

Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet

Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder



*Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i sundhedsvæsenet
– Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-230-0

Projekt: 302623

Finansiering: Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.



Forord

Den demografiske, teknologiske og epidemiologiske udvikling øger presset på ressourcerne i sundhedsvæsenet både i Danmark og internationalt. Det har ført til øget fokus på, om der er dokumentations- og behandlingspraksisser, der kan reduceres, skæres bort eller løses smartere, således at ressourcerne anvendes bedst muligt. På den baggrund har Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet bedt VIVE om at kortlægge drivkræfter for u hensigtsmæssig dokumentation og behandling samt at afdekke mulige indsatsområder.

Undersøgelsen er gennemført af chefanalytiker Rikke Aarhus, seniorforsker Sarah Wadmann, forsker Thorben Peter Høj Simonsen og projektchef Martin Sandberg Buch. Seniorforsker Amalie Martinus Hauge har bidraget til udvikling af undersøgelsesdesignet.

Stor tak til interviewpersonerne, der med velvilje har delt viden om og perspektiver på uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Også stor tak til de to eksterne reviewere.

Analysen er bestilt og finansieret af Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet.

Sanne Schioldann Haase

Forsknings- og analysechef for VIVE Sundhed



Indholdsfortegnelse

DEL 1 Afrapportering	6
----------------------	---

Hovedresultater	7
-----------------	---

1	Indledning	13
1.1	Formål	14
1.2	Undersøgellesdesign og metode	15
1.3	Læsevejledning	16

2	Begreber og typologier	17
2.1	Uhensigtsmæssig dokumentation: begreb og typologi	17
2.2	Uhensigtsmæssig behandling: begreb og typologi	19

3	Drivkræfter og indsatsområder: uhensigtsmæssig dokumentation	22
3.1	Drivkræfter	22
3.2	Mulige indsatsområder	29

4	Drivkræfter og indsatsområder: uhensigtsmæssig behandling	37
4.1	Drivkræfter	37
4.2	Mulige indsatsområder	45

5	Sektoropsamling: primære drivkræfter og indsatsområder	53
5.1	Den kommunale syge- og ældrepleje	53
5.2	Almen praksis	62
5.3	Det somatiske hospitalsvæsen	68

6	Konklusion	73
6.1	Væsentligt potentiale for at skabe forbedringer	73
6.2	Forskellige typer uhensigtsmæssig dokumentation og behandling	73

6.3	Drivkræfter opstår på mange niveauer	74
6.4	Behov for flerstrengede indsatser	75
<hr/>		
DEL 2	Metodisk grundlag	77
<hr/>		
7	Design og metode	78
7.1	Litteraturgennemgang: metode og datagrundlag	79
7.2	Kvalitativ interviewundersøgelse: metode og datagrundlag	81
7.3	Triangulering af fund på tværs af datakilder	86
<hr/>		
	Litteratur	88
<hr/>		
Bilag 1	Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig dokumentation	91
<hr/>		
Bilag 2	Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig behandling	93
<hr/>		
Bilag 3	Oversigt over interviewpersoner	95



DEL 1

Afrapportering

Hovedresultater

Den demografiske og epidemiologiske udvikling samt den stadige udvikling af nye medicinske teknologier øger presset på ressourcerne i sundhedsvæsenet i Danmark og internationalt. Samtidig har OECD estimeret, at ca. 20 % af sundhedsvæsenets udgifter går til at håndtere spild, skader og fejl. Dette rejser spørgsmål om, hvorvidt der er aktiviteter som fx dokumentations- og behandlingspraksisser, der kan reduceres, skæres bort eller løses smartere for at frigive kapacitet til kerneopgaven. Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er komplekse områder, der er præget af mange forskellige begreber og forståelser. Der er derfor behov for at udvikle en bedre begrebsforståelse og for viden om drivkræfter og mulige indsatsområder, der kan kvalificere problemforståelsen og drøftelser af mulige løsninger.

Denne rapport bidrager med en analyse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i den kommunale syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen i Danmark. Formålet er at kvalificere vidensgrundlaget for debatten om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling gennem en analyse af udvalgt litteratur og kvalitative interviews med centrale sundhedsaktører. Første del af undersøgelsen bidrager med begrebsafklaring samt identifikation af mulige drivkræfter og indsatsområder for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Fokus for denne del af undersøgelsen er tværgående og generel. Derfor beskrives konkrete, kliniske indsatser ikke. Anden del af undersøgelsen opsummerer centrale pointer i relation til de tre sektorområder, som undersøgelsen fokuserer på. Her peges der på mere konkrete indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Væsentligt potentiale for forbedringer

Undersøgelsen peger på, at der er et væsentligt potentiale ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Ud fra datagrundlaget i denne undersøgelse er det ikke muligt at kvantificere omfanget af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i en dansk kontekst. På tværs af alle interviewpersoner var der imidlertid enighed om, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er vigtige problemområder, der kalder på handling. Af litteratur og interviews fremgår det, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling ikke blot har negativ betydning for ressourceforbruget og sundhedsvæsenets kapacitet. Det kan også reducere medarbejdermotivation og -trivsel og medføre direkte og indirekte skadelige virkninger for patienter og pårørende. Ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er der et væsentligt potentiale for at sikre behandling til de personer, som har størst behov, forbedre

arbejdsmiljøet for de ansatte i sundhedsvæsenet, øge den faglige kvalitet og udnytte økonomiske ressourcer bedre.

Forskellige typer uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Undersøgelsen påpeger, at den traditionelle begrebsbrug har visse begrænsninger (se nedenfor), der får betydning for den måde, problemstillinger drøftes på, og for identificerede løsningers bæredygtighed. Desuden viser undersøgelsen, at der findes forskellige typer af henholdsvis uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der udmønter sig på forskellig vis og kræver forskellige løsninger.

Uhensigtsmæssig dokumentation forstås i denne undersøgelse som ”opfattelser af, at krav og procedurer er ressourcekrævende og påvirker opgavevaretagelsen negativt”. Denne definition tager højde for, at det ’uhensigtsmæssige’ ikke kun afspejler den måde, som formelle krav er udformet på, men også hvordan kravene opfattes og implementeres af fagpersoner og ledere i sundhedsvæsenet. Dette er vigtigt, fordi der kan være forskellige opfattelser af formålet og meningen med den samme dokumentation blandt forskellige faggrupper og på forskellige organisatoriske niveauer.

Uhensigtsmæssig dokumentation kan forekomme på flere måder, herunder som:

1. *Dobbeltdokumentation*, dvs. at samme information registreres flere gange – enten inden for den samme organisation eller i overgangen mellem forskellige organisationer eller sektorer.
2. *Besværlig dokumentation*, dvs. at arbejdsgangene med at generere information opfattes som besværlige og unødigt tidskrævende.
3. *Meningsløs dokumentation*, dvs. at informationen ikke opfattes som meningsfuld af dem, som skal generere eller læse den. Det er enten, fordi informationen opleves som irrelevant, fordi validiteten betvivles, eller fordi informationen udelukkende tjener som rygdækning.

Uhensigtsmæssig behandling forstås i denne undersøgelse som undersøgelses-, behandlings- og kontrolpraksisser, som er ressourcekrævende og ikke tilføjer væsentlig værdi for patienter eller samfund. En klassisk definition af ’overbehandling’ er en behandling, hvor der ikke er balance mellem skade og gavn. Ved at tale om uhensigtsmæssig behandling åbnes der op for at undersøge flere problematikker end de nævnte og dermed for at identificere flere

forskellige løsninger. Dette er bl.a. vigtigt, fordi en behandling godt kan være effektiv i klinisk forstand, men uhensigtsmæssig for en patient i en given situation eller ud fra et ressourcemæssigt perspektiv. For at forstå konteksten er det derfor væsentligt at spørge: Uhensigtsmæssig for hvem og hvorfor?

Uhensigtsmæssig behandling kan også forekomme på flere måder, herunder som:

1. *Overdiagnostik*, dvs. at man ved diagnostiske undersøgelser finder biologiske afvigelser eller patologiske forandringer, som ikke i sig selv vil medføre sygelighed eller død for personen, fordi de går i sig selv eller udvikler sig meget langsomt.
2. *Behandlinger med lav værdi*, dvs. at de tilfører ingen eller ringe værdi for patient eller samfund set i lyset af tilgængelige behandlingsalternativer, omkostninger eller patientens præferencer. Det kan fx være gentagne undersøgelser og rutinekontroller, manglende afslutning af behandling eller valg af dyrere behandlingsalternativer, som ikke er mere effektive.
3. *For høj specialisering*, dvs. at en opgave løses på et højere specialiseringsniveau, end hvad fagligt set er nødvendigt.

Drivkræfter opstår på mange forskellige niveauer

Kortlægningen af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling tegner et komplekst billede. En hovedkonklusion er, at drivkræfter optræder på flere forskellige niveauer i sundhedsvæsenet og med afsæt i flere faktorer samtidigt. Det er lige fra mødet mellem patient og fagpersoner til organisatoriske og politiske rammebetingelser, professionelle interesser, den teknologiske og markedsmæssige udvikling og de samfundsmæssige normer. Eksempelvis opstår dobbeltdokumentation ikke kun som følge af utilstrækkelige tekniske løsninger. Det afspejler også organiseringen og reguleringen af dokumentationsarbejdet, personalets kompetencer og den betydning, som dokumentation og teknisk udstyr tillægges i mødet mellem fagperson og borger/patient. Og når fagpersoner ikke får stoppet op og overvejet, om mere behandling er det bedste for patienten, kan det dels afspejle kommunikationen i det kliniske møde, dels at det er vanskeligt at afvige fra standardforløb, og at kliniske retningslinjer typisk har mere fokus på at initiere end at stoppe behandling.

Behov for flerstrengede indsatser

På grund af kompleksiteten i drivkræfterne kan udfordringerne med uhensigtsmæssig dokumentation og behandling ikke løses med enkeltstående tiltag. Der er ingen snuptagsløsninger. Det er vigtigt – men ikke tilstrækkeligt – at ledere lokalt beslutter at etablere hensigtsmæssige dokumentationspraksisser eller at indføre fælles beslutningstagning. Der er også brug for langsigtede, strukturelle indsatser i form af politiske og administrative beslutninger, der kan understøtte de lokale løsninger, eller som kan muliggøre andre typer af lokale løsninger. Undersøgelsen har således tydeliggjort et behov for flerstrengede indsatser – og dermed et behov for handling på forskellige niveauer af forskellige aktører. Undersøgelsen peger på en lang række indsatsområder, som er væsentlige at adressere. For at operationalisere disse indsatsområder er det relevant at inddrage en række interessenter, bl.a. patienter og pårørende samt fagpersoner og lokale ledere i sundhedsvæsenet.

På baggrund af undersøgelsens resultater fremhæver VIVE særligt nedenstående overordnede indsatsområder, der knytter sig til de tre sektorområder, som indgår i undersøgelsen. Indsatsområderne er udvalgt, fordi de netop lægger op til flerstrengede indsatser og vurderes at kunne gøre en praktisk forskel for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet samt patienter og pårørende:

1. **Integration af lovkomplekser og opgør med paragraf-organisering i den kommunale syge- og ældrepleje:** Det er væsentligt, at nationale politiske beslutningstagere sikrer bedre overensstemmelse mellem formuleringer i sundheds- og serviceloven, som regulerer arbejdet i den kommunale syge- og ældrepleje. Dette skyldes, at manglende konsistens mellem regulatoriske krav skaber dobbelt og besværlig dokumentation og delvist overlappende tilsynskrav og -aktiviteter. Manglende integration af krav på det regulatoriske niveau afspejles også i arbejdsorganiseringen og design af it-systemer, som kan give udfordringer med tidskrævende arbejdskoordinering og fragmenterede it-løsninger, der besværliggør dokumentationsopgaven. De regulatoriske forandringer kan ikke stå alene, men er en forudsætning for, at tilsynsmyndigheder, lokale ledere, medarbejdere og systemudviklere kan skabe mere grundlæggende ændringer i forhold til tilsyn, design af it-løsninger samt organisering og udførelse af det borger-nære arbejde.
2. **Bedre muligheder for gatekeeping i almen praksis:** Alment praktiserende læger har en nøgleposition i forhold til en sundhedsfaglig for-svarlig prioritering af ressourcer i det samlede sundhedsvæsen. Imidlertid udfordres praktiserende lægers muligheder for at udfylde gate-keeper-rollen, dels af stor efterspørgsel på lægeattester og henvisnin-

ger fra bl.a. private sundhedsforsikringer og kommuner, dels af defensiv adfærd som følge af oplevet pres fra patienter og pårørende samt frygt for klagesager. Efterspørgslen på attester og henvisninger og den defensive adfærd skaber et administrativt arbejdspress, der kan opleves meningsløst. Desuden kan det føre til behandling med for lav værdi på grund af henvisninger med tvivlsom faglig indikation. Gatekeeperrollen kan også udfordres, hvis der ikke er passende henvisningsmuligheder, herunder muligheder for udredning uden for pakkeforløb samt behandlingsmuligheder for plejekrævende borgere uden for det specialiserede sundhedsvæsen. For at styrke praktiserende lægers mulighed for at varetage gatekeeperrollen er det således væsentligt, at politiske og administrative beslutningstagere på kommunalt og regionalt niveau samt repræsentanter for private sundhedsforsikringer samarbejder med almen praksis om at afklare, hvilke henvisnings- og attesteringsopgaver der skal varetages af praktiserende læger. Derudover vil kommunikationsindsatser om patientklager målrettet praktiserende læger samt patienter og pårørende samt redskaber til at understøtte fælles beslutningstagning være væsentlige i forhold til at forebygge defensiv adfærd. Sådanne indsatser vil kunne udarbejdes i samarbejde mellem Danske Patienter, repræsentanter fra almen praksis og nationale sundhedsmyndigheder. Endelig er der behov for, at nationale, regionale og kommunale beslutningstagere skaber bedre muligheder for at løse udrednings- og behandlingsopgaver i primærsektoren. En styrkelse af gatekeeperrollen i almen praksis kræver dermed indsatser på flere forskellige niveauer og inddragelse af en række forskellige aktører.

- 3. Understøttelse af en systematisk 'stop-op-kultur' på hospitalsområdet:** Det er afgørende, at kritisk refleksion og løbende evalueringer af eksisterende klinisk praksis understøttes systematisk på alle organisatoriske niveauer i hospitalsvæsenet for at modvirke uhensigtsmæssig behandling og dokumentation. For politiske og administrative beslutningstagere på nationalt og regionalt niveau drejer det sig dels om at stoppe op og kritisk afveje gavnlige virkninger og utilsigtede effekter ved styringstiltag, herunder brugen af målstyring og ikke-differentierede patientrettigheder, som kan udfordre muligheden for at foretage faglige vurdering og i nogle tilfælde føre til meningsløs dokumentation. Dels handler det om at skabe strukturelle rammevilkår for mere systematisk evaluering og prioritering af undersøgelses- og behandlingstilbud. Evaluering af nye, medicinske teknologier (fx receptpligtig medicin, screening og medicinsk udstyr) er i øjeblikket spredt mellem en række forskellige råd og nævn, som i en vis udstrækning benytter forskellige fremgangsmåder og kriterier. Desuden er en væsentlig del af de eksisterende undersøgelses- og behandlingsaktiviteter ikke underbygget af solid, klinisk forskning. Dette gør det vanskeligt for fagper-

soner at prioritere undersøgelser og behandling og for sundhedsmyndigheder og faglige selskaber at udvikle retningslinjer til klinisk beslutningsstøtte, som ikke blot fokuserer på at igangsætte, men også at udfase og afslutte behandlinger af lav værdi. For fagpersoner og lokale ledere handler det om kritisk at evaluere behovet for yderligere undersøgelser eller behandling i dialog med patienter og pårørende. Foruden fælles beslutningstagning kræver det også målrettede indsatser for at modvirke defensiv adfærd. Sådanne indsatser kan fokusere på at aflive myter og styrke dialog om patientklager mellem fagpersoner, patienter og nationale sundhedsmyndigheder, herunder Styrelsen for Patient-sikkerhed. At skabe en systematisk stop-op-kultur kræver således både en politisk og en administrativ indsats for at sikre hensigtsmæssige rammevilkår og en samlet indsats fra faglige myndigheder, ledere, fagpersoner og patientrepræsentanter for at understøtte kliniske beslutninger, der skaber værdi for patienterne.

Fakta om undersøgelsen

Undersøgelsen har taget afsæt i det danske sundhedsvæsen og er afgrænset empirisk til kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Psykiatrien er således ikke en del af undersøgelsen, om end flere af de rejste problematikker også er relevante på dette område.

Rapportens analyser er baseret på to delundersøgelser:

Litteraturgennemgang af udvalgt forskningslitteratur og grå litteratur med henblik på at udvikle typologier og identificere drivkræfter og indsatsområder (i alt 34 kilder).

Kvalitative interviews med nøglepersoner på sundhedsområdet med henblik på at identificere drivkræfter og indsatsområder samt kvalificere begrebsudvikling og typologier (i alt 28 interviewpersoner).

Data fra litteraturgennemgang og interviewundersøgelse er trianguleret med henblik på en samlet analyse.

1 Indledning

Den demografiske og epidemiologiske udvikling samt den stadige udvikling af nye medicinske teknologier øger presset på ressourcerne i sundhedsvæsenet både i Danmark og internationalt. Konkret udfolder det sig i Danmark bl.a. ved, at et stigende antal danskere lever med kronisk sygdom og multisygdom, ved en større andel ældre i forhold til arbejdsstyrken, flere behandlingsmuligheder, et større forventningspres blandt befolkningen i forhold til service og udbud af behandling i det offentlige sundhedsvæsen og en øget personalemangel på velfærdsområdet (Iversen and Kjellberg, 2018; Frølich and Stockmarr, 2022; Larsen and Jakobsen, 2022). Denne udvikling fører til et øget behov for at benytte sundhedsvæsenets ressourcer bedst muligt og et behov for prioritering, herunder et fokus på, om der er uhensigtsmæssige aktiviteter, som kan reduceres, skæres bort eller løses smartere for at frigive kapacitet til kerneopgaven. I 2017 satte OECD for alvor fokus på området med en analyse, der viste, at op mod 20 % af sundhedsvæseners aktivitet kan betegnes overflødig, idet ressourcerne går til at håndtere spild (fx overforbrug af undersøgelser), skader og fejl (OECD, 2017). Flere anerkendte tidsskrifter og organisationer har ligeledes sat fokus på problemet med artikelserier, forslag til løsninger og kommunikation målrettet patienter (se fx The Lancet: 'Right Care'¹; BMJ: 'Too Much Medicine'²; JAMA Internal Medicine: 'Less is More'³ og Cochrane Sustainable Healthcare⁴). The Lancets artikelserie undersøger fx under- og overforbrug samt drivkræfter og måder at adressere problemstillingerne på (Brownlee *et al.*, 2017; Elshaug *et al.*, 2017; Glasziou *et al.*, 2017; Saini *et al.*, 2017). Her påpeges bl.a. en udbredt begrebsforvirring, hvilket sammen med manglende konsensus om opgørelsesmetode og dermed en manglende mulighed for at estimere problemets omfang vanskeliggør debatten om den bedst mulige brug af sundhedsvæsenets ressourcer (Brownlee *et al.*, 2017; Elshaug *et al.*, 2017). Ikke desto mindre understreges det, at problemet er udbredt og veldokumenteret og kalder på handling (Brownlee *et al.*, 2017; Elshaug *et al.*, 2017). Dette bekræfter denne undersøgelse, hvor det på tværs af interviews fremhæves, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er vigtige problemområder.

Internationale programmer som Choosing Wisely (på dansk Vælg Klogt) er ligeledes etableret med det formål at komme med anbefalinger, der kan bidrage til en mere hensigtsmæssig anvendelse af ressourcerne (Malling *et al.*, 2021; Choosing Wisely, 2023). I Danmark blev Vælg Klogt-initiativet etableret af De Lægevidenskabelige Selskaber og Danske Patienter i 2020 som ét i rækken af flere initiativer, som skal sætte fokus på og modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Lægeforeningen tog initiativ til Sundhedssektorens

¹ <https://www.thelancet.com/series/right-care>

² <https://www.bmj.com/too-much-medicine>

³ <https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more>

⁴ <https://sustainablehealthcare.cochrane.org/>

Prioriteringsråd i december 2022. Danske Regioner nedsatte Medicinrådet i 2017 for at understøtte prioritering af dyr, specialiseret lægemiddelbehandling, og senere Behandlingsrådet, som siden 2021 har haft ansvar for at evaluere medicinsk udstyr og øvrige sundhedsteknologier. Disse regionale råd supplerer en række nationale nævn og udvalg, som laver vurderinger af nye undersøgelses- og behandlingsmuligheder, herunder Medicintilskudsnet, Regeringens rådgivende vaccineudvalg og Sundhedsstyrelsens screeningsudvalg. Sideløbende har der i sundhedsfaglige medier løbende været ført debat bl.a. om behovet for en klinisk evalueringskultur (Perner, 2021; Damsgaard, 2022), bedre muligheder for at afslutte behandling (Hasse, 2021; Larsen, 2021) samt risiko for overdiagnostik (Jønsson and Brodersen, 2022; Lindemann, 2022).

Som en afspejling af det fragmenterede organisatoriske landskab findes der i dansk kontekst ikke nogen samlet undersøgelse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der kan bibringe viden om potentiale, forståelser og drivkræfter samt identificere mulige indsatsområder.

Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet har på den baggrund bedt VIVE gennemføre en kvalitativ analyse af forståelser af og drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, som også udpeger mulige, generelle indsatsområder.

1.1 Formål

Undersøgelsens formål har været at kvalificere debatten om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det danske sundhedsvæsen samt at bidrage med beskrivelse af drivkræfter og generelle indsatsområder, der kan bidrage til en hensigtsmæssig ressourceanvendelse. Undersøgelsen er afgrænset til kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Analysen har taget afsæt i følgende spørgsmål:

- > Hvilket potentiale kan der være ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det danske sundhedsvæsen?
- > Hvordan kan uhensigtsmæssig dokumentation og behandling forstås og defineres?
- > Hvilke drivkræfter kan føre til uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og hvilke konsekvenser kan de have?
- > Hvilke mulige indsatsområder kan tiltag for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling fokusere på?

Konkret bidrager undersøgelsen med 1) en begrebsafklaring og en typologi, der kan nuancere forståelsen af og potentialerne i et komplekst problemfelt, 2) en kortlægning af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i den kommunale syge og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen, og 3) et overblik over mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

1.2 Undersøgellesdesign og metode

Rapporten bygger på to delstudier gennemført i en periode på seks uger i foråret 2023: en gennemgang af udvalgt litteratur og en interviewundersøgelse (se Boks 1.1; for en detaljeret metodebeskrivelse se kapitel 7). Centrale fund og pointer er kvalificeret gennem en workshop arrangeret i samarbejde mellem Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet og VIVE. Undersøgelsens afsæt var i begreberne 'unødig dokumentation' og 'overbehandling'. Begreberne 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling', der anvendes i denne rapport, er udviklet af projektgruppen (se kapitel 2).

Boks 1.1 Data og metode

Gennemgang af litteratur: Vi har foretaget en kritisk, fortolkende litteratursyntese. Syntesen er baseret på gennemgang af videnskabelig og grå litteratur og inkluderer 15 kilder, der omhandler uhensigtsmæssig dokumentation, og 19 kilder, der omhandler uhensigtsmæssig behandling. Litteraturgennemgangen havde til formål at udvikle typologier og identificere drivkræfter og indsatsområder. Der er ikke tale om en udtømmende, systematisk litteraturgennemgang.

Interviewundersøgelse: Vi har foretaget 19 interviews med i alt 28 sundhedsaktører med central viden om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det danske sundhedsvæsen. Interviewene fandt sted i to runder, hvor første runde havde til formål at udforske forståelser, drivkræfter og indsatsområder (21 interviewpersoner, 13 interviews), mens anden runde havde fokus på at kvalificere foreløbige fund (7 interviewpersoner, 6 interviews). Interviewene er analyseret tematisk. Interviewpersonerne repræsenterer analysens tre sektorområder bredt.

Den samlede analyse er foretaget gennem en triangulering af fund fra litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen.

1.3 Læsevejledning

Rapporten består af to overordnede dele:

Del 1: Afrapportering indledes med en indledning, der efterfølges af kapitel 2, som fremlægger en begrebsafklaring og udvikler en typologi for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Kapitel 3 og 4 præsenterer analyser af drivkræfter og mulige indsatsområder for henholdsvis uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Kapitel 5 opsummerer de væsentligste drivkræfter og indsatsområder i henholdsvis den kommunale syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Konklusionen præsenteres i kapitel 6.

Del 2 beskriver undersøgelsesdesign og -metode (kapitel 7) samt bilag. Bilag 1 og Bilag 2 indeholder en oversigt over den inkluderede litteratur i litteratursynthesen, mens Bilag 3 giver en oversigt over interviewpersoner.

2 Begreber og typologier

I den offentlige debat og i forskningslitteraturen benyttes en lang række forskellige begreber om uhensigtsmæssige dokumentations- og behandlingspraksisser. I forhold til dokumentation indbefatter det bl.a. 'red tape', unødigt dokumentation og unødvendigt bureaukrati (Bozeman, 1993, 2000; van Loon and Jakobsen, 2022), mens overbehandling, overdiagnostik og defensiv medicin er eksempler, der relaterer til behandlingsområdet (Armstrong, 2021; Jønsson and Brodersen, 2022; Lykkegaard *et al.*, 2022). Denne flertydighed i brugen af begreber betyder bl.a., at området er vanskeligt at få greb om, lave opgørelser på og debattere, fordi der er risiko for, at man taler forbi hinanden og finder forsimplede løsninger (Brownlee *et al.*, 2017).

I dette kapitel har vi fokus på de begrebsmæssige udfordringer og giver et forslag om at anvende de to begreber 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling'. Desuden opstiller vi to typologier, der udfolder de to begreber. Første del af kapitlet har fokus på uhensigtsmæssig dokumentation, mens anden del har fokus på uhensigtsmæssig behandling.

2.1 Uhensigtsmæssig dokumentation: begreb og typologi

I forvaltningslitteraturen anvendes 'red tape' hyppigt som et begreb til at sætte fokus på unødigt dokumentation og bureaukrati (fx Bozeman, 1993). Klassiske definitioner af 'red tape' bygger på en antagelse om, at problemets kerne ligger i formuleringen af de formelle krav, og at der dermed er tale om et reguleringsproblem. I praksis er det dog vanskeligt at vurdere effektiviteten af formelle krav og regler. Det er bl.a., fordi der ofte er forskellige opfattelser af formelle krav blandt forskellige faggrupper og på forskellige organisatoriske niveauer (Bozeman, 2000; van Loon and Jakobsen, 2022).

I denne undersøgelse anvender vi begrebet 'uhensigtsmæssig dokumentation'. Med dette begreb ønsker vi med inspiration fra Loon og Jakobsen (2022) at fremhæve, at det 'uhensigtsmæssige' ikke blot afspejler de formelle krav, men også hvordan disse opfattes og implementeres i praksis af de personer, som skal lede og udføre arbejdet. Dette er dels vigtigt, fordi der i praksis ofte er forskellige opfattelser af formålet og meningen med den samme dokumentation blandt forskellige faggrupper og på forskellige organisatoriske niveauer. I undersøgelser og indsatser for at identificere og modvirke uhensigtsmæssig

dokumentation er det derfor vigtigt at inkludere forskellige faggrupper og forskellige organisatoriske niveauer. Dels er det vigtigt, fordi uhensigtsmæssigheder ikke nødvendigvis afspejler dokumentationskravene i sig selv, men også kan være udtryk for, at formålet med et krav ikke er kommunikeret tydeligt, eller at vilkårene for at udføre dokumentationsopgaven er uhensigtsmæssige. Dokumentation er en del af den sundhedsfaglige kerneopgave, men det er vigtigt at sikre enkle og hensigtsmæssige arbejdsgange, og at dokumentationen fokuserer på information, der giver værdi og sikkerhed for patienterne (Lee, Rischel and Larsen, 2022).

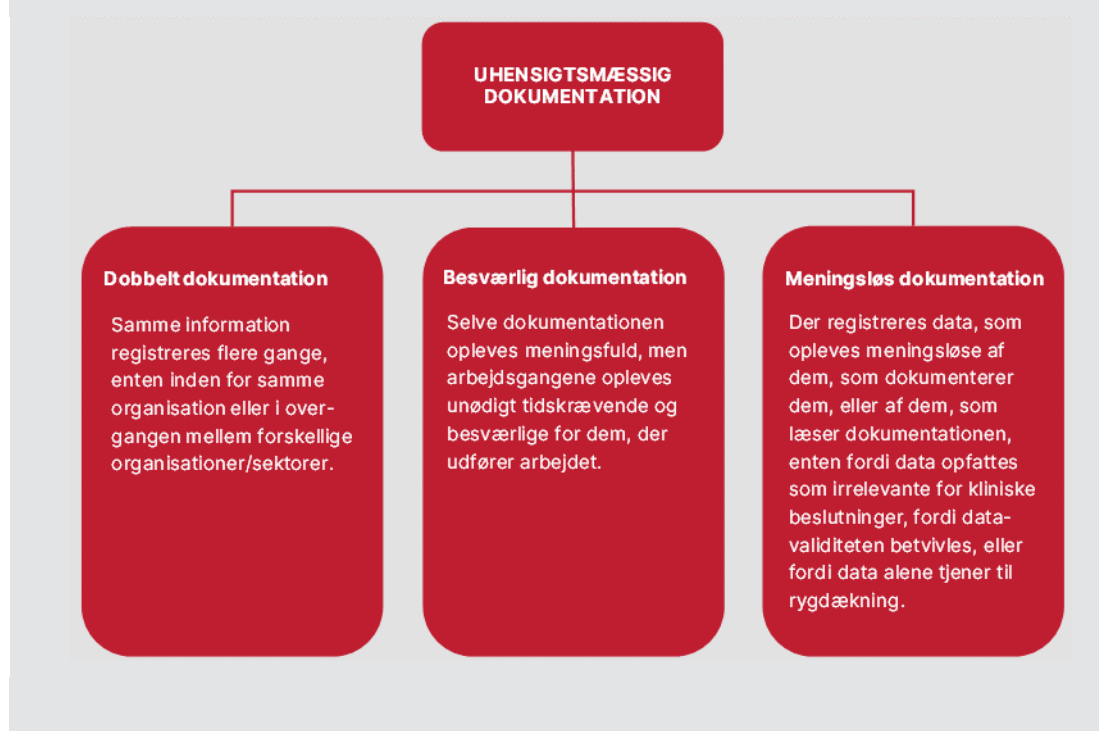
Uhensigtsmæssig dokumentation

Opfattelser af, at krav og procedurer er resourcekrævende og påvirker opgavevaretagelsen negativt.

(Loon & Jakobsen, 2022)

Uhensigtsmæssig dokumentation kan forekomme på flere måder. Vi foreslår at skelne mellem: dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og meningsløs dokumentation. Dobeltdokumentation refererer til situationer, hvor samme information registreres flere gange. Besværlig dokumentation henviser til situationer, hvor dokumentation opleves meningsfuld, men hvor vilkårene for at udføre opgaven ikke er hensigtsmæssige, så opgaven bliver besværlig og tidskrævende at udføre. Meningsløs dokumentation refererer til, at der registreres data, der opfattes som meningsløs af dem, som dokumenterer dem, eller af dem, som læser informationen. De tre undertyper er nærmere beskrevet i Figur 2.1.

Figur 2.1 Typologi over uhensigtsmæssig dokumentation



2.2 Uhensigtsmæssig behandling: begreb og typologi

Klassiske definitioner af overbehandling forudsætter typisk en skelnen mellem 'for meget' og 'for lidt' behandling samt et forestillet optimum og fokuserer på behandling, som er ineffektiv eller ligefrem skadelig for patienten. Dette fokuserer opmærksomheden på behandlinger, hvor der ikke er balance mellem gavn og skade. Der er ikke nogen entydig eller delt international definition af overbehandling, men fænomenet kan i overordnede termer forstås således: "Hvis den bedst tilgængelige evidens viser, at en behandling ikke har nogen positiv effekt på patientens prognose, eller hvis den bedst tilgængelige evidens viser, at behandlingen gør mere skade end gavn, så forekommer der overbehandling" (Jønsson and Brodersen, 2022, p. 59, se også Armstrong, 2021). Mens en ubalance mellem skade og gavn er en vigtig problematik, kan der også være andre problematikker, som gør behandlinger uhensigtsmæssige. Eksempelvis kan en behandling godt være effektiv i klinisk forstand men uhensigtsmæssig i forhold til en patients ønsker, fx i forhold til livets afslutning. For at afgøre, om en behandling er uhensigtsmæssig, er det derfor nødvendigt at tage hensyn til konteksten. Det er således væsentligt at spørge: for *hvem* er en given behandling uhensigtsmæssig og *hvorfor*?

En anden udfordring ved overbehandlingsbegrebet er, at det ofte fremstilles som et problem, der kan løses ved at uddanne patienter og klinikere og styrke deres kommunikation (Armstrong, 2021). Dette bevirker, at indsatser ofte fokuserer på at klæde patienter på til at stille spørgsmål til nødvendigheden af en given behandling. Dermed individualiseres problemet, og man risikerer at overse de organisatoriske, strukturelle og kulturelle aspekter, som også kan føre til uhensigtsmæssige behandlingspraksisser. Derfor er det væsentligt at se ud over det kliniske møde og forstå problematikken som del af et bredere økosystem for behandling (Saini *et al.*, 2017).

For at kunne få øje på flere forskellige problematikker og mulige løsninger, end 'overbehandling' lægger op til, taler vi i denne undersøgelse om 'uhensigtsmæssig behandling'. Med begrebet 'uhensigtsmæssig behandling' ønsker vi at kaste lys på flere forhold end balancen mellem skade og gavn, der kan have betydning for, om en given behandlingsaktivitet er uhensigtsmæssig. Disse forhold inkluderer bl.a. økonomiske prioriteringer og patientens præferencer.

Med uhensigtsmæssig behandling refererer vi til behandlingsaktivitet, der opstår på baggrund af samfundsmæssige normer og regler og de afledte pres og krav, sundhedssystemets organisering samt patienters, pårørendes og fagpersoners adfærd. Uhensigtsmæssig behandling forstås derfor bredt som undersøgelses-, behandlings- og kontrolpraksisser, hvor de krævede ressourcer ikke står mål med værdien for patienter eller samfund.

Uhensigtsmæssig behandling kan også komme til udtryk på flere måder. Her skelner vi mellem: overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad. Overdiagnostik refererer til situationer, hvor man via diagnostiske undersøgelser finder biologiske afvigelser eller patologiske forandringer, som ikke i sig selv vil medføre sygelighed eller død for en patient, fordi de går i sig selv eller udvikler sig langsomt. Behandling med lav værdi henviser til undersøgelser eller behandlinger, som giver ringe eller ingen værdi for patient eller samfund set i lyset af tilgængelige behandlingsalternativer, omkostninger eller patientens præferencer. Det vil sige, at der gøres for meget i forhold til gevinsten, eller at skadeeffekter overstiger de gavnlige effekter. For høj specialiseringsgrad vil sige, at en opgave løses

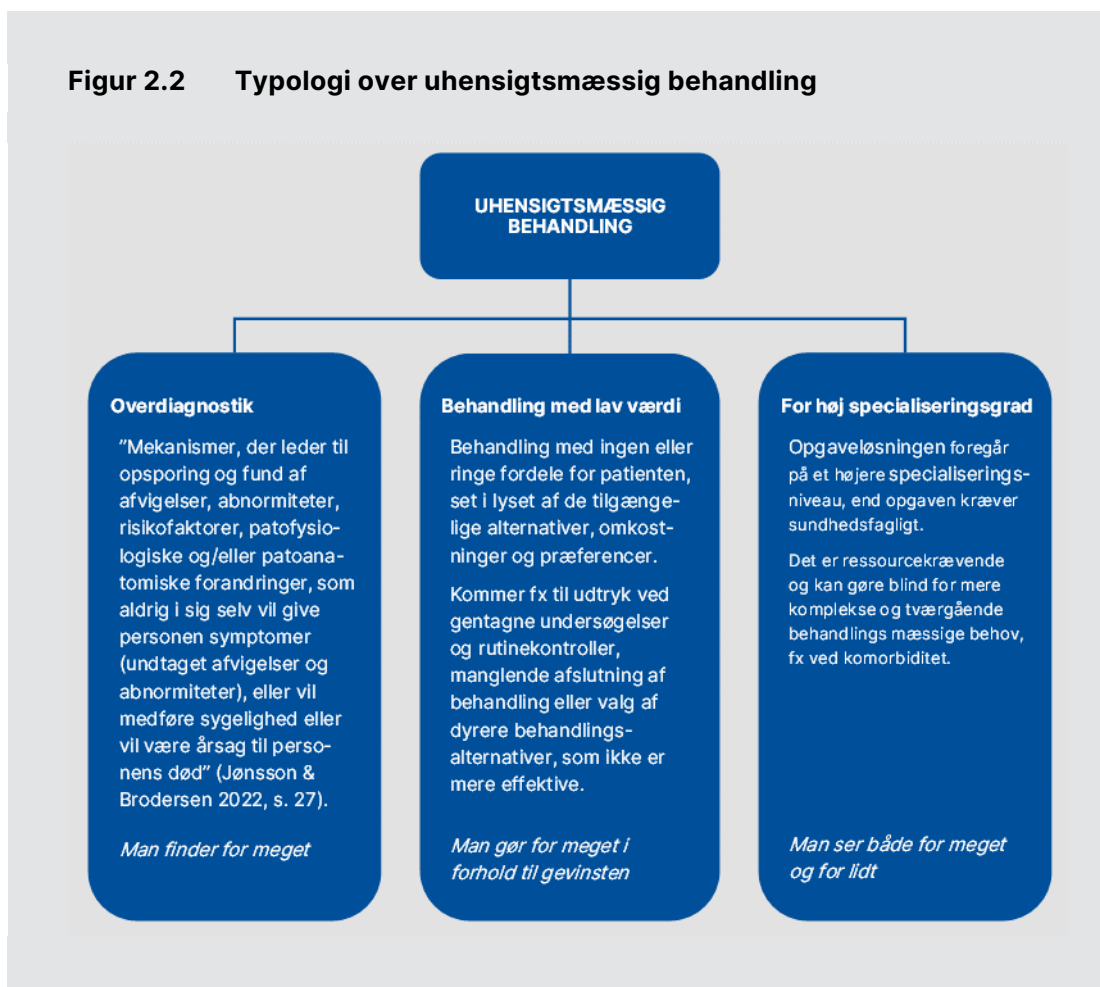
Uhensigtsmæssig behandling

Uhensigtsmæssig behandling forstås som undersøgelses-, behandlings- og kontrolpraksisser, som er ressourcekrævende og ikke tilføjer væsentlig værdi for patienter eller samfund.

Uhensigtsmæssig behandling skal forstås i kontekst: For *hvem* og *hvorfor* er behandlingen uhensigtsmæssig?

på et højere specialiseringsniveau, end det fagligt set er nødvendigt. Det kan medføre uhensigtsmæssig brug af ressourcer, og med et for højt specialiseret blik kan der desuden være en risiko for at overse nogle af de komplekse og tværgående behov, som patienter kan have, hvis de fejler flere forskellige sygdomme samtidigt. De tre undertyper er nærmere beskrevet i Figur 2.2.

Figur 2.2 Typologi over uhensigtsmæssig behandling



Med dette begrebmæssige afsæt har vi søgt at etablere en begrebsramme for at kortlægge og debattere, hvornår dokumentationspraksisser og behandlingsaktiviteter kan medvirke til, at sundhedsvæsenets ressourcer ikke anvendes bedst muligt. Med afsæt i en bred forståelse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling kortlægger vi i de følgende to kapitler de faktorer og mekanismer, der er med til at drive uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

3 Drivkræfter og indsatsområder: uhensigtsmæssig dokumentation

I dette kapitel kortlægger vi drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og beskriver mulige indsatsområder herfor. Kortlægningen er foretaget med afsæt i både litteratursyntesen og interviewundersøgelsen. Der er tale om en generel kortlægning – sektorspecifikke opsamlinger af de vigtigste drivkræfter i de tre sektorer kan findes i kapitel 5. I dette kapitel viser vi, at de forhold, der driver uhensigtsmæssig dokumentation, opstår på flere niveauer samtidig – dette gælder for alle tre typer af uhensigtsmæssig dokumentation (se Figur 2.1). Det giver derfor en forsimplet forståelse af problemområdet og dets mulige løsninger, hvis der alene fokuseres på et enkelt niveau. Kortlægningen af drivkræfter peger dermed på et behov for flerstrengede indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation.

Første del af kapitlet giver en oversigt over drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation, mens kapitlets anden del gennemgår mulige indsatsområder.

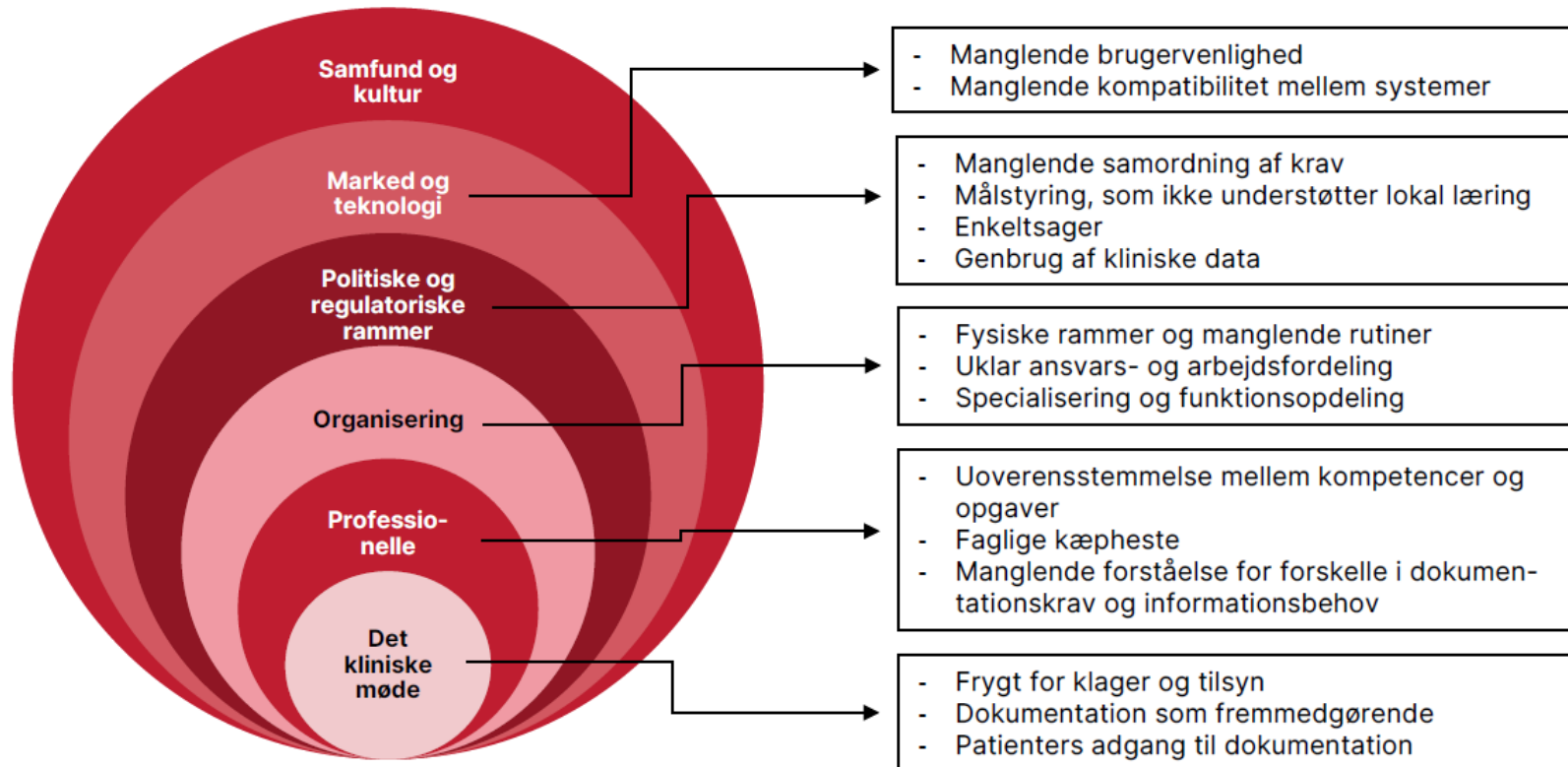
3.1 Drivkræfter

De drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation, som er identificeret via undersøgelsen, er opsummeret i Figur 3.1. Figuren består af en række cirkler indlejret i hinanden, der skal illustrere, at drivkræfter opstår på flere forskellige niveauer, og at niveauerne kan påvirke hinanden gensidigt. Drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation opstår således både i det kliniske møde (*det kliniske møde*), i relation til fagpersoners interesser og kompetencer (*professionelle*), som følge af arbejdsorganiseringen i sundhedsvæsenet (*organisering*) og de politiske og regulatoriske rammebetingelser (*politiske og regulatoriske rammer*) samt den teknologiske udvikling og de markedsbetingelser, der former denne udvikling (*teknologi og marked*). I kasserne til højre for cirklerne opsummeres de forskellige drivkræfter, vi har identificeret på hvert af disse niveauer. I afrapporteringen beskriver vi drivkræfterne på de forskellige niveauer hver for sig, men i praksis vil de interagere med hinanden. For eksempel opstår uhensigtsmæssig dokumentation ikke kun som følge af utilstrækkelige tekniske løsninger, men også som følge af arbejdets organisering, hvordan en pc eller devices til brug for dokumentation opleves i mødet med patienten, og hvilke kompetencer personalet har. Figuren visualiserer disse sammenhænge og illustrerer dermed, at det, der foregår i det kliniske møde eller med afsæt i lokale ledelsers beslutninger, også er påvirket af politiske beslutninger og strukturelle forhold.

Mens 'Samfund og kultur' også er et niveau, hvor drivkræfter kan opstå, gav literatursyntesen og interviewundersøgelsen ikke eksempler herpå i relation til uhensigtsmæssig dokumentation. Derfor udfoldes dette niveau kun i forhold til drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling (se kapitel 4).

Efter figuren udfoldes de identificerede drivkræfter på de forskellige niveauer.

Figur 3.1 **Overblik over drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation**



3.1.1 Marked og teknologi

I forhold til dokumentation relaterer dette niveau sig primært til den teknologi og it, der anvendes i de enkelte sektorer og på tværs af sundhedsvæsenet, og som kan være både befordrende og hindrende for en hensigtsmæssig dokumentationspraksis.

Manglende brugervenlighed i elektroniske systemer kan lede til, at dokumentationsopgaver opleves som besværlige og unødigt tidskrævende. Den kan også medføre, at informationer overses, at dokumentationen fremstår fragmenteret, og at fagpersoner udvikler egne, parallelle dokumentationspraksisser og systemer for at kunne udføre arbejdet. Når fagpersoner ikke kan få overblik i de elektroniske systemer, kan det opleves lettere at registrere samme information flere gange. Dette fører alt sammen til dobbeltdokumentation.

Manglende kompatibilitet mellem digitale systemer kan også lede til uhenigtsmæssig dokumentation, fordi fagpersoner ikke kan tilgå relevante data og i stedet bruger tid på at ringe eller sende e-mails. Manglende kompatibilitet kan ligeledes medføre mere besværlige dokumentationspraksisser, fordi man på tværs af systemer mister overblikket og har vanskeligt ved at identificere aftaler og ændringer.

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-7, 11-13 i runde 1 og 2-6 i runde 2
- Hoeyer, 2023
- Lee, Rischel and Larsen, 2022
- Social- og Ældreministeriet, 2022
- IQVIA, 2021.

3.1.2 Politiske og regulatoriske rammer

Politiske og regulatoriske rammer adresserer den indvirkning, forskellige lovgivninger, politiske interesser, styringsmæssige krav og vægtning af data i sundhedsvæsenet har på uhenigtsmæssig dokumentation.

'Politiske og regulatoriske rammer' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-9, 11-13 i runde 1 og 1-6 i runde 2
- Green et al., 2023
- Social- og Ældreministeriet, 2022
- Hoeyer and Wadmann, 2020
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2022.

Manglende samordning af krav til faglig praksis og dokumentation på tværs af forskellige lovgivninger og mellem forskellige specialespecifikke vejledninger kan skabe dobbelt, besværlig eller meningsløs dokumentation. Dette skyldes, at fagpersoner skal dokumentere flere steder eller defensivt dokumenterer, hvordan de lever op til separate eller delvist overlappende krav og vejledninger.

Målstyring, som ikke er designet til at understøtte lokal læring, leder til oplevelser af meningsløs dokumentation, fordi mål opleves som irrelevante, eller der er tvivl om validiteten af data. Der er desuden risiko for, at gode målinger bliver et mål i sig selv (målforskydning). Problematikken forstærkes, hvis målstyring kobles med hårde incitamenter.

Enkeltsager, der er blevet eksponeret i medierne, afstedkommer ofte øgede dokumentationskrav fra politisk og ledelsesmæssigt hold. Disse krav relaterer sig ofte mere bredt, end til det, enkeltsagen drejede sig om. Der er dermed risiko for en øget dokumentationsbyrde, der kan opleves meningsløs af de fagpersoner, der genererer data.

Genbrug af kliniske data til sekundære formål (fx forskning, kvalitetsudvikling og administration) stiller ofte større krav til komplethed og detaljeringsgrad af den faglige dokumentation, end hvad der er klinisk relevant. Det kan give anledning til oplevelser af meningsløs dokumentation, hvis formålet med datagenereringen er uklart, opfattes som illegitimt, eller hvis validiteten af data eller dataanalyser betvivles.

3.1.3 Organisering

Dette niveau handler om, hvordan arbejdet er organiseret i sundhedsvæsenet både lokalt og mere overordnet, og hvordan denne organisering kan understøtte eller skabe udfordringer i forhold til dokumentationsarbejdet.

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-7, 11-13 i runde 1 og 1, 3-6 i runde 2
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.

Fysiske rammer, som ikke muliggør arbejdsro og let adgang til computere eller devices, gør dokumentationsopgaven besværlig og tidskrævende. Det forstærkes af **manglende rutiner** i forhold til at sikre, at devices etc. er tilgængelige, er opladet og kan gå på trådløst internet. Der kan opstå dobbeltdokumentation, fordi fagpersoner først dokumenterer på papir og siden elektronisk.

Uklar ansvars- og arbejdsfordeling mellem fagpersoner – internt og eksternt mellem sektorer – kan gøre læse- og dokumentationsarbejdet besværligt og unødigt tidskrævende, fordi mange fagpersoner skal finde og forholde sig til den samme information. Det kan desuden føre til dobbeltdokumentation, fordi to faggrupper dokumenterer det samme.

Specialisering og funktionsopdeling kan medføre dobbelt og besværlig dokumentation, fordi faggrupper opdeles organisatorisk, og samarbejdsflader digitaliseres, og fordi et større antal fagpersoner skal forholde sig til en patient og dennes forløb.

3.1.4 Professionelle

Dette niveau er relateret til fagpersoners kompetencer, faglige baggrund og interesser.

Uoverensstemmelse mellem kompetencer og opgaver kan gøre dokumentationsopgaven besværlig, fejlbehæftet og mangelfuld. Det gælder eksempelvis, hvis dokumentationsopgaver skal løftes af personer, som er usikre på at skrive dansk, mangler it-færdigheder eller viden om dokumentationskrav, eller hvis almene administrationsopgaver skal løftes af højt specialiseret, sundhedsfagligt personale, som ikke er uddannet hertil.

Faglige 'kæphest' blandt ildsjæle kan skabe oplevelser af meningsløs dokumentation, hvis kvalitetsstandarder og dokumentationskrav, som er udviklet på ét klinisk område, bliver udbredt som generelle standarder uden kritisk stillingtagen til den kliniske relevans på andre områder.

Manglende forståelse for forskelle i dokumentationskrav og informationsbehov på tværs af faggrupper, funktioner og sektorer kan medføre besværlig dokumentation, fordi dokumentationsarbejdet bliver ekstra tidskrævende på grund af forhandlinger om, hvad der er vigtigt at dokumentere.

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3, 4, 6, 7, 11-13 i runde 1 og 3-6 i runde 2
- Wadmann et al., 2019
- Møller et al., 2020
- Social- og Ældreministeriet, 2022
- Lee, Rischel and Larsen, 2022
- PA Consulting, 2023.

3.1.5 Det kliniske møde

Det kliniske møde omfatter de forventninger, som kommer til udtryk, kommunikationen, som foregår (eller ikke foregår), og de beslutninger, som træffes, når patient og fagperson mødes.

Frygt for at begå fejl, for klager eller sanktioner efter

tilsyn kan generere oplevelser af meningsløs dokumentation blandt fagpersoner, fordi tiden bruges på at dokumentere forhold, som alene tjener til rygdækning. Dette forekommer både i relation til mødet med patienter og i det øvrige faglige arbejde. Frygten kan lede til uhensigtsmæssig adfærd uafhængigt af det faktiske antal klager og sammenhæng med konsekvenser, fx i form af sanktioner.

Forventninger om, at dokumentation virker fremmedgørende, kan, hvis de optræder i mødet mellem patient og fagperson, føre til dobbeltdokumentation, fordi fagpersonen først skriver noter på papir og siden registrerer digitalt.

Bevidsthed om, at patienter kan læse dokumentation, kan føre til, at fagpersoner bruger tid på at dokumentere forhold, der ikke vurderes at have direkte relevans for det faglige arbejde. Dette kan føre til meningsløs dokumentation.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-9, 12,13 i runde 1 og 1-6 i runde 2
- Wadmann et al., 2019
- PA Consulting, 2023
- Social- og Ældreministeriet, 2022.

3.1.6 Opsamling på drivkræfter

Vi har i det ovenstående belyst de forskellige niveauer, som drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation opstår på. De skitserede drivkræfter på de forskellige niveauer afspejler, at der er tale om en kompleks problematik. De vidner også om, at det er vigtigt ikke kun at se på de formelle krav, der ligger i en traditionel forståelse af unødigt dokumentation, men også på, hvordan opfattelser af krav og procedurer påvirker opgavevaretagelsen i praksis. Vi har identificeret dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og meningsløs dokumentation på flertallet af niveauer, og forekomsten af de forskellige typer af dokumentation kalder på forskellige løsninger.

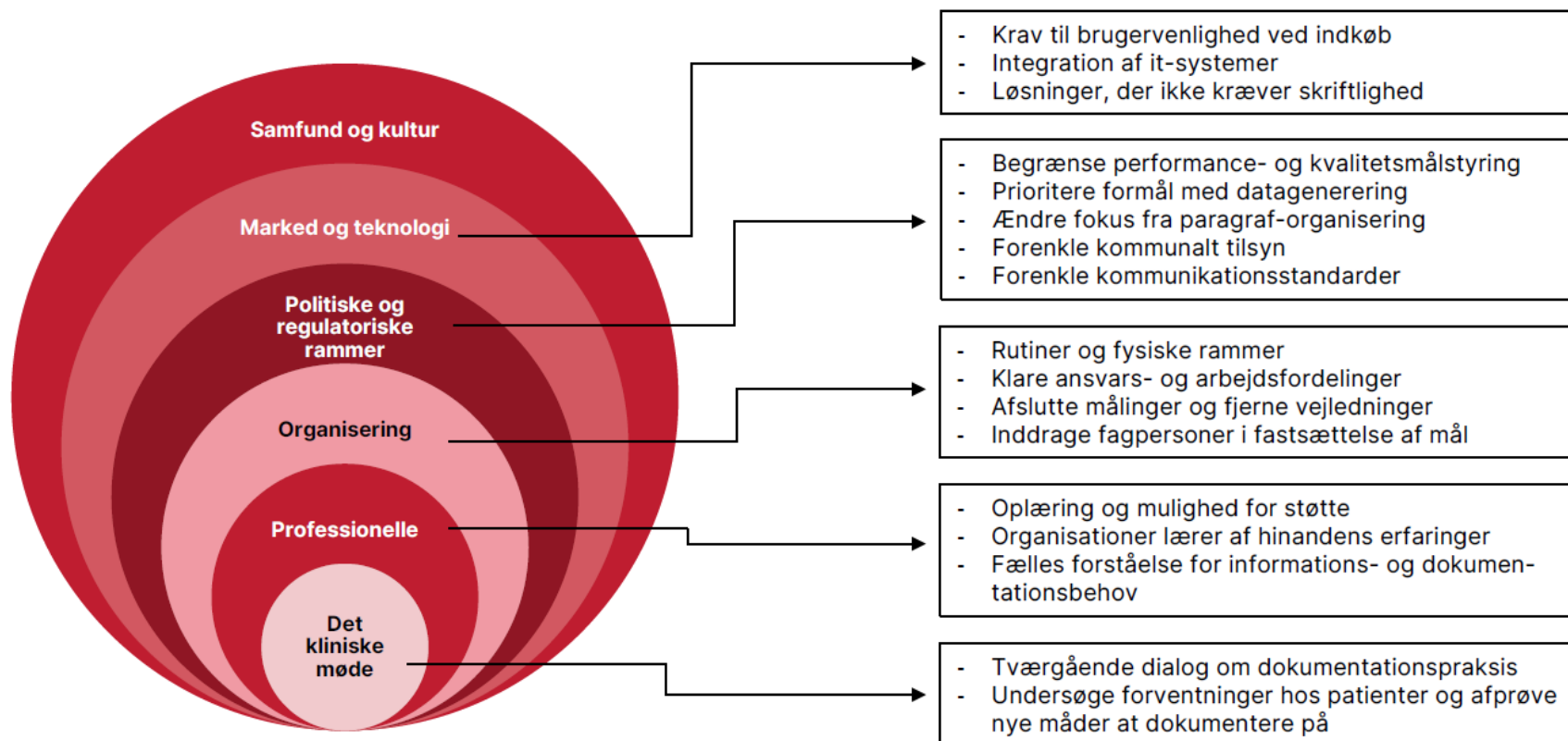
Denne kompleksitet i forhold til både niveauer, hvor drivkræfter optræder, og dokumentationstyper, er vigtig at holde sig for øje for at sikre en bred forståelse af området. Dermed bliver det muligt at få øje på løsninger, der i en mere forsimplet tilgang let overses.

3.2 Mulige indsatsområder

Den samlede analyse af litteratur- og interviewmateriale viser, at der kan identificeres en række mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Nedenfor gennemgår vi de identificerede indsatsområder med afsæt i Figur 3.2.

Figur 3.2 består af en række cirkler indlejret i hinanden, der skal visualisere de forskellige niveauer, der kan adresseres ved indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Figuren illustrerer, at det ikke er tilstrækkeligt at identificere løsninger på et enkelt niveau. Eftersom uhensigtsmæssig dokumentation ikke alene opstår som følge af fx utilstrækkelig it, er løsningen heller ikke et teknologisk 'quick fix'. Ligeledes er det ikke nok at se på løsninger, der kan implementeres på lokalt niveau, fx i mødet mellem patient og fagperson. Der er i høj grad også behov for strukturelle løsninger og langsigtede strategier for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Ligesom i tilfældet med drivkræfter gav litteratursyntesen og interviewundersøgelsen ikke eksempler på indsatsområder på 'Samfund og kultur'-niveauet.

Figur 3.2 Overblik over mulige indsatsområder for uhensigtsmæssig dokumentation



3.2.1 Marked og teknologi

Indsatsområder inden for Marked og teknologi tager primært afsæt i forhold relateret til design og indkøb af elektroniske systemer i og på tværs af de tre sektorer.

Fortsat udvikling og håndhævnning af krav om brugervenlighed i forbindelse med kommuners og regioners indkøb og redesign af elektroniske systemer kan særligt medvirke til at reducere problemer med 'besværlig dokumentation', men også reducere dobbeltdokumentation. Dette kan ske, hvis der skabes velfungerende, digitale samarbejdsflader, der forbedrer muligheden for at se relevant information fra andre faggrupper eller på tværs af sektorer (fx via platformsløsninger såsom Det Fælles Medicinkort).

It-integration som et fortsat fokusområde blandt udviklere, politisk-administrative beslutningstagere og indkøbere kan gøre det muligt at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Fokusset er vigtigt for at kunne dele viden og patientdata på tværs af sektorer og dermed undgå besværlig dokumentation og dobbeltdokumentation. Vi har særligt identificeret et behov for bedre muligheder for at dele patientinformation fra den kommunale sektor via sundhedsjournalen og for, at fagpersoner i den kommunale sektor kan læse relevant patientinformation fra det regionale sundhedsvæsen.

Et indsatsområde er udvikling og afprøvning af **dokumentationsløsninger, som ikke kræver skriftlighed** (fx audio- og videoløsninger). Dette kan ske i samarbejde mellem it-udviklere, kommuner/regioner og faglige organisationer. Dermed kan dokumentationsopgaven gøres mindre besværlig og lettere tilgængelig bl.a. for fagpersoner, som ikke mestrer skriftligt dansk på højt niveau.

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 4-7, 10-13 i runde 1 og 2, 3, 5, 6 i runde 2
- Lee, Rischel and Larsen, 2022
- Social- og Ældreministeriet, 2022
- KL, 2023
- IQVIA, 2021.

3.2.2 Politiske og regulatoriske rammer

De politiske og regulatoriske rammer refererer til lovgivninger, styringsmæssige krav og politiske beslutninger samt heraf afledte styrings- og organiseringsformer, som har indflydelse på praksis.

Begrænsning af målstyring

til områder, som ledere og fagpersoner kan handle på, har betydning for dokumentationsarbejdet i de tre sektorer. Det er desuden vigtigt at anerkende trade-off mellem brug af målstyring til kontrol- og lærings-formål og øgning af fokus på det samlede forløb i udviklingen af indikatorer og målepunkter. Derved kan oplevelser af meningsløs dokumentation blandt fagpersoner

adresseres. Indsatsområdet kræver handling fra politiske og administrative beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, idet de har indflydelse på de styringsmæssige krav og rammer.

Tydeligere politisk og ledelsesmæssig prioritering af primære og sekundære formål med dataregistrering kan formentlig bidrage til at modvirke dokumentationspraksisser, der opleves meningsløse og tidskrævende af de fagpersoner, som genererer data til formål, de ikke kender eller anerkender legitimiteten af. Desuden er det vigtigt at medregne lokale ressourcer til dataarbejde, når nye initiativer igangsættes, fordi sekundær databrug typisk skaber et afledt ressourcebehov for dem, som registrerer data. Eksempelvis opstår der krav om at registrere oplysninger, som ikke er relevante i klinisk sammenhæng, fordi der er krav om datakomplethed i kliniske kvalitetsregistre såsom RKKP (Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram). Disse indsatsområder er et fokusområde for dels politiske og administrative beslutningstagere på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, dels ledere og fagpersoner med ansvar for forskning og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Den kommunale paragraf-organisering baseret på serviceloven og sundhedsloven har afgørende betydning for dokumentationsarbejdet i kommunerne. En gentænkning vil kunne bidrage til at reducere dobbeltdokumentation og oplevelser af meningsløs dokumentation blandt fagpersoner i den kommunale syge- og ældreplejesektor. Dette implicerer også, at den kommunale visitationsmodel

'Politiske og regulatoriske rammer' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-6, 8, 11, 13 i runde 1 og 1, 3-6 i runde 2
- KL., 2023
- Social- og Ældreministeriet, 2022
- Social-, Bolig- og Ældreministeriet, 2022
- Green et al., 2023.

gentænkes, så den bygger mere på faglige vurderinger end på forvaltningsretlige afgørelser. Indsatsområdet vil involvere politiske og administrative beslutningstagere på nationalt og kommunalt niveau samt relevante faglige organisationer og patientorganisationer.

At forenkle det kommunale tilsyn er vigtigt for at modvirke dobbeltdokumentation og meningsløs dokumentation ved at undgå flere forskellige tilsyn af det sundhedsfaglige arbejde i kommunerne, som alle kræver skriftlig dokumentation. Det kan desuden overvejes, om der kan indføres mulighed for øget brug af reaktivt og risikobaseret tilsyn, ligesom balancen mellem påbud, undervisning og dialog ved kvalitetsproblemer kan genovervejes for at understøtte læring og undgå defensiv adfærd. Dette fokusområde involverer politiske og administrative beslutningstagere på det nationale og kommunale niveau samt relevante faglige organisationer og patientorganisationer i arbejdet.

Fælles kommunikationsstandarder i kommunerne (særligt Fælles Sprog III⁵) kan forenkles og ensartet implementering sikres for at modvirke besværlig dokumentation og undgå misforståelser. KL har allerede igangsat arbejde på dette område.

3.2.3 Organisering

Organisering omfatter indsatsområder, der relaterer til arbejdsdelinger, placering af ansvarsområder, etablering af arbejdsgange og rutiner samt andre forhold, der vedrører organiseringen af arbejdet i sundhedsvæsenet.

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-7 i runde 1 og 1, 3-6 i runde 2
- Lee, Rischel and Larsen, 2022
- Hoeyer, 2023
- van Loon and Jakobsen, 2022.

Ledere og medarbejdere kan i fællesskab arbejde for at **skabe rutiner og fysiske rammer**, som giver arbejdsro og let adgang til 'køreklare' computere eller devices, når dokumentationsopgaver skal udføres. Risiko for dobbelt- og besværlig dokumentation modvirkes dermed.

Ledere og medarbejdere kan samarbejde om at **etablere klare ansvars- og arbejdsfordelinger**, så håndtering af korrespondancer og andre rutinemæssige administrationsopgaver i kommunalt regi samles i bestemte funktioner. Det vil

⁵ Fælles Sprog III er en fælleskommunal metode for dokumentation og udveksling af data, der er opbygget efter helbredstilstande (sundhedsloven) og funktionsevnetilstande (serviceloven). Fællessprog III er således opbygget med afsæt i de to lovgivninger frem for borgeren.

kunne modvirke dobbeltdokumentation og frigive tid til kliniske kerneopgaver, når ansvar for administrative opgaver samles.

Mod til at afslutte kvalitetsmålinger, vejledninger, tjeklister mv., som ikke (længere) gør en forskel i det daglige, kliniske arbejde, kan modvirke den oplevelse af meningsløs dokumentation, som kan opstå, når målinger, vejledninger og tjeklister er forældede eller har usikkert evidensgrundlag. Dette vil kræve indsatser fra ledelser på flere forskellige organisatoriske niveauer.

Ledere kan sørge for at **inddrage fagpersoner i fastsættelsen af lokale mål og fortolkning af data** for at sikre ejerskab og fokus på områder af faglig relevans. Derved modvirkes meningsløs dokumentation.

3.2.4 Professionelle

Indsatsområderne herunder har fokus på de professionelle både som individer og faggrupper og deres samarbejde på tværs af fag og sektorer.

Bedre oplæring og mulighed for støtte for medarbejdere i brug af digitale løsninger samt dokumentationskrav vil kunne modvirke oplevelser af besværlige og tidskrævende dokumentationsprocesser. Derudover er det væsentligt at sikre et match mellem administrative opgaver og kompetencer for

at sikre en hensigtsmæssig opgavedeling mellem faggrupper. I nogle tilfælde kan individuelle løsninger være nødvendige ved sprogbarrierer. Disse indsatser vil involvere ledere på flere niveauer og politisk-administrative beslutningstagere, i den udstrækning det kræver større, økonomiske prioriteringer.

Både professionelle og organisationer kan blive bedre til at lære af hinandens erfaringer med at ændre dokumentationspraksis. Eksempelvis kan positive erfaringer fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2022) udbredes for at modvirke dobbeltdokumentation og besværlige og tidskrævende arbejdsgange.

For at reducere oplevelser af meningsløs dokumentation kan lokale ledere arbejde for at **etablere fælles forståelse blandt fagpersoner for hinandens informationsbehov**. Dette indebærer også, at principper for henholdsvis dokumentation og kommunikation på tværs af faggrupper, funktioner og sektorer ekspliteres, samt at der skabes og fastholdes fokus på fælles opgaveløsning.

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1-8, 10-13 i runde 1 og 1-6 i runde 2
- Møller et al., 2020
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.

3.2.5 Det kliniske møde

Indsatsområder relateret til Det kliniske møde adresserer konsekvenser ved klager, tilsyn og brugen af devices i mødet mellem fagpersoner og borgere/patienter.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 3-8, 11-13 i runde 1 og 1-6 i runde 2
- Lee, Rischel and Larsen, 2022.

Kontinuerlig og fortsat dialog om dokumentationskrav og frygt for sanktioner mellem fagpersoner, ledelse og tilsynsmyndigheder er væsentlig for at modvirke defensive praksisser, der kan medføre dokumentation, som opleves unødigt tidskrævende og meningsløs af fagpersonerne. **Kommunikationsindsatser og fortsat dialog om frygt for klager** er ligeledes væsentlige for at modvirke defensive praksisser.

For at få afkræftet eller bekræftet forventninger blandt fagpersoner om, hvordan brug af pc og devices opfattes af patienter og borgere, kan der iværksættes **undersøgelser af forventninger og praksis** om dokumentationspraksisser, og hvordan patienter og borgere forholder sig til den information, der registreres om dem. Lokale ledelser kan på den baggrund iværksætte tiltag med at afprøve nye dokumentationspraksisser og skabe rum for, at medarbejderne kan dele erfaringer med dokumentation i det kliniske møde.

3.2.6 Opsamling på indsatsområder

Ovenstående gennemgang viser en række indsatsområder, der adresserer uhensigtsmæssig dokumentation på forskellige niveauer. Gennemgangen peger på, at der kræves både en tværgående, dedikeret og vedholdende indsats for at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation. Det er vigtigt at understrege, at de enkelte indsatsområder skal ses i sammenhæng med de øvrige, og at der således er brug for flerstrengede indsatser. Pointen om flerstrengede indsatser kalder på handling på forskellige niveauer og af forskellige aktører. Journalføringsbekendtgørelsens understregning af de lokale ledes ansvar for medarbejdernes dokumentationskompetencer og for, at dokumentationssystemer ikke sander til, er en vigtig, men ikke tilstrækkelig løsning. Der er også brug for at forankre tiltagene systemisk. Dette kan dels ske gennem politiske og administrative beslutninger, der kan muliggøre en samordning af krav på tværs af lovgivninger, dels ved at man i samarbejde med myndigheder og de faglige selskaber afklarer praksis for udarbejdelse og opdatering af kliniske retningslinjer og vejledninger. Flerstrengede indsatser er påkrævet for at skabe forandring. Vi har i kapitlet beskrevet indsatsområder frem for konkrete

initiativer. For at operationalisere indsatsområderne er det relevant at ind-
drage viden og erfaringer fra en række interessenter, bl.a. patienter og pårø-
rende samt fagpersoner og lokale ledere i sundhedsvæsenet.

4 Drivkræfter og indsatsområder: uhensigtsmæssig behandling

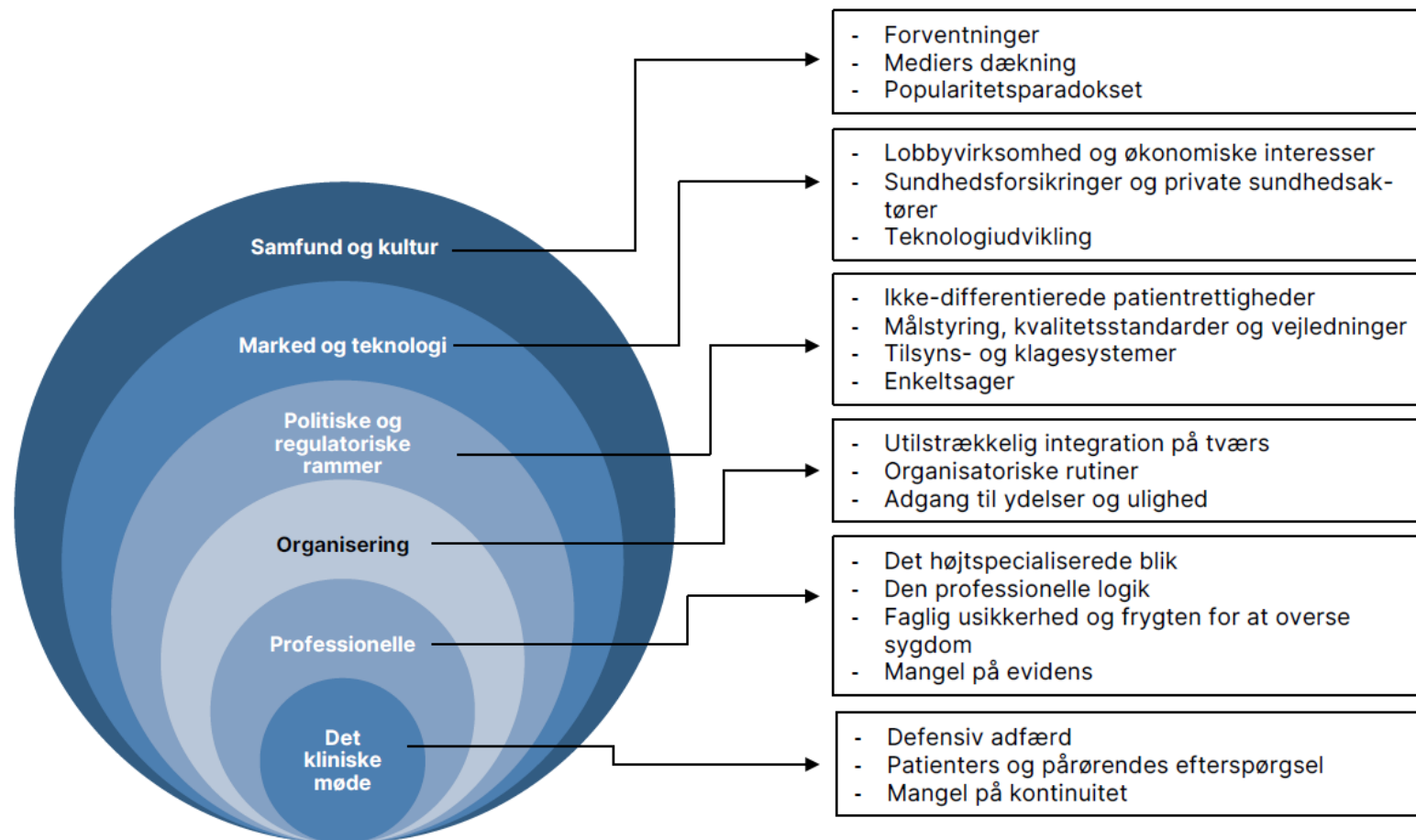
I dette kapitel kortlægger vi drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling og beskriver mulige indsatsområder herfor. Ligesom i forrige kapitel viser vi, at de forhold, der driver uhensigtsmæssig behandling, opstår på flere niveauer samtidig, og at de tre typer uhensigtsmæssig behandling (overdiagnostik, behandling med lav værdi, behandling med for høj specialiseringsgrad) optræder på de forskellige niveauer. Vi påpeger derfor også behovet for at arbejde med flerstrengede indsatser for at modvirke uhensigtsmæssig behandling. Kapitlet anvender en bred forståelse af begrebet 'behandling' (jf. sundhedsloven) som omfattende bl.a. undersøgelse, sygdomsbehandling og genoptræning.

Kortlægningen er foretaget på baggrund af den triangulerede analyse. Der er tale om en generel kortlægning – en sektorspecifik opsamling findes i kapitel 5. Første del af kapitlet giver en oversigt over drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling, mens kapitlets anden del gennemgår mulige indsatsområder.

4.1 Drivkræfter

Drivkræfterne for uhensigtsmæssig behandling er opsummeret i Figur 4.1. Drivkræfter opstår på forskellige niveauer samtidigt, hvilket illustreres via figurens indlejrede cirkler, der også indikerer, at niveauerne kan påvirke hinanden gensidigt. Så når fagpersoner ikke får stoppet op og overvejet behandlingsniveauet kritisk, kan det dels afspejle kommunikationen i det kliniske møde, men også at kliniske retningslinjer typisk har fokus på behandlingsopstart og ikke på at afslutte behandling, at det kan være vanskeligt for klinikere at afvige fra standardforløb, og at der er samfundsmæssige forventninger til, at mere undersøgelse og behandling altid er bedre. Figuren illustrerer nødvendigheden af at kigge på tværs af niveauer for at forstå mekanismerne bag uhensigtsmæssig behandling. I afrapporteringen beskriver vi drivkræfterne enkeltvis, men i praksis vil de interagere. Efter figuren udfolder vi de identificerede drivkræfter på de forskellige niveauer.

Figur 4.1 **Overblik over drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling**



4.1.1 Samfund og kultur

Dette niveau omfatter samfundsmæssige og kulturelle strukturer og mekanismer, der påvirker udbud, efterspørgsel og handling i sundhedsvæsenet og hos patienter og fagpersoner.

Forventninger i samfundet

om at 'mere undersøgelse og behandling altid er bedre', samt en generel teknologioptimisme kan bidrage til øget efterspørgsel på undersøgelser og behandling, som i nogle tilfælde kan lede til overdiagnostik og behandling med lav værdi. Ligeledes kan intolerance over for usikkerhed omkring sygdomssituationen og opfattelsen af diagnose og behandling som goder i sig selv fremme efterspørgsel på flere tests.

'Samfund og kultur' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, -11, 13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2
- Brownlee et al., 2017
- Jønsson and Brodersen, 2022
- Pathirana et al., 2017
- Rozbroj et al., 2021
- Helsepersonellkommissjonen, 2023.

Mediernes dækning af sundhedsrelaterede emner kan skabe frygt for dårlig omtale i medierne hos fagpersoner. Dette kan presse fagpersoner til at tilbyde diagnostik og behandling uden tilstrækkelig fagligt grundlag. Samtidig har medierne også en central rolle i at få skabt opmærksomhed på områder med uhenigtsmæssig behandling.

Popularitetsparadokset: Mere intensiv screening og behandling giver flere overlevelses- og succeshistorier, som kan øge efterspørgslen på tidlig udredning og behandling. Der kan ske fejlslutninger, når screeningstiltag vurderes, hvis man fokuserer på den relative risikoreduktion. Via screening vil man typisk finde og diagnosticere flere. Selvom den absolutte dødelighed af sygdommen ikke reduceres, vil den relative risiko for at dø se ud til at falde, alene fordi sygdomsprævalensen øges.

4.1.2 Marked og teknologi

Marked og teknologi omfatter den indflydelse, som private virksomheder og organisationer samt den medikoteknologiske udvikling har på sundhedsvæsenet.

Lobbyvirksomhed og økonomiske interesser kan påvirke regulering på sundhedsområdet, når medikoteknologiske virksomheder og/eller forskellige interesseorganisationer lobbyer for

accelererede patientforløb, adgang til behandling og medicin eller for at udvide sygdomsbegrebet. Hvis lobbyisme direkte eller indirekte afstedkommer, at en ny behandling indføres, men der ikke er tilstrækkelig evidens bag, kan det lede til behandling med lav værdi.

Økonomiske incitamenter for private udbydere af sundhedsforsikringer og private sundhedsaktører kan være med til at drive et øget udbud af behandling og lede til ændrede behandlingsindikationer. Dette kan betyde, at en undersøgelse (fx MR-scanning) eller behandling, der ikke vurderes at være indikation for i det offentlige sundhedsvæsen, tilbydes i det private. Desuden køber flere sig til privat lægehjælp via sundhedsforsikringer, fordi de eller deres arbejdsgiver ønsker hurtigere behandling. Det øgede antal sundhedsforsikringer kan skabe et øget pres hos den praktiserende læge for at henvise til undersøgelser, da denne ofte er den henvisende instans ved brug af sundhedsforsikringer. Det kan desuden føre til en afledt efterspørgsel i det offentlige sundhedsvæsen på de undersøgelser, der tilbydes i det private, ligesom der kan opstå et behov for afledt behandling i hospitalsvæsenet (fx ved sekundære fund). En undersøgelse af Andersen et al. (2017) viser en stigning i antallet af danskere, der har en sundhedsforsikring. Ligeledes viser undersøgelsen, at 90 % af adspurgte praktiserende læger mener, at sundhedsforsikringer leder til u hensigtsmæssig behandling (Andersen et al., 2017) – mere specifikt behandling af lav værdi.

Teknologiudvikling betyder, at billeddiagnostik og andre screeningsteknologier bliver mere sensitive og gør det mere sandsynligt, at man finder biologiske afvigelser, som måske – og måske ikke – vil føre til udvikling af sygdom. Dermed øges risikoen for overdiagnostik og forventningerne til forebyggende, medicinsk intervention. Hastig medikoteknologisk udvikling har desuden gjort parakliniske

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 7-11, 13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2
- Brodersen et al., 2018
- Jønsson and Brodersen, 2022
- Rozbroj et al., 2021
- Roksund et al., 2016
- Saini et al., 2017.

undersøgelser mere tilgængelige og billigere at udføre, hvilket kan medføre en stigning i anvendelsen – både i sundhedsvæsenet og via selvtests.

4.1.3 Politiske og regulatoriske rammer

De politiske og regulatoriske rammer omfatter lovgivninger, styrings- og kontrolsystemer og politiske interesser, der indvirker på klinisk praksis.

Ikke-differentierede patientrettigheder for udredning og behandling reducerer muligheden for, at fagpersoner kan foretage faglige skøn og kan i nogle tilfælde betyde, at ressourcer allokeres til at sikre hurtige diagnoser og behandlinger, selvom dette ikke nødvendigvis er fagligt begrundet. Dette kan vanskeliggøre prioritering ud fra faglige kriterier og lede til overdiagnostik og behandling med lav værdi.

'Politiske og regulatoriske rammer er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 5-13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2
- Oliver, 2022
- Implement, 2023
- Lykkegaard et al., 2022
- Pathirana et al., 2017
- Raft et al., 2021.

Målstyring, kvalitetsopgørelser og -standarder samt retningslinjer og vejledninger kan bidrage til at øge kvaliteten i sundhedsvæsenet. Samtidig øger de dog også incitamenterne for at 'gøre noget' frem for 'ikke at gøre noget', fordi kliniske retningslinjer typisk fokuserer på at starte undersøgelser og behandling og ikke på at afslutte dem. Hvis behandling ikke stoppes, når det er klinisk relevant, kan det lede til behandling med lav værdi.

Det kan desuden være svært for fagpersoner at afvige fra en vejledning og vanskeligt at afgøre, hvilke(n) vejledning(er) der er relevant(e) for en patient med flere sygdomme. Det kan føre til overdiagnostik og behandling med lav værdi, hvis en fagperson i behandlingen af en multisyg patient forsøger at leve op til flere sygdomsspecifikke vejledninger. Der mangler i dag en overordnet koordinering på vejledningsområdet, der både kan sikre mod sådanne u hensigtsmæssige overlap, men som også sikrer den faglige kvalitet og en systematisk opdatering.

Tilsyns- og klagesystemer kan generere frygt for sanktioner og klager hos fagpersoner. Blandt fagpersoner opleves det, at tilsynssystemet sanktionerer for at gøre for lidt, men ikke for at gøre for meget, og at det tager et individuelt frem

for et organisatorisk perspektiv. Disse oplevelser skubber sammen med myndigheders udlægning af vejledninger og italesættelsen af klagesager i offentligheden og i faglige miljøer til fagpersoners frygt. Uagtet om frygten er begrundet, kan den føre til defensive handlinger i form af overdiagnostik og behandling med lav værdi.

Der ses en tendens til, at **enkeltsager** udløser generelle standarder og garantier fra politisk hold. Enkeltsagerne kan lede til uhensigtsmæssig behandling, fordi standarderne og garantierne ikke nødvendigvis bunder i en grundig afdækning af problemet, eller fordi de får konsekvenser for andre kliniske områder end det pågældende. Derudover kan det være vanskeligt at fjerne politisk indførte aktiviteter, selvom evidensgrundlaget er svagt.

4.1.4 Organisering

Den måde sundhedsvæsenet er organiseret på både lokalt og nationalt, kan skabe udfordringer i forhold til uhensigtsmæssig behandling.

Utilstrækkelig integration på tværs af behandlingssystemer og funktions- og plejeniveauer fremmer dårlig koordinering af sundhedsydelse. Manglende organisering på tværs kan føre til behandling med lav værdi i form af behandlingsoverlap og gentagne undersøgelser.

Organisatoriske rutiner

kan gøre, at det daglige arbejde opleves lettere, men det kan samtidig gøre, at fagpersoner og lokale ledere ikke får stoppet op og kritisk overvejet, om arbejdet ville kunne udføres mere hensigtsmæssigt. Op-gaver, der afvikles rutinemæssigt uden hensyntagen til den individuelle patient eller til sygdommens progression, kan eksempelvis føre til uhensigtsmæssige rutinekontroller, som ikke nødvendigvis medfører værdi for patienter og sundhedsvæsenet, eller til standardiserede modtagelsepakker for akut indlagte uden hensyn til den enkelte patients behov. Det kan også gøre, at virtuelle løsninger ikke udnyttes, hvor de støttes af evidens.

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 5, 7, 9-13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2.
- Raft et al., 2021.
- Malling et al., 2021.
- Lykkegaard et al., 2022.

Sundhedsvæsenets opbygning betyder, at der er geografiske forskelle i **adgang til undersøgelser og behandling** hos fx privatpraktiserende speciallæger. Disse

forskelle kan medvirke til behandling med lav værdi, fordi det at have let adgang er med til at drive ønsket om og brugen af undersøgelser hos både patienter og læger. Det kan også lede til behandling på et for højt specialiseringsniveau, hvis der mangler tilstrækkelige kompetencer og ressourcer i primærsektoren til, at en ellers forebyggelig indlæggelse kan undgås. Den ulige geografiske adgang kan lede til **ulighed i sundhed**, hvilket forstærkes, når ressourcestærkes og 'raskes' forbrug af forebyggende sundhedsydelser (eksempelvis via stigende efterspørgsel på billeddiagnostik og generelle helbredstjek) lægger beslag på ressourcer, som dermed ikke er tilgængelige for personer med mere presserende behov.

4.1.5 Professionelle

Dette niveau er relateret til fagpersoners erfaring, kompetencer, faglige baggrund og interesser.

Det højt specialiserede blik betyder, at fagpersoner bliver dygtigere til stadig mere afgrænsede områder, mens færre har fokus på den samlede og tværgående behandlingsindsats. Et specialiseret perspektiv på patienter med kompleks sygdom kan føre til, at der foretages udredning og behandling, der, når man ser på patientens samlede situation, har lav værdi. Et eksempel på dette kan være i forbindelse med behandling af multisyge patienter, hvor de enkelte specialer ser på enkelte sygdomme.

Den professionelle logik indbygget i de forskellige specialer kan ligeledes påvirke, hvorvidt og hvornår en behandling tilbydes, hvilket bl.a. kan lede til uhensigtsmæssig behandling på et for højt specialiseringsniveau. Det ses fx, når palliation ikke igangsættes rettidigt, fordi den behandlende læge har fokus på den behandling, der tilbydes i eget speciale.

Faglig usikkerhed og frygten for at overse sygdom kan fx skyldes manglende klinisk erfaring og viden. Det kan føre til øget brug af tests, da det at gøre noget kan betrygge såvel fagperson som patient. Men det indebærer samtidig en risiko for overdiagnostik og eventuel behandling, som ikke tilføjer væsentlig værdi for patient eller sundhedsvæsen. Lægers manglende tillid til hinandens arbejde kan ligeledes føre til behandling med lav værdi, hvis undersøgelser gentages.

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 5-13 i runde 1 og 1, 2, 5 i runde 2
- Implement Consulting Group, 2023
- Saini et al., 2017
- Helsepersonellkommissjonen, 2023.

Mangel på evidens om effekten af behandlinger er også en vigtig drivkraft for uhensigtsmæssig behandling. Manglende evidens kan føre til overdiagnostik og behandling med lav værdi, fordi det for fagpersoner kan være vanskeligt at fravælge en behandling, hvis det ikke kan afvises, at den kan have gavnlige effekter (lade usikkerheden komme patienten til gode), eller de mulige bivirkninger ikke er tilstrækkeligt undersøgt. Manglen på evidens kan bl.a. skyldes, at kliniske forskningsagendaer påvirkes af, hvilke spørgsmål de finansierende parter finder relevante (herunder private virksomheder og fonde, som er en væsentlig finansieringskilde i Danmark), og af muligheder for at integrere forskning i den kliniske hverdag.

4.1.6 Det kliniske møde

Det kliniske møde omfatter de forventninger, som kommer til udtryk, kommunikationen, som foregår (eller ikke foregår), og de beslutninger, som træffes, når patient og fagperson mødes.

Defensiv adfærd kan bidrage til overdiagnostik og behandling med lav værdi, hvis frygt for sanktioner eller klagesager får fagpersoner til at foretage undersøgelser eller tilbyde behandlinger, som ikke er fagligt velbegrundede. Defensiv adfærd kan skyldes efterspørgsel eller oplevet pres fra patienter og pårørende samt forestillinger om tilsyn og klagesager.

Patienters og pårørendes efterspørgsel er med til at drive behandling med lav værdi. Denne efterspørgsel kan afspejle mange forhold, herunder awareness-kampanjer initieret af aktører uden for det offentlige sundhedsvæsen, sociale medier, selvmonitorering (fx via wearables), forventninger til sundhedsforsikringer om at 'få noget for pengene', mangel på viden om konsekvenser af behandlinger og alternative muligheder, pres fra arbejde og børneinstitutioner.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 5-13 i runde 1 og interview 1-5 i runde 2.
- Rozbroj et al., 2021.
- Lykkegaard et al., 2022.
- Malling et al., 2021.
- Andersen et al., 2019.
- Implement Consulting Group, 2023.
- Saini et al., 2017.

Mangel på kontinuitet i relationen mellem patient og fagperson kan betyde, at svære samtaler om ophør af behandling eller justering af behandlingsniveau besværliggøres – enten på grund af manglende kendskab til patientens samlede

livssituation eller et manglende overblik over patientens forløb. Relationen og opbygningen af denne kan presses af den tid, der er til rådighed, af konflikter om fx henvisninger, af mangel på kommunikative kompetencer og af arbejdsorganisering, som ikke tilgodeser kontinuitet. Hvis dette fører til, at undersøgelse og behandling fortsætter, selvom det ikke har værdi for patienten, vil det føre til behandling med lav værdi og eventuelt behandling med for høj specialiseringsgrad i de tilfælde, hvor det medfører henvisninger til højt specialiseret undersøgelse og behandling.

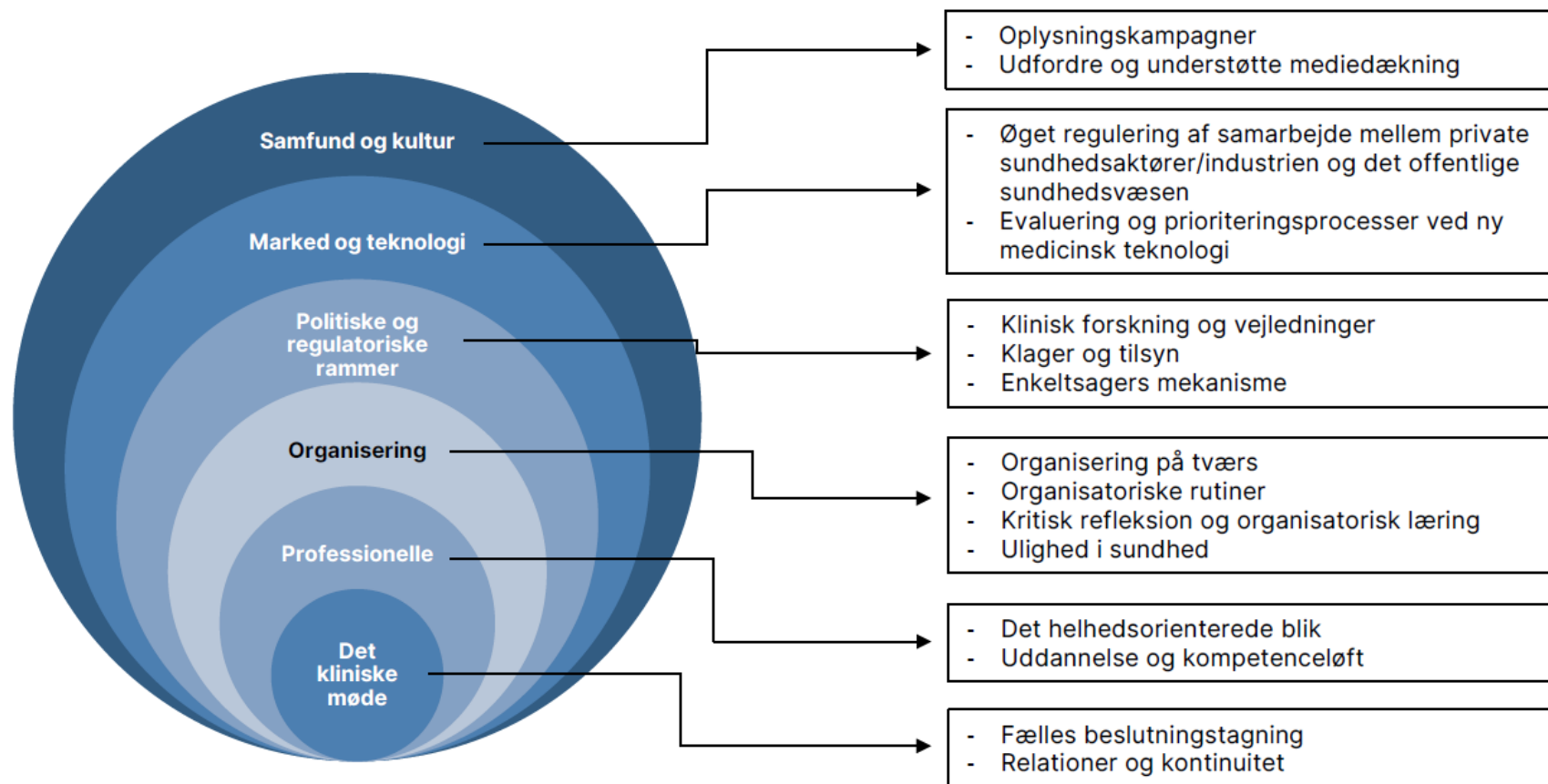
4.1.7 Opsamling på drivkræfter

Vi har i det ovenstående identificeret en række forskellige drivkræfter, der går på tværs af forskellige niveauer, og som har gensidig indflydelse på hinanden. Dermed bliver det tydeligt, at et bredt fokus på tværs af niveauer er vigtigt for at forstå dynamikkerne bag uhensigtsmæssig behandling.

4.2 Mulige indsatsområder

På baggrund af litteratur og interviews har vi identificeret en række generelle indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig behandling. Disse er opsummeret i Figur 4.2. I afrapporteringen gennemgår vi indsatsområder på de forskellige niveauer enkeltvis. Vi argumenterer dog for, at det i praksis er nødvendigt med flerstrengede indsatser, der går på tværs af flere niveauer, og som involverer en række aktører. Når uhensigtsmæssig behandling ikke alene opstår som følge af dårlige kommunikationspraksisser i det kliniske møde, så må løsningerne række ud over udarbejdelsen af bedre beslutningsstøtteværktøjer og også indebære fx teknologiske og strukturelle løsninger. Dette afspejles i figurens indlejrede cirkler, der skal illustrere indbyrdes sammenhæng og behovet for en systemisk forankring. Efter figuren gennemgår vi de identificerede indsatsområder.

Figur 4.2 Overblik over drivkræfter for uhensigtsmæssig behandling



4.2.1 Samfund og kultur

Indsatsområder på dette niveau omfatter strukturelle tiltag, der adresserer befolkningens overordnede holdninger til sundhed og medicinernes funktion.

Oplysningskampagner fra nationale sundhedsmyndigheder kan skubbe til og udfordre eksisterende antagelser om, at 'mere behandling altid er bedre' og derved potentielt bidrage til at modvirke overdiagnostik og behandling med lav værdi. Dette indebærer bl.a. promovningen af, at det i nogle tilfælde kan være det bedste valg at 'ikke gøre noget'. Industriens rolle som (in)direkte afsender på oplysningskampagner blev også nævnt i interviews som et opmærksomhedspunkt.

Mediedækningen har en dobbeltfunktion i forbindelse med uhensigtsmæssig behandling. På den ene side kan mediedækningen være med til at drive uhensigtsmæssig håndtering af enkeltsager og fagpersoners frygt for at blive hængt ud i offentligheden. På den anden side spiller den en central rolle ved at af-dække uhensigtsmæssig behandling. Denne dobbeltfunktion kalder således på et tæt samarbejde mellem medier og uvildige fagpersoner og eksperter.

'Samfund og kultur' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1-3, 5-9, 12, 13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde 2
- Helsepersonellkommissjonen, 2023
- Pathirana et al., 2017
- Raft et al., 2021.

4.2.2 Marked og teknologi

Indsatsområder inden for Marked og teknologi tager primært afsæt i forhold relateret til samarbejdet mellem sundhedsvæsenet og private aktører på sundhedsområdet samt til evaluering og implementering af nye teknologier.

Øget regulering af samarbejdet mellem private sundhedsaktører/industrien og det offentlige sundhedsvæsen kan modvirke overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad. Dette indebærer dels, at det lovgivningsmæssigt og/eller politisk afklares, hvorvidt det fortsat er almen praksis, der skal forestå henvisning til undersøgelse og behandling ved

'Marked og teknologi' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 7-11, 13 i runde 1 og i 1, 2 runde 2
- Saini et al., 2017
- Helsepersonellkommissjonen, 2023
- Pathirana et al., 2017.

brug af privat sundhedsforsikring, dels indebærer det, at politiske beslutningstagere tager de afledte konsekvenser af samarbejdet mellem private sundhedsaktører/industrien og sundhedsvæsenet (fx ændrede behandlingsindikationer og øget efterspørgsel i det offentlige) med i drøftelser om fremtidige samarbejdsflader.

Der er et forsat behov for et robust **evalueringsarbejde og transparente prioriteringsprocesser** i forbindelse med indkøb og implementering af medicinske teknologier. Dette indebærer dels, at fagpersoner og fonde arbejder for at skabe øget fokus på uvildig forskning af direkte klinisk relevans, som omfatter sammenlignende undersøgelser af eksisterende behandlingsalternativer (ikke blot medicinske nybrud), dels omfatter det, at politiske og administrative beslutningstagere arbejder for at sikre kapacitet til systematisk evalueringsarbejde og samordning eller koordinering af de forskellige råd, nævn og udvalg, der i dag er involveret i evaluering og prioritering af medicinske teknologier. Et mere robust evaluerings- og implementeringsarbejde kan bidrage til at reducere brugen af behandling med lav værdi.

4.2.3 Politiske og regulatoriske rammer

De politiske og regulatoriske rammer omfatter indsatsområder, der adresserer uhensigtsmæssig behandling relateret til lovgivning, vejledninger, styrings- og kontrolsystemer og politiske interesser.

Ved at skabe bedre **rammebetingelser for klinisk forskning og et systematisk arbejde med at sikre evidensbaserede behandlingsvejledninger** med beskrivelse af kliniske og økonomiske effekter, mulige skadevirkninger og kriterier for at stoppe igangsat behandling kan politiske og administrative beslutningstagere arbejde for at modvirke behandling med lav værdi og behandling på for højt specialiseringsniveau. Det systematiske arbejde med behandlingsvejledninger omfatter bl.a. et fokus på, hvem der er relevante bidragsydere, så uvildighed og faglig kvalitet sikres. Det omfatter også et fokus på koordinering på tværs af specialer og på at sikre en opdateringspraksis for de allerede implementerede vejledninger og retningslinjer. Ligeledes er det relevant at sikre et forsat fokus på de områder, hvor der ikke er vejledninger eller retningslinjer.

Klager og tilsyn er områder, hvor der i et samarbejde mellem bl.a. styrelser og faglige selskaber pågår en aktuel udvikling i retning af styrket dialog om klagehåndtering og tilsynssystemet. Ved at fortsætte og understøtte denne udvikling kan defensiv adfærd formentlig modvirkes, og dermed kan risiko for overdiagnostik og behandling med lav værdi reduceres.

'Politiske og regulatoriske rammer' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende interviews: 1, 2, 3, 5-13 i runde 1 og 1, 2, 3, 5 i runde 2
- Lundby et al., 2022
- Roksund et al., 2016.

Ved at politiske og administrative beslutningstagere sikrer **tilbunds gående undersøgelse af enkelt sager**, før generelle standarder eller garantier besluttet, kan der skabes bedre muligheder for at afbalancere hensyn til patienters og borgers rettigheder og hensyn til klinisk dømmekraft og lokal prioritering.

4.2.4 Organisering

Organisering omfatter indsatsområder, der relaterer til måden, som arbejdet i sundhedsvæsenet er organiseret på lokalt og nationalt.

Udfordringer med **organisering og samarbejde på tværs af sektorer, fagligheder og funktioner** er et fortsat fokusområde for politisk-administrative beslutningstagere, udviklere og indkøbere. Målet er at opnå en bedre it-integration for at gøre det lettere at koordinere og dele data på tværs

af sektorer og systemer. Bedre koordinering og datadeling kan dels bidrage til at undgå gentagne undersøgelser med lav behandlingsværdi. Dels til at undgå indlæggelser, der medfører en høj specialiseringsgrad, hvis behandling kunne have foregået i primærsektor. Det Fælles Medicinkort fremhæves som et positivt eksempel på en velfungerende tværsektoriel løsning.

'Organisering' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende: 1, 2, 3, 5-7, 9-13 i runde 1 og 1, 2, 5 i runde 2
- Lykkegaard et al., 2022
- Raft et al., 2021.

Et opgør med vanetænkning og organisatoriske rutiner i forhold til fx faste intervaller for kontrolbesøg, fysiske fremmøder og *one size fits all*-modeller kan være med til at modvirke rutinekontroller med lav værdi for patient og

sundhedsvæsen ved fx at tilbyde mere differentierede opfølgningstilbud (eksempelvis via telefonsamtaler, videosamtaler eller andre løsninger).

En styrkelse af kritisk refleksion på alle organisatoriske niveauer kan modvirke uhensigtsmæssig behandling. Hvis ledere sikrer rum for, at eksisterende praksis løbende vurderes, er der mindre risiko for, at der tilbydes behandling med lav værdi. Desuden er det vigtigt både lokalt og nationalt at fremme, at organisationer lærer af hinanden, og at forskning i, hvad der ikke virker, og dermed også i af-implemtering, bliver prioriteret.

En politisk og faglig opmærksomhed på ulighed i sundhed er en forudsætning for at opnå fordelingsretfærdighed og bruge ressourcerne på de borgere, som har størst behov. Ved fordelingsretfærdighed forstås en situation, hvor de mindst syge lægger beslag på færrest ressourcer.

4.2.5 Professionelle

Dette niveau adresserer betydningen af fagpersoners erfaring, kompetencer, faglige baggrund og interesser.

Ledere og fagpersoner kan **promovere et helhedsorienteret blik** på patienter med komplekse problemstillinger. Desuden kan de have øget opmærksomhed på, at beslutninger om passende behandlingsniveau foretages rettidigt, og om konservativ behandling af-

vejes i forhold til invasiv behandling. Dette kan bidrage til at reducere behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad, som drives af en højt specialiseret tilgang til undersøgelse og behandling.

Uddannelse og kompetenceløft af fagpersoner i forhold til at vurdere og eventuelt stoppe igangsat behandling og indgå i dialog med patienter og pårørende om alternativer til aktiv behandling er et vigtigt redskab for at modvirke uhensigtsmæssig behandling.

'Professionelle' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende: 1-3, 5-8, 11, 12 i runde 1 og 2, 4, 5 i runde 2
- Pathirana et al., 2017.

4.2.6 Det kliniske møde

Det kliniske møde omfatter de forventninger, som kommer til udtryk, kommunikationen, som foregår (eller ikke foregår), og de beslutninger, som træffes, når patient og fagperson mødes.

Fælles beslutningstagning

kan bidrage til at sikre, at de undersøgelser og behandlinger, som tilbydes, kan give værdi for en patient i en given situation og har det rette specialiseringsniveau. Lokale ledere kan bidrage til at sikre betingelser for og understøtte medarbejdere i fælles beslutningstagning og i at afdække patienters og pårørendes præferencer.

Herved kan der skabes rum for og de rette kompetencer til dialog mellem patient og fagperson med henblik på beslutninger om undersøgelse og behandling, behandlingssted, behandlingsniveau og behandlingsstop.

'Det kliniske møde' er baseret på følgende:

- Drøftelser i følgende: 1-3, 5-8, 11-13 i runde 1 og 1, 2, 4, 5 i runde
- Grimshaw et al., 2020.
- Raft et al., 2021.
- Malling et al., 2021.

Betydningen af relationer og kontinuitet – både i forhold til det kliniske arbejde og i forhold til fastholdelse af medarbejdere – er et indsatsområde. En god relation påvirker oplevelsen af fejl og håndteringen af klinisk usikkerhed og betyder, at svære samtaler opleves lettere. Derfor kan et øget fokus på kontinuitet hos ledere med ansvar for den lokale arbejdsplanlægning medvirke til at adressere uhensigtsmæssig behandling.

4.2.7 Opsamling på indsatsområder

Ovenstående gennemgang udpeger en række indsatsområder, der er væsentlige at adressere for at modvirke uhensigtsmæssig behandling. Figur 4.2 illustrerer, at indsatsområderne findes på forskellige niveauer, der ikke kan ansues uafhængigt af hinanden. Eksempelvis er det ikke nok at arbejde for at styrke kommunikationen mellem patienter og fagpersoner i det kliniske møde. Det kræver også, at der er et kvalificeret vidensgrundlag at træffe beslutninger ud fra, som kalder på styrkede rammebetingelser for klinisk forskning, systematisk evaluering og transparent prioritering af sundhedsteknologier. Der er altså behov for løsninger, som adresserer problematikker på flere niveauer – og dermed for flerstrengede indsatser. Dette fordrer aktiv involvering fra en række aktører, der i fællesskab fokuserer på at løse udfordringerne.

De udpegede indsatsområder er områder frem for konkrete initiativer. For at indsatsområderne kan omsættes til praksis, er det relevant at inddrage en række interessenter, bl.a. patienter og pårørende samt fagpersoner og lokale ledere, der med deres viden og fra deres ståsted kan operationalisere indsatsområderne.

5 Sektoropsamling: primære drivkræfter og indsatsområder

Mens de to forrige kapitler har haft fokus på drivkræfter og indsatsområder på tværs af sundhedsvæsenet, zoomer dette kapitel ind på de tre sektorer. Kapitlet gennemgår de primære drivkræfter og indsatsområder, der er identificeret for henholdsvis kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen.

Boks 5.1 Data og metode

- > Kapitlet er baseret på triangulering af fund på tværs af litteraturgennemgang og interviewundersøgelse.
- > Udvælgelsen af drivkræfter og indsatsområder er sket med afsæt i en samlet vurdering af afdækkede problemfelter og forslag til løsninger.
- > Fremhævede pointer er tværgående og fremhævet som væsentlige af interviewpersoner.
- > Kapitlet udgør ikke en udtømmende liste over drivkræfter og indsatsområder. Det er særligt vigtigt at være opmærksom på centrale udfordringer relateret til manglende sammenhæng i tværsektorielle overgange.
- > For hver sektor er inkluderet 1-2 eksempler på tiltag, der er fremhævet som inspiration til at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Indsatserne udgør samtidig eksempler på flerstrengede metoder, der kan inspirere til udvikling af lokal praksis mere generelt.

5.1 Den kommunale syge- og ældrepleje

Dette afsnit præsenterer de primære drivkræfter og forslag til løsninger, der er afdækket i relation til den kommunale syge- og ældrepleje.

Undersøgelsens datagrundlag peger på, at det er vigtigt at se sygeplejen – og dennes dokumentationspraksis – i sammenhæng med henholdsvis hjemmeplejen og de kommunale terapeutfaglige funktioner. Gennemgangen i de følgende afsnit følger denne anbefaling.

5.1.1 Primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation i kommunalt regi

De tre primære kilder til uhensigtsmæssig dokumentation i den kommunale syge- og ældrepleje, som undersøgelsen identificerer, beskrives og begrundes nedenfor.

Den paragraf-opdelte organisering har forskellige faglige og styringsmæssige logikker

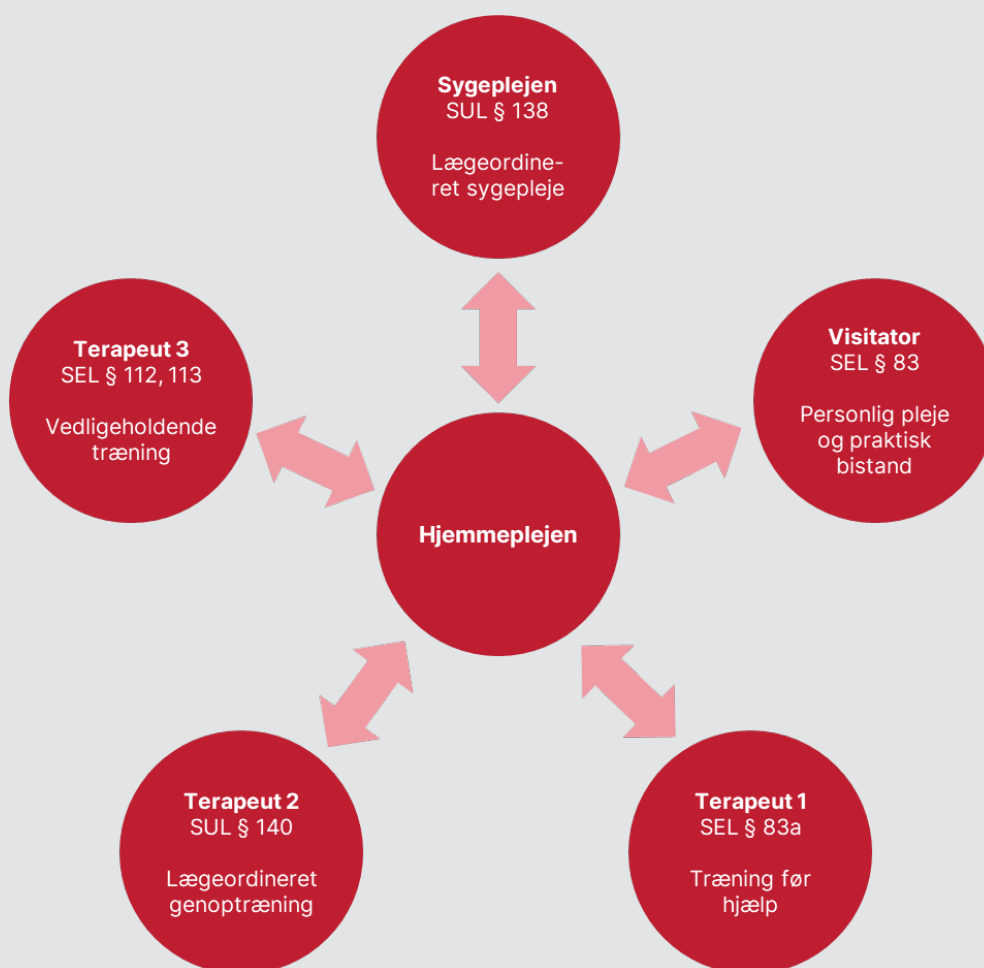
Undersøgelsen peger for det første på det aktuelle lovkompleks (serviceloven og sundhedsloven) som en væsentlig udfordring i den kommunale syge- og ældrepleje. Lovkomplekset opdeler den kommunale syge- og ældrepleje i en række adskilte paragraffer med forskellige funktioner, styringspraksisser og dokumentationspraksisser. Dette har afstedkommet en paragraf-opdelt organisering og adskilt faglig praksis (se også Topholm & Kürstein, 2023a). Den paragraf-opdelte organisering fremstår på det politiske og regulatoriske niveau som en central drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og tunge arbejds-gange, der dog også har indflydelse på det organisatoriske niveau og i mødet mellem borger og fagperson.

Dette er illustreret i Figur 5.1, der viser de paragraffer under serviceloven (SEL) og sundhedsloven (SUL), hvorigennem der tildeles indsatser til den enkelte borger i den kommunale syge- og ældrepleje. De forskellige lovgivninger og tilhørende paragraffer er i den typiske kommune fordelt på hver deres specialistfunktioner med tilhørende faglige standarder, kriterier for tildeling af ydelser og dokumentationspraksis. Hjemmeplejen i midten af figuren udgør den daglige og gennemgående funktion i hverdagen for de fleste borgere, som har behov for pleje. Derfor er det typisk også i regi af hjemmeplejen, at der foretages dokumentation for det borgernære arbejde, så de involverede specialistfunktioner kan følge med i, at ydelserne leveres som aftalt, samt følge op på, om der er behov for justering. Den paragraf-opdelte organisering medvirker til, at hjemmeplejens udførende medarbejdere og de visiterende specialister i det daglige ofte ikke ser hinanden fysisk. Kommunikation og vidensdeling sker derfor primært via den skriftlige dokumentation, og der opstår en praksis, hvor koordinering og vidensdeling får karakter af skriftlig dokumentation og overholdelse af kvalitetsstandarder.

Den paragraf-opdelte organisering og tilgang til dokumentation og kommunikation fremstår som kilde til dokumentationspraksisser, der tager tid fra borgerne: dobbeltdokumentation, besværlig dokumentation og dokumentation, som lokalt kan opleves som meningsløs.

Figur 5.1 Paragraffer og funktioner, som hjemmeplejen skal kommunikere og dokumentere skriftligt i forhold til

Figuren illustrerer de forskellige paragraffer med tilhørende funktioner, faglige standarder og dokumentationskrav, som den kommunale hjemmepleje skriftligt skal kommunikere og dokumentere i forhold til ved de enkelte borgere. Opdelingen i paragraffer fremstår som en kilde til tidskrævende dokumentationsarbejde, hvor samme oplysninger skal registreres flere steder. Paragraf-opdelingen fremstår også som en kilde til fragmenteret viden.



Kilde: Figuren er udviklet af projektchef Pia Kürstein Kjellberg, VIVE. De enkelte elementer i figuren er også fremhævet i interviews.

BUM-modellen, Fælles Sprog III og de kommunale omsorgssystemer forbindes med uhensigtsmæssig dokumentation

Undersøgelsen peger for det andet på, at BUM-modellen (bestiller-udfører-modellen, regulatorisk niveau) og de tilhørende arbejdsgange for tildeling og justering af ældreplejens indsatser (organisatorisk niveau) er en væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og tunge arbejdsgange i den daglige praksis (professionelt niveau). BUM-modellen er et redskab til styring af offentlige ydelser, der bl.a. anvendes på ældreområdet. Intentionen er bl.a. at understøtte ensartet praksis, dokumentere og begrunde tildeling af hjælp på en måde, der understøtter retssikkerhed, samt at muliggøre konkurrenceudsættelse. Modellen sikrer adskillelse af bestiller (fx visitator ansat i kommunal myndighedsafdeling) og udfører (social- og sundhedsmedarbejdere). Bestiller og udfører har ofte forskellig viden om og perspektiver på borgeren, men er i denne model gensidigt afhængige af hinanden. Ofte er der dog ikke systematiserede muligheder for dialog mellem bestiller og udfører, hvilket leder til en udpræget brug af skriftlig dokumentation og kommunikation.

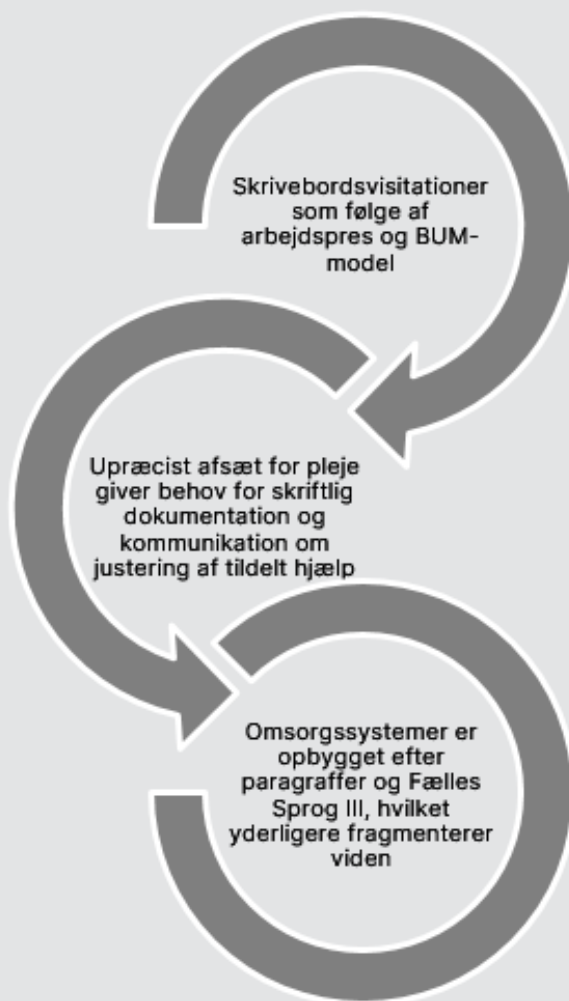
Figur 5.2 illustrerer, hvordan BUM-modellen vanskeliggør videndeling. Figuren illustrerer endvidere, hvordan opbygningen af de kommunale omsorgssystemer og tilhørende faglige standarder for dokumentation (Fælles Sprog III) afspejler den førnævnte paragraf-organisering og dermed ikke tager afsæt i borgeren. Dette kan føre til dobbeltdokumentation og besværlige dokumentationspraksisser. Ligeledes forbindes paragraf-organiseringen med risiko for tunnelsyn og fragmenteret viden, idet henholdsvis sygepleje, terapeut og hjemmepleje orienterer sig efter hver deres elementer og har meget forskellige billeder af borgers situation.

Figur 5.2 BUM-modellen som kilde til uhensigtsmæssig dokumentation

Figurens øverste cirkel illustrerer, at tildeling af personlig pleje og praktisk bistand efter servicelovens paragraffer i stigende grad sker ud fra en begrænset viden om borgerens faktiske behov. Grundet stort arbejdspress i visitationen er der behov for at prioritere i forhold til, hvilke borgere der skal have fysiske visitationssamtaler.

Figurens mellemste cirkel illustrerer, hvordan 'skrivebordsvisitationer' blandt de udførende medarbejdere giver en oplevelse af, at de tildelte ydelser ikke altid matcher borgernes faktiske behov. De udførende medarbejdere kan ikke selv ændre i de tildelte ydelser, og behov for justering af hjælp skal dokumenteres skriftligt. Dette fremstår som en kilde til tidskrævende og besværlig dokumentation, der er hyppig kilde til konflikt og misforståelser mellem bestiller og udfører.

Figurens nederste cirkel illustrerer, at omsorgssystemerne er opbygget efter paragraffer, og Fælles Sprog III betyder, at samme oplysninger skal dokumenteres flere steder. Dette er tidskrævende og gør det vanskeligt på tværs af relevante funktioner og fagpersoner at bevare et fælles overblik over borgerens situation og behov.



Kilde: Fremhævet i interviews og analytisk beskrevet i Topholm og Kürstein (2023b).

Det tredelte kommunale tilsynssystem tager afsæt i henholdsvis service- og sundhedslovens paragraffer

Paragraf-organiseringen og den tilhørende praksis for dokumentation er for det tredje afspejlet i den aktuelle tilsynsmodel for den kommunale syge- og ældrepleje. Der er således to statslige tilsynsfunktioner med fokus på henholdsvis sundheds- og serviceloven, samt et lokalt forankret ansvar for, at den enkelte kommune løbende fører tilsyn med sine enheder i forhold til de opgaver, der hører under serviceloven. Her befinder vi os således på det politiske og regulatoriske niveau.

Der peges i interviews og i tidligere undersøgelser på, at de forskellige tilsyn er overlappende og ikke altid koordinerede. Oplevelsen er også, at der bruges mange ressourcer på dokumentation i forbindelse med tilsyn, som tager tid fra det borgernære arbejde. Dette beskrives som en væsentlig kilde til dokumentation, der lokalt kan opleves meningsløs.

Der peges i interviews samtidig på, at blandt kilder til udstedelse af påbud er udfordringer relateret til ufuldstændig faglig dokumentation samt manglende evne til at kunne finde rundt i den tilgængelige dokumentation på tværs af de forskellige moduler i omsorgssystemerne.

5.1.2 Foreslåede indsatsområder i kommunalt regi

Undersøgelsen afdækker fire delvist sammenhængende forslag til indsatsområder, der afspejler de ovennævnte udfordringer relateret til paragraf-organiseringen. Disse præsenteres og begrundes nedenfor.

Ny lovgivning der samler personlig pleje, rehabiliteringsforløb og sygepleje under sundhedsloven:⁶ Ændret lovgivning – og derved politiske og regulatoriske beslutninger på nationalt niveau – fremstår i denne undersøgelse som et afgørende element til at understøtte det igangværende arbejde med at gentænke områdets organisering, faglige praksis og tilgang til dokumentation og vidensdeling. Der er blandt undersøgelsens interviewpersoner opbakning til at fortsætte det politiske og regulatoriske arbejde med at formulere en ny lov, der samler de eksisterende paragraffer fra syge- og ældreplejen, og som kan reducere dobbelt, besværlig og meningsløs dokumentation.

En samlet lovgivning forankret under sundhedsloven fremstår som et overordnet skridt, der kan få effekter på en række forskellige områder (fx tildeling af

⁶ Praktisk bistand foreslås fastholdt i regi af serviceloven og med nuværende praksis for tildeling af ydelser inden for rammerne af BUM-modellen. Udskillelsen af praktisk bistand som et adskilt område ses bl.a. som et middel til bedre udnyttelse af det uddannede sosu-personale i hjemmeplejen.

ydelser, organisering af dagligt arbejde, dialog mellem fagpersoner og borgere, tilsyn og udvikling af it-systemer).

En ny model for nærvsitation til hjemmepleje: Interviewpersoner med indsigt i den kommunale sektor foreslår at gentænke den kommunale visitationsmodel til personlig pleje mv., så den bygger mere på faglige vurderinger end forvaltningsretlige afgørelser – jf. forslag til nærvsitation i Figur 5.3. Formålet er at sikre en faglig visitation, der sker med afsæt i viden oparbejdet af de fagpersoner, der er tæt på borgeren, at lette løbende tilpasning af hjælpen samt at mindske dokumentationsbyrden i forhold til dette. Dette kan afstedkomme forandringer på både det organisatoriske og borgernære niveau og modvirke dobbelt, besværlig og meningsløs dokumentation.

Tværfaglighed og fokus på rehabilitering indgår som væsentlige elementer på lige fod med faglige retningslinjer for vurdering og systematisk revurdering af borgernes behov. Modellen forudsætter, at ansvaret for tildeling af ydelser forankres hos sygeplejersker og terapeuter. For at sikre borgernes retssikkerhed lægges der op til at etablere mulighed for klageadgang hos en uvildig borgerrådgiver.

Der eksperimenteres allerede med udvikling af tilgangen til visitation i en række kommuner – herunder i de syv kommuner, der har fået støtte fra Sundhedsstyrelsens pulje til forsøg med selvvisitation i ældreplejen⁷. Anbefalingen er derfor dels at støtte op om dette arbejde, dels at der sikres et nationalt fokus på at anvende resultaterne i forlængelse af arbejdet med ny lovgivning.

⁷ https://sbst.dk/puljer-og-tilskud/ansoegningspuljer/alle-puljer/15853810_selvvisitationaeldreplejen

Figur 5.3 Model for kommunal nærvsitation

Figuren illustrerer et alternativ til den eksisterende BUM-model på ældreområdet. Modellen for nærvsitation skal understøtte, at tildeling af ydelser sker med afsæt i en fælles faglig vurdering fra de fagpersoner, der leverer plejen og derfor har et tæt kendskab til borgerens aktuelle behov. I modellen opereres der med 'visitation til døren', hvilket vil sige, at 'nye' borgere tilknyttes et tværfagligt team, der afdækker og fastlægger den hjælp, borgeren skal have, med afsæt i et opstartsforløb. Det indgår videre, at der (via sygeplejerske/terapeut) skal ske systematisk revurdering af borgerens behov (fx hver tredje måned) efter fastlagte faglige standarder. Modellen har som central præmis, at hjælp altid gives med et rehabiliterende sigte, samt at borgerne skal have adgang til at kunne klage til en borgerrådgiver i de tilfælde, hvor der er uenighed om den tildelte hjælp.



Note: Fremhævet i interviews og indgår i forarbejdet til 'En ældrepleje med tid til omsorg. Afrapportering fra regeringens rådgivende panel og ekspertgrupper' (Social- og Ældreministeriet, 2022).

Kilde: Udviklet og drøftet i regi af ekspertgruppe 2 vedrørende forberedelse af ny ældrelov (Andersen, Kjellberg and Skriver, 2022).

Et opgør med paragraf-opdelte kommunikations- og omsorgsjournaler:

Flere interviewpersoner med kommunal indsigt peger på et behov for at udvikle et mere enkelt system til dokumentation og journalføring med fokus på faglige behov frem for de forskellige paragraffer og tilhørende funktioner. Dette vil kunne reducere dobbelt, besværlig og til tider meningsløs dokumen-

tation. Der peges i den forbindelse på, at ansvaret for systemudvikling og vedligeholdelse af omsorgsjournalernes moduler også på systemudviklingsniveau er placeret i adskilte enheder, som ikke i tilstrækkelig grad har en forståelse for helheden.

Anbefalingen er derfor at prioritere udvikling af de nuværende omsorgs- og dokumentationssystemer i samarbejde med udbydere og det kommunale område. Dette arbejde afhænger til dels af de ovenstående anbefalinger vedrørende lovgivning og visitationspraksis, da det er herfra, den paragraf-opdelte opbygning af omsorgssystemerne stammer, men involverer også ledere og medarbejdere og lokale politiske beslutningstagere.

Sammenlægning og forenkling af det kommunale tilsyn⁸ (det politiske og regulatoriske niveau): Det foreslås i den gennemgåede litteratur og blandt interviewpersoner med indsigt i det kommunale område, at Styrelsen for Patientsikkerhed i dialog med relevante aktører udvikler en forenklet model for tilsyn på ældreområdet. Til dette knytter sig for det første, at det nuværende ældretilsyn og det sundhedsfaglige tilsyn sammenlægges til ét helhedsorienteret tilsyn. For det andet opfordres der til et styrket fokus på reaktivt og risikobaseret tilsyn med henblik på at målrette de anvendte ressourcer til de steder, der har størst kvalitetsproblemer. For det tredje opfordres der til en kritisk gennemgang af antallet og indholdet af de målepunkter, der opereres med, samt et fortsat fokus på at sikre undervisning og dialog, når der afdækkes væsentlige kvalitetsproblemer. Dette vil kunne modvirke meningsløs dokumentation.

⁸ Disse anbefalinger matcher i høj grad afrapporteringen fra den arbejdsgruppe under Social- og Ældreministeriet samt Sundhedsministeriet, der i 2022 havde til opgave at etablere et vidensgrundlag for fremadrettet udvikling og forbedring af tilsynsområdet på det kommunale sundheds- og ældreområde (Social- Bolig- og Ældreministeriet, 2022)

Eksempel på fremhævet indsats i kommunalt regi

Sønderborg Kommune har i samarbejde med leverandøren af kommunens elektroniske omsorgsjournal og Dansk Selskab for Patientsikkerhed gennemført en kritisk gennemgang og revision af lokal praksis for registrering og dokumentation. Via projektet er der fjernet 92 papirskeemaer til registrering og gennemført 10 ændringer i omsorgsjournalen, der sparer tid og forbindes med øget arbejdsglæde. To væsentlige elementer i projektet har været at understøtte en kultur, hvor der er tillid til og lydhørhed over for medarbejdernes observationer om mulige forbedringer, samt at øge andelen af direkte borgertid, herunder også at større dele af dokumentationsarbejdet foretages i borgerens hjem for at øge tryk og mindske risiko for fejl.

Med afsæt i projektet er der udarbejdet et inspirationskatalog (Lee, Rischel and Larsen, 2022), der inkluderer indføring i de anvendte metoder og læringspunkter fra arbejdet. Flere af denne undersøgelses interviewpersoner fremhæver dette projekt som et godt eksempel på, hvordan der på et generelt niveau kan arbejdes med kvalitet og forenkling af lokal dokumentationspraksis:

<https://patientsikkerhed.dk/wp-content/uploads/2023/02/inspirationskatalog-kvalitetogforenkling-september2022.pdf>

5.2 Almen praksis

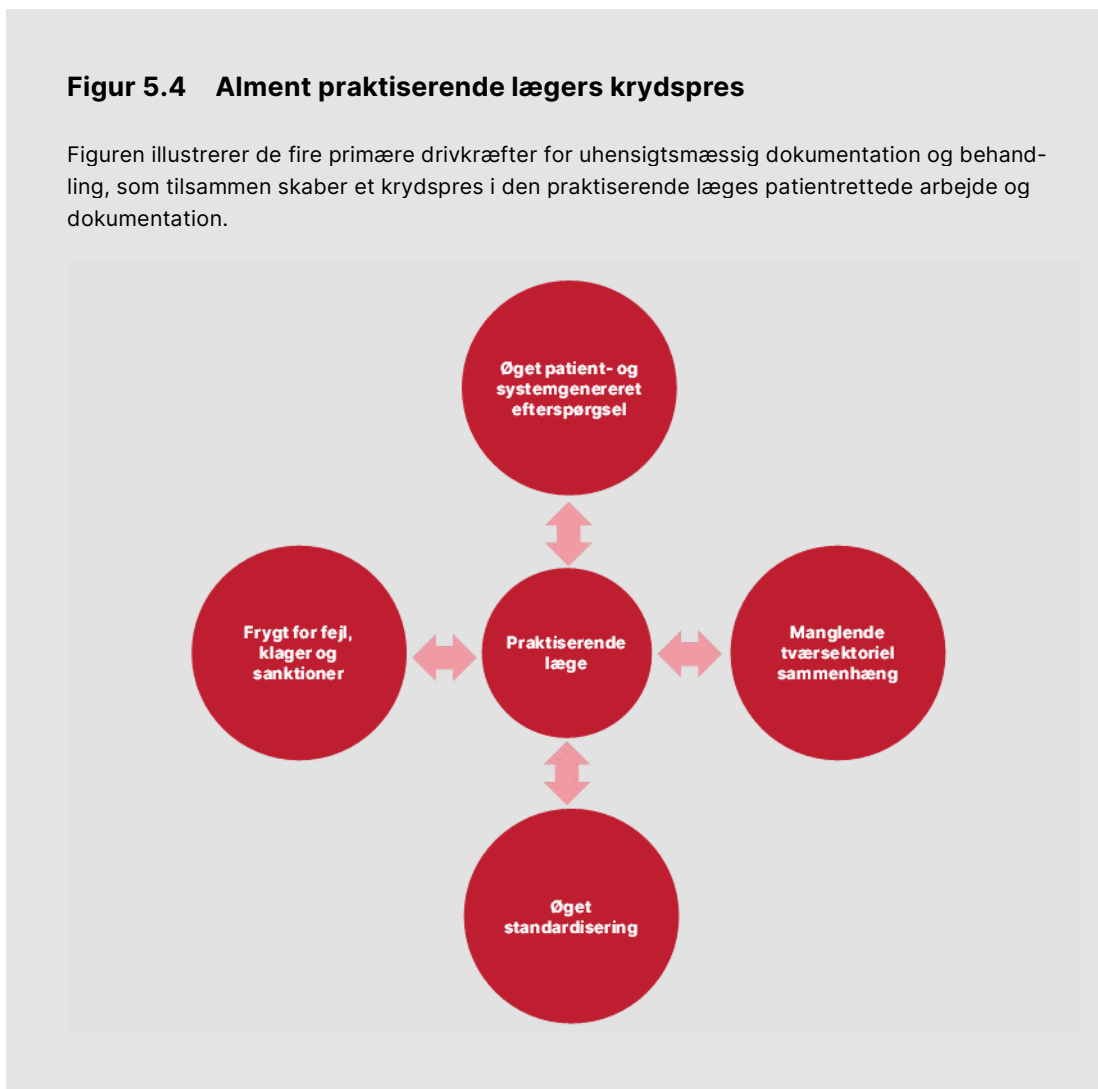
Almen praksis' rolle som gatekeeper til det specialiserede sundhedsvæsen og som tovholder for den enkelte patient fremstår centralt i forhold til at dæmme op for uhensigtsmæssig behandling. Undersøgelsen afdækker samtidig en oplevelse af, at almen praksis' rolle som gatekeeper og tovholder er under stort pres som følge af bl.a. nye behandlingsmuligheder, nye arbejdsdelinger med sekundær sektor samt øget efterspørgsel på attester, henvisninger og behandling.

De primære drivkræfter og forslag til indsatser, der gennemgås i de følgende afsnit, har særligt fokus på at styrke almen praksis og derigennem bidrage til prioritering af ressourcer i det samlede sundhedsvæsen ud fra LEON-principet⁹.

⁹ LEON er en forkortelse for Lavest Effektive OmkostningsNiveau. En central præmis i forhold til almen praksis' gatekeeping er endvidere, at selv lave procentuelle ændringer i, hvor mange konsultationer i almen praksis der resulterer i viderehenvisning, har store konsekvenser for det specialiserede sundhedsvæsen.

5.2.1 Primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i almen praksis

Figur 5.4 illustrerer de fire primære drivkræfter i almen praksis for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, som er identificeret i undersøgelsen, og som tilsammen skaber et krydspres for de praktiserende læger.



Kilde: Udviklet med afsæt i undersøgelsens interviews.

Øget patient- og systemgenereret efterspørgsel skaber øget aktivitet

I litteratur og interviews fremstår øget efterspørgsel på attester, henvisninger og behandling som en væsentlig kilde til uhensigtsmæssig behandling på det markedsmæssige niveau og niveauet for det kliniske møde. Dette kommer til udtryk via:

1. Patienters ønsker om fx antibiotika eller penicillin til syge børn, der ikke kan komme i daginstitution, eller ønsker om MR-scanninger og lignende på baggrund af ikke specificerede eller kortvarige rygsmerter.
2. Patienters og private forsikringsselskabers efterspørgsel på henvisninger for at sikre hurtig adgang til privat undersøgelse og behandling for patienter med private sundhedsforsikringer.
3. Kommunale krav om udredning og attester, bl.a. i relation til sygedagpengeområdet.

Fælles for de tre typer af efterspørgsel er for det første en oplevelse af, at der sker et skred i de faglige indikationer. Det stiller større krav til den enkelte læges dialog med og vejledning af patienter omkring indikationer for henvisning, risiko for bivirkninger og komplikationer mv. For det andet er de forskellige former for efterspørgsel ofte bundet op på rettigheder eller krav, som patienten møder i relation til daginstitutioner, kommunal sagsbehandling eller arbejdsgivere, der betaler for sundhedsforsikringen. Dette skaber et krydspres for praktiserende læger og kan sætte læge-patient-relasjonen under pres.

Kombineret med en travl hverdag i almen praksis med mange korte konsultationer vurderes det, at ovenstående forhold udgør en væsentlig kilde til både overdiagnostik og behandling med lav værdi. Dette understreges dels af Lykkesgaard et al. (2022), der i en auditundersøgelse om defensiv medicin blandt praktiserende læger har vist, at der finder defensive handlinger sted i 12 % af konsultationerne. Den hyppigste defensive handling i Region Hovedstaden var 'henvisning', mens det i Region Syddanmark var 'blodprøver'. Dels understreges det af Andersen et al. (2017), der i en undersøgelse af private sundhedsforsikringer har vist, at 46 % af de adspurgte alment praktiserende læger ofte oplever at føle sig presset til at henvise en patient med privat sundhedsforsikring trods manglende faglig indikation. Endvidere viser undersøgelsen, at 11 % af lægerne altid henviser patienter med private sundhedsforsikringer.

Manglende tværsektoriel sammenhæng skaber uhensigtsmæssig aktivitet

I litteraturgennemgangen og i interviews ses en række eksempler på de teknologiske og organisatoriske niveauer, der leder til manglende tværsektoriel sammenhæng. Dette omfatter fx it-systemer, der taler dårligt sammen på tværs af almen praksis, kommuner og hospitaler. Men også en manglende forståelse for, hvilken dokumentation der er relevant på tværs af de tre sektorer. Denne manglende tværsektorielle sammenhæng og forståelse fremstår som en anden væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Mangelfuld og upræcis dokumentation beskrives som en kilde til mangelfuldt overblik (informationsoverload), der tager tid fra patienterne og øger risikoen for fejl i almen praksis. Oplevelsen er samtidig, at almen praksis mødes med stigende krav til dokumentation og deling af denne til andre aktører, hvilket yderligere tager tid fra patientkonsultationerne og medvirker til meningsløs dokumentation.

I relation til fx opfølgning og medicinsk behandling fremstår det yderligere som en udfordring, at mange undersøgelser (fx blodprøver) gentages unødigt på tværs af sektorovergange, samt at ændringer i medicinering ikke altid koordineres godt nok på tværs af almen praksis og hospital. Dette kan lede til overdiagnostik og behandling med lav værdi.

Øget standardisering udgør en drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Undersøgelsen har afdækket, at en øget brug af standardforløb, udredningspakker og sygdomsspecifikke vejledninger forbindes med risiko for uhensigtsmæssig behandling på det politiske og regulatoriske samt organisatoriske niveau. Øget standardisering er således en tredje drivkraft og kan lede til overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad og til besværlig dokumentation. Øget standardisering ses for det første som en drivkraft i forhold til, at adgangen til udredning i pakkeforløb og lignende på nogle områder opleves nemmere end adgangen til specifikke undersøgelser, hvilket kan føre til besværlig dokumentation og overdiagnostik. Derved ses en risiko for, at praktiserende læger ser sig nødsaget til at tilpasse deres henvisninger til 'pakken', hvormed der inkluderes undersøgelser og udredning, som ligger ud over det, henvisende læge reelt ønsker undersøgt.

Tilsvarende ses en udfordring relateret til fremkomsten af stadig flere kliniske vejledninger, der sætter standarden for opfølgning og behandling med afsæt i enkelt diagnoser. Det beskrives for det første som et problem, at de fleste vejledninger mangler fokus på afslutning af behandling, hvilket kan lede til behandling med for høj specialiseringsgrad. For det andet kan det være en udfordring at matche diagnosespecifikke vejledninger til komplekse og multisyge patienter. Frygt for klager og fejl (uddybes nedenfor) ses i denne sammenhæng også som en drivkraft for at følge hver enkelt vejledning frem for at tilpasse tilgang og antal af opfølgingskonsultationer, prøver og medicin til den enkelte patient. Derved opstår risiko for defensive dokumentationspraksisser for at beskrive, hvad man ikke har gjort. Det øger også risiko for overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad.

Frygt for fejl, klager og sanktioner skaber defensive praksisser

Frygt for fejl og klager samt sanktioner fra tilsyn fremhæves i interviews som en fjerde drivkraft for defensiv og meningsløs dokumentation samt overdiagnostik i almen praksis. Det fremgår samtidig, at risikoen for klager sættes i relation til det krydspres, der er forbundet med rollen som gatekeeper i forhold til efterspørgsel på henvisninger og attester mv., der er gennemgået ovenfor. Dette krydspres forbindes – uagtet det reelle omfang af klager og sanktioner – med defensive handlinger i det kliniske møde.

5.2.2 Foreslåede indsatsområder i relation til almen praksis

Undersøgelsen identificerer nedenstående fire forslag til indsatser målrettet almen praksis, der ligger i forlængelse af gennemgåede drivkræfter.

Styrke almen praksis fagligt og kapacitetsmæssigt: Indsatser på det politiske og regulatoriske niveau kan styrke almen praksis fagligt og kapacitetsmæssigt med henblik på at kunne håndtere mere behandling og opfølgning i primær sektor. Dermed kan overdiagnostik og behandling med lav værdi undgås, og det kan sikres, at behandling sker på rette specialiseringsniveau. Indsatsen kræver dels et fokus på det pres for attester og henvisninger, der opstår med øget brug af private sundhedsforsikringer. Herunder opfordres der særligt til at vurdere hensigtsmæssigheden i, at almen praksis i mange tilfælde varetager gatekeeper-funktionen i forhold til forsikringsselskaber (se Andersen *et al.*, 2017). Dels kræver den, at der sikres reelle muligheder for at løse udredningsopgaver, som ikke falder inden for et standardforløb (fx adgang til parakliniske undersøgelser og mulighed for at få specialistvejledning uden at henvise patienten).

Øget brugervenlighed og kompatibilitet af it-systemer: I forhold til de teknologiske og organisatoriske niveauer er brugervenlighed og kompatibilitet af it-systemer sammen med en eksplicitering af principper for tværsektoriel dokumentation fortsat et opmærksomhedspunkt. En fortsat opmærksomhed på disse forhold kan medvirke til at reducere antallet af gentagne undersøgelser samt minimere videnstab relateret til besværlig og meningsløs dokumentation. Dette relaterer sig således både til udviklere, politisk-administrative beslutningstagere, lokale ledelser og faglige organisationer. Som et positivt eksempel fremhæves Det Fælles Medicinkort, der systemteknisk fungerer som en cloudbaseret løsning, hvor relevante sundhedsfaglige har adgang til den samme viden. Placeringen uden for de enkelte sektors journalsystemer betyder samtidig, at ændringer i medicinering mv. er umiddelbart tilgængelige for alle involverede.

Udvikling og opdatering af vejledninger: Det igangværende arbejde med at udvikle og opdatere vejledninger med viden om medicinseponering og stop af behandling kan med fordel understøttes. En eksplicitering i vejledninger af, hvornår og hvordan behandling bør ophøre samtidig med et øget fokus på at kommunikere alternativer til den nuværende behandling, fremhæves som eksempler på, hvad der kan understøtte beslutning og kommunikation om behandlingsniveau. Dette vil give redskaber til beslutninger og kommunikation om behandlingsniveau i det kliniske møde. Arbejdet er igangsat i et samarbejde mellem myndigheder/styrelser og faglige selskaber og kan modvirke overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad.

Udvikling af tilsyns- og klagesystemer (det regulatoriske niveau): Undersøgelsens interviewpersoner anbefaler at fortsætte det arbejde med at udvikle tilsyns- og klagesystemer i relation til almen praksis, der allerede finder sted i regi af styrelser og faglige selskaber. Arbejdet indebærer et fokus på at a) sikre meningsfuld dokumentation, b) støtte almen praksis i rollen som gatekeeper, c) understøtte et lærende tilsyn med mulighed for at indgå med dialog og vejledning, når der afdækkes kvalitetsproblemer, og d) understøtte kendskab og anvendelse af eksisterende mulighed for tidlig dialog mellem læge og patient i forbindelse med klager. Udviklingen af tilsyns- og klagesystemet kan modvirke meningsløs dokumentation samt overdiagnostik og behandling med lav værdi.

Eksempler på fremhævede indsatser i almen praksis

Vælg Klogt-initiativet fremhæves som et generelt tiltag, der med fordel kan bakkkes op om – ikke mindst i forhold til at understøtte udbredelse og implementering af de anbefalinger, der udvikles.

Anbefalingen vedrørende udredning af lænderygsmærter fremstår som et konkret eksempel på, hvordan det via en flerstrengt og vedholdende indsats kan lykkes at mindske uhensigtsmæssige undersøgelser. Anbefalingen er fulgt op af regionalt udviklede anvisninger til implementering i forhold til information og mulighed for sparring til klinikere, information målrettet patienter og vejledning, der styrker objektive undersøgelser og skarpe henvisninger i almen praksis.

<https://vaelgklogt.dk/anbefalinger/laenderyg/scan-mindre-materialer-og-raad-til-hvordan>

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) samarbejder med Odense Deprescribing Initiative (ODIN) om at udvikle en fælles evidensbaseret vejledning vedrørende afmedicinering, prioritering og forebyggelse af polyfarmaci. Målet med vejledningen er særligt at råde bod på, at der aktuelt mangler beslutningsstøtte og dialogstøtte i forhold til almen praksis' arbejde med af afslutte medicinsk behandling. Vejledningen er under udarbejdelse og vil blive offentliggjort på DSAM's hjemmeside, når den er klar.

<https://www.dsam.dk/?FLXA=NewsletterShow&newsletterId=699>

5.3 Det somatiske hospitalsvæsen

Udredning og behandling i hospitalsvæsenet fremhæves som potentielle kilder til særligt omkostningstung (for samfund og patient) og uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Det gælder for det første, fordi der er tale om dyre indsatser, hvortil der er knyttet mange muligheder for yderligere specialiseret udredning og behandling, og for det andet, fordi organiseringen er kompleks med mange organisatoriske enheder samt rutiner og standardprocedurer for udredning, behandling og opfølgning.

5.3.1 Primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i det somatiske hospitalsvæsen

Figur 5.5 illustrerer de fire primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, der er identificeret i forhold til hospitalsvæsenet, og som udgør et krydspres, som især læger i det somatiske hospitalsvæsen står i.

Figur 5.5 Krydspres i det somatiske hospitalsvæsen

Figuren illustrerer det krydspres, som de primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling udgør, og som fagpersoner (og særligt læger) i det somatiske hospitalsvæsen dermed står i.



Kilde: Udviklet med afsæt i undersøgelsens interviews.

Organisatoriske rutiner som drivkraft for uhensigtsmæssig behandling

Litteratur og interviews peger på, at organisatoriske rutiner er en væsentlig drivkraft for behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad på det organisatoriske niveau. Rutinerne indebærer, at kontroller, fremmøde og korte *one-size-fits-all*-konsultationer tilbydes pr. automatik.

Dette fremhæves særligt i relation til ambulant opfølgning og kontrol samt i relation til at vælge subakutte alternativer til indlæggelse. Det fremhæves også i forhold til manglende prioritering af, hvilke prøver og undersøgelser der rutinemæssigt bestilles, når patienter udredes i den fælles akutmodtagelse.

Diagnosespecifikke vejledninger vanskeliggør det kliniske arbejde

En anden væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i relation til hospitalsvæsenet er diagnosespecifikke vejledninger på det regulatoriske niveau. Denne problemstilling fremhæves særligt i relation til multi-syge og komplekse patienter, hvis fagpersoner vælger at følge alle principper i hver enkelt vejledning, eller hvis de fravælger nogle, hvilket tilsammen kan medføre henholdsvis meningsløs dokumentation og risiko for overdiagnostik eller behandling med for høj specialiseringsgrad. Desuden peges på risiko for uhensigtsmæssig behandling, når vejledninger opleves som styrende og ledsages af frygt for tilsyn og klager. Endelig ses det som en udfordring, at vejledninger primært tager afsæt i opstart af behandling og har mindre fokus på seponering/ behandlingsophør.

Tilsynskrav og frygt for fejl og klager

I litteraturen og interviews fremstår tilsynskrav og frygt for fejl og klager med udspring i det regulatoriske niveau også i det somatiske hospitalsvæsen som en væsentlig drivkraft for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. På tværs af interviewpersoner med indsigt i det somatiske hospitalsvæsen fortælles om en stigende tendens til at dokumentere proces og ikke-fund og til at skulle honorere målstyringskrav, tilsynskrav og divergerende krav i vejledninger. Denne udvikling vurderes at tage tid fra patienter, bidrage til demotivation samt medvirke til manglende overblik i patientjournalen. Der er således risiko for både meningsløs dokumentation og overdiagnostik samt behandling med lav værdi.

Manglende kontinuitet i patient-fagperson-relationen medvirker til uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

Der er tale om en generel udfordring, der kommer til udtryk mange steder i hospitalsregi, men i det aktuelle datamateriale sættes den særligt i relation til fastlæggelse af behandlingsniveau ved livets afslutning og dermed på niveauet for det kliniske møde. Her fremhæves det, at et manglende indbyrdes kendskab og episode-konsultationer gør det vanskeligere at få drøftet behandlingsniveau og lettere at fortsætte den allerede iværksatte behandling eller tilføje yderligere behandling med risiko for behandling med for høj specialiseringsgrad. Den manglende kontinuitet, ofte kombineret med forskellige fag-

lige logikker i relation til henholdsvis onkologisk behandling og palliation, fremstår dermed som kilde til uhensigtsmæssig behandling og som en risiko i forhold til at overse patienters ønsker og behov i den sidste tid.

5.3.2 Foreslåede indsatsområder i somatisk hospitalsregi

Undersøgelsen identificerer med afsæt i de gennemgåede primære drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling nedenstående fire forslag til indsatser målrettet somatisk hospitalsregi.

Understøtte en systematisk 'stop-op-kultur':¹⁰ En stop-op-kultur på tværs af organisatoriske niveauer kan skabe rum for kritisk refleksion over eksisterende praksis; dette med henblik på at gøre op med vanetænkning (fx i form af standardkontroller og standardpakker for prøvetagning) og dermed indirekte modvirke de forskellige typer af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Dette omfatter også den politisk administrative styring, hvor der er behov for kritisk refleksion for at undgå, at enkeltsager automatisk fører til udrulning af generelle standarder. Et øget fokus på, hvad der ikke virker, og på af-implementering af nuværende behandlingstilbud, vil ligeledes kunne styrke en kritisk refleksion og skabe bedre vilkår for fagpersoners prioritering.

Gennemgang og revision af vejledninger: En reorganisering af vejledningsområdet vil indebære, at myndigheder og faglige organisationer i samarbejde inkorporerer viden om behandlingsstop, sikrer koordinering af vejledninger på tværs af specialer/sygdomme, håndterer kapacitetsspørgsmål, inddrager flere fagligheder og sikrer uvildighed i udarbejdelse og opdatering af vejledninger. Specielt fremhæves behovet for at involvere relevant ekspertise i relation til patologi, klinisk genetik og billeddiagnostik. Dette begrundes med et behov for at sikre en hensigtsmæssig balance mellem diagnostisk udredning, fund og igangsættelse af relevant behandling.

Der advares samtidig mod, at kliniske vejledninger i sig selv ikke må overvurderes som løsning, hvorfor det også er vigtigt, at vejledninger bakkes op af velfungerende rammer for supervision og vigtigheden af det lægefaglige skøn – særligt i forhold til yngre læger. En sådan gennemgang vil således kunne modvirke meningsløs dokumentation, overdiagnostik og behandling med for høj specialiseringsgrad.

Dialog om tilsyn og balancen mellem læring og påbud: Under dette punkt peges på behovet for, at aktører på tværs af tilsyn, hospitaler og faglige organisationer påtager sig et fælles ansvar for fremadrettet dialog og udvikling. Dette

¹⁰ Behovet for en 'stop-op-kultur' og en test-kultur i relation til den kliniske hverdag udgør også en generel pointe i forhold til sundhedsvæsenet som helhed.

skal bl.a. ske med henblik på at sikre en bedre balance mellem de sundhedsfagliges opfattelser af tilsynet og deres afledte praksis sammenholdt med det faktiske antal sundhedsfaglige, der på årsbasis bliver udsat for sanktioner og politianmeldelse. Det vil kunne reducere meningsløs dokumentation og behandling med lav værdi.

Støtte op om initiativer, der fremmer kontinuitet: På niveauet for det kliniske møde er udviklingen af patient-fagperson-relationen et indsatsområde. Udviklingen kan fremme brug af beslutningsstøtte- og samtaleværktøjer for bl.a. at fremme fælles beslutninger om rette behandlingsniveau, hvorved behandling på et for højt specialiseringsniveau kan modvirkes.

Det understreges i denne sammenhæng også, at udfordringen relateret til kontinuitet er kompleks og grundlæggende svær at løse. Det er den for det første på grund af hospitalsvæsenets specialiserede organisering, og for det andet, fordi der aktuelt og fremadrettet forventes stigende udfordringer relateret til rekruttering og fastholdelse af personale i dele af hospitalsvæsenet. Omvendt fremhæves kontinuitet også som fremmende for arbejdsglæde og motivation hos fagpersoner.

Eksempler på fremhævede indsatser i somatisk hospitalsregi

Polyfarmaci: Oprydning og seponering af medicin: Optimiststudiet: Et lodtrækningsstudie af ældre, internmedicinske patienter har vist, at en udvidet medicingennemgang under indlæggelse kan reducere risikoen for medicinrelaterede genindlæggelser og give en sundhedsøkonomisk gevinst (Ravn-Nielsen et al., 2018). Se fx <https://patientsikkerhed.dk/udvidet-medicingennemgang-forebygger-genindlaeggelser-og-det-betaler-sig/>.

Indsatser relateret til udredning og behandling i den sidste levetid: Flere projekter har afprøvet metoder til at gøre fagpersoner bedre i stand til at tage samtaler med patienter og pårørende om ønsker til den sidste levetid og behandlingsniveau. Se eksempler: <https://patientsikkerhed.dk/projekter/klar-til-samtalen/>

Ud over et fokus på redskaber målrettet den kliniske praksis fremhæves det derfor også som en central ledelsesopgave og som et politisk-administrativt ansvar at arbejde med de kliniske rammebetingelser fremadrettet.

6 Konklusion

Denne undersøgelse har haft til formål at bibringe en forståelse af, hvad uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er, og hvordan disse fænomener kan begrebsliggøres i en dansk sammenhæng. Derudover har formålet været at bibringe viden om, hvad der driver uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og at give en oversigt over mulige indsatsområder for at modvirke uhensigtsmæssig aktivitet i sundhedsvæsenet.

I dette afsluttende kapitel giver vi en kort opsamling af undersøgelsens overordnede fund i relation til det begrebsmæssige, drivkræfter og indsatsområder.

6.1 Væsentligt potentiale for at skabe forbedringer

Helt overordnet afdækker undersøgelsen et væsentligt potentiale ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Selvom undersøgelsen ikke gør det muligt at kvantificere omfanget af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, er der på tværs af alle interviewpersoner enighed om, at der er tale om vigtige problemområder, der kalder på handling. Af litteratur og interviews fremgår, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling kan have negativ betydning for ressourceforbrug og kapacitet i sundhedsvæsenet, kan reducere medarbejdermotivation og -trivsel samt medføre direkte og indirekte skadelige virkninger og beslutninger for patienter og pårørende. Ved at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er der et væsentligt potentiale for at sikre behandling til de personer, som har størst behov, forbedre arbejdsmiljøet for de ansatte i sundhedsvæsenet, øge den faglige kvalitet og udnytte de økonomiske ressourcer bedre.

6.2 Forskellige typer uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

I beskrivelsen af uhensigtsmæssig aktivitet i sundhedsvæsenet benyttes en række begreber og forståelser, der både vanskeliggør estimeringer af problemets omfang og debatten på området. Med afsæt i denne undersøgelse foreslår vi begreberne 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling' for at imødekomme udfordringerne relateret til denne pluralisme. Uhensigtsmæssig dokumentation sætter fokus på, at det 'uhensigtsmæssige' ikke kun afspejler den måde, som formelle krav er udformet, men også hvordan

kravene opfattes og implementeres af fagpersoner og ledere i sundhedsvæsenet. U hensigtsmæssig behandling forstås som behandlingsaktivitet, hvor de krævede ressourcer ikke står mål med værdien for patienter og samfund. Hvad der opfattes som uhensigtsmæssigt, kan derfor afhænge af, hvor i en organisation man er placeret, hvilken faggruppe man tilhører, eller den situation patienten befinder sig i. Dermed kommer der med det uhensigtsmæssige et fokus på at forstå konteksten.

Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling kan komme til udtryk på flere måder. Hvad angår uhensigtsmæssig dokumentation, skelner vi mellem dobbelt-dokumentation, besværlig dokumentation og meningsløs dokumentation. Hvad angår uhensigtsmæssig behandling, skelner vi mellem overdiagnostik, behandling med lav værdi og behandling med for høj specialiseringsgrad. Med dette begrebsmæssige afsæt har vi søgt at etablere en begrebsramme for at kortlægge og debattere, hvordan dokumentationspraksisser og behandlingsaktiviteter kan medvirke til, at sundhedsvæsenets ressourcer anvendes bedst muligt.

VIVE foreslår derfor at anvende begreberne uhensigtsmæssig dokumentation og uhensigtsmæssig behandling både i generelle debatter om uhensigtsmæssig aktivitet i sundhedsvæsenet og på det mere konkrete niveau, når løsninger skal identificeres.

6.3 Drivkræfter opstår på mange niveauer

Undersøgelsen har vist, at uhensigtsmæssig dokumentation og behandling er komplekse problemfelter, der opstår som konsekvens af en række drivkræfter. Disse drivkræfter opstår på flere niveauer i sundhedsvæsenet og med afsæt i flere faktorer samtidig. En uhensigtsmæssig aktivitet opstår som konsekvens af en række drivkræfter på forskellige niveauer, der interagerer og hænger sammen på tværs.

For at forstå en mulig uhensigtsmæssig aktivitet er det således vigtigt ikke kun at afdække, hvad og for hvem den er uhensigtsmæssig. Det er også centralt at få afdækket, hvilke drivkræfter på hvilke niveauer der leder til, at aktiviteten opstår og består. Uden denne grundige problemafdækning, der sikrer, at man adresserer problematikkerne på flere niveauer, er der risiko for, at man løser de forkerte problemer eller løser problemerne forkert.

VIVE foreslår derfor, at drivkræfter og deres sammenhæng på forskellige niveauer afdækkes, når en given uhensigtsmæssig aktivitet undersøges.

6.4 Behov for flerstrengede indsatser

Fordi problematikker omkring uhensigtsmæssig dokumentation og behandling opstår på flere niveauer, kan udfordringerne med uhensigtsmæssig dokumentation og behandling ikke løses med enkeltstående tiltag – de fordrer flerstrengede indsatser. Det betyder, at der til de komplekse og sammenhængende problematikker ikke er nogen simple løsninger, men at løsninger skal findes på tværs af niveauer med involvering af en række aktører. På strukturelt niveau er det nødvendigt at tænke i langsigtede og flerstrengede indsatser, som er bredt forankret i – og omkring – sundhedsvæsenet.

VIVE anbefaler derfor at arbejde med flere interessenter og en flerstrengt løsningsmodel med en række interventioner og løsninger på tværs af niveauer, når problematikker vedrørende uhensigtsmæssig aktivitet skal håndteres. Dermed opnås indsatser, der kan få praktisk betydning på flere niveauer.

På baggrund af undersøgelsens resultater fremhæver VIVE nedenstående sektorspecifikke indsatsområder. Indsatsområderne er udvalgt, fordi de netop lægger op til flerstrengede indsatser og vurderes at kunne gøre en praktisk forskel for medarbejdere og ledere i sundhedsvæsenet samt for patienter og pårørende:

1. **Integration af lovkomplekser og opgør med paragraf-organisering i den kommunale syge- og ældrepleje:** Sikre bedre overensstemmelse mellem formuleringer i sundheds- og serviceloven, som regulerer arbejdet i den kommunale syge- og ældrepleje, og gøre op med den stærke paragraf-organisering, som reducerer muligheden for at udøve faglige skøn. Dette vil kunne få afledte effekter på flere områder, herunder tilsyn, opbygning af it-systemer samt udførelsen af det borgernære arbejde.
2. **Bedre mulighed for gatekeeping i almen praksis:** Styrke alment praktiserende lægers muligheder for at udfylde gatekeeper-rollen og dermed bidrage til en sundhedsfaglig forsvarlig prioritering af sundhedsvæsenets ressourcer. Dette kræver dels et fokus på at nedbringe efterspørgslen på lægeattester og henvisninger fra bl.a. private sundhedsforsikringer og kommuner, dels at der skabes bedre mulighed for at løse udredningsopgaver i primærsektoren og varetage behandling af mere plejkrævende borgere i samarbejde med kommunerne.
3. **Understøttelse af en systematisk 'stop-op kultur' på hospitalsområdet:** Understøtte en stop-op-kultur, hvor kritisk refleksion i forhold til eksisterende praksis værdsættes og understøttes på alle organisa-

toriske niveauer i sundhedsvæsenet. Dette vil dels indebære en målrettet indsats fra myndigheder, faglige selskaber og patientorganisationer for at sikre dialog om omfang og sammenhæng mellem klager, sanktioner og politianmeldelser for at modvirke defensiv adfærd. Dels vil det indebære, at der tilvejebringes bedre beslutningsgrundlag for prioritering og afslutning af behandling, ved at man understøtter et systematisk, klinisk relevant evaluerings- og forskningsarbejde samt fælles beslutningstagning mellem fagpersoner, patienter og pårørende.



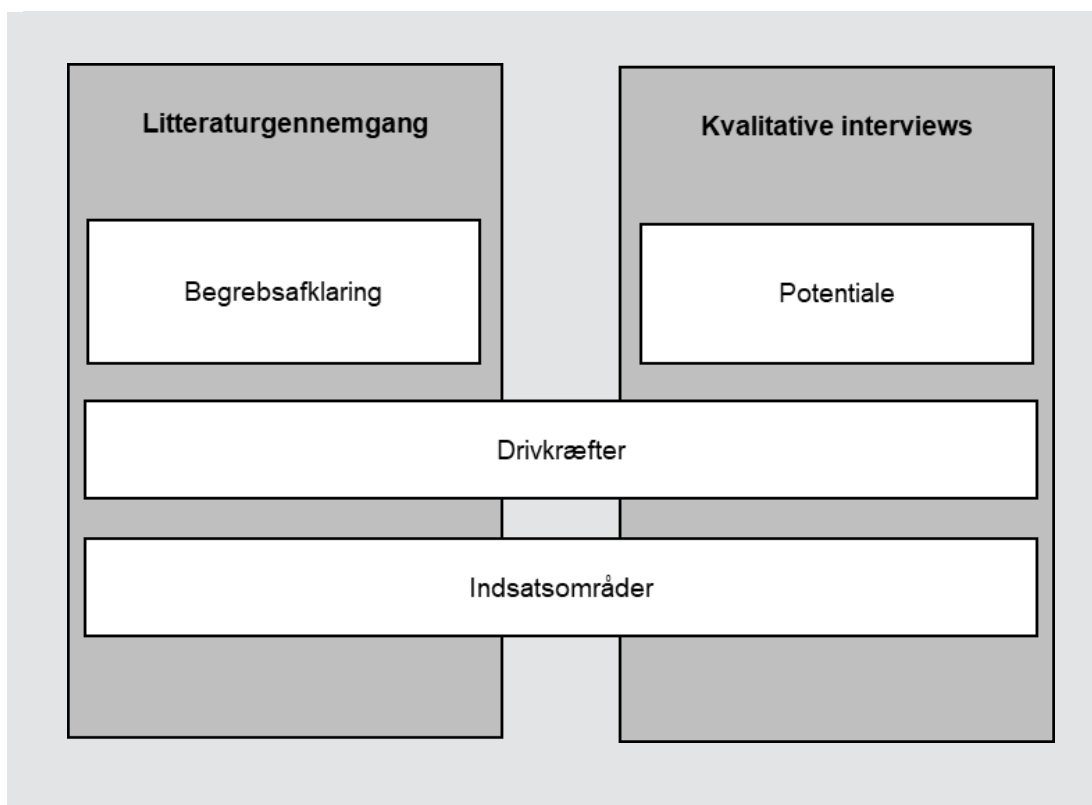
DEL 2

Metodisk grundlag

7 Design og metode

I dette kapitel beskriver vi det metodiske grundlag for undersøgelsen, der er gennemført i foråret 2023. Formålet med undersøgelsen var at bidrage til at kvalificere vidensgrundlaget for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling i en dansk kontekst. Vi har derfor anvendt et undersøgelsesdesign (se Boks 7.1) bestående af en gennemgang af udvalgt litteratur for at skabe en overordnet begrebsramme og et overordnet indblik i drivkræfter og indsatsområder samt en kvalitativ interviewundersøgelse, som giver detaljeret og kontekstuel viden om drivkræfter og mulige indsatsområder.

Boks 7.1 Undersøgelsesdesign



Undersøgelsen er gennemført på seks uger, hvorfor det har været nødvendigt at foretage de to delstudier parallelt. Delstudiernes resultater er løbende diskuteret på tværs. Dette er sket, dels for at indsigter fra litteraturen er bragt ind i interviews, dels for at litteraturforslag afdækket i interviews er inkluderet i litteraturgennemgangen.

Undersøgelsen har taget afsæt i det danske sundhedsvæsen og er afgrænset empirisk til kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis og det somatiske hospitalsvæsen. Psykiatri-området er således ikke en del af undersøgelsen. I forhold til kommunal syge- og ældrepleje har fokus kun været på uhensigtsmæssig dokumentation.

Undersøgelsens begrebsmæssige afsæt var 'unødig dokumentation' og 'overbehandling'. Begreberne 'uhensigtsmæssig dokumentation' og 'uhensigtsmæssig behandling', der anvendes i denne rapport, er udviklet af projektgruppen (se kapitel 2).

7.1 Litteraturgennemgang: metode og datagrundlag

Formålet med litteraturgennemgangen har været – inden for rammerne af undersøgelsen – at bidrage til begrebsafklaring og at udvikle typologier, der kan understøtte en nuanceret forståelse af uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Derudover har litteraturgennemgangen bidraget til kortlægningen af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling og – i mindre grad – mulige indsatsområder. Analysen har fulgt principper fra kritisk fortolkende litteratursyntese (Dixon-Woods *et al.*, 2006). Der er ikke tale om en udtømmende, systematisk litteraturgennemgang på grund af de ressource- og tidsmæssige rammer for undersøgelsen.

7.1.1 Litteratursøgning og udvælgelse

Litteratursyntesen har inkluderet både peer-reviewede forskningspublikationer og grå dansksproget litteratur.

Litteratursøgning og udvælgelse er foregået i en iterativ proces:

- > **Sekretariat for Kommissionen for Robusthed i Sundhedsvæsenet/Kommissionen** har bidraget primært med grå litteratur.
- > **VIVE har sideløbende kontakttet danske forskningsmiljøer** med henblik på at identificere relevant forskningslitteratur.

Disse indledende søgninger resulterede i 74 publikationer, som vi screenede på titel og abstract.

Screeningen blev foretaget ud fra følgende kriterier:

1. **Emne:** Vi har udvalgt grå litteratur og forskningspublikationer, som belyser et eller flere delelementer i undersøgelsen: 1) definitioner/typologi, 2) drivkræfter og 3) indsatsområder. Forskningslitteratur er udvalgt med henblik på dels at informere den begrebslige forståelse og udvikle typologier, dels at beskrive drivkræfter på et generisk niveau. Grå litteratur fra Danmark er udvalgt med henblik på at bidrage til kontekstualisering af drivkræfter og identificere mulige indsatsområder.
2. **Analyseniveau:** Vi har udvalgt publikationer, som behandler generiske problemstillinger frem for specifikke kliniske eksempler på fx overbehandling – både i forhold til den grå og den videnskabelige litteratur. Denne afgrænsning afspejler litteratursyntesens formål om at bidrage til en konceptuel afklaring og overordnet kortlægning af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling frem for at afdække specifikke, kliniske problemstillinger.
3. **Empirisk fokus:** For den grå litteratur har vi søgt at inkludere publikationer, som afdækker drivkræfter og mulige indsatser i almen praksis, det somatiske hospitalsvæsen og den kommunale syge- og ældrepleje.
4. **Periode:** Vi har som udgangspunkt afgrænset perioden til 2015-2023 for at sikre aktualitet og relevans.
5. **Kvalitet:** Vi har inkluderet litteratur, hvor der er transparens omkring metode og datagrundlag, og hvor vi vurderer, at den interne validitet er tilstrækkelig.
6. **Ressourcer:** Hvis samme resultater eller pointer er fremført i flere publikationer, har vi som udgangspunkt kun inkluderet den nyeste af hensyn til at kunne gennemføre analysen inden for undersøgelsens tidsmæssige og økonomiske ramme.

Via screeningen udvalgte vi 23 publikationer, som blev gennemlæst og analyseret. I forbindelse med denne læsning identificerede vi yderligere relevant litteratur via litteraturlister. Denne litteratur blev inddraget, hvis den bidrog med nye pointer eller nuancer til begrebsafklaringen eller kortlægningen af drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling. Blandt andet blev der udvalgt enkelte kilder, som bidrog med forståelse af klassiske definitioner på overbehandling og 'red tape'.

Samlet førte dette til udvælgelse af 15 publikationer, som omhandler uhensigtsmæssig dokumentation, og 19 publikationer, som omhandler uhensigtsmæssig behandling.

En liste over den udvalgte litteratur kan ses i Bilag 1 og Bilag 2.

7.1.2 Analyseproces

Ved gennemlæsning af publikationerne har vi identificeret og udtrukket passager, som indeholder: 1) definitioner og analytiske overvejelser om forskellige måder at begrebsliggøre uhensigtsmæssig dokumentation og behandling på, 2) beskrivelser af drivkræfter og mekanismer, som kan føre til uhensigtsmæssig dokumentation og behandling, og 3) forslag til og eksempler på indsatser, der kan bidrage til at modvirke uhensigtsmæssig dokumentation og behandling.

Teksten blev løbende samlet i tabeloversigter sammen med vores indledende analytiske kommentarer. Tabeloversigterne blev derefter drøftet i projektgruppen med henblik på at udlede analytiske antagelser ved forskellige måder at begrebsliggøre uhensigtsmæssig dokumentation og behandling samt beskrive drivkræfter på. Disse drøftelser ledte os dels frem til at tale om *uhensigtsmæssig* dokumentation og behandling (i kontrast til eksempelvis 'overbehandling') for at fordre en kontekstafhængig forståelse af fænomenerne og muliggøre en bred analyseramme.

Sideløbende med udarbejdelsen af tabeloversigterne arbejdede vi med at udvikle modeller, som kunne sammenfatte og visualisere de væsentligste pointer. Modellerne fungerede samtidig som et analyseværktøj på den måde, at de tvang os til at drøfte og forholde os eksplicit til relationerne mellem forskellige typer drivkræfter i projektgruppen. Modellerne med cirklerne, der er indlejret i hinanden, blev valgt for at illustrere pointen om, at drivkræfter for uhensigtsmæssig dokumentation og behandling opstår på flere forskellige niveauer, som kan påvirke hinanden gensidigt og derfor kalder på flerstrengede indsatser.

Modellerne er udviklet med henblik på at skabe overblik over forskellige typer drivkræfter og mulige indsatsområder. Formålet har således været at bidrage til en bred afdækning – ikke at prioritere eller rangordne drivkræfter og indsatsområder i forhold til deres betydning i det danske sundhedsvæsen.

7.2 Kvalitativ interviewundersøgelse: metode og datagrundlag

Formålet med den kvalitative interviewundersøgelse var inden for undersøgelsens rammer at udforske forståelser, drivkræfter og mulige indsatsområder, som de anskues af nøgleaktører i sundhedsvæsenet. Interviewundersøgelsen bestod af to runder, hvor runde 1 havde et eksplorativt fokus, mens runde 2 havde til formål at kvalificere de indledende fund.

7.2.1 Metode for interviewrunde 1 og 2

Interviewene er gennemført som virtuelle interviews med en varighed af ca. 1 time. To af forfatterne deltog i alle interviews som skiftevis interviewer eller referent. Interviewene er lydoptagede med interviewpersonernes accept. Der er desuden skrevet udførlige noter af hvert interview, som efter gennemskrivning og i et enkelt tilfælde en gennemlytning af interviewet er anvendt som afsæt for analysearbejdet.

Ikke alle faggrupper/kliniske områder er repræsenteret i interviewundersøgelsen. Dette skyldes bl.a. den korte tidsramme, og at nogle mulige interviewpersoner ikke besvarede vores henvendelser. I interviewundersøgelsens kommunale del var der alene fokus på uhensigtsmæssig dokumentation. Antallet af interviewpersoner i denne del er begrænset, men interviewpersoner fra de øvrige sektorer og fra de tværgående initiativer/organisationer har suppleret med relevant viden, bl.a. ud fra indgående sektorkendskab og erfaringer med det tværsektorielle samarbejde. Desuden besidder VIVE en væsentlig viden på det kommunale område, som også er trukket ind i undersøgelsen via forfattergruppens viden og sparring med kolleger med ekspertviden på området.

Alle interviewpersoner fik tilsendt skriftlig information om undersøgelsen, herunder oplysninger om anonymitetsforhold og dataopbevaring. De har indvilget i at blive nævnt i en oversigt over interviewpersoner (se Bilag 3).

Interviewene er udført i marts og april 2023.

7.2.2 Interviewundersøgelsens runde 1

Interviewundersøgelsens runde 1 havde en eksplorativ tilgang, hvor fokus var at udforske opfattelser og udbredelse af overbehandling og unødigt dokumentation. Derudover var fokus at udforske drivkræfter samt at afdække eksisterende indsatser og mulige indsatsområder. Vi udarbejdede en interviewguide med afsæt i den indledende litteraturgennemgang og med afsæt i undersøgelsens fokusområder. Interviewtemaer er beskrevet i Boks 7.2.

Boks 7.2 Interviewtemaer i runde 1: uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

- > Forståelse og anvendelse af begreber
- > Udbredelse og erfaring
- > Konsekvenser
- > Drivkræfter
- > Kendskab til indsatser
- > Mulige indsatsområder
- > Forslag til interviewpersoner
- > Forslag til litteratur.

Interviewpersoner i runde 1 var sundhedsaktører med central viden om undersøgelsens fokusområder. Mulige interviewpersoner blev identificeret via:

- Et VIVE-udarbejdet overblik over faglige selskaber
- Litteraturgennemgang
- Kontakt til forskningsmiljøer og sundhedsaktører
- Sekretariatet for Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet
- Interviewpersoner.

Interviewpersoner blev udvalgt med afsæt i:

- Central viden om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling
- Bred sektorrepræsentation: kommunal syge- og ældrepleje, almen praksis, somatisk hospitalsvæsen
- Bred repræsentation af kliniske områder/specialer/faggrupper
- Bred repræsentation af tværgående initiativer og organisationer.

Vi kontaktede interviewpersoner via e-mail og eventuelt et opfølgende telefonopkald. 21 interviewpersoner deltog i 13 interviews. Seks af de 13 interviews var gruppeinterviews med mellem to og fire deltagere fra samme organisation/sector. Tabel 7.1 viser et overblik over interviewpersoner, mens Bilag 3 giver et detaljeret indblik i interviewpersoner og organisatorisk tilhør.

Tabel 7.1 Oversigt over interviewpersoner i runde 1

Runde 1	Antal interviews	Antal interviewpersoner
Kommunal sygepleje (kun uhensigtsmæssig dokumentation)	1	2
Almen praksis	3	6
Somatisk hospitalsvæsen	4	6
Tværgående initiativer/organisationer	5	7
I alt	13	21

7.2.3 Interviewundersøgelsens runde 2

I interviewundersøgelsens runde 2 byggede vi videre på runde 1 ved at 1) udforske interviewtemaerne yderligere og 2) kvalificere foreløbige fund fra litteraturgennemgang og interviews. Vi udarbejdede en interviewguide med afsæt i runde 1's interviewguide og undersøgelsens foreløbige fund. Interviewtemaer er beskrevet i Boks 7.3.

Boks 7.3 Interviewtemaer i runde 2: uhensigtsmæssig dokumentation og behandling

- > Begrebsafklaring og typologi: kvalificering
- > Drivkræfter: udforskning + kvalificering
- > Indsatsområder: udforskning + kvalificering.

Interviewpersoner i runde 2 var ekspertinformanter med central viden om undersøgelsens fokusområder. Mulige interviewpersoner blev identificeret via:

- Litteraturgennemgang

- Kontakt til forskningsmiljøer og sundhedsaktører
- Interviewpersoner fra runde 1
- Sekretariatet for Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet.

Interviewpersoner blev udvalgt med afsæt i:

- Central viden om uhensigtsmæssig dokumentation og behandling
- Bred sektorrepræsentation: kommunal sygepleje, almen praksis, somatisk hospitalsvæsen
- Tilknytning til tværgående initiativer og organisationer.

Vi kontaktede interviewpersoner via e-mail og eventuelt et opfølgende telefonopkald. Syv interviewpersoner deltog i seks interviews. Ét interview var et gruppeinterview med to interviewpersoner fra samme organisation. I Tabel 7.2 ses et overblik over interviewpersoner, mens Bilag 3 giver et detaljeret indblik i interviewpersoner og organisatorisk tilhør.

Tabel 7.2 Overblik over interviewpersoner runde 2

Runde 2	Antal interviews	Antal interviewpersoner
Kommunal sygepleje (kun uhensigtsmæssig dokumentation)	1	1
Almen praksis	1 (+ 1)	2 (+ 1)
Somatisk hospitalsvæsen	1 (+ 1)	1 (+ 1)
Tværgående initiativer/organisationer	3	3
I alt	6 interviews	7 interviewpersoner

I to tilfælde dækkede den samme interviewperson to sektorer (se tal i parentes), men er i tabellen listet i den sektor, som vedkommende primært var rekrutteret til.

7.2.4 Analyseproces

Vi foretog en tematisk netværksanalyse med inspiration fra Attride-Stirling (2001). Vi gennemlæste de udførlige interviewnoter og kodede dem deduktivt ud fra interviewtemaer, interviewundersøgelsens to runder og undersøgelsens to hovedfokus (uhensigtsmæssig dokumentation og behandling). Dernæst tematiserede vi materialet i overordnede temaer (fx Organisering), som vi efterfølgende brød ned i mere konkrete temaer (fx Rutiner). Disse overordnede og konkrete temaer samt deres indbyrdes netværkssammenhæng udgør interviewundersøgelsens fund.

7.3 Triangulering af fund på tværs af datakilder

Fund fra litteraturgennemgang og interviews er trianguleret med henblik på at udvikle en samlet fortolkning og forståelse af begreber, drivkræfter og indsatsområder. Trianguleringen er foregået i følgende proces:

1. Udarbejdelse af tabeloversigter med tilhørende beskrivelser fra litteraturgennemgang
2. Drøftelse af tabeloversigter i den samlede forfattergruppe med henblik på at udlede analytiske antagelser ved forskellige måder at begrebsliggøre uhensigtsmæssig dokumentation og behandling samt beskrive drivkræfter på
3. Udvikling af modeller, som visualiserer væsentligste pointer
4. Drøftelse af modeller med afsæt i de tematiserede fund fra interviewundersøgelsen med henblik på videreudvikling af modeller og uddybningen af dem.

7.3.1 Sektorspecifikke opsummeringer

De sektorspecifikke opsummeringer har til formål at identificere de primære drivkræfter og indsatsområder for de tre sektorer. Disse er udarbejdet med afsæt i den triangulerede analyse og bygger dermed både på data fra litteraturgennemgangen og interviewundersøgelsen. Udvælgelsen af drivkræfter og indsatsområder er sket med afsæt i en samlet vurdering af problemfelter og eksempler på løsninger. Der er tale om pointer, der går igen på tværs af interviews og litteratur og/eller på tværs af interviews, og der fremhæves som væsentlige.

De sektorspecifikke opsummeringer er ikke udtømmende lister, idet undersøgelsen har identificeret en række andre væsentlige drivkræfter og mulige indsatsområder.

De konkrete eksempler på lovende og/eller afprøvede løsninger, som hver sektorspecifik opsummering afsluttes med, er udpeget af interviewpersoner og er inkluderet med det formål at kunne inspirere til udvikling af lokal praksis, og fordi de udgør et eksempel på en flerstrengt tilgang.

7.3.2 Kvalificering af pointer på workshop

Kommission for Robusthed i Sundhedsvæsenet og VIVE arrangerede en workshop med det formål at diskutere undersøgelsens fund for derved at kvalificere kommissionens arbejde med anbefalinger. Workshopdeltagere var kommissionsmedlemmer og centrale sundhedsaktører. Overordnet gav workshopdeltagere opbakning til undersøgelsens fund. Workshopen tog afsæt i de sektorspecifikke opsamlinger og bidrog med kvalificering af fund og centrale pointer, herunder et skærpet fokus på behovet for klinisk forskning og på muligheder og begrænsninger ved vejledninger.

Litteratur

Litteraturen, som kapitel 3 og 4 bygger på, er gengivet i Bilag 1 og Bilag 2.

Andersen, M., Kjellberg, P. and Skriver, N. (2022) *Udviklet og drøftet i regi af ekspertgruppe 2 vedr. forberedelse af ny Ældrelov*. København, DK: Social- og Ældreministeriet.

Andersen, M. K. *et al.* (2017) 'General practitioners' attitudes towards and experiences with referrals due to supplemental health insurance', *Family Practice*, 34(5), pp. 581–586.

Armstrong, N. (2021) 'Overdiagnosis and overtreatment: a sociological perspective on tackling a contemporary healthcare issue', *Sociology of Health and Illness*, 43(1), pp. 58–64.

Attride-Stirling, J. (2001) 'Thematic networks: an analytic tool for qualitative research', *Qualitative Research*, 1(3), pp. 385–405.

Bozeman, B. (1993) 'A theory of government "red tape"', *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3), pp. 273–304.

Bozeman, B. (2000) *Bureaucracy and Red Tape*. Upper Saddle River, N.J: Prentice Hall.

Brownlee, S. *et al.* (2017) 'Evidence for overuse of medical services around the world', *The Lancet*, 390(10090), pp. 156–168.

Choosing Wisely (2023) *Choosing Wisely: Promoting conversations between patients and clinicians*, ABIM Foundation. Available at: <https://abimfoundation.org/what-we-do/choosing-wisely>.

Damsgaard, D. (2022) *Lægers forskning giver for sjældent værdi for patienter og sundhedsvæsen*, *Ugeskrift for Læger*. Available at: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/laegers-forskning-giver-sjaeldent-vaerdi-patienter-og-sundhedsvaesen>.

Dixon-Woods, M. *et al.* (2006) 'Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups', *BMC Medical Research Methodology*, 6(1), pp. 35–35.

- Elshaug, A. G. *et al.* (2017) 'Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care', *The Lancet*, 390(10090), pp. 191–202.
- Frølich, A. and Stockmarr, A. (2022) *Multisygdom i Danmark: Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed*. Slagelse, DK: Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom.
- Glasziou, P. *et al.* (2017) 'Evidence for underuse of effective medical services around the world', *The Lancet*, 390(10090), pp. 169–177.
- Hasse, H. T. (2021) *Er der en grænse for, hvor længe behandlingen bør fortsættes?*, *Sundhedsmonitor*. Available at: <https://sundhedsmonitor.dk/debat/art8370890/Er-der-en-grænse-for-hvor-længe-behandlingen-bør-fortsættes>.
- Iversen, A. and Kjellberg, J. (2018) *Flere ældre og nye behandlinger – Hvad kommer det til at koste? Udviklingen i sundhedsvæsenets økonomi, ressourcer og opgaver*. København, DK: VIVE.
- Jønsson, A. B. R. and Brodersen, J. B. (2022) *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. København, DK: Samfundslitteratur.
- Larsen, J. G. (2021) *Kronikertaskforce skal sætte fokus på overmedicinering, Altinget*. Available at: <https://www.alinget.dk/aeldre/artikel/apotekerne-lad-private-aktoerer-hjaelpe-sundhedsvaesenet>.
- Larsen, M. and Jakobsen, V. (2022) *Arbejdskraftmangel og rekrutteringsudfordringer på de store velfærdsområder: Forundersøgelse af eksisterende viden*. København. DK: VIVE.
- Lee, D., Rischel, V. and Larsen, A. H. (eds) (2022) *Kvalitet og forenkling af dokumentation: Inspirationskatalog på baggrund af erfaringer fra Sønderborg Kommune til alle, der ønsker at forenkle dokumentationsprocesser og skabe mere tid til - og kvalitet for - borgerne*. Frederiksberg, DK: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Lindemann, B. (2022) *Overdiagnostik oversvømmer almen praksis, Dagens Medicin*. Available at: <https://dagensmedicin.dk/overdiagnostik-oversvoemmer-almen-praksis/>.
- van Loon, N. M. and Jakobsen, M. L. F. (2022) 'Connecting the dots between performance management and red tape perceptions', *International Public Management Journal*, 25(3), pp. 435–453.

- Lykkegaard, J. *et al.* (2022) 'Defensiv medicin i almen praksis', *Månedsskrift for Almen Praksis*, pp. 862–870.
- Malling, B. *et al.* (2021) 'The Danish Choosing Wisely concept', *Danish Medical Journal*, 68(10), pp. 1–8.
- OECD (2017) *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris, FR: OECD Publishing.
- PA Consulting (2023) *Dokumentationspraksis i den kommunale ældrepleje*. Nordhavn, DK: PA Consulting.
- Perner, A. (2021) *Sundhedsvæsenet spilder for 20-30 milliarder kroner hvert år*, *Ugeskrift for Læger*. Available at: <https://ugeskriftet.dk/debat/sundhedsvaesenet-spilder-20-30-milliarder-kroner-hvert-ar>.
- Ravn-Nielsen, L. V. *et al.* (2018) 'Effect of an In-Hospital Multifaceted Clinical Pharmacist Intervention on the Risk of Readmission: A Randomized Clinical Trial', *JAMA Internal Medicine*, 178(3), pp. 375–382.
- Saini, V. *et al.* (2017) 'Drivers of poor medical care', *The Lancet*, 390(10090), pp. 178–190.
- Social- Bolig- og Ældreministeriet (2022) *Afrapportering: Arbejdsgruppen om tilsyn på ældreområdet*. København, DK: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.
- Social- og Ældreministeriet (2022) *En ældrepleje med tid til omsorg: Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder*. København, DK: Social- og Ældreministeriet.
- Topholm, E. H.-E. and Kürstein, P. K. (2023a) *Paragraforganisering og andre kilder til bureaukrati i ældreplejen*, *Kommunal Sundhed*. Available at: <https://kommunalsundhed.dk/paragraforganisering-og-andre-kilder-til-bureaukrati-i-aeldreplejen/>.
- Topholm, E. H.-E. and Kürstein, P. K. (2023b) *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. København. DK: VIVE.

Bilag 1 Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig dokumentation

Inkluderet litteratur i litteraturgennemgangen:

Bozeman, B. (1993) 'A theory of government "red tape"', *Journal of Public Administration Research and Theory*, 3(3), pp. 273–304.

Bozeman, B. (2000) *Bureaucracy and Red Tape*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.

Green, S. *et al.* (2023) 'The practical ethics of repurposing health data: how to acknowledge invisible data work and the need for prioritization', *Medicine, Health Care and Philosophy*, 26(1), pp. 119–132.

Hoeyer, K. (2023) *Data Paradoxes: The Politics of Intensified Data Sourcing in Contemporary Healthcare*. Cambridge, MA: MIT Press.

Hoeyer, K. and Wadmann, S. (2020) "'Meaningless work": How the datafication of health reconfigures knowledge about work and erodes professional judgement', *Economy and Society*, 49(3), pp. 433–454.

IQVIA (2021) *Kommunernes adgang til Sundhedsjournalen: behov og mulighed for levering af data*. København, DK: IQVIA.

KL (2023) *Program: Afbureaukratisering og mere enkel og hensigtsmæssig dokumentation*. København, DK: KL.

Lee, D., Rischel, V. and Larsen, A. H. (eds) (2022) *Kvalitet og forenkling af dokumentation: Inspirationskatalog på baggrund af erfaringer fra Sønderborg Kommune til alle, der ønsker at forenkle dokumentationsprocesser og skabe mere tid til - og kvalitet for - borgerne*. Frederiksberg, DK: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

van Loon, N. M. and Jakobsen, M. L. F. (2022) 'Connecting the dots between performance management and red tape perceptions', *International Public Management Journal*, 25(3), pp. 435–453.

Møller, N. H., Eriksen, M. G. and Bossen, C. (2020) 'A Worker-Driven Common Information Space: Interventions into a Digital Future', *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 29(5), pp. 497–531.

PA Consulting (2023) *Dokumentationspraksis i den kommunale ældrepleje*. Nordhavn, DK: PA Consulting.

Social- Bolig- og Ældreministeriet (2022) *Afrapportering: Arbejdsgruppen om tilsyn på ældreområdet*. København, DK: Social-, Bolig- og Ældreministeriet.

Social- og Ældreministeriet (2022) *En ældrepleje med tid til omsorg: Afrapportering fra det rådgivende panel, ekspertgrupper og borgermøder*. København, DK: Social- og Ældreministeriet.

Topholm, E. H.-E. and Kürstein, P. K. (2023) *Visitation på ældreområdet: En kvalitativ analyse af processer omkring visitation og revisitation*. København. DK: VIVE.

Wadmann, S., Holm-Petersen, C. and Levay, C. (2019) 'We don't like the rules and still we keep seeking new ones': The vicious circle of quality control in professional organizations', *Journal of Professions and Organization*, 6(1), pp. 17–32.

Bilag 2 Litteraturgennemgang: uhensigtsmæssig behandling

Inkluderet litteratur i litteraturgennemgangen:

Andersen, M. K., Munck, A. and Lykkegaard, J. (2019) *Audit om Defensiv medicin i almen praksis - Region Syddanmark*. Odense, DK: Audit Projekt Odense (APO), Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense.

Armstrong, N. (2021) 'Overdiagnosis and overtreatment: a sociological perspective on tackling a contemporary healthcare issue', *Sociology of Health and Illness*, 43(1), pp. 58–64.

Berger, Z. D. *et al.* (2017) 'Patient centred diagnosis sharing diagnostic decisions with patients in clinical practice', *BMJ*, pp. 1–8.

Brodersen, J. *et al.* (2018) 'Overdiagnosis: what it is and what it isn't', *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1), pp. 1–3.

Brownlee, S. *et al.* (2017) 'Evidence for overuse of medical services around the world', *The Lancet*, 390(10090), pp. 156–168.

Grimshaw, J. M. *et al.* (2020) 'De-implementing wisely: Developing the evidence base to reduce low-value care', *BMJ Quality and Safety*, 29(5), pp. 409–417.

Helsepersonellkommissjonen (2023) *Tid for handling: Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo, NO: Norges offentlige utredninger.

Implement Consulting Group (2023) [Forthcoming] *Analyse af kompetencemangel i sundhedsvæsenet*. Hellerup, DK: Implement Consulting Group.

Jenniskens, K. *et al.* (2017) 'Overdiagnosis across medical disciplines: A scoping review', *BMJ Open*, 7(12), pp. 1–9.

Jønsson, A. B. R. and Brodersen, J. B. (2022) *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver*. København, DK: Samfundslitteratur.

Lundby, C. *et al.* (2022) *Afmedicinering i danske kliniske behandlingsvejledninger*, Ugeskrift for Læger. Available at: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/afmedicinering-i-danske-kliniske-behandlingsvejledninger>.

- Lykkegaard, J. *et al.* (2022) 'Defensiv medicin i almen praksis', *Månedsskrift for Almen Praksis*, pp. 862–870.
- Malling, B. *et al.* (2021) 'The Danish Choosing Wisely concept', *Danish Medical Journal*, 68(10), pp. 1–8.
- Oliver, D. (2022) 'Needs, wants and demand for care', *BMJ*, 376.
- Pathirana, T., Clark, J., & Moynihan, R. (2017) 'Mapping the drivers of overdiagnosis to potential solutions', *BMJ*, 358, pp. 1–9.
- Raft, C. F., Høffer, M. and Laursen, P. B. (2021) *Når mere ikke er bedre. Et perspektiv på patienter og pårørendes oplevelser med unødvendige behandlinger og undersøgelser*. Aarhus, DK: Vælg Klogt.
- Roksund, G., Brodersen, J., Johnson, G. E., Hjörleifsson, S., Laudal, M., & Swensen, E. (2016) 'Overdiagnosis – Norwegian general practitioners show the way', *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136, pp. 1903–1905.
- Rozbroj, T. *et al.* (2021) 'How do people understand overtesting and overdiagnosis? Systematic review and meta-synthesis of qualitative research', *Social Science & Medicine*, 285, pp. 1–14.
- Saini, V. *et al.* (2017) 'Drivers of poor medical care', *The Lancet*, 390(10090), pp. 178–190.

Bilag 3 Oversigt over interviewpersoner

Bilagstabel 3.1 Interviewpersoner i runde 1

Runde 1: I alt 13 interviews med 21 interviewpersoner		
Interview nr.	Navn og titel	Organisation
1	Direktør Inge Kristensen Vicedirektør Vibeke Rischel	Dansk Selskab for Patientsikkerhed
2	Chefkonsulent i Sundhedsstyrelsen Simon Tarp Chefkonsulent i Sundhedsstyrelsen Solveig Forberg	IRF (Indsatser for Rationel Farmakoterapi)
3	Sygeplejerske og ph.d.-studerende Henriette Tind Hasse	Dansk Center for Sundhedsøkonomi
4	Dokumentationsansvarlig plejecentersygeplejerske Melanie Clivaz-Nielsen, Københavns Kommune Dokumentationsansvarlig hjemmesygeplejerske Louise Høy, Aarhus Kommune	Fagligt selskab for sygeplejersker i kommunerne
5	Formand og ledende overlæge Susanne Axelsen, AUH	LVS/Vælg Klogt
6	Praktiserende læge, leder af Audit Projekt Odense, klinisk professor Jesper Lykkegaard	Forskningsenheden for Almen Praksis, Esbjerg/Odense
7	Direktør, Morten Freil	Danske Patienter
8	Praktiserende læge og lektor Merethe Kirstine Andersen	Forskningsenheden for Almen Praksis, Odense
9	Repræsentant for DRS, cheflæge Martin Lunds-gaard Hansen, Rigshospitalet Repræsentant for DRS, cheflæge Jakob Møller, Sygehus Lillebælt	Dansk Radiologisk Selskab (DRS)
10	Formand, klinisk laboratoriegenetiker og professor Inge Søkilde Pedersen, AAU, AAU	Dansk Selskab for Kliniske Akademikere
11	Medlem af DSIM's bestyrelse, reumatolog Annette Schlemmer, Regionshospitalet Randers Medlem af DSIM's bestyrelse og formand for Dansk Selskab for Geriatri, geriater, klinisk lektor Martin Schultz, Herlev og Gentofte Hospital	Dansk Selskab for Intern Medicin (DSIM)
12	Formand, medlem af Det Ethiske Råd og ledende overlæge Anette Hygum, Sygehus Lillebælt	Dansk Selskab for Palliativ Medicin
13	Formand og praktiserende læge Bolette Friederichsen Næstformand og praktiserende læge Christina Kjerulff Praktiserende læge og medlem af styregruppe for 'Vælg klogt' Anders Beich Bestyrelsesmedlem og praktiserende læge Søren Due-Andersen	Dansk Selskab for Almen Medicin

Bilagstabel 3.2 Interviewpersoner i runde 2

Runde 2: I alt 6 interviews med 7 interviewpersoner		
Interview nr.	Navn og titel	Organisation
1	Formand, overlæge Camilla Noelle Rathcke, Herlev og Gentofte Hospital	Lægeforeningen
2	Formand, lægefaglig vicedirektør Kirsten Wisborg, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Dansk Selskab for Ledelse i Sundhedsvæsenet
3	Enhedschef, overlæge Charlotte Hjort	Styrelsen for Patientsikkerhed
4	Lægefaglig leder Thomas Bo Drivsholm Souschef Thomas Bo Nielsen	KiaP
5	Professor klinisk farmaceut Anton Pottegård	Syddansk Universitet, OUH
6	Projektchef, scient.adm. RUC, ph.d. Pia Kürstein Kjellberg	VIVE – Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

VIVÉ