



18. årgang, nr. 2 – maj 2010

Udgivet af
Dansk Selskab for Kvalitet
i Sundhedssektoren

DSKS'bestyrelse

- Ledende overlæge
Leif Panduro Jensen (formand)
lpj@dadlnet.dk
- Direktør, ph.d., MHM
Anne Mette Fugelholm
amf@suf.kk.dk
- Ledende overlæge
Hans Jørgen Frederiksen
Hans-joergen.boege.frederiksen
@vest.rm.dk
- Projektleder, MPH
Birgitte Randrup Krog
BirgitteRandrup.krog@stab.rm.dk
- Afdelingschef, MPH
Lisbeth Rasmussen
Lisbeth.L.Rasmussen
@regionsyddanmark.dk
- Enhedschef
Marie Fuglsang
marie.fuglsang@regionh.dk
- Oversygeplejerske, MPQM
Leni Abrahamsen
leni.abrahamsen@skejby.rm.dk

Redaktion

Ansv. Redaktør Afdelingsleder,
cand.scient.pol. Jeppe Ottosen
Tlf. (Mobil) 51 21 36 24
JPO@ramboll.dk

Sekretariat

Al henvendelse vedrørende medlem-
skab, kontingent, tilmelding til møder
mv. bør ske til Bitten Dahlstrøm,
Fællessekretariatet, Kristianiagade 12,
2100 København Ø på tlf. 35 44 84 01
eller e-mail: bda@dadl.dk

Webmaster

Kasper Boas Pedersen

Sats og layout

Lægeforeningens forlag

Tryk

Scanprint a/s, Viby J

Tema: Innovation i sundhedssektoren

Dårlig økonomi, mangel på ressourcer, LEAN, specialeplanen, ny sygehusstruktur, akutmodtagelser, medicinske og teknologiske udviklinger, nye sygehuse m.m. Vi lever i en foranderlig tid for vores sundhedsvæsen. Vores regering og herunder sundhedsministeren mener, at vi skal have et sundhedsvæsen i verdensklasse. Kvaliteten skal være i top, og vi skal kunne måle os med de bedste. Men hvad menes der med det?

DSKS-nyt vil i de kommende numre forsøge at sætte fokus på, hvad visionerne er, og få et bud på, hvordan fremtidens sundhedsvæsen i Danmark kommer til at se ud set fra nogle af nøglepersonerne i det danske sundhedsvæsen.

Opgaven er nogenlunde frit stillet, dvs. der er nogle overordnede temaer, og de udvalgte personer vil blive bedt om at forholde sig til mindst et af disse.

Temaerne er:

Fremtidens sundhedsvæsen: Hvad er det, der er bestemmende for den fremtidige struktur i sundhedsvæsenet? Hvordan kommer strukturen til at være?

Fremtidens hospitalsvæsen: Hvad er det ved fremtidens hospital, der har en

afgørende betydning for kvaliteten af behandlingen?

Fremtidens patient: Hvad betegner fremtidens patient? Hvilken indflydelse vil det have på indretningen af sundhedsvæsenet? Hvordan vil patienterne opfatte kvalitet i fremtiden?

Fremtidens diagnostik: Hvilke muligheder ligger lige rundt om hjørnet? Hvilke muligheder tegner sig lidt længere ude i horisonten? Vil det have indflydelse på, hvordan sundhedsvæsenet indrettes? Hvordan vil det påvirke kvaliteten af behandlingen?

Fremtidens behandling: Hvilke muligheder ligger lige rundt om hjørnet? Hvilke muligheder tegner sig lidt længere ude i horisonten? Hvordan vil det have indflydelse på indretningen af sundhedsvæsenet? Hvordan vil det påvirke kvaliteten af behandlingen?

Ressourcer: Hvordan vil udfordringerne i forhold til ressourcespørgsmålet, både med hensyn til de menneskelige ressourcer og de økonomiske ressourcer, påvirke fremtidens hospitalsvæsen? Hvordan vil det påvirke kvaliteten?

Innovation: Hvordan kommer innovation til at påvirke fremtidens sundhedsvæsen? Hvordan vil det påvirke kvaliteten?

Fremtidens sundhedsvæsen

*Af Jesper Fisker,
direktør i Sundhedsstyrelsen*

Den teknologiske og medicinske udvikling foregår med så stor hast, at vi i dag ikke kan forestille os, hvilke nye teknikker, der vil dukke op, eller hvordan patienterne i fremtiden vil søge behandling på specialiserede sygehuse eller lokale sundhedscentre.

Sygehusene fylder meget både i medierne og i vores bevidsthed. Regeringens 25 mia. kr. til nyt sygehusbyggeri frem

til 2018 har sat rammen for en af vores tids største anlægsopgaver og der er i de seneste år sat billeder på både konkrete sygehusbyggerier og en række af de visioner, der er for fremtidens sygehusvæsen i Danmark.

Vi samler de højt specialiserede behandlinger på færre enheder. Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning betyder, at patienterne i fremtiden skal køre længere for at komme til de store sygehuse. Til gengæld vil de få adgang til behandlinger

af højere kvalitet, fordi de komplicerede indgreb bliver samlet på færre lægers hænder. Øvelse gør mester er princippet.

Samlingen af den højt specialiserede behandling vil samtidig give mulighed for bedre økonomi på sygehusene og åbne for indkøb af nyt apparatur både på operationsstuerne og på patienternes enestuer, hvor computere og online-medier bliver en del af patienternes ophold.

Fremtidens sundhedsvæsen vil dog også bære præg af, at der vil være langt flere patienter over 65 år. Vi bliver ældre og ældre. Det er godt for den enkelte og for samfundets velstand, men det skaber også en udfordring til hele sundhedsvæsenet om at tage sig af flere patienter med en kronisk sygdom eller langvarige eftervirkninger af skader eller handicap.

Forebyggelse er og bliver for både unge og ældre et helt centralt indsatsområde. Fremtidens sundhedsvæsen skal have bud på, hvordan vi få nedbragt antallet af rygere og får reduceret antallet af danskere der drikker mere end de anbefalede genstandsgrænser. Sundhedsvæsenet skal se det som en opgave at skabe gode rammer for alt fra genoptræning til fysisk aktivitet og gode kostvaner.

Flere lokale tilbud

Uanset hvor mange ønsker, vi kan have til fremtidens sygehuse, er der ingen tvivl om, at en række af de opgaver sygehusene udfører i dag, i fremtiden vil blive løst andre steder. Vi bliver flere, der overlever en kræftsygdom, men vi bliver også flere, der skal monitoreres og gå til kontroller for behandling af kroniske sygdomme som blandt andet diabetes, hjertesygdom, kol og kræft. Det vil skabe et pres på de praktiserende læger, kommuner og sygehuse, som skal blive bedre til at arbejde sammen, men det vil også sætte skub i den udvikling, der allerede i dag er inden for en række kroniske sygdomme, nemlig at patienterne monitoreres sig selv.

For fremtiden skal sundhedsvæsenet hænge bedre sammen. De enkelte

sektorer er i dag opdelt i sygehuse, kommuner og praktiserende læger. De skal i fremtiden integreres langt mere i hinanden og koordinere deres indsatser ud fra et princip om, at det må være patientens vej gennem systemet, som er afgørende.

Vi skal have udviklet det decentrale sundhedsvæsen. Samlingen af den højt specialiserede behandling kræver en modbevægelse i retning af flere lokale tilbud. Det gælder monitorering, kontroller og træningstilbud, når den ældre udskrives fra sygehuset. Det gælder faciliteter i lokalområdet, hvor ældre kan pleje det sociale og samtidig holde sig fysisk i træning, og det gælder såmænd også den ældre mad, som kommunen leverer. Sundhed er ikke kun noget, den ældre kan få hos den praktiserende læge, men i høj grad noget, den ældre selv skal være med til at vedligeholde.

Sammenhængende forløb

Vi vil i fremtiden også se en markant udvikling af den måde vi organiserer behandlingerne på. Jeg mener, der skal ske en stille revolution af behandlingsforløbene, hvor der i første omgang ikke vil være tale om de store ændringer i selve det faglige indhold, men hvor afdelingerne vil blive tvunget til at arbejde sammen på en helt anden måde for at sikre patienterne et let og sammenhængende forløb på deres vej gennem sundhedsvæsenet.

Kræftpakkerne har været et eksempel til efterlevelse. De har vist, hvordan relativt simple organisationsændringer kan have stor betydning for den måde patienterne oplever behandlingen. Jeg tror, at det rummer et betydeligt potentiale, at vi på denne måde skaber en organisatorisk innovation på sygehusene, så behandlingsforløbene tager udgangspunkt i patienternes behov og sikrer dem et sammenhængende forløb gennem diagnostik, supplerende undersøgelser og behandling.

Fremtidens patienter vil efterspørge nye ydelser og vil få tilbudt nye teknikker. Det gælder for eksempel genteknologi og markørteknologien, som vil få en stor

rolle at spille i sundhedsvæsenet, men det gælder også nye operationsteknikker. Kirurgerne vil i fremtiden kunne udføre langt flere operationer med kikkertkirurgi og være i stand til at operere stadier af sygdomme, som vi i dag ikke har teknikker til at håndtere.

To typer patienter

Sundhedsvæsenet forandrer sig, men det gør patienterne også. Den udvikling i læge-patientforholdet, vi har set de seneste 30 år, vil fortsætte. Lægerne vil blive udfordret af patienter, der har et stort kendskab til de sygdomme, de søger behandling for, men de vil også blive opsøgt af patienter, der har et større behov for omsorg.

Sundhedsvæsenet skifter karakter, og overordnet set tror jeg, at man fremover vil kunne skelne mellem to typer patienter: den kompetente, oplyste patient og i den anden gruppe patienter som ikke har overskud, råd eller den kulturelle baggrund for at være informeret og stille kritiske spørgsmål.

Den første kategori vil være befolket af veloplyste borgere, som er på internettet, interesserer sig og nærmest er mere velforberejdede end deres læger, når de møder op til en konsultation. En langt større del af befolkningen vil i fremtiden tilhøre denne gruppe.

Den anden gruppe vil bestå af patienter, som ikke har gjort sig noget forarbejde, når de kommer til lægen. De har svært ved at overskue deres valgmuligheder og har brug for hjælp og oplysninger om, hvilke rettigheder de har.

Det er naturligvis karikeret, alene at se fremtiden som bestående af disse to grupper. En række patienter vil placere sig mellem de to kategorier, og være præget af andre forudsætninger eller have en anden kompleksitet på grund af kroniske sygdomme eller særlige problematikker. Pointen er, at vi skal passe på at vi ikke udvikler et sundhedsvæsen, som kun fokuserer på og varetager behovene for den kompetente gruppe.

Lige som gennemsnitsalderen hos patienterne vil stige, vil forventningerne til hvad vi kan udrette i sundhedsvæsenet blive større og større. Der vil i fremtiden være et konstant og voksende behov for politiske beslutninger om, hvordan vi som samfund afsætter økonomi til sundhedsvæsenet. For tiden mærker vi, hvordan

finanskrisen præger udviklingen i sundhedsvæsenet og på samme måde vil vi i fremtiden været begrænset af, hvor store økonomiske ressourcer vi som samfund vil afsætte til at drive et sundhedsvæsen for.

Regeringen ønsker et sundhedsvæsen i verdensklasse. Det vil kræve en indsats på alle niveauer og at det danske

sundhedsvæsen har et aktivt samarbejde med udlandet om både forskning og behandling. Vi skal fastholde og udbygge det samarbejde vi i dag har internationalt, så patienterne får adgang til de bedste behandlinger og så lægerne i det danske sundhedsvæsen har nære samarbejdsrelationer med de bedste faglige miljøer.

Styring på vejen til kvalitet

For at få mest muligt ud af Den Danske Kvalitetsmodel, er det væsentlig at anvende tidligere erfaringer med opnåelse af motivation og ejerskab blandt medarbejderne, når modellen skal implementeres på sygehusene.

Den nationale akkreditering af sundhedsvæsenet – kendt som Den Danske Kvalitetsmodel(DDKM) – er ved at blive indført. Hvilke krav stilles der til den styring, der anvendes i implementeringen – og hvordan kædes indholdet af DDKM sammen med implementeringen? I denne artikel beskrives nogle erfaringer med brug af styringstemaer, der har været anvendt ved implementeringen af tidligere kvalitetsinitiativer. Erfaringerne er beskrevet i en ph.d.-afhandling om kvalitet på sygehusene, se nederst. Formålet er her at bruge resultaterne til at beskrive aspekter, der kan anvendes i styringen af den igangværende implementering af DDKM. Helt afgørende for, at kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet lykkes er, at medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet – læger, plejepersonale, terapeuter, bioanalytikere etc. – opfatter idéerne og initiativerne i den indsats, der skal forbedre kvaliteten, som meningsfulde. Men hvad betyder det for implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel?

Alle der er ansat på sygehusene – og i resten af sundhedsvæsenet – har mødt en række forslag og idéer til gennemførelse

af kvalitetsudvikling. I øjeblikket er det Den Danske Kvalitetsmodel, NIP, patientsikkerhed og brugen af pakkeforløb, der er mest iøjnefaldende. På andre tidspunkter har andre begreber været fremherskende, herunder kvalitetscirkler, kvalitetsteam, Total Quality Management etc. Der er mange historier på sygehusene om initiativer og projekter, der har været med til at udvikle kvaliteten. Der er dog også mange historier, der handler om, at der er brugt mange ressourcer til udviklingsprojekter med begrænset gennemslagskraft. De nyeste historier handler om forløbet af den stigende centralisering af initiativerne til udvikling af kvaliteten af sygehusenes behandling¹.

Fælles for alle initiativerne til udvikling af kvaliteten er, at de er baseret på forståelser af, hvordan organisationer fungerer og hvordan de skal ledes. Hvert initiativ har så at sige sin ledelsesforståelse. Og der er god grund til at antage, at initiativernes succes eller fiasko bl.a. hænger sammen med, om forståelsen (hvis forståelse – det er ikke helt klart) af sundhedsvæsenets komplicerede organisationer har været brugbar i udviklingsarbejdet. Det er derfor vigtigt at se på, hvordan kvalitetsinitiativerne udgør forskellige forsøg på at styre udviklingen. Samtidig er det væsentligt at se på, hvordan udviklingen i sådanne initiativer udgør bestemte måder at forstå sundhedsvæsenets organisationer på – sygehuse, lægepraksis, distriktspsykiatri etc.

Her beskrives tre cases, er henholdsvis handler om at styre kvalitetsudvikling gennem organisationsprincippet kvalitetscirkler, at styre gennem fokus på patientforløbene i kliniske team og endelig at styre gennem centraliserede standarder for kvalitet. Pointen er at beskrive den sammenhæng casene udvikle sig i, hvad idéen om udvikling egentlig gik ud på, og hvad der kom ud af initiativet, set med mine organisatoriske og subjektive briller.

Kvalitetscirkler – organiseringsformen som styringsprincip

Kvalitetscirkler blev introduceret i det danske sundhedsvæsen i begyndelsen af 1990'erne, og oplægget var klart: Kvalitetscirkler havde været anvendt i industrien med succes, og dette princip skulle og kunne overføres til sundhedsvæsenet. Kvalitetscirklerne blev præsenteret som en struktureret arbejdsform for en tværfaglig arbejdsgruppe af ansatte inden for og på tværs af sygehusafdelinger. Til gengæld havde cirklerne en stor faglig autonomi i den forstand, at kvalitetscirklerne selv definerede sine mål og sine standarder for kvalitet med afsæt i forståelsen af, hvad der kunne ses som de mest relevante og veldokumenterede diagnose-, behandlings- og plejebegreber. Der blev gennemført demonstrationsprojekter med del-

¹ Lehmann Knudsen J. et. al: Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk, 2008.

tagelse af en række sygehusafdelinger. De erfaringer, der blev formidlet, pegede på, at initiativerne oftest fik status af 'enlige svaler' i den forstand, at initiativerne oftest forblev afgrænsede til de medlemmer af personalet, der var direkte involveret i kvalitetscirklen, og derfor døde hen efter afslutningen af projektperioden.

I det initiativ, der skal refereres her, deltog personale, som var tilknyttet behandlingen af patienter med muskelsvindsygdommen ALS på to neurologiske afdelinger. På hver af de to afdelinger blev der dannet en tværfaglig kvalitetscirkel, der udviklede kriterier og standarder for kvaliteten med hensyn til information af patienten, koordinering af behandlingsforløbene og tilrettelæggelse af terminalfasen. Kvalitetscirklen kan ses som en organisatorisk styreform, på baggrund af strukturerede regler for opgavefordeling i gruppen, krav om faste ugentlige møder, kravet om udarbejdelse og opfølgning på standarder for den faglige kvalitet sammen med den tværfaglige sammensætning. Den organisatoriske struktur udgjorde således hovedindholdet i dette forsøg på at styre arbejdet med forbedring af kvaliteten – en organisatorisk styreform så at sige.

Det var gennemgående i arbejdet i de to cirkler, at muligheden for selv at udvikle det faglige indhold i indsatsen virkede stærkt motiverende. De to cirkler var forskelligt sammensat med hensyn til de fagligheder, der var repræsenteret, men dette syntes imidlertid ikke at have nogen afgørende indflydelse på engagement og interesse i at bidrage til processen. Den faglige autonomi i muligheden for selv at opstille kvalitetsstandarder virkede motiverende.

Kliniske team – forløb som styringsmiddel

Hovedstadens Sygehusfællesskab HS lancerede i slutningen af 1990'erne kliniske team som grundlag for den tværfaglige organisering af indlæggelsesforløbet. Hensigten var at få professionerne til at medvirke yderligere i sikringen af hen-

sigtsmæssige patientforløb. Kliniske team fik her status af kliniske mikrosystemer, hvor en læge og 2-4 medarbejdere fra afdelingens plejepersonale skulle udgøre patientens kontakt til behandling og pleje med henblik på at bedre kontinuitet, koordinering og kvalitet. Styringsforsøget gik således ud på at bruge ønsket om sammenhængende patientforløb til at ændre professionernes indsats og dermed udvikle kvaliteten af tilbuddet til patienterne.

I det medicinske center, som jeg foretog undersøgelser i, var det ikke lykkedes at indarbejde princippet om kliniske team og en patientforløbsorienteret organiseringsform. Forklaringen var ikke, at medarbejderne mente, at kliniske team var en irrelevant eller meningsløs måde at organisere det tværfaglige kliniske arbejde på. De mente heller ikke, at brugen af kliniske team var uden potentiel mulighed for at forbedre den kliniske kvalitet. Langt de fleste af de læger og plejepersoner, jeg talte med, havde egentlig en positiv indstilling til idéerne bag forslaget. Men der blev peget på vanskeligheder med at forene ønsket om kliniske team med den eksisterende vagtplanlægning og ønskerne til at fastholde mulighederne for at sikre medarbejderne fleksible forhold i tilrettelæggelsen af arbejdstiden. Den fleksible tilrettelæggelse af arbejdstiden blev i dette tilfælde vægtet højere end ønsket om at udvikle kvaliteten. Dette kan ses som en indikator for, hvor meningsfuldt dette styringsforsøg blev betragtet af medarbejderne.

Centraliserede standarder – styring af fagligheden

Det tredje eksempel stammer fra 2002 og handler om at forsøge at styre kvalitetsudviklingen på sygehuse ved at bruge centralt fastsatte standarder for kvalitet. Denne form for styring indgår også i Den Danske Kvalitetsmodel. Den indgik også i akkreditering, som det blev praktiseret af Joint Commission på sygehusene i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab og i akkrediteringen af sygehusene i

Sønderjyllands Amt gennemført af Health Quality Services (HQS)². Det eksempel på centraliserede standarder, jeg har studeret, er imidlertid Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA).

DGMA fungerede i årene 2000-2006 som et initiativ, der søgte at medvirke til kvalitetsudvikling på de medicinske sygehusafdelinger gennem udvikling, udbredelse og monitorering af en række kvalitetsstandarder. Styringsprincippet var i dette tilfælde at påvirke de fremgangsmåder og arbejdsmetoder, som medarbejderne på sygehusene anvender, og det har jeg valgt at kalde et fagligt styringsprincip.

I dette case undersøgte jeg udbredelsen og brugen af DGMA's standarder på fire udvalgte medicinske afdelinger. Det gennemgående indtryk var, at standarderne kun blev brugt i begrænset omfang, og typisk som et afgrænset initiativ blandt plejepersonalet på trods af, at standarderne i stor udstrækning omhandlede tværfaglige problemstillinger. De centrale standarder motiverede ikke til fagligt engagement, og engagementet var oftest overladt til den læge og den sygeplejerske, der årligt formidlede resultatet af en audit af 50 journaler til DGMA's sekretariat, og efterfølgende formidlede de sammenligninger af afdelingernes audits, som DGMA foretog, til deres respektive afdelinger.

Styringstemaer – og forholdet til faglig identitet

Styringstemaerne – altså den bagvedliggende idé i styringen af, hvordan kvaliteten udvikles – i de tre cases er naturligvis ikke gensidigt udelukkende, men repræsenterer alligevel forskelligartede måde at tænke organisation på.

De tre cases repræsenterer hver et organisatorisk styringstema. Den standardiserede organiseringsform i kvalitetscirkler

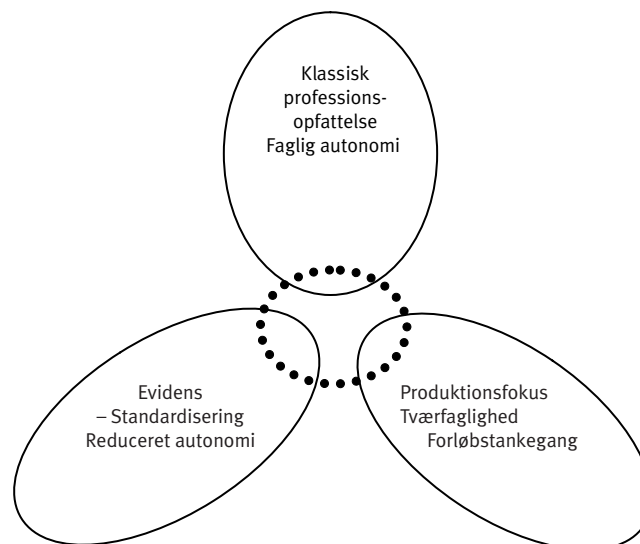
² Akkreditering – forskellige modeller. En oversigt over udvalgte modeller til akkreditering i sundhedsvæsenet. Schiøler T., Christensen M., Lipezak H., Hermann N., DSI Marts 2002.

gav god plads for fagligt engagement. Professionstemaet, hvor fokus var på tværfaglighed og patientforløb i de kliniske teams, fik til gengæld ikke plads i arbejdet for bedre kvalitet. Endelig viste caset om DGMA, at centraliserede standarder på trods af et relevant indhold ikke i sig selv var nøglen til faglig motivation.

Fælles for de tre cases er, at det er helt afgørende, at metoden til udvikling af kvaliteten virker meningsfuld for medarbejderne. Det betyder med andre ord, at brugen af styringstemaer i kvalitetsudviklingen er afhængig af, om de sundhedsprofessionelle – medarbejderne på sygehusene – ser det som meningsfuldt at medvirke i initiativet – at tage ejerskab. I de tre cases var medarbejdernes opfattelse af, om et initiativ virkede meningsfuldt forbundet med faglig identitet og faglig forståelse. Dette er ikke nødvendigvis uforanderlige størrelser, men virkede i casene som uomgængelige forudsætninger for udvikling.

Faglig identitet ses med andre ord som et centralt element i denne sammenhæng. Ser vi på udviklingen af den faglige identitet blandt lægerne, har denne bevæget sig fra en traditionel professionsforståelse, hvor hver læge fungerer som en autonom autoritet på baggrund af sin uddannelse. Den faglige identitet er flyttet i retning af en kollektiv idé om det evidensbaserede, hvor der eksisterer 'en bedste behandlingsform', som alle skal anvende. Lægerne har således stadig været autonome i beslutningen om, hvad der er god kvalitet, men kun som gruppe, og denne situation er efterfølgende gledet videre. Denne tredje faglige identitet, som vi kan kalde en 'produktionsforståelse', har lagt vægt på det tværfaglige samarbejde og hensynet til patienter og økonomi i fx pakkeforløb. Denne identitet vægter derfor hensynet til at medvirke til at skabe god kvalitet inden for rammerne af den fælles opgave for sygehuset eller afdelingen.

De tre identiteter hænger sammen, og eksisterer side om side, men med forskydninger i den vægt, de tillægges hver især.



Denne forståelse af de faglige identiteter kan illustreres som ovenstående figur.

Koblingen mellem faglig identitet og gennemførelsen af kvalitetsudvikling

Kvalitetscirklerne virkede fagligt autonome og motiverende. Nogle af elementerne i idéen om kliniske team var meningsfulde for deltagerne, men havde ikke praktisk gennemslagskraft. Arbejdet med kvalitetsstandarder blev ikke introduceret på en måde, der engagerede personalet, selv om mange kunne se det meningsfulde med kvalitetsstandarder. Det er spørgsmålet, hvad der skal gøre akkrediteringen i Den Danske Kvalitetsmodel engagerende for personalet på sygehusene i en grad, der placerer akkrediteringen som fast holdpunkt i kvalitetsudvikling.

Hvis antagelsen om, at koblingen til medarbejdernes faglige identitet er central for kvalitetsudvikling – og dermed for ændringer af den faglige praksis i det hele taget – så vil implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel være afhængig af dette. Umiddelbart kan denne kobling forekomme vanskelig, når akkrediteringen fjerner noget af autonomien fra faggrupperne. Det er spørgsmålet, om akkrediteringen i DDKM skal gøres til en del af den igangværende bevægelse i retning af opnåelse af en fælles og tværfaglig udvikling

af sygehusenes kvalitet – en 'produktions-tankegang'.

Der er fuld gang i introduktionen af DDKM på sygehusene, og der er ingen tvivl om, at en stor del af aktiviteten består i at sikre ejerskab til akkrediteringen gennem engagement blandt faggrupperne. Resultatet af denne implementering vil bl.a. afhænge af, i hvor høj grad det lykkes at kombinere ønsket om efterlevelse af centrale kvalitetsstandarder med faggruppernes faglige identitet. Kan de mange standarder gøres tilstrækkelig relevante for den faglige forståelse af kvalitet og identitet?

Artiklen er skrevet på baggrund af ph.d. afhandlingen 'Forestillinger om kvalitet og tværfaglighed på sygehusene', der fokuserer på brugen af metoder til udvikling af kvaliteten i en tværfaglig sammenhæng. Afhandlingen kan downloades via dette link: http://www.dsi.dk/Publikationer/Publikationer/2009/PhD_Kvalitet/frz_PhD_Kvalitet.htm

Jeg har fortalt om nogle af pointerne i afhandlingen i Sundhed på P1. Udsendelsen kan aflyttes via dette link: <http://www.dr.dk/P1/Sundhed/Udsendelser/2010/01/27110605.htm>

Cand.techn.soc. Jens Albæk, ph.d.
Senior projektleder,
Dansk Sundhedsinstitut, ja@dsi.dk
Fra 01.05.10:

Projekt- og forskningskonsulent, Frederikssund Hospital, jalba@nho.regionh.dk

Tillykke!



Cheflæge Paul Bartels fra Det Nationale Indikatorprojekt er netop blevet valgt som ny president for det europæiske kvalitetsselskab European Society of Health Care (ESQH). Udnævnelsen fandt sted på selskabets generalforsamling, som blev holdt i Istanbul, Tyrkiet. Paul Bartels har i en årrække forinden siddet med i the Executiv Board.

DSKS ønsker til lykke med udnævnelsen.

Jesper Gad Christensen ny direktør for Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS.



Jesper Gad Christensen er 53 år og er uddannet cand.scient.pol. Jesper Gad Christensen har senest været ansat som kommunaldirektør i Ny Hjørring Kommune. Herudover har han en solid erfaring på sundhedsområdet og inden for ledelse fra ansættelser som sundhedsdirektør i det tidligere Nordjyllands Amt, direktør på Aalborg Sygehus og kommunaldirektør i Aabybro Kommune.

Jesper Fisker, formand for IKAS' bestyrelse og direktør for Sundhedsstyrelsen, siger om ansættelsen:

»Jesper Gad Christensen har med sin brede ledelseserfaring fra både kommunalt, regionalt og sygehusniveau den rette baggrund for at videreføre og perspektivere arbejdet i IKAS. Han har med sine erfaringer fra alle niveauer af sundhedsvæsenet de bedste forudsætninger for at implementere og videreudvikle Den Danske Kvalitetsmodel i et bredt samarbejde med sundhedsrådets mange aktører. Samtidig har Jesper det overblik og den autoritet, der skal til for at sikre en konstruktiv udbredelse af Den Danske Kvalitetsmodel. Jeg er overbevist om, at Jesper Gad Christensen er den rigtige til at stå i spidsen for det arbejde.«

DSKS ønsker tillykke med ansættelsen og ser frem til en positiv og fremadrettet indsats for kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.