde for den. Der er ingen, som har kunnet sætte en præcis tidsvurdering på deres arbejde med denne standard.

Standard 1.5 Koordinering af patientforløb fremhæves af flere at være svær at arbejde med, fordi det ikke kun er op til den enkelte læge men også eksterne samarbejdspartnere at opfylde standarden. De fleste fremhæver endvidere, at der ikke er så meget nyt i denne standard, men enkelte steder har man arbejdet konkret med standarden og ændret arbejdsgange som følge af dette. Et eksempel er en enkeltmandspraksis, hvor lægen havde ansvaret for tilrettelæggelsen af arbejdet med standarden. Her stødte man på nogle specifikke problemstillinger, som medførte en ny procedure om ekstra tjek af journaler fra sygehuset, således at vigtige ting ikke blev overset. Denne praksis indførte derfor, at også sekretær og sygeplejerske skulle læse journalen (ud over lægen selv). Dette vil fremadrettet kræve 20-30 min. ekstra arbejdstid per ansat per gang (sygeplejerske og/eller sekretær).

9.1.2 Tema 2: Patientinddragelse og patientinformation

Inden for dette tema fremhæves ressourceforbruget primært at være brugt på at tale standard 2.1 Medinddragelse af patienter/pårørende igennem for at vende de enkelte punkter indeholdt i den og få skabt enighed om proceduren.

Ingen casepraksis har brugt tid på at skriftliggøre standarden inden for dette tema, og således har de adspurgte også svært ved at sætte en præcis tidsangivelse på det anvendte ressourceforbrug, som fremstår mindre end de øvrige standarder.

Der ses endvidere ikke udprægede forskelle mellem enkelt- og flermandspraksis inden for tilrettelæggelsen af arbejdet med standarden.

9.1.3 Tema 3: Patientsikkerhed

Arbejdet med standarderne inden for tema 3 fremhæves af flere som ressourcekrævende, idet det er forbundet med mange praktiske arbejdsopgaver.

Det varierer fra praksis til praksis, hvordan tilrettelæggelsen af arbejdet med standarden har været. Ofte har opgaverne inden for standarderne i dette tema været uddelegeret til det øvrige personale (primært sygeplejersker).

Endvidere afhænger ressourceforbruget af, hvorvidt der er tale om en standard, der udelukkende er diskuteret mundtligt, eller om den også er blevet skriftliggjort. Fx fortæller én klinik, at de udelukkende talte om standard 3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser, hvilket ikke tog lang tid, hvorimod en anden praksis gennemgik og skriftliggjorde procedurer. Denne praksis vurderer ressourceforbruget til at være 3-4 timer i implementeringen (for lægen) og fremadrettet 20 timer årligt (samlet for hele klinikken) til at rapportere og følge op på utilsigtede hændelser.

Standard 3.2 Lægemedelordination og receptfornyelse fremhæves af flere praksis som meget ressourcekrævende, fordi det er en standard, som kræver at meget skrives ned. Dette synes dog at afhænge af, hvor mange procedurer man har i forvejen, og således fremstår der nærmere forskelle i ressourceforbruget på baggrund heraf frem for som følge af, om der er tale om enkelt- eller flermandspraksis. En praksis synes fx, at denne standard var hurtig klar (ca. 1 time for lægen, hvor sygeplejerske og sekretær også var kort inde over). En anden praksis vurderer derimod, at det formentligt vil tage 10 timer at implementere denne standard, hvis man ikke har en procedure i forvejen.

I en praksis var det praktiske arbejde med denne standard, at to sygeplejersker havde ansvaret for udfoldelsen af standarden. Disse var sideløbende i dialog med lægerne omkring ansvarsforde-

ling og afgrænsningen af, hvad sygeplejersker må og ikke må gøre ift. receptfornyelse mv. Dette blev efterfølgende udpenslet skriftligt for hvert enkelt medikament og foreligger nu. Denne praksis ser derfor ikke, at der er de store driftsmæssige ressourcer fremadrettet inden for denne standard.

Flere fremhæver at have arbejdet meget med standard 3.3 Laboratoriesikkerhed mv. og standard 3.5 Akutberedskab og hjertestop. Disse standarder fremhæves at være nemme at gå til, men har krævet tid i forhold til de praktiske opgaver, der ligger i at opfylde standarderne, såsom at gennemgå medicinskabets funktion samt gennemgå eller opstille procedure for og opdatering af eksempelvis akutkassen. De praksis, som angiver et ca. tidsforbrug for disse standarder, er alt mellem "*meget lidt tid*" (fordi man havde procedurer på plads i forvejen) og 4 timer.

Fremadrettet nævner nogle, at der er driftsmæssige tilføjelser vedr. særligt standard 3.5 Akutberedskab og hjertestop, såsom en årlig gennemgang af akutkassen og deltagelse i førstehjælpskursus hvert andet år. Dette gør sig gældende i både enkelt- og flermandspraksis, og således ses der heller ikke her udprægede forskelle blandt typer af casepraksis. Standard 3.3 Laboratoriesikkerhed mv. fremhæves af enkelte at have flest ressourcer forbundet med sig i udviklingsfasen.

Standard 3.4 Hygiejne har været ressourcekrævende for de praksis, som har arbejdet dybdegående med standarden, men den fremhæves samtidigt at være nem og konkret at gå til. Ressourceforbruget varierer fra praktisk talt intet (for dem, som blot konstaterede, at de levede op til standarden) til 4-6 timer per sygeplejerske (hvor tiden blev brugt på at tjekke guidelines og standarder fra forskellige organisationer, såsom Serum Institut, og konkretisere procedurer inden for fx håndvask og afspritning).

Slutteligt er standard 3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter den af standarderne inden for tema 3, som fremstår at fylde mindst rent ressourcemæssigt, idet det primært handler om at tale om den for at skærpe opmærksomheden på forebyggelse af fejl.

Alt i alt afhænger ressourceforbruget inden for dette tema også meget af, hvor langt de enkelte praksis er i forvejen (fx er akutkassen allerede opdateret mv.), og dette er i højere grad mere afgørende end praksissens størrelse.

9.1.4 Tema 4 Ledelse og organisation

Standard 4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken er en af de standarder i standardsættet, som de deltagende praksis har arbejdet mest forskelligt med, og hvor arbejdsopgaverne har været tilrettelagt meget forskelligt. Flere oplever, at denne standard er omfattende, hvilket muliggør, at man kan implementere standarden og tilrettelægge arbejdet i forbindelse med arbejdet med standarden meget forskelligt i de enkelte praksis. Som følge heraf er der ligeledes store forskelle på det tidsforbrug, som er anvendt i de enkelte praksis, og tidsforbruget varierer fra et minimalt tidsforbrug til 10-15 timer. Det er overvejende læger, der har arbejdet med denne standard.

Hovedparten af de besøgte enkeltmandspraksis har minimeret arbejdet i forbindelse med denne standard, fordi man ikke har oplevet standarden som værende væsentlig for en enkeltmandspraksis, hvor der vurderes ikke at være behov for en større plan for klinikkens udvikling. En enkeltmandspraksis har eksempelvis valgt at formulere strategiske mål for klinikken med henblik på at blive en samarbejdsklinik. En anden enkeltmandspraksis har valgt ikke at skrive noget ned til denne standard, fordi man oplever, at standarden er dækket af andre standarder i standardsættet, som eksempelvis standarderne under tema 3 om patientsikkerhed. En tredje enkeltmandspraksis fremhæver, at det ikke er nødvendigt at udarbejde omfattende planer for klinikkens drift og udvikling, fordi beslutningerne kan implementeres hurtigt i klinikken. Disse enkeltmandsklinikker har således haft et begrænset tidsforbrug i forbindelse med implementeringen af standarden.

Omvendt er der et eksempel på en flermandspraksis, som har været meget grundig i arbejdet med standarden, og hvor der som led i arbejdet med standarden er afholdt mange møder, hvor

klinikkens fremtidige udvikling og drift er drøftet. Denne klinik har udarbejdet et års-hjul og indført flere møder og ugens referat på baggrund af standarden, og klinikken skønner, at man har brugt mellem 10-15 timer på at implementere standarden. En anden flermåndspraksis havde i forvejen en masse procedurer inden for standarden og opfyldte allerede de opsatte indikatorer. Arbejdet i denne praksis har derfor bestået i at samle de eksisterende beskrivelser, og tidsforbruget i denne praksis har derfor været begrænset. I en tredje flermåndspraksis har standarden ligeledes ikke ført til nye arbejdsgange, fordi man reelt allerede havde implementeret standarden. I denne praksis har praksispersonalet i stedet brugt tid på at fastlægge den fremtidige udvikling af klinikken og nedskrive disse. Klinikken estimerer, at en af klinikkens læger har brugt omkring 10 timer på dette arbejde i pilotperioden.

Arbejdet i forbindelse med standard 4.2 Ansættelse og kompetenceudvikling af klinikken har i de besøgte casepraksis primært bestået i at drøfte og gennemgå klinikkens eksisterende procedurer i forhold til introduktion af nye læger og øvrigt personale samt kompetenceudvikling af klinikkens personale. En casepraksis oplyser, at man samlet set har brugt ca. 6 timer i klinikken på at arbejde med standarden. Arbejdet har ført til mindre ændringer, som eksempelvis at lægerne har fået en øget opmærksomhed på, at de skal holde hinanden op på at deltage i relevante kurser. I en anden praksis har arbejdet ført til, at man har fået et fornyet fokus på klinikkens eksisterende procedurer ved at anvende logbøger for de enkelte ansatte i klinikken, hvor det eksempelvis noteres, hvis en læge eller det øvrige personale har været på kursus. Flere klinikker fremhæver, at klinikken som led i arbejdet med standarden har fået strammet op på klinikkens retningslinjer for introduktion af nye ansatte, bl.a. i form af tjeklister ved nyansættelser. Klinikken oplyser, at det har taget ca. 1 time at udarbejde logbøgerne.

I de casepraksis, som har arbejdet med standard 4.3 Klinikken som uddannelsessted, har arbejdsopgaverne hovedsagligt været at gennemgå og eventuelt opdatere klinikkens eksisterende retningslinjer for uddannelseslæger. I en praksis har arbejdet bestået i at opdatere en instruks til uddannelseslæger, og en anden casepraksis har udarbejdet en skabelon for, hvad uddannelseslægerne skal igennem, og hvad de skal vide. Generelt er det en af de standarder, hvor klinikkerne oplever, at de i forvejen har retningslinjer på området, men hvor arbejdet med standarderne har medført, at procedurerne og rammerne for klinikkens uddannelseslæger er blevet tydeligere.

Standard 4.4 Patienternes oplevelse af kvalitet er en af de standarder, som de besøgte casepraksis har haft vanskeligt ved at se formålet med, og generelt er det en standard, som har været vanskelig at implementere i klinikkerne, fordi det har været uklart, hvad der blev forventet af dem som praksis, idet man ser det som en selvfølge, at man handler på de løbende tilbagemeldinger, man får fra patienterne. Dette har medført, at tidsforbruget til implementeringen af standarden har været begrænset.

Arbejdet i forbindelse med standard 4.5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine har i de besøgte casepraksis i vid udstrækning bestået i at gennemgå klinikkens eksisterende retningslinjer og procedurer på området. I nogle klinikker har arbejdet ikke ført til nye arbejdsgange, mens andre klinikker har lavet ændringer i de gældende procedurer. Derudover er der i nogle klinikker brugt tid på at nedskrive de eksisterende procedurer. I hovedparten af de besøgte casepraksis er det primært klinikkens sygeplejerske, der har arbejdet med standarden. En af de interviewede praksis vurderer, at de har brugt mellem ca. 15-30 minutter på at implementere standarden. En anden praksis oplyser, at de har brugt omkring en time på at implementere standarden.

De interviewede praksis oplever generelt, at standard 4.6 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed ikke har medført væsentlige nye arbejdsopgaver for læger og det øvrige personale, fordi standarden hovedsagelig vedrører emner, der reguleres i klinikkens patientsystem og klinikken øvrige it-system, og at det som følge heraf primært er klinikkens dataleverandører, som har arbejdsopgaver i forbindelse med implementeringen af standarden. Dog har gennemgangen af standarden ført til skærpede arbejdsgange i flere af de besøgte klinikker, eksempelvis i forhold til at sikre aflåsning af konsultationen, lukke computeren ned, skærpe den elektroniske fortrolighed og ændre procedurer i forbindelse med klinikkens telefontid, så der ikke samtidigt er patienter til stede, der venter på at komme ind til lægen.

9.1.5 Tema 5 Sygdomsspecifikke standarder

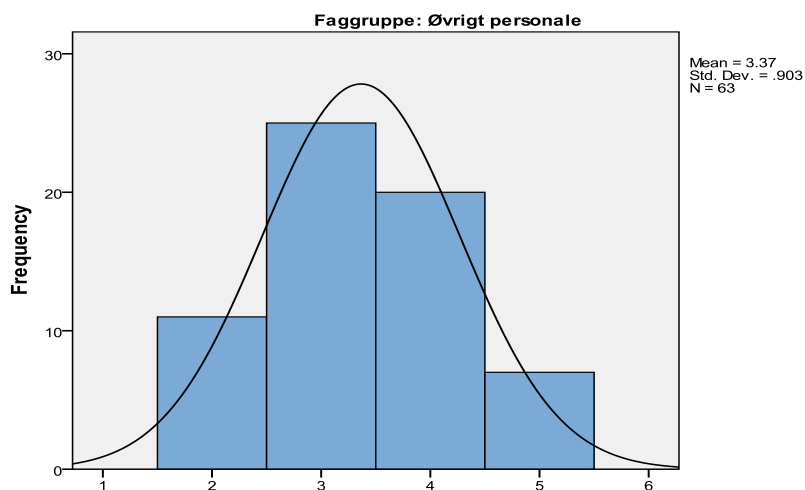
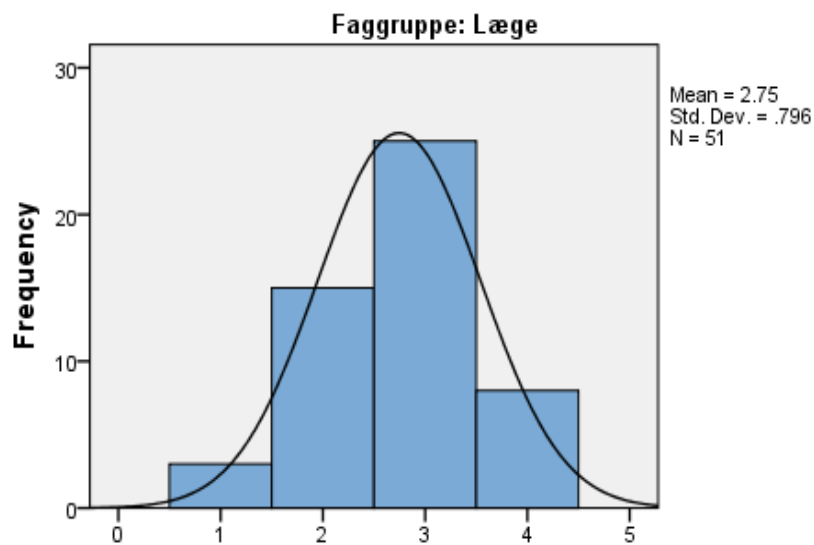
Arbejdet med standard 5.1 Diabetes har varieret en del mellem de besøgte casepraksis. Flere har allerede implementeret de forskellige elementer i standarden og oplever derfor, at tidsforbruget har været meget begrænset. Andre praksis har brugt tid på at udarbejde en mere grundlæggende skabelon for arbejdet, fastlægge organiseringen og aftale ansvarsfordelingen mellem klinikens læger og det øvrige praksispersonale. En praksis beskriver, at hovedarbejdet i forbindelse med standarden har været at gennemgå de forskellige forløbsprogrammer og udarbejde en skriftlig vejledning til klinikkens læger, uddannelseslæger og medicinstuderende. I andre praksis er arbejdet omkring diabetes allerede systematiseret ved brug af datafangst og it-understøttelse i forbindelse med konsultationer af patienter med diabetes, hvorfor disse praksis ikke har oplevet nye arbejdsgange i forbindelse med standarden.

BILAG 1: FORDELINGSHISTOGRAMMER

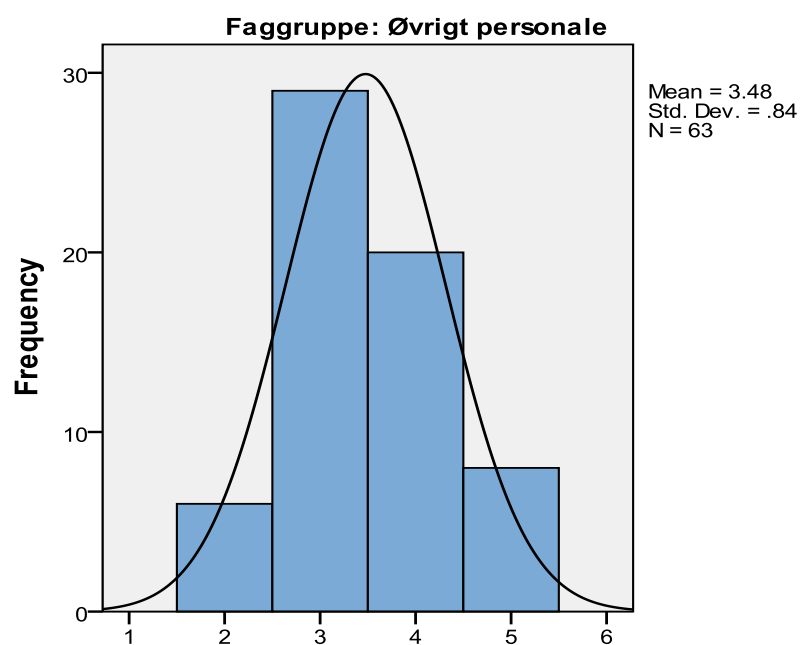
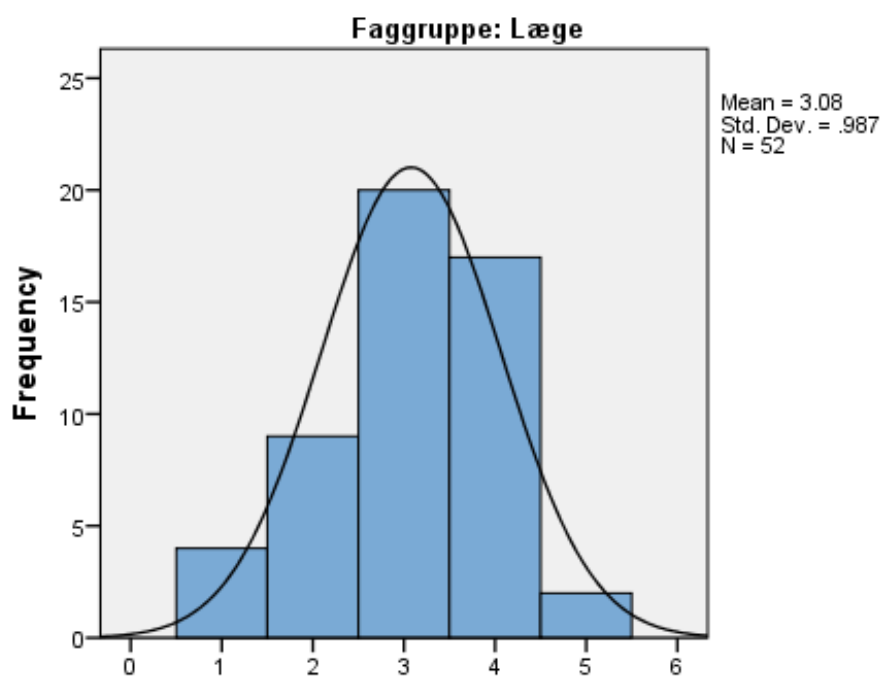
Dette bilag indeholder fordelingshistogrammer over besvarelsene af alle spørgsmål i spørgeskemaet opdelt på læger og øvrigt personale.

Spørgsmål til det samlede sæt af akkrediteringsstandarde:

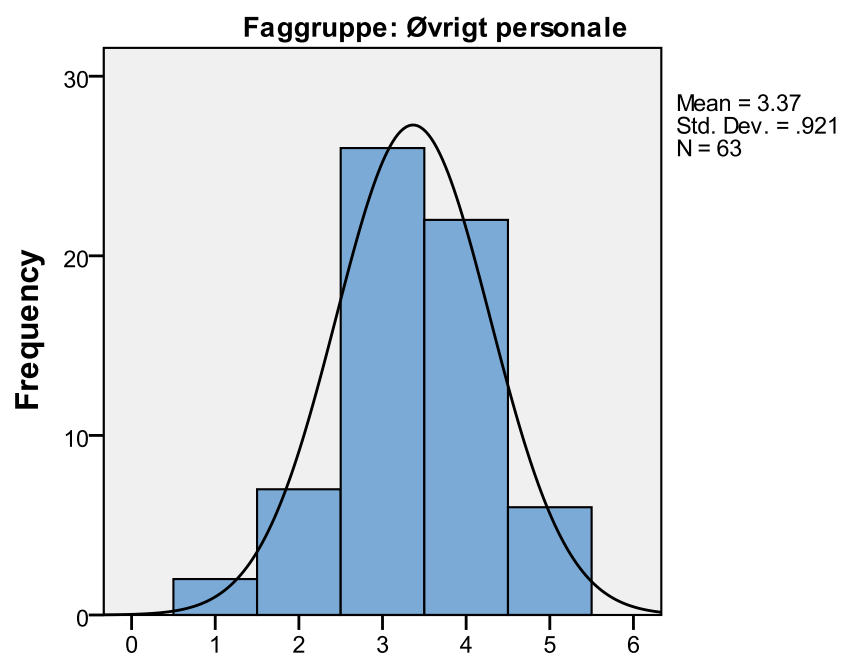
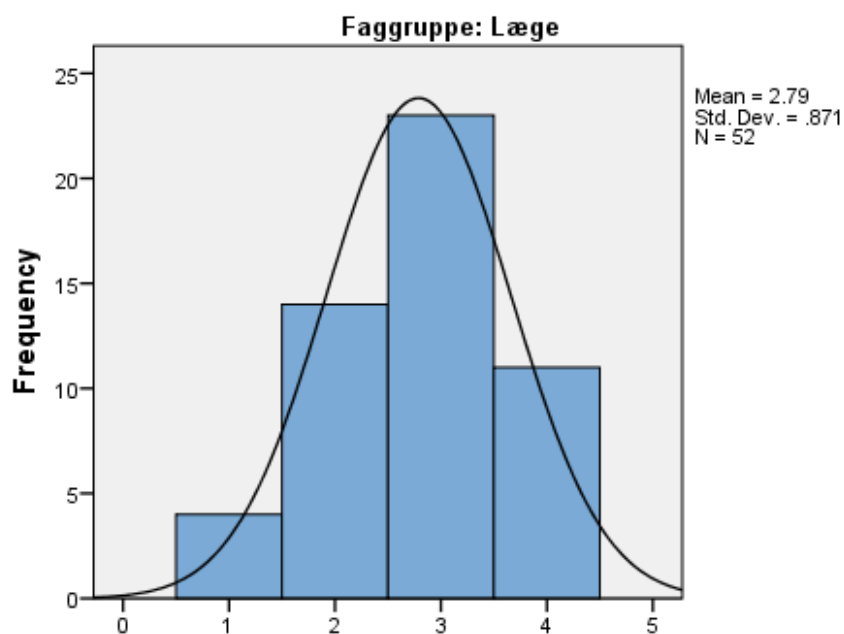
1. I hvilken grad vurderer du, at indførelsen af akkrediteringsstandarde for almen praksis vil fremme kvaliteten i klinikkens patientforløb?



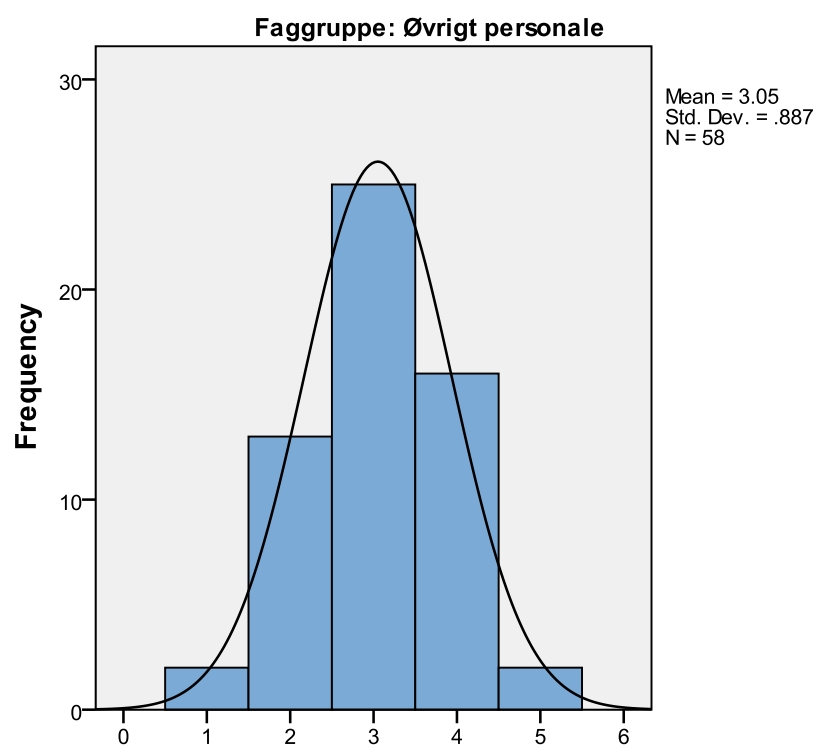
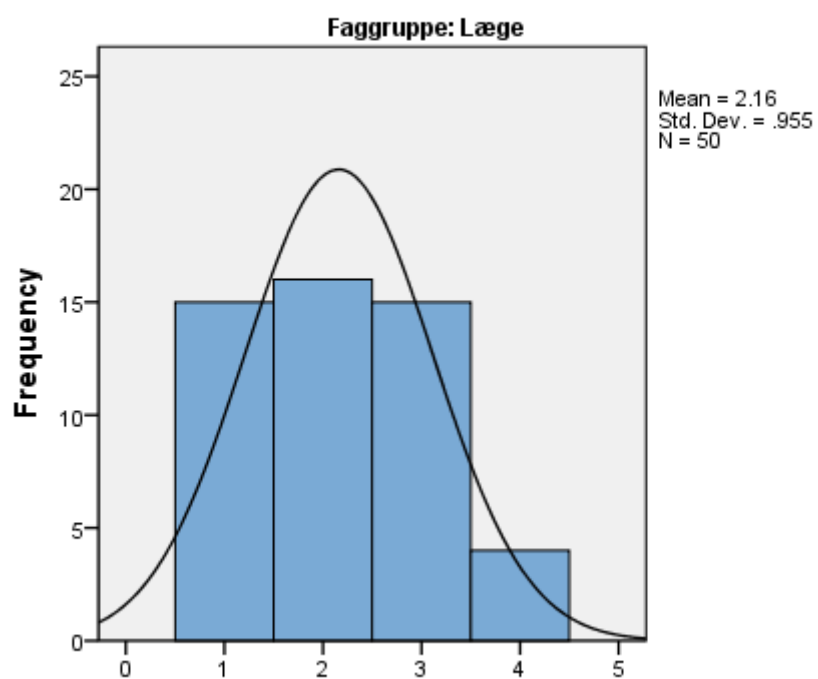
1. I hvilken grad vurderer du, at indførelsen af akkrediteringsstandarden for almen praksis vil dokumentere kvaliteten?



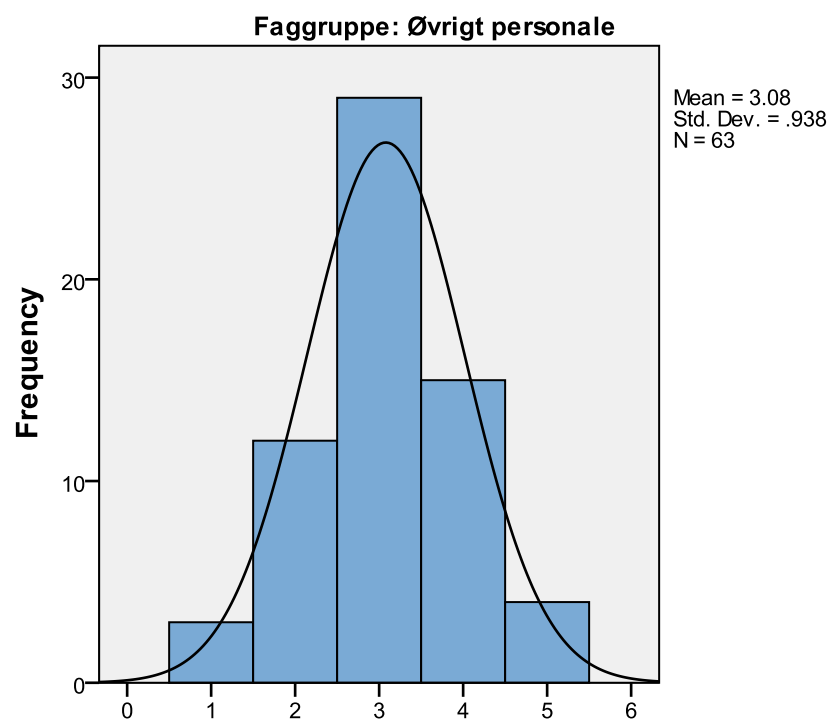
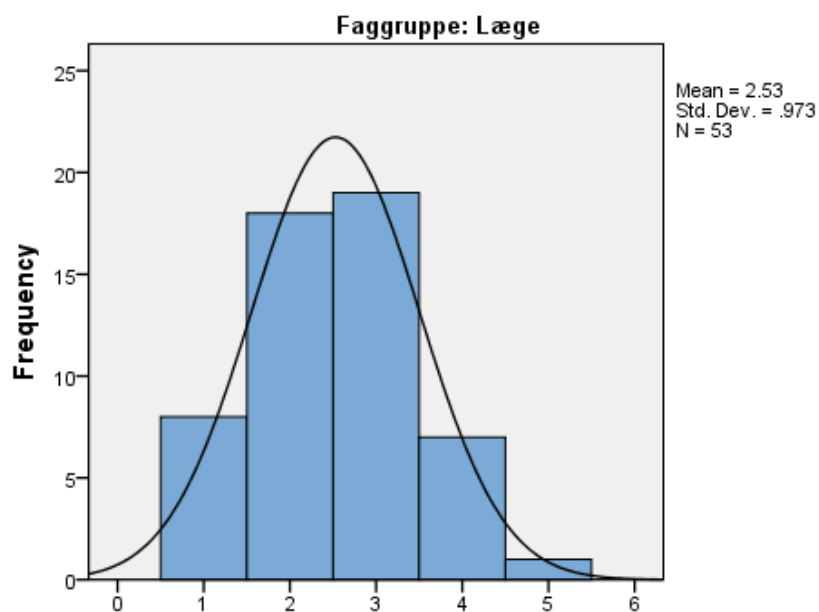
1. I hvilken grad vurderer du, at indførelsen af akkrediteringsstandarderne for almen praksis vil fremme patientsikkerheden?



**1. I hvilken grad vurderer du, at indførelsen af
akkrediteringsstandarderne for almen praksis vil fremme
samarbejde på tværs af sektorerne**

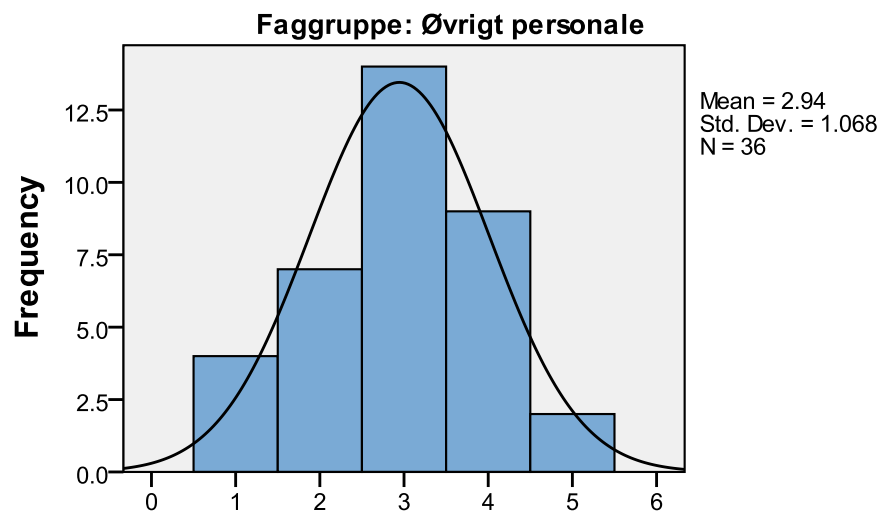
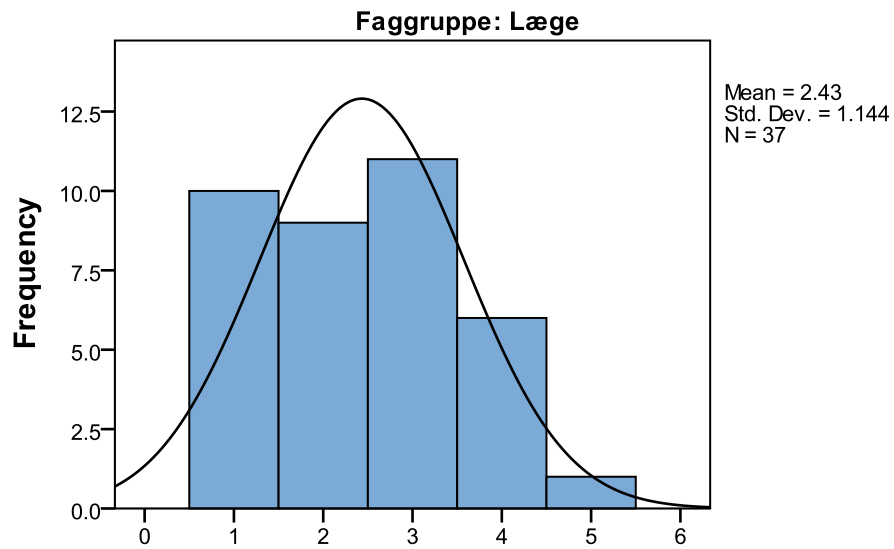


2. I hvilken grad vurderer du, at ressourceforbruget, forbundet med arbejdet med akkrediteringsstanderne, er rimeligt i forhold til nytteværdien for kvaliteten/patientsikkerheden i klinikken?

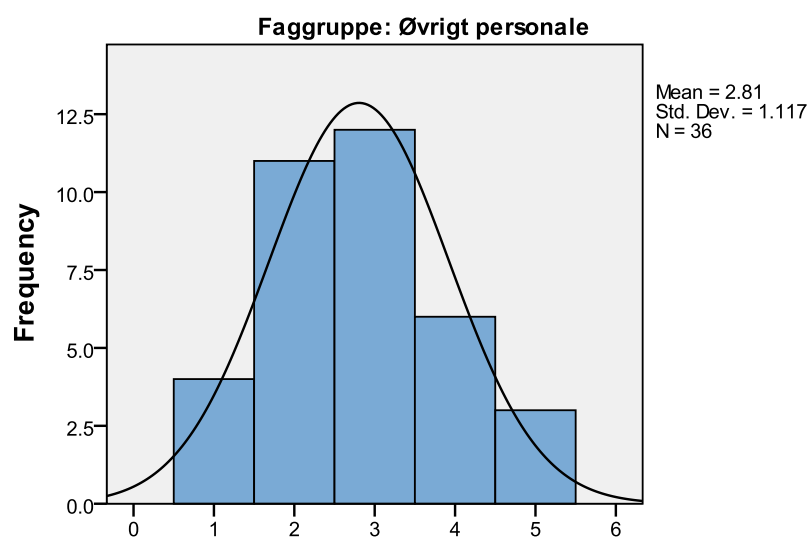
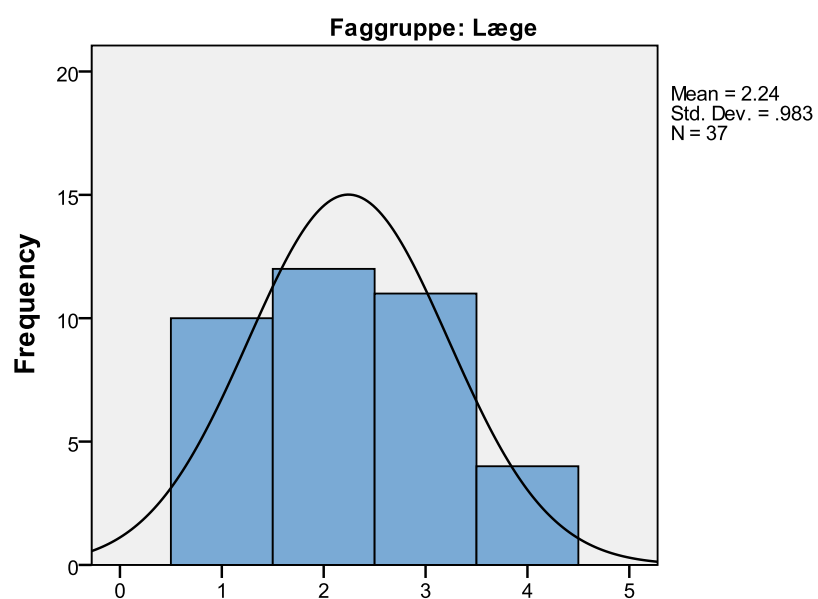


1.1 Tilgængelighed og ventetid

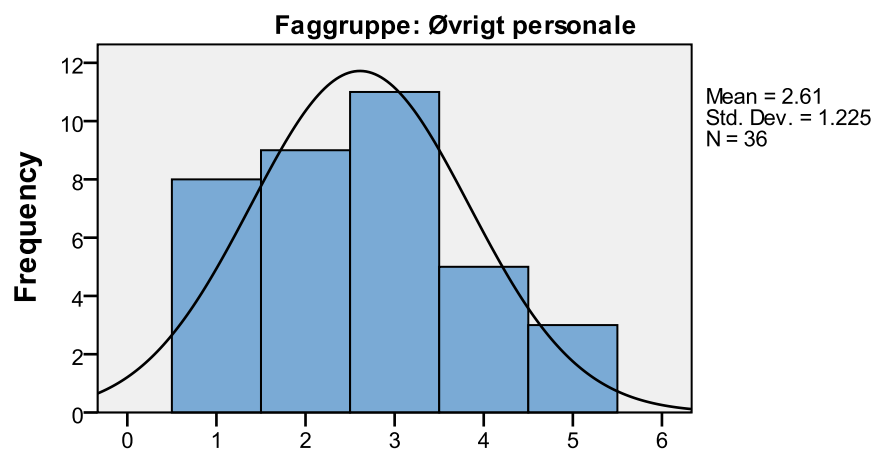
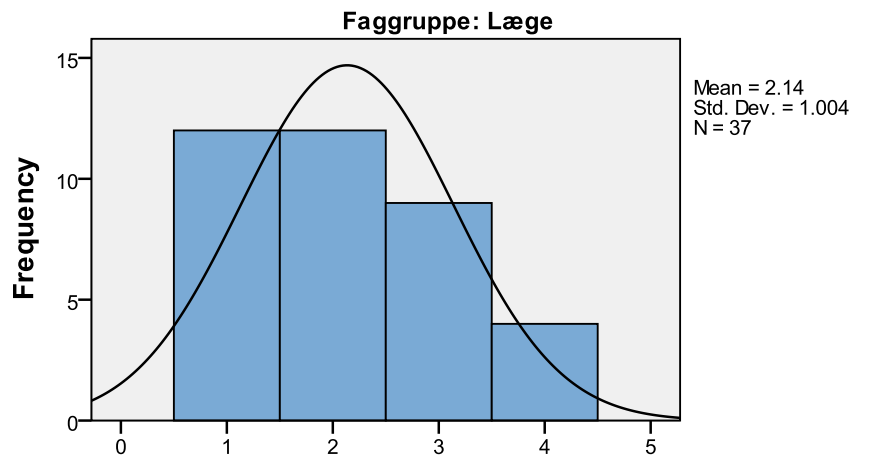
4. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden tilgængelighed og ventetid i klinikken vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



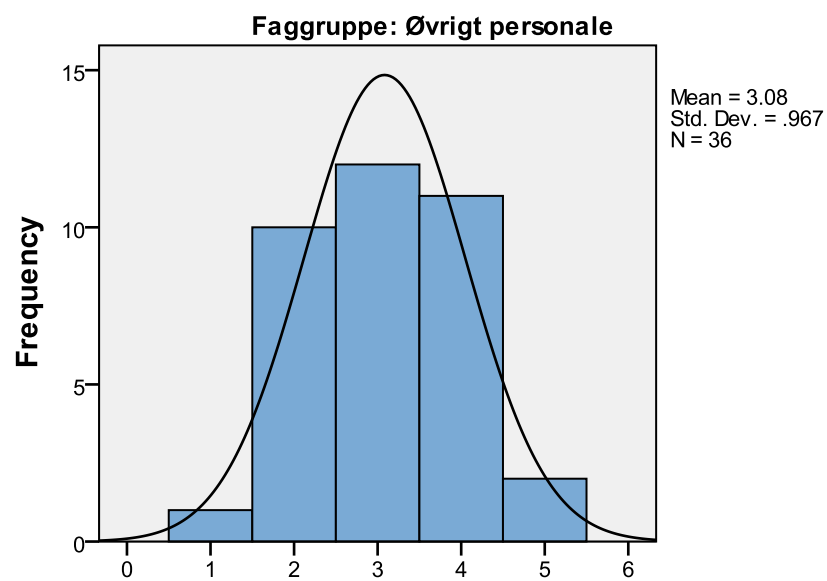
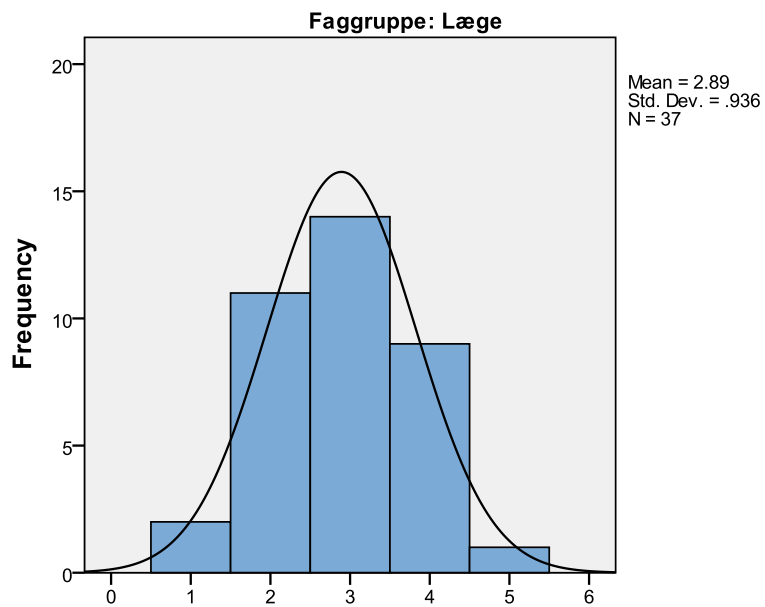
4. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarder tilgængelighed og ventetid i klinikken vil medføre en bedre planlægning i forhold til klinikkens patienter?



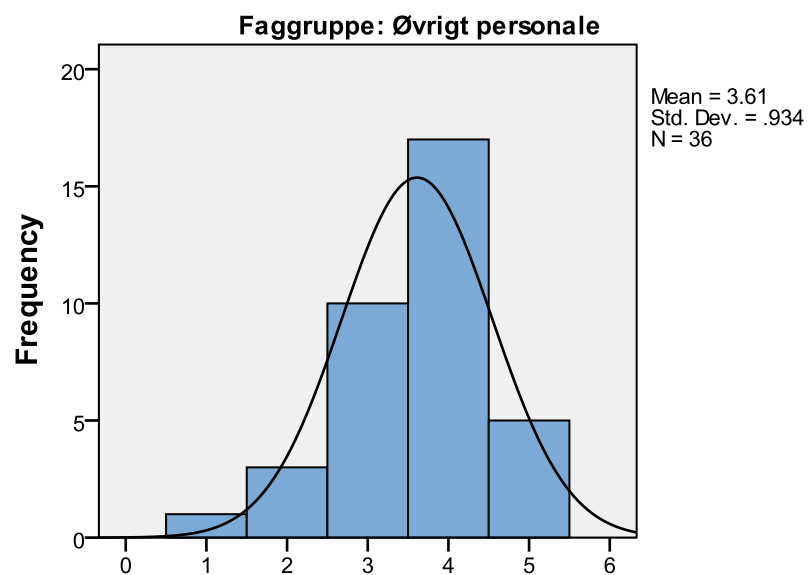
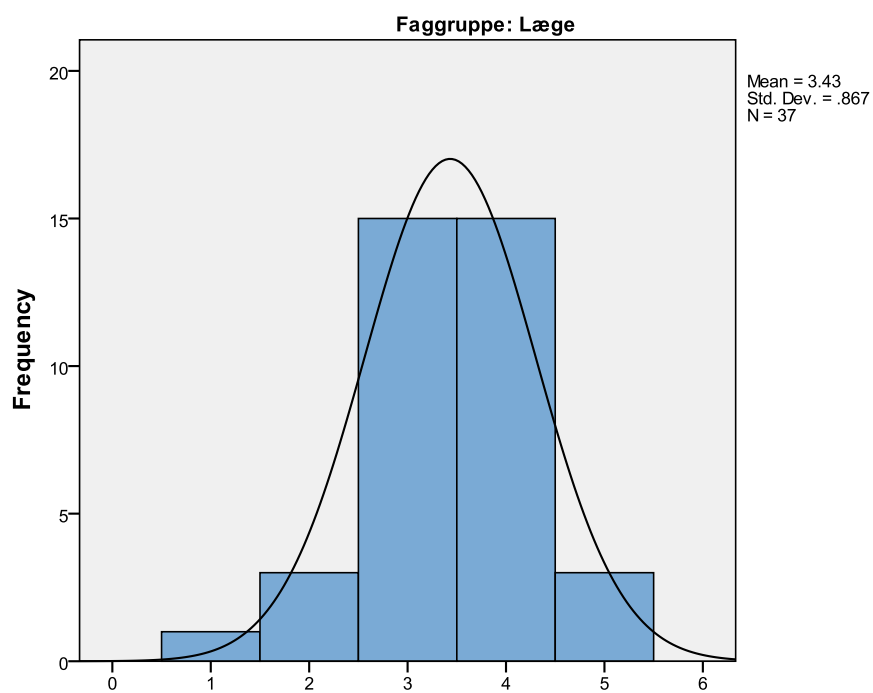
4. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden tilgængelighed og ventetid i klinikken vil medføre en øget tilgængelighed for klinikkens patienter?



5. I hvilken grad synes du, at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?

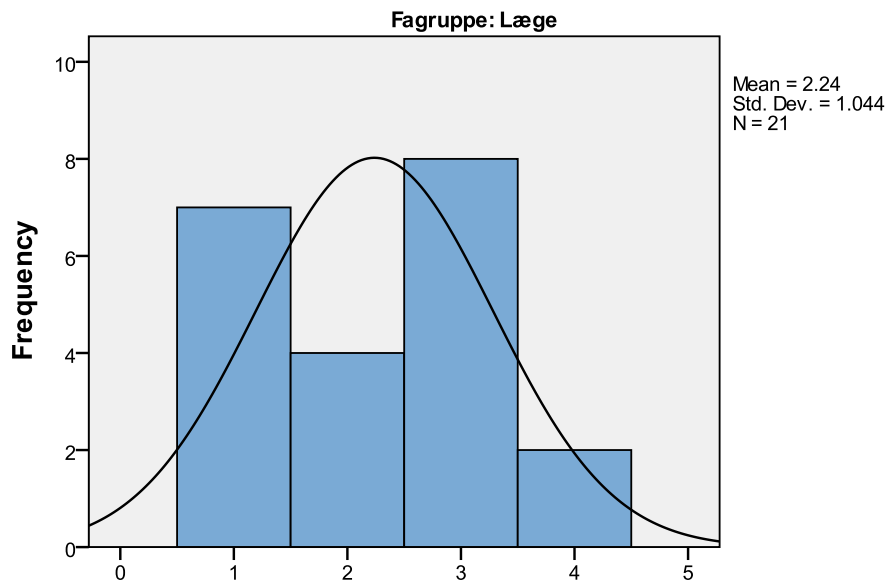


5. I hvilken grad synes du, at standarden er forståelig?

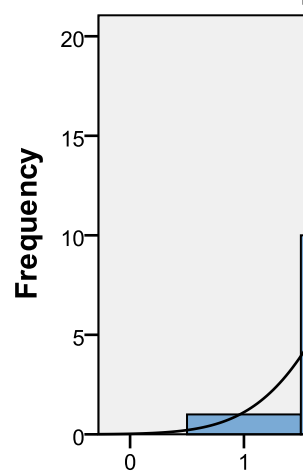
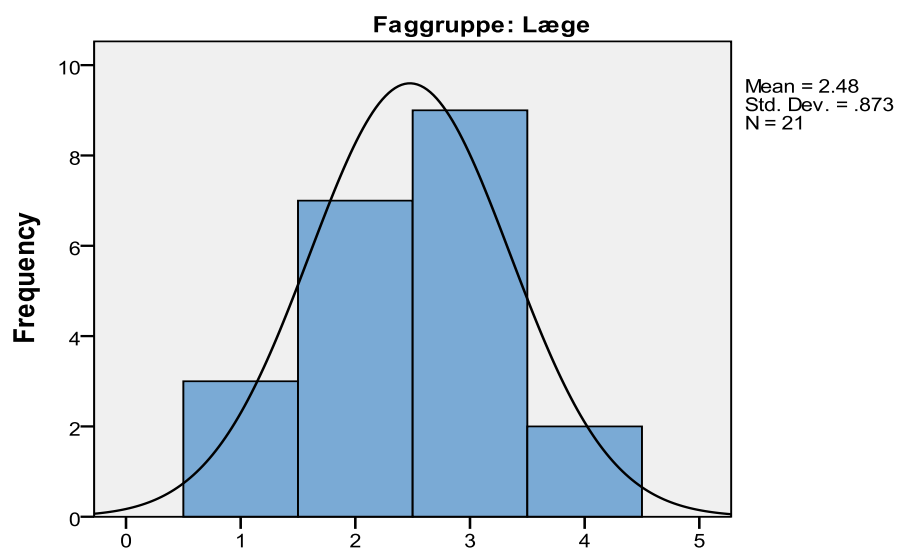


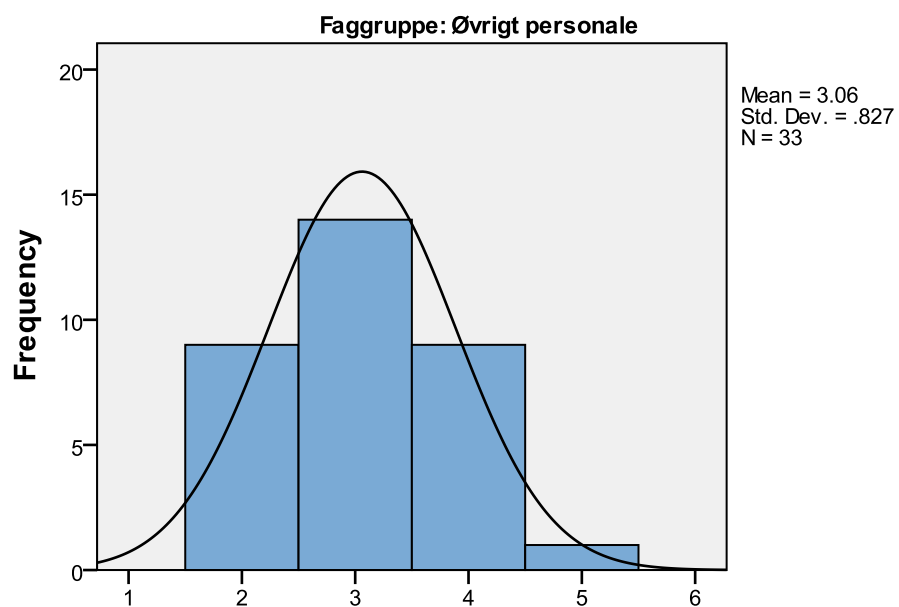
1.2 Udredning og behandlingsforløb

7. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarder udredning og behandlingsforløb vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?

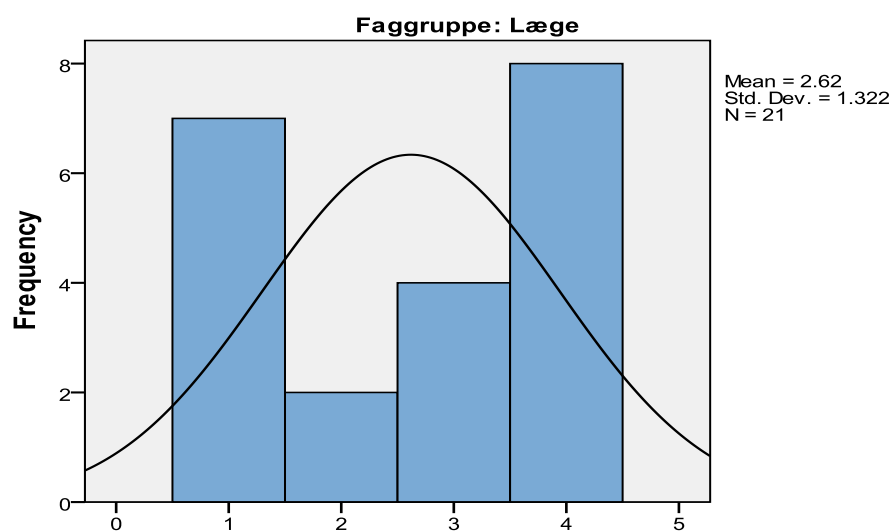


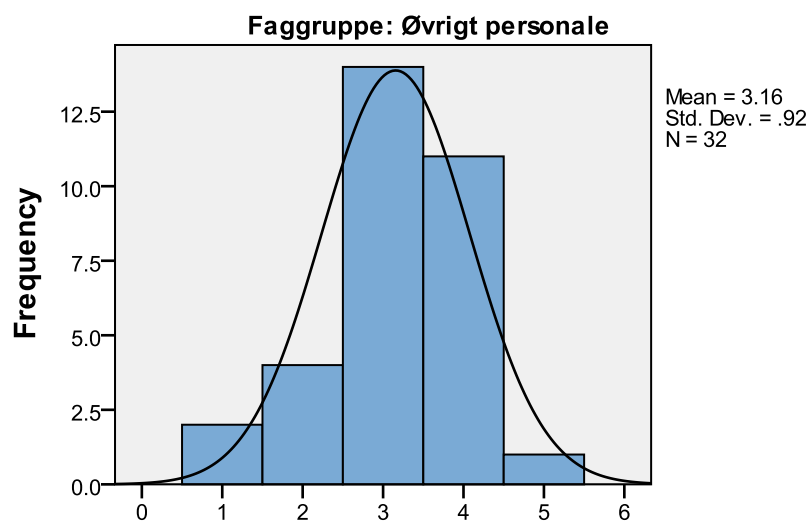
7. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarder udredning og behandlingsforløb vil sikre at udredning og behandling er i overensstemmelse med god klinisk praksis?



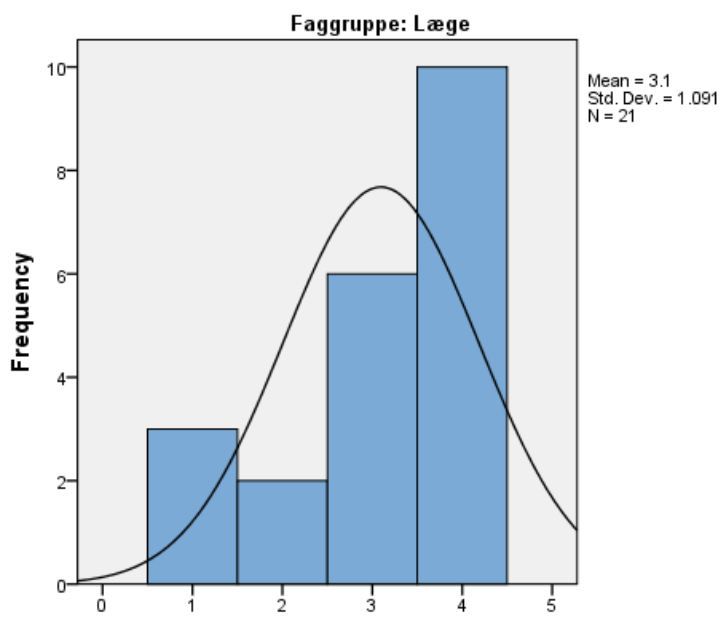


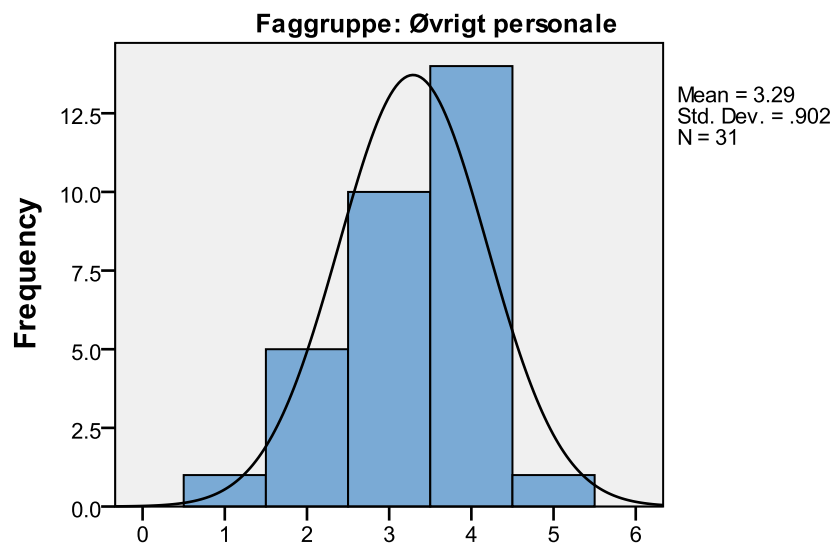
8. I hvilken grad synes du, at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





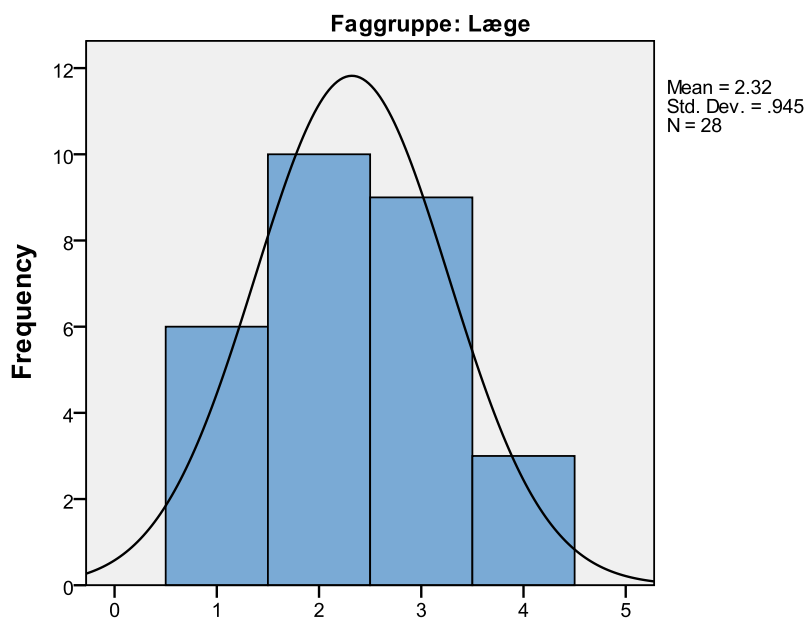
8. I hvilken grad synes du, at standarden er forståelig?

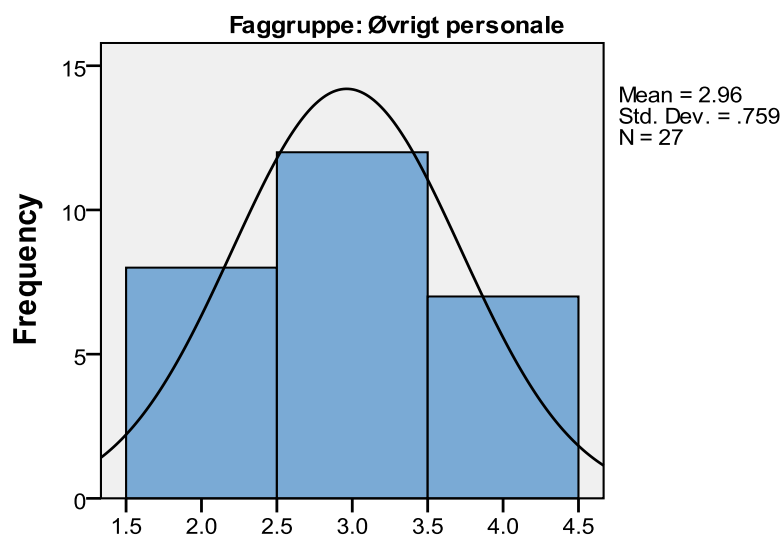




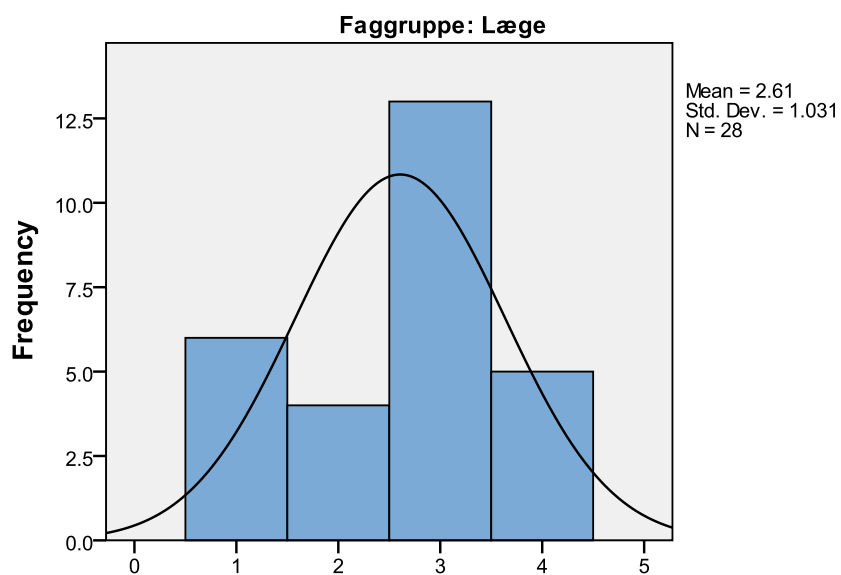
1.3 Henvisning

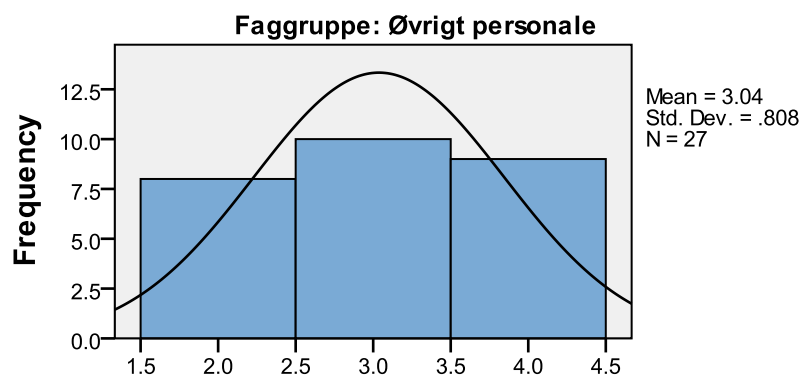
10. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden henvisning vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



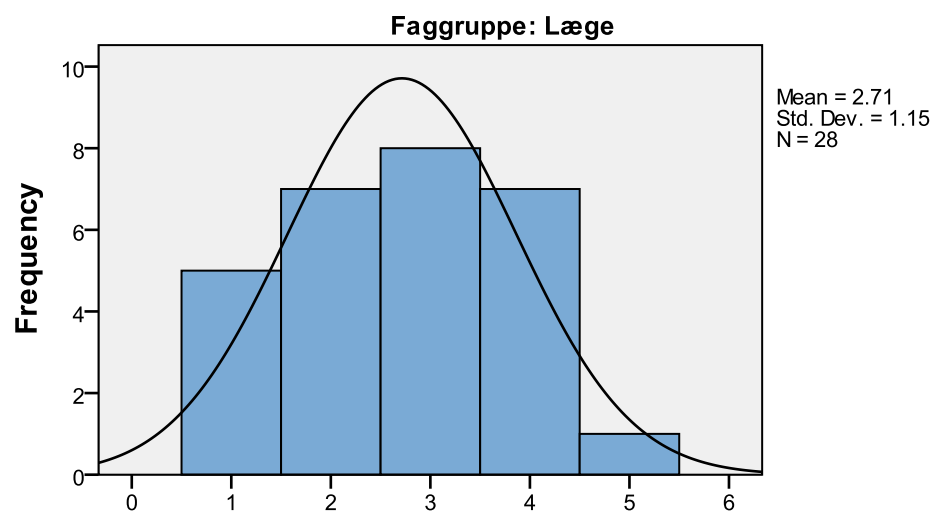


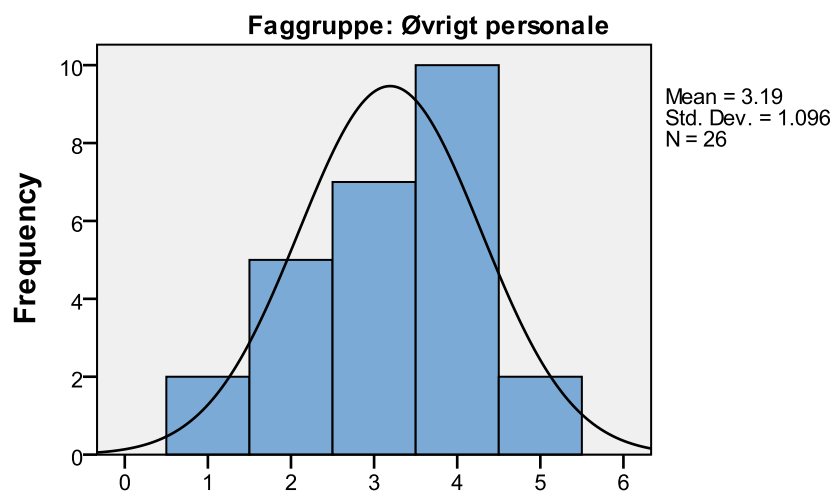
10. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden henvisning vil sikre at henvisningen er fyldestgørende i forhold til videre patientforløb?



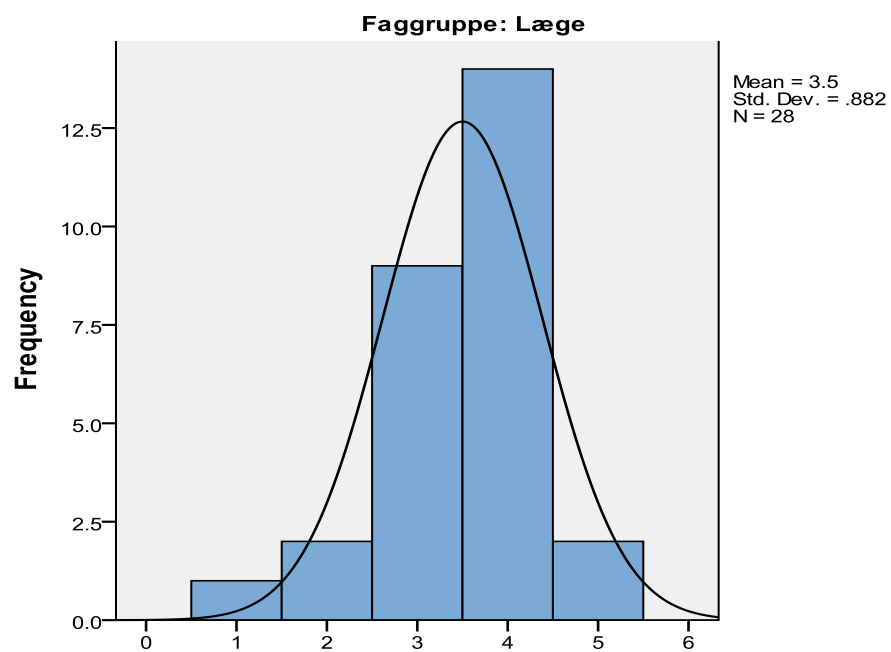


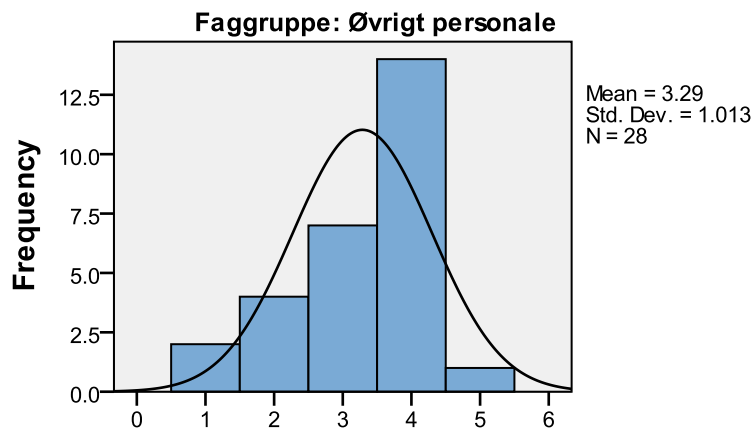
11. I hvilken grad synes du, at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





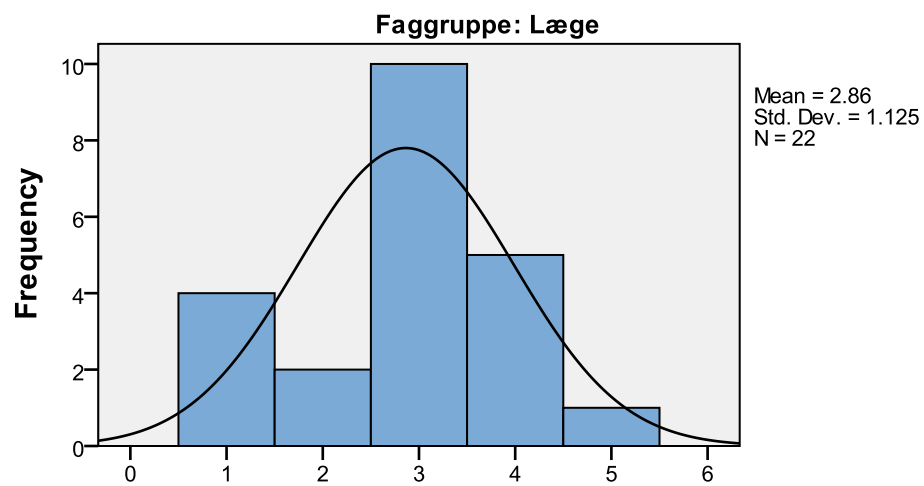
11. I hvilken grad synes du, at standarden er forståelig?

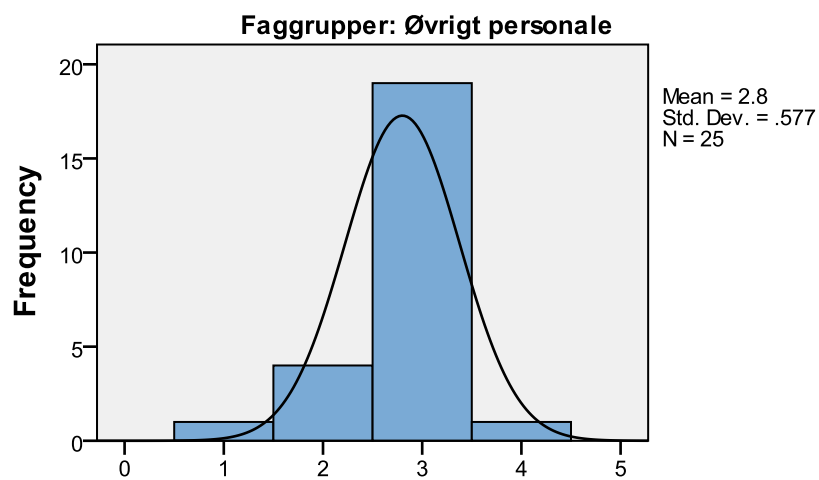




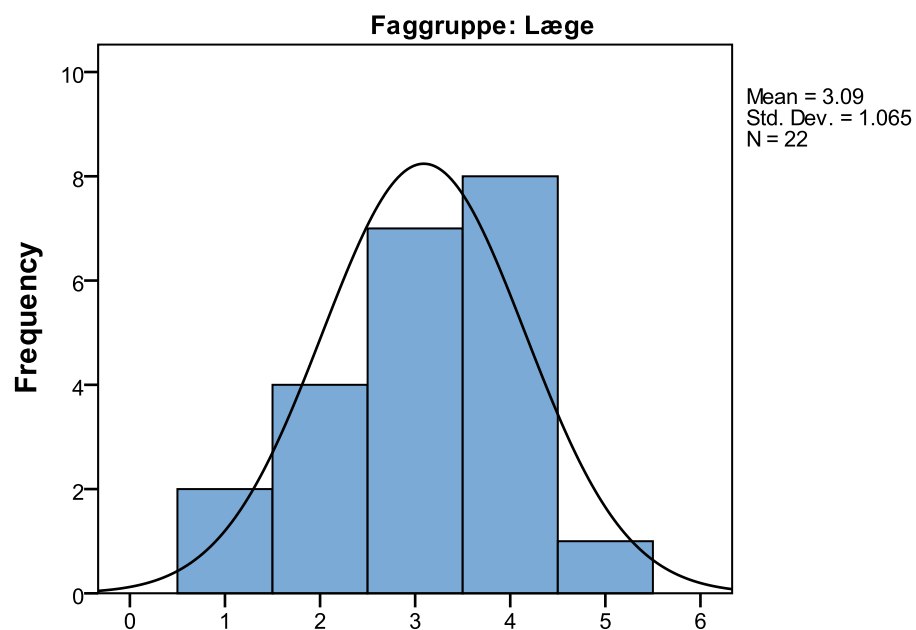
1.4 Sårbare grupper

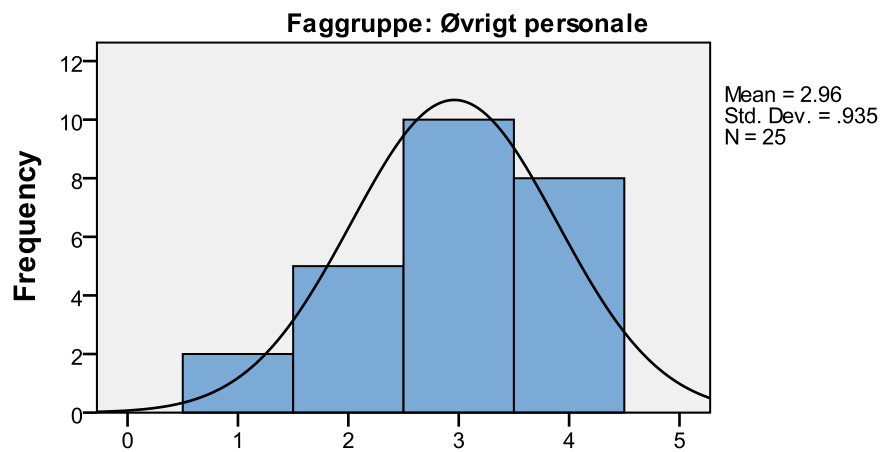
13. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden sårbare grupper vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb over for sårbare grupper?



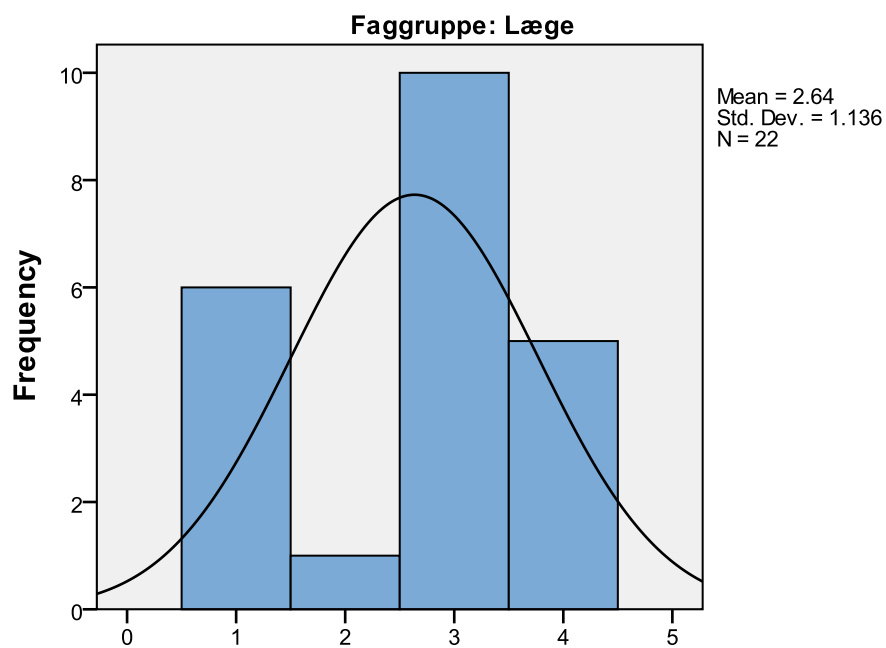


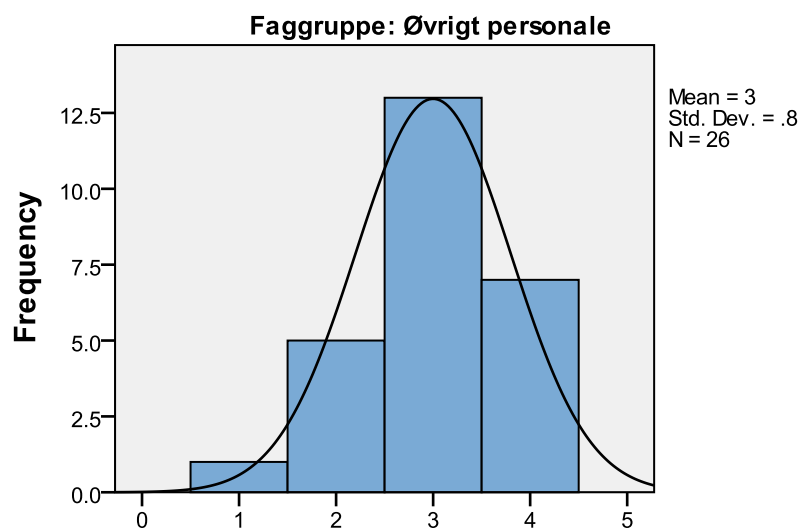
13. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden sårbare grupper vil medvirke til at skærpe klinikkens opmærksomhed på patienter med særlige behov?



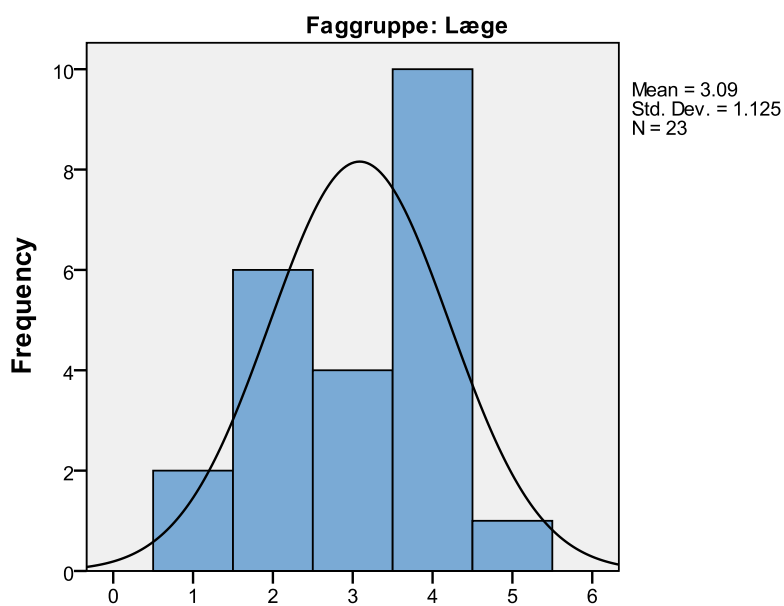


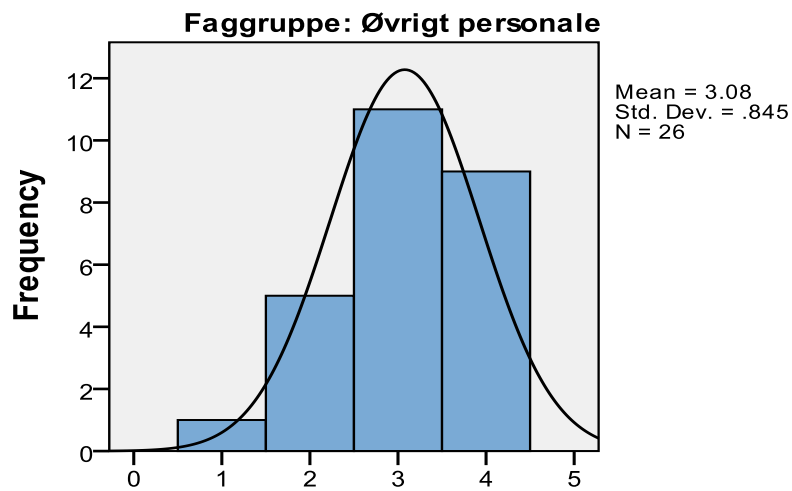
14. I hvilken grad synes du, at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





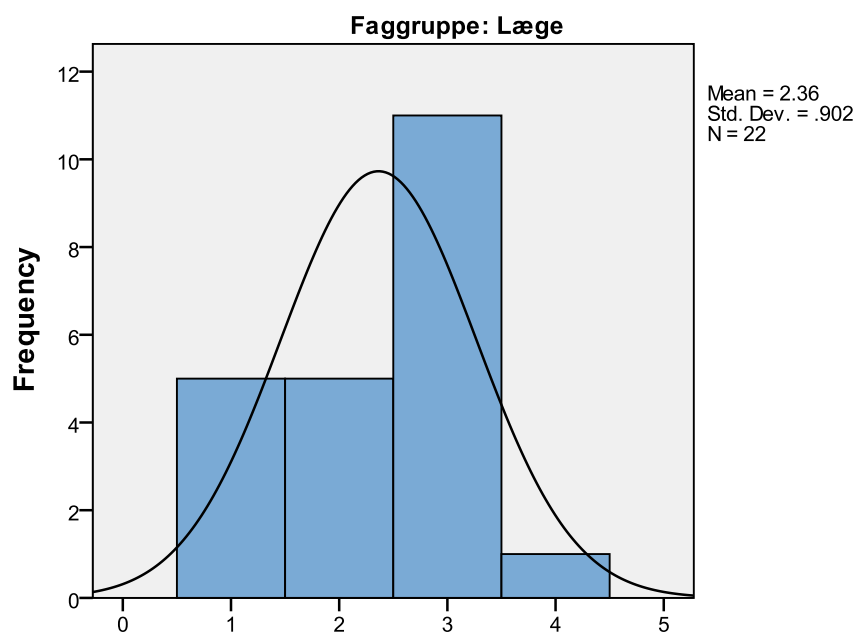
14. I hvilken grad synes du, at standarden er forståelig?

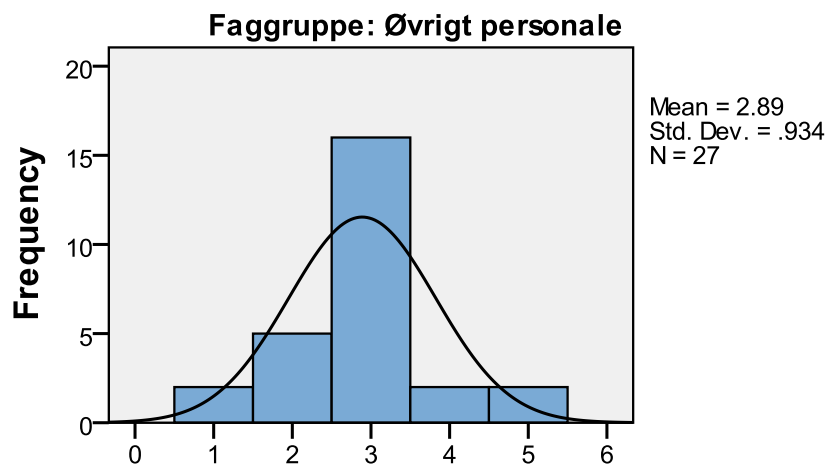




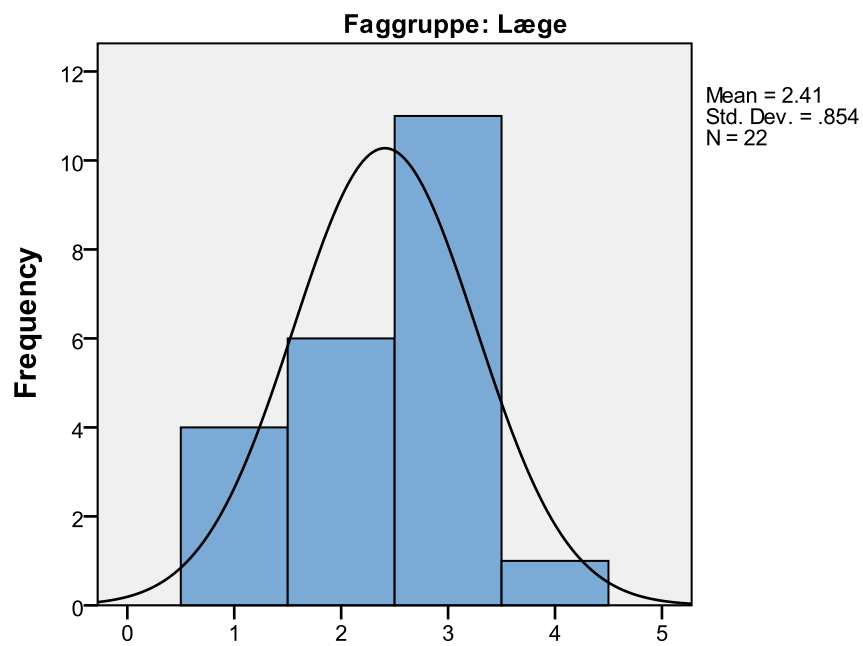
1.5 Koordinering af patientforløb

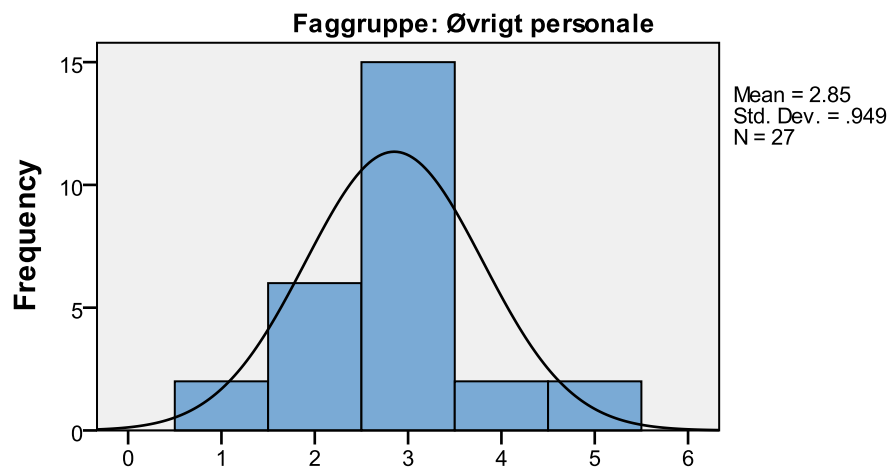
16. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarder koordinering af patientforløb vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



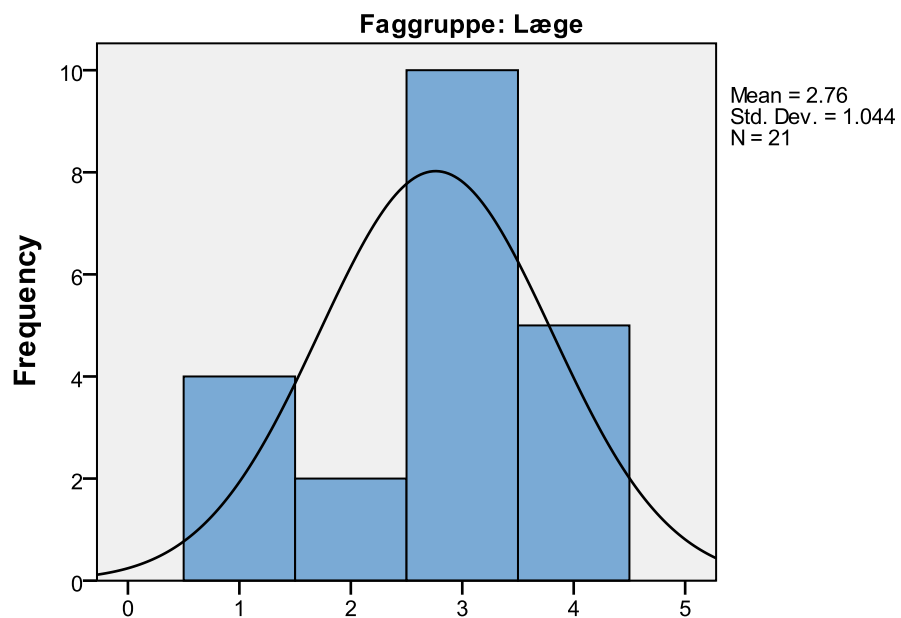


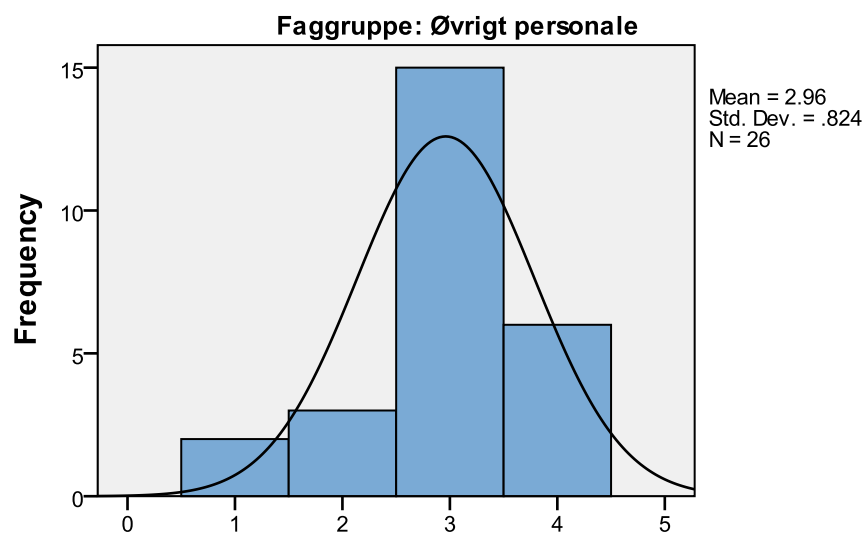
16. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden koordinering af patientforløb vil sikre helhed og kontinuitet for klinikkens patienter?



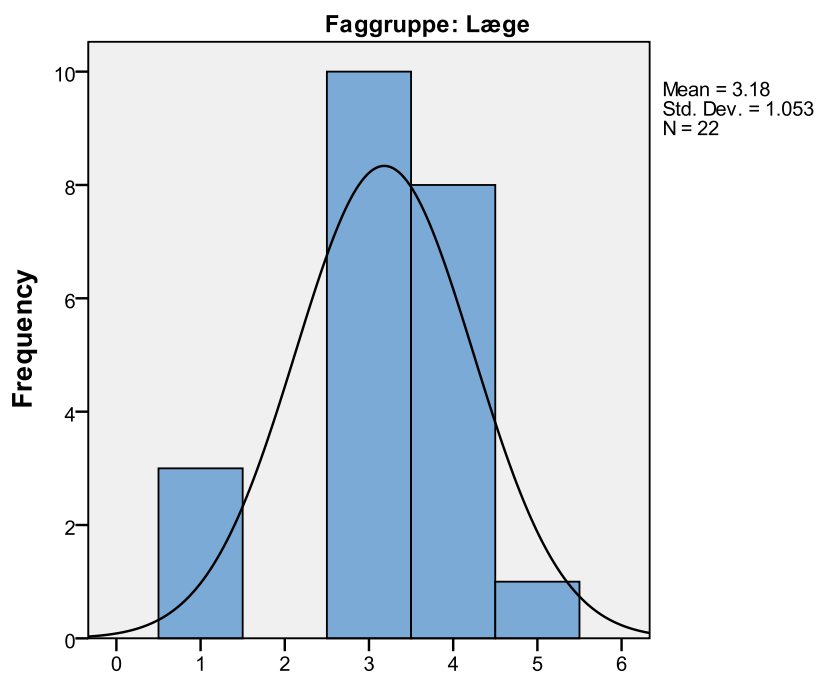


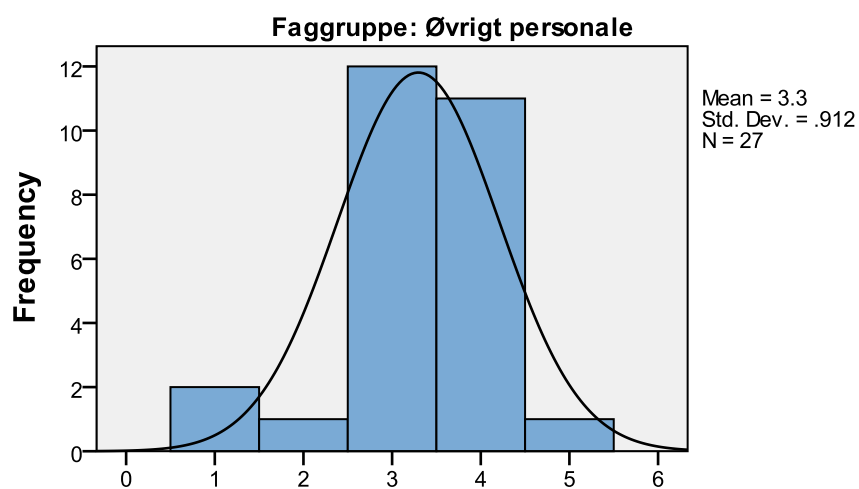
17. I hvilken grad synes du, at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





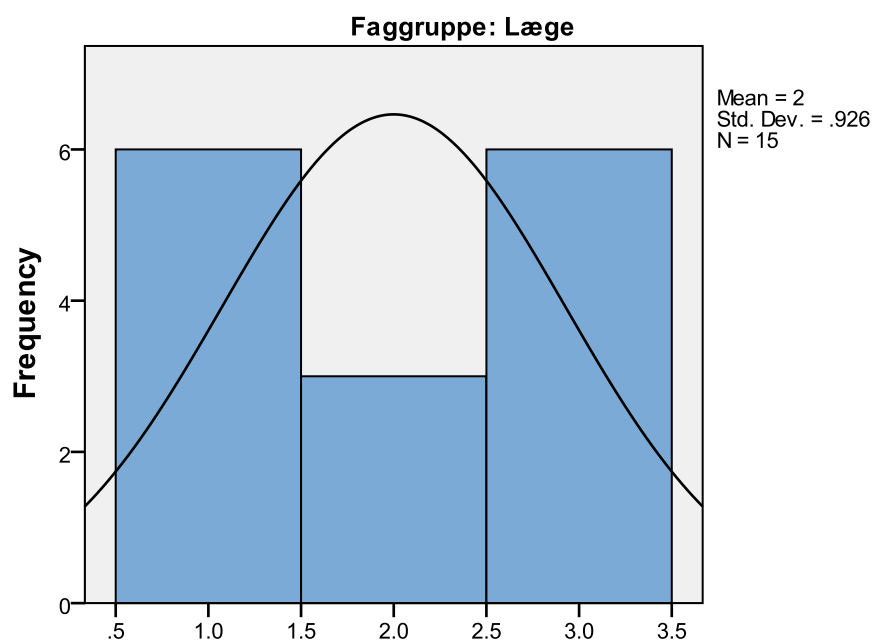
17. I hvilken grad synes du, at standarden er forståelig?

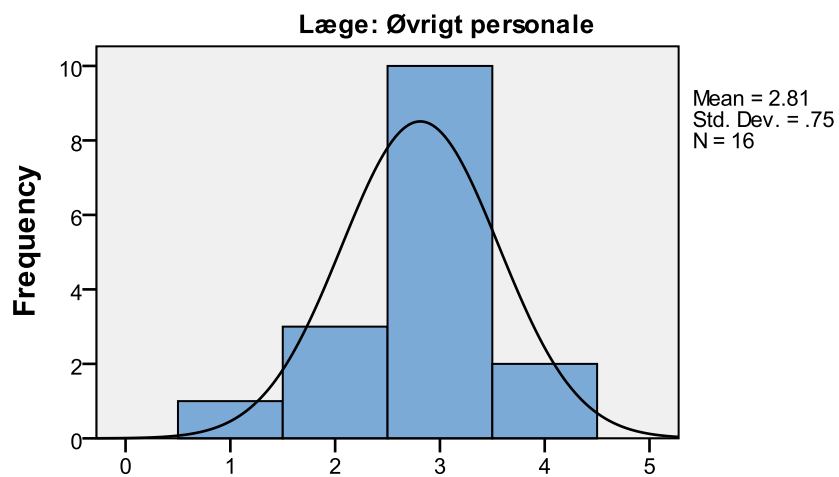




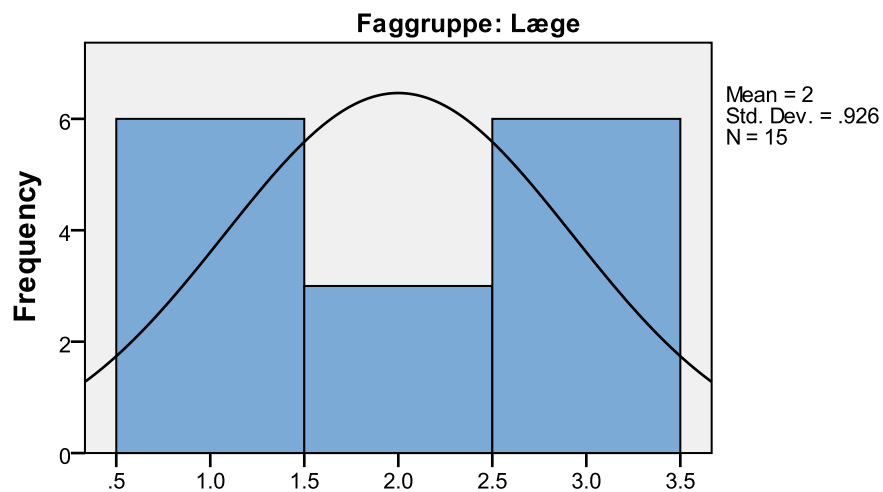
2.1 Medinddragelse af patienter og pårørende

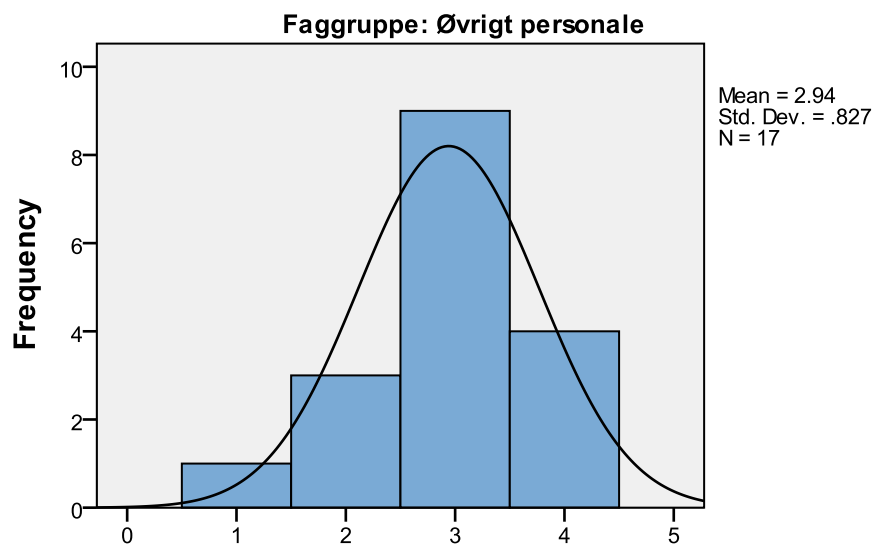
19. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden medinddragelse af patienter/pårørende vil højne kvaliteten i klinikkens ...



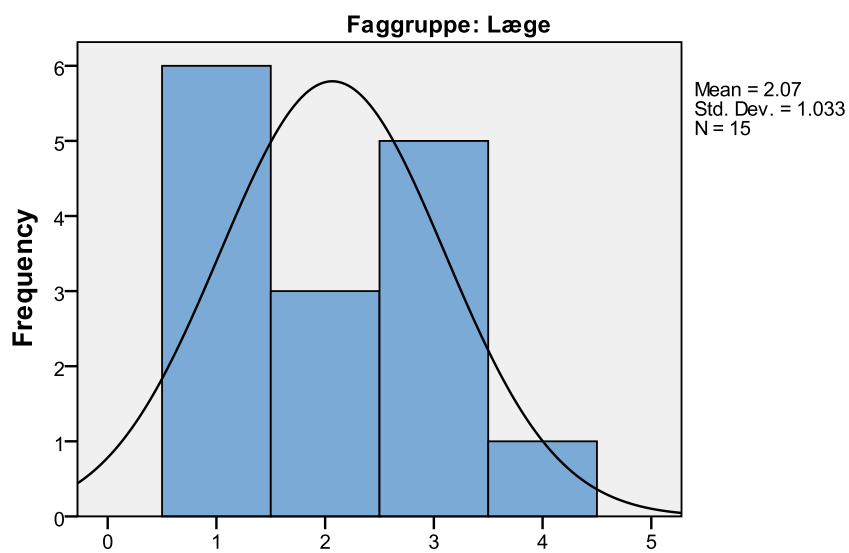


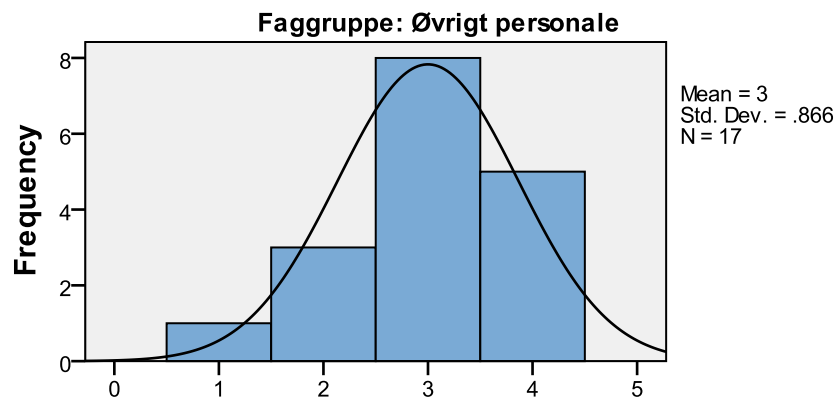
19. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden medinddragelse af patienter/pårørende vil sikre at patientens og eventuelle pårørendes specielle ønsker og behov inddrages i behandlingsforløbet?



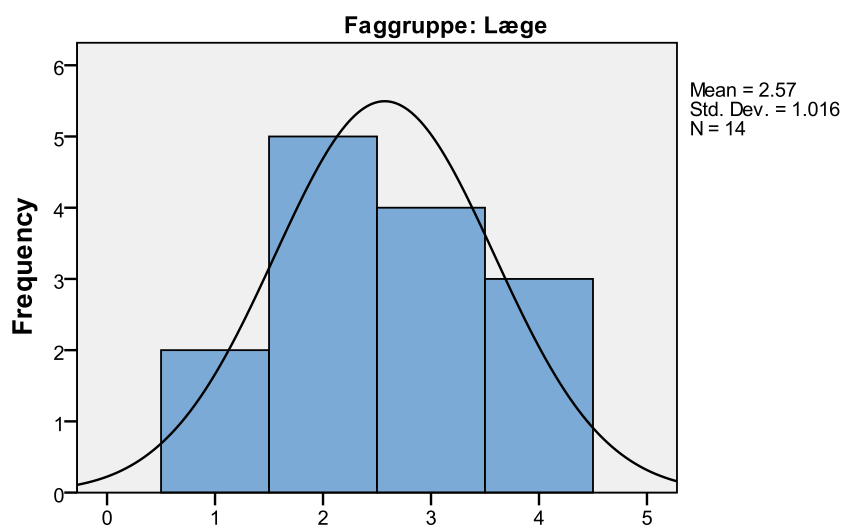


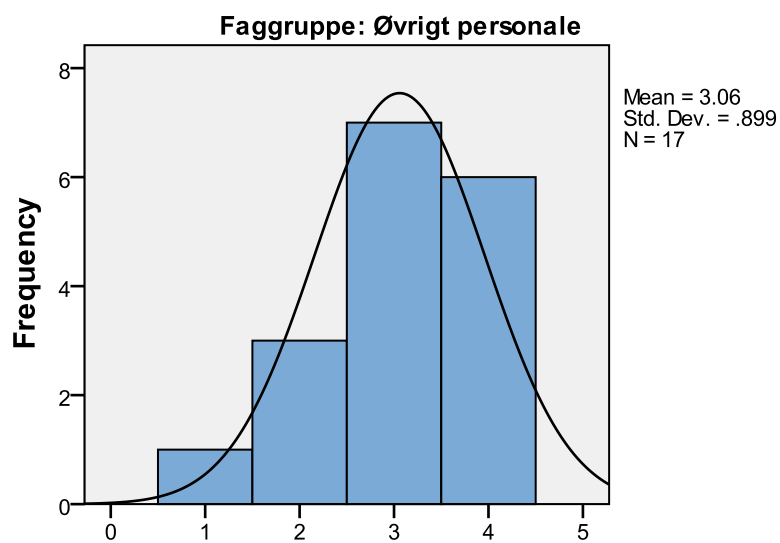
19. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarder med inddragelse af patienter/pårørende vil sikre at patienter og pårørende har adgang til relevant sygdomsinformation, information om patientforløb mv.?



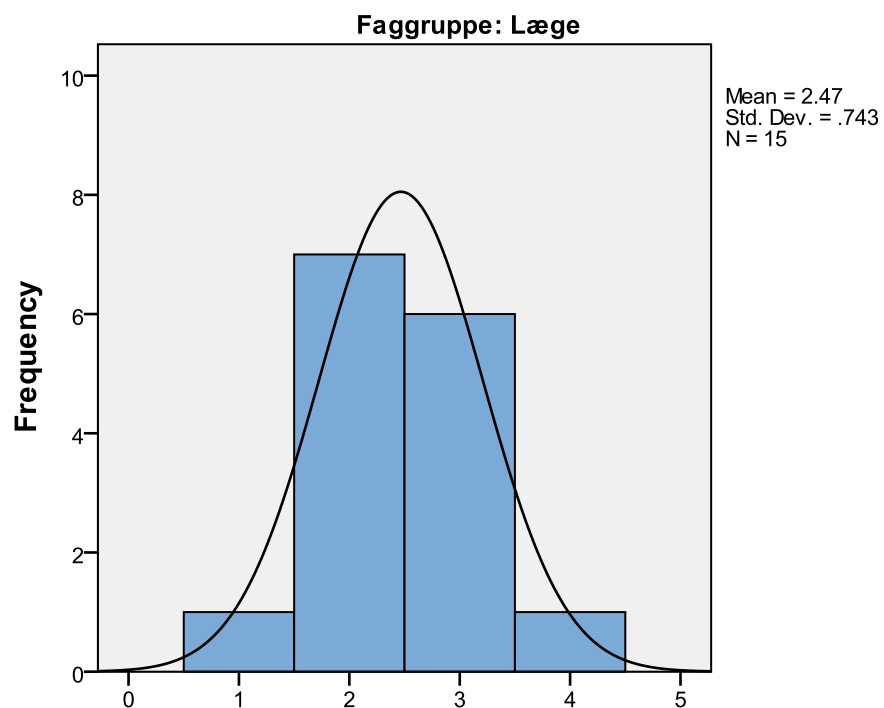


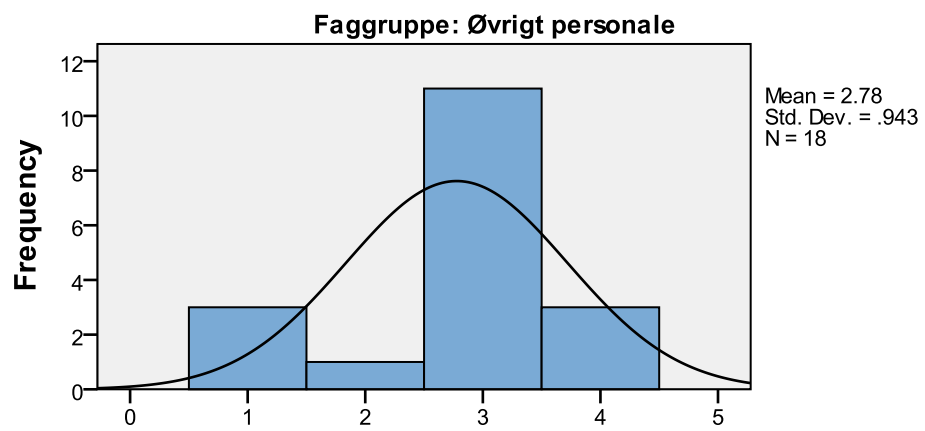
20. I hvilken grad vurderer du, at standardens procedurer er relevante for at højne kvaliteten i patientinddragelse og patientinformation?



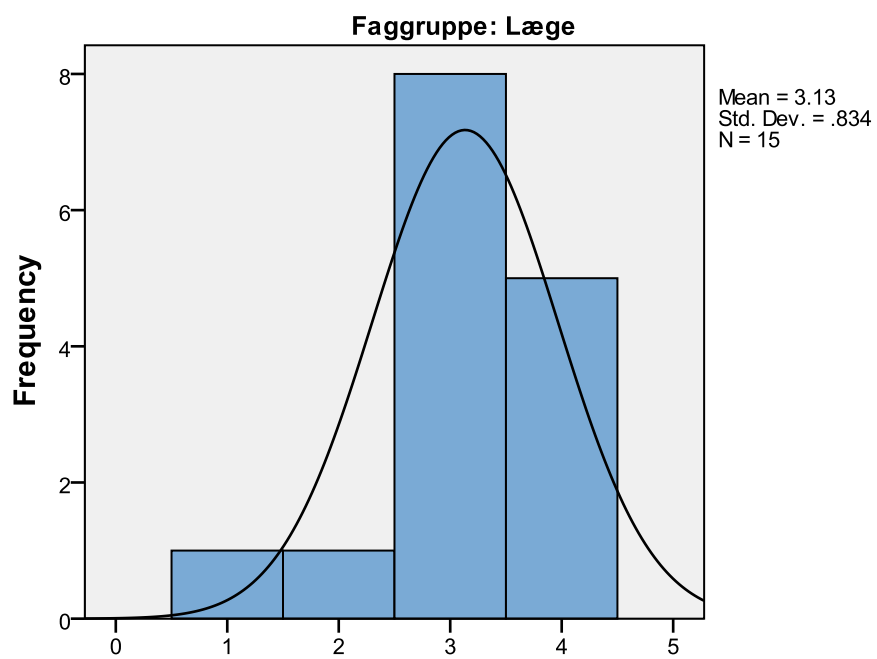


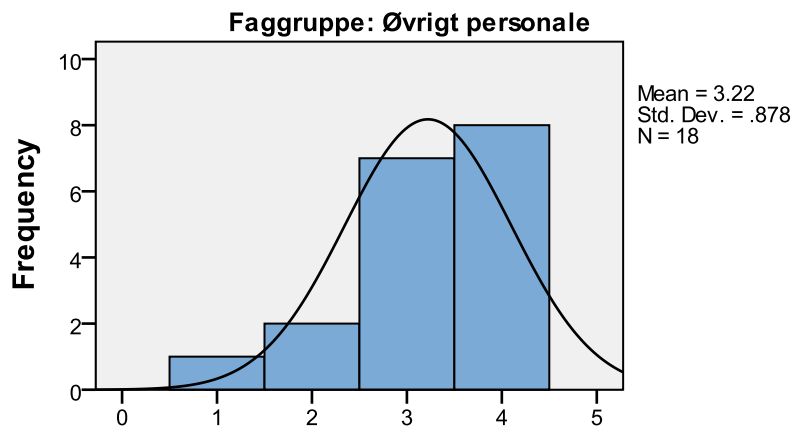
21. I hvilken grad vurderer du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





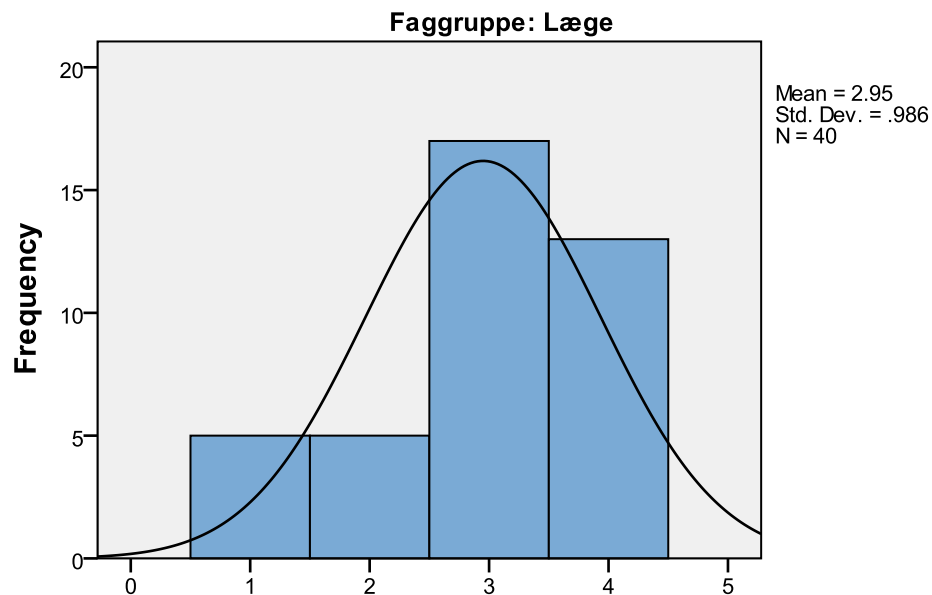
21. I hvilken grad vurderer du at standarden er forståelig?

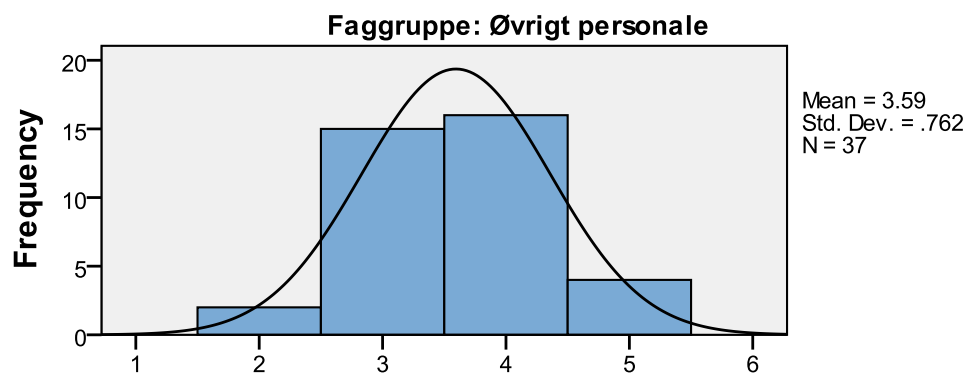




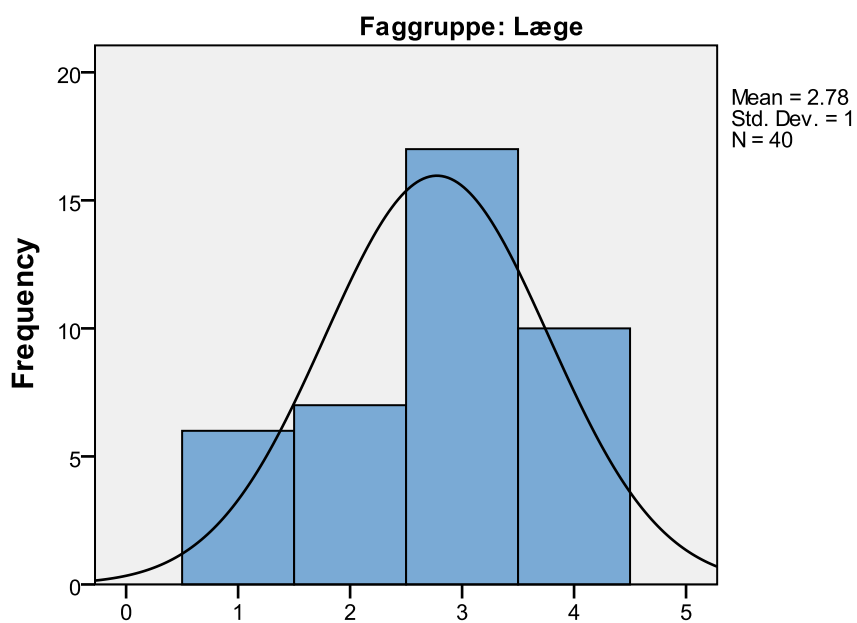
3.1 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser

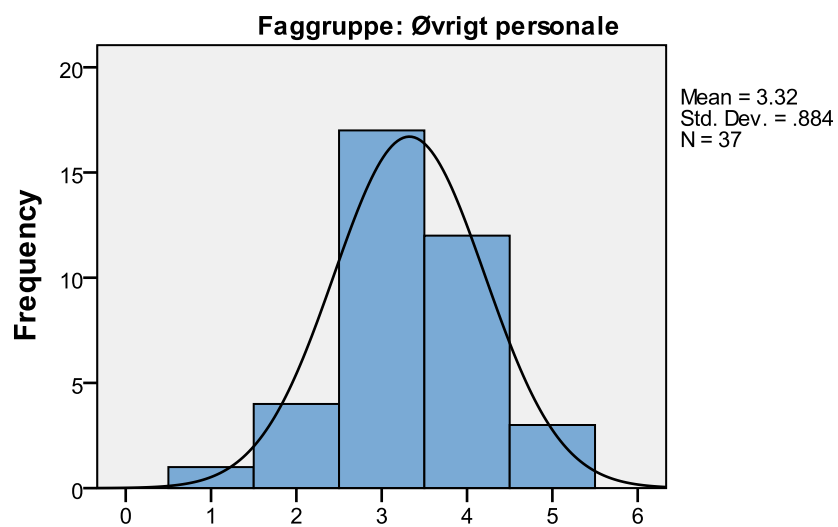
23. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



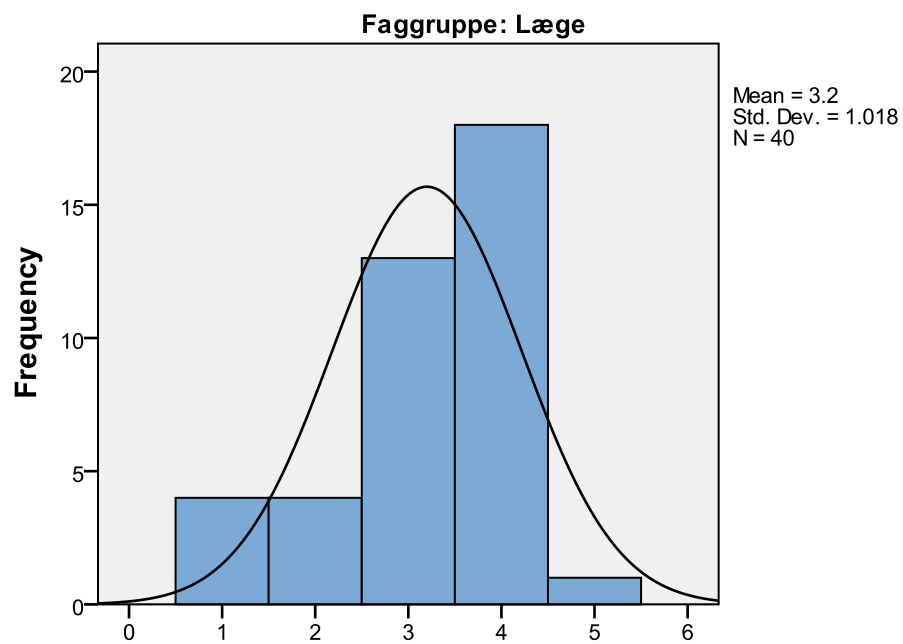


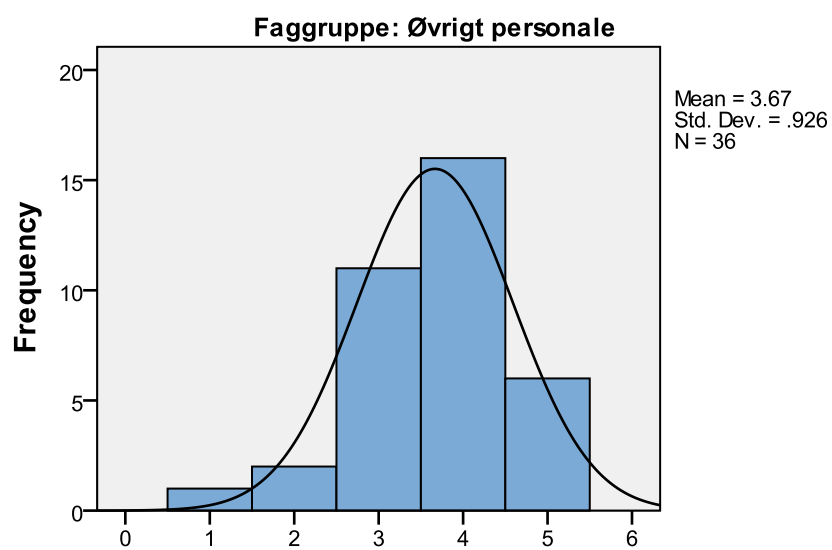
23. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser vil reducere risikoen for utilsigtede hændelser i forbindelse med patientens kontakt med klinikken?



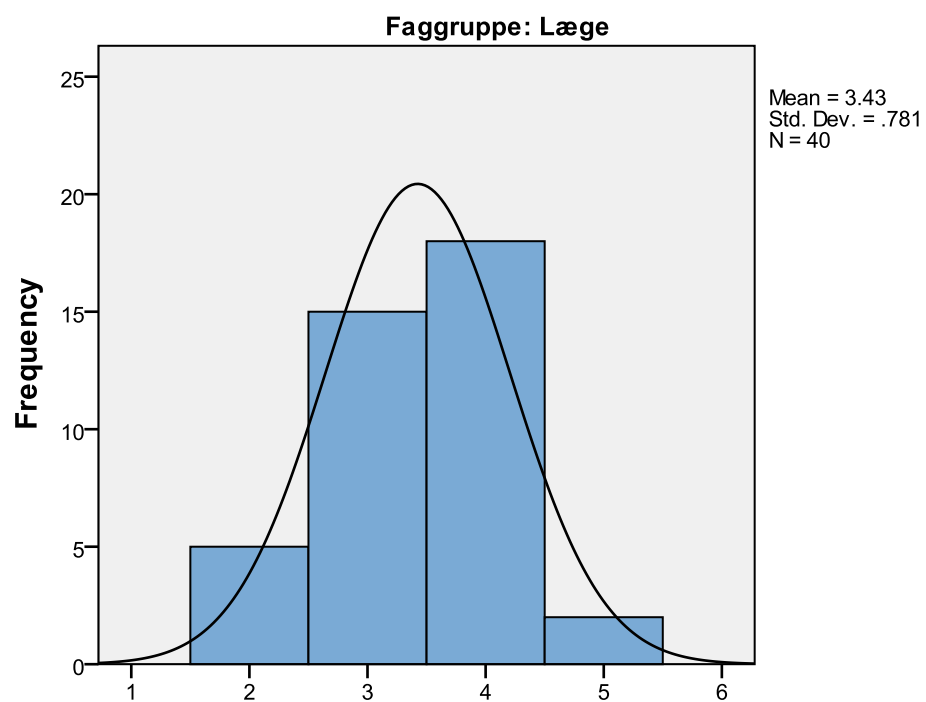


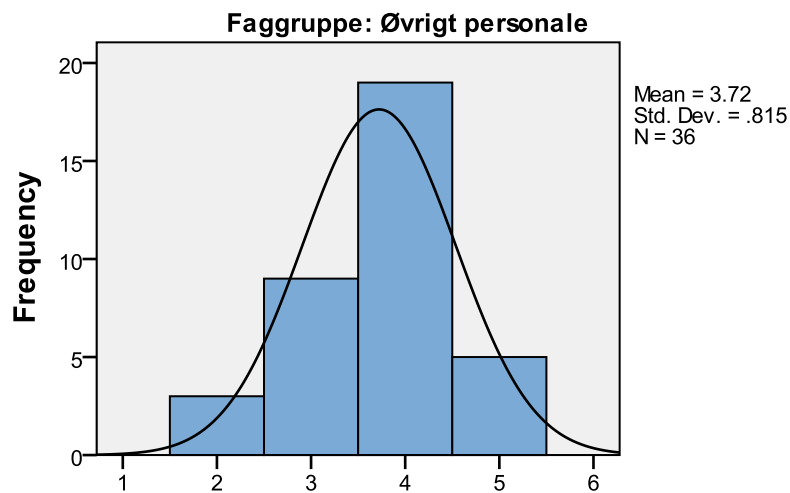
24. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





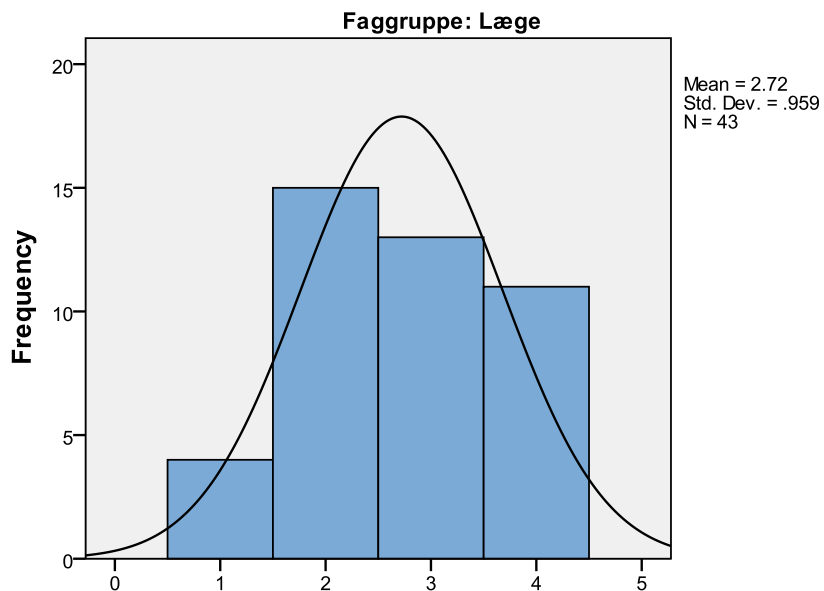
24. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

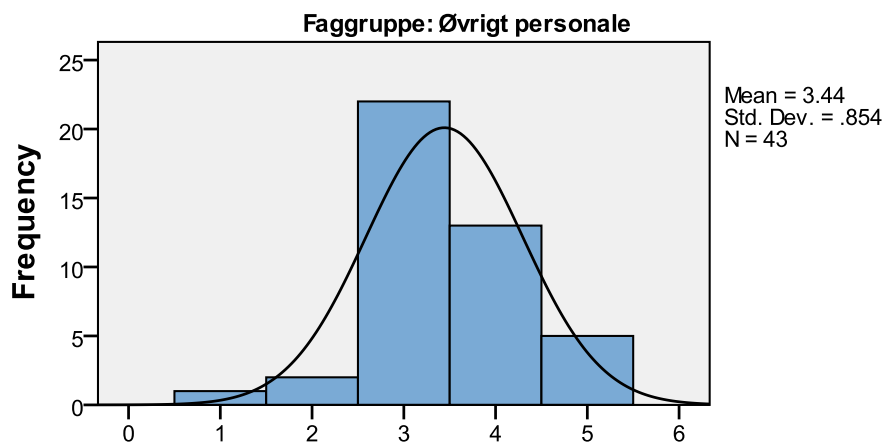




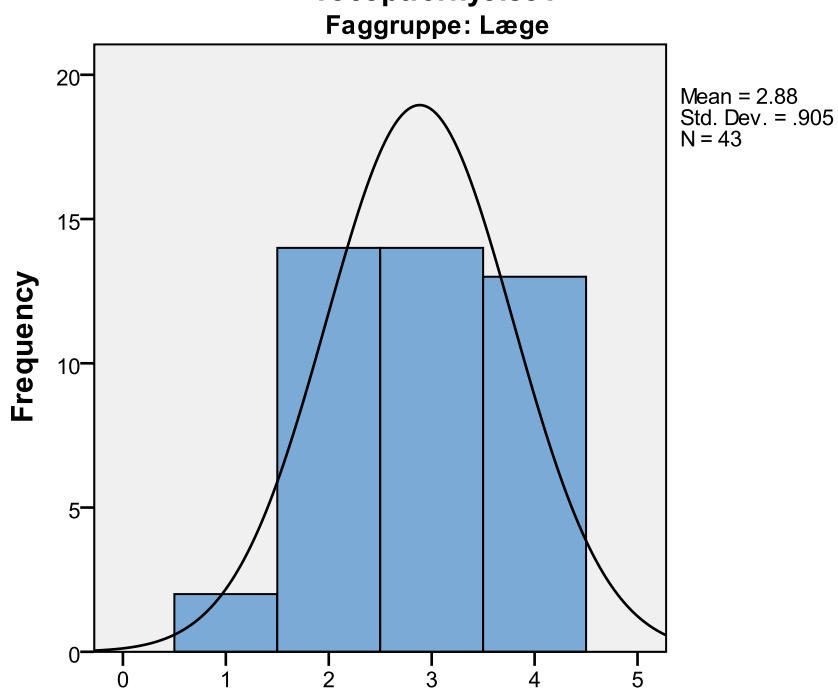
3.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse

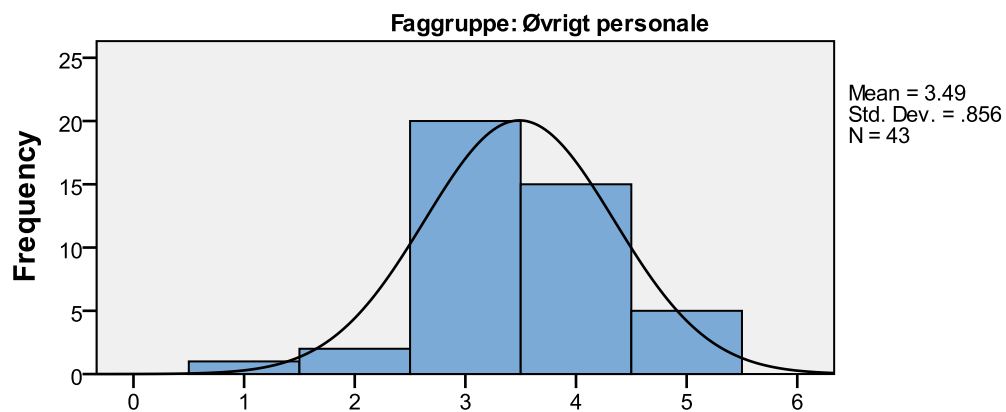
26. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstanden lægemiddelordination og receptfornyelse vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



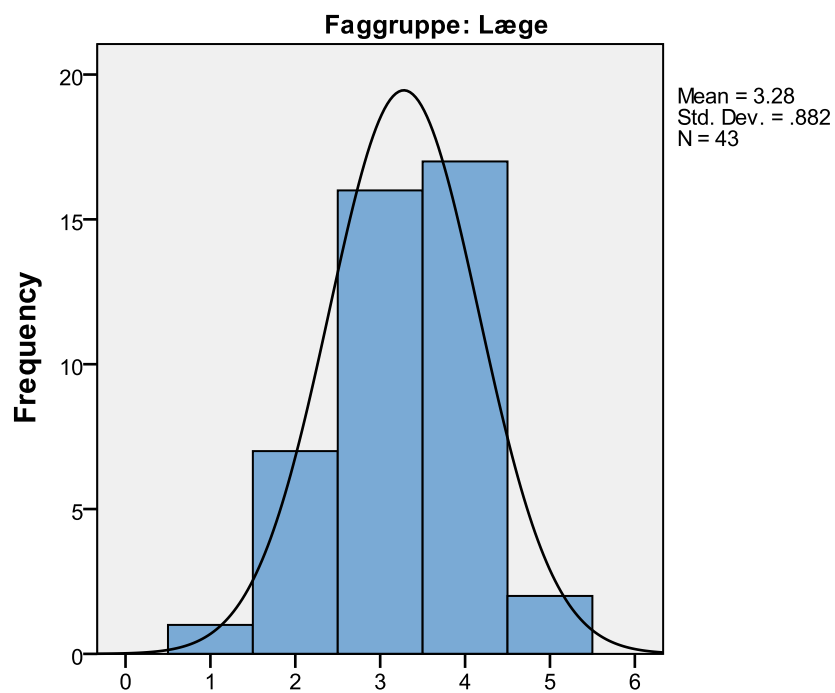


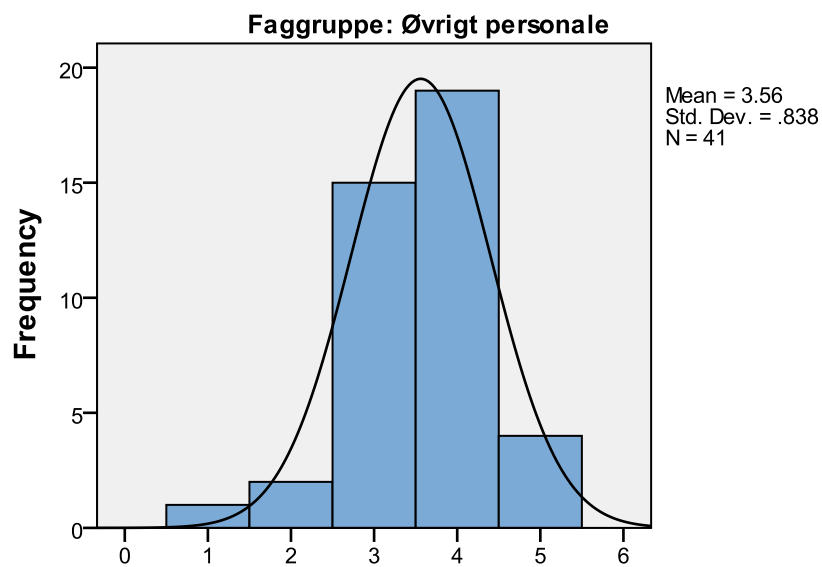
26. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstanden lægemiddelordination og receptfornyelse vil sikre en sikker lægemiddelordination og receptfornyelse?



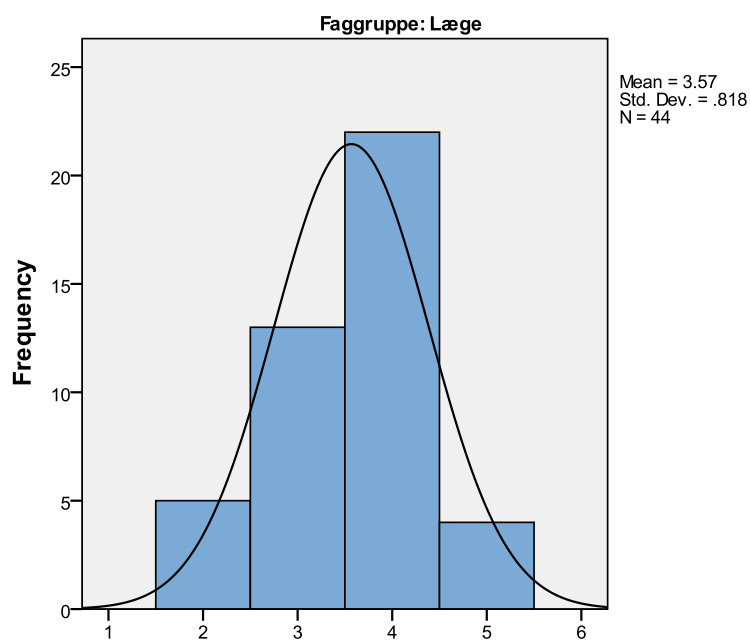


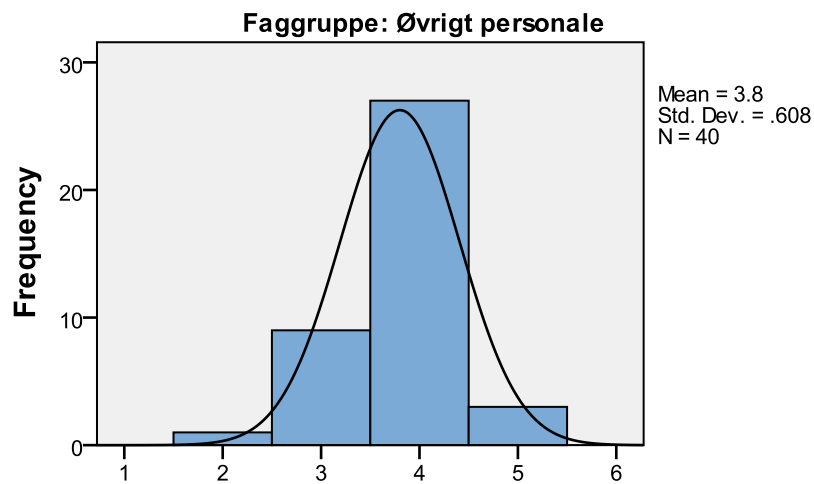
27. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





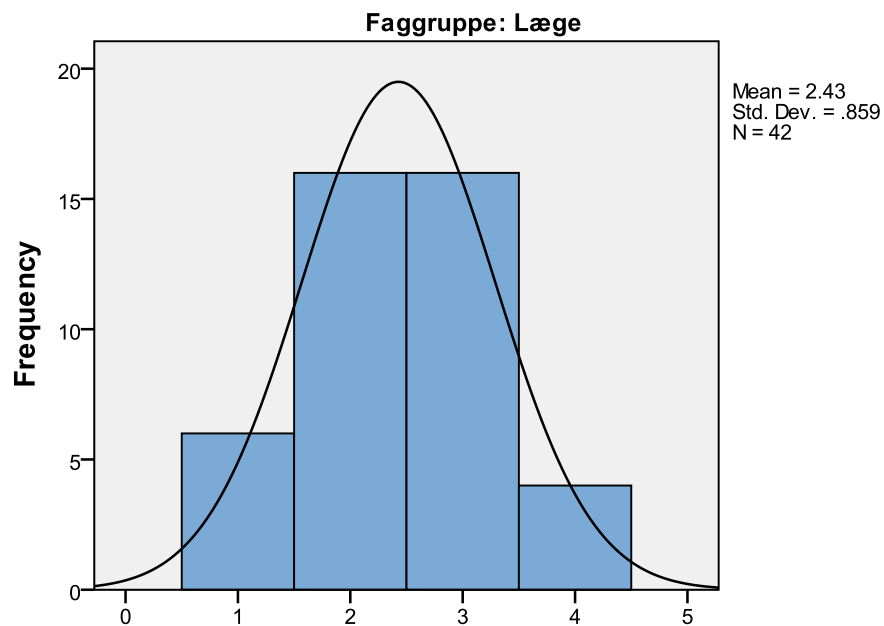
27. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

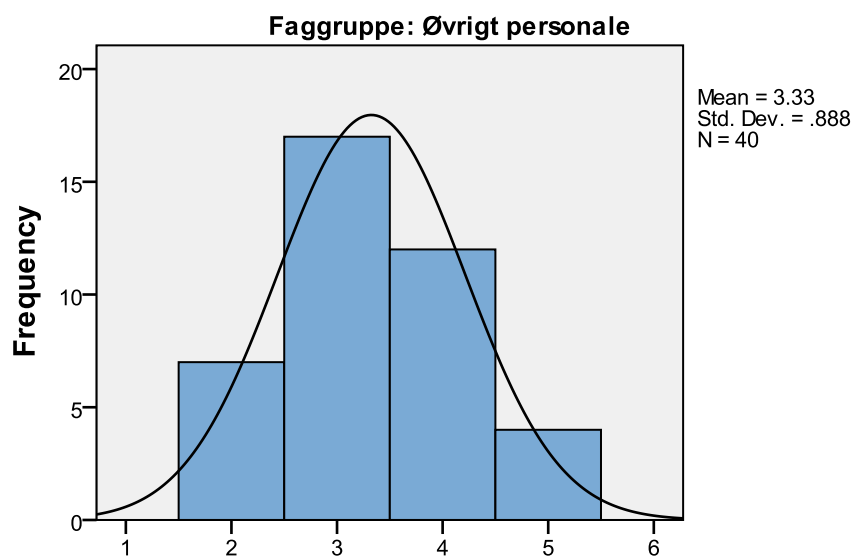




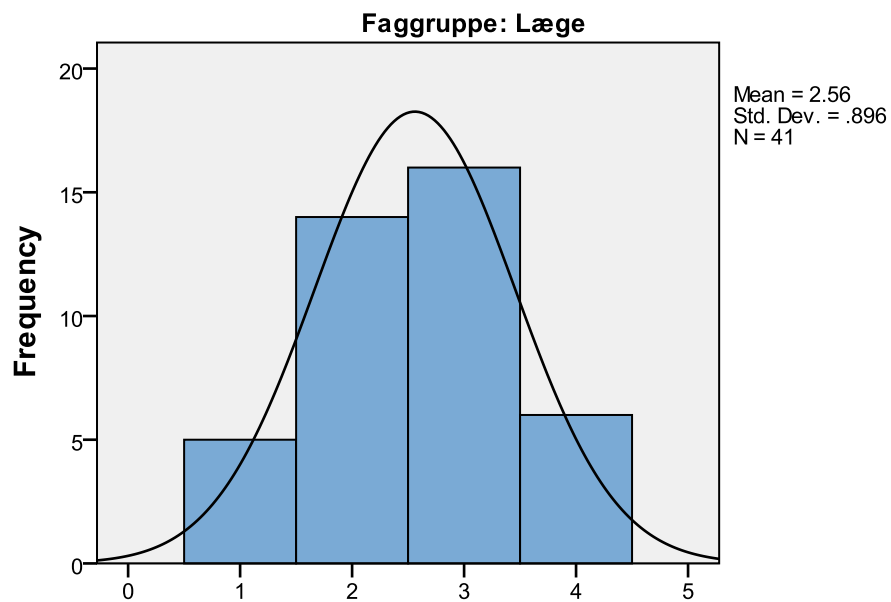
3.3 Laboratoriesikkerhed, rekvisition af diagnostiske undersøgelser og håndtering af prøve materiale

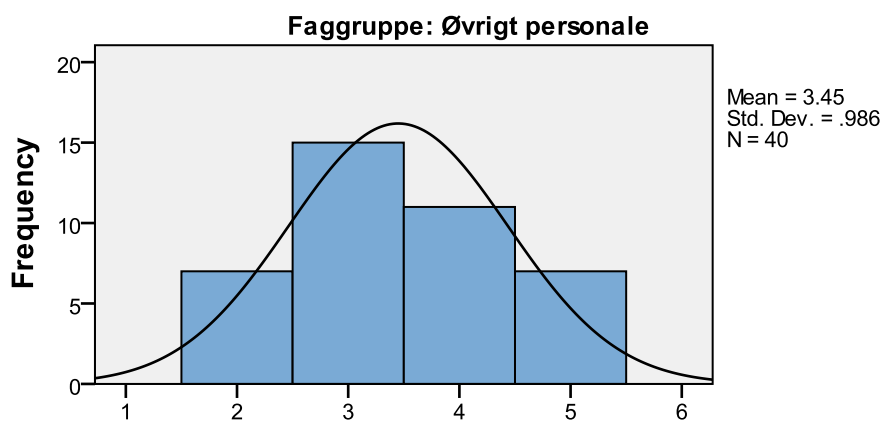
29. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden laboratoriesikkerhed vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



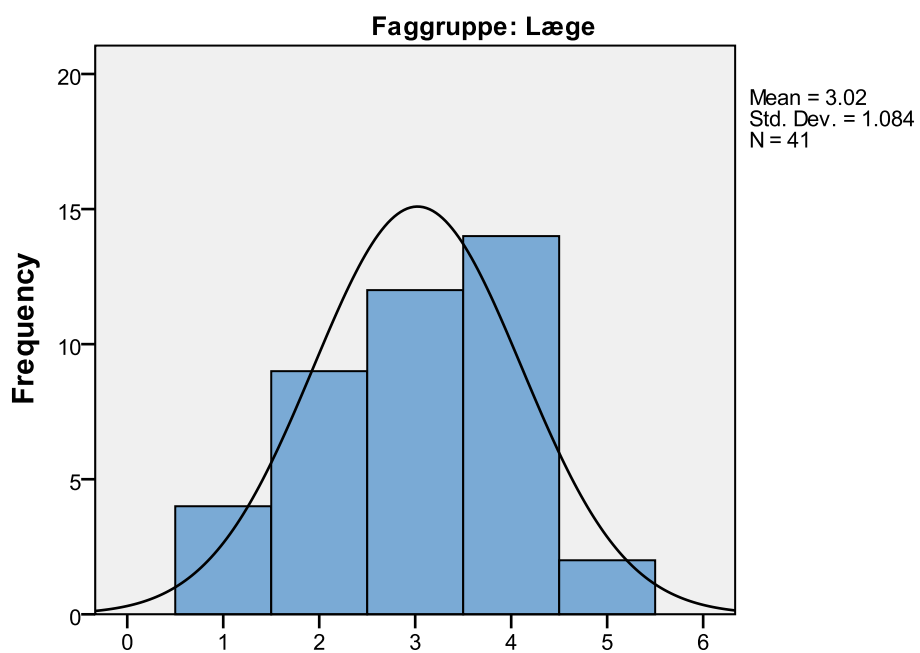


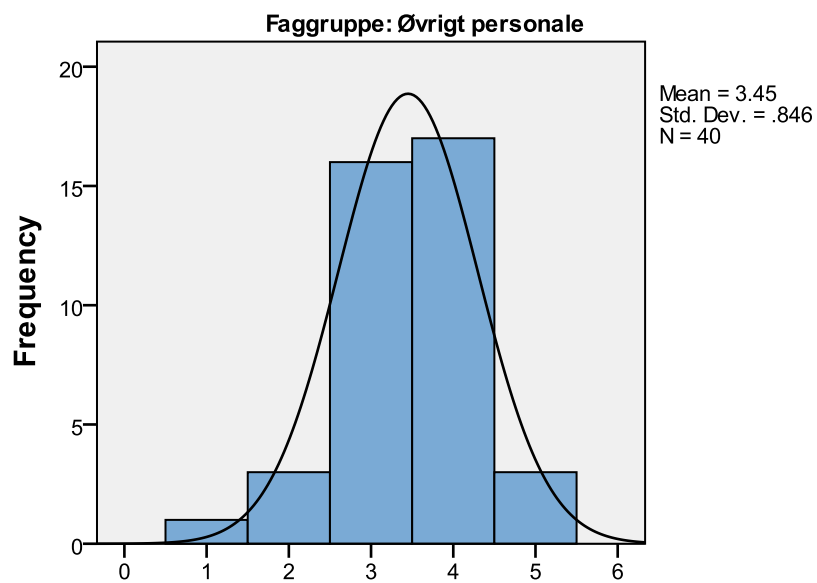
29. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden laboratoriesikkerhed vil sikre grundlag for korrekt og sikker diagnostik i forhold til egne laboratorieundersøgelser?



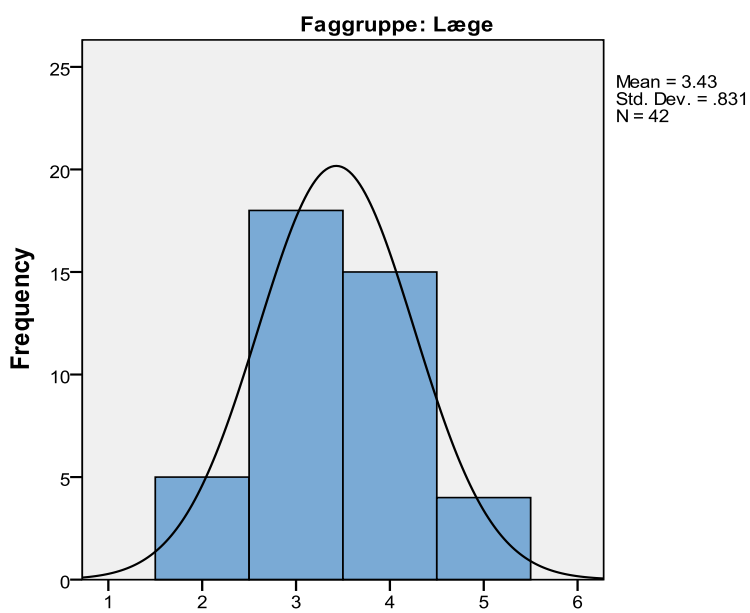


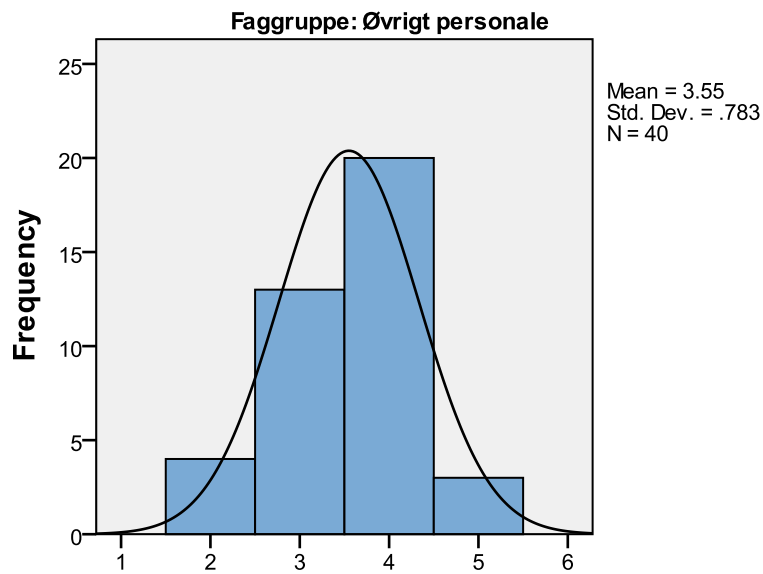
30. I hvilken grad synes du at standarden laboratoriesikkerhed er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





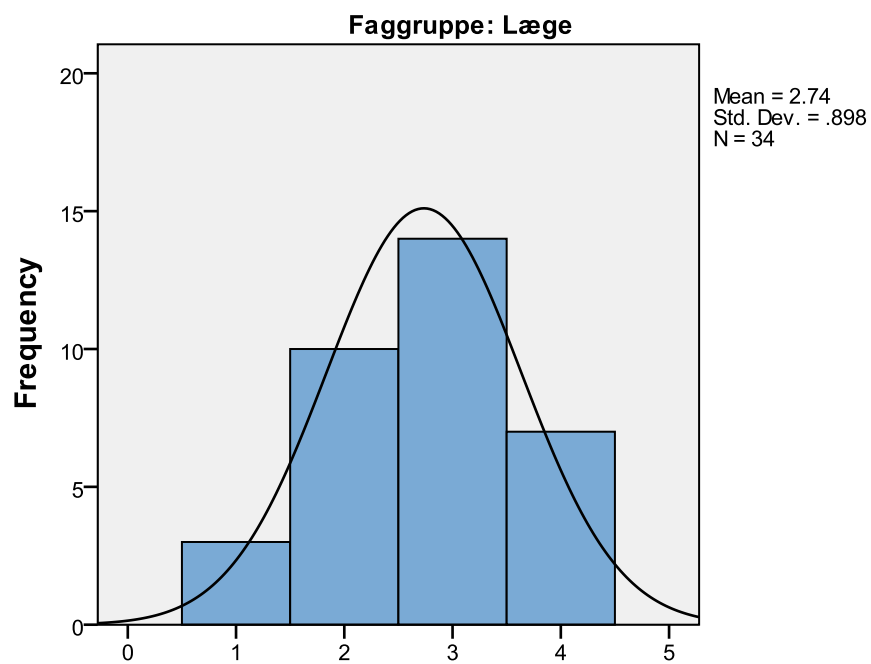
30. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

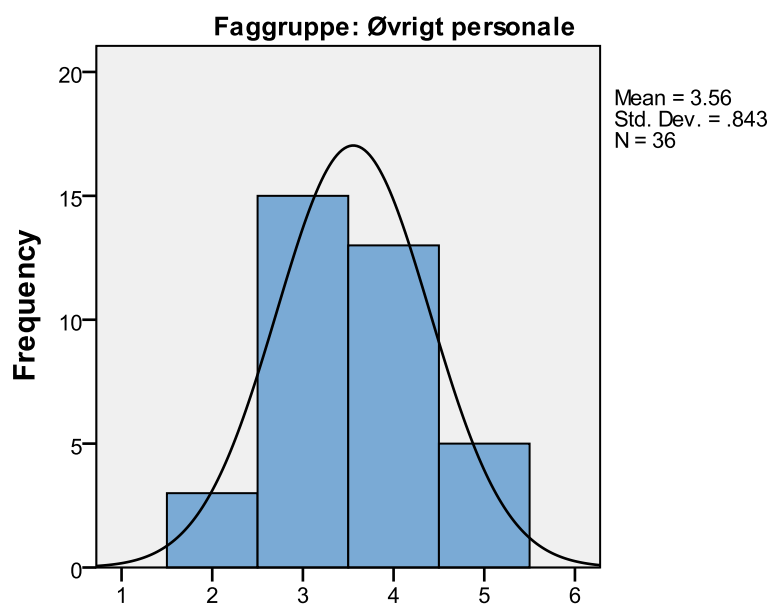




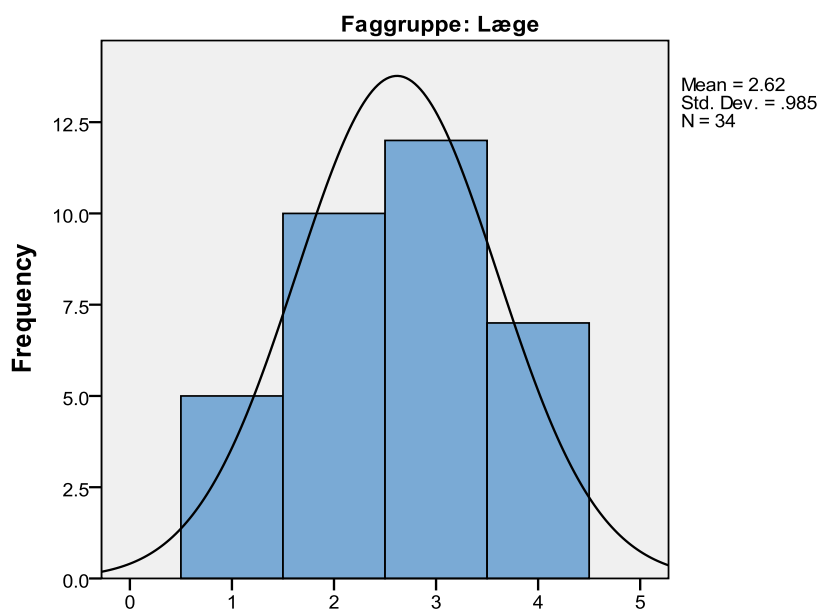
3.4 Hygiejne

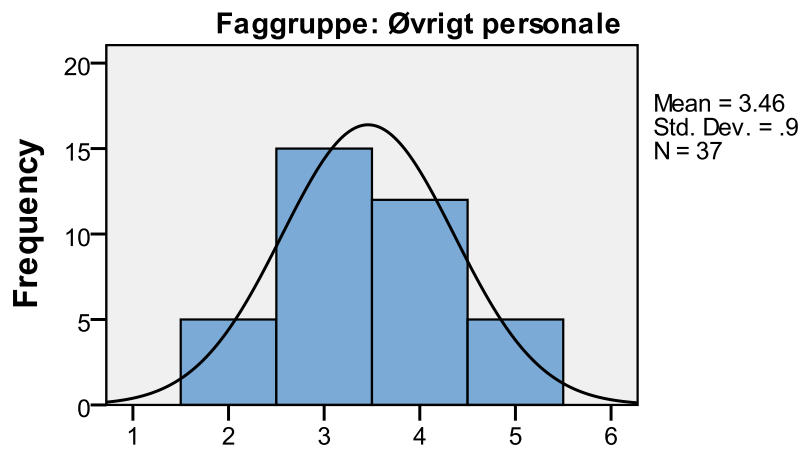
32. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden hygiejne vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



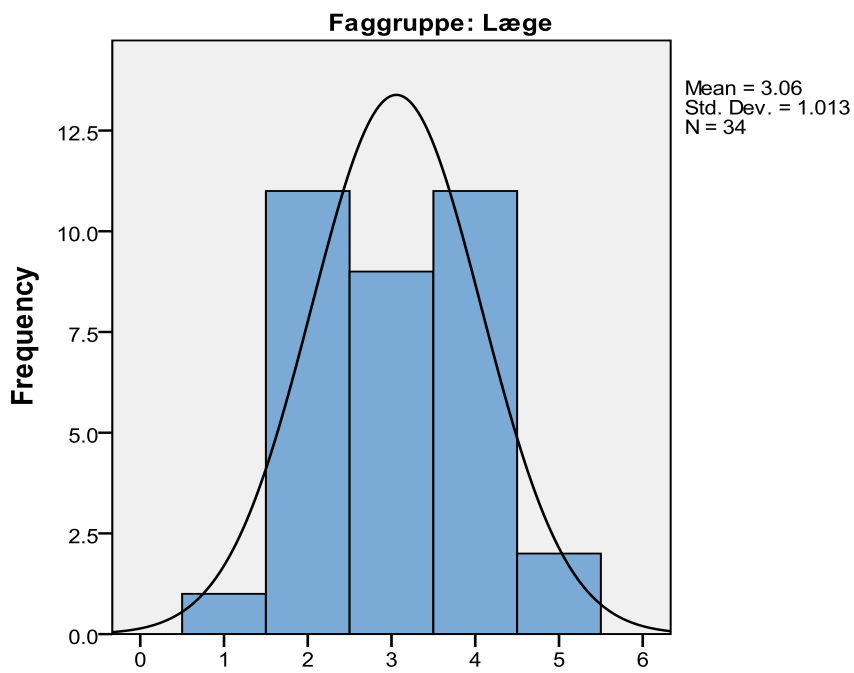


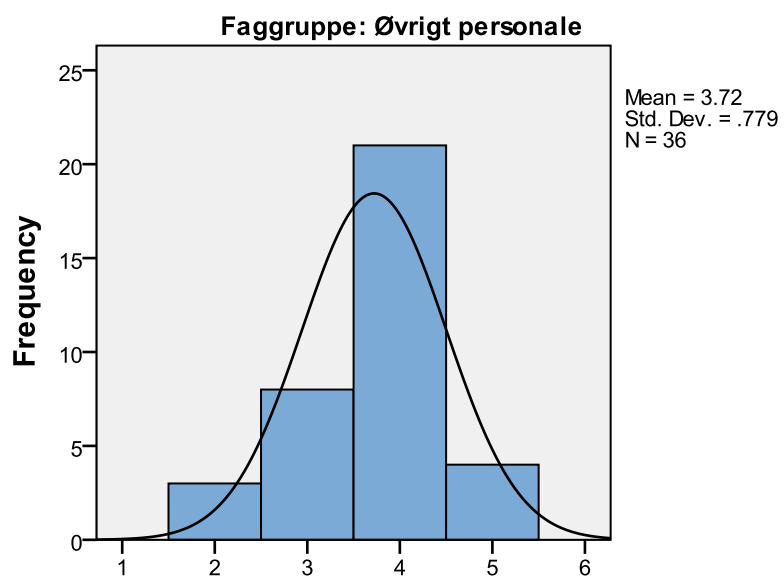
32. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden hygiejne vil forebygge at patienter, pårørende og personale pådrager sig infektioner i klinikken?



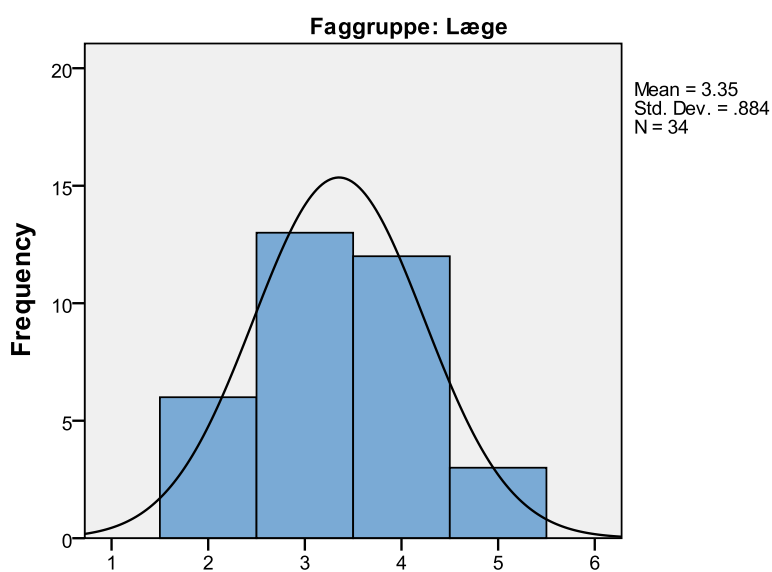


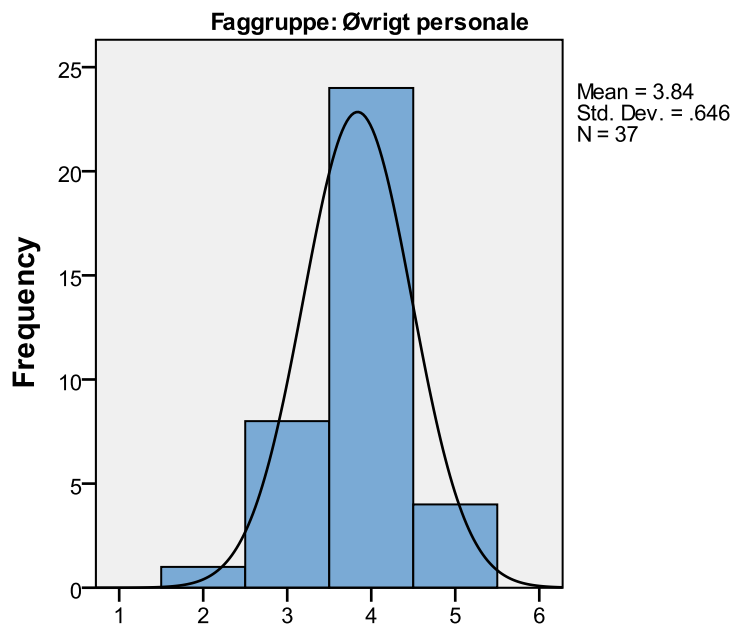
33. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





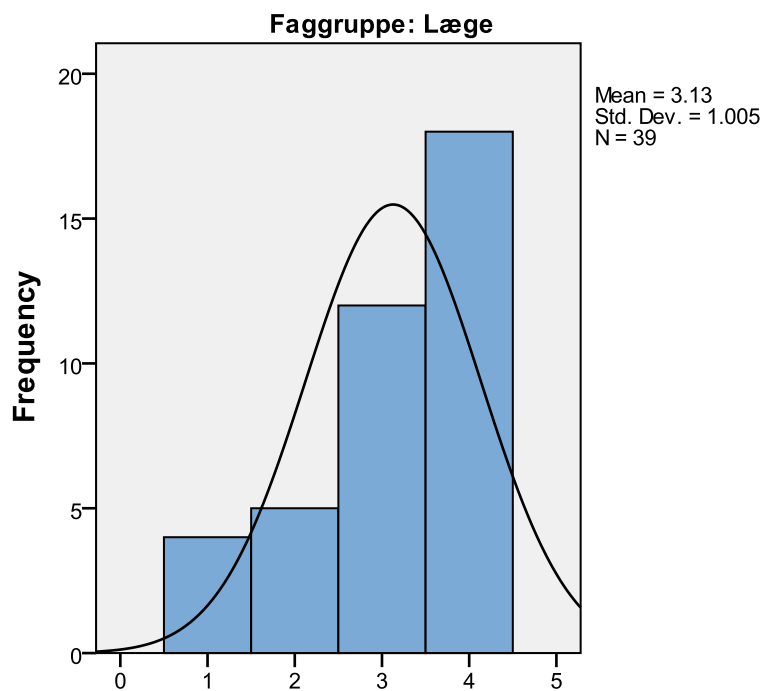
33. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

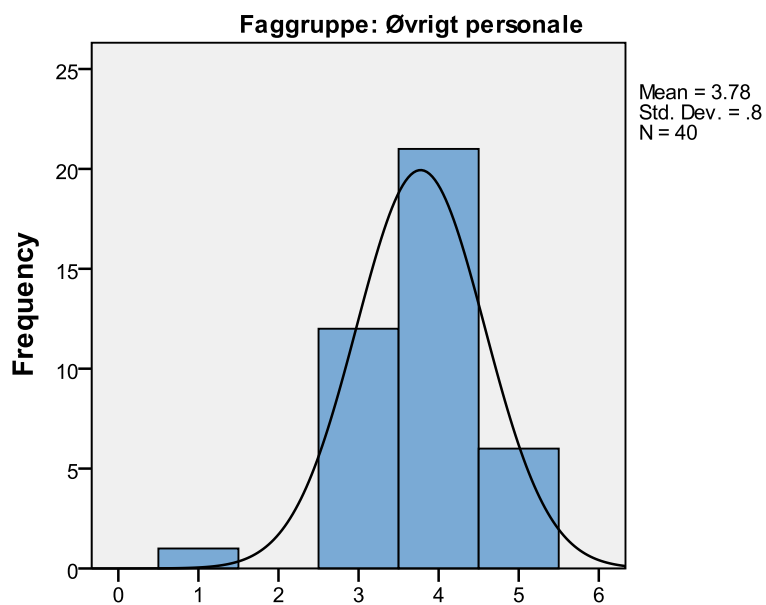




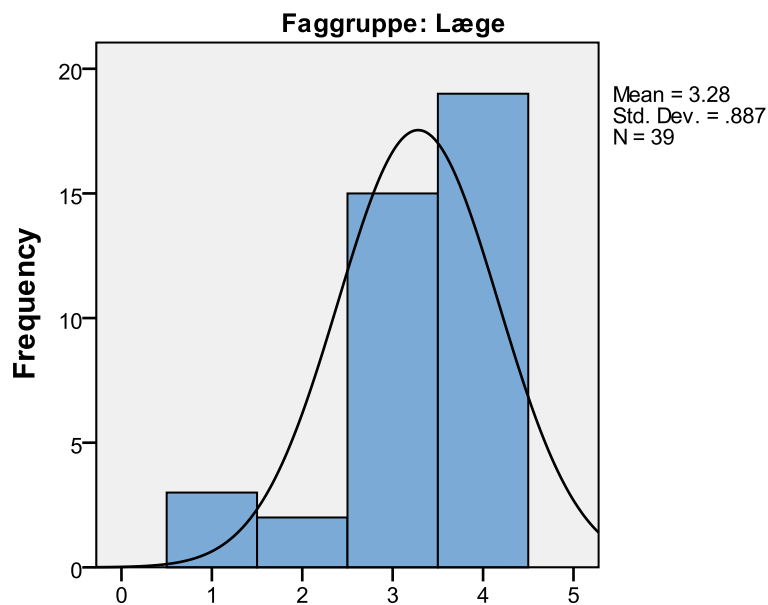
3.5 Akutberedskab og hjertestop

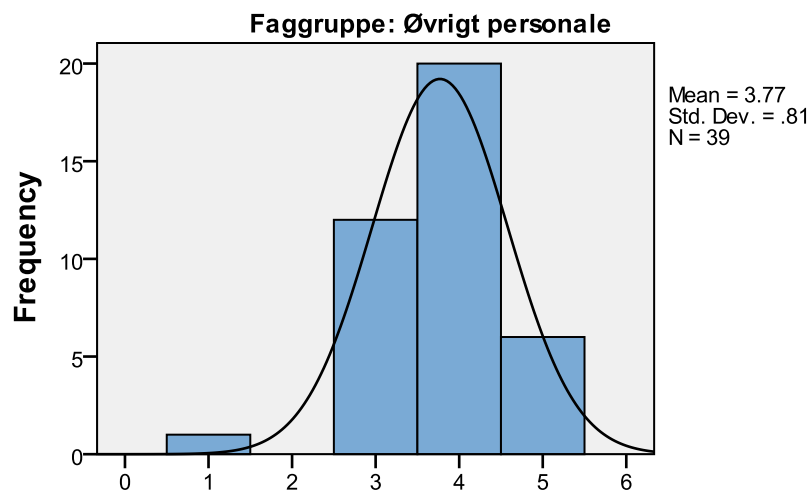
35. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden akutberedskab og hjertestop vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



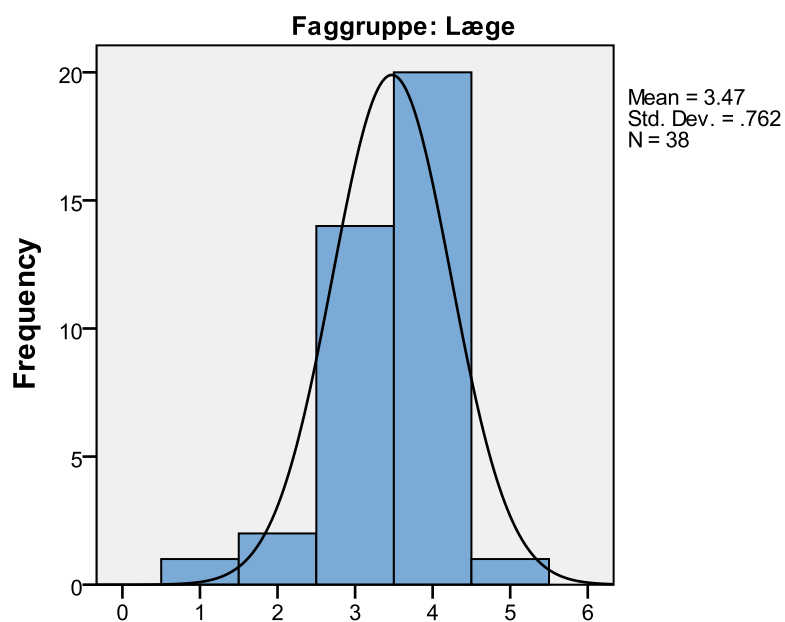


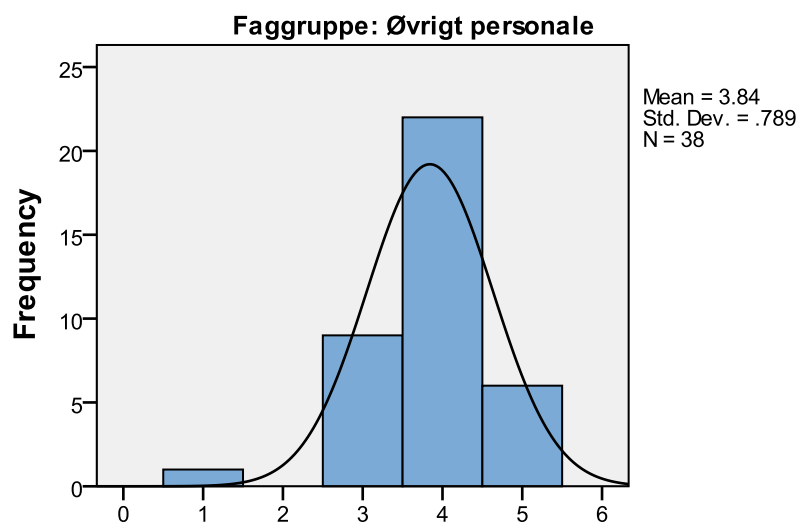
35. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden akutberedskab og hjertestop vil sikre hurtig og kvalificeret behandling ved hjertestop eller anden akut behandling?



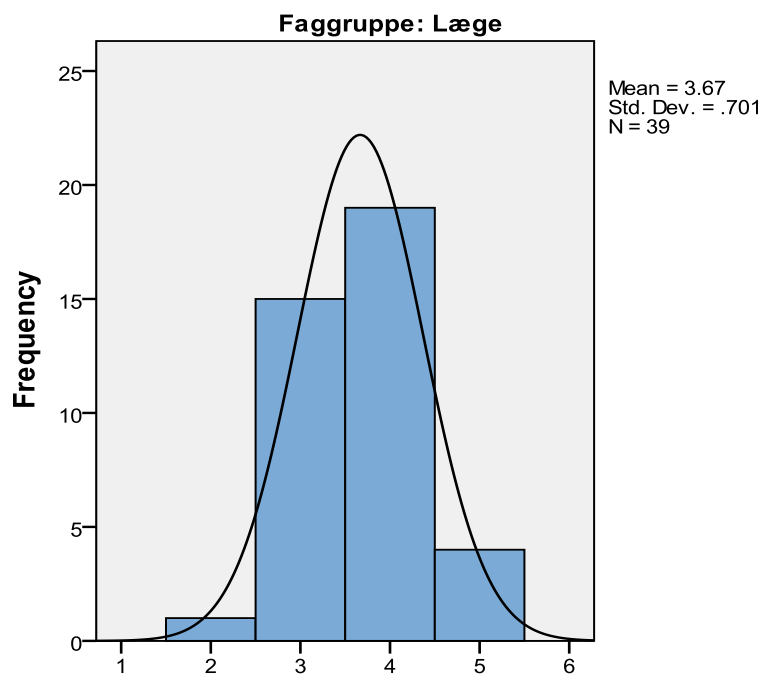


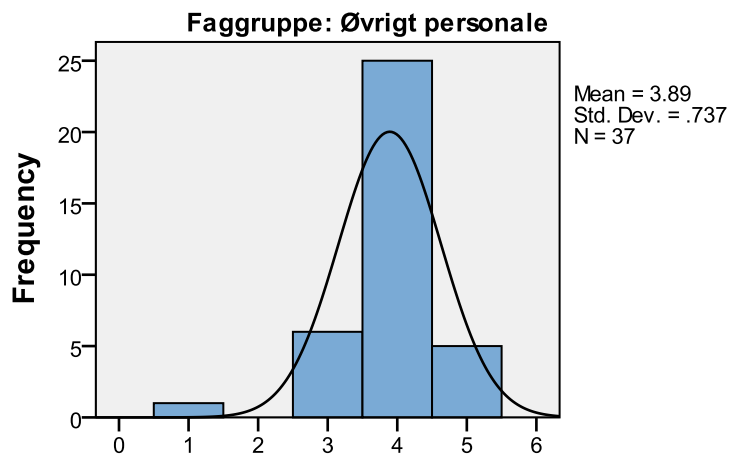
36. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





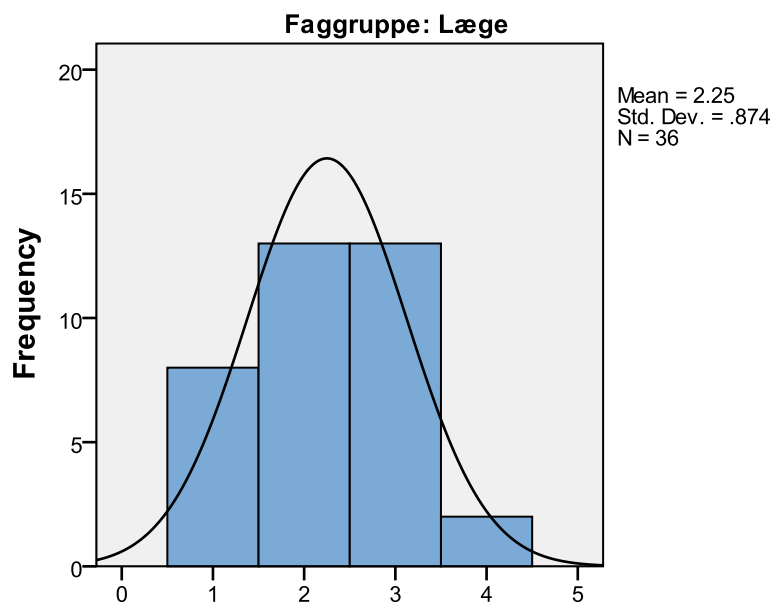
36. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

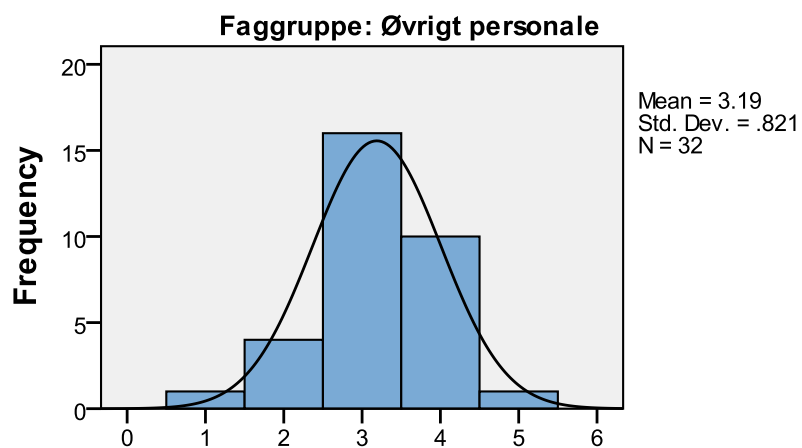




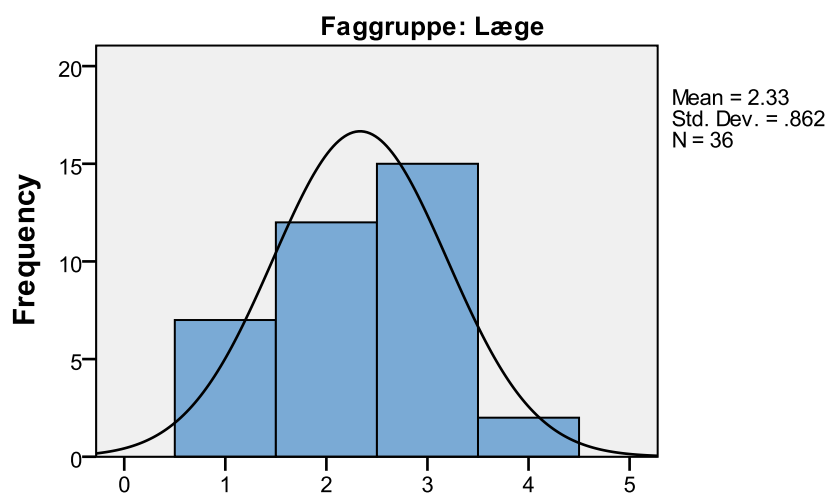
3.6 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter

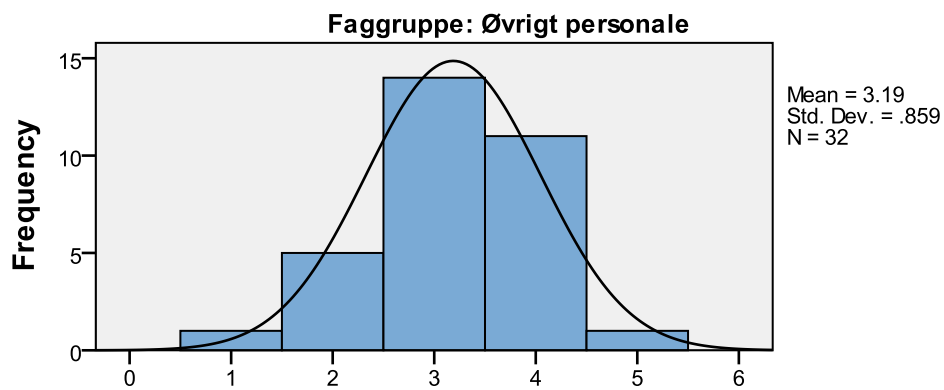
38. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden forebyggelse af identitetsforveksling af patienter vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



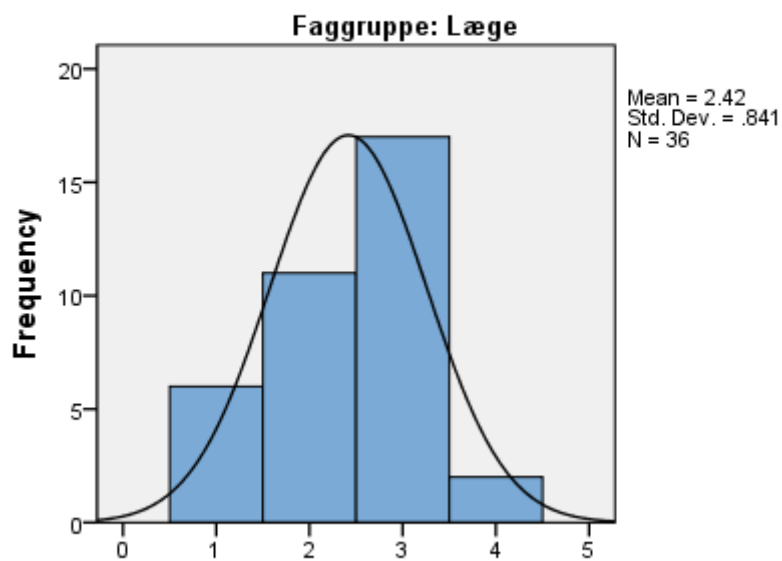


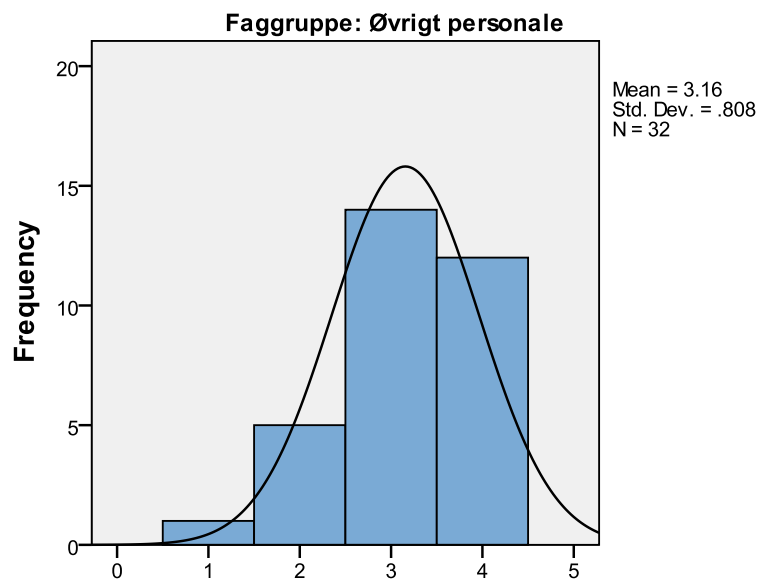
38. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden forebyggelse af identitetsforveksling af patienter vil sikre at rette undersøgelse og behandling gives til den rette patient?



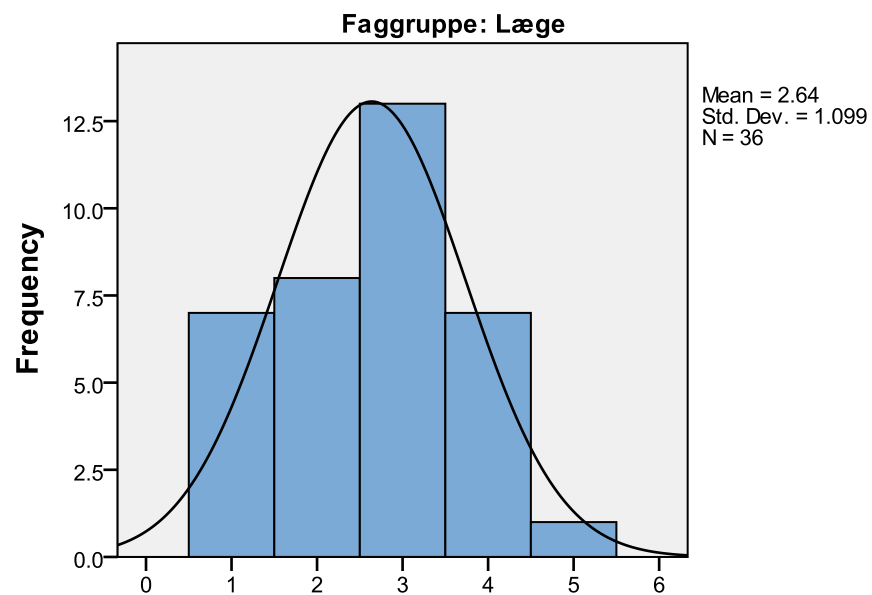


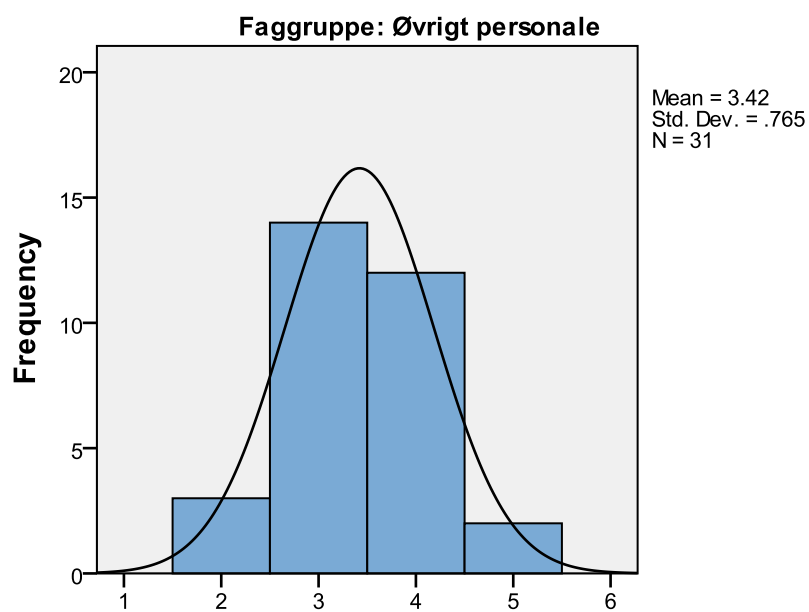
38. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden forebyggelse af identitetsforveksling af patienter vil sikre at rette recepter, prøver og lignende registreres på rette patient?



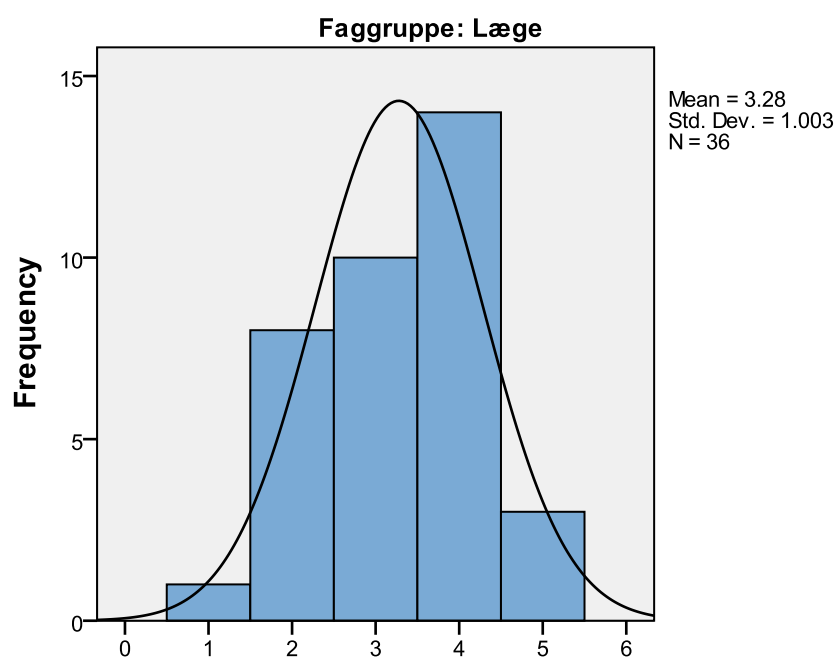


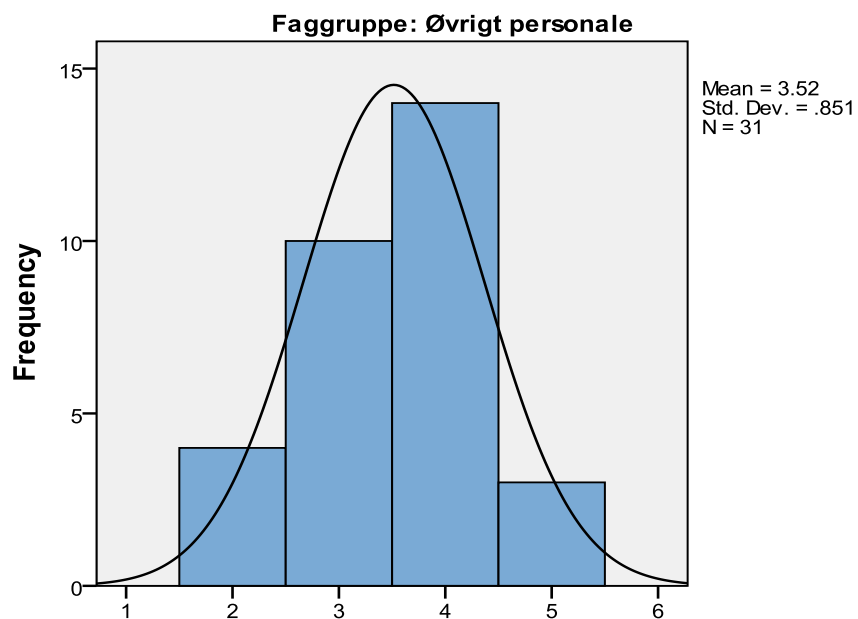
39. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





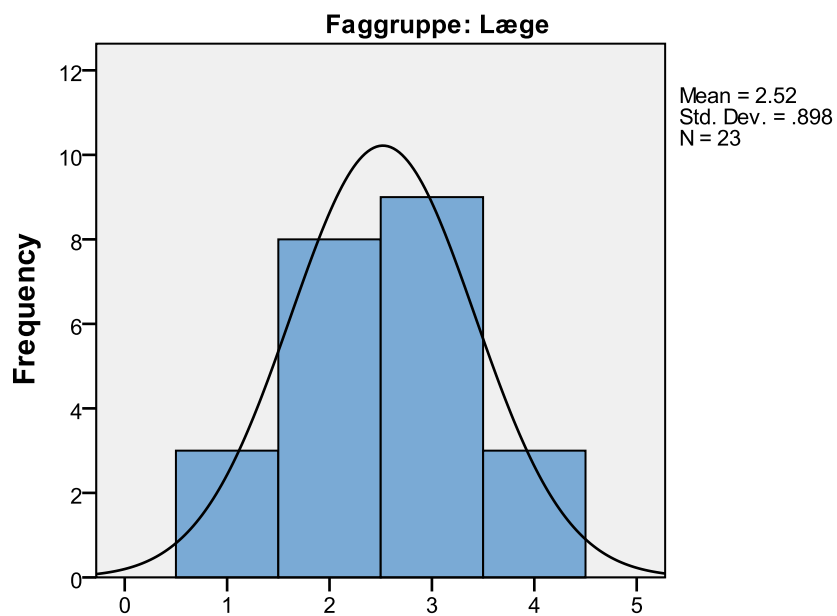
39. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

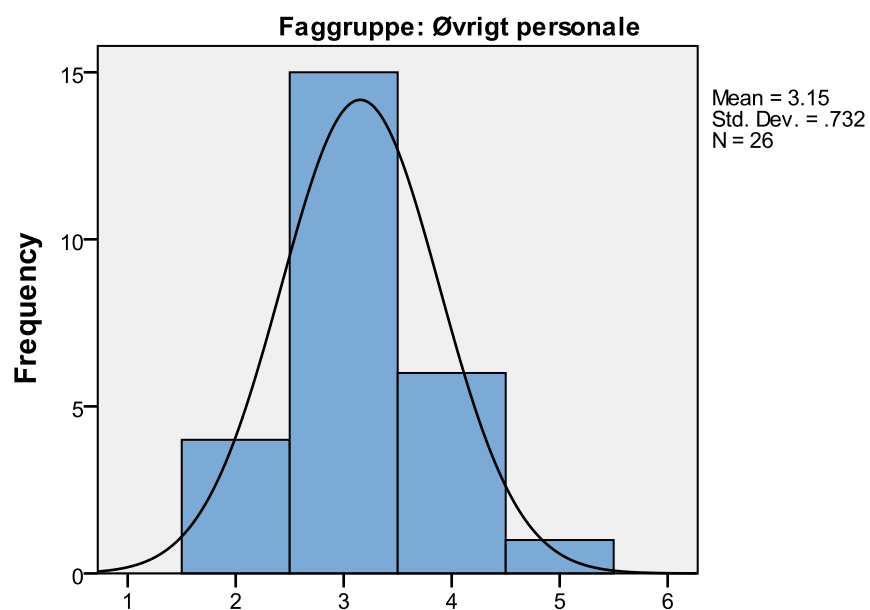




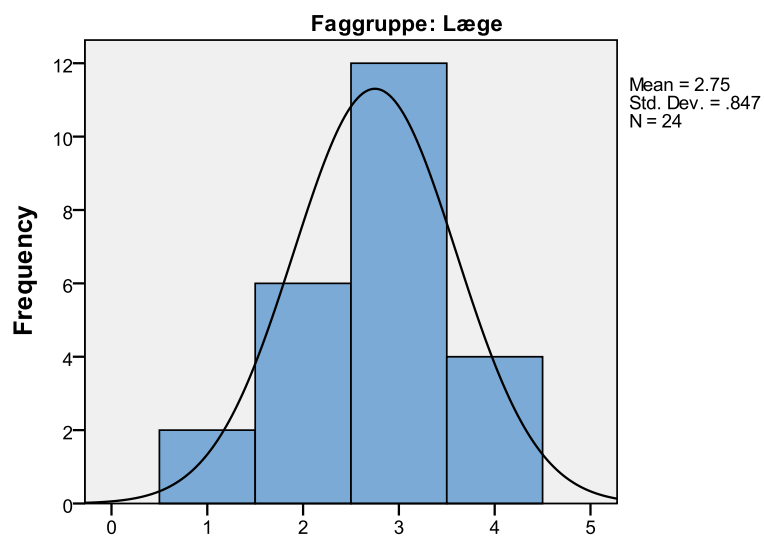
4.1 Udvikling, drift, ledelse og kvalitetsudvikling af klinikken:

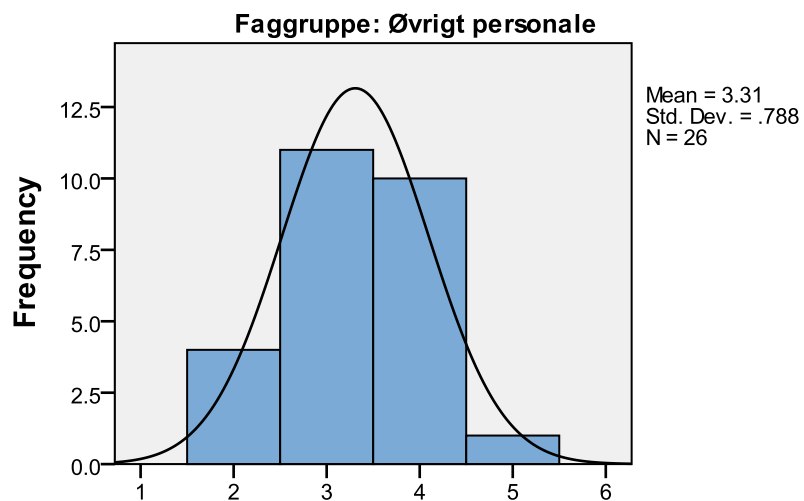
41. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden udvikling... vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



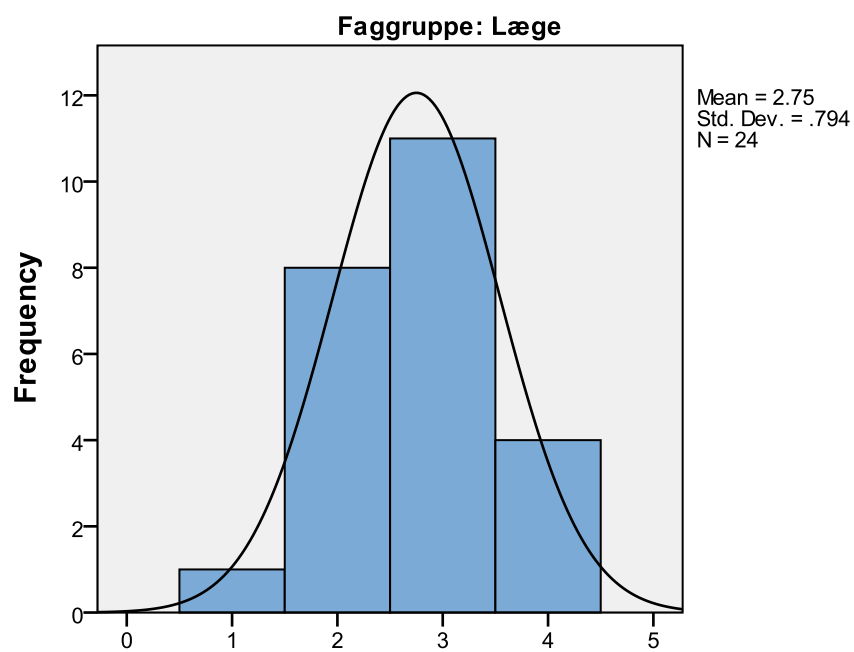


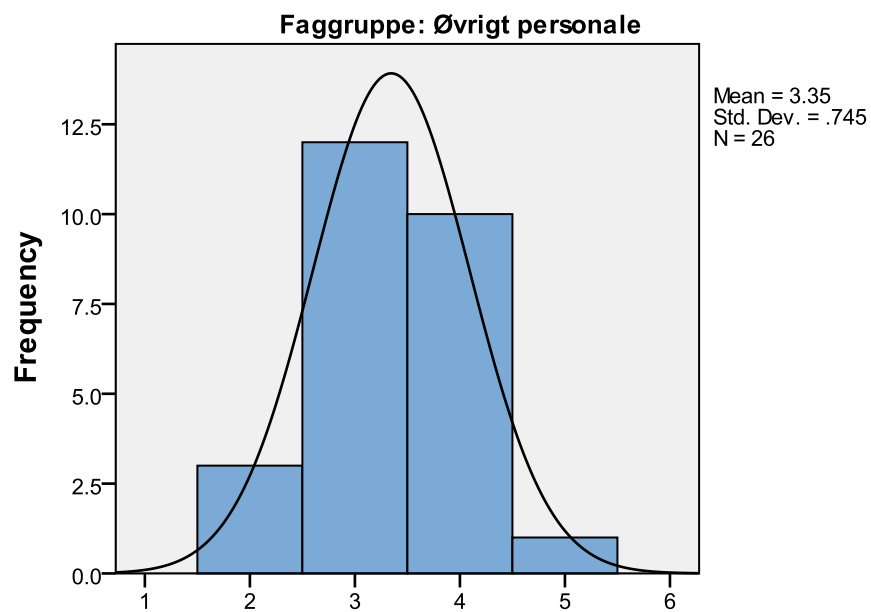
41. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden vil sikre en velfungerende drift og udvikling af klinikken, således at borgerne sikres den bedst mulige lægehjælp?



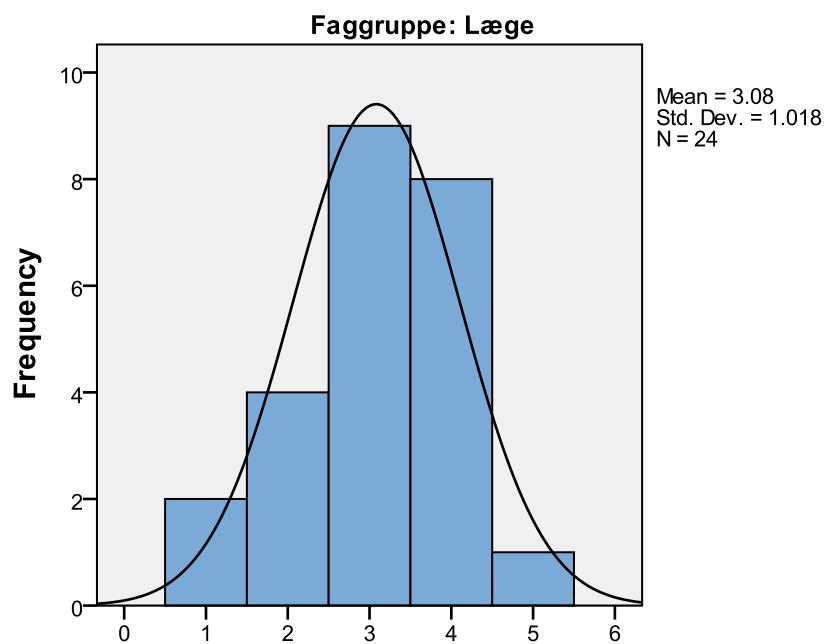


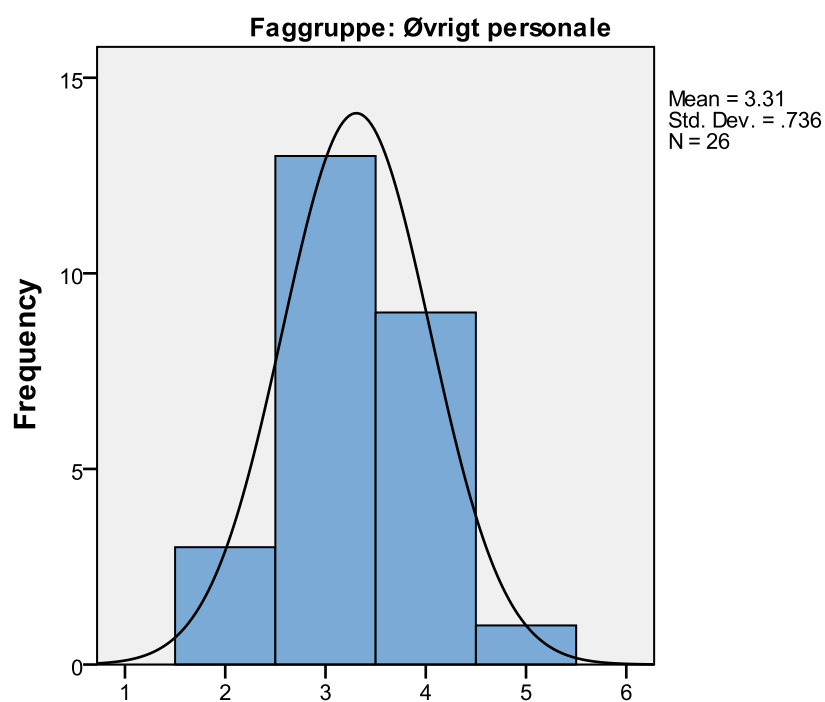
41. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden vil styrke klinikkens arbejde med kvalitetsudvikling og patientsikkerhed?



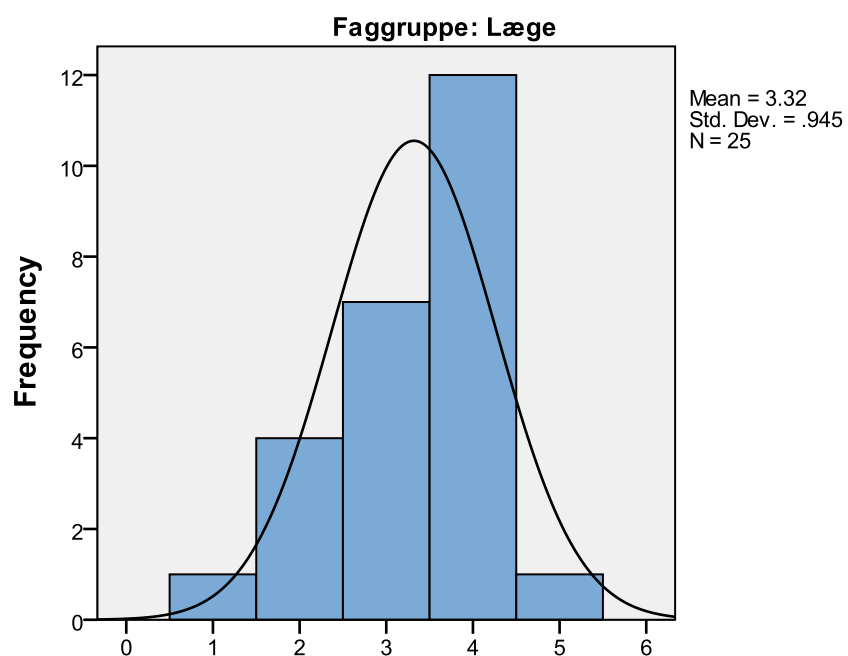


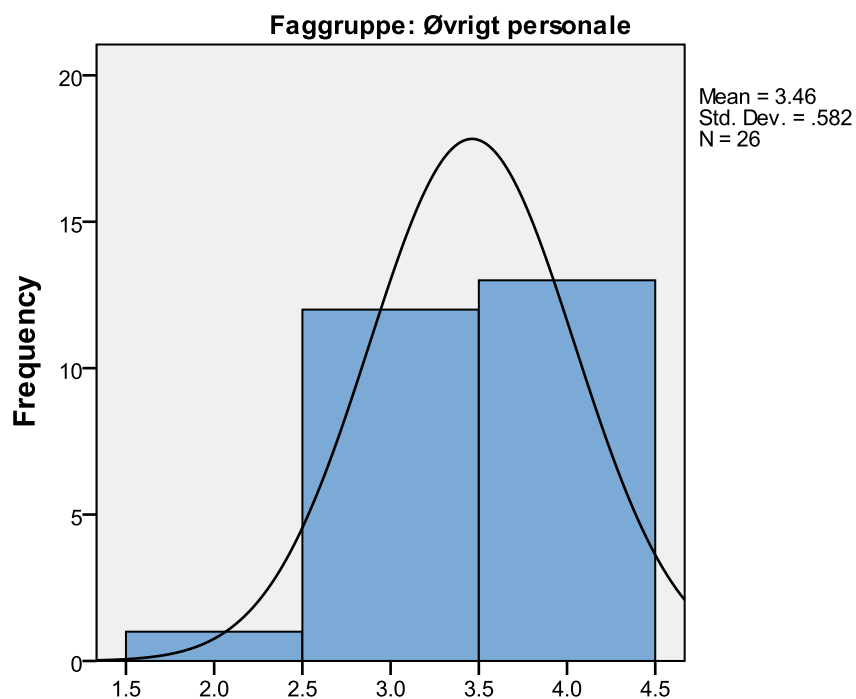
42. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





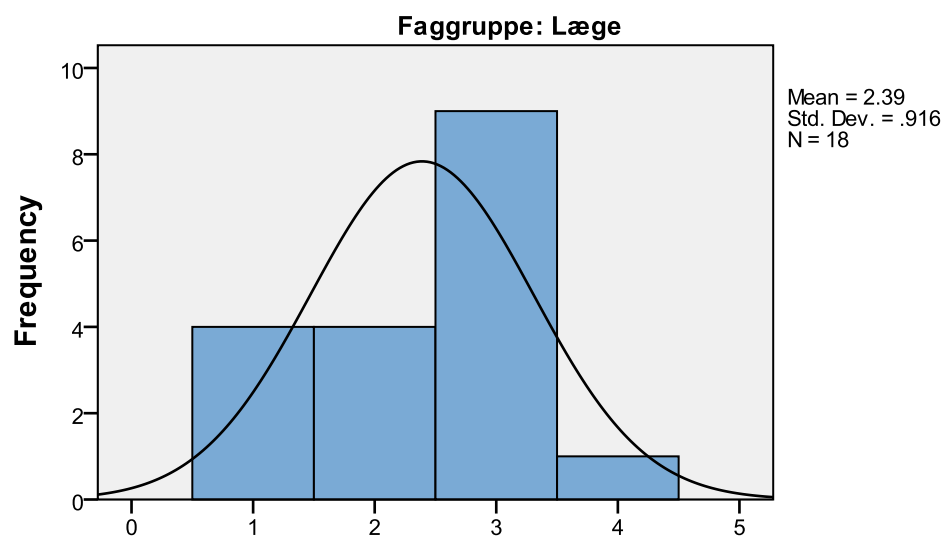
42. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

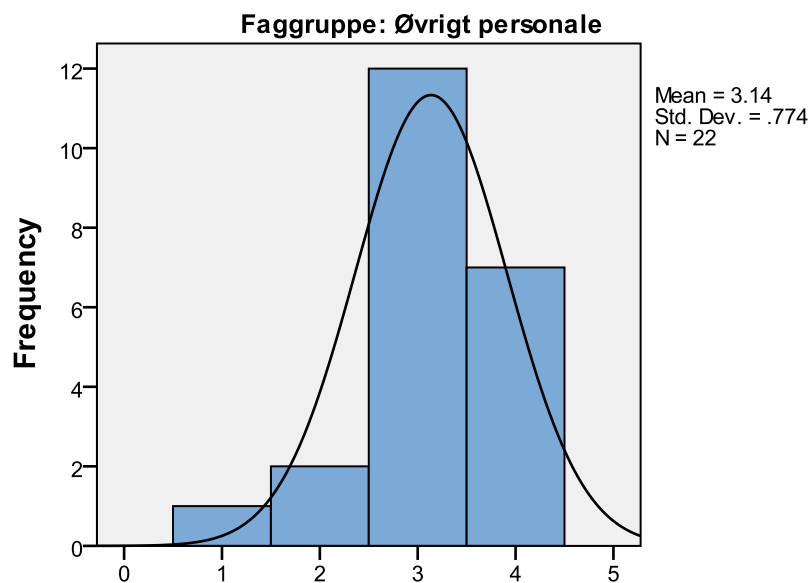




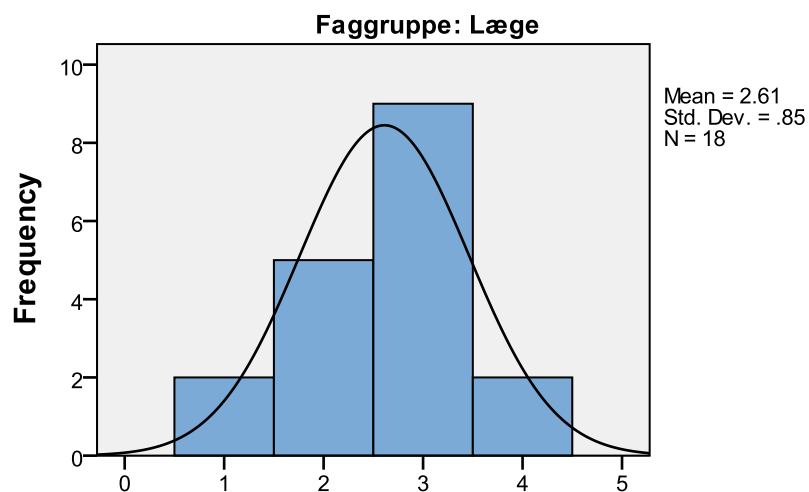
4.2 Ansættelse og kompetenceudvikling

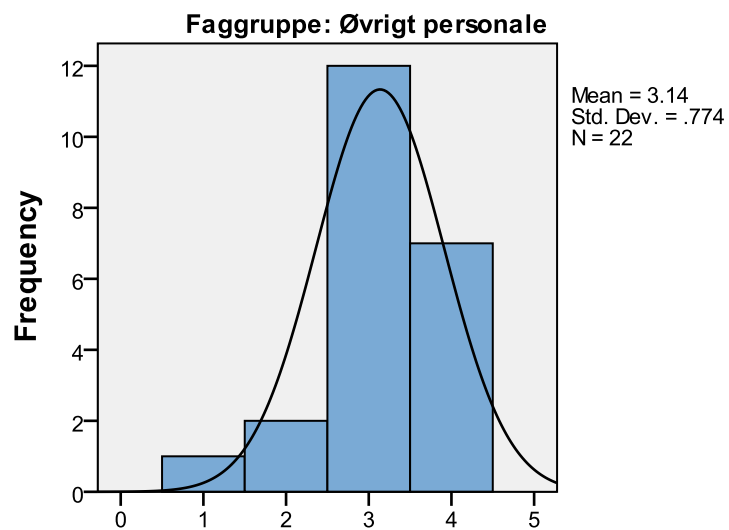
44. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



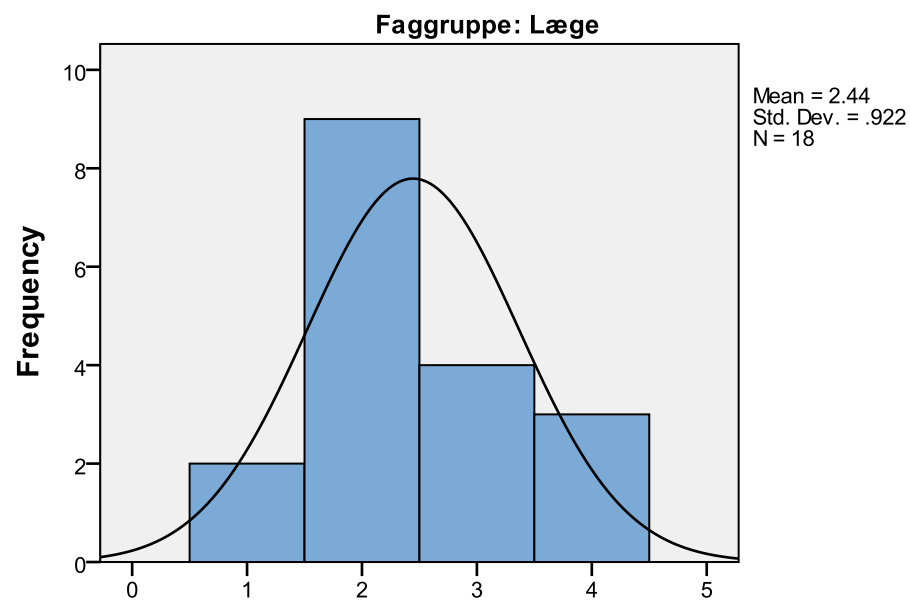


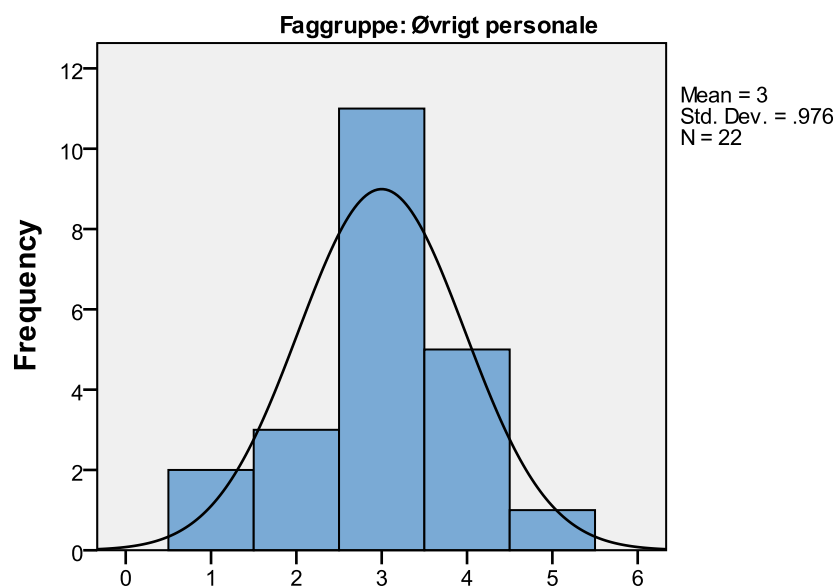
44. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale vil højne kompetenceudviklingen blandt medarbejderne i klinikken?



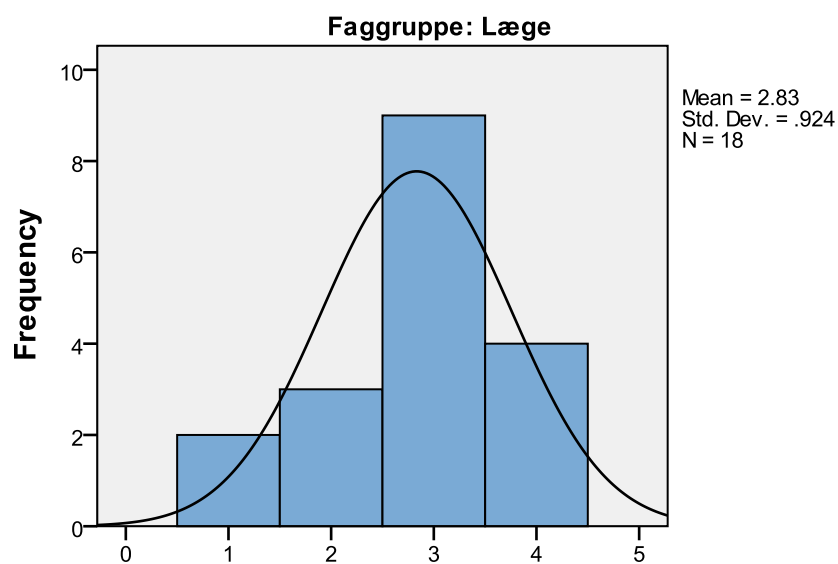


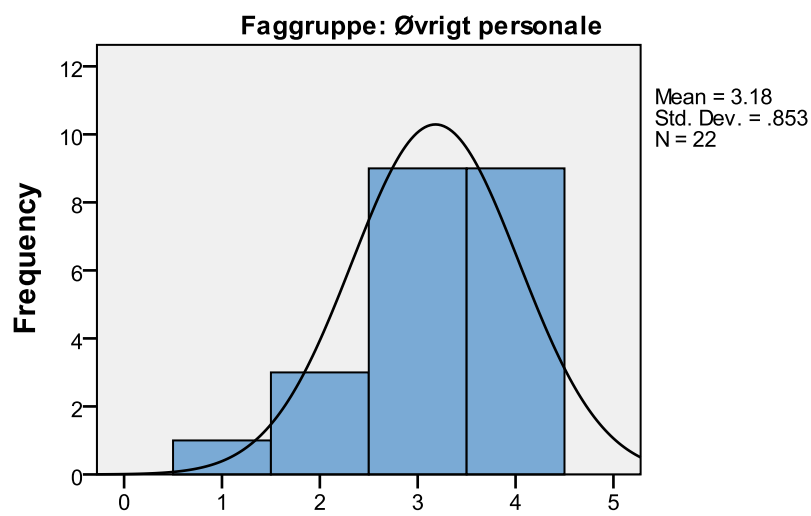
44. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden ansættelse og kompetenceudvikling af klinikindehavere og praksispersonale vil sikre et godt fysisk ...



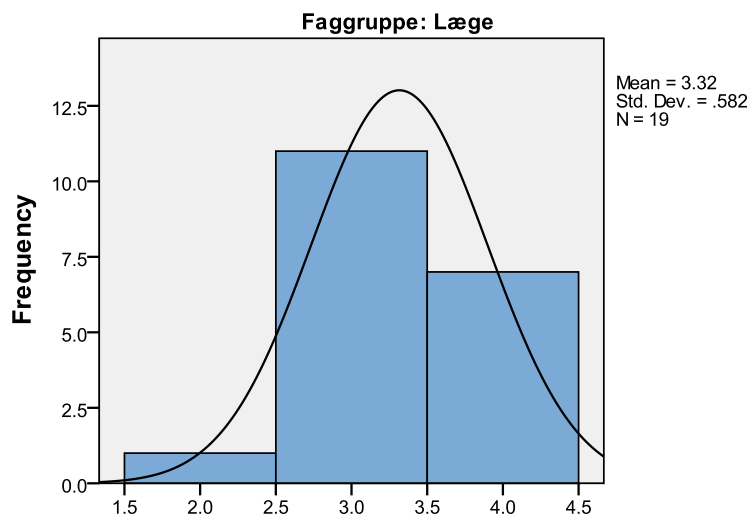


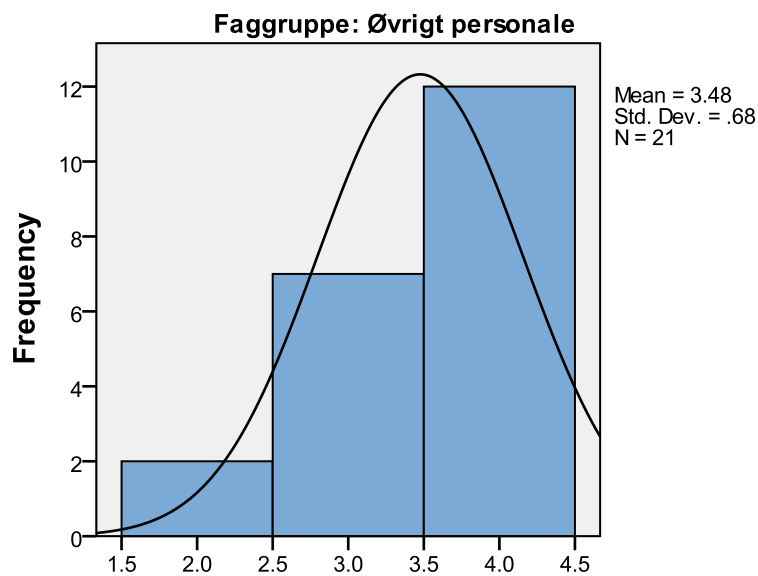
45. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





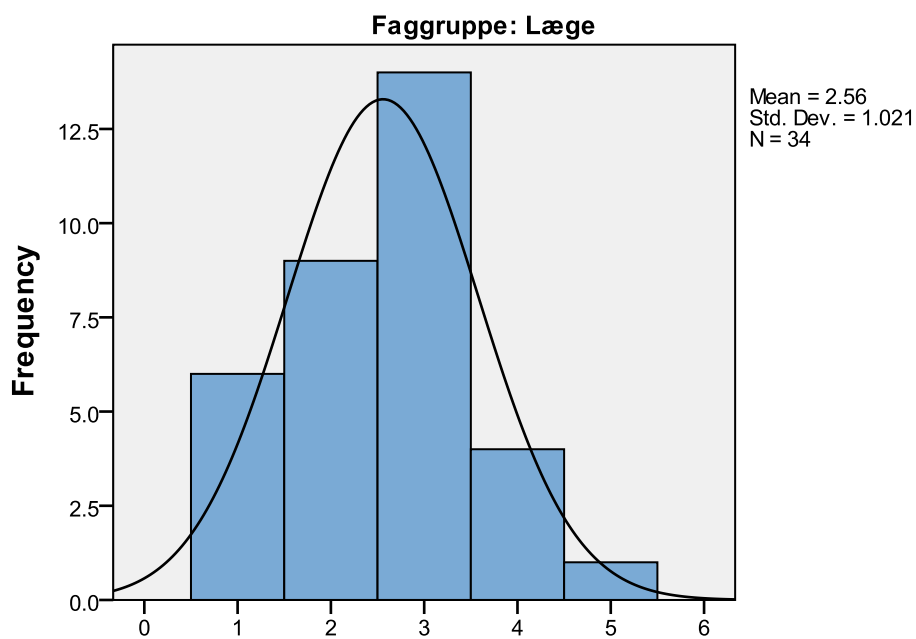
45. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

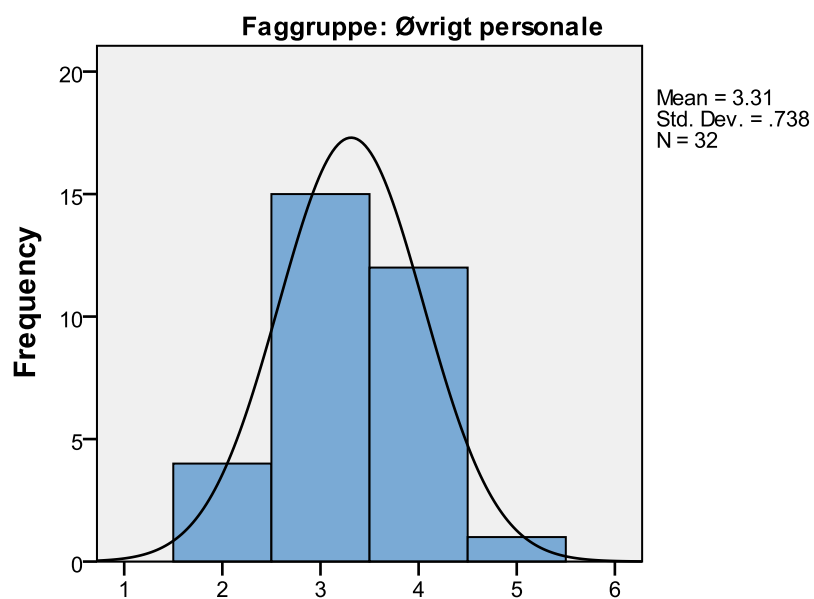




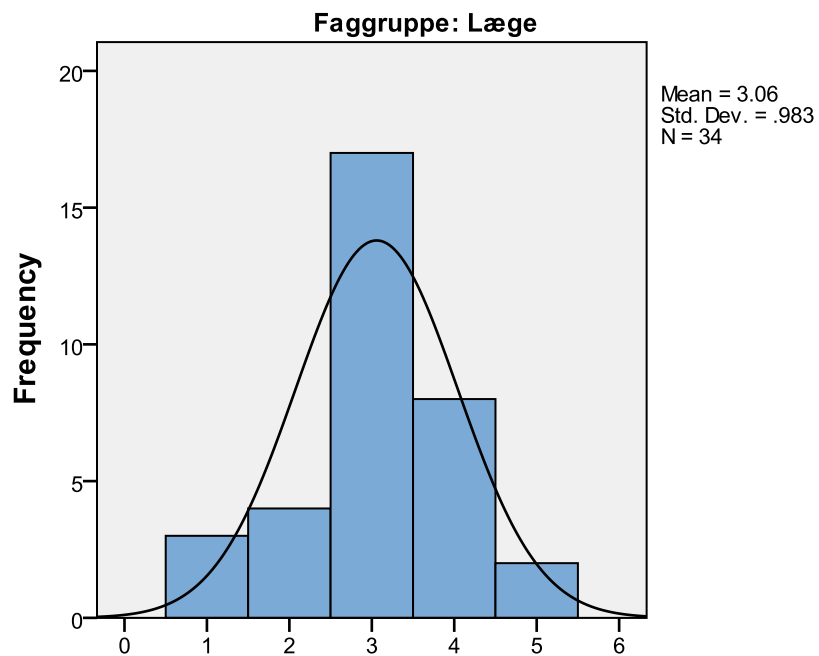
4.3 Klinikken som uddannelsessted

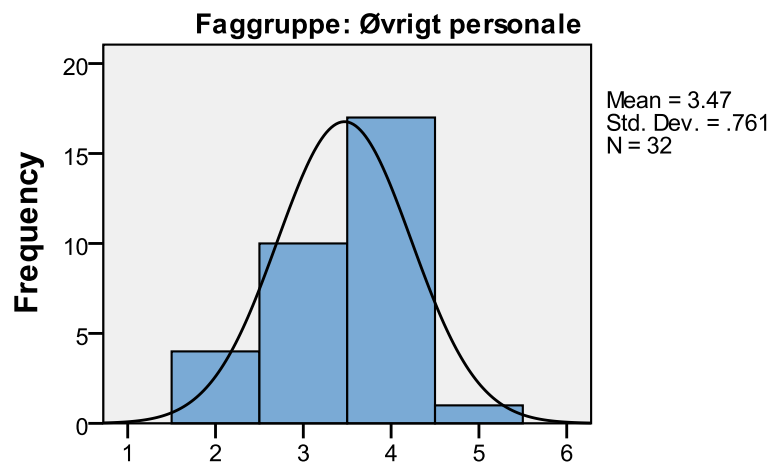
47. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden i klinikken som uddannelsessted vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



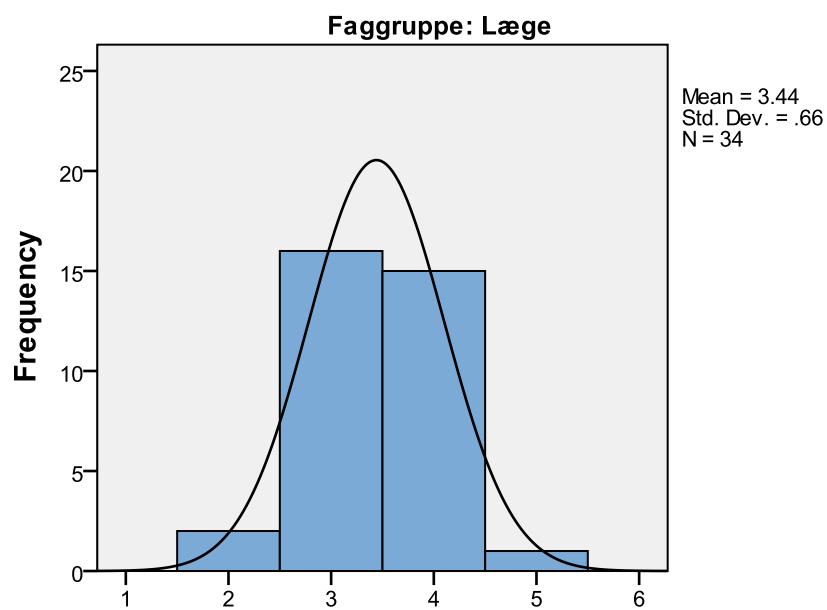


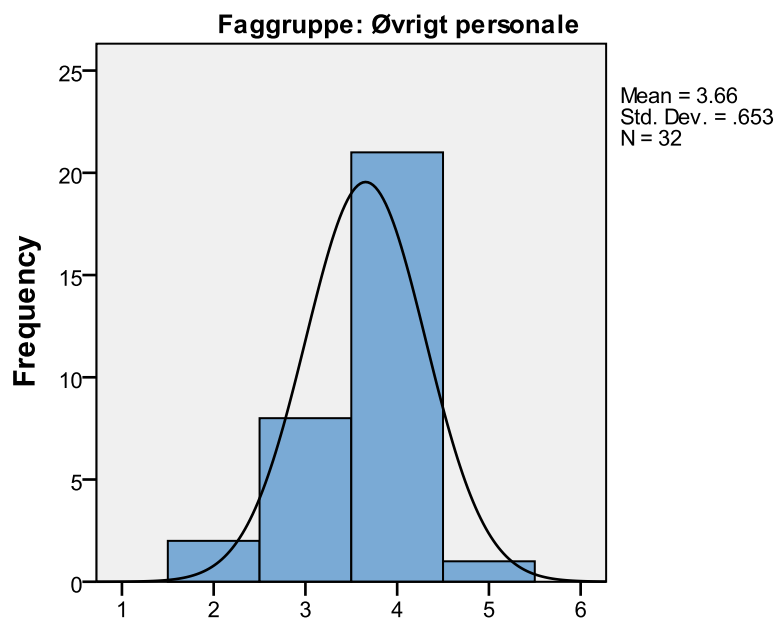
47. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden klinikken som uddannelsested vil sikre at klinikken har et fagligt og attraktivt læringsmiljø?



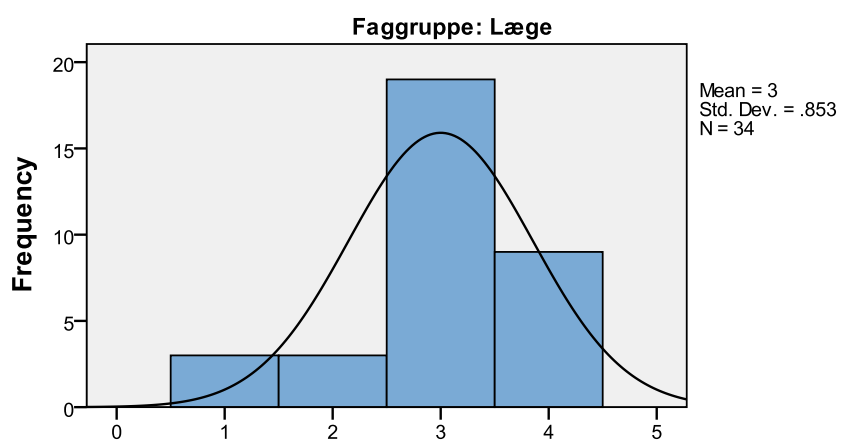


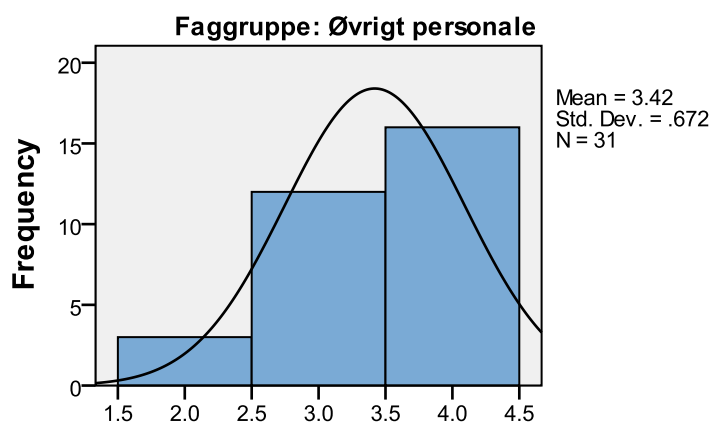
48. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?





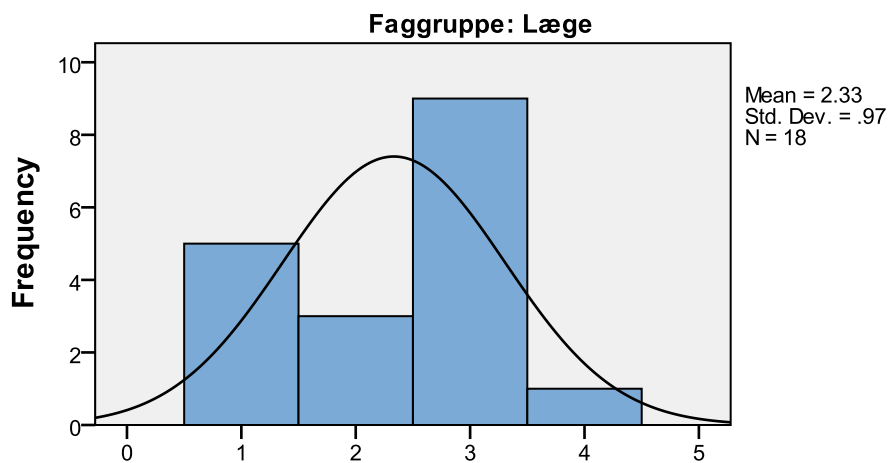
48. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?

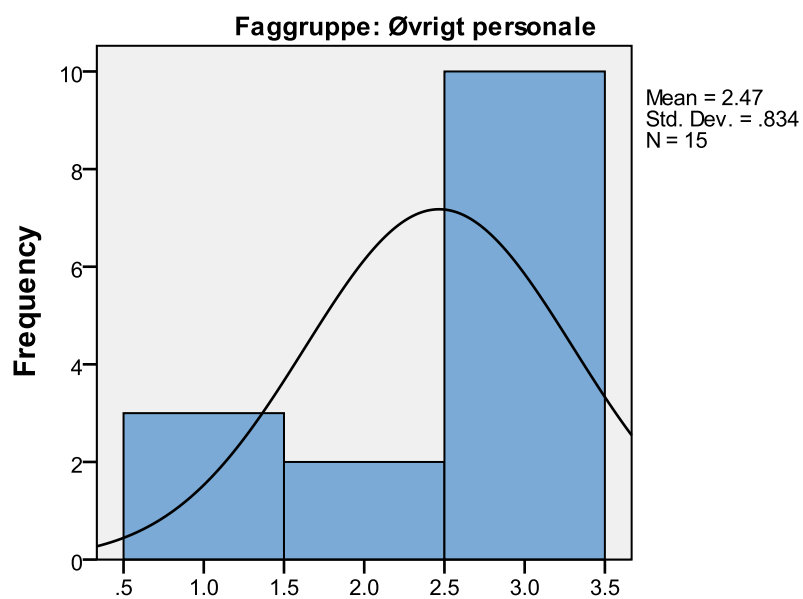




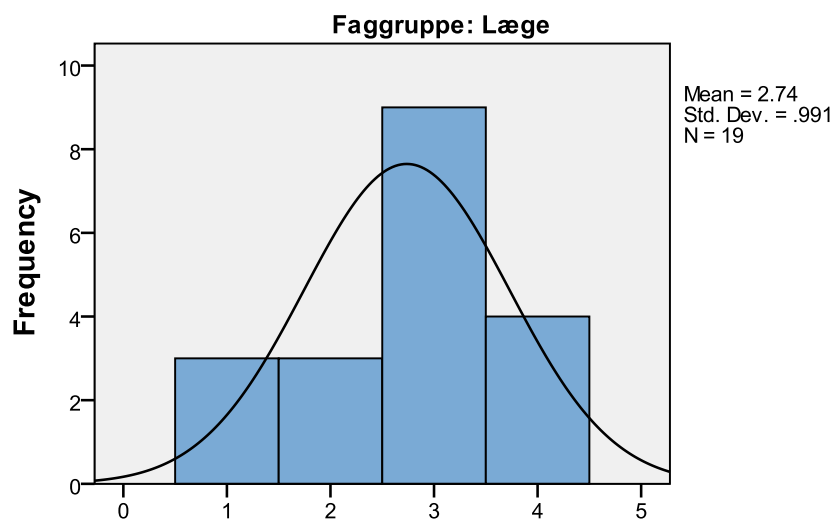
4.4 Patientens oplevelse af kvalitet

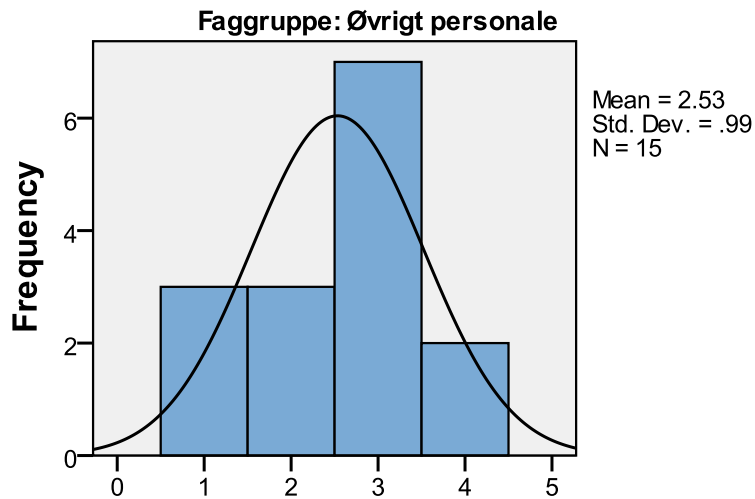
50. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden patientens oplevelse af kvalitet vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



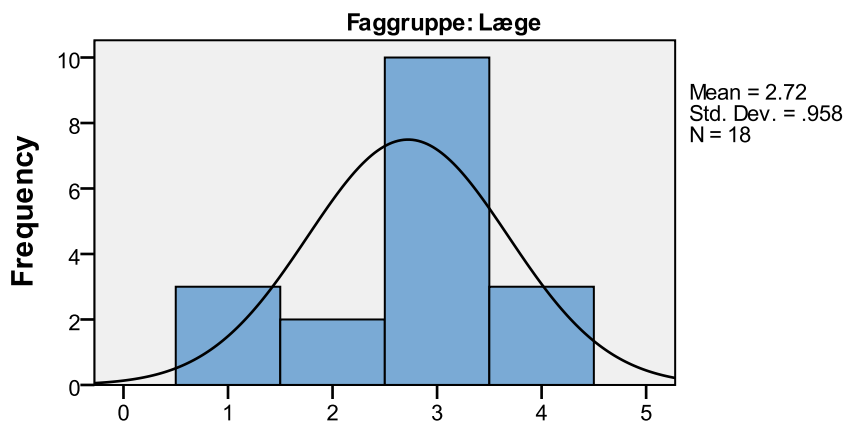


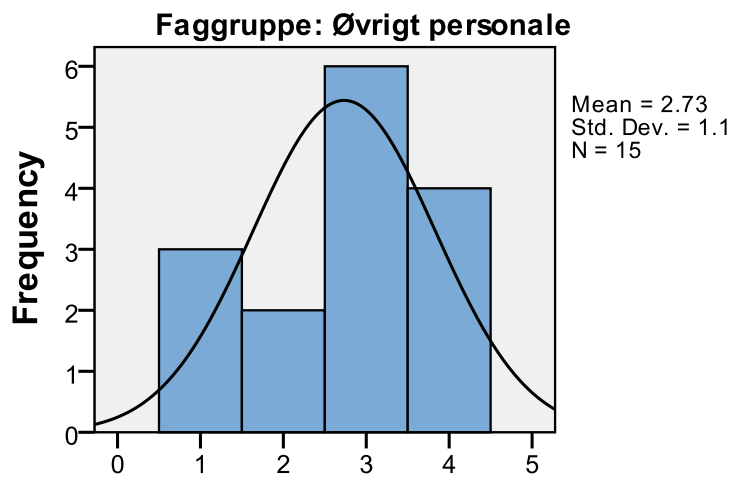
50. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden patientens oplevelse af kvalitet vil sikre systematisk læring i klinikken på baggrund af måling af patientoplevelser?



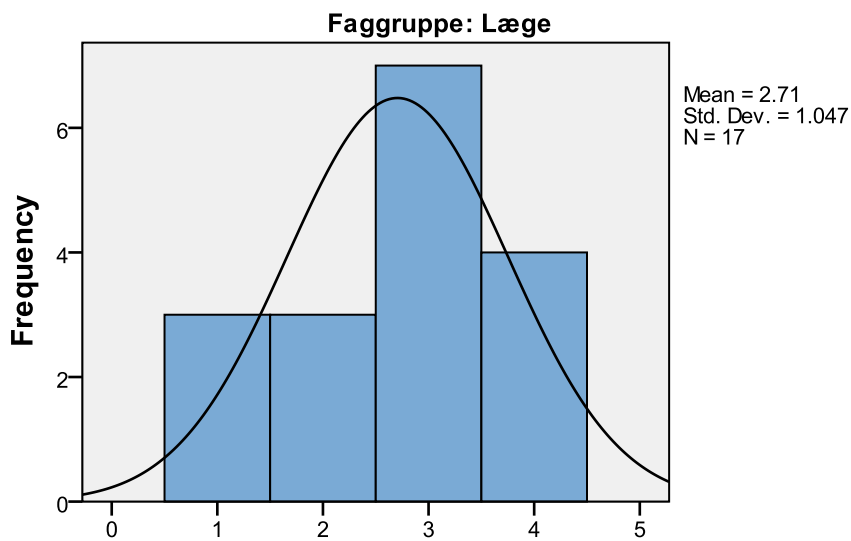


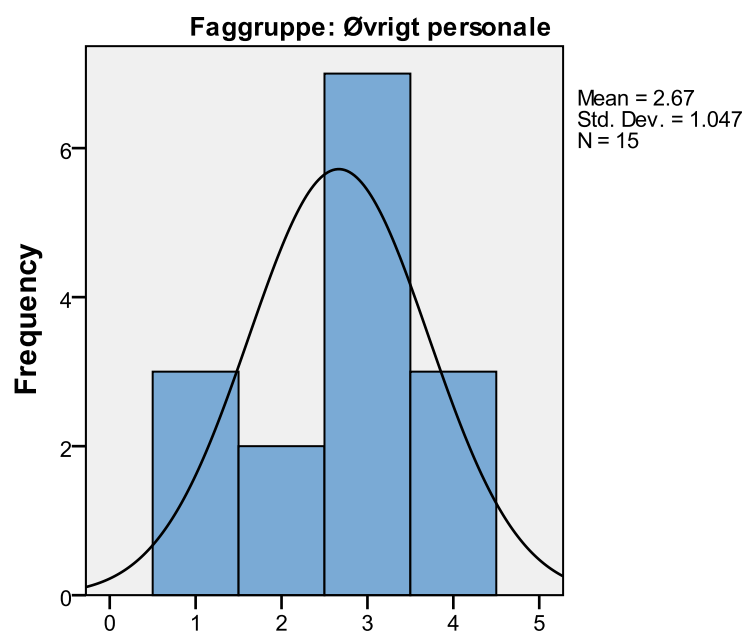
50. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden patientens oplevelse af kvalitet vil sikre at klinikken er i stand til at håndtere og sikre læring på baggrund af utilfredshed og patientklager?



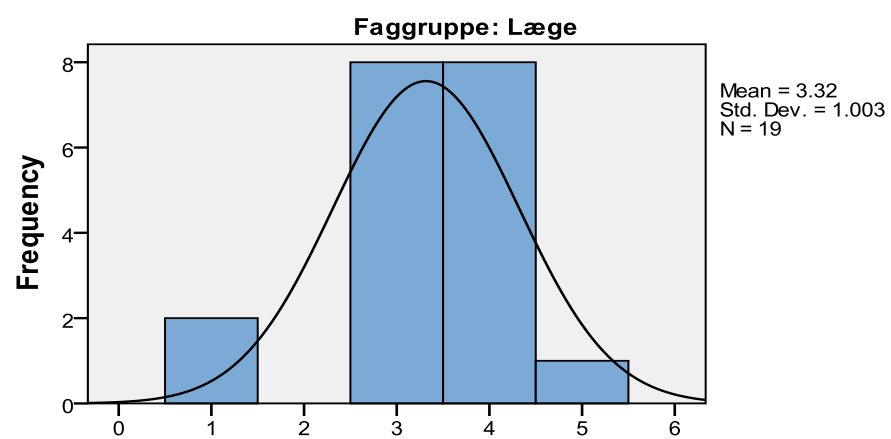


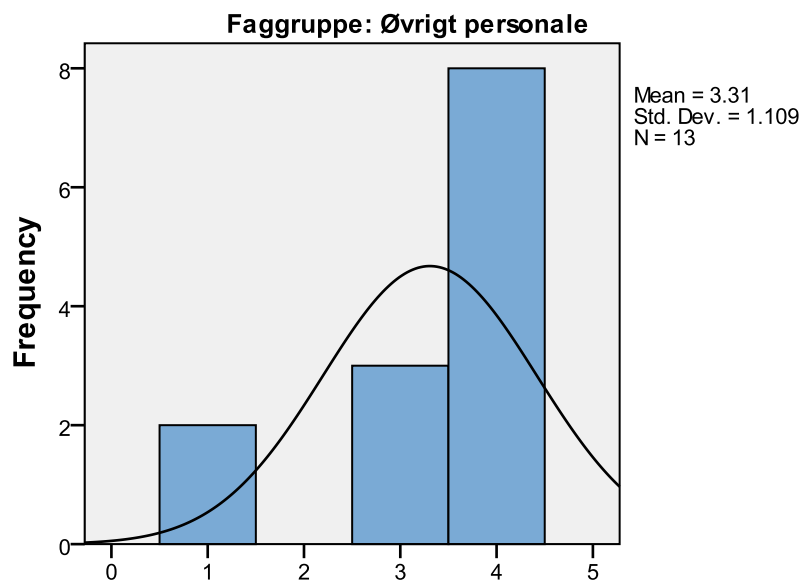
51. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





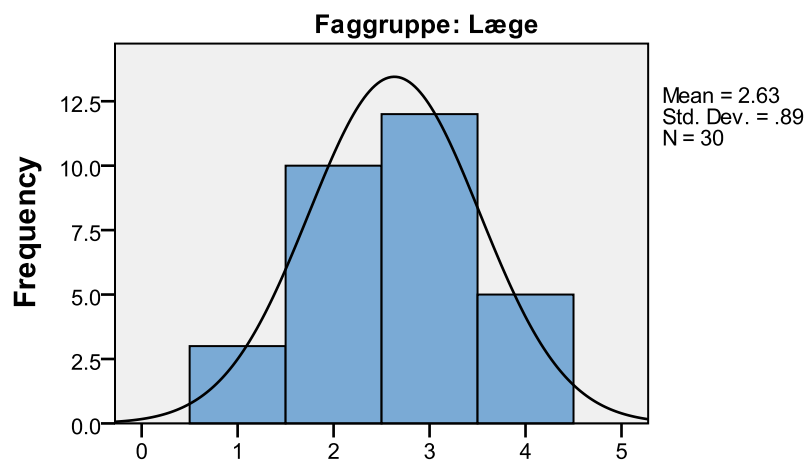
51. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

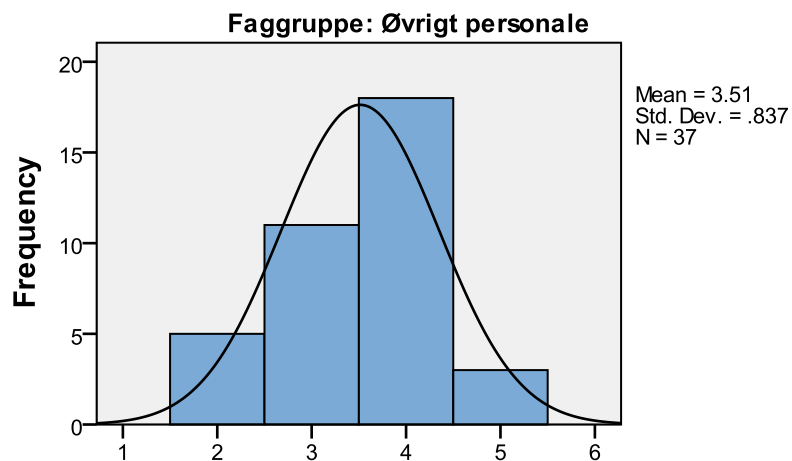




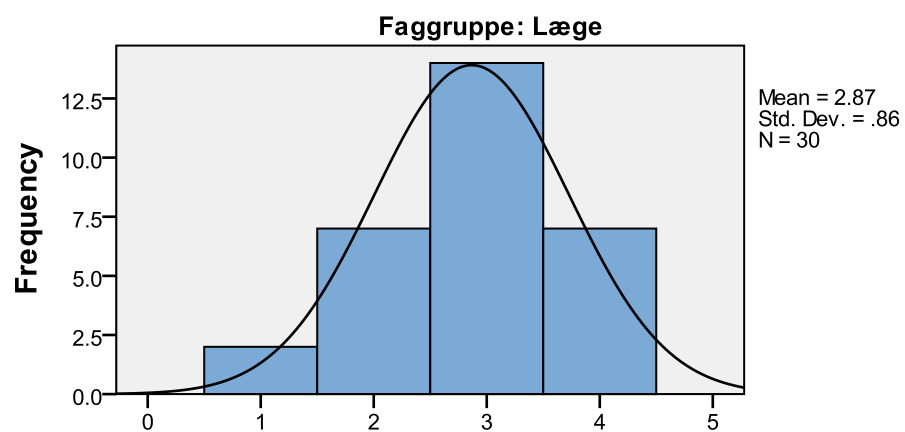
4. 5 Håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine

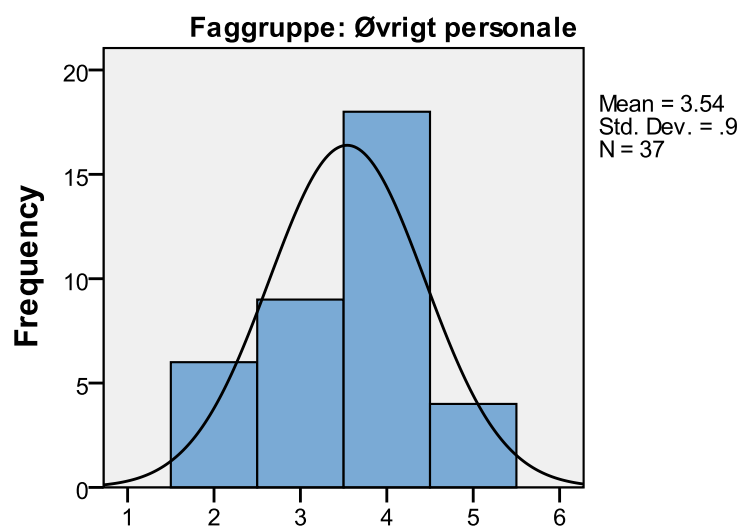
53. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



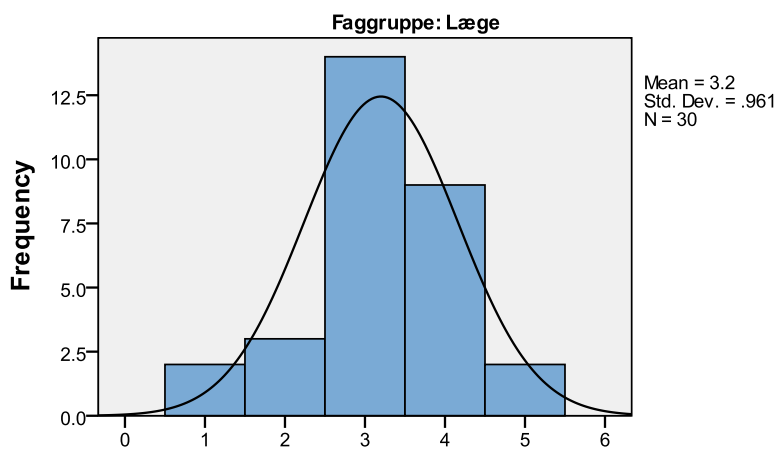


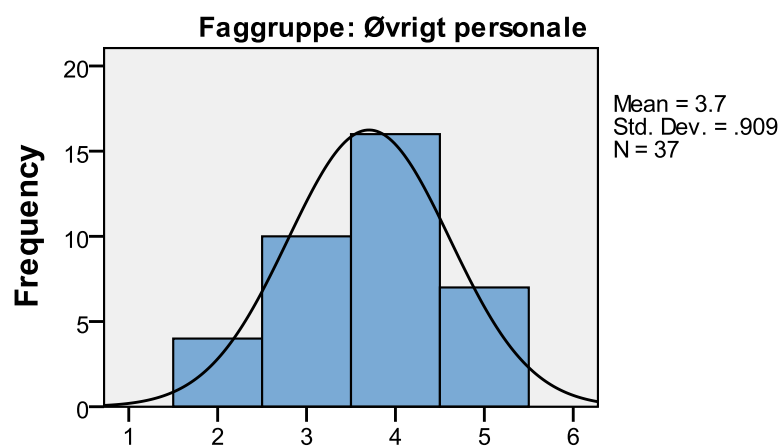
53. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden håndtering af kliniske utensilier og medicin/vaccine vil sikre korrekt håndtering af utensilier og medicin/vacciner?



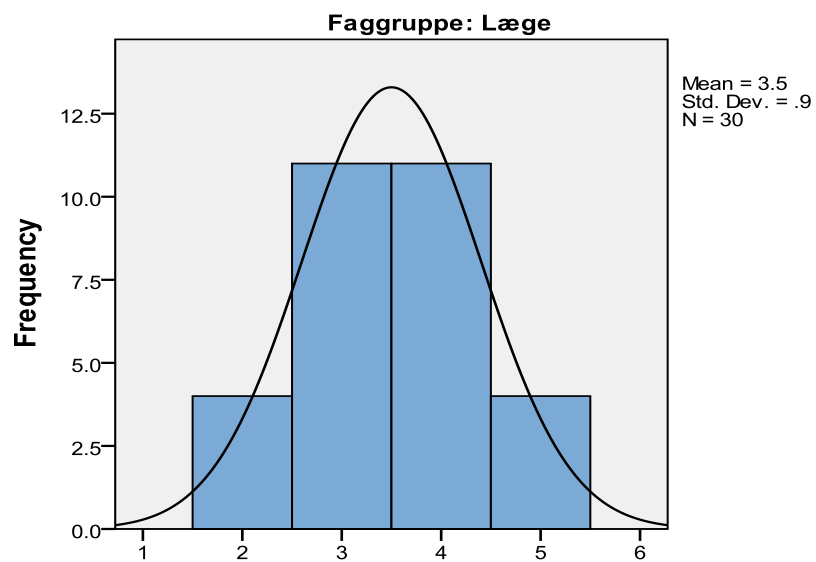


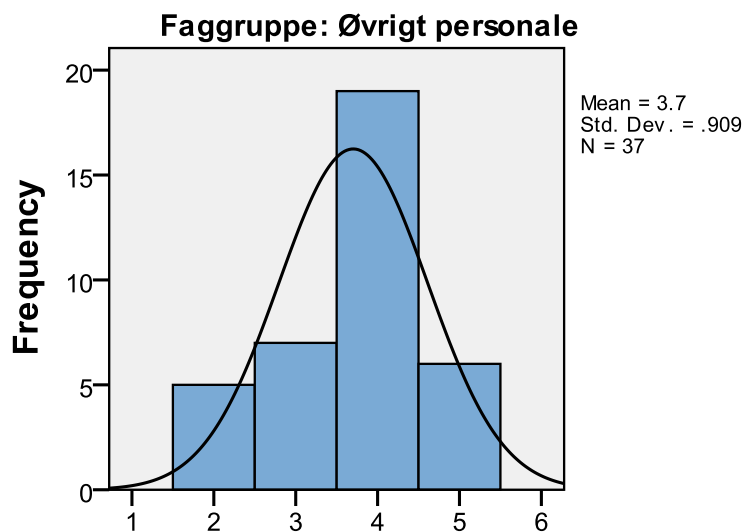
54. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?





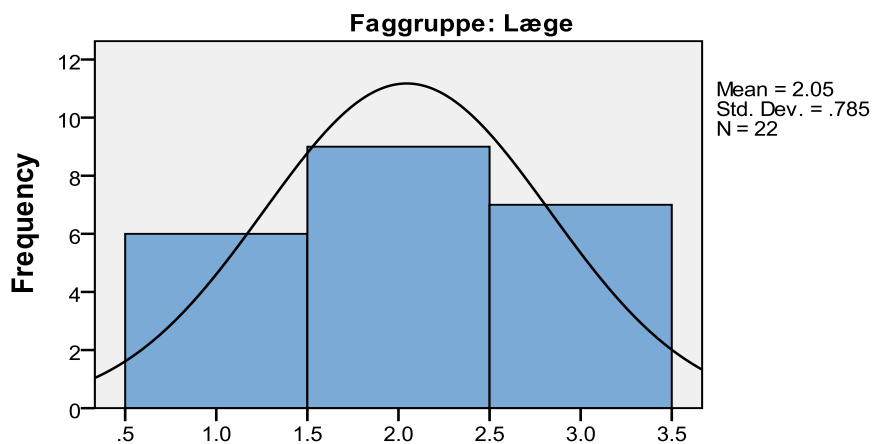
54. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

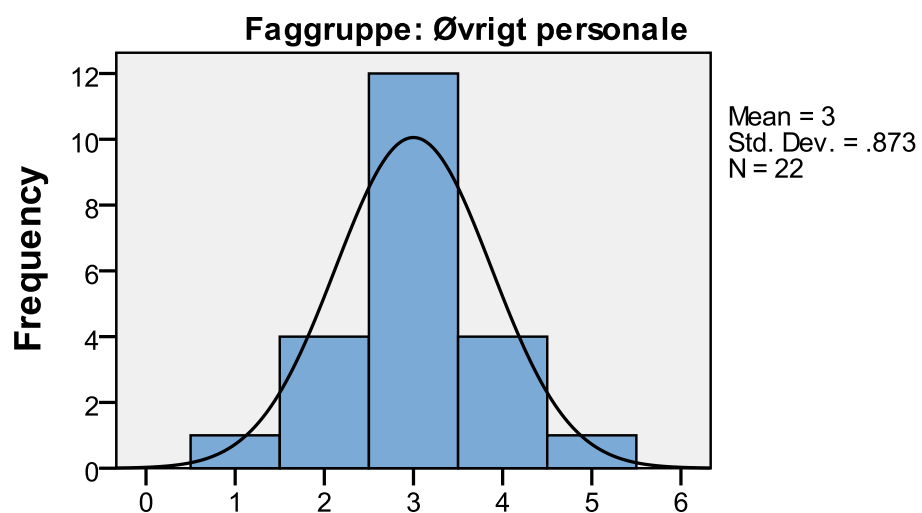




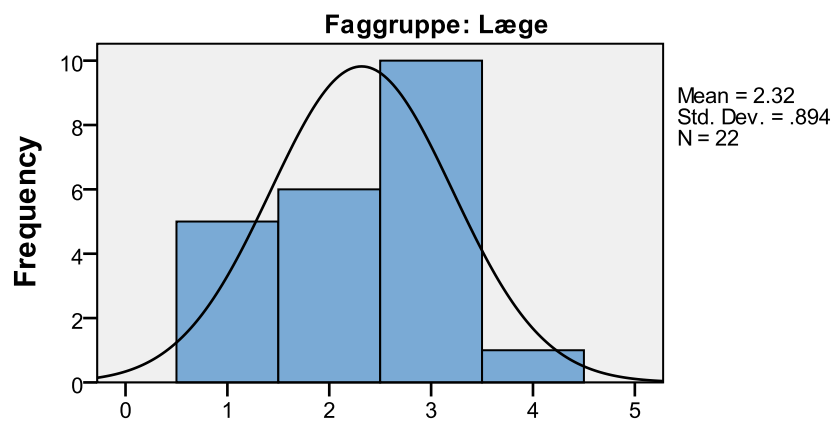
4.5 Patientsikkerhed, datasikkerhed og fortrolighed

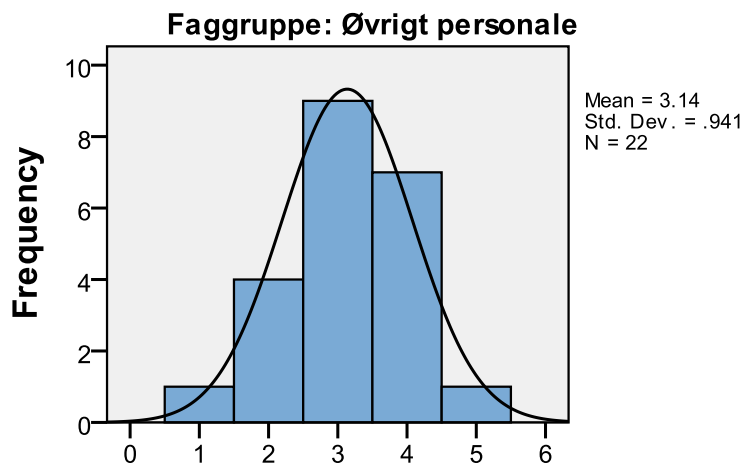
56. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden patientsikkerhed, datasikkerhed og fortrolighed vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb?



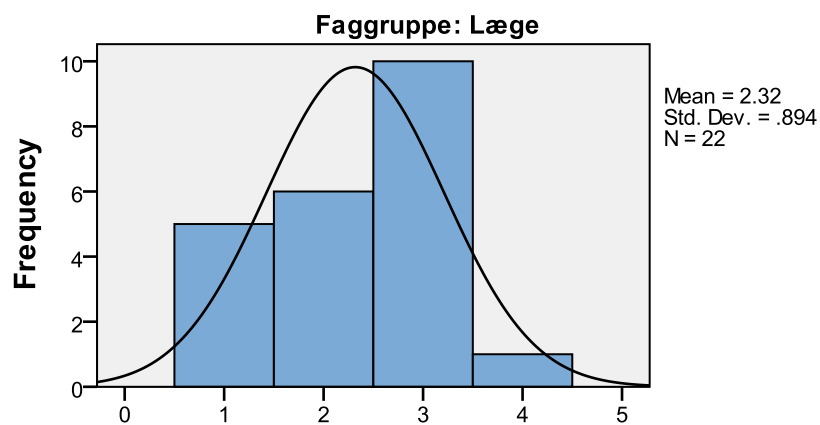


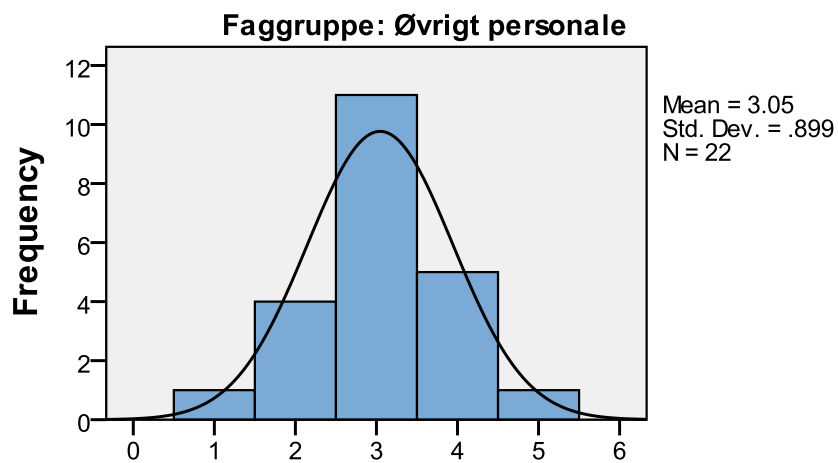
56. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden patientsikkerhed, datasikkerhed og fortrolighed vil sikre at gældende lovgivning om datasikkerhed og fortrolighed overholdes?



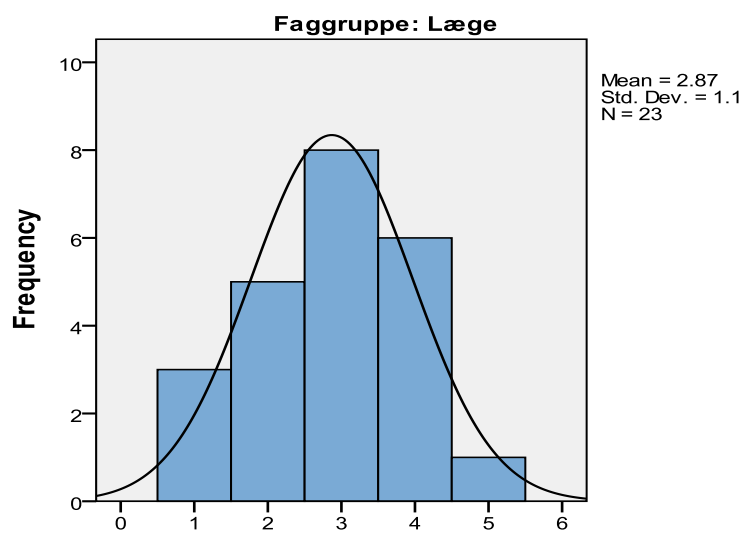


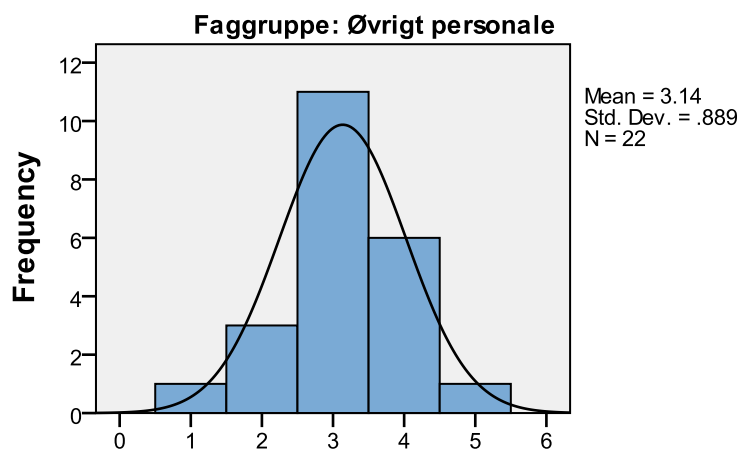
56. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden patientsikkerhed, datasikkerhed og fortrolighed vil sikre korrekt journalføring i forhold til gældende regler?



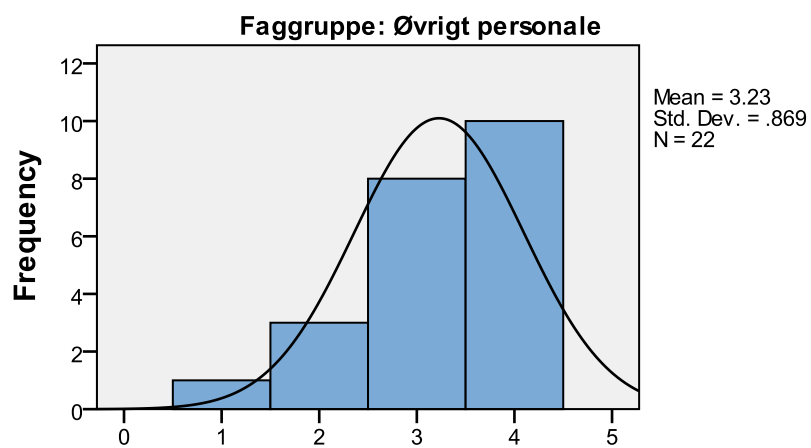
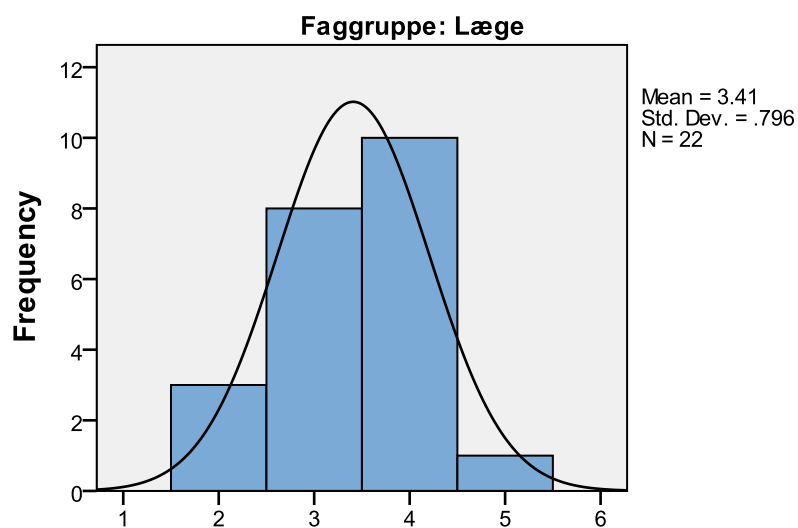


57. I hvilken grad synes du at standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?



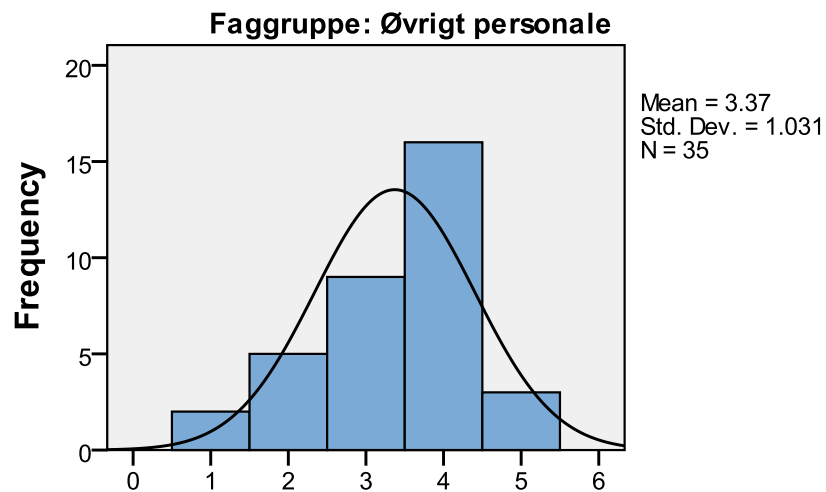
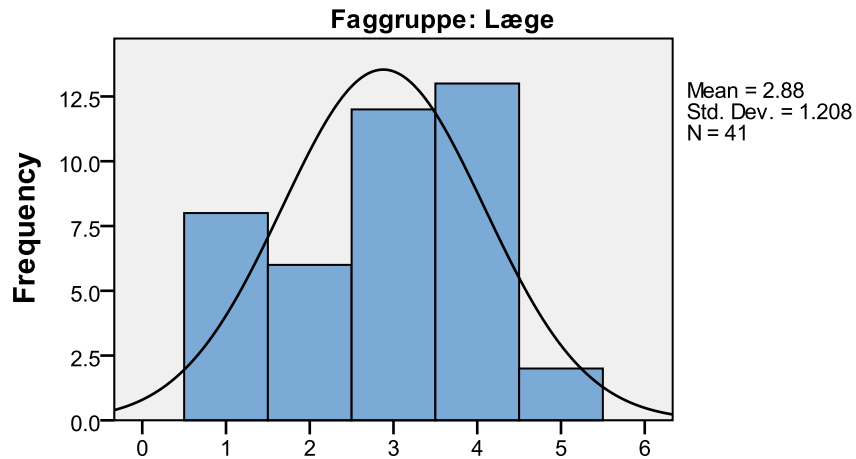


57. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

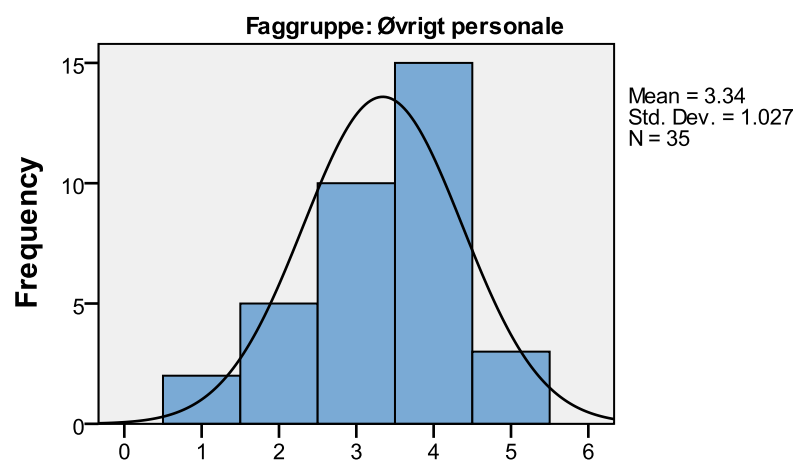
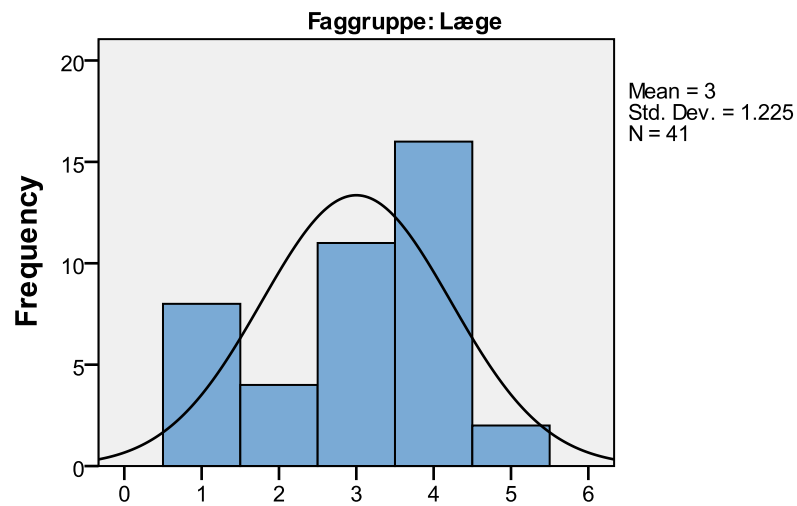


5.1 Diabetes

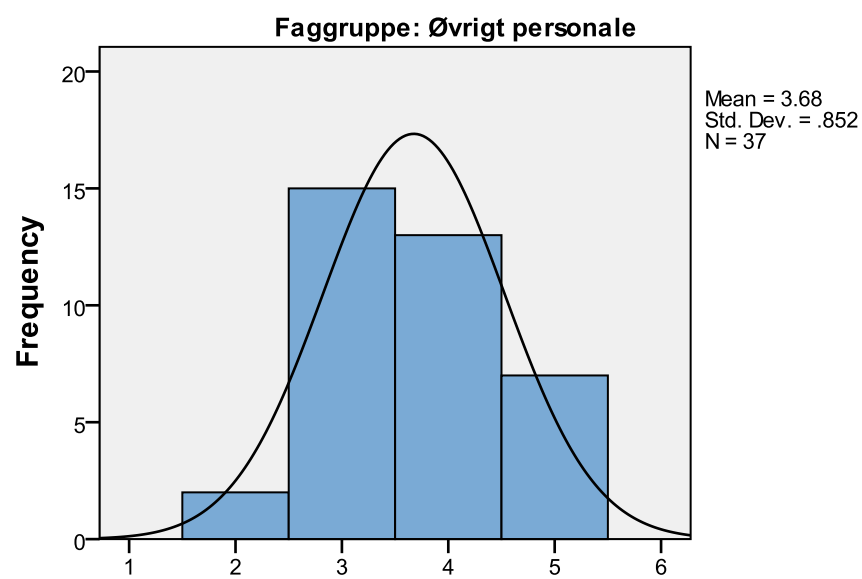
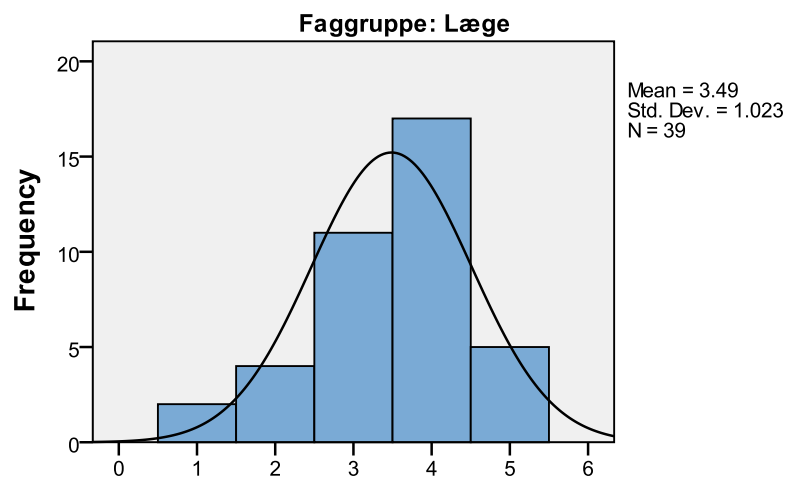
59. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden sygdomsspecifikke standarder vil højne kvaliteten i klinikkens patientforløb for patienter med diabetes?



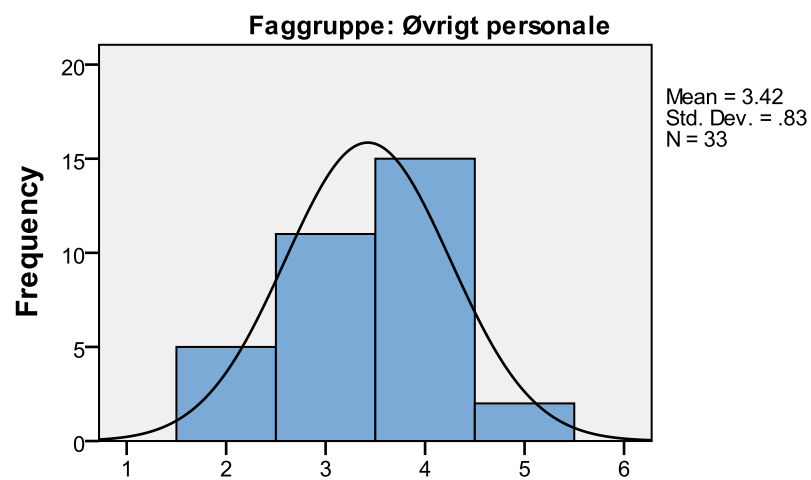
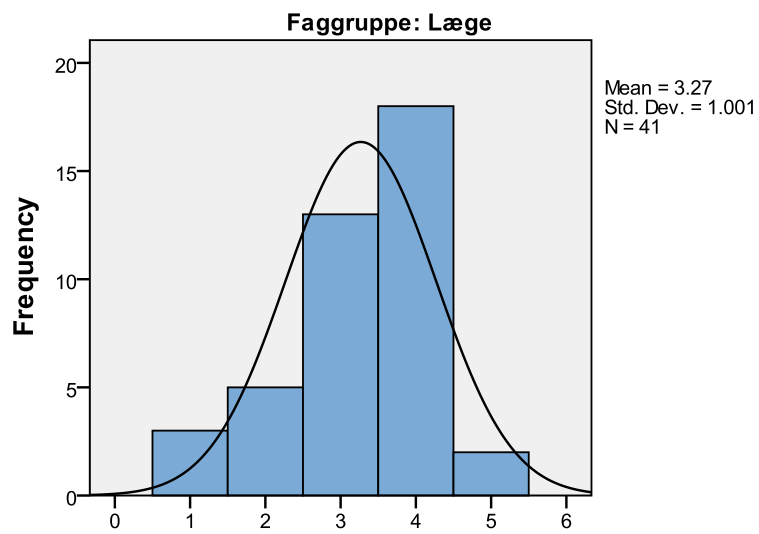
59. I hvilken grad vurderer du, at arbejdet med akkrediteringsstandarden sygdomsspecifikke standarder vil sikre at alle patienter med diabetes i klinikkens tilbydes udredning og behandling i henhold til god klinisk praksis?



60. I hvilket omfang vurderer du, det vil være relevant at indføre sygdomsspecifikke standarder på andre sygdomsområder?



61. I hvilken grad synes du a standarden er anvendelig i forhold til kvalitetsarbejdet i klinikken?



61. I hvilken grad synes du at standarden er forståelig?

