



Christina Holm-Petersen, Sarah Wadmann og Natascha Belén Vejen Andersen

Styringsreview på hospitalsområdet

Forslag til procedure- og regelforenkling



Styringsreview på hospitalsområdet – Forslag til procedure- og regelforenklning

Publikationen kan hentes på www.kora.dk

© KORA og forfatterne 2015

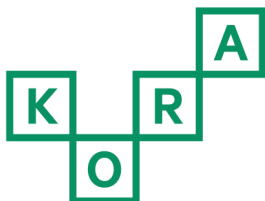
Mindre uddrag, herunder figurer, tabeller og citater, er tilladt med tydelig kildeangivelse. Skrifter, der omtaler, anmelder, citerer eller henviser til nærværende, bedes sendt til KORA.

© Omslag: Mega Design og Monokrom

Udgiver: KORA
ISBN: 978-87-7509-831-6
Projekt: 10775

KORA
Det Nationale Institut for
Kommuners og Regioners Analyse og Forskning

KORA er en uafhængig statslig institution, hvis formål er at fremme kvalitetsudvikling samt bedre ressourceanvendelse og styring i den offentlige sektor.



Det Nationale Institut
for Kommuners og Regioners
Analyse og Forskning

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00

Forord

Denne rapport er resultatet af et udredningsarbejde om styring på danske hospitaler. Rapporten dokumenterer det registrerings- og dokumentationspres, mange hospitalsansatte oplever, kendetegner hospitalerne i dag.

En central konklusion i rapporten er, at særlig implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel og lignende styringstiltag har bidraget til oplevelsen af øgede dokumentationskrav på hospitalerne. Hertil kommer, at en række lovfæstede patientrettigheder med tilhørende monitoreringskrav har ført til øget registreringsarbejde i den kliniske hverdag. Derudover bevirker den nuværende it-understøttelse af kvalitetsdokumentationen, at dokumentationsarbejdet bliver tidskrævende og besværligt at gennemføre blandt andet gennem dobbeltregistreringer. Den samlede dokumentations- og registreringsbyrde opleves af klinikerne i dag at være så stor, at den udgør en udfordring i forhold til at sikre den fornødne tid og fokus på behandlingen og plejen af patienterne.

Reviewet er blevet fulgt af en styregruppe bestående af repræsentanter fra Danske Regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Finansministeriet og Økonomi- og Indenrigsministeriet (formand).

KORAs opgave har bestået i at afdække de forskellige styringsmidler gennem et bottom-up-perspektiv. Det har været et mål, at undersøgelsen skulle udmunde i en række handlingsrettede anbefalinger, som er relevante for alle projektets parter. Dette med henblik på at muliggøre en sanering af dokumentationskrav og fokusere styringen, så den bliver enklere, mere meningsfuld for medarbejderne og bedre understøtter patientforløbene.

Der er forud for offentliggørelse af undersøgelsens resultater allerede taget politisk handling på dele af rapportens konklusioner og anbefalinger. For eksempel er regeringen og Danske Regioner blevet enige om at udfase Den Danske Kvalitetsmodel, og regeringen har lanceret et nyt nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015).

Dataindsamlingen er forestået af projektchef, ph.d. Christina Holm-Petersen, projektleder Marie Brandhøj Wiuff og forsker, ph.d. Sarah Wadmann. Professor Jakob Kjellberg har forestået et af interviewene med deltagende nøglepersoner og har givet løbende sparring til projektet og rapporten. Analyse og rapportskrivning er forestået af Christina Holm-Petersen og Sarah Wadmann. Praktikant, bac.san.publ. Natascha Belén Vejen Andersen har bistået med bearbejdning af interview, tekst og analysearbejde i relation til specifikke styringsredskaber beskrevet i rapporten. Rapporten har været i eksternt review. Analyse- og forskningschef Vibeke Normann Andersen har læst internt review på rapporten.

Undersøgelsen er finansieret af Økonomi- og Indenrigsministeriet og Danske Regioner.

KORA ønsker at rette en stor tak til alle de medarbejdere og ledere på de fem danske hospitaler, der har medvirket i undersøgelsen samt de nationale og regionale nøglepersoner, der efterfølgende har medvirket i interview.

Indhold

Sammenfatning, konklusioner og anbefalinger	6
1 Indledning	15
1.1 Tidligere undersøgelser	15
1.2 Baggrund for Styringsreview på hospitalsområdet	17
1.3 Undersøgelsesdesign	17
1.4 Begrebsafklaring	20
1.5 Læsevejledning	21
2 De primære udfordringer relateret til styring og dokumentation	23
2.1 Det var nødvendigt at gøre noget	23
2.2 Mængden er den egentlige udfordring	26
2.3 For meget <i>one-size-fits-all</i> -tænkning	28
2.4 Dokumentation af negative fund	30
2.5 Gentagelser af procedurer (screeninger)	31
2.6 Opsamling og diskussion	32
3 Konsekvenser og påvirkning i hverdagen	34
3.1 Konsekvenser for det kliniske arbejde	34
3.2 Fokus forskubbes fra individuelle patientbehov	36
3.3 Konsekvenser for motivation	38
3.4 Konsekvenser for patientsikkerhed	41
3.5 Konsekvenser for ledelsesopgaver og lokalt ledelsesrum	44
3.6 Opsamling og diskussion	46
4 Når kvalitetsmålinger ikke indfanger den "egentlige" kvalitet	48
4.1 Kvalitetsmålinger indfanger ikke klinisk kvalitet	48
4.2 Måling følges ikke nødvendigvis af adækvat handling	51
4.3 Diskussion og opsamling	54
5 Hvordan opstår det styringsmæssige pres?	57
5.1 Politisering af sundhedsområdet	57
5.2 Opskalering af krav på regions- og hospitalsniveau	59
5.3 Ledelsespres og frygt for ikke at opnå akkreditering	62
5.4 Medarbejdernes frygt for kritik og klagesager	66
5.5 Diskussion og opsamling	67
6 It-understøttelsen af dokumentationen	70
6.1 Når it gør dokumentationsarbejdet mere besværligt	70
6.2 Manglende integration mellem it-systemer	73
6.3 Struktur og overblik i EPJ	77
6.4 Diskussion og opsamling	79
7 Styring af kvalitet i fremtiden	81
7.1 Lokalt ledelsesrum	81

7.2	Standarder er ikke nok	82
7.3	Kritisk revision af eksisterende standarder	83
7.4	Monitoreringskrav og databrug	86
7.5	Integration af kvalitetsarbejde og klinisk arbejde	88
7.6	Centrale kvalitetsudfordringer på hospitalerne i dag	88
7.7	Kort opsamling	89
Del 2: Konkrete styringstiltag		90
8	Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og akkreditering	91
8.1	Akkreditering	91
8.2	Journalaudit	92
8.3	Kontaktpersonordningen	92
8.4	Screening for og opfølgning på livsstilsbetinget risiko (KRAM-screening)	97
8.5	Ernæringscreening	101
8.6	Observation og opfølgning på kritiske observationsfund	106
8.7	Medicinopbevaring	109
8.8	Patientidentifikation	112
8.9	Patientinddragelse og Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredshed (LUP)	115
8.10	Patientinddragelse og informeret samtykke	118
8.11	Genoptræningsplaner	124
9	Patientsikkert Sygehus	127
9.1	Tryksårsscreening	127
10	Medicinafstemning, -gennemgang og Det Fælles Medicinkort (FMK)	133
10.1	Hvilket problem skal krav om medicinafstemning og -gennemgang løse?	133
10.2	Hvad er kravene, og hvor kommer de fra?	133
10.3	Hvad er problemerne i praksis?	136
10.4	Hvad kan man gøre?	139
11	Andre styringsredskaber	141
11.1	Udrednings- og behandlingsgarantier	141
11.2	Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)	146
Litteratur		149
Bilag 1: Analysestrategi og metode		157
Udgangspunkt i empirisk oplevede problemer		157
Empiri-indsamling		158
Analyse af empirien		162

Sammenfatning, konklusioner og anbefalinger

Formålet med denne undersøgelse har været at undersøge, hvordan forskellige styringstiltag påvirker det daglige arbejde på hospitalsafdelinger. På baggrund heraf opstilles en række anbefalinger til konkrete områder, hvor det vurderes, at der vil kunne ske en mere optimal målopfyldelse gennem en enklere og mere fokuseret styring. Undersøgelsen har haft et særligt fokus på dokumentation og registreringsarbejde på hospitalerne.

Baggrunden for undersøgelsen er en enighed mellem regeringen og Danske Regioner om at nytænke og komme med konkrete forslag til afbureaukratisering for at sikre, at sundhedspersonalet får mere tid til pleje og behandling af patienterne.

Konklusionen på undersøgelsen er, at mængden af dokumentation i dag må anses for at være uhensigtsmæssig høj. Det er i særlig høj grad den nuværende udmøntning af kvalitetsstyring og it-understøttelse af såvel kvalitetsstyringen som andre områder, der giver anledning til megen dokumentation.

Der er forud for offentliggørelse af undersøgelsens resultater allerede taget politisk handling på dele af rapportens konklusioner og anbefalinger. For eksempel er regeringen og Danske Regioner blevet enige om at udfase Den Danske Kvalitetsmodel, og regeringen har lanceret et nyt nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2015).

Styring undersøgt bottom-up på fem hospitaler

Datagrundlaget er en bottom-up-undersøgelse blandt frontlinjemedarbejdere og deres ledere på alle ledelsesniveauer på fem danske hospitaler repræsenterende alle fem regioner og fem brede specialeområder. Der er som led i denne undersøgelse gennemført kvalitative interview (59 formelle samt 115 korte interview med deltagelse af samlet set 367 personer) og observationsstudier af det daglige arbejde med patientbehandling og -pleje samt dokumentationsopgaver udført af læger, sygeplejersker og administrativt personale (svarende til 20 arbejdsdage).

Fokus i bottom-up-undersøgelsen har været at afdække styringstiltag, der af medarbejdere og/eller ledere opleves som unødigt ressourcekrævende, samt at undersøge, hvilke institutionelle processer, der medvirker til at forme disse oplevelser. Der er altså ikke tale om en samlet vurdering af, hvor velfungerende arbejdet er på de medvirkende hospitaler, men en målrettet undersøgelse af, hvor hospitalsmedarbejderne og lederne ser muligheder for en mere hensigtsmæssig styring. Det er i dette lys, at rapporten skal læses.

For at opnå yderligere indsigt i de konkrete styringstiltag og udviklingen i kvalitetsstyringen er der gennemført interview med en række nationale og regionale nøglepersoner med særlig viden om kvalitetsstyringen på hospitalerne (10 interview med deltagelse af i alt 13 nøglepersoner).

Eftersom undersøgelsen viser, at der ofte er diskrepans mellem hospitalsmedarbejdernes *oplevelse* af styringsmæssige krav, og de krav, der er specificeret i nationale og regionale styringstiltag, er der for de konkrete styringstiltag herudover foretaget en sporing af retningslinjer for at kortlægge, hvor specifikke krav opstår. Sporingen er foretaget via søgning efter skriftlige retningslinjer på afdelings-, hospitals- og regionsniveau samt telefonsamtaler med kvalitetsansvarlige medarbejdere på regions- og hospitalsniveau.

Kvalitetsstyring og it-understøttelsen giver anledning til megen dokumentation

Bottom-up-undersøgelsen viser, at der på tværs af de undersøgte hospitaler og kliniske afdelinger er en meget høj grad af enighed om, at særligt tiltag inden for kvalitetsstyringen – sammen med it-understøttelsen heraf – fører til, at dokumentationspresset er blevet uhensigtsmæssigt stort på hospitalsområdet. Derfor fokuserer rapporten overvejende på kvalitetsstyring.

I rapporten forstår vi kvalitetsstyring bredt som de bestræbelser, beslutningstagere gør, og initiativer, de sætter i gang, for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelser. Disse kan som led i kvalitetsstyring udmøntes i konkrete styringstiltag. Det vil sige, initiativer, der iværksættes for at regulere, herunder fremme eller forhindre, en bestemt adfærd (Andersen & Pedersen 2014). Kvalitetsstyring handler i rapporten bredt om tiltag i form af fx Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), den tværregionale implementering af Patientsikkert Sygehus, andre regionale tiltag på kvalitetsområdet samt behandlings- og udredningsgarantier. Styring i denne rapports optik kan både handle om at benytte forskellige styringsredskaber til at fremme udvikling og læring og til at fremme kontrol og dokumentation. Kvalitetsmålinger og monitorering ser vi som en del af styringen, som både kan anvendes styringsmæssigt til at fremme en bestemt udvikling/læring og/eller bruges i kontroløjemed.

På den positive side har de senere års arbejde med kvalitetsstyring på hospitalerne bidraget til at systematisere og professionalisere kvalitetsarbejdet. Det betyder også, at der er kommet mere ledelsesfokus på kvalitet.

Men kvalitetsstyringen afføder også en række udfordringer. Disse kan generelt henføres til, at gennemgående principper i den nuværende kvalitetsstyring medvirker til at producere en betydelig mængde generaliserede og standardiserede procedure- og monitoreringskrav. Det betyder, at de ansatte på hospitalerne anvender en hel del arbejdstid på opgaver, som mange ansatte og ledere på hospitalerne sætter spørgsmålstejn ved relevansen af. Det kan fx være krav om at screene oppegående patienter for tryksår eller at gennemføre livstilsamtaler med akut dårlige patienter. Som rapporten vil vise, er eksemplerne mange.

Det er dog ikke i sig selv det enkelte eksempel eller det enkelte monitoreringskrav, der udgør udfordringen. Det er derimod den samlede mængde og den samlede tendens. Eksemplerne deler en række fællestræk, som gør, at man kan tale om en mere generel tendens i den måde, kvalitetsstyringen foregår på. Typiske træk er således: Standardisering af procedurer, opstilling af kvalitetsmål, løbende kvalitetsmonitorering via lokal dataregistrering, offentliggørelse af resultater og decentralisering af ansvar for at handle på manglende målopfyldelse. Konkret genfindes flere af disse træk blandt andet i nationale styringstiltag såsom Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og regionale indsatser såsom Patientsikkert Sygehus. Mere generelt kan styringen ses som led i en bevægelse mod, hvad der ofte betegnes som resultatbaseret styring i den offentlige sektor (Kristiansen 2014c).

Undersøgelsen viser, at der lokalt opstår et implementeringsoverload. Det vil altså sige, at det er den samlede mængde af tiltag, der skal implementeres og anvendes i dagligdagen, der kommer til at udgøre den egentlige udfordring. Hertil kommer en oplevelse af, at monitoreringskrav ikke afsluttes eller udfases, selvom målene er tilfredsstillende implementeret.

Undersøgelsen viser også, at den samlede tendens i kvalitetsstyringen fører til en oplevelse af, at *one-size-fits-all*-løsninger kommer til at fylde for meget, og at det er forbundet med arbejdsintensiv indsats eller civil ulydighed at afvige fra dem. Der opstår således en kultur om, at der er "skal-opgaver", der skal udføres, selvom de ikke fremstår som meningsfulde. Dette medfører en oplevelse af, at der kommer dokumentation for dokumentationens skyld. Hvilket igen opleves at føre til demotivation og en oplevelse af devaluering af faglighed. En

uheldig kulturpåvirkning er i tråd hermed den automatpilottænkning, som mange forbinder med flere af styringselementerne i DDKM.

Det er altså ikke standardisering *i sig selv*, der forekommer problematisk på hospitalsafdelingerne. Men den store *mængde* og høje *vægtning* af standarder i den nuværende kvalitetsstyring koblet med en *generalisering* af målgruppen for flere standarder, så de gælder for de fleste patientgrupper. Det fører til en oplevelse af manglende sortering og prioritering. Er patientkritiske standarder fx ikke mere vigtige end andre standarder? Er det ikke vigtigt at forholde sig til, hvad der er vigtigst for denne patient her og nu?

Den måde, it understøtter dokumentationsarbejdet på i dag, er i høj grad med til at øge oplevelsen af, at der er tale om en stor *registreringsbyrde*. Det er særligt de mange klik, dobbeltdokumentationer, fordi systemer ikke taler sammen, og den ventetid, der opstår, når it-systemerne fryser eller går ned, når man skal åbne flere programmer på en gang m.m., der er kilderne til frustration. Hertil kommer en oplevelse af, at det er svært at få rettet systemfejl, og at it-systemer implementeres, før de er klar til at virke i en klinisk hverdag.

Konsekvenser i den kliniske hverdag

En bekymring blandt mange medarbejdere og ledere på hospitalerne er, at kliniske procedurer standardiseres i en grad, så der ikke tages tilstrækkeligt hensyn til individuelle patientbehov og faglige prioriteringer i konkrete kliniske situationer.

På hospitalerne oplever særligt sygeplejersker, at de mange procedurekrav bevirker, at samtaler med patienter er så strukturerede på forhånd, at det er svært at få plads til patientens perspektiv på, hvad der er betydningsfuldt for dem. Dermed peger de på, at høj grad af standardisering kan bringe dem i konflikt med et hensyn til at sikre inddragelse af patienter og pårørende. At have mange eksternt definerede og standardiserede procedure- og dokumentationskrav kan på denne vis ses som indeholdende et paradoks: På den ene side skal standarden sikre, at patienter ikke bliver overset. På den anden side risikerer den enkelte patient netop at blive overset, når indholdet i interaktionen er fastlagt på forhånd.

Selvom hospitalsmedarbejderne principielt har mulighed for at afvige fra de standardiserede procedurekrav i situationer, hvor det ikke forekommer fagligt meningsfuldt, så udløser det endnu en registreringsopgave, idet medarbejderne skal argumentere for afvigelsen. På hospitalerne opleves det som unødigt ressourcekrævende. Endvidere giver medarbejderne udtryk for, at det kan være forbundet med en risiko for kritik eller klagesager ikke at følge standardprocedurer.

Samtidig er der en oplevelse af et stort arbejdspres og korte liggetider inden for mange specialer. Det medvirker til, at læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter og ledere på alle niveauer på hospitalerne i stigende grad er bekymrede for, at de mange procedurekrav i for høj grad kommer til at fortrænge fokus fra kerneopgaven. Frontlinjemedarbejderne ser kerneopgaven som det at diagnosticere, behandle, træne og pleje patienter.

Kvalitetsmonitoreringen er desuden implementeret på en måde, som ikke understøtter forløbstankegang. Procedurekrav er nemlig typisk knyttet til patientbesøg og ikke til patientforløb. Når de samme screeninger gentages ved hvert besøg – uanset intervallet og patienternes behov – kan de udvikle sig til et tidsrøvende kvalitetsritual. Så screeninger, som i udgangspunktet kunne være fagligt meningsfulde, mister mening i praksis. Mange sygeplejersker oplever desuden, at de via standardkravene pålægges at indhente og dokumentere patientinformation (eksempelvis via screeninger), som der ikke er reelle handlemuligheder koblet til.

Krav i forbindelse med kvalitetsstandarder i DDKM har bidraget til at drive en betydelig produktion af lokale retningslinjer på hospitals- og afdelingsniveau. En bivirkning heraf er, at antallet og længden af skriftlige retningslinjer er blevet uoverskuelig stor og svær at finde rundt i. Eftersom de skriftlige retningslinjer løbende skal opdateres, er ikke kun produktionen men også vedligeholdelsen ressourcekrævende. På trods af, at der er indført elektroniske dokumentstyringssystemer, oplever mange medarbejdere desuden, at overlappende retningslinjer gør det vanskeligt for dem at finde de retningslinjer, de har brug for. De retningslinjer, der skulle sikre forudsigelighed og systematik i hospitalsarbejdet, risikerer derfor i praksis at blive en kilde til usikkerhed, fordi den samlede volumen – og længden af retningslinjerne – ofte gør det vanskeligt for medarbejderne at overskue de retningslinjer, der er relevant for deres praksis.

Endnu en udfordring er, at kvalitetsmonitoreringen bidrager til at vanskeliggøre overblik over patientinformationer i den elektroniske patientjournal, fordi informationer om screeninger og lignende optager plads i patientjournalerne uanset, om der er klinisk relevante fund, og uanset om der er behov for opfølgning. Derved mister den elektroniske journal en del af sin funktionalitet. Både læger og sygeplejersker oplever udfordringer med at overskue patientforløb i den elektroniske journal. De mange screeningsresultater fylder særligt i sygeplejefjournalen. Det udfordrer den tværfaglige koordination, eftersom andre faggrupper har tendens til automatisk at frasortere sygeplejedokumentationen for at kunne få overblik over patientforløb. Dermed opstår der et modstridende hensyn i forhold til journalføringspligten, der lægger vægt på journalen som tværfagligt arbejdsredskab.

Frygten for ikke at opnå fuld akkreditering

Kvalitetsstyring er i dag i langt højere grad blevet en ledelsesopgave, end det tidligere har været på hospitalerne. Dermed er der også kommet et større ledelsespres for at løse "skal-opgaver", som den enkelte medarbejder og leder i varierende grad kan se meningsfuldheden af. Ledelsespresset hænger i høj grad sammen med, at der ifølge ledere og kvalitetsansvarlige er meget på spil for hospitalerne i forhold til at opnå akkreditering.

På afdelingsniveau giver ledelserne udtryk for, at de gerne vil tage ansvar for kvalitetsudviklingen. Men samtidig oplever de, at det lokale ledelsesrum er begrænset. Mens der i DDKM lægges op til brug af praksisnære metoder i implementeringen, er det typisk på forhånd defineret, hvilke kvalitetsproblematikker hospitalsafdelingerne skal arbejde med og ud fra hvilke metoder. Det er eksempelvis tilfældet, når afdelinger skal leve op til prædefinerede standarder, og når det i DDKM er ekspliciteret, at der for flere standarder skal udarbejdes lokale retningslinjer, opsættes kvalitetsmål og iværksættes monitorering. På den baggrund giver hospitals- og afdelingsledelser udtryk for, at en risiko ved udmøntningen af kvalitetsstyringen er, at ledelsesrollen lokalt på hospitalerne reduceres til primært at være et implementerende led.

Også den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus, hvor ledelserne får tildelt en række 'pakker' fra Patientsikkert Sygehus, som de skal implementere, og hvor der er ekspliciteret kvalitetsmål og monitoreringskrav oplever de lokalt, at der mere er tale om en prædefineret implementeringsopgave end en egentlig kvalitetsudviklingsopgave.

Hvor kommer kravene fra?

Spørgsmålet om, hvor de mange krav kommer fra, er komplekst at besvare. På hospitalerne giver medarbejdere og ledere udtryk for, at de har vanskeligt ved at overskue, hvor hvilke krav kommer fra, og præcist hvilke krav der er gældende. Bottom-up-undersøgelsen tegner sammen med interviewene med nøglepersoner og sporingen af retningslinjer et billede af, at der er variation mellem konkrete styringstiltag i forhold til, på hvilke forvalt-

ningsniveauer specifikke krav opstår. Generelt er monitoreringskrav dog sjældent lovfæstet, men tilkommer typisk via Den Danske Kvalitetsmodel og politiske beslutninger på nationalt og regionalt niveau om monitorering af specifikke styringstiltag.

Derudover ses der eksempler på, at kvalitetsstyringen har en tendens til at tage til i omfang i implementeringen af konkrete tiltag. Det skyldes til dels frygten for ikke at opnå akkreditering. Men det skyldes også en række andre faktorer, som fx frygt for klagesager, frygt for ikke at leve op til sit ansvar, manglende mulighed for overblik samt en velmenende faglig grundighed, fx i forbindelse med udarbejdelsen af instrukser.

Monitorering og målemetoder

Der er en udbredt opfattelse af, at indholdet i det, der monitoreres på, fx i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel, ikke handler om, hvad medarbejderne ofte betegner kerneopgaven eller kernekvaliteten. Der er derimod typisk tale om procesmål, hvoraf en betydelig del handler om andre ting end kliniske opgaver. For eksempel om ledere har dokumenteret, at de har gennemført MUS-samtaler.

Oplevelsen hos de interviewede medarbejdere og ledere på alle niveauer er, at de på hospitalerne primært bliver målt på, hvorvidt de har dokumenteret, at de har udført en given procedure; ikke om proceduren rent faktisk er udført, eller om udførelsen påvirkede kvaliteten i en positiv retning. Desuden oplever de på afdelingsniveau, at de ikke nødvendigvis får dataopgørelser tilbage, som de i praksis kan anvende til at forbedre kvaliteten. Derfor giver flere ledere og medarbejdere på hospitalerne udtryk for, at den faglige kvalitet ikke i tilstrækkeligt omfang indfanges – og dermed ikke forbedres – af de nuværende kvalitetsmålinger.

Generelt er det altså ikke kvalitetsmåling *i sig selv*, som hospitalsmedarbejdere og -ledere opponerer imod. Det er udformningen af de nuværende målesystemer og it-understøttelsen heraf. Når der ikke er overensstemmelse mellem kvalitetsmålingerne, og hvad der lokalt på hospitalsafdelingerne opfattes som god behandlingskvalitet, skaber det en oplevelse af, at de skal bruge betydelige ressourcer på målinger, som ikke nødvendigvis fremmer den sundhedsfaglige kvalitet. På afdelingerne kan det foranledige en række kreative forsøg på at minimere ressourceforbruget på styringstiltag, de ikke finder fagligt meningsfulde.

Undersøgelsen giver således eksempler på, at kvalitetsstyringen stimulerer ændringer i *registreringspraksisser*, men ikke nødvendigvis i *kliniske praksisser*. Endvidere er der eksempler på, at afdelingerne i nogle tilfælde har oplevet det nødvendigt at foretage ændringer i arbejdsorganiseringen, som har været til ulempe for patienterne for at opnå høj målopfyldelse. Det tyder paradoksalt nok på, at de krav, som er udformet for at komme patienterne til gavn, i nogle tilfælde kan få den modsatte effekt. Tilsammen tyder eksemplerne på, at kvalitetsmålingen har praktisk betydning på afdelingerne – men nogle gange på andre måder, end det var tiltænkt fra politisk-administrativt hold.

Lignende beskrivelser af, hvad der ofte betegnes som ikke-intenderede eller dysfunktionelle effekter af resultatmåling (Kristiansen 2014c, Smith 1995), ses i litteraturen om resultatbaseret styring og i undersøgelser af fx det engelske sundhedsvæsen (Dixon-Woods et al. 2014). Her er det velbeskrevet, at ledelsesfokus kan samles om kvalitetsmålingen i sig selv, mens underliggende problemer får mindre opmærksomhed; hvad der typisk betegnes *målfiksering* (Smith 1995, Perrin 1998). Fra at være et middel til at opnå indsigt i praksis, får høj målopfyldelse altså karakter af at være et mål i sig selv (se også Dahler-Larsen 2008, Knudsen 2011). Ligeledes er der adskillige eksempler på, at kvalitetsmåling kan føre til ændrede registreringspraksisser eller ligefrem datamanipulation (Bevan & Hood 2006,

Davies & Mannion 1999, Goddard, Mannion & Smith 2000, Mannion & Davies 2002, Mannion, Davies & Marshall 2005); hvad der typisk betegnes som *gaming* (Smith 1995).

Generelt kalder det på overvejelser om, hvornår kvalitetsmåling er anvendelig som styringsværktøj, og hvornår der skal andre metoder i spil; hvilke typer indikatorer der skal anvendes; og hvordan der sikres meningsfuld feedback på kvalitetsmålinger til dem, som udfører hospitalsarbejdet.

I litteraturen om resultatstyring i offentlige sektorer fremhæves det, at kvalitetsmåling kan tjene flere formål, herunder at skabe mulighed for ekstern kontrol, at øge gennemsigtigheden i den offentlige forvaltning (demokratisk legitimitet), at skabe konkurrence mellem sundhedsudbydere og at stimulere lokal læring og udvikling (Kristiansen 2014c). Eftersom formålene kan bygge på forskellige forestillinger om, hvem der skal bruge kvalitetsdata på hvilken måde, kan der dog opstå en intern konflikt mellem de enkelte formål. Derfor er det i udformningen af kvalitetsmålesystemer vigtigt at overveje, hvilke formål der skal tilgodeses – for forskellige formål kan kræve forskellige typer data. Beslutningstagere på nationalt eller regionalt niveau har ikke nødvendigvis samme databehov som afdelingsledelser og deres databehov kan igen adskille sig fra borgere og patienters (Wadmann et al. 2013). Det er derfor vigtigt at klargøre, hvem der skal bruge kvalitetsdata på forskellige organisationsniveauer, og hvad deres informationsbehov er.

Der er behov for nytænkning

Der er blandt de interviewede nøglepersoner og medarbejdere og ledere på hospitaler bred enighed om, at der er behov for nationale tiltag til at styre kvaliteten på hospitalerne til gavn for patienterne. Der er enighed om, at de seneste års kvalitetsstyring har haft en række positive effekter, såsom at få sat kvalitet på ledelsesdagsordenen og skabt struktur på en række områder. Der er dog også bred enighed om, at det er tid til at stoppe op og reflektere over den fremtidige kvalitetsstyring på hospitalerne.

Hvilken vej frem?

For mange ledere og medarbejdere på hospitalerne samt de interviewede nøglepersoner er det tydeligt, at det er tid til at revidere og ændre den måde, hvorpå kvalitetsstyring i dag praktiseres på hospitalerne. Men der er ikke et fælles svar på, hvad der præcist skal til.

Når vi spørger hospitalsmedarbejderne og deres ledere, er dele af svaret for hovedpartens vedkommende ret klart: Der skal skabes mere rum for klinisk faglige vurderinger. Det skal være muligt at vælge screeninger og lignende fra, når de ikke vurderes at være fagligt relevante eller etiske at gennemføre i konkrete situationer. Der skal ikke være omfattende dokumentation af negative fund. Samtidig peger de på, at der skal mere fokus på at udvikle den kliniske, faglige kvalitet. Mange medarbejdere og ledere kobler dette med, at det i højere grad skal være de lokale afdelingsledelser, der tager ansvar for at definere, hvad god kvalitet er på givne afdelinger, og løbende vurderer udviklingen heraf på en fagligt meningsfuld måde. Et stort ønske er også, at kvalitetsstyringen og it-understøttelsen af kvalitetsstyringen i højere grad samstemmes.

Det er for hospitalsmedarbejderne og -lederne ikke et spørgsmål om at frasige sig eksterne krav, men at disse bør afføde en mindre og efter deres opfattelse mere relevant registrering. Det vil eksempelvis sige kvalitetsstyring på færre og mere kliniske parametre. Og det vil sige en monitorering og eventuel akkreditering, der i højere grad adresserer det kliniske arbejde frem for et overvejende fokus på dokumentation. På hospitalerne giver de altså ikke udtryk for modstand mod ekstern kontrol som sådan. Men for at styrke fokus på kerneopgaverne og det lokale ejerskab i kvalitetsarbejdet efterspørger de dels større mulighed for at kunne prioritere, hvilke kvalitetsproblematikker der skal anvendes medarbejder- og

ledelsesressourcer på at arbejde med på hvilke afdelinger. Dels større indflydelse på, hvordan der arbejdes med og følges op på kvalitetsproblematikker.

Blandt hospitalsmedarbejderne, lederne og nøglepersonerne er der forskellige holdninger til de nuværende styringsmodeller, herunder akkreditering som metode. På de medvirkende hospitaler er der mange ledere og medarbejdere, herunder også kvalitetsmedarbejdere, der er fortalere for at ændre fokus fra kontrol til højere grad af lokal læring. Der er et ønske om tidstro feedback til klinikerne, så de kan lære af data. Men frem for alt skal omfanget af den nuværende monitorering og den afledte dokumentation reduceres.

Anbefalinger

Undersøgelsen viser, at der er behov for at udvikle den fremtidige kvalitetsstyring på hospitalerne, så der bliver taget fat på næste niveau af kvalitetsudfordringer. Det vil blandt andet sige et større fokus på patientforløb og mere fokus på kliniske kvalitetsmålepunkter. Nu er grundlaget via Den Danske Kvalitetsmodel lagt for at gøre kvalitet til en ledelsesopgave og for at arbejde systematisk med området. Der er via opbygningen af kvalitetsorganisationer på hospitalerne ressourcer til stede, der vil kunne anvendes til at løse næste niveau af kvalitetsudfordringer.

Samtidig er der på den ene side behov for en forenkling og reducere af kvalitetsmål, og på den anden side behov for en revitalisering af, hvilket ledelsesansvar der ligger i at kende og udvikle sin kvalitet. På denne vis vil styringen i højere grad kunne nærme sig de intentioner, der ligger i performance-management som styringsmodel. Forudsætningen er, at ledere har brug for ledelsesmæssig autonomi i forhold til opgaveløsning, og samtidig skal de holdes ansvarlige for deres resultater og præstationer, da det bidrager til, at lederne får indsigt i, hvad der forventes af dem. Det anbefales derfor, at man såvel nationalt, regionalt og lokalt kigger på to komponenter – ledelsesmæssig autonomi og ansvarliggørelse i forhold til præstationer – i forhold til at finde den rette balance mellem dem.

Som det fremgår af undersøgelsen, er der tale om komplekse problemstillinger. De opstillede anbefalinger skal på den baggrund ses som et bidrag til videre diskussion af, hvordan kvalitetsstyringen fremadrettet kan gentænkes.

På baggrund af undersøgelsen anbefaler KORA:

Anbefaling 1: At den nuværende kvalitetsstyring på hospitalerne revideres. Herunder at der udarbejdes en ny form for national kvalitetsstyring, der er designet til at understøtte indfrielse af politiske forventninger gennem større lokalt ansvar for at drive kvalitetsforbedringer. KORA anbefaler, at den fremtidige kvalitetsstyring bliver todelt, således at den består af eksempelvis følgende to dele:

1) **National monitorering på få udvalgte kvalitetsmål**

Del 1 kan bestå af monitorering og kontrol af *få udvalgte* primært kliniske kvalitetsmål. Det kan fx dreje sig om overlevelse, infektioner, antal indlæggelsesdage, re-operationer og lignende kvalitetsmål. Det bør A) ekspliciteres, hvilke styringsmæssige forventninger der knytter sig til målene, B) målene bør udvikles og tydeliggøres i relation til eksisterende mål, herunder koordineres hermed. Frem for alt er det centralt, at der er tale om få mål, der skal monitoreres på.

2) **En national model for ledelse af kvalitetsudvikling**

Del 2 handler om at udvikle og tydeliggøre det lokale ledelsesmæssige ansvar i forhold til at kende og udvikle højst mulig kvalitet i patientforløbene. Del 2 kan bestå af understøttelse og kontrol af, at der på afdelingsniveau arbejdes med at udvikle

og kende kvaliteten i arbejdet. Det er centralt, at afdelingsledelserne har metodefrihed, så de kan tage udgangspunkt i konkrete kliniske problemstillinger på de forskellige kliniske områder, herunder også potentielle samarbejdsområder relateret til patientforløb. Det kan fx handle om at udvikle kvaliteten i tværsektorielle patientforløb, hvor der er kendte kvalitetsudfordringer. Eller at arbejde med at minimere interne ventetider på hospitalerne, fx ved parakliniske undersøgelser.

Det er også centralt, at afdelingsledelserne understøttes ledelsesmæssigt på hospitalsniveau og regionalt niveau i dette arbejde. Det er dog vigtigt, at afdelingsledelserne ikke skal føre automatisk dokumentation på eksternt definerede krav. Formålet med denne del er at fremme ansvar og læring på afdelingsniveau.

Det er væsentligt, at en revideret national kvalitetsmodel ikke bliver et *supplement*, men at den erstatter det nuværende akkrediteringsprogram.

Det er også væsentligt at klargøre, hvem der skal bruge kvalitetsdata på forskellige organisationsniveauer, og hvad deres informationsbehov er.

Anbefaling 2: At den samlede mængde af eksterne procedure- og dokumentationskrav nedbringes. Herunder at koordinationen mellem forskellige styringstiltag generelt styrkes, således at der er blik for den samlede mængde og overlap.

Anbefaling 3: At fremtidige styringstiltag fra starten tænkes ind i, hvad det er muligt it-mæssigt at understøtte, og at de ikke lanceres, før det er teknisk muligt på en måde, der fx ikke hæmmer den elektroniske patientjournal som arbejdsredskab eller besværliggør kliniske arbejdsgange. Der kan eksempelvis arbejdes med *small scale* pilotafprøvninger.

KORA har derudover følgende konkrete anbefalinger relateret til den nuværende kvalitetsstyring:

Anbefaling 4: At det arbejde, der flere steder er igangsat, med oprydning i antallet af retningslinjer og reducere af længden, fortsættes og udbredes, således at en højere grad af praktisk anvendelighed sikres.

Anbefaling 5: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere stilles krav om *screening for livsstilsbetinget risiko* (KRAM) og *ernæringsrisiko* samt monitorering heraf. På hospitalsafdelingerne kan det i stedet identificeres lokalt, hvilke patientgrupper det er relevant at tale med om alkohol, rygning, motion, stofmisbrug og kost i relation til deres sygdom og behandling, og hvilke patientgrupper det er relevant at screene for ernæringsudfordringer.

Anbefaling 6: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere monitoreres på opfyldelse af krav om tildeling af kontaktperson. Det bør i øvrigt genovervejes, hvordan intentionen med tildeling af kontaktperson bedre kan opfyldes, end det er tilfældet i dag.

Anbefaling 7: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere stilles krav om at dokumentere, hvordan der arbejdes med resultaterne i Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredshed (LUP).

Anbefaling 8: At der nationalt (via DDKM eller lignende) ikke længere stilles krav om at monitorere afholdelse af MUS-samtaler.

Anbefaling 9: At der fremadrettet ikke stilles krav om kvantitativ monitorering af informeret samtykke og lignende. Der bør i stedet anvendes andre metoder til at sikre samtykke og patient- og pårørendeinddragelse.

Anbefaling 10: Det bør overvejes, om patientidentifikation med fuldt cpr-nummer bør være obligatorisk forud for "enhver sundhedsaktivitet" – uagtet om der er kontinuitet i relationer og aktiviteter eller ej.

Anbefaling 11: At der arbejdes med at skabe andre måder end de nuværende til at monitorere, om der udarbejdes genoptræningsplaner, hvor dette er relevant.

Anbefaling 12: At den nuværende monitoreringsmodel i relation til behandlings- og udredningsgarantier genovervejes med henblik på, dels at øge dokumentationsmæssig simplicitet, dels at sikre, at monitoreringen i højere grad understøtter de politiske intentioner.

Anbefaling 13: At den nuværende regionale monitoreringsmodel i relation til tryksårsscreening genovervejes med henblik på at fremme læring og klinisk relevans frem for kontrol.

Hvad angår drivkræfter, der har en tendens til at øge omfanget af dokumentation, anbefaler KORA derudover:

Anbefaling 14: At journalen som arbejdsredskab (og ikke redskab til andre ting) prioriteres, således at det bliver nemmere at få overblik over patienters sygdomme og forløb. Og at det bliver mere entydigt, hvor der skal dokumenteres, og hvordan viden bedre kan deles inden for og på tværs af faggrupper.

Anbefaling 15: At brugen af makroer i journaler ikke må gå ud over funktionaliteten. At der i stedet arbejdes for at skabe en mere systematisk og præcis tilgang til sygeplejedokumentation, som i højere grad er fokuseret på at beskrive problemer og handlinger relateret hertil.

Anbefaling 16: At dialogen mellem besluttende og udførende led generelt styrkes, således at løsninger, der ender med at være "dokumentation for dokumentationens skyld", løbende kan gentænkes.

1 Indledning

I de senere år er afbureaukratisering i stigende grad kommet på dagsordenen i den offentlige sektor. I relation til sundhedsvæsenet ses dette blandt andet ved, at der gennemføres projekter og afholdes konferencer om, hvordan der kan afbureaukratiseres. I hjertet af diskussionen er spørgsmålet, om der er regler og procedurer, der kan undværes, uden at det går ud over fx kvaliteten i patientbehandlingen.

Denne rapport handler om at undersøge dette spørgsmål primært ved at spørge dem, der står med problemstillingerne i hverdagen, nemlig medarbejdere og ledere på alle niveauer på hospitalerne. Rapporten undersøger mønstre i, hvad, disse grupper påpeger, er kilder til eventuelle unødige registreringer og dokumentation på hospitalerne. Rapporten undersøger også, hvad de ser som muligheder for at forenkle og understøtte kvalitetsarbejdet.

1.1 Tidligere undersøgelser

En række undersøgelser har tidligere vist, at der er potentiale for regelforenkling. Et udvalg af disse rapporter gennemgås kort nedenfor.

”Afbureaukratisering på det regionale sundhedsområde” (Implement 2009a). I denne rapport identificeres et par hundrede forskellige, oplevede barrierer for effektiv opgavevaretagelse, og der udledes på den baggrund 63 forenklingsforslag. Det påpeges fx i rapporten, at der gennem de senere år har været væsentlige udvidelser af krav, der ikke vedrører direkte patientorienteret arbejde med udredning og behandling. At der i forbindelse med introduktion af kravene ikke tages tilstrækkelig højde for de ændringer i arbejdsgange og arbejdstilrettelæggelse samt det personaleforbrug, som nye krav kan indebære. At der er mangel på udviklingsressourcer i driftsmiljøerne (de udførende kliniske og de udførende administrative miljøer). Det fremgår også, at der i hovedparten af de kliniske driftsmiljøer opleves en øget anvendelse af:

- Tid til registreringer
- Administration
- Regelforvaltning
- Kontroller
- Dokumentation

”Bedre dokumentation” (Implement 2009b). I denne undersøgelse foretages blandt andet en vurdering af mulighederne for forenkling, afskaffelse og forbedring af dokumentation og registreringer på sundhedsområdet. Rapporten konkluderer, 1) at en betydelig del af dokumentationen fortsat skete på papir på dette tidspunkt; 2) At it-systemer repræsenterer et betydeligt forbedringspotentiale (både teknisk og processuelt/organisatorisk); 3) At dokumentation ofte foregår sammen med patienten – og opleves som en integreret del af det at kunne tilbyde patienten den bedst mulige behandling og pleje. Rapporten beskriver også, at selvom dokumentationsarbejdet anerkendes som væsentligt for kerneopgaven, findes alligevel frustration og utilfredshed over de konkrete vilkår, hvorunder den løses. Dokumentationsprocessen vanskeliggøres fx ofte pga. manglende it-understøttelse eller integration mellem it-værktøjer, som kunne have muliggjort genbrug af data. Der eksisterer ifølge

Implements undersøgelse også dokumentationsopgaver, hvis betydning for det enkelte patientforløb er mindre tydelig for personalet (ibid.).

“Beretning om kvalitetsindsatser på sygehusene” (Rigsrevisionen 2012). I denne kortlægning af de landsdækkende kvalitetsindsatser i det danske sygehusvæsen er fokus på personalets oplevelse af arbejdet med at sikre og udvikle kvaliteten på afdelingerne. Rapporten konkluderer at: De landsdækkende kvalitetsindsatser opleves som relevante af personalet – især de indsats, der er tæt knyttet til det daglige arbejde og de daglige aktiviteter, således at det er let at se, at indsatsen gør en forskel. Men, skriver Rigsrevisionen: Indsatserne tæt på det daglige arbejde fokuserer ofte på aktivitet og proces – så der er i højere grad fokus på, om en aktivitet er udført, og i mindre grad, hvordan den er udført. Det konkluderes også, at selvom personalet generelt er motiveret for at arbejde med kvalitetsindsatser, som, de oplever, er baseret på faglighed, fører til en lettelse af arbejdsgangene eller gæver patienterne, så oplever de den samlede mængde af indsatser og heraf følgende krav til dokumentation som en belastning i hverdagen. Ligeledes finder de det vanskeligt at prioritere mellem de forskellige opgaver, de skal løse. Hertil kommer, at der mangler tilstrækkeligt it-udstyr til at gøre det nemt at dokumentere arbejdet og rapportere kvalitetsdata til forskellige databaser (ibid.).

Rigsrevisionen konkluderer, at belastningen ikke knytter sig til dokumentation relateret til den enkelte kvalitetsindsats men til summen af de administrative krav. (ibid.).

“Kortlægning og måling af administrative opgaver” (Implement 2009c), Denne rapport havde til formål at undersøge, hvor meget tid, der anvendes på dokumentation. I rapporten identificeres medarbejdernes og ledernes administrative opgaver, tidsforbruget forbundet med de administrative opgaver måles, og medarbejdernes oplevelse af opgaverne belyses. Af rapporten fremgår det, at de indirekte patientrettede opgaver fylder 38 % af lægers og sygeplejerskers arbejdstid og 44 % for social- og sundhedsassistenter. Tidsforbruget i indirekte patientrettede opgaver koncentrerer sig om følgende opgaver på tværs af faggrupper og specialer:

- Journalarbejde
- Registrering og dokumentation
- Koordinering internt og eksternt
- Dokumentation i forhold til lokale og nationale standarder
- Indkøb og varebestilling

Der er derudover 69 % af sygeplejerskerne, 60 % af lægerne, 58 % af sekretærene og 44 % af social- og sundhedsassistenterne, der ser et forenklingspotentiale inden for administrativt arbejde (ibid.).

Dansk Sygeplejeråd har derudover spurgt deres medlemmer om deres tidforbrug på dokumentationsopgaver (Sørensen 2014). Tidsforbruget på dokumentation for sygeplejersker med daglig patientkontakt i basis- og specialstilling er ifølge denne analyse på 103 minutter. Det er en stigning på 16 minutter i forhold til 2008 (vækst på 19 %) ¹.

63 % af de adspurgte sygeplejersker mener, at noget af den tid, de bruger på dokumentation i løbet af en arbejdsdag, er unødvendig (en stigning på 8 % i forhold til 2012). Sygeplejerskerne skønner, at gennemsnitligt 29 minutter ud af de 103 minutter, de bruger på dokumentationsarbejde, kan karakteriseres som unødvendig dokumentation (ibid.).

¹ Dansk Sygeplejeråd har i 2008 og 2014 stillet deres medlemspanel det samme spørgsmål: “Hvor meget tid i løbet af en arbejdsdag skønner du, at du bruger gennemsnitligt på dokumentation?”

Også Lægeforeningen har spurgt deres overlæger om deres tidsforbrug i forbindelse med dokumentations- og registreringsopgaver (Lægeforeningen 2013). Resultatet af denne analyse er, at 80 % af overlægerne vurderer, at de gennemsnitsligt bruger mere tid på dokumentation og registrering i forhold til for to år siden. 84 % oplever, at ændringer i tidsforbrug til registrering og dokumentation har givet mindre tid til direkte patientkontakt, 76 % oplever, at det har givet mindre tid til forskning og uddannelse, og 90 %, at det har givet mindre tid til øvrige opgaver. 59 % har oplevet, at dokumentationskravene overordnet er mindre fagligt relevante. (ibid.).

1.2 Baggrund for Styringsreview på hospitalsområdet

Baggrunden for nærværende undersøgelse er et ønske fra regeringen og Danske Regioner om at nytænke og komme med konkrete forslag til afbureaukratisering på sundhedsområdet. Dette for at sikre, at sundhedspersonalet får mere tid til pleje og behandling af patienterne.

Undersøgelsen skal skabe viden om, hvordan en række forskellige styringsmidler former hverdagen på hospitalerne. I kommissoriet bag undersøgelsen har der været et ønske om en bottom-up-tilgang til at afdække dette spørgsmål på en praksisnær måde. I modsætning til i tidligere undersøgelser er der derfor lagt særlig vægt på eksempler fra hverdagen. Kommissoriet har også efterspurgt et særligt fokus på dokumentation og registrering.

1.2.1 Formål

På den baggrund blev det besluttet at igangsætte et styringsreview, der skulle:

- afdække, hvordan forskellige styringstiltag påvirker det daglige arbejde på sygehusafdelingerne
- give konkrete anbefalinger til, hvordan det er muligt at opnå de eksisterende politiske mål gennem en enklere, mere fokuseret og mindre bureaukratisk styring.

Formålet med undersøgelsen er altså, at den skal give et overblik over, hvilke forskellige styringstiltag, der har konkret betydning for tilrettelæggelsen og udførelsen af det daglige arbejde. Undersøgelsen har derfor belyst medarbejdernes og lederes oplevelse af, hvilke styringstiltag der skaber unødige arbejdsopgaver eller uhensigtsmæssige praksisser, der fjerner fokus fra patientkontakten.

1.3 Undersøgelsesdesign

Afdækningen af, hvordan styringstiltag påvirker det daglige arbejde på sygehusafdelingerne er gennemført som en bottom-up-undersøgelse på fem udvalgte hospitaler. Det har været et centralt metodisk princip i undersøgelsen at gå eksplorativt til værks. Det vil i denne forbindelse sige at forholde sig åbent til de styringstiltag, der på hospitalerne vurderes at have indflydelse på tilrettelæggelse og udførelse af det daglige arbejde med konkrete patientforløb – herunder på omfanget af dokumentations- og registreringsarbejde samt til medarbejdernes og ledernes opfattelse heraf.

Ud over bottom-up-undersøgelsen er der gennemført interview med nøglepersoner, som på forskellig vis fx har bidraget til udformning og implementering af de enkelte styringstiltag. En-

delig er der gennemført et sporingsarbejde, der har bestået i at afdække, hvor de blandt medarbejdere og ledere oplevede procedure- og dokumentationskrav kommer fra (se bilag 1).

1.3.1 Bottom-up-undersøgelse

Udbyttet ved en bottom-up-tilgang er, at man opnår indsigt i, hvilken praktisk virkning de forskellige styringsmidler har for de sundhedsfaglige medarbejdere og deres ledere, det vil sige både tilsigtede og utilsigtede virkninger og samspillet mellem forskellige styringstiltag i hverdagen. Frem for at antage, at der er en simpel sammenhæng mellem mål, midler og effekter af fx en lovgivning, er det en central opgave i bottom-up-forskning at afdække den målkompleksitet, der ofte opstår i de yderste led, hvor lovgivningen skal sættes i anvendelse (Hjern & Porter 1981, Bogason & Sørensen 1998). En bottom-up-tilgang er derfor åben og eksplorativ, hvilket betyder, at resultaterne ikke på forhånd kan forudsiges. Der er således ikke på forhånd opstillet antagelser eller hypoteser om, hvad de fx på hospitalerne kunne opleve som unødigt dokumentation. Bottom-up-forskningen tager på denne vis et empirisk udgangspunkt i de problemer, der identificeres "forneden" af de aktører, der indgår i den undersøgte implementeringsproces (Bogason & Sørensen 1998) (for en uddybning af bottom-up som metode se bilag 1).

1.3.2 Interview og observation på fem hospitaler

Projektet tager udgangspunkt i deltagelse af fem hospitaler fordelt på de fem regioner. Hospitalerne er udvalgt af Danske Regioner. De fem hospitaler er udvalgt med henblik på at skabe størst mulig sammenlignelighed mellem de deltagende afdelinger i forhold til størrelse, patientgrundlag mv. Der er tale om fem store afdelinger.

Hvert hospital er repræsenteret ved én af nedenstående afdelinger:

- Ortopædkirurgi
- Neurologi
- Intern medicin
- Onkologi
- Fælles akutmodtagelse

Afdelingerne repræsenterer forskellige typer patientforløb. Der kan være forskelle i byrden og arten af opgaver, der knytter sig til de forskellige styringsmidler, inden for specifikke patientforløb og de specialer, der varetager behandlingen heraf. For at kunne sammenligne på tværs har det været et mål både at kunne fremhæve resultater, der optræder i alle dele af materialet, men også beskrive evt. lokale forskelle. Ligesom det også har været et mål at have fokus på, hvordan de udpegede barrierer for hensigtsmæssige forløb påvirker på tværs af afdelinger m.m. i patientforløbet. De fem afdelinger dækker tilsammen bredt inden for kliniske afdelinger. Af eksempler på afdelingstyper, der ikke indgår direkte – men kun indirekte via samarbejdsfladerne til dem – er dog intensive afdelinger og parakliniske afdelinger. På grund af den store overensstemmelse mellem resultaterne på de fem hospitaler forventes imidlertid, at konklusionerne har mere almen gyldighed.

1.3.3 Observationsstudier

Der er gennemført observationer af to arbejdsdage på hvert af de fem deltagende hospitaler (i alt 10 arbejdsdage). Der har været to observatører på hver af de deltagende hospitaler svarende til, at det i alt er ca. 20 personers arbejdsdage, der er blevet fulgt. For at

komme rundt om både sengeafsnit, ambulatorier, daghospitalet, skadestuer og operationsgang m.m. har hver observatør dog typisk fulgt en person (læge eller sygeplejerske) om morgenen og en anden om eftermiddagen. Der har også været gennemført kontorobservationer på sygeplejekontorer, som er det sted, hvor mange faggrupper dokumenterer og registrerer.

Dagene har været delt op således, at den ene observationsdag har haft primært fokus på det lægelige arbejde, mens den anden dag har haft sit primære fokus på plejearbejdet.

Observationsstudierne har givet et indblik i, hvordan medarbejdere i dagligdagen interagerer med forskellige styringstiltag. Samt hvilke udfordringer og dilemmaer der kan opstå i den forbindelse. Observationsstudierne har således givet et godt udgangspunkt til at kvalificere de efterfølgende interview.

1.3.4 Interview

Der er gennemført 59 gruppe- eller enkeltpersoninterview på hospitaler som led i undersøgelsen. Hovedparten af disse har været gruppeinterview, mens enkelte har været gennemført som enkeltpersoninterview. De faggrupper, der har medvirket i interviewene er: læger/kirurger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, taleterapeuter, lægesekretærer, sygeplejesekretærer, kommunikationsmedarbejdere samt økonomer.

Der er interviewet frontlinjepersonale, mellemledere såsom fx overlæger, afdelingssygeplejersker og afdelingsledelser såsom ledende oversygeplejersker, ledende overlæger, ledende sekretærer og klinikchefer. Der er også interviewet centerchefer og medlemmer af hospitalsdirektionerne samt akkrediteringsledere. Alle hierarkiske niveauer i relation til de medvirkende faggrupper er dermed repræsenteret i undersøgelsen på alle fem hospitaler.

De formelle interview er gennemført med udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Hvert interview har typisk varet mellem 1-2 timer. Interviewene er optaget med digital voicerecorder. Der er skrevet referat af interviewene.

Ud over de formelle interview er der løbende – som led i observationerne af hverdagen – gennemført en række punktinterview. Punktinterview (on-the-spot interview) er en mere uformel måde at interviewe på, der – ud over at give indsigt i arbejdsprocesser og aktørers tanker om deres arbejdsprocesser – kan anvendes til at forberede indholdet i senere interview (De Vault & McCoy 2002). Der er gennemført 215 punktinterview. Ud over de allerede nævnte faggrupper deltog også social- og sundhedsassistenter og serviceassistenter i punktinterview.

Table 1.1 Interviewede hospitalsansatte

Interviewdeltagere	Formelle interview	Punktinterview	Antal interviewede personer
Læger	10	63	91
Sygeplejersker	9	94	147
Sekretærer, kommunikationsmedarbejdere	5	23	39
Terapeuter (fys, ergo, tale)	5	5	24
Andre fagpersoner		4	4
Stabsmedarbejdere	1	2	8
Kvalitets- og dokumentationsmedarbejdere	5	4	5
Afdelingssygeplejersker	5	7	20
Afdelingsledelser	8	8	13
Kvalitetschefer	4	2	4
Centerchef	1		1
Hospitalsledelser	6		7
Patienter		3	4
I alt	59	215	367

Renset for potentielle gengangere udgør den samlede mængde hospitalsansatte, der har deltaget i enten et formelt interview eller et punktinterview, 367 personer.

1.3.5 Interview med nøglepersoner

Der er som sidste led i dataindsamlingen gennemført 10 interview med deltagelse af 13 nøglepersoner i alt. Nøglepersonerne udgør centrale interessenter med indsigt dels i den nuværende styring, dels i planer for fremtidige forbedringer af styringen. Nøglepersonerne omfatter statslige repræsentanter, regionale repræsentanter, repræsentanter for organisationer, centrale kvalitets- og patientsikkerhedsorganisationer og fagforeninger.

Interviewene med interessenterne har kvalificeret analysearbejdet samt forståelsen af den historiske kontekst for de forskellige styringstiltag. Interviewene har også givet indsigt i interessenters tanker om, hvordan styringen kunne se ud fremadrettet.

Nøglepersonerne er udvalgt efter udpegning dels af styregruppens medlemmer, dels af de medvirkende hospitalsansatte.

1.4 Begrebsafklaring

De interviewede på hospitalerne skelner ikke konsekvent mellem begreberne registrering og dokumentation. I rapporten anvendes begreberne i tråd hermed som synonymmer for hinanden, dog anvendes primært begrebet dokumentation.

1.4.1 Kvalitetsstyring

I rapporten anvender vi ordet *kvalitetsstyring*, som vi bredt forstår som de bestræbelser, beslutningstagere gør for at forbedre kvaliteten af sundhedsydelser, og som kan udmøntes i konkrete *styringstiltag*, det vil sige, initiativer der iværksættes for at fremme eller forhindre en bestemt adfærd (Andersen & Pedersen 2014, s. 15). Kvalitetsstyring handler i rap-

porten bredt om tiltag i form af fx DDKM, den tværregionale implementering af Patientsikkert Sygehus, andre regionale tiltag på kvalitetsområdet samt behandlings- og udredningsgarantier. Styring i denne rapport optik kan både handle om at benytte forskellige styringsredskaber til at fremme udvikling og læring og til at fremme kontrol og dokumentation. Kvalitetsmålinger og monitorering ser vi som en del af styringen, som både kan anvendes styringsmæssigt til at fremme en bestemt udvikling/læring og/eller bruges i kontroløjemed.

Der er ikke tale om en gennemgang af samtlige mulige kvalitetsstyringstiltag. Rapporten behandler udelukkende de tiltag, som et bredt og tværgående udvalg af interviewpersoner har bragt op som udgørende kilder til uhensigtsmæssigt tidsforbrug og dokumentation.

1.4.2 Ikke-intenderede konsekvenser

I oversættelsen af styringstiltag kan der ske ændringer, så styringen får andre virkninger end dem, der forventes af beslutningstagere. Dette diskuteres ofte som ikke-intenderede konsekvenser af styring i organisationsteoretisk litteratur.

Ideen om, at styringstiltag kan have ikke-intenderede konsekvenser, er ikke ny, men har været diskuteret i samfundsvidenskaberne siden David Hume og Adam Smith (Hood & Peters 2004). Begrebet udviklet af sociologen Robert Merton og i den sociologiske/politologiske udgave af nyinstitutionel teori som repræsenteret af James March og Johan P. Olsen. I performance-management-litteraturen beskrives der typisk ikke-intenderede konsekvenser af styringstiltag såsom: *gaming* (data manipulation), *cream-skimming* (selektion af patienter), udvikling mod laveste fællesnævner, tunnelsyn og ledelsesfokus på monitorerede områder, målfiksering, suboptimering og korttidsløsninger (se Wadmann et al. 2013).

Udvikling af defensive praksisser, unødigt dokumentation eller fokus på "skal-opgaver" er altså ikke ualmindelige konsekvenser af styringstiltag.

1.5 Læsevejledning

Rapporten er opbygget således, at den første del af rapporten beskæftiger sig med den samlede mængde af registreringer og dokumentation, og hvordan denne påvirker patientarbejdet. Herunder hvilken kulturpåvirkning dokumentations- og registreringsopgaverne har (kapitel 2-5). Kapitel 6 beskriver, hvordan den nuværende it-understøttelse bidrager til at skabe en oplevelse af, at dokumentation kommer til at fylde meget. Kapitel 7 beskæftiger sig med besvarelsen af spørgsmålet, hvordan en fremadrettet styring med færre og mere relevante dokumentations- og registreringspunkter kunne se ud.

Den anden del af rapporten gennemgår de enkelte styringstiltag, som er blevet kortlagt som resultat af bottom-up-undersøgelsen. Der er altså ikke tale om en fuld gennemgang af samtlige eksisterende styringstiltag eller en gennemgang af alle elementer i fx Den Danske Kvalitetsmodel, men kun dem, som de interviewede medarbejdere og ledere på de fem medvirkende hospitaler oplever som givende anledning til unødigt dokumentation. Denne del af rapporten har en mere bilagsagtig karakter.

Læsere, som ikke er interesserede i de enkelte styringstiltag, kan med fordel fokusere deres læsning på kapitlerne 2-7.

1.5.1 Anvendelsen af citater i rapporten

Citater anvendes i rapporten til at illustrere centrale pointer og mønstre i datamaterialet. Medmindre det specifikt fremgår af teksten, at der er tale om et enkeltstående synspunkt, vil citater repræsentere et bredt udsnit af de interviewede, og de mønstre de mange interviewede tilsammen tegner.

Ved tværgående pointer og mønstre vil det typisk ikke fremgå, hvilken klinisk afdeling eller hvilket hospital, den citerede arbejder på. Dette er for at sikre de deltagende interviewpersoner anonymitet. Hvis det er en pointe, der knytter sig specifikt til de enkelte specialer, vil dette fremgå. Af anonymiseringsårsager vil det heller ikke fremgå præcis, hvilken stilling de interviewede har.

Stillinger	Citat kategorier
Hospitalsdirektør, vicehospitalsdirektør, kvalitetschef, centerchef, klinikchef, viceklinikchef, akkrediteringsleder	Chef (eller lægefaglig leder eller sygeplejefaglig leder m.m. alt efter kontekst og anonymiseringshensyn). Kvalitetschefer, akkrediteringsledere og kvalitetskoordinatorer citeres evt. som: kvalitetsansvarlige.
Ledende overlæge, ledende oversygeplejerske, ledende lægesekretær, afdelingssygeplejerske, professor, overlæge	Leder (eller lægefaglig leder eller sygeplejefaglig leder m.m. alt efter kontekst og anonymiseringshensyn).
Læger, kirurger, sygeplejersker, fysio- ergo- og tale-terapeuter, læge- og sygeplejeseekretærer, social- og sundhedsassistenter, serviceassistenter m.m. samt kvalitetskoordinatorer	Medarbejder (eller sygeplejerske, læge, osv. alt efter kontekst og anonymiseringshensyn). Sygepleje- eller lægesekretærer citeres som: sekretær. Og ergo-, tale- og fysioterapeuter citeres som: terapeuter. Kvalitetskoordinatorer citeres som kvalitetsansvarlige.

Når nøglepersoner citeres, vil dette være i anonymiseret form som nøgleperson.

2 De primære udfordringer relateret til styring og dokumentation

Med udgangspunkt i den gennemførte bottom-up-undersøgelse fokuserer dette kapitel på, hvordan medarbejdere, ledere og chefer på de fem medvirkende hospitaler oplever, at den nuværende kvalitetsstyring giver anledning til et uhensigtsmæssigt højt niveau af dokumentationsarbejde.

Hovedparten af de registreringer og den dokumentation, som de interviewede oplever som uhensigtsmæssige, ligger nemlig inden for området kvalitetsstyring samt den måde it understøtter kvalitetsstyringen på.² Derfor handler rapporten primært om dokumentation i relation til kvalitetsstyring, men også om, hvordan den nuværende it-understøttelse er med til at forøge mængden af kvalitetsdokumentation. Kvalitetsstyring handler i rapporten bredt om tiltag i form af fx DDKM, den tværregionale implementering af Patientsikkert Sygehus, andre regionale tiltag på kvalitetsområdet samt behandlings- og udredningsgarantier.

Kapitlet viser, at mange medarbejdere og ledere oplever, at de uhensigtsmæssige bivirkninger af den nuværende styring er stigende. Ikke så meget på grund af de enkelte tiltag i sig selv, men på grund af den samlede mængde af tiltag.

2.1 Det var nødvendigt at gøre noget

Før resultaterne om oplevelser af unødigt dokumentation præsenteres, gives indledningsvist en introduktion til den rammefortælling, som ledere og kvalitetsansvarlige på hospitalerne samt de interviewede nøglepersoner typisk har givet i forhold til temaet kvalitetsstyring.

En udbredt fortælling blandt de interviewede ledere, kvalitetsansvarlige og nøglepersoner er, at der, før Den Danske Kvalitetsmodel og andre kvalitetstiltag, var for mange områder, hvor der manglede systematik på hospitalerne. Det drejer sig især om vejledninger og instrukser, men også om ventetider, der var for lange, fx for en række kritiske sygdomstilstande. Mange ser det derfor som positivt, at der i højere grad er kommet fokus på kvalitetsstyring på hospitalerne.

Hvorfor ønskede man monitorering? Det var der gode grunde til. Legitimiteten har været i orden i forhold til systemets ønske om transparens, kontrol, mulighed for at se ind i, hvordan vi forvalter systemet. Der har været forløb og ventetider, der har været for lange; ventetider – selv på kritiske sygdomstilstande. Der har været behov for, at der blev gjort noget radikalt. Men i dag er det kammet over. Vi er kommet alt for langt med registreringer. (Chef)

Når der lokalt opponeres mod det nuværende niveau af den samlede dokumentation, er det altså ikke fokus på kvalitet eller det at have nationale modeller for styring af kvalitet, der

² Andre konkrete styringsområder, der dukkede op på enkelte hospitaler (men ikke tværgående) var fx: Håndtering og administration af transportrefusion til patienter og styring relateret til indtag af social- og sundhedsassistentlever og sygeplejestuderende. Hvad angår dokumentationsarbejde relateret til økonomistyring var det udbredt, at sekretærene fandt, at alle former for dokumentation, der fører til økonomisk afregning i sig selv er meningsfulde. På nogle af hospitalerne havde de derudover en oplevelse af, at centralisering af HR-funktioner har betydet flytning af administrative opgaver til de kliniske afdelinger. Konkret nævnte de forhold såsom attestering af afholdte udgifter (fx ved kørsel) og udarbejdelse af lønaftaler.

opponeres imod. Det, der opponeres imod, er de afledte effekter af måden, styringen gri-
bes an på.

2.1.1 De positive effekter af DDKM

Den mest positive effekt af DDKM er, at der er kommet mere fokus på kvalitetsarbejde. Indførelsen af DDKM har virket som en løftestang i forhold til at få ressourcer til og få opbygget kvalitetsområdet.

Videre fremhæver mange kvalitetsansvarlige og ledere på hospitalerne, at mens der også tidligere er blevet arbejdet aktivt med kvalitetsforbedringer på hospitalerne, så har DDKM systematiseret dette arbejde. DDKM har betydet, at der på hospitalerne er kommet mere system i instrukser og vejledninger, og at disse nu er samlet elektronisk på intranet. Nogle sekretærer forklarer, at dette gør det nemmere for dem at finde relevante instrukser, mens nogle sygeplejersker fremhæver, at det giver dem større sikkerhed for, at de får fat i de mest opdaterede instrukser.

Derudover er der flere, der fremhæver, at DDKM også understøtter personaleledelsen. Det har i positiv forstand ført til ensretning af udarbejdelse af stillingsbeskrivelser og ansættelsesprocedurer m.m. Der er også enkelte kvalitetskoordinatorer, der peger på, at DDKM lokalt har faciliteret processer om, hvad god kvalitet er via udarbejdelsen af lokale instrukser.

Enkelte sygeplejersker peger på, at DDKM har haft en positiv effekt i forhold til patientsikkerhed. Særligt fremhæves såkaldte patientkritiske standarder, såsom observation og opfølgning på kritiske observationsfund og patientidentifikation. Der peges også på positive effekter i forhold til øget bevidsthed om eksempelvis uniformsetikette og procedurer, der skal sikre, at fx personfølsomme data ikke ligger frit tilgængeligt.

Herudover er der medlemmer af hospitalsdirektioner, der mener, at akkrediteringsprocessen kan være med til at skabe sammenhæng på tværs inden for et hospital, fordi de er fælles om at opnå akkreditering.

2.1.2 Kvalitet er blevet en ledelsesopgave

Et andet positivt resultat af DDKM og de senere års kvalitetsstyring anser de interviewede ledere, kvalitetsansvarlige og nøglepersoner for at være et større ledelsesmæssigt fokus på kvalitet i det sundhedsfaglige arbejde. Fra primært at være drevet af sundhedsfaglige ildsjæle, er kvalitetsudvikling blevet en ledelsesopgave, som ledere på alle niveauer på hospitalerne er involveret i.

Hvis du vil have mere kvalitet, skal du dedikere ledelseskraft til det element, som du vil have mere af. Det er sjældent, at det kommer af sig selv. Når noget er komplekst, er der brug for, at nogen udstikker en linje og sætter et fyrtårn. (Lægefaglig leder)

At kvalitet er kommet ind på ledelsesdagsordenen anser mange for at være godt, fordi det signalerer, at kvalitetsudvikling er nødvendigt at prioritere på linje med budgetoverholdelse og produktivitet. Det åbner ifølge flere også op for i højere grad at kunne arbejde med at videreudvikle kvalitet som ledelsesopgave.

2.1.3 Bivirkningerne vokser

På trods af de gode intentioner og effekter af eksempelvis Den Danske Kvalitetsmodel giver hovedparten af de interviewede medarbejdere, kvalitetsansvarlige, ledere og chefer udtryk for, at kvalitetsstyringen og den måde, særlig DDKM er blevet implementeret på, er gået for vidt. De oplever, at kvalitetsstyringen tager for meget fokus fra kerneydelserne. Det fører til udtalelser som:

Vi er endt i et registreringshelvede, og det giver ingen værdi for patienterne. (Sygeplejefaglig leder)

Nogen må finde en stopklods. (Sygeplejefaglig leder)

Vi skal have pustet noget luft ud af DDKM; dette initiativ, der skulle være en garant for kvaliteten, er "svulmet op" til "elefant"-størrelse. (Sygeplejefaglig leder)

Også hovedparten af de interviewede nøglepersoner giver udtryk for, at omfanget af dokumentationen relateret til kvalitetsstyringen er blevet for stor, og de efterspørger, at læring fremadrettet kommer til at fylde mere.

Resten af dette og de kommende kapitler beskriver de konsekvenser, som de interviewede på hospitalerne oplever, at styringen har, samt hvorfor mange ikke vurderer, at modeller såsom Den Danske Kvalitetsmodel i tilstrækkelig grad understøtter eller måler på den faglige kvalitet.

Ud over mængden af registreringer er der særligt to forhold, der ifølge de interviewede forværrer problematikken. Det første er, at registreringerne ofte ikke it-understøttes på en hensigtsmæssig måde. Computerne er gamle, langsomme, systemerne går ned, data kan ikke genbruges i forskellige systemer, der kommer jævnligt nyt og ikke-færdigt software og der skal logges ind på forskellige systemer. Dette fører til langsomme arbejdsprocesser og dobbeltregistreringer. Den mangelfulde it-understøttelse er for mange medarbejdere en kilde til daglig frustration. Dette uddybes i kapitel 6. Det andet forhold er den arbejdstid, der anvendes på ukorrekte registreringer og håndtering af de såkaldte "fejllister", som opgør de registreringer, der skal ændres.³

I tillæg til de procedure- og dokumentationskrav, der opstår gennem nationale og regionale styringstiltag, er der forskellige drivkræfter, som bidrager til, at mængden af krav vokser som led i selve *implementeringen* af kvalitetstiltagene. For de enkelte medarbejdere og afdelingsledere, som er konfronteret med mange samtidige tiltag, er det imidlertid ofte uigennemskueligt, hvor de enkelte krav stammer fra. Dette kapitel viser, hvordan styringen opleves fra *deres* perspektiv uden at redegøre detaljeret for, hvor fra kravene kommer. Dette adresseres i stedet i behandlingen af konkrete styringstiltag i rapportens del 2 (kapitlerne 8-11).

Vi skal indledningsvist gøre opmærksom på, at de interviewede er blevet bedt om at pege på de områder, hvor de oplever, at dokumentationsarbejdet kunne være mere hensigtsmæssigt. Samt pege på styringstiltag, som de oplever unødigt ressourcekrævende, og/eller som ikke forekommer dem fagligt meningsfulde.

Der er altså ikke tale om en samlet vurdering af, hvor velfungerende arbejdet i øvrigt er på de medvirkende hospitaler. De interviewede giver udtryk for, at der er mange andre områder af deres arbejde, der fungerer godt og er en kilde til faglig stolthed.

³ På en af de deltagende afdelinger i undersøgelsen vurderer de, at de årligt anvender 1,5 fuldtidsstilling alene på at følge op på ukorrekte registreringer.

2.2 Mængden er den egentlige udfordring

Mængden af registreringer vokser. Det er en hel registreringsjungle. Man ender med ikke at registrere – eller ikke at kunne se registreringerne for bare registreringer. Særligt, når vi har meget travlt, er alle registreringerne irriterende og ikke mindst alle de computerklik, de fører til. (Læge)

En hovedkonklusion i denne rapport er, at det ikke så meget er de enkelte styringstiltag, der bidrager til for meget dokumentationsarbejde. Det er snarere den grundlæggende tænkning i en udbredt del af styringen, der fører til, at den samlede mængde af ting, der skal dokumenteres, vokser eksplosivt.

Ifølge de interviewede, som har fulgt udviklingen i kvalitetsarbejdet, er tænkningen i kvalitetsstyringen ikke ny. Det nye er, at tænkningen "er blevet udbredt til næsten alle tænkelige organisatoriske områder", og at den samlede *volumen* af kvalitetskrav og tilhørende dokumentation er øget betragteligt.

Som kvalitetsfolk har vi altid gerne villet sætte standarder for god kvalitet, monitøre at tingene rent faktisk foregår på den måde, vi har besluttet, og handle på afvigelser. Det er klassisk kvalitetstænkning. Det passer bare ikke til den volumen, det har fået. Vi drukner i screeninger. Alle patienter skal ernæringscreenses, alle patienter skal tryksårsscreenses, alle patienter skal KRAM-screenses [screenes for livsstilsrelaterede risici, red.]. De skal screenses for what-ever. (Chef)

En chef fra et andet hospital bemærker i tråd hermed: "DDKM driver meget dokumentation, og noget af det er helt i orden. Men med de sidste 20 % går man for langt." Som konkrete eksempler nævner chefen, at de skal dokumentere ansættelsesprocesser og afholdte medarbejderudviklingssamtaler (MUS).

2.2.1 Der er kommet for mange skriftlige retningslinjer

Mens der er kommet fokus på at ensrette, udarbejde og opdatere instrukser og vejledninger, er omfanget af skriftlige retningslinjer blevet for stor. De interviewede peger på, at 1) *mængden* af instrukser og vejledninger er svulmet op og er ude af proportioner, og 2) at *længden* på de skriftlige vejledninger har taget overhånd. Dette har dels ført til en situation med mange og til tider konkurrerende instrukser og vejledninger. Dels til at en række af dokumenterne reelt ikke kan anvendes som arbejdsredskaber, fordi de er for lange og uoverskuelige. Udfordringen er derfor at gøre retningslinjerne så enkle, at de er operationelle⁴; for ellers er risikoen, som en terapeut udtrykker det: At de blot bruger tid på at producere "glansbilleder". Der er flere grunde til den store mængde retningslinjer (se kapitel 5).

⁴ For eksempel: Læge X viser, hvad X kalder "et fantastisk eksempel på bureaukrati": En patientforløbsbeskrivelse, som X er blevet bedt om at være med til at udarbejde. Forløbsbeskrivelsen involverer flere afdelinger; beskriver procedurer og ansvarsdelinger; og indeholder links til relevante guidelines i systemet (hospitalets dokumentstyringssystem). Selve forløbsbeskrivelsen fylder 8 A4-sider, og X skønner, at de linker til ca. 50 siders retningslinjer. X's pointe er, at "hver enkelt del er korrekt – men det er ikke sådan, man gør. Vi har løst vores opgave fuldt ud, men problemet er, at opgaven er meningsløs" for, som X bemærker: "Tror du en reservelæge vil læse 8 sider i en akut situation?" X konkluderer: "Intentionen var god, men det er ikke meningsfuldt, når det ikke er operationelt." I kontrast til forløbsbeskrivelsen, som X ikke finder operationel, giver X et andet eksempel på en instruks, som ifølge X er meningsfuld. X har også medvirket i udviklingen af denne, men til forskel fra forløbsbeskrivelsen er initiativet lokalt, instruksens fylder en halv A4-side, og de har knyttet søgeord til instruksens, som sikrer, at den kan fremsøges i systemet, når de søger på diagnosen.

En chef anslår, at de i den pågældende region har omkring 8.000 vejledninger og instrukser ud over de nationale retningslinjer. Ligeledes giver en chef fra et andet hospital udtryk for, at produktionen af retningslinjer har nået grænsen. På det pågældende hospital har de p.t. over 4.000 lokale vejledninger. En af de kliniske afdelinger har alene produceret langt over 600 forskellige vejledninger. Med et krav om, at alle eksisterende vejledninger skal opdateres hvert andet år, giver det, ifølge chefen, sig selv, at det bliver et ressourcekrævende og tungt system. Ifølge chefen burde de på hospitalet "ikke bruge så mange ressourcer på at opbygge og vedligeholde retningslinjer", som det er tilfældet i dag. Videre reflekterer chefen over, at der tilsyneladende ikke sker en afvejning af, hvad der potentielt opnås i form af øget patientsikkerhed ved at producere vejledninger sammenholdt med de ressourcer, der anvendes til at producere og vedligeholde dem.

Kvalitetsansvarlige bemærker i tråd hermed, at arbejdet med retningslinjer opleves langsomt og ressourcekrævende. En chef konstaterer, at det tager op til et halvt år at udarbejde og godkende en vejledning. Arbejdet foregår typisk ved, at en ekspertgruppe nedsættes og udarbejder første udkast til en given vejledning med udgangspunkt i hospitalets skabelon. Udkastet udsendes til høring på alle hospitaler i hele regionen. Det tager cirka en måned. Derefter tilretter ekspertgruppen udkastet, som sendes i 2. høring. Efter 2. høringsrunde gennemses vejledningen af det regionale udvalg for kvalitetsdokumentation, som består af vicedirektører fra alle regionens hospitaler. Dette udvalg skal vurdere, om vejledningen kan implementeres og har økonomiske konsekvenser, før den kan godkendes endeligt. Trods den omfattende proces oplever de alligevel, ifølge chefen, at en del vejledninger ikke fungerer i praksis.

En af årsagerne er, ifølge flere medarbejdere og kvalitetsansvarlige, at vejledningerne sjældent er operationelle. En chef bemærker, at der på det pågældende hospital "ikke er nogen vejledninger under fem sider", at vejledninger i nogle tilfælde udvikler sig til egentlige kliniske retningslinjer, og derfor bliver "mere som en lærebog end et arbejdsdokument." Længden skyldes, at der i hospitalets vejledning om udarbejdelse af vejledninger er sat krav om, at der benyttes en særlig skabelon, bemærker chefen. På et andet hospital forklarer en chef, at nogle vejledninger er på op til 25 sider.

Bagsiden af medaljen er, dels at det afstedkommer et meget stort og komplekst regelsæt for medarbejderne at holde sig opdateret i. Som en chef udtrykker det, er muligheden for nye medarbejdere for at orientere sig i gældende procedurer "druknet" i et hav af retningslinjer. Dels er det vanskeligt for medarbejderne at finde de relevante vejledninger. Selvom vejledningerne er blevet samlet i elektroniske dokumentstyringssystemer, er det ifølge mange medarbejdere vanskeligt at fremsøge de vejledninger, der er relevante i givne situationer (se også kapitel 6). Herudover betyder de mange vejledninger også, at der genereres uvished om, hvilke vejledninger der skal benyttes i hvilke situationer. For typisk kan der være overlap mellem vejledninger, eller der er flere forskellige lokale vejledninger for den samme problemstilling. Endelig kan det være vanskeligt for medarbejderne at holde sig opdateret på, hvorvidt der er kommet en ny vejledning på et givent område, fordi vejledningerne med en anden chefs udsagn "kommer i en lind strøm", og at det ikke er usædvanligt, at der på en dag udsendes besked til medarbejderne om ti nye eller ændrede vejledninger.

Flere medarbejdere giver udtryk for, at mængden af information om retningslinjer "stresser helt enormt", fordi de mister overblik og frygter, at det, som er relevant, drukner i den samlede mængde. De er opmærksomme på, at de er ansvarlige for at følge retningslinjerne, men oplever ikke at have en reel chance for at overskue, hvilke retningslinjer der er direkte relevante for deres praksis. "Nyhedsstrømmen er enorm", konstaterer en terapeut.

Den stigende mængde og længde af retningslinjer kan altså have den konsekvens, at de ikke bliver læst. Dermed kan de tiltag, der er iværksat for at skabe bedre patientsikkerhed, ifølge en chef ende med at bidrage til "større patientusikkerhed".

2.3 For meget *one-size-fits-all*-tænkning

Mange af [screeningerne] er rigtig gode. Det er mængden, og det, at vi ikke har indflydelse på, [hvilke screeninger] vi skal bruge på de enkelte afdelinger, [som er problemet]. (Sygeplejerske)

En anden gennemgående bekymring, de hospitalsansatte har, er, at krav til procedurer standardiseres i en grad, så der ikke tages hensyn til den kliniske situation eller den konkrete patient. Standardiserede procedurekrav kobles af mange interviewede til nationale styringstiltag, såsom Den Danske Kvalitetsmodel og lovfæstede patientrettigheder, samt til tværregionale initiativer, såsom Patientsikkert Sygehus. For at standarder kan gælde på tværs af institutioner, kræver det, at de er generelle nok – men netop der kan de miste klinisk mening på grund af manglende mulighed for at differentiere ud fra patientbehov.

Patienterne har nemlig ikke nødvendigvis de samme behov. Nogle patienter bringes akut ind, bliver indlagt og har akutte helbredsproblemer, der skal løses. Andre indkaldes til undersøgelse eller behandling, som klares på en enkelt dag (dagfunktion). Andre kommer til kontinuerlige besøg i et længerevarende undersøgelses- og behandlingsforløb. Nogle kommer gående ind og har normalt aktive liv, mens andre er sengebundne. Atter andre er i terminale forløb. Patienterne kan også være kognitivt påvirkede i forskellige grader og i choktilstande m.m.

Som eksempler på unødigt standardiserede procedurekrav nævner personalet:

Tryksårsscreening: et typisk eksempel på, at personalet oplever, at screeningskrav bliver for udbredt, er screening af oppegående patienter for tryksår.

Ernæringscreening: På afdelinger, hvor indlæggelserne er korte (max ofte 2-3 dage) betyder det ifølge de interviewede, at de kommer til at bruge lang tid på eksempelvis at kostregistrere patienter, uden at de kan nå at gøre noget ved eventuelle ernæringsproblemer, før patienten er udskrevet. En anden udfordring med, at alle skal ernæringscreenses, er ifølge de interviewede sygeplejersker, at der kun er handlemuligheder, hvis patienten er i den undervægtige kategori. Ernæringscreeningen er derfor et eksempel på et regulativt krav, som en betydelig del af hospitalspersonalet ikke oplever meningsfuldt at udbrede til alle patienter, fordi det ofte ikke gør nogen praktisk forskel for patienterne (Se også afsnit 8.5).

Screening for livsstilsrelateret risiko (KRAM): om end det kan være relevant i nogle situationer, oplever personalet, at der er en række tilfælde, hvor det ikke er meningsfuldt at skulle interviewe patienter om deres motions-, kost-, ryge- og alkoholvaner. Hvor det er irrelevant for behandlingsforløbet, uetisk eller konfliktoptrapende fx ved alkoholpåvirkede patienter i Akutmodtagelser. Personalet oplever også, at de har begrænsede handlemuligheder. Mange medarbejdere og ledere mener, at KRAM-screeninger ville give mere mening i kommunalt regi. Opgaven giver ikke mening i hospitalsregi – for patienterne opholder sig typisk kortvarigt på hospitalerne, og der er sjældent konkrete tilbud (ud over abstinensbehandling og nikotinplastre) i forbindelse med indlæggelse. Derfor er personalets interventionsmulighed i praksis typisk begrænset til at udlevere, hvad nogle betegner som "en hel regnskov" af brochurer, som de imidlertid sjældent ser patienterne læse i endsige tage med hjem. (Se også afsnit 8.4)

Rehabiliteringssamtale til alle: På kræftafdelingen har alle patienterne ifølge sygeplejerskerne krav på en rehabiliteringssamtale uanset deres funktionsevne, og om de måtte være i job eller ej. Sygeplejerskerne informerer derfor alle patienter om lokale rehabiliteringstilbud, men oplever det som unødvendigt at skulle spørge alle patienter, om de er interesseret i en rehabiliteringssamtale.

Begrænsede handlemuligheder handler både om, at der ikke nødvendigvis er et relevant tilbud eller en relevant opfølgende handling og om tidspres i dagligdagen. Personalet oplever altså ikke, at det er realistisk at nå at følge op på det hele.

Vi har rigtig mange ting, vi skal. Vi skal VAS-score [smertevurdering, red.], vi skal tryksårsscreene, vi skal ernæringssscreene, vi skal have indlæggelsessamtale, vi skal tildele kontaktperson, vi skal [indberette til] NIP, vi skal... [...] Nogle gange tænker man: Hvad skal jeg bruge alt det her til? For uanset om jeg skriver noget eller ej, så bliver der ikke handlet på det. For om tre dage er Fru Hansen alligevel udskrevet igen. (Sygeplejerske)

Denne problematik skal ses i relation til en generel afkortning i længden af indlæggelsesforløb, for de accelererede patientforløb bevirker, at flere opgaver skal nås på kortere tid. Når opgaver er placeret i en kontekst, hvor personalet ikke oplever at have direkte handlemuligheder, er risikoen, at styringstiltag i praksis bliver til ren procedureopfyldelse.

Det er muligt for sygeplejerskerne, at "skrive sig ud af" kravene ved at redegøre skriftligt for, hvorfor en given procedure ikke er udført rettidigt. Imidlertid skaber dette blot endnu en dokumentationsopgave, og det tager tid fra den næste opgave, de skal i gang med. Det afføder altså et dokumentationsbehov, hver gang medarbejderne udfører et fagligt skøn frem for blot at følge retningslinjerne. Sådanne situationer opstår ifølge sygeplejerskerne dagligt.

Generelt efterlyser de interviewede derfor større mulighed for lokalt at kunne differentiere i påkrævede procedurer afhængigt af det vurderede behov i forskellige patientforløb. De mener, at screeningerne i højere grad bør foretages efter fagligt skøn.

Det er forskelligt, hvorvidt de interviewede oplever, at der er krav om, at der skal screenes i ambulatorierne. Dem, der oplever, at der er et krav, oplever typisk ikke dette som meningsfuldt.

2.3.1 Timing og tidsgrænser

Til nogle procedurekrav er der knyttet tidsgrænser for, hvornår proceduren skal være udført. Det kan medføre dilemmaer for personalet. Nogle forhold kan nemlig opleves upassende at spørge om, før et fortrolighedsforhold er opbygget mellem personale og patient.

En sygeplejefaglig leder beskriver eksempelvis, at det for både personale og patienter forekommer grænseoverskridende at skulle udspørge patienter om problemer med seksualitet eller forhøre sig om deres religiøse eller spirituelle behov, når de første gang taler med patienten som led i en såkaldt indledende sygeplejevurdering, der skal udføres inden for 24 timer. Ikke desto mindre skal personalet ifølge lederen angive i journalen, at de har forholdt sig til disse spørgsmål – ellers risikerer de at få en dårlig målopfyldelse i de interne audits. Helbredsdata er ikke bare noget, der skal indsamles eller registreres; de skabes i samspillet mellem personale og patient. For at opnå valide data, fremhæver den sygeplejefaglige leder, kræver det i flere tilfælde, at der er opbygget en tillidsfuld relation – hun vurderer, at tidskravet i praksis kan bevirke, at personalet ikke opnår korrekte data. Det er altså ikke screeningskravet i sig selv, der opfattes som problemet i denne situation, men det tilknyttede *tidskrav*. Det skaber ifølge lederen modstand mod kravene blandt personalet – særligt fordi tidspunktet for opfyldelsen af standarden ikke har direkte betydning for behandlingsresultatet.

En gruppe ergoterapeuter giver et andet eksempel: De skal leve op til krav om at definere funktionsmål sammen med patienterne som led i en indledende vurdering, der skal være foretaget senest det 2. indlæggelsesdøgn. Som udgangspunkt finder terapeuterne, at det er en god idé at sætte mål sammen med patienten for at kunne fokusere træningen og sikre sammenhæng, når nyt personale overtager. Imidlertid kan patienterne ofte ikke forholde

sig til deres funktionstab på det tidspunkt. Det giver ifølge ergoterapeuterne først mening [at sætte fælles funktionsmål], når patienten har været ude af sengen og mentalt kan forholde sig til sin situation. Ofte er det nødvendigt for dem at se patienten to gange for at få lejlighed til at observere eksempelvis spise- og synkefunktion og andre dagligdags gøremål, som er væsentlige for funktionsevnen. Tidskravet skaber afledte registreringskrav – for når ergoterapeuterne vurderer, at en patient ikke er parat til at sætte funktionsmål, skal de argumentere for og dokumentere denne afvigelse i journalen for at undgå dårlige auditresultater.

Når medarbejdere og lokale ledere efterspørger større mulighed for at kunne differentiere i forhold til procedurekrav, så handler det altså ikke kun om standardernes *indhold*, men også tilknyttede *tidskrav*.

2.4 Dokumentation af negative fund

For nogle af sygeplejerskerne – herunder også kvalitetsansvarlige sygeplejersker – er det vigtigt at pointere, at de fleste krav om screeninger i udgangspunktet er fagligt meningsfulde. Det er de tilhørende *dokumentationskrav*, de opponerer imod. Flere af de interviewede medarbejdere forholdt sig særligt kritisk til krav om, at personalet skal dokumentere ikke blot positive men også negative fund. Flere kvalitetsansvarlige sygeplejersker stiller spørgsmålstegn ved logikken i denne tænkning: "Hvorfor skal vi *fravælge* det irrelevante i stedet for at *vælge* det relevante *til*?"

Argumentet for kravet om dokumentation af både positive og negative fund kæder nogle sammen med DDKM, andre med krav fra regionens side (herunder den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus). Nogle sygeplejersker sammenkæder kravene om registrering af negative fund med et hensyn til at kunne trække retvisende statistik. De forklarer, at afdelingernes performance følges på regionalt niveau via målinger på den løbende opfyldelse af eksempelvis screeningskrav. Fra et klinisk perspektiv giver det imidlertid ikke meget mening, fremhæver sygeplejerskerne. "Vi kender behandlingen, og vi er hos patienterne hver dag – alligevel skal vi ind og dokumentere, at der ikke er sket noget nyt". Fra deres perspektiv ville det give mere mening blot at registrere fund, som kræver klinisk opfølgning.

Ofte gentagne eksempler på dokumentation af negative fund inkluderer krav om dokumentation af tryksårsscreening, ernæringscreening og screening for livsstilsrelaterede risici, selvom personalet vurderer, at disse problemstillinger ikke har været relevant for patienterne. Disse styringsmæssige krav behandles uddybende i rapportens del 2.

Derudover nævnes en række andre eksempler:

Smertevurdering: Ifølge kvalitetsansvarlige sygeplejersker skal alle patienter på deres afdeling spørges, om de har smerter i forbindelse med indlæggelse. Fagligt, forklarer sygeplejerskerne, er det meningsfuldt at screene patienter for smerter. Kæden hopper af, fordi kravet om screening følges af krav om at dokumentere, at screeningen er gennemført for samtlige patienter: "Kunne man ikke nøjes med at dokumentere, når patienterne rent faktisk har smerter?"

I tråd hermed foreslår sygeplejersker på andre afdelinger, at det vil være mere meningsfuldt blot at registrere positive fund i forbindelse med: **Screening for MRSA, vurdering af patienters selvmordsrisiko, rehabiliteringsbehov** samt **genoptræningsbehov**.

”Man kan synes, det er en lille opgave, at man bare lige skal klikke lidt der og der og der, men det tager bare tid,” konstaterer en ledende sygeplejerske i relation til krav om dokumentation af negative fund. En gruppe sekretærer forklarer uddybende om, hvor ressourcetrækkende dokumentationen kan være: På den pågældende afdeling skal det for alle patienter dokumenteres, at deres behov for en **genoptræningsplan** er vurderet. I tilfælde, hvor der udarbejdes en genoptræningsplan for en patient, kodes dette automatisk. Det er imidlertid ikke tilfældet for patienter, som *ikke* modtager en genoptræningsplan; der skal sekretærerne manuelt tildele en kode, der signalerer, at den pågældende patient ikke har haft behov for en genoptræningsplan. Sekretærerne eksemplificerer: ”Selv hvis det er en patient i skadestuen, der har fået noget i øjet, skal du skrive, at de ikke skal have genoptræning. Også dem vi afslutter til egen læge. Også de døde. Ellers kommer det ud på en fejlliste. Det skal også kodes på ’rask ledsager’ – for det er også [formelt registreret som] en indlæggelse.” De forklarer videre: ”Selve registreringen er nem nok – det tager kun 3 sekunder. Men når der kommer fejlister, og nogen mangler en genoptræningskode, så skal vi sætte koder på efterfølgende. Det tager tid.” Sekretærerne konstaterer: ”Der må sidde nogen et sted, som synes, vi ikke laver noget.” (Se også kapitel 6).

Generelt problematiserer personalet, at dokumentation af negative fund opleves som tidskrævende og klinisk meningsløst. Det skyldes, at dokumentationen ikke informerer den videre pleje og behandling af den enkelte patient, men blot tjener monitoreringshensyn – og derudover medvirker til at besværliggøre overblikket over patientforløb i den elektroniske patientjournal (se mere herom i afsnit 3.4.2 og kapitel 6).

2.5 Gentagelser af procedurer (screeninger)

Screeninger er okay – bare ikke så hyppigt, som det er foreskrevet, at vi skal gøre det. (Sygeplejerske)

Hyppige gentagelser af de samme procedurekrav i et patientforløb forøger mængden af dokumentation. En udfordring synes her også at være, at det for mange er uoverskueligt at holde styr på, hvilke krav der egentlig er til at udføre og ikke mindst til at gentage de forskellige screeninger under indlæggelsen på et sengeafsnit.

2.5.1 Gentagelser ved tidsmæssigt opdelte patientforløb

Sygeplejersker forklarer, at de eksempelvis skal gentage screeninger for livsstilsrisici, tryksår og ernæringsproblemer, hver gang patienter kommer til ambulatoriekontrol, og at de skal indhente informeret samtykke for hver behandlingsgang, selvom handlingerne er del af et længerevarende behandlingsforløb. Det er eksempelvis tilfældet på kræftafdelinger, hvor patienter i perioder kommer til planlagt kemobehandling med 1-2 ugers mellemrum. Gentagelserne skyldes ifølge sygeplejerskerne, at hvert besøg opfattes som et *nyt* forløb, når afdelingens målopfyldelse skal opgøres. Sygeplejerskerne problematiserer, at de gældende systemer for kvalitetssikring ofte er moduleret over indlæggelsesforløb, og at eksempelvis dagfunktioner ikke rigtigt passer ind i dette format. Den aktuelle styring understøtter dermed ikke i tilstrækkelig grad *forløbstækning*.

Ifølge sygeplejerskerne kan en del af screeningerne og andre procedurekrav være relevante ved en patients første besøg for at afdække, om der er forhold, de skal være særligt opmærksomme på i et behandlingsforløb. Problemet opstår ifølge sygeplejerskerne, når de skal gentage de samme screeninger og stille patienten de samme spørgsmål, når patienter

med hyppige mellemrum kommer til behandling eller kontrol – særligt hvis patienterne ikke oplever de problemer, der skal screenes for.

Sygeplejefaglige ledere forklarer, at der er afsat en given tid til hvert patientbesøg, hvor personalet både skal nå at informere patienten, svare på spørgsmål, indhente samtykke og foretage de påkrævede undersøgelser og screeninger, før behandlingen kan påbegyndes. Det betyder, at der "ofte ikke er meget tid til at lytte til patienten", fordi "det drukner i arbejdsgange", forklarer lederne og problematiserer, at det på sigt kan få betydning for patienternes tillid til sundhedsvæsenet.

Sygeplejersker fortæller i tråd hermed, at patienterne reagerer på den gentagne indsamling af den samme information. Mens nogle troligt svarer på de samme spørgsmål igen, oplever sygeplejerskerne i stigende grad, at patienter stiller spørgsmålstegn ved behovet for gentagelsen. Videre giver sygeplejerskerne udtryk for, at de standardiserede screeninger kan have betydning for deres relation til patienterne. Patienter reagerer nemlig på deres spørgsmål med undren over, om de ikke har læst deres journal: "Har I ikke styr på mig? Har I ikke læst papirerne? Ved I ikke, hvem jeg er?" eksemplificer sygeplejersker typiske patientreaktioner.

2.5.2 Gentagelser ved overflytning mellem afdelinger

Gentagelser opstår også, når patienter overflyttes mellem afdelinger – en situation der blot bliver hyppigere i takt med øget specialisering. I de tilfælde gentages screeninger og andre procedurer nemlig typisk. Kvalitetsansvarlige sygeplejersker peger på, at det ville være mere hensigtsmæssigt at anvende eksempelvis screeningsresultater på tværs af afdelinger og hospitaler. For det bidrager til at skabe unødigt dokumentationspres, argumenterer de, når det modtagende personale skal starte forfra med de samme procedurer, som netop er blevet udført på et andet hospital. En sådan gentagelse af screeninger opleves af mange sygeplejersker som "*dokumentation for dokumentationens skyld.*"

En gruppe sygeplejersker giver et eksempel på en patient, som blev ernæringsscreenet tre gange samme dag på forskellige afdelinger. Hvorvidt gentagelserne skyldes formelle krav om gentagelse, eller at procedurer blot gentages af personalet "for en sikkerheds skyld", var uklart for sygeplejerskerne. En chef fra et andet hospital mener, at problematikken om gentagelser handler om, hvordan det enkelte hospital har defineret monitoreringskrav. På deres hospital har de fx beskrevet, at det altid er den afdeling, som først modtager en patient, der har dokumentationspligt i forhold til blandt andet ernærings- og MRSA-screening. Uanset hvor kravene stammer fra, illustrerer sygeplejerskernes eksempler, at kravene kan blive så omfattende, at de for den enkelte medarbejder bliver svære at overskue, og at det kan føre til mere eller mindre reflekteret udførelse af procedurekrav.

2.6 Opsamling og diskussion

Om end der har været fordele ved den nuværende styring, så peger de interviewede på hospitalerne samtidig på en række bivirkninger ved den nuværende kvalitetsstyring – særligt af DDKM. Mængden af standardiserede procedure- og dokumentationskrav opleves samlet set at være for stor.

I tråd med tidligere studier af kvalitetsstyring på hospitaler (se fx Madsen & Christensen 2013) mener medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på hospitalerne, at antallet og længden af skriftlige retningslinjer er blevet uoverskuelig stor. Det hænger blandt andet sammen med, at kvalitetsstyringen er blevet udbredt til næsten alle tænkelige områder af

hospitalsdriften. De retningslinjer, der skulle sikre forudsigelighed og systematik i hospitalsarbejdet, risikerer derfor i praksis at blive en kilde til større usikkerhed, fordi den samlede volumen gør det vanskeligt for medarbejderne at finde og overskue de retningslinjer, der er relevant for deres praksis.

At der med de lange retningslinjer er en risiko for, at disse i for høj grad bliver "glansbilleder" er en pointe, der kan genfindes i retningslinjelitteraturen.

Videre giver medarbejdere og lokale ledere udtryk for, at den aktuelle styring ikke i tilstrækkelig grad understøtter forløbstænkning. De fremhæver, at gældende systemer forekommer at være moduleret over længere indlæggelsesforløb, og at vurdering af målopfyldelse typisk sker på afdelingsniveau, mens resultatet af patientforløb er afhængigt af mange forskellige instansers ageren. I tråd hermed er der i tidligere analyser af kvalitetsstyringen i hospitalsvæsenet blevet peget på, at decentraliseringen af ansvar for målopfyldelse kan anspore lokale ledere og medarbejdere til at fokusere snævert på egen performance og i værste fald sende problemer videre i systemet (Dahler-Larsen 2011).

Endelig giver mange medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på alle niveauer udtryk for, at monitoreringskravene i den nuværende kvalitetsstyring er unødigt ressourcekrævende. Monitorering af målopfyldelse via konkrete måltal skaber typisk afledte dokumentationsbehov, som adskiller sig fra den måde, dokumentation normalt indgår i det kliniske arbejde. Mens det er en integreret del af klinisk praksis at dokumentere forhold, som kræver klinisk opfølgning eller på anden måde informerer den videre pleje og behandling (positive fund), stilles der med den nuværende kvalitetsstyring også krav om, at procedurer gentages og dokumenteres, selvom klinikerne ikke ser et behov eller en mulighed for opfølgning (negative fund). Mange medarbejdere problematiserer, at dokumentation af negative fund fra et klinisk synspunkt opleves meningsløst, fordi det udelukkende tjener monitoreringshensyn og kan medvirke til at besværliggøre overblikket i patientjournalerne.

I dette kapitel beskrives eksempler på konkrete, styringsmæssige krav, der af hospitalsmedarbejdere og -ledere opleves som u hensigtsmæssige. Eksemplerne har en række fællestræk og kan således siges at udgøre nogle generelle styringstendenser. Typisk er styringens sigte at styrke kvaliteten af hospitalsarbejdet, deltagelse er ofte obligatorisk for hospitalerne, og standardisering af procedurer indgår som et væsentligt element i styringen. Der opstilles som oftest specifikke kvalitetsmål, som løbende monitoreres via lokal dataregistrering. I mange tilfælde er der krav om offentliggørelse af hospitalernes resultater, og ansvaret for at handle på manglende målopfyldelse er som regel decentraliseret til hospitals- og afdelingsniveau.

Konkret genfindes disse træk blandt andet i nationale tiltag såsom Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og i indsatser såsom den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus. Mere generelt kan styringen ses som led i en bevægelse mod, hvad der ofte betegnes som resultatbaseret styring i den offentlige sektor (Kristiansen 2014c).

3 Konsekvenser og påvirkning i hverdagen

Vi risikerer, at mængden af dokumentation gør, at man ikke gør det, du ikke kan måle og veje – empati, omsorg og tid til at snakke med patienterne. (Chef)

Med udgangspunkt i bottom-up-undersøgelsen ser kapitel 3 på de konsekvenser, de på tværs af de fem deltagende hospitaler oplever, at den nuværende dokumentationsmængde har i det daglige arbejde. Kapitlet beskæftiger sig også med den kulturpåvirkning, der ligger i den samlede mængde samt i den grundlæggende tænkning.

3.1 Konsekvenser for det kliniske arbejde

Introduktionen af mange samtidige styringskrav har betydning for det kliniske arbejde. Det kommer ifølge de interviewede hospitalsmedarbejdere særligt til udtryk blandt sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysio- og ergoterapeuter, da de fleste procedure- og dokumentationskrav er blevet defineret som opgaver for disse faggrupper.

3.1.1 Mindre tid til kerneopgaverne

“Vores dokumentation er accelereret enormt – i særdeleshed efter akkreditering”, konstaterer en sygeplejefaglig leder. En sygeplejerske bemærker i tråd hermed: “Tit er det os [som sygeplejersker], der trækker i alle tråde, og vi skal dokumentere alt, vi har gjort. Det er en stor byrde.”

Dokumentationsopgaverne bevirker ifølge flere medarbejdere, at det tager længere tid for sygeplejerskerne at gå stuegang, og at det reducerer den tid, de kan bruge sammen med den enkelte patient. En sygeplejefaglig leder beskriver, hvordan sygeplejerskerne i dag sidder meget af tiden ved de stationære computere på kontoret og dokumenterer – alternativt står de ved computeren i medicinrummet, når der ikke er ledige computere i kontoret. Uanset hvor det foregår, sker dokumentationsarbejdet ofte i fysisk afstand fra patienten, og involverer ikke patienten. Dette var også det dominerende indtryk fra observationerne på hospitalsafdelingerne.

Adspurgt om, hvordan de vælger til og fra, i forhold til hvilke eksterne krav de i praksis opfylder, giver nogle sygeplejersker udtryk for, at de som udgangspunkt opfylder alle krav, mens andre forklarer, at de under tidspres vurderer, hvad der var vigtigst for den givne patient og dernæst “argumenterer sig ud af” den manglende opfyldelse af øvrige krav. Under observationsstudierne er der også sygeplejersker og læger, der fortæller, at de vælger ikke at forholde sig til de eksterne krav. Adspurgt om, hvad tiden til “skal-opgaver” går fra, svarer sygeplejefaglige ledere typisk, at tiden går fra den direkte patientkontakt “for det er det eneste sted, de kan tage den fra”. Sygeplejersker problematiserer i tråd hermed, at de mange tjeklisteopgaver tager tid fra den personlige kontakt med patienterne:

Jeg vil jo allerhelst have den personlige kontakt, hvor jeg snakker med patienten om, hvordan [han eller hun] har det i dag, og hvor jeg skal sætte ind lige præcis i dag, for at vedkommende kan få den bedst mulige indlæggelse. Det er ikke beskrevet nogen steder.

Du bliver heller ikke punket ledelsesmæssigt, fordi du ikke har siddet og holdt en grædende og urolig patient i hånden. Men du bliver helt sikkert punket, hvis du ikke har sørget for, at registreringen er i orden.

Nogle gange føler jeg, det er vigtigere at sætte fluebenet det rigtige sted end at være hos patienten, fordi der er nogen, som kommer og tjekker det igennem. Det stresser rigtig meget. For det går ud over dem, som ligger og har brug for hjælp.

Også lægerne oplever, at de bruger mere tid foran computeren, og at stuegangen tager længere tid, og at dette hænger sammen med, at "registreringsbyrden er tungest ved stuegang".⁵

For terapeuterne handler dokumentationsopgaverne både om at dokumentere foretaget træning, begrunde manglende træningsindsats samt registrere gennemførelse og resultater af påkrævede screeninger og test. De oplever, at kravene er blevet mere omfattende end tidligere. For eksempel fortæller en gruppe terapeuter på hospital X, at de nu også ved holdtræning skal foretage individuelle skriftlige vurderinger af alle patienter – selvom holdtræningen er lagt an som velbeskrevne forløb, og de dokumenterer, hvis patienter *adskiller* sig fra forventede træningsniveauer. Dokumentationskravene giver anledning til daglig frustration for mange terapeuter. For de oplever at have væsentligt mindre tid til at træne med patienterne, hvilket de ser som deres kerneopgave. Terapeuter kommenterer således:

Vi skal lave test for testens skyld – og så når vi ikke at træne med dem, der er her.

Vi vil være de fagspecialer, vi er, og gøre en forskel for patienterne. Når man spørger, hvorfor man fx skal udføre bestemte test og screeningen, får man at vide, at det skal I bare. Det føles ikke, som om man gør en forskel for patienten – det er synd for patienterne. Vi går ikke på arbejde for at producere til et arkiv! Det er ikke det, vi er uddannet til. Vores faglighed består i at træne folk.

I det hele taget er der mange interviewede medarbejdere og lokale ledere, der udtrykker bekymring for, at den megen registrering går ud over tiden til at løse kerneopgaverne. En lægefaglig leder bemærker eksempelvis:

Det kan være et problem, at man registrerer så meget, at man ikke har tid til kerneopgaven. Alt skal kontrolleres og måles, og man skal have ressourcer efter, hvad man producerer. Så er man kommet væk fra kerneydelsen, og så kommer der for meget fokus på registrering.

Ud over kravene om stadige produktivetsforbedringer er der generelt sket en afkorting af indlæggelsestiden på hospitalerne. For medarbejderne betyder det, at flere opgaver skal nås på kortere tid. Det kan bidrage til, at presset fra eksternt definerede styringskrav opleves desto større, og at medarbejderne ser dokumentationsopgaverne som indgribende i forhold til den direkte patienttid.

⁵ At der anvendes meget tid foran computeren i forbindelse med stuegang kom generelt til udtryk i forbindelse med observationsstudierne. Ved en kirurgisk stuegang med en del dokumentationsarbejde ved flere patienter anvendte kirurgen over 40 minutter på kontoret ved computeren og kun få minutter inde hos patienterne (maks. 3 minutter inde hos hver af de tre patienter og kun fysisk besøg hos nogle af de patienter, kirurgen gik stuegang på – ca. 7 min. samlet set).

3.2 Fokus forskubbes fra individuelle patientbehov

Da tiden til opgaveløsning er begrænset, er der en iboende udfordring for den enkelte fagperson i at prioritere mellem opgaver, der stiller kvalitetsstyringsystemet tilfreds og opfyldelse af de behov, de vurderer, patienterne og de pårørende har. Særligt i forhold til DDKM og akkreditering er en gennemgående kommentar fra medarbejdere, kvalitetsansvarlige og lokale ledere, at der er for lidt fokus på klinisk, faglig kvalitet og den enkelte patients behov. De oplever, at fokus i det daglige arbejde forskubbes fra kerneydelserne og over på potentielt mere perifere ydelser og organisatoriske standarder.

De pårørende er ligeglade med, om vi har screenet. De har andre behov. Så det sætter vores personale i en knibe. DDKM understøtter ikke det, patienter og pårørende vil have. (Sygeplejefaglig leder)

Vi har en lang liste over de ting, som vi skal dokumentere. Så er der bare ikke tid til [at finde ud af], hvad patientens reelle problem er, for det står ikke på listen. Det kan godt være, du er obstiperet [forstoppet, red.], men jeg er nødt til at smertescore dig. (Sygeplejerske)

De interviewede forklarer, at det i stigende grad opleves som en udfordring for medarbejderne at tage udgangspunkt i patienters og pårørendes behov, når de sidder med en hel "smørrebrødseddell fuld" af systemgenererede spørgsmål, der kan være mere eller mindre relevante for en given patient. Mens procedurekrav (fx i forhold til screeninger) kan være et udmærket redskab til at sætte fokus på visse dele af patientbehandlingen, så involverer det ifølge de interviewede en risiko for at blive "blind" for andre aspekter, der også er vigtige for behandlingskvaliteten.

Det peger på, at den aktuelle styring kan medvirke til at strukturere det kliniske arbejde omkring specifikke, skemasatte aktiviteter, såsom screeninger på bekostning af en mere patientstyret dialog og -opgaveløsning. Når tjeklisterne bliver for lange, forrykkes balancen mellem eksterne og interne kvalitetskrav. Det betyder, at de eksterne tiltag, der i udgangspunktet kunne være meningsfulde, mister mening for sygeplejerskerne, fordi de opfattes som en barriere for at udføre, hvad de selv ser som god sygepleje.

3.2.1 En udfordring for patientinddragelse

En gennemgående kommentar fra sygeplejemedarbejdere, kvalitetsansvarlige og lokale ledere er også, at de mange procedurekrav modvirker hensigten om at arbejde mere patientinddragende. De mange eksterne krav strukturerer nemlig interaktionen med patienterne:

Det gør, at vi har en tjekliste i hovedet, og det kan fjerne fokus fra, hvad patienten ønsker og har behov for at vide. (Sygeplejerske)

Dagsordenen er ligesom sat, når du skal tale med patienten. For du skal igennem alle de der forskellige ting. Så man møder patienten på en anden måde, fordi du allerede har de ting, du skal igennem. (Sygeplejerske)

Det tager tiden fra patienterne og de problemstillinger, som patienterne synes er vigtige. (Sygeplejerske)

En sygeplejefaglig leder kommenterer i tråd hermed: "I stedet for at spørge patienten: Hvad er vigtigt for dig? Så starter vi med at spørge om, hvad der er vigtigt for nogen andre. Det er det, der er det mest bekymrende."

En væsentlig og udfordrende ledelsesopgave er derfor ifølge lederne at finde ud af, hvordan patienten kan bidrage til at sætte dagsordenen, når eksterne krav presser sig på, og i den grad strukturerer mødet med patienten. De interviewede ser dermed en spænding mellem styring via eksternt defineret standardisering og en samtidig styringsmæssig ambition om at skabe et mere patientinddragende sundhedsvæsen, hvor patienter og pårørende inddrages i beslutningsprocesser.

Hvis man gerne vil have lighed i sundhedsvæsenet, er man nødt til at behandle ulige. Er det så standardiserede forløb eller individuelle dispositioner, der skal til? Så snart du har brugerinvolvering, vil man bevæge sig mod individuelle forløb, hvis ikke brugeren ønsker det standardiserede forløb. Hvis vi kun kan tilbyde en standard, så skal vi ikke lave brugerinvolvering. Vi skal både standardisere og individualisere. Det er vores udfordring – og nærmest umuligt. (Lægefaglig leder)

Sådan som [styringen] er nu, ødelægger det [ambitionen om] at have behandlingen og patienten i centrum. (Lægefaglig leder)

At have mange eksternt definerede og standardiserede procedure- og dokumentationskrav kan på denne vis ses som indeholdende et paradoks: På den ene side skal standarden sikre, at patienter ikke bliver overset. På den anden side risikerer den enkelte patient netop at blive overset, når indholdet i interaktionen er fastlagt på forhånd.

3.2.2 Ethiske dilemmaer

En gennemgående kommentar blandt sygeplejersker er derudover, at det kan opleves belastende for patienterne, når personalet følger standardkravene. En sygeplejerske bemærker:

Nogle gange kan patienterne faktisk ikke rumme alt det, vi kommer med, og så sidder man med den der liste, som man skal igennem, fordi der er nogen i regionen, som siger det.

Særligt for kroniske patienter, der løbende kommer igen, og er pressede, når det ender med endnu en indlæggelse – såsom kræft- eller KOL-patienter – kan det opleves uetisk over for patienterne gang på gang at spørge til alkoholvaner og andre livsstilsfaktorer, forhøre sig om vedkommendes seksualitet osv. Ligeledes, når terminale patienter skal indlægges eller sendes ud eller hjem i en transport, oplever personalet sig klemt mellem eksterne krav og egen etik, når de *hver gang* skal indhente samtykke til, at der ikke vil blive udført genoplivningsforsøg ved eventuelt hjertestop.

Adspurgt om, hvad de gør i sådanne situationer, forklarer flere medarbejdere, at de ofte undlader at følge de eksterne krav af hensyn til patienten. Men det kan samtidig sætte dem i vanskelige situationer. Dels fordi de er bevidste om, at det giver afdelingen en lavere grad af målopfyldelse. Dels fordi det kan stille dem dårligere i en eventuel klagesag.

Der er altså modsatrettede mål for medarbejderne at forholde sig til. Stillet over for den enkelte patient, er det et vilkår for personalet at prioritere deres indsats, fordi ressourcerne er begrænsede. Særligt på akutafdelingerne bliver denne problematik sat på spidsen, fordi forkerte prioriteringer kan være fatale. Men når personalet i net foretager prioriteringer, som er fornuftige set ud fra et fagligt synspunkt, kan de i fremtiden komme til at bære ansvar for de opgaver, de fraprioriterede netop *for* at kunne tilegne patienterne den nødvendige opmærksomhed.

Klinikerne fremfører, at det ofte tager længere tid at dokumentere et *fravalg* fra en given standard, pakkeforløb etc. end blot at følge standarden – uanset relevansen. Det kan i den daglige praksis skabe "etiske dilemmaer", forklarer en kvalitetsansvarlig. For det gavner ikke altid patienten at komme i et givent pakkeforløb, men det kan være en enklere og mere sikker løsning for klinikerne, fordi det tager tid at dokumentere fravigelsen, og fordi fravigelser kan blive genstand for kritik/sanktioner.

3.3 Konsekvenser for motivation

Det værste man kan gøre er at proletarisere dedikerede mennesker. (Chef)

Når medarbejderne har svært ved at se meningen med de standardprocedurer og registreringer, de skal foretage, og de samtidig oplever betydeligt tidspres i det daglige arbejde, kan det medføre, hvad flere interviewede italesætter som demotivation. Såvel læge- som sygeplejefaglige ledere giver udtryk for, at det kan føre til "frustrerede" og "desillusionerede" medarbejdere, "som mister en hel del af deres arbejdsglæde." Som en sygeplejefaglig leder bemærker, skaber det frustration blandt medarbejderne, når de eksempelvis skal "dokumentere op til 10 forskellige negative fund på den samme patient, blot fordi der er nogen, som vil monitorere på en given målopfyldelse." En erfaren sygeplejerske udtrykker sin frustration:

Vi dokumenterer i hoved og røv. Vi bruger uforholdsmæssig meget tid på det. Det giver ikke mening. Vi står med ryggen til patienten. Det gør, at man bliver træt af det arbejde, man laver. Det er ikke en god udvikling. Det kan godt være, at de nye er vant til det, men derfor er det ikke nødvendigvis godt. (Sygeplejerske)

Mange sygeplejersker fortæller, at de oplever, at dokumentationskravene kan opfattes som mistillid til de fagprofessionelles kliniske kunnen. Eksempler på udtalelser på tværs af hospitalerne er:

Nogle gange krænker det lidt min professionelle selvforståelse, når alt skal puttes ind i skemaer. God patientbehandling beror på en kvalificeret klinisk vurdering. Vi har alle været her i mange år og er vant til at se akutte patienter. Vi kan godt se, når en patient ikke har det helt godt.

Som sygeplejersker er vi uddannet til at lave faglige skøn. Vi er uddannet til at kigge på patienterne og vurdere, hvad der er brug for. Det synes jeg, man tager fra os. [...] jeg vil hellere bruge tiden på de problemer, som patienten har, frem for ting som slet ikke er relevant for patienten.

Man tror, at man ved at lave nogle standarder kan sikre sig, at vi udfører vores arbejde godt nok. Det bliver vi jo provokeret af, for vi mener jo selv, at vi er kompetente. Så det er vores kompetencer, der bliver sat spørgsmålstegn ved, hver gang de sender sådan noget nedad [i systemet]. Det gør os irriterede.

På den måde giver sygeplejersker udtryk for, at de oplever de mange standardkrav og den stadige monitorering som en devaluering af deres faglighed. Også lægerne giver udtryk for, at de oplever mistillid og devaluering af deres faglighed:

Det er som om, man har mistro til os. Det er kontrol for kontrollens skyld. (Læge)

På lignende måde fremfører læger, at det ikke er udefrakommende, nationale målinger, der stimulerer dem til at blive dygtige medicinere, kirurger osv. For "den drivkraft er nødt til at komme indefra". Videre problematiser de, at de oplever, at nogle nationale standarder har en "meget lav overligger". Som et konkret eksempel nævner en læge: "Hvis man i vagten har taget en blodprøve på en kritisk dårlig patient, så står der [i retningslinjen], at man skal følge op på blodprøven inden for to timer." Han fortsætter: "Ja, selvfølgelig skal man det, for patienten er kritisk syg, og man er læge og passer sit arbejde."

Når det, som opfattes som en selvfølge for de fagprofessionelle, bliver ekspliciteret og gjort til genstand for ekstern monitorering, kan det altså blive opfattet af de professionelle som en devaluering af deres faglige kunnen. Flere af lægerne mener, at det vil være mere afgørende for behandlingskvaliteten at stimulere medarbejderne til hele tiden at stræbe efter at blive bedre til at udføre deres arbejde, fremfor at indføre flere retningslinjer og kvalitetsmålinger.

3.3.1 Resignation i forhold til at opnå forandring

Styringsmæssige krav, der ikke opleves klinisk meningsfulde, giver ikke kun anledning til frustration og irritation. Medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere giver også udtryk for resignation i forhold til kravene.

Man vænner sig til, at tingene ikke giver mening. Det er nødvendigt for at kunne arbejde her. (Sygeplejerske)

Man er nået dertil, hvor man bare accepterer, at det er sådan, det er. Det hjælper ikke så meget at sige imod på det punkt, for sådan er det bare at arbejde på et sygehus. Efterhånden er det inde på ryggraden, så man tænker ikke så meget over, om det egentlig er nødvendigt. (Kvalitetsansvarlig)

Konfronteret med en til stadighed stor mængde af nye standardkrav, der skal implementeres i det daglige kliniske arbejde, ligger der altså en udfordring i, at de i frontlinjen efterhånden holder op med at forholde sig kritisk til kravene. For dem er det blot blevet en del af det at arbejde på et hospital at kunne acceptere at udføre mere eller mindre meningsfulde rutineopgaver.

I tråd hermed forklarer en sygeplejefaglig leder, at hun gennem de senere år er kommet til at acceptere standarder mere og mere. Ikke fordi de nødvendigvis opleves fagligt meningsfulde, men fordi hun er kommet til en erkendelse af, at "sådan er det at være i en politisk drevet organisation. Du må bare æde nogle kameler ind imellem." For som afdelingssygeplejerske kan hun "ikke gøre meget på mit eget niveau. Nogle ting er bare besluttet, og en del af tingene er der heldigvis evidens for." Videre forklarer afdelingssygeplejersken: "Det ligger i tiden, at vi bliver målt og vejlet. Vi kan gøre, hvad vi vil, men vi skal jo bestå akkrediteringen til april." Derfor søger hun som udgangspunkt at være positivt stemt over for nye reguleringstiltag, for: "Det kan ikke nytte at have en negativ indstilling – for det bliver tiltagene ikke implementeret af". Dermed giver hun udtryk for, at hendes ledelsesopgave primært er en *implementeringsopgave*, for erfaringen har lært hende, at det ikke kan betale sig at forholde sig kritisk til nye standardkrav.

Generelt forklarer flere medarbejdere, at de oplever "udmattelse" i forhold til at forsøge at forandre kvalitetssikrings- og it-systemer, som de anser for dysfunktionelle. For de oplever, at det er meget langsommeligt – hvis overhovedet muligt – at ændre på tiltag, som er besluttet på højere ledelsesniveauer. Ofte kræver det ifølge medarbejdere og lokale ledere

drøftelser på mange niveauer, før en given problemstilling når hospitalernes direktion og derfra eventuelt bringes videre til de regionale eller nationale beslutningstagere.

Som en leder på hospitalsniveau forklarer, er "store systemers store udfordring", at der er langt fra de udførende parter til beslutningstagere. Videre betoner chefen vigtigheden af, at medarbejderne i klinikken ønsker at give tilbagemeldinger om konkrete forhold, de finder meningsløse. For "det værste er apati." Imidlertid giver mange medarbejdere udtryk for, at de lange, tidskrævende behandlingsprocesser opleves demotiverende i forhold til at bidrage til at forbedre systemerne. "Hvis man ikke mærker, at der sker forbedringer, så går man død i det", som en sygeplejerske bemærker. Mens medarbejderne beskriver, at de typisk oplever anerkendelse af problemer fra deres afdelingsledelse, og ledelsen lover at videreformidle personalets ønsker, er processen imidlertid sjældent opløftende. "Så får vi at vide: Jeg tager den videre, det tager nok to år, før I får en tilbagemelding," som en sygeplejerske eksemplificerer.

Der er også flere erfarne sygeplejersker og læger, der peger på, at der er en tendens til, at de nyuddannede medarbejdere ikke forholder sig så meget til, om kravene giver klinisk mening eller ej.

3.3.2 Manglende incitament til selvstændig refleksion

Hver gang vi står med en udfordring, kommer det på banen, hvordan vi kan dokumentere anderledes. Kan vi registrere anderledes? Kan vi screene patienterne? Vi er ude på et skråplan, for evnen til det faglige skøn og refleksion forsvinder lige så stille, fordi man er så optaget af at tjekke og dokumentere, så man glemmer patienten. (Lægefaglig leder)

Relateret til problematikken om demotivation er det en udbredt bekymring blandt lokale ledere og medarbejdere, at den nuværende kvalitetsstyring ikke skaber incitament for personalet til at reflektere selvstændigt over opgaveløsningen. De ser det som en risiko, at den faglige refleksion forsvinder i bestræbelserne på at møde de mange standarder og præstere i forhold til ekstern kontrol. At det ender med at blive en rutine uden at de reflekterer over relevansen. En lægefaglig leder mener i tråd hermed, at der i alle screeningskravene efterhånden "slet ikke er plads til, at vi bruger vores faglighed."

Faren ved alle de skemaer er, hvis man ikke forholder sig til, hvad skemaet siger mig. Risikoen er, at det bliver til en hovedløs 'skal-opgave'. Det er farligt for patient-sikkerheden, fordi vi ikke motiveres til at bruge vores kliniske blik (Sygeplejerske).

En kvalitetsmedarbejder udtrykker bekymringen således:

Det kan blive sådan, at man til sidst ikke kan handle uden en instruks. Vi skal passe på, at tingene ikke bliver så firkantede, at der ikke bliver plads til, at folk reflekterer over det. Vi skal til at trække lidt i land med alt det, vi skal måle på – for det, der er vigtigt, er, at der er handlet på det.

En kvalitetsmedarbejder fra et andet hospital forklarer endvidere, at der for hende at se er sket en ændring blandt sygeplejerskerne fra en situation, hvor personalet turde tage individuelle beslutninger, til en situation, hvor de oplever det som utrygt at udføre en procedure uden at have en klar instruks. Hun konstaterer: "Paradokset er, at vi ikke kan lide reglerne, men hele tiden søger nye regler". Nogle sygeplejersker reflekterer også selv over, at de er begyndt at efterspørge retningslinjer for selv ganske simple, kliniske procedurer såsom at give en injektion og tage en temperatur.

Lige pludselig kan man ingenting, før det enten findes i EPJ [den elektroniske patientjournal, red.], der er lavet en retningslinje om det, eller det står i e-dok [elektronisk dokumentstyringsystem]. Vi skal passe på, vi ikke taber vores faglighed i alt det her. (Sygeplejerske)

Paradoksalt nok opponerer sygeplejerskerne altså på den ene side mod standardisering, men begynder på den anden side selv at efterspørge flere standarder. Det kan tages som udtryk for, at styringstænkningen er blevet så grundigt rodfæstet på afdelingerne, at det er blevet vanskeligt at tænke sig alternativer. Flere sygeplejersker giver udtryk for at frygte, at for mange har assimileret, hvad de karakteriserer som, "kassetænkningen".

Nogle af de interviewede kobler medarbejdernes stigende efterspørgsel efter instrukser med uddannelsesmæssige ændringer. De fremhæver, at mange nyuddannede medarbejdere savner praksiserfaring. En kvalitetsmedarbejder forklarer således:

Ungdomsgenerationen er meget videnssøgende, gode til at beskrive og skrive og hente viden, men de mangler indimellem konneks til praksis – det gælder alle faggrupper. [...] Det er en udfordring ved akademisering. Vi er i et praksisfelt, og det er ude ved patienten, vi skal kunne handle. Man kan ikke læse alt i en bog. [Det kræver, at] du er oplært til at tænke selv og reflektere over det, du gør. Vi har kun lavet et minimum af kvalitet, når 'skal-opgaverne' er lavet. Vi skal tryksårsscreene, men hvis ikke patienten er blevet vendt og set på, så hjælper det ingenting.

3.4 Konsekvenser for patientsikkerhed

Når ledelser på forskellige niveauer og medarbejdere problematiserer en stigende efterspørgsel efter instrukser, har det at gøre med, at de ser de mange standarder, instrukser og skemaer som en "falsk sikkerhed." Med det mener de, at standarder kan få karakter af en "tjekliste" og skabe en oplevelse af, at der er "styr på patienten", når blot tjeklisten er fulgt. Derved er risikoen, at klinikerne kan blive mindre opmærksomme på sygdomstegn, der ikke indgår i tjeklisten, eller pludselige ændringer i en patients tilstand. En sygeplejefaglig leder forklarer således, at der blandt medarbejderne kan være en opfattelse af, at:

Man har gjort sit arbejde godt, hvis man har dokumenteret, det man skal. Men det er kun [udtryk for] et minimum af kvalitet. Refleksion hæver kvaliteten. Det er vigtigt at vende sine tanker og mundtligt udveksle sine overvejelser. (Sygeplejefaglig leder)

Imidlertid konstaterer hun: "Der mangler tid til refleksion." Hun tilføjer, at retningslinjer ikke kan stå alene, når det handler om at sikre patienter god behandling. Brugen af retningslinjer skal kobles med evnen til selvstændig faglig refleksion.

I tråd hermed forklarer en sygeplejerske fra en anden afdeling, at den største patientrisiko i forbindelse med medicinering er, når personalet "bare følger procedurer". For at uddybe sit synspunkt fortæller sygeplejersken om den seneste episode med fejlmedicinering på afdelingen: En sygeplejerske får af en overlæge besked om at give et præparat i en given dosis til en patient. Sygeplejersken studser efter eget udsagn over lægens ordination, men følger den, fordi hun tænker, at det nok er en ny procedure. Sygeplejerskens pointe er, at fejlen ikke blot sker, fordi lægen ordinerer et forkert præparat i en forkert dosis, men også fordi sygeplejerskens tillid til procedurer var vigtigere for hendes handling end hendes selvstændige, kritiske refleksion. Moralen er ifølge sygeplejersken klar: Indgående viden om

medicin er vigtigere end nogen procedure, hvis man vil undgå medicineringsfejl. For mange procedurer kan derimod have en paralyserende effekt forstået på den måde, at personalet kan blive mindre kritisk i forhold til de procedurer, de udfører.

En anden sygeplejerske siger, at man i bestræbelserne på at øge patientsikkerheden "glemmer at der stadig sker fejl – det er bare en anden slags fejl." For hende – og for mange andre interviewede – er risikoen, at de som klinikere bliver "mere fokuserede på at udfylde kasser end at bruge deres kliniske blik."

På lignende vis siger en chef, at de standarder og instrukser, som skulle øge patientsikkerheden, utilsigtet kan skabe *patientsikkerhed*. De har for nylig haft tre "frygtelige sager", på hospitalet. Der er ifølge chefen tale om alvorlige utilsigtede hændelser, hvor yngre læger og sygeplejersker ifølge retningslinjerne har gjort, hvad de skulle, men alligevel ikke reflekteret og reageret hensigtsmæssigt. Medarbejderne har nemlig overset kliniske tegn på, at patienterne har haft det dårligt, selvom de vitale værdier, de som standard skal måle, har været normale. Personalet har altså opfyldt standarden, men glemt at se patienten. Chefen problematiserer, at den nuværende kvalitetsstyring reducerer det faglige ansvar til et ansvar for at følge retningslinjer og argumentere for *afvigelser* fra retningslinjerne, fremfor at fremme udvikling af kritisk faglig stillingtagen. Der er ifølge denne chef – og andre ledere og medarbejdere – altså en reel risiko for, at det at følge retningslinjer kommer til at stå i stedet for faglig refleksion.

"Hvis vi aldrig får lov til at udøve det kliniske skøn, så bliver vi i hvert fald ikke dygtige til det," som flere kvalitetsansvarlige sygeplejersker bemærker.

Hospitalsmedarbejdere og -ledere foreslår altså, at risikoen ved den nuværende styring er, at den virker *for* effektiv. Standardiserede forskrifter kan ikke dække alle situationer, fordi de netop er standarder. Vurderinger af individuelle patienter kræver mere, end der kan rummes i en standard. Derfor bliver det risikabelt, hvis klinikerne forlader sig på standardprocedurer – for de kan ikke erstatte en kompetent faglig vurdering.

3.4.1 Ansvarsfralæggelse

Standardkrav kan altså utilsigtet komme til at fungere som ansvarsfralæggelse. Kvalitetsansvarlige sygeplejersker forklarer, at ræsonnementet blandt nogle kolleger kan være, at de har deres "ryg fri", når de har fulgt de foreliggende instrukser. Der er nemlig: "en vis risiko forbundet med at lave individuelle vurderinger, for man kan jo vurdere forkert."

En overlæge forklarer, at yngre læger i nogle tilfælde møder faglig kritik med modspørgsmålet: "Foreligger der en instruks til de yngre læger?" Overlægen finder attituden problematisk i forhold til lægernes faglige udvikling. Samtidig udtrykker overlægen resignation i forhold til problemstillingen:

Når man så har prøvet det nogle gange, og man ikke lige i det givne tilfælde har skrevet en instruks, så kommer det farlige. Så siger man ikke noget, for du orker ikke. Du lader det bare køre.

På lignende vis advarer ledere:

En del af kontrolsystemerne har en læringseffekt. Det skal vi holde fast i, men vi skal også huske at fjerne det, når læringseffekten udebliver eller er for nedadgående. Ellers skaber man en kultur, hvor man fritager den enkelte for selvstændigt at tage ansvar i den konkrete situation.

Selvom det ikke har været intentionen, peger ovenstående og lignende udtalelser på, at standardkravene i den nuværende kvalitetsstyring i praksis kan få karakter af rygdækning for klinikere, der ikke ansporer dem til selvstændig refleksion og ansvarstagen.

3.4.2 Manglende journaloverblik

Dokumentationskravene, som følger af kvalitetsstyring, såsom DDKM, kan også bidrage til at vanskeliggøre overblikket over patientjournaler. I takt med at hospitalerne har oplevet flere krav om løbende at monitorere egen målopfyldelse, er der mange steder indført prædefinerede skabeloner (makroer) i hospitalernes journalsystemer. Det skal gøre det lettere for personalet at foretage registreringer og sikre mere ensartet registrering, der giver mulighed for dataudtræk. Lokalt håndteres standardiseringskrav altså med yderligere standardisering. Problemet er imidlertid, at det skaber en journalstruktur, hvor det er vanskeligt at afkode den kliniske kerneinformation.

Som journalen er opbygget nu, er det rigtig svært at få et hurtigt overblik. Det er svært at få et overblik over, hvad patienten fejler, hvorfor vedkommende er indlagt, og hvad planen er fremadrettet uden at skulle bruge i hvert fald 10-12 minutter pr. patient. (Sygeplejerske)

Makroerne betyder, at dokumentationen for hver enkelt patient bliver omfattende og typisk fylder flere sider. På samme vis kan det være vanskeligt at danne sig overblik over, hvad der er sket i et patientforløb, når de overtager patienter fra andre afdelinger. En overlæge kommenterer, at de fleste af vedkommendes kolleger skriver: "fremragende notater på 5-10 linjer med et klinisk fornuftigt resumé," men at der derefter typisk kommer "25 linjer, hvor al information om diverse screeninger og andre standardkrav er oplistet". Problemet er, at der ikke er selekteret i, hvad der er klinisk relevant information, og at makroerne derfor bliver til "støj", når det modtagende personale skal finde ud af, hvad de skal følge op på. En anden overlæge forklarer, at for at øge sandsynligheden for, at deres notater bliver læst, fravælger vedkommende typisk at benytte makroerne og i stedet skrive "blanke notater" forstået som "en halv sides prosatekst i stedet for et par siders journal med information spredt i mange felter." Mens det kan være meningsfuldt fra et klinisk perspektiv, umuliggør denne praksis imidlertid, at der kan trækkes data til aggregerede opgørelser.

En anden konsekvens af ændringerne i journalstrukturen er ifølge flere lokale ledere og medarbejdere, at de ofte opgiver at overskue sygeplejedokumentationen og fravælger denne information i journalen (prædefineret valgmulighed i visse EPJ-systemer). Læger forklarer således, at de ser sig nødsaget til elektronisk at frafiltrere sygeplejerskedokumentationen for at kunne orientere sig i journalen. Det betyder imidlertid, at de kan miste væsentlige oplysninger om patienten. "Men når jeg sidder i ambulatoriet, kan jeg simpelthen ikke håndtere de gigantiske mængder skærbilleder, for jeg mister overblikket", siger en af lægerne. En anden læge supplerer: "Der ligger meget værdifuld information i sygeplejerskernes dokumentation, men det drukner i, hvor mange gange et dræn et tappet for 100 ml. eller andre udskillelser."

I tråd hermed forklarer flere terapeuter, at de oplever, at deres dokumentation ikke nødvendigvis læses af andre faggrupper. Eksempelvis oplever de, at de bliver kaldt flere gange til den samme opgave, selvom de har dokumenteret, at opgaven er løst i journalen. Samtidig forklarer de, at de også selv ofte fravælger at se sygeplejedokumentationen, fordi den er fuld af screeninger, der for dem at se primært er "fyld, der ikke giver væsentlig information."

De datasystemer, som skulle bidrage til at skabe bedre dokumentation og kommunikation mellem faggrupper til gavn for patienterne, resulterer altså ifølge de interviewede i stedet i manglende overblik. I praksis betyder det, at klinikerne udvikler sorteringsmekanismer, så de bliver i stand til at handle i den daglige klinik, men samtidig afskærer sig fra information.

Bevidstheden om, at andre faggrupper frasorterer deres dokumentation, betyder, at nogle sygeplejersker konsekvent noterer særligt vigtig patientinformation i en del af journalen, som ikke kan fravælges. De gør det af hensyn til patientsikkerheden, forklarer de, men det medfører systematisk dobbeltdokumentation.

Foruden at henføre til introduktionen af makroer, der skal sikre datatræk til brug for styring, må de beskrevne problematikker med journaloverblik også ses i forhold til funktionaliteten af de eksisterende it-systemer (se kapitel 6), og at medarbejderne i nogle tilfælde opskalerer dokumentationen for at beskytte sig ved eventuelle klagesager (se kapitel 5).

3.5 Konsekvenser for ledelsesopgaver og lokalt ledelsesrum

Om end det er positivt, at kvalitet i højere grad er kommet på ledelsesdagsordenen, er der dog også den ulempe, at såvel medarbejdere som ledere på alle niveauer oplever, at der kan være en tendens til, at "det skal I bare"-ledelse kommer til at fylde en del i relationen mellem ledere og medarbejdere. Det vil sige ledelse, hvor medarbejderne efterspørger hvorfor – og ikke kan få andre svar end: "det skal I bare". Det bevirker dels, at udmøntningen af den nuværende form for kvalitetsstyring har en tendens til at slide på ledernes troværdighed, dels at det bliver svært at skabe rum for andre lokale ledelsesinitierede tiltag. Eller som et udsnit af cheferne formulerer det:

Implementeringsmængden er efterhånden blevet så stor, at det ikke efterlader meget tid til refleksion over den daglige, faglige praksis. Der er så mange systemer og krav, der skal opfyldes, at det ikke levner meget rum for at tænke videre i forhold til, hvordan der lokalt kan arbejdes med at skabe bedre behandlingskvalitet.

Nationale tiltag tager meget af ledelsesrummet – også for meget. Men det bliver mere og mere fremfor mindre.

Det skaber en ledelseskultur, hvor man må prioritere ressourcer til at *please* systemet frem for at analysere, hvor problemerne er – og samtidig også må bruge kræfter på at "punke" medarbejderne med screeninger, de ikke finder klinisk meningsfulde. Eller fastholde over for personalet, at de skal arbejde for at forbedre auditresultater, selvom personalet ikke nødvendigvis ser dette som meningsfuldt. Mellemlederne oplever, at de derfor kommer til at stå i et krydspres, hvor de "skal sælge en vare", de ikke nødvendigvis selv tror på. Oplevelsen er, at det er en udfordring, at de skal sørge for at bibeholde motivation hos personalet under disse betingelser. Sygeplejefaglige ledere uddyber:

Vi bruger en hel del tid i vores ledelsesgruppe på at diskutere, hvordan man kan skabe mening i det meningsløse i oversættelsen af [styringstiltag] til medarbejderne. Som mellemleder bliver man tit stillet i en situation, hvor man bliver bedt om at prøve at finde mening i noget, som det godt nok er svært at se meningen i. (Sygeplejefaglig leder)

Nogen ting er man bare nødt til at æde uden at tænke for meget over det. Og ja formentlig kan det opleves som en "rød klud" i ansigtet på sygeplejersker med

stort arbejdspress, når de på afdelingsmøder skal bruge tid på at forholde sig til, hvorfor de ikke har markeret i journalen, hvordan de har forholdt sig til patienternes eventuelle seksuelle problemer. (Sygeplejefaglig leder)

Særligt de ledende sygeplejersker oplever på denne vis, at deres ledelsesrum så at sige koloniseres udefra, og at dette slider på deres troværdighed som ledere, der skaber meningsfulde løsninger for afdelingen og for patienterne. Eller som en sygeplejerske forklarer: Når afdelingsledelsen argumenterer for at indføre en given procedure med, at det har betydning for hospitalets akkreditering og afdelingens auditresultater, så giver det "bare ikke mening", for det var ikke klart for personalet, hvordan det kom patienterne til gavn. Reaktionen blandt personalet, forklarer sygeplejersken, var "anarki; for som sundhedsfagligt personale brænder vi for patienterne, ikke for et skema."

Det er også svært for ledelserne at sætte egne spor og retning i forhold til den lokale kvalitetsudvikling. Der er blandt ledelserne på hospitalsniveau en oplevelse af, at ledelsesrummet efterhånden er trængt af de mange eksterne krav. De beskriver ledelsesdagsordenen som "relativt styret" af eksterne krav. Derfor, mener flere, er der behov for mere opmærksomhed fra hospitalsledelsernes side omkring formuleringen og tolkningen af krav: "Hvornår er det noget, vi kan vælge fra, og hvornår er det noget, vi skal?"

3.5.1 Håndtering af krydspres

Nogle mellemledere håndterer krydspres ved at beslutte, at de så må leve med dårligere måltal og til gengæld forfølge det, de oplever, giver mening: På hospital X er det som led i kvalitetsarbejdet besluttet, at alle patienter skal tryksårsscreenes ved ankomst til hospitalet og hver dag under indlæggelse. Det betyder, at personalet "i princippet skal tage al tøjet af [patienterne] hver dag og kigge dem efter på hele kroppen" – også "selvom [patienterne] er oppegående", forklarer en sygeplejefaglig leder. "Det er ikke værdigt for patienterne og ikke en optimal udnyttelse af personalets ressourcer". Konsekvensen er, at hun eksplicit har meddelt sit personale, at de "kun skal screene, hvor det giver mening". Det vil sige patienter, som er sengeliggende, sidder tungt i kørestol, har føleforstyrrelser eller andre forhold, der bevirker, at de ikke kan mærke, om de er ved at udvikle sår. Det vil ifølge den sygeplejefaglige leder give "dårlige tal", men hun fastholder, at denne prioritering af personaleressourcer er udtryk for "rettidig omhu."

Flere ledere på forskellige niveauer kommer i forlængelse heraf ind på, at de mener, at en væsentlig ledelsesopgave i dag består i at skærme medarbejderne mod uhensigtsmæssige krav og styringstiltag initieret på regionalt eller nationalt niveau. Dette sker for at give medarbejderne mulighed for at udføre deres kerneopgaver.

Men mellemlederne oplever, at denne form for ledelsesmæssig styring tager uforholdsmæssigt meget tid og mental energi fra ledere og stabspersonale samt andre, der skal lede faglig udvikling. En sygeplejefaglig leder fortæller i tråd hermed, at de på deres afdeling har en høj grad af patienttilfredshed målt via LUP. Alligevel blev de som ledelse pålagt at udarbejde handleplaner på baggrund af LUP-målinger. På afdelingen finder de det uforståeligt, hvorfor de skal bruge ressourcer på at udarbejde handleplaner på noget, som fungerer. Det er et "afrapporteringstyranni."

Et eksempel fra DDKM, som mange har svært ved at se, hvordan skal øge kvaliteten, er **lederdokumentation og registrering af MUS-samtaler**. Dette monitoreres ifølge de interviewede også. De fleste ledere mener ikke, at der er kvalitet i at registrere, om det er gennemført eller ej. Nogle ledere giver dog udtryk for, at de synes, det er okay at skulle gøre det.

Brandskole er et andet område, der ifølge de sygeplejefaglige ledere skal lederdokumenteres. De skal dokumentere, at medarbejderne har været på e-learning. Men ifølge en sygeplejefaglig leder er det her en særlig irritationskilde, at kontrollisterne ikke er opdaterede. Det betyder, at der kan stå medarbejdere, der er stoppet for flere år siden på listen over ansatte, hun skal dokumentere for. "Det kører på tjenestenumre. Det er møgirriterende – spild af tid. Jeg har i forvejen lavet mine egne lister, for jeg ved godt, at jeg ikke kan bruge det, der kommer".

3.6 Opsamling og diskussion

Det nuværende niveau af dokumentation tager uforholdsvist meget tid i forhold til den mængde af tid, der er tilgængelig til at udføre kerneydelserne, som frontlinjemedarbejderne ser som at diagnosticere, behandle, træne og pleje patienter. Disse fund er samstemmende med, hvad tidligere undersøgelser viser (Implement 2009c, Sørensen 2014, Lægeforeningen 2013).

Der er en bekymring blandt de interviewede medarbejdere, kvalitetsansvarlige ledere og chefer, at kliniske procedurer standardiseres i en grad, så der ikke tages tilstrækkeligt hensyn til individuelle patientbehov og faglige prioriteringer i konkrete kliniske situationer. Styring via standardisering bygger på en implicit forståelse af kvalitet som overholdelse af mere eller mindre detaljerede, prædefinerede procedurer og en antagelse om, at ensartede procedurer vil medføre generelle kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet (Friis 2014). Medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere påpeger imidlertid, at der er stor variation i patientforløb afhængigt af, hvilket speciale der er tale om, hvorvidt der er tale om akutte eller planlagte forløb, kort- eller længerevarende forløb, indlæggelse eller ambulante forløb. De finder derfor, at generelle standarder sjældent er klinisk meningsfulde, at de kan udgøre en barriere for patientinddragelse, fordi dagsordenen på forhånd er sat i mødet mellem personale og patient og i nogle tilfælde kan opleves som uetiske. I forlængelse heraf efterspørger de større mulighed for at kunne differentiere i forhold til vurderet patientbehov.

Tidligere analyser af kvalitetsstyringen i det danske hospitalsvæsen har påpeget, at standardisering kan være meningsfuld i forhold til udførelsen af rutineopgaver, men er uhenigtsmæssig som et generelt styringsprincip, fordi mange kvalitetsudfordringer i hospitalsvæsenet må karakteriseres som komplekse problemstillinger (Knudsen 2011, Dahler-Larsen 2011).

Kvalitetsstyring baseret på høj grad af standardisering kan ikke bare kan være uhenigtsmæssigt, men potentielt risikabelt. Ifølge lokale ledere, chefer og kvalitetsansvarlige er risikoen ved den nuværende kvalitetsstyring, at den reducerer det faglige ansvar til et ansvar for at følge retningslinjer og til at argumentere for afvigelser herfra, fremfor at fremme kritisk faglig stillingtagen. Standardiserede forskrifter kan ikke dække alle situationer, fordi de netop er standarder. Vurderinger af individuelle patienter kræver mere, end der kan rummes i en standard. Derfor kan det være risikabelt, hvis klinikerne forlader sig på standardprocedurer – for de kan ikke erstatte kompetent, faglig vurdering. Sat på spidsen kan en risiko ved den nuværende styring altså være, at den virker *for* effektivt på medarbejderne (som bliver mindre selvstyrende).

Medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på alle niveauer vurderer, at standardprocedurer og dokumentationsarbejde tager tid fra de kliniske kerneopgaver og medfører demotivation. Når medarbejderne oplever betydeligt tidspres i det daglige arbejde, og samtidig pålægges at udføre standardprocedurer og registreringer, de har svært ved at se meningen med, kan det medføre demotivation og reduceret arbejdsglæde, fremfor at anspore til kva-

litetsforbedringer. Dette er en reaktion, der kan genfindes på andre offentlige forvaltningsområder (Andersen & Pedersen 2014, Madsen Kommende).

I tråd med internationale studier om resultatbaseret styring i hospitalsvæsenet (se fx Dixon-Woods et al. 2014) tyder det på, at den resultatinformation, som skulle motivere medarbejdere og lokale ledere til at øge kvaliteten af deres arbejde, i praksis kan få ikke-intenderede effekter.

En uheldig kulturpåvirkning er derudover den automatpilottænkning, som mange forbinder med flere af styringselementerne i DDKM. I frontlinjen blev vi ofte mødt med den udlægning, at procedurekrav i form af fx screeninger havde den indirekte hensigt at gøre medarbejderne til robotter eller aber. Set med styringsbrillen på kan denne oplevelse anskues som absurd, for selvfølgelig er det ikke hensigten. Samtidig opstår sådanne tolkninger måske netop, fordi det er uklart, hvilke relationer der egentlig er mellem mål, krav og fx kvalitet. Tag eksemplet med Den Danske Kvalitetsmodel. DDKM beskriver standarder, formål med standarder og indikatorer for, om standarden bliver mødt. Det, modellen ikke beskriver, er, hvordan det kan forventes, at standarderne og monitorering af opfyldelse vil føre til hvilke ændrede handlemønstre i frontlinjen. Hvis der er en forandringsteori heri, bygger den således på en rationel organisationsforståelse (Scott 1992, Borum 1995). Men forandringsteorien er ikke ekspliciteret, og der er ikke opstillet tydelige forventninger mellem mål og midler.

Det har den analytiske implikation, at det bliver en udfordring at undersøge, om aktørerne handler som ønsket af fx DDKM, for hvad er det, den enkelte aktør skal gøre for at leve op til formålet? Det bliver for den enkelte også uklart, hvad formålet egentlig er. Er det primært at leve op til indikatoren? Udfordringen hænger på denne vis sammen med, at DDKM i tråd med, hvad Morten Knudsen beskriver, ikke forholder sig eksplicit til: Hvilke kvalitetsproblemer er det, modellen skal løse? Og hvad skaber kvalitet i sundhedsvæsenet? Samt hvordan hænger modellen sammen med organisationseksterne forhold som økonomi, uddannelse, arbejdsmarked og professionernes selvforståelse? (Knudsen 2011).

4 Når kvalitetsmålinger ikke indfanger den "egentlige" kvalitet

Sundhedsvæsenet passer dårligt ind i et regneark. Tallene afspejler ikke kvalitet og vores hverdag. (Overlæge)

Om end der er positive effekter af den nuværende kvalitetsstyring, giver mange medarbejdere og ledere på hospitalerne udtryk for, at det er et problem, at der anvendes så meget tid og øvrige ressourcer på kvalitetsstyring, der ifølge dem ikke på relevant vis måler på – og derfor ikke fremmer – den sundhedsfaglige kvalitet.

Generelt giver mange medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på hospitalerne udtryk for, at der ikke nødvendigvis er sammenhæng mellem god målopfyldelse som defineret i DDKM og andre styringstiltag, og hvad de ser som god behandlingskvalitet. Der måles nemlig på mange andre områder end den kliniske behandling, der måles fortrinsvis på struktur- og procesmål frem for resultatmål (outcome). Og korrekt registrering afspejler ikke nødvendigvis korrekt praksis eller fører ikke nødvendigvis til korrekt praksis.

4.1 Kvalitetsmålinger indfanger ikke klinisk kvalitet

Med den nuværende kvalitetsstyring anvendes der mange ressourcer på at måle kvalitet på områder, som ikke afspejler den kliniske behandlingskvalitet. Det gælder i særlig høj grad Den Danske Kvalitetsmodel.

Modellen måler ikke direkte på den kliniske kvalitet. Den form for kvalitet, der ligger i DDKM, har snarere at gøre med håndhævelsen af klinikernes arbejde; ikke arbejdsindholdet som sådan. (Læge)

Det giver ikke megen mening alt det, vi måler på. Til gengæld måler vi ikke på kvalitet. Jeg oplever, at mit lægeliv er blevet meget mere bureaukratisk. Det gavner ikke patienterne. (Overlæge)

Hvad vi man opnå? Er det transparens, faglig kvalitet, legitimitet? Hvad er formålet med al den registrering? Det har forskellige retninger. Det handler om alle dele. Der er ikke et entydigt formål om at styrke faglig kvalitet. I dag måler vi i høj grad på bipunkter af kvalitet. (Chef)

Uddybende forklarer en chef, at kvalitetsmåling – som klassisk har informeret klinisk kvalitetsudvikling – med den nuværende kvalitetsstyring er blevet udvidet til at omfatte langt flere områder af hospitalsdriften:

Vi er i dag langt fra Donabedians klassiske tænkning om kvalitetssikring i sundhedsvæsenet.⁶ Den kliniske tænkning, som Donabedian advokerede for, er blevet bureaukratiseret. Det er klinisk relevant at måle på kvalitet forstået som overlevelse og komplikationsrater, for det er meningsfulde input i forhold til at kunne forbedre det kliniske arbejde. Men det er ikke meningsfuldt at føre denne tænkning over på totalorganisationen, som det gøres i dag. (Chef)

⁶ Donabedian er en forsker, der i høj grad har præget tænkningen omkring kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet og i særdeleshed omkring kvalitetsmåling; bl.a. i forhold til skellen mellem struktur-, proces- og resultatindikatorer (Donabedian 1980).

Denne udvidelse af genstandsfeltet for en given metode til kvalitetsudvikling er ikke nødvendigvis meningsfuld, fordi der på mange organisatoriske områder ikke kan defineres entydige indikatorer for god kvalitet. I forlængelse heraf opfordrer kvalitetsansvarlige til, at man nøje bør overveje, hvilke kvalitetsaspekter, der meningsfuldt kan defineres standarder og tilhørende indikatorer for.⁷

4.1.1 Struktur- og procesmål fremfor resultatmål

I DDKM er der hovedvægt på struktur- og procesmål. Det vil sige, at der er vægt på, hvorvidt organisatoriske forudsætninger for kvalitetsfremme er på plads (fx om der eksisterer retningslinjer på et givent område), og hvorvidt formelle procedurer bliver overholdt. Inden for de fleste områder af kvalitetsstyringen er der derimod ikke nogen evaluering af behandlingsresultater (outcome, fx færre komplikationer, reduceret sygelighed eller dødelighed). Det er derfor ifølge lægerne: "ikke er de standarder, som DDKM lægger ned over [praksis], der afgør, om kvaliteten er god." De uddyber, at god kvalitet for dem at se har med direkte patient-outcome at gøre frem for de strukturelle og processuelle ting, som der typisk måles på i DDKM:

De måler på, om vi har kortærmede kitler på, om vi har husket at lukke døren ind til det rum, hvor der er journalmateriale osv. [...] Men de måler netop ikke på, hvor mange patienter, hvis nyrefunktion bliver smadret, undervejs i kemoterapien – noget som har mere klinisk relevans. (Læge)

Jeg vil hellere monitoreres på, hvorvidt jeg får indrapporteret alle residiver [tilbagefald efter behandling, red.], bivirkninger og kemodoseringer, end på, hvor lang min kittel er. Hvis systemet kunne laves om, så der måles mere på kerneydelsen, ville det give langt mere mening. (Læge)

Når det kommer til stykket, har mange af os ikke noget imod at blive målt på patientnære ting. Ting, der afspejler vores faglighed. Men vi synes ikke, vi har nogen af de mål endnu. (Overlæge)

Læger argumenterer for, at god kvalitet skabes der, hvor: "Vi skal ind til kernen. Hvad er det for en ydelse, vi leverer?" Som klinikere savner de ofte mere dybdegående viden om blandt andet behandlingseffekter, bivirkninger og residivtilfælde. Lægerne mener, at kvalitetsstyring, der adresserer sådanne forhold, ville give "mere arbejdstilfredshed" og "tal, vi kan bruge til noget". I modsætning til de mål, der er i DDKM, og som mange læger opfatter som: "pseudo-mål".

I tråd hermed fremhæver en kvalitetsansvarlig et paradoks: På det pågældende hospital har de en målopfyldelse på 75-80 % i forhold til udførelse af ernæringscreening og udarbejdelse af ernæringsplaner. Imidlertid ved de ikke, om patienterne i praksis får den ernæring, de har behov for – for de måler kun på proces; ikke resultater.

⁷ Som et konkret eksempel forklarer en kvalitetsansvarlig, at de via DDKM på hospitalet er pålagt at vurdere målopfyldelse af eksempelvis en standard om 'Den svære samtale'. Men "ingen kan finde ud af at måle kvaliteten af den svære samtale", hvorfor der i praksis bliver tale om "pseudo-mål" (fx om samtalen "foregik i et rum for sig"). Derfor ender det med at: "Ingen kan se ideen med det".

4.1.2 Man kontrollerer *registreringer* frem for praksis

God kvalitet er, når man har et smidigt forløb, får stillet en diagnose relativt hurtigt, kommer i gang med en behandling og bliver sendt videre i systemet. Stafetten bliver sendt videre. Det er kvalitet. Det giver ikke kvalitet, bare fordi vi har et skema, hvor vi krydser af i 10 felter ud af 10. Det giver ikke mening. (Læge)

Kvalitetssikring er kommet til at handle mere om, hvad personalet har "klikket af" i journalen, end om, hvad de gør i relation til patienten. Som en overlæge bemærker: "Man måler kun på, om krydset er sat rigtigt." Når medarbejderne taler om, at der er "klikket af", og "krydset er sat rigtigt", henvises til, at de foruden at skrive deres journalnotat typisk også skal afkrydse i elektroniske makroer (skabeloner) i journalen eller på papirskemaer, om en given procedure er udført. Denne afkrydsning skal sikre, at der kan trækkes data i forbindelse med vurdering af målopfyldelse.

I forbindelse med vurdering af målopfyldelse bliver der ifølge kvalitetsansvarlige sygeplejersker "sat lighedstegn mellem [det dokumenterede] og kvaliteten." I den proces reduceres kvalitet til et procenttal, som vurderes i forhold til et givent måltal: "Det har måske alligevel ikke noget med kvalitet at gøre, for vi ved ikke, hvad der er sket hos patienten."

Registreringerne afspejler altså ikke nødvendigvis faktisk praksis. En sygeplejerske giver et eksempel: "Vi kan måske se, at der er mange, som ikke er blevet smertescoret [i en journalaudit], men det er ikke det samme som, at vi ikke har taget os af deres smerter." Det er nemlig ved travlhed let at glemme at foretage registreringer, eller registreringer nedprioriteres for at udføre patientrettede opgaver.

Den modsatte situation – at en given registrering er udført, men ikke den kliniske handling, kan også være tilfældet. En sygeplejerske forklarer, at de opnår: "meget positive, men fiktive" auditresultater i forhold til kontaktpersonordningen – for registreringen af en kontaktperson i journalen betyder ikke nødvendigvis, at patienten i praksis *har* en egentlig kontaktperson. Sygeplejefaglige ledere bemærker i tråd hermed, at: "Alt sagtens kan være registreret til UG i systemet, mens den reelle sygepleje ikke nødvendigvis er udført tilstrækkeligt." På samme vis afspejler det ikke nødvendigvis den reelle kvalitet, hvorvidt det i journalen er afkrydset, at der er foretaget eksempelvis MRSA-screening eller medicinafstemning – for: "Man kan have gjort arbejdet, men kan have glemt at trykke på knappen", som læger fortæller. Der kan ifølge en overlæge også være eksempler på korrekt afkrydsning, men hvor udførelsen af arbejdet lod meget tilbage at ønske.

Mens systemerne til kvalitetssikring bygger på en antagelse om, at der er overensstemmelse mellem registreret praksis og faktisk praksis, er det en frontlinjeerfaring, at der i praksis kan være diskrepans. Det efterlader de kvalitetsansvarlige med usikkerhed om, hvad de rent faktisk ved om kvaliteten på baggrund af de eksisterende data: "Hvad er det reelt, vi får en viden om?" Flere kvalitetsansvarlige sygeplejersker kommenterer, at deres udbytte af journalaudits⁸ er begrænset, fordi metoden netop er begrænset til at give indsigt i, hvad personalet *registrerer*, ikke hvad de rent faktisk *gør*. Som mange af deres kolleger i klinikken, oplever de kvalitetsansvarlige sygeplejersker, at de bruger ressourcer på at tilvejebringe data, som de betvivler validiteten af – for de kan ikke fortolke data på en menings-

⁸ Journalaudits er en metode, hvor en stikprøve af journaler gennemgås med henblik på at vurdere efterlevelse af givne målsætninger.

fuld måde, når de ikke ved, hvad data afspejler. En sygeplejerske konkluderer: "Spørgsmålet er, hvad man overhovedet kan bruge [journal]audits til?"⁹

4.2 Måling følges ikke nødvendigvis af adækvat handling

En kilde til frustration blandt frontlinjemedarbejderne er, at ressourcer anvendes til at generere data, som ikke leder til praktisk handling. Der kan være flere årsager hertil. 1) at systemer til dataopgørelse ikke afspejler informationsbehovet blandt de praktikere, der kan ændre klinisk praksis, 2) at lokalt ledelsesfokus samler sig om at forbedre registreringer fremfor at iværksætte praksisændringer, 3) at handlemuligheder ligger uden for hospitalspersonalets kontrol (jf. afsnit 2.3).

4.2.1 Dataopgørelser afspejler ikke praktikernes informationsbehov

Ofte er der et dobbelt formål med registrering af data i klinikken. Dels et formål om at muliggøre politisk-administrativ kontrol via monitorering. Dels et formål om at bidrage til organisatorisk læring. Disse formål kræver typisk forskellige typer data.

Databehovet i klinikken kan være forskelligt fra databehovet blandt beslutningstagere. En leder giver et eksempel: Som led i et tværregionalt kvalitetsinitiativ er der på hospitalet iværksat et initiativ med screening for og registrering af **tryksår**. Principielt er initiativet meningsfuldt, forklarer lederen. Problemet er blot, at de i praksis ikke kan bruge data til at informere praksisændringer. I den pågældende afdeling har de ønsket at arbejde målrettet med at forebygge, at forstadier til tryksår (såkaldte kategori 1 tryksår) udvikler sig til egentlige vævsskader (såkaldte kategori 2, 3 og 4 tryksår). Derfor har de nøje kategoriseret tryksår i forbindelse med registreringen, fortæller lederen, så de kan skelne forstadier fra egentlige vævsændringer. Når data bevæger sig fra klinikken til regionen, aggregeres de imidlertid, så det ikke længere er muligt at skelne forstadier fra egentlige vævsskader. Det kan være meningsfuldt fra et politisk-administrativt synspunkt, fordi det opfylder et behov for overordnet at kunne monitorere udviklingen i forekomsten af tryksår. Imidlertid giver det ikke praktikerne den indsigt, de ønsker. For i klinikken er de interesseret i, hvorvidt deres indsats over for forstadier til tryksår reducerer forekomsten af egentlige tryksår, og til dette formål er de aggregerede data ubrugelige. Dermed bidrager data ikke til læring blandt dem, som i praksis skal forebygge tryksår (se uddybende beskrivelse af krav til og problemer ved tryksårsscreening i del 2).

En chef forklarer endvidere, at det generelt er et problem med den nuværende kvalitetsstyring, at data ikke giver brugbare tilbagemeldinger til klinikerne, som er dem, der skulle lære af data. Strukturen i datasystemet betyder ifølge chefen, at klinikerne ikke får outcome-data, eller de får dem så sent, at de ikke længere kan huske, hvilke patienter det drejede sig om. "Så jeg forstår godt, hvis [klinikerne] ikke ser meningen", kommenterer chefen.

I tillæg hertil virker det yderligere demotiverende for klinikerne og deres ledere, når de oplever, at målesystemerne ikke kan sikre meningsfulde målopførelser. Eksempelvis bliver

⁹ Nogle kvalitetsansvarlige sygeplejersker foreslår at gå væk fra audit som metode, for "hvis vi skal vide noget om, hvad der er kvalitet for patienterne, så er vi nødt til at gå ud og tale med patienterne." Andre kvalitetsansvarlige forklarer, at de allerede har ændret praksis i forhold til journalaudits, så det ikke længere er kvalitetsmedarbejderne, der udtrækker og gennemgår en stikprøve af tilfældige journaler, men at klinikerne i stedet får lejlighed til at gennemgå og vurdere dokumentationen i egne journalnotater. Det har ifølge en kvalitetsansvarlig skabt læring blandt medarbejderne, fordi de er blevet opmærksomme på mangler i forhold til egen journalføring. En overlæge bemærker, at journalaudits kan være nyttige – ikke i forhold til at forbedre patientbehandlingen, men til at opspore fejl, der kan have betydning for afdelingens økonomi og datavaliditet, såsom fejl i tildelingen af diagnose- og operationskoder.

det på flere hospitaler nævnt, at der i målopførelserne ikke kan skelnes mellem indlagte patienter og medindlagte raske ledsagere, hvorfor det grundet "systemfejl" ikke bliver muligt at opnå fuld målopfyldelse.¹⁰ Det vil sige, at problemet ikke blot handler om målene i sig selv, men også om indretningen af målesystemerne. For det opleves demotiverende for klinikerne, når målopførelserne er åbenlyst fejlbehæftede.

4.2.2 Ændringer af registreringer frem for klinisk praksis

Konfronteret med en mængde målkrav, som opleves mere eller mindre meningsfulde, men som har stor ledelsesmæssig bevågenhed, finder klinikerne og de lokale ledelser måder at håndtere situationen på. Observationer og interview afspejler kreativitet i den henseende. Som en chef bemærker: "Er der én ting, man er, så er det kreativ. Og bliver man presset på noget, som man ikke har en jordisk chance for at opfylde, så snyder man."

Et gennemgående træk er, at målkrav ofte stimulerer ændringer i lokale *registreringspraksisser*, men uden at de *kliniske* praksisser nødvendigvis ændres.

Observationer viste, at der på afdelingerne prioriteres administrative ressourcer til systematisk at gennemgå og foretage registreringer, som egentlig skulle foretages af det kliniske personale. Et par ledere bemærker, at det forekommer "lidt absurd" at anvende administrative ressourcer til at "massere" data på denne måde. De konstaterer dog samtidig, at "det er en konsekvens af at blive målt på en bestemt måde – så er det rigtig vigtigt, at man sætter krydset det rigtige sted." Konkret har oplæringen af en administrativ medarbejder i de "spidsfindigheder", som vedrører dataregistrering i en klinisk kvalitetsdatabase ifølge lederne betydet, at de kan opnå "bedre resultater i [afdelingens] statistik, uden egentlig at ændre på noget i forhold til patienterne".

Et eksempel på denne problematik, som ses på tværs af de fem hospitaler, er registrering af kontaktpersoner under den såkaldte **kontaktpersonordning**. Målsætningen om at sikre personalemæssig kontinuitet i patientforløb hilses generelt velkommen af medarbejdere og ledere. Imidlertid konstaterer de samtidigt, at det i praksis sjældent er muligt at leve op til de konkrete krav til kontaktpersonordningen, når der også skal sikres døgnbemanding på afdelingerne samt overholdelse af personalets arbejdstidsbestemmelser og uddannelsesforløb. Det har flere steder ført til kreative løsninger, som sikrer høj målopfyldelse på papiret, men ikke i praksis. På nogle afdelinger figurerer en given overlæge eksempelvis som kontaktperson for samtlige indlagte patienter (for en uddybning se del 2).

Eksemplet med kontaktpersonordningen er ikke enestående. De interviewede kommer med flere eksempler. Et af dem handler om registreringer, der skal bruges til at monitorere overholdelsen af udredningsgarantien.

Med vedtagelsen af **udredningsgarantien** har alle patienter i Danmark siden den 1. september 2013 haft ret til udredning inden for 30 dage ved henvisning til sygehusbehandling. Til udredningsgarantien er der knyttet monitoreringskrav, som pålægger afdelingerne at udføre en forholdsvis detaljeret kodning af alle patientforløb, så der på politisk-administrativt niveau kan følges op på overholdelsen af garantien. Det har afstedkommet udfordringer på afdelingen. Ledere forklarer, at udredningsgarantien stiller dem i en klemme. På den ene side skal de sikre, at afdelingen lever op til de politisk fastsatte krav. På

¹⁰ Problematikken har ifølge flere af de sygeplejefaglige ledere på et hospital været drøftet både i hospitalets og regionens kvalitetsafdeling. Tilbage meldingen har imidlertid været, at it-systemet ikke kan ændres på en måde, så der kan tages højde for problematikken. De har efter eget udsagn ikke fået en begrundelse for, hvorfor det ikke kan lade sig gøre. En sygeplejefaglig leder konstaterer: "Det støder vi ofte ind i, når vi har et forbedringsforslag." For klinikerne og de lokale ledelser virker det demotiverende, når de gør opmærksom på og forsøger at ændre på opgørelsesmetoder, så de opleves meningsfulde i forhold til den kliniske virkelighed, men mødes af en melding om, at det ikke kan lade sig gøre.

den anden side skal de fungere som faglige autoriteter over for egne medarbejdere. Problemet er imidlertid, at der ikke altid kan angives et konkret tidspunkt for, *hvornår* en patient er *færdigudredt* inden for specialer, der behandler patienter med komplekse og ofte uspecifikke symptomer, som det er tilfældet på flere af de deltagende afdelinger, forklarer afdelingsledere og læger. Ofte er udredning og behandling ikke adskilte processer – en diagnose kan eksempelvis stilles som led i observation af en patients respons på en given behandling. Dertil kommer, at symptomer for visse patientgrupper i perioder kan være fraværende, fordi deres sygdom kommer til udtryk i *anfald*. For ikke at fejlagnostisere disse patienter, er det ifølge de interviewede vigtigt at kunne observere patienterne gennem et – til tider længerevarende – forløb. "For at gøre det simpelt" har de derfor på afdeling X besluttet at registrere alle patienter med en diagnosekode første gang, de tilses af en læge – også selvom patienterne ikke nødvendigvis er "endelig udredt." (Se desuden del 2 om udredningsgarantien).

4.2.3 Forskrifter følges – men den praktiske værdi er tvivlsom

I nogle tilfælde håndteres presset fra de mange samtidige kvalitetskrav ved at følge forskrifterne – men på måder, hvor man kan betvivle den praktiske værdi heraf. Det er eksempelvis tilfældet, når:

1. Sygeplejersker udfører screeningen på kontoret ud fra en antagelse om, at patienten er sund og rask, frem for at gøre det sammen med patienten. Den forebyggende undersøgelse af patienten reduceres altså til rent skrivebordsarbejde.
2. Medarbejdere i ugerne op til akkrediteringsbesøg "øver sig" på korrekte svar, hvis de skulle blive spurgt om givne instrukser under besøget. Eller hvordan der lokalt udvikles procedurer, som skal følges under akkrediteringsugen, hvorefter medarbejderne atter vender tilbage til normalen. På den baggrund konstaterer nogle medarbejdere, at akkreditering er et "skuespil" eller ligefrem en "joke", fordi det for dem at se kommer til at handle mere om at bestå akkrediteringen end om at opnå egentlige forbedringer for patienterne.

Der gennemføres praksisændringer – men til ulempe for patienterne. Mens målkrav formuleres centralt, er det op til de lokale ledelser at få målkrav til at mødes. Det bringer ofte ledelserne i vanskelige situationer, hvor de er nødt til at opfinde egne håndteringsmåder. Problemet er, at det af og til sker på måder, som ledelserne ikke finder fagligt tilfredsstillende, og som næppe gavner patienterne. Et par ledere giver et eksempel:

Senest et døgn efter patientens ankomst i afdelingen skal der være gennemført en indledende sygeplejevurdering (ISV). Det er en omfattende vurdering, der blandt andet involverer test af patientens funktionsniveau, vejning, højdemåling, udregning af BMI, vurdering af ernæringsbehov, tryksårsscreening og indsamling af oplysninger om hjælpemidler, sociale forhold, smerter, søvn, hvile og seksualitet. I afdelingen har de imidlertid opnået lav målopfyldelse på ISV'en – både ved interne audits og ekstern akkreditering. Ledelsen besluttede derfor at gøre noget aktivt for at forbedre resultaterne: De indførte en modtagestue, hvor et par særligt oplærte sygeplejersker udførte og dokumenterede ISV'en, før patienterne flyttedes til en sengestue. Der indførtes altså en ekstra overgang i patientens forløb fra akutafdelingen til sengeafdelingen. Ændringen har ifølge en kvalitetsansvarlig "virket perfekt" i den forstand, at alle patienter har fået foretaget ISV'en i standardiseret form. Men problemet har været, at der er blevet afdækket en masse forhold, som der ikke er blevet fulgt op på, fordi den ekstra overgang skabte nye krav til overlevering af patienterne. Ledelsen konstaterer derfor: "Vi ændrede på en måde, så vi gjorde nogle patientforløb dårligere – for at opnå bedre dokumen-

tation." Siden er arbejdsgangen blevet ændret på afdelingen, så patienterne nu kommer direkte på en sengestue.

En chef giver et andet eksempel: På mange hospitaler er overbelægning et tilbagevendende problem, som kommer til udtryk ved, at patienter må ligge på gangene. For at adressere dette problem er der i den pågældende region indført konkrete målkrav om at reducere antallet af patienter på gangene. Derfor skal hospitalerne med jævne mellemrum indrapportere, hvor mange patienter der ligger på gangene. På hospitalerne er de enige i målsætningen – men de kan ikke påvirke patientstrømmene (for de kontrollerer ikke henvisninger og må ikke afvise patienter, red.), og det kræver typisk større ændringer i hospitalernes infrastruktur at oprette nye sengepladser. For på kort sigt at kunne leve op til målkravene har de på hospitalet besluttet at flytte patienter fra stamafdelinger med overbelægning til andre afdelinger med ledige pladser. Problemet er blot, at disse afdelinger ikke nødvendigvis har ekspertise inden for det sygdomsområde, som er relevant for patienten, bemærker chefen. For chefen er det en kilde til frustration. For i forsøget på at imødegå kravet om at reducere antallet af patienter, som ligger på gangene, kommer de til at gå på kompromis med et princip om at sikre "den rette patient i den rette seng i det rette speciale".

4.3 Diskussion og opsamling

Blandt medarbejdere og ledere på hospitalerne er en væsentlig indvending mod den nuværende kvalitetsstyring, at kvalitetsmålingerne i mange tilfælde ikke afspejler – og derfor ikke fremmer – hvad de opfatter som god behandlingskvalitet. Først og fremmest problematiserer flere ledere og kvalitetsansvarlige, at kvalitetsstyringen – i særdeleshed DDKM – bidrager til at udbrede kvalitetsmåling til områder, hvor styringsredskabets anvendelighed er begrænset.

Dette er en pointe, der kan genfindes i litteraturen. For at kunne kontrolleres via målinger må kvalitetsindikatorer være varige over tid og mulige at observere for en ekstern instans (Knudsen 2011). Det begrænser ifølge flere styringsteoretikere (Knudsen 2011, Kristiansen 2014b, s. 51-52), hvad der meningsfuldt kan formuleres indikatorer for – særligt i den offentlige sektor, hvor kvaliteten af mange opgaver er vanskelig at indfange med simple mål (Dahler-Larsen 2011, De Bruijn 2002). I tråd med flere styringsteoretikere (se fx Knudsen 2011, Kristiansen 2014b, De Bruijn 2002) foreslår nogle kvalitetsansvarlige derfor, at det fremadrettet bør overvejes nøje, hvilke kvalitetsaspekter der meningsfuldt kan defineres standarder og tilhørende indikatorer for.

I forhold til selve kvalitetsmålingen giver mange medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere udtryk for, at der i for høj grad måles på struktur- og procesindikatorer, det vil sige, mål der har at gøre med henholdsvis organisatorisk infrastruktur (fx tilstedeværelsen af retningslinjer) og efterlevelsen af beskrevne procedurer¹¹. De efterspørger i stedet mål, som har med patientresultater (outcome) at gøre (udtrykt eksempelvis som færre komplikationer, genindlæggelser, reduceret sygelighed eller dødelighed). De problematiserer, at de kan opnå høj målopfyldelse på struktur- og procesindikatorerne – men uden at vide, hvad det i praksis betyder for patienterne. Med fokus på struktur- og procesindikatorer antages det i den nuværende kvalitetsstyring, at ændringer i strukturelle rammer og efterlevelse af formaliserede procedurer fører til bedre resultater for patienterne. Et nyligt publiceret studie, som gennemgår international litteratur om akkreditering, rejser imidlertid tvivl om gyldigheden af denne antagelse (Risskjær, Scheel & Burau 2014). Studiet finder, at akkreditering påvirker hospitalers strukturer og processer, men at der ikke er nogen systema-

¹¹ I tråd med, hvad Rigsrevisionen fandt (2012).

tisk, positiv sammenhæng mellem akkreditering og sygehusenes faglige resultater og patienttilfredshed (ibid.). Mens der ofte kan påvises positive effekter af at følge enkeltstandarder, når de undersøges isoleret, konkluderes det i studiet, at der ikke kan påvises en entydig effekt på patienters sygelighed og dødelighed, når effekten af samlede akkrediteringsprogrammer undersøges (ibid.).

Videre problematiserer flere kvalitetsansvarlige og medarbejdere, at de metoder, der typisk anvendes til at vurdere målopfyldelsen for givne procesindikatorer, ikke giver indsigt i *klinisk praksis* – kun i klinikernes *registreringspraksis*. De fremhæver, at der ofte er diskrepans mellem det, der registreres, og det arbejde, som faktisk udføres. Derfor betvivler de anvendeligheden af eksempelvis journalaudit som metode til at opnå indsigt i den kliniske kvalitet. Mere generelt plæderer flere kvalitetsansvarlige for højere grad af metodefrihed i forhold til at opnå viden om kvalitetsproblemer og tilvejebringe information, der lokalt kan anspore til refleksion og handling. For metoder, der blot giver indsigt i graden af målopfyldelse på en given indikator, giver ikke nødvendigvis indsigt i årsager til kvalitetsproblemer. Dermed giver metoderne begrænset mulighed for at handle på identificerede problemer.

Derudover kan handlemuligheder lokalt begrænses af, at kvalitetsdata enten ikke når frem til de enkelte afdelingsledelser og medarbejdere, eller de kommer så sent eller i en form, så data ikke kan bruges til at informere konkrete ændringer i klinikken. Ofte er der flere formål med dataregistrering, som kan være i intern konflikt (Kristiansen 2014c). I forhold til kvalitetsstyringen på hospitalerne er der dels et formål om at muliggøre politisk-administrativ kontrol via monitorering, dels et formål om at stimulere organisatorisk læring. Typisk kræver disse formål imidlertid forskellige typer data. Hvis ikke kvalitetsinitiativer skal blive til dokumentation for dokumentationens skyld, er det derfor vigtigt at klargøre, hvem der skal bruge kvalitetsdata på forskellige organisationsniveauer, og hvad deres informationsbehov er.

Der er altså ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem kvalitetsmålingerne, og hvad medarbejdere, kvalitetsansvarlige og afdelingsledere opfatter som god behandlingskvalitet. De oplever derfor, at de skal bruge betydelige ressourcer på målinger, som ikke nødvendigvis fremmer den sundhedsfaglige kvalitet. På afdelingerne kan det foranledige en række kreative forsøg på at minimere ressourceforbruget på styringstiltag, de ikke finder fagligt meningsfulde.

I tråd med internationale studier om resultatbaseret styring på hospitaler (se Wadmann et al. 2013 for et review) gav medarbejdere og afdelingsledere adskillige eksempler på, at kvalitetsstyringen stimulerer ændringer i *registreringspraksisser*, men ikke nødvendigvis i *kliniske praksisser*. Det tyder på, at ledelsesfokus i høj grad samles om kvalitetsmålingen i sig selv, og hvordan denne kan forbedres; hvad styringsteoretikere typisk refererer til som målfiksering (Smith 1995, Perrin 1998). Fra at være et middel til at opnå indsigt i praksis, får registreringerne karakter af at være et mål i sig selv (se også Dahler-Larsen 2008, Knudsen 2011). Ligeledes er der adskillige eksempler på, at kvalitetsmåling kan føre til ændrede registreringspraksisser eller ligefrem datamanipulation (Bevan & Hood 2006, Davies & Mannion 1999, Goddard, Mannion & Smith 2000, Mannion & Davies 2002, Mannion, Davies & Marshall 2005); hvad der typisk betegnes som *gaming* (Smith 1995).

Også i fx det engelske sundhedsvæsen ses det, at ledelsesfokus kan samles om kvalitetsmålingen i sig selv, mens underliggende problemer får mindre opmærksomhed (Dixon-Woods et al. 2014). Fra et klinisk perspektiv kan det være meningsfuldt, fordi det giver afdelingerne en mulighed for at beskytte sig mod ekstern kritik (Risskjær, Scheel & Burau 2014). I organisationslitteraturen er det således velbeskrevet, at organisationer kan reagere på eksterne styringspres ved at signalere udadtil, at de har implementeret styringen,

men i praksis adskille styringen fra leveringen af kerneydelserne (Scott 1992, Meyer & Rowan 1977, DiMaggio & Powell 1983). Problemet er imidlertid, at det kan gøre data meningsløse – både for de klinikere, som skal foretage registreringerne, og de beslutningstagere, som efterspørger data som et styringsgrundlag. For når der er diskrepans mellem registreret praksis og faktisk praksis, må man spørge sig selv, hvad det er, man måler.

Andre eksempler på kreative håndteringspraksisser inkluderer, at procedurekrav (fx screening) udføres uden at se patienten, at der indføres midlertidige procedureændringer for at opnå akkreditering, og at der i nogle tilfælde foretages procedureændringer for at opnå gode måltal – men som kan være til ulempe for patienterne. Det tyder paradoksalt nok på, at de krav, som er udformet for at komme patienterne til gavn, i nogle tilfælde kan få den modsatte effekt, når den lokale ledelsesprioritet først og fremmest bliver at få dokumentationen i orden, og de først derefter oplever at have rum til at tænke på, hvad der er bedst for patienterne. Eksemplerne tyder tilsammen på, at kvalitetsstyringen får praktisk betydning på afdelingerne – men nogle gange på andre måder, end det var tiltænkt fra politisk-administrativt hold.

Generelt opponerer hospitalsmedarbejdere og lokale ledere altså ikke imod kvalitetsmåling i sig selv. Men fremadrettet efterspørger de nøjere overvejelser om, hvornår metoden er anvendelig, hvilke typer målinger der giver indsigter, som kan informere ændringer lokalt på afdelingerne, og hvornår der skal andre former for styring i spil.

5 Hvordan opstår det styringsmæssige pres?

Som beskrevet i de foregående kapitler tegner der sig et billede af, at mange interviewede på de deltagende hospitaler oplever, at kvalitetsstyringen har taget overhånd. De finder, at de anvender unødigt meget tid på procedurekrav og dokumentation, alt imens der kommer for lidt fokus på, hvad medarbejderne finder vigtigt i den enkelte kliniske situation. I kapitel 5 beskæftiger vi os med, hvilke drivkræfter der bidrager til at skabe denne situation.

5.1 Politisering af sundhedsområdet

Det styringsmæssige pres opleves af flere hospitalsmedarbejdere og ledere på afdelings- og hospitalsniveau som en øget politisering af sundhedsområdet. De bemærker, at politisk-administrative aktører på flere forvaltningsniveauer søger at være dagsordenssættende på sundhedsområdet og igangsætte egne initiativer. De kobler typisk mængden af nationale og regionale kvalitets- og monitoreringskrav til politiske behov for at signalere handlekraft og dermed opnå legitimitet. Mens de enkelte initiativer i flere tilfælde opleves fagligt meningsfulde, er der imidlertid også tilfælde, hvor medarbejdere og ledere på afdelings- og hospitalsniveau stiller sig kritiske.

Hovedudfordringerne er, ifølge ledere på hospitals- og afdelingsniveau, for det første, at de mange initiativer ikke altid er koordineret. For det andet, at kvalitetstiltag fra politisk-administrative aktører typisk er fulgt af monitoreringskrav – men uden at det nødvendigvis er klart, *hvordan* og med hvilke *ressourcer* hospitalerne skal udføre monitoreringen. Og endelig, at enkeltsager bliver udløsende for initiativer, uden at der er opnået en tilbundsående forståelse af problemet.

5.1.1 Manglende koordination og prioritering mellem kvalitetsinitiativer

Generelt efterspørger hospitalsmedarbejderne, de kvalitetsansvarlige og lederne på afdelings- og hospitalsniveau større grad af koordination og prioritering mellem kvalitetsinitiativer på nationalt og regionalt niveau. Hver især opleves mange af initiativerne som meningsfulde. Det er den samlede mængde af ting, de oplever, der skal implementeres, som er for stor.

5.1.2 Dokumentation for kontrollens skyld

Flere ledere på hospitals- og afdelingsniveau forklarer, at kvalitetstiltag fra politisk-administrative aktører typisk følges af monitoreringskrav, for at beslutningstagere kan følge implementeringen af tiltagene. Ifølge lederne skyldes en betydelig del af dokumentationspresset på hospitalsafdelingerne derfor ikke blot kvalitetsmodeller såsom DDKM og regionale tiltag som Patientsikkert Sygehus, men også politisk efterspørgsel efter specifikke data. På nationalt niveau kan det eksempelvis dreje sig om data, der dokumenterer overholdelse af udrednings- og behandlingsgarantier. På regionalt niveau kan det eksempelvis dreje sig om dokumentation af specifikke målkrav for kvaliteten i hospitalernes driftsaftaler (som typisk udmøntes videre i målkrav for kvaliteten i lokale driftsaftaler mellem hospitals- og afdelingsledelserne).

Eftersom det ikke nødvendigvis er muligt at trække de efterspurgte data via eksisterende registre, medfører den politiske efterspørgsel typisk ekstraregistreringer for klinikerne og det administrative personale. Flere kvalitetsansvarlige efterlyser derfor nøjere overvejelser

om, hvordan monitoreringen af politisk fastsatte målkrav kan foregå – før kravene vedtages. For det er deres oplevelse, at mange tiltag vedtages nationalt og regionalt uden tilstrækkelige overvejelser om, hvilke ressourcer det lokalt kræver at producere det efterspurgte datamateriale. Som en kvalitetsansvarlig kommenterer:

Jeg har på fornemmelse, at nogen i systemet tror, at data bare trækkes fra nogle systemer á la LPR [Landspatientregistret, red.]. Men når det kommer til stykket, viser det sig, at man påfører manuelle arbejdsgange ude i klinikken.

Som et konkret eksempel nævnte den kvalitetsansvarlige en tværregional indsats for Sikker Kirurgi, som er inspireret af projekt Patientsikkert Sygehus. Her stilles der krav til, at de på hospitalsniveau vurderer, i hvor stor en andel af alle kirurgiske forløb Sikker Kirurgi Tjeklisten er blevet anvendt. Problemet er ifølge den kvalitetsansvarlige, at denne vurdering kræver, at alle kirurgiske journaler gennemgås manuelt, fordi hospitalets it-systemer ikke understøtter udtræk af disse data. Den kvalitetsansvarlige foreslår i stedet, at det skal være muligt at følge op med stikprøver.

5.1.3 Når enkeltsager afstedkommer generelle tiltag

Flere af de interviewede ledere på afdelings- og hospitalsniveau har en oplevelse af, at enkeltsager kommer til at fylde meget i den måde, der drives sundhedspolitik på. De forklarer, at enkeltsager ofte udløser nye generelle krav og tilhørende registreringer. En chef forklarer eksempelvis:

Når en patient har oplevet et dårligt forløb – så gribes der til lovgivning. Det er svært for en lovgiver at sige, at vi har tillid til, at de gør det bedre næste gang. Sådan er verden ikke skruet sammen. Det er selvforstærkende processer. Det er selvforstærkende i sin inert. For der er et helt kvalitetssikringssystem, som lever af at komme med opskrifter på, hvordan der opnås god kvalitet på hospitalerne og rådgive lovgiverne. Så skal der sættes nye dagsordener, og der er konsulenter, der kommer på – fremfor at gå i gang med at arbejde med det, der ikke er godt nok. Jeg er træt af de mange konkurrerende dagsordener.

En lægefaglig leder gav et konkret eksempel: I forbindelse med Operation Life projektet blev der indført krav om, at hospitaler opgjorde og offentliggjorde hospitalsstandardiserede mortalitetsrater; det vil sige, forekomsten af patienter, som dør under eller op til 30 dage efter et hospitalsophold. Tallene vakte stor opsigt i pressen. Særligt blev de forholdsvis høje mortalitetsrater på et sjællandsk sygehus genstand for debat. Politikerne blev stillet til ansvar i pressen, og reagerede ifølge den lægefaglige leder ved at kræve, at man på alle hospitaler skulle nedbringe mortalitetsraterne; blandt andet via obligatoriske, månedlige journalaudits på patienter med blodforgiftning. Arbejdet med journalaudits gik i gang på alle hospitaler – uanset om der lokalt var identificeret problemer med blodforgiftning. Efter noget tid kunne de på det sjællandske sygehus demonstrere et fald i mortalitetsraterne. Imidlertid var det ikke kravet om audits, der hjalp dem, bemærker lederen ironisk, men derimod at de fandt ud af, at de i forbindelse med Operation Life projektet havde kodet patienterne forkert.

Generelt konstaterer flere ledere, at sager, som tages op i pressen, ofte udløser nye "skal-opgaver" i klinikken, uden at der nødvendigvis er foretaget en grundig undersøgelse af, hvad roden til problemet er. En leder kommenterer således: "Det virker, som om der umiddelbart er for lidt viden om, hvordan lovændringer egentlig påvirker den enkelte organisation." En sygeplejefaglig leder problematiserer endvidere, at selvom tiltagene giver god me-

ning blandt politiske beslutningstagere, så er det ikke altid tilfældet, når de skal omsættes i konkrete procedurer på praksisniveau.

Blandt flere af de interviewede chefer og ledere er der en opfattelse af, at det politiske pres, der ligger i at kunne signalere, at der er styr på tingene, er med til at drive nye kvalitetsmodeller og registreringskrav frem. Mens det kan skabe politisk legitimitet, kan det have bivirkninger i klinikken. Flere ledere giver således udtryk for, at de oplever den politiske ageren på baggrund af enkeltsager som en "profileringsmulighed" for politiske beslutningstagere. De har altså en oplevelse af, at det for politikerne handler mere om at skabe legitimitet omkring egen position end om at forstå de problemer, de står over for i klinikken. Det kan lokalt skabe modreaktioner, fremhæver en interviewet chef:

Sygehusvæsenet er det mest gennemregistrerede i hele den offentlige sektor. Moderniseringsstyrelsen fremhæver sundhedsvæsenet i forhold til resten af den offentlige sektor – se bare, hvor meget man kan få ud af alle de registreringer. Vi står midt i en modreaktion. Vi kan ikke se skoven for bare træer. Vi kan godt se, at noget af det giver god mening, og noget er decideret hul i hovedet. Hvor er grænsen for meningsfuldheden?

5.2 Opskalering af krav på regions- og hospitalsniveau

Mens mange medarbejdere peger på nationale tiltag (såsom Den Danske Kvalitetsmodel, udredningsgarantien med videre) som årsager til stigende dokumentationspres, kan der i implementeringen af de nationale tiltag også opstå regionale eller lokale fortolkninger, som bidrager til at skabe en oplevelse af mange, samtidige krav.

I fagpressen og på konferencer om afbureaukratisering i sundhedsvæsenet diskuteres dette typisk som "overimplementering". Overimplementering handler i diskussionerne om, at det ikke er diverse kvalitetsmodeller i sig selv, der nødvendigvis fører til den store mængde procedure- og dokumentationskrav, men at krav også opstår, når tiltag oversættes ned gennem den regionale administration og hospitalerne til de enkelte afdelinger.

Det er særligt institutioner på nationalt niveau, der under nøglepersoninterviewene og i fagpressen påpeger, at overimplementering er en del af udfordringen. Men også flere direktionsmedlemmer og kvalitetsansvarlige på hospitalerne vurderer, at der regionalt og på hospitalerne kan tilkomme flere krav, når nationale styringstiltag omsættes. Som et medlem af en hospitalsdirektion udtrykker det:

Vi bidrager også selv til at skabe eget bureaukrati. Det er ikke en stat eller en regering, som siger, at vi skal gøre det sådan. Det bliver bare den måde, det folder sig ud på. Og det er dybt uheldigt.

Kæden der sættes i gang, når nationale tiltag oversættes ned gennem hospitalsorganisationen, bidrager ifølge direktionsmedlemmet til at skabe et "totalt overdimensioneret" kompleks af dokumentationskrav.

Mekanismerne i denne såkaldte overimplementering er vigtige at forstå – også i relation til eventuelle fremadrettede styringsinitiativer. Dette afsnit præsenterer derfor de identificerede bud på, hvorvidt at der i kølvandet på nationale kvalitetskrav tilføjes nye krav på regionalt og hospitalsniveau, og hvad der i givet fald driver denne proces. Den overordnede pointe, som fremtræder i denne undersøgelse er, at der kan være elementer af overimplementering på regionalt og hospitalsniveau, men at det langt fra er hele historien. Det ud-

dybes i de følgende afsnit. Derudover er det væsentligt at fremhæve, at der ikke ses et entydigt mønster i, på hvilket forvaltningsniveau der opstår krav, som hospitalsmedarbejderne betvivler meningen af. Det varierer mellem enkelte styringstiltag, som vi demonstrerer i rapportens del 2 (kapitel 8-11).

Indledningsvist skal det blot påpeges, at det i særlig høj grad er ledelserne på alle niveauer på hospitalerne, de kvalitetsansvarlige og overlægerne, der forholder sig til, hvordan dokumentationen ender med at blive så omsiggribende. Blandt frontlinjemedarbejderne er det mere udbredt at pege på enkeltårsager, såsom Den Danske Kvalitetsmodel.

5.2.1 Ekspertter, ildsjæle og stærke faglige ambitioner

Som et eksempel på en drivkraft, der kan bidrage til at øge de styringsmæssige krav og føre til overimplementering, peger flere kvalitetsansvarlige og medlemmer af hospitalsdirektioner på faglig dedikation og stærke faglige ambitioner blandt dem, som formulerer lokale retningslinjer.

Et medlem af en hospitalsdirektion fortæller eksempelvis, at udarbejdelsen af retningslinjer på regions- og hospitalsniveau typisk sker ved, at der nedsættes et udvalg af "rigtigt kloge folk". Denne gruppe udarbejder så retningslinjer på områder, som de har særlig faglig ekspertise inden for. Disse "entusiaster laver retningslinjerne ud fra det bedste, de kan." Det kan føre til meget lange retningslinjer. "Det står ikke nogen steder i DDKM, at retningslinjerne skal være på 24 sider". Som direktionsmedlemmet forklarer, så tænker eksperterne typisk i *faglige* krav, uden nødvendigvis at overveje, hvordan efterlevelsen af disse krav kan *dokumenteres* og it understøttes. Hvis ikke dokumentationen kan ske via de data, der kan trækkes fra registre, medfører nye faglige krav typisk også nye krav til den daglige journalføring. Konsekvensen af de gode ambitioner er ifølge direktionsmedlemmet, at "klinikken til sidst vælter" på grund af dokumentationspresset.

Eksempler:

Tryksår: I 2012 tog Danske Regioner initiativ til en tværregional indsats for patientsikkerhed. I den forbindelse blev der blandt andet iværksat en tryksårsindsats med afsæt i tryksårspakken fra Patientsikkert Sygehus. Målet var at reducere forekomsten af tryksår, og indsatsen skulle løbende monitoreres og rapporteres til Danske Regioner. For at konkretisere dette, blev der ifølge en af de interviewede chefer nedsat en regional tryksårsstyregruppe i vedkommendes region bestående af ledere og faglige eksperter på området. Der var tale om et initiativ, der i udgangspunktet blev oplevet som meningsfuldt af klinikerne og ekspertgruppen gik med ildhu til sagen. Ifølge den interviewede chef "ville eksperterne det ypperste." Imidlertid blev det konkrete resultat en række arbejdsgange, der var "så omfattende, at de i praksis ikke var mulige at gennemføre." Det var "så svært at implementere tiltaget", konstaterer chefen, at "nogle hospitaler var over et år om det." (se uddybende beskrivelse af krav til tryksårsscreening og lokale udmøntninger heraf i afsnit 9.1).

Sikker kirurgi: I forbindelse med samme tværregionale patientsikkerhedsindsats blev der iværksat en indsats for sikker kirurgi. Denne indsats tog ligeledes udgangspunkt i retningslinjer fra projekt Patientsikkert Sygehus. Konkret er der tale om en tjekliste med en række krav, der skal være opfyldt i forløbet, fra patienten modtager anæstesi til patienten forlader operationsstuen. På hospital X blev arbejdet med at implementere Sikker Kirurgi Tjeklisten forankret i en lokal arbejdsgruppe, som i forvejen beskæftigede sig med god praksis på det kirurgiske område, fortæller en kvalitetsansvarlig. Arbejdsgruppen fandt imidlertid ikke det regionale tiltag fyldestgørende, fortæller den kvalitetsansvarlige videre, og udvidede derfor tjeklisten til ikke blot at omfatte procedurer på operationsgangen, men også forberedelsen af operationen og opvågningen. Arbejdsgruppen fandt dette fagligt meningsfuldt, men overvejede ikke, at der til tjeklisten var knyttet detaljerede monitoreringskrav. Den lokale udvidelse af tjeklisten har ifølge den kvalitetsansvarlige derfor udviklet sig til en "omfattende monitoreringsopgave."

Ernæringscreening: Arbejdet med at udvikle lokale retningslinjer for ernæringscreening bliver på hospital X koordineret i hospitalets ernæringsråd. Det forklarer en sygeplejefaglig leder, som selv sidder i rådet. Lederen stiller sig imidlertid kritisk over for de lokale retningslinjer, som stiller krav om, at alle patienter konsekvent skal ernæringscreenses. For lederen ville det være mere meningsfuldt at differentiere kravene afhængigt af patientforløbenes længde og øvrige karakteristika. I ernæringsrådet er det imidlertid "ikke comme il faut at foreslå, at man gerne vil skelne imellem [patientgrupper]", kommenterer lederen og fortsætter: "Der har man valgt, at det giver god mening, og at man skal gøre det. Der er nogen, som synes, det er en vigtig ting, og ernæring er da en vigtig del af behandlingen. Men ikke til alle patienter." Lederens pointe er, at der lokalt er stærke faglige fortalere, som bidrager til at sætte barren højt inden for givne behandlingsområder, og at det kan lede til en generel udbredelse af procedurekrav.

Generelt peger eksemplerne på, at opskalering af procedure- og dokumentationskrav i nogle tilfælde kan henføres til faglige ildsjæles bestræbelser på at højne niveauet på områder, hvor de har ekspertviden.

Endelig går en del af diskussionen om lokal opskalering af kvalitetskrav på kvalitetsmedarbejdernes rolle. Nogle fremhæver, at kvalitetsmedarbejderne typisk investerer mange ressourcer og faglig stolthed i deres arbejde, og at deres faglige dedikation kan medføre flere instrukser og afdelingsspecifikke krav. Som led i observationsstudierne og interviewene stødte vi dog ofte på den modsatte tendens: At de kvalitetsansvarlige medarbejdere og ledere var optaget af, hvordan man kan begrænse dokumentationen og monitoreringen til områder, hvor de lokalt oplever, at det er meningsfuldt i forhold til specialet og patientgrupperne. Flere arbejder således med at skrive sig ud af forskellige screeningskrav.

5.2.2 Systemkompleksitet og usikkerhed om fortolkning af krav

Mens medarbejderne og deres ledere har en klar oplevelse af, at være konfronteret med en overvældende mængde krav, er det derimod ofte uklart for dem, hvor kravene præcist stammer fra. De giver udtryk for, at den store mængde retningslinjer, de mange kvalitetsstandarder og øvrige tiltag tilsammen bevirker, at det i praksis er svært at overskue, hvad de faktiske krav er. Det kan medføre, at der lokalt blandt medarbejderne opstår egne tolkninger af krav, som ikke nødvendigvis kan henføres til retningslinjer – hverken på nationalt, regionalt eller hospitalsniveau (se eksempelvis del 2). Hvad der ofte diskuteres som overimplementering, kan derfor være udtryk for vanskeligheder med lokalt at overskue mængden af krav eller iværksættelse af initiativer på lokalt niveau, som man lokalt har troet eller vurderet var nødvendige.

Kvalitetsansvarlige bemærker eksempelvis, at det kan være vanskeligt finde ud af, hvad personalet præcist er forpligtet til at gøre i juridisk forstand, og hvad der mere har karakter af best practice. Ifølge de kvalitetsansvarlige skyldes det blandt andet, at der på alle niveauer fra de regionale kvalitetsenheder til kvalitetsmedarbejdere på hospitals- og afdelingsniveau kan træffes beslutninger om at foretage tilføjelser til eksisterende retningslinjer. Og det er bl.a. denne mulighed, der bidrager til overimplementering.

For de enkelte medarbejdere kan vanskeligheder med at have overblik over retningslinjer føre til dokumentation for "en sikkerheds skyld". En kvalitetsansvarlig fra et andet hospital fortæller eksempelvis, at medarbejderne lokalt klager over at skulle gentage screeninger, hver gang en patient skifter afdeling, men at det skyldes, at de har misforstået hospitalets retningslinjer. "Meget overdokumentation kommer fra afdelingerne selv," konstaterer den kvalitetsansvarlige og forklarer videre, at det kan have noget at gøre med, at der efterhånden er så mange retningslinjer, at det er vanskeligt for medarbejdere og ledere på afdelingsniveau at have overblikket over alle reglerne. Derfor kan der blandt medarbejderne være en tendens til at dokumentere for en sikkerheds skyld, mener den kvalitetsansvarlige:

Det er efterhånden blevet til, at vi hellere må dokumentere, for så kan vi dokumentere det, vi har gjort. Det bliver for at beskytte sig selv – nu har jeg gjort det, jeg skulle.

Sygeplejersker på flere afdelinger giver udtryk for tvivl om, hvorvidt de har mulighed for at fravige eksempelvis screeningskrav i DDKM i tilfælde, hvor disse ikke forekommer klinisk meningsfulde. Undervejs i et interview diskuterer en gruppe sygeplejersker eksempelvis muligheder for at "dokumentere sig ud af" et konkret screeningskrav ved at få en læge til at beskrive i journalen, hvorfor screeningskravet er fagligt irrelevant. De er dog i tvivl om, hvad det betyder for afdelingens målopfyldelse i audits, for deres retsstilling, og hvorvidt

dokumentationen for manglende faglig relevans skal gentages ved hvert besøg i et patientforløb. Det kan tyde på, at der trods – eller måske netop på grund af – den store mængde retningslinjer kan opstå tvivl blandt personalet om muligheder for at fravige standardkrav.

Den samlede mængde af tiltag kan også bidrage til, at nationale og regionale initiativer til at forenkle styringen har svært ved at slå igennem lokalt. Eksempelvis synes reduktionen af standarder fra 1. til 2. version af DDKM ikke at være slået igennem på afdelingsniveau alle steder. Under observationer og interview fremhæver hospitalsmedarbejdere således i flere tilfælde standarder, der ikke længere forekommer i DDKM, som eksempler på unødige krav. Det tyder på, at det kan være lige så svært at afvikle allerede implementerede tiltag, som det er at iværksætte noget nyt.

5.2.3 Lokale kvalitetsinitiativer

Lokalt på hospitalerne gennemføres der også en række kvalitetstiltag og projekter, der ikke nødvendigvis opskalerer kravene i nationale styringstiltag, men som ikke desto mindre er med til at øge den samlede mængde af ressourcer, der anvendes på kvalitetsinitiativer på hospitalsafdelingerne.

En del af disse tiltag kan ses som initiativer, der supplerer og i nogen grad overlapper med nationale styringstiltag. Kvalitetsmedarbejdere på flere hospitaler giver eksempelvis udtryk for, at de ser sig nødsaget til at igangsætte egne *lokale* patienttilfredshedsundersøgelser i tillæg til de Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredshed (LUP) (se del 2 for en uddybende beskrivelse). I disse tilfælde er der ikke tale om direkte oversættelser af nationale tiltag, men lokale initiativer der igangsættes, fordi det nationale tiltag ifølge flere afdelingsledelser og kvalitetsansvarlige ikke tilgodeser de lokale vidensbehov.

5.3 Ledelsespres og frygt for ikke at opnå akkreditering

I takt med, at kvalitetsagendaen også bliver en ledelsesagenda, bliver det vigtigt for ledere på alle niveauer at signalere ansvarlighed i forhold til kvalitetsinitiativer. Det betyder ifølge flere hospitalsledere og kvalitetsansvarlige, at det kan være vanskeligt lokalt på hospitalerne at fraprioritere kvalitetsinitiativer. Det er således ikke en mulighed at melde sig ud eller ikke at være med på kvalitetsdagsordenen. Som en chef bemærker:

Så får vi ry af at være et negativt sygehus – det vil vi ikke være. Vi har brug for, at man bliver tænkt med ind i udviklingen - uanset om man kan lide udviklingen eller ej. If you can't beat them, join them. [...] Vi kan ikke holde til blive sat udenfor. Ikke fordi vi tror på det, men vi er nødt til det.

Adspurgt om et konkret eksempel nævner chefen, at de blandt andet oplever et stort pres for at deltage i den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus. En anden chef forklarer, at det er ligesom at sidde i en karrusel, der bare bliver ved med at køre, men der er ingen, der tør hoppe af. Det opleves med andre ord ikke som en mulighed for ledere på hospitalsniveau at fraprioritere kvalitetsinitiativer. På samme måde eksemplificerer en chef, at de som hospital vælger at blive akkrediteret på alle standarder i DDKM, selvom de har mulighed for at fravælge noget. For fuld akkreditering anses ifølge chefen som et politisk vigtigt signal om, at der er "orden på huset." Det tyder på, at der også lokalt kan tales om en form for 'politisering' af kvalitetsområdet, der er med til at skabe ledelsesmæssigt pres i forhold til implementeringen af kvalitetsinitiativer, som forplantes ned gennem hospitalerne.

Afdelingsledere og kvalitetsansvarlige giver således udtryk for, at de oplever et pres ned gennem det hierarkiske ledelsessystem i forhold til at få personalet til at overholde scree-

nings- og dokumentationskrav. De oplever, at målsætninger ikke er til forhandling, fordi det er centralt fastsatte mål. Fra de øvre ledelseslag er der stort fokus på at opnå gode måltal og sikre de enkelte hospitaler et godt omdømme ved at opnå akkreditering. Flere kvalitetsansvarlige og ledere på afdelingsniveau kommer i interview med eksempler på, at de appellerer til medarbejdernes motivation for at opnå gode auditresultater og styrke afdelingens omdømme, når de skal formidle procedure- og registreringskrav, de ikke nødvendigvis selv kan se den faglige mening med.

I tråd hermed giver flere medarbejdere udtryk for, at de oplever et pres fra de lokale ledelser i forhold til at leve op til screenings- og dokumentationskrav – også selvom det ikke nødvendigvis forekommer klinisk meningsfuldt. Adspurgt om, hvorfor hun fortsat udfører en given screening, som hun i mange tilfælde finder fagligt meningsløs, forklarer en sygeplejerske eksempelvis: "Det er fordi, vi får at vide, at vi bliver akkrediteret på det, og hvis vi ikke får det gjort, så er der røde streger." Det gælder også i forhold til at opnå tilfredsstillende målopfyldelse i audits. "Det er ikke en kritik af ledelsen, men sidste gang vi havde audit, gik ledelsen næsten amok, fordi det udadtil skal se så fint ud," som en sygeplejerske fra den samme afdeling bemærker.

På samme måde forklarer en gruppe terapeuter, at den lokale ledelse italesætter opgaver, som har med akkreditering at gøre, som "skal-opgaver". "IKAS-tingene bliver vægtet meget højt i kvalitetsarbejdet", bemærker en terapeut og spørger retorisk: "Men er det virkelig vigtigt, at jeg har mere styr på alle de standarder end at bruge lidt mere tid sammen med patienten?" For de givne terapeuter har "skal-opgaver" en meget konkret betydning, fordi der på afdelingen er foretaget en prioritering af opgaver i skal- og kan-opgaver. Akkrediteringsrelaterede opgaver er ifølge terapeuterne i skal-kategorien, mens opgaver i kan-kategorien blandt andet inkluderer visse træningsopgaver. En terapeut eksemplificerer: "Det kan være øvelser – at vi bliver nødt til at sige til patienter, at vi kun kan hjælpe vedkommende op at stå i dag, men må udsætte træningen af knæet."

Det tyder på, at det i høj grad er eksterne motivationsfaktorer – særligt frygten for ikke at blive akkrediteret – som driver det lokale arbejde med implementering af akkrediteringsstandarderne, frem for den bagvedliggende mening med standarderne, nemlig en ambition om at yde den bedst mulige omsorg og behandling for patienterne.

5.3.1 Akkreditering og mængden af retningslinjer

Selvom det måske ikke har været den styringsmæssige intention, så er bevidstheden om akkreditering, ifølge flere hospitalsledere og kvalitetsansvarlige, med til at eskalere omfanget af retningslinjer på hospitalerne. En chef forklarer, at DDKM har bidraget til, at der er blevet udarbejdet vejledninger og instrukser og etableret dokumentstyringssystemer, men at problemet er: "Det tog om sig."

Der er meget på spil for hospitalerne i akkrediteringssituationen. En chef fremhæver, at det anses for et væsentligt prestigetab, og at ledere på direktionsniveau frygter for deres job, hvis hospitalet ikke kan bestå akkreditering. Efter en konkret erfaring med manglende akkreditering af det pågældende hospital, har der ifølge chefen hersket en angst for ikke at gøre det godt nok. Det har bidraget til at skabe en kvalitetssikringskultur, hvor de "går med livrem og seler" og forsøger at "sikre sig i alle mulige og umulige situationer". Det kommer blandt andet til udtryk gennem en omfattende produktion af retningslinjer, bemærker chefen, for det giver administrationen en "oplevelse af kontrol." Nogle ledere på hospitalsniveau foreslår, at der i bestræbelserne på at opnå akkreditering ikke er blevet prioriteret tilstrækkeligt mellem "patientkritiske retningslinjer" og øvrige retningslinjer.

Ønsket om at sikre sig mod potentiel fremtidig kritik kan altså ifølge de interviewede føre til en lokal 'oprustning' på kvalitetsinfrastruktur.

I tråd hermed forklarer en chef, at frygt for ikke at opnå akkreditering på det givne hospital har ført til eksempler på, at procedurekrav er blevet opskaleret "for en sikkerheds skyld". For eksempel har frygt for ikke at leve op til en standard om, at varigheden fra forundersøgelse til kirurgisk behandling ikke må overstige 1-2 måneder, ført til, at der er indført et fast ekstra ambulatoriebesøg for alle kirurgiske patienter en uge før det kirurgiske indgreb. For den interviewede chef er det udtryk for, at akkrediteringslogikken kommer til at dominere en faglig logik. For det glemmes i frygten for at 'dumpe', at formålet med standarden ikke er at overholde et specifikt tidsinterval, men at sikre, at patienternes tilstand ikke er væsentligt forandret, inden indgrebet finder sted.

Hertil kommer, at de enkelte afdelinger forsøger at "dække sig ind" for at "kunne rumme enhver lille afvigelse" fra de generelle standarder, der beskrives i overordnede kliniske retningslinjer. En chef fortæller, at de på hospitalet har otte forskellige vejledninger for behandling af delirium. Når en standard først er beskrevet og vedtaget i en retningslinje, kræver det nemlig nye retningslinjer, som beskriver og begrundet *undtagelser* fra standarden. For: "Sådan er akkrediteringslogikken". Chefen forklarer, at afvigelser fra generelle standarder vil figurere som fejl, hvis ikke muligheden for afvigelse er beskrevet i en formel retningslinje. Det vil sige, at de lokalt er fanget i en spiral, hvor formuleringen af retningslinjer blot avler flere retningslinjer. Konsekvensen af dette, forklarer chefen, er en eskalering i antallet af vejledninger og instrukser.

Endelig kan produktion af retningslinjer også være en måde for afdelingsledelser at dække sig ind ved eventuelle klagesager. Hvis afdelingsledelserne kan dokumentere, at de har beskrevet en procedure tilfredsstillende, er det klinikernes ansvar at følge proceduren. Dette er ifølge flere ledere, en væsentlig driver for den øgede produktion af retningslinjer.

5.3.2 Intentioner om lokal læring udmøntes i praksis som topstyring

Typisk lanceres kvalitetsmodeller som praksisnære tiltag, der skal stimulere lokal læring gennem aktiv refleksion blandt dem, som *udfører* et givent arbejde. Det er eksempelvis tilfældet, når DDKM-standarderne og kliniske 'pakker' i Patientsikkert Sygehus søges implementeret via Plan-Do-Study-Act cirklen (PDSA-cirklen) og LEAN-principper.¹² Ideen er ifølge en chef, at man "flytter ansvaret helt ind til den enkelte leder og den enkelte medarbejder, så det bliver mere synligt for den enkelte, hvordan han eller hun er medvirkende til at generere god kvalitet."

Imidlertid giver kvalitetsansvarlige udtryk for, at det er "signalforvirring", når eksempelvis DDKM lanceres som "en lærende model." De fremhæver, at akkreditering for dem at se er "koblet til kontrol." I tråd hermed refererer mange medarbejdere og afdelingsledere til akkreditering som en "eksamen." Dertil kommer, at det på forhånd er defineret, hvilke områder afdelingerne skal fokusere på, eftersom standarder og indikatorer eller 'pakker' er fastsat centralt. Flere afdelingsledere og kvalitetsansvarlige har derfor en oplevelse af, at den reelle inddragelse er begrænset, når andre har defineret de mål, som afdelingerne skal

¹² I deres oprindelige form ansporer LEAN og PDSA-cirklen til kontinuerlig forandring gennem aktiv refleksion blandt *udøverne* af et givent arbejde (Friis 2014, s. 550). LEAN-principperne var oprindeligt udviklet af den amerikanske 'kvalitetsguru' W. Edwards Deming, som havde stor indflydelse på den industrielle udvikling i Japan i efterkrigstiden og siden 1980'erne også i USA. Deming samlede sin ledelsesfilosofi i 14 punkter, der samlet kan forstås som et opgør med traditionelle, hierarkiske topstyringsprincipper, som var fremherskende i USA og mange vestlige lande i efterkrigstiden. Kort fortalt var Demings hovedidéer, at kontrol og inspektion erstattes med lederskab og supervision; at målstyring og kvoter erstattes med medarbejderinddragelse og ansvar; samt at nulfejlskultur og snævert indtjeningsfokus erstattes af faglig stolthed, uddannelse og selvudvikling (ibid., s. 550).

finde ud af, *hvordan* de kan leve op til. Endelig giver kvalitetsansvarlige medarbejdere udtryk for, at de krav, der opstår om at dokumentere målopfyldelse på de prædefinerede mål opadtil i det hierarkiske ledelsessystem, også medvirker til at kvalitetsstyringen – trods intentioner om det modsatte – i praksis opleves som en form for topstyring.

5.3.3 Det er svært at komme igennem med ændringer

Den store bevågenhed omkring kvalitetsområdet, betyder ifølge flere medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på afdelings- og hospitalsniveau, at det kan være vanskeligt at ændre på krav, de finder fagligt uhensigtsmæssige. Som en lægefaglig leder bemærker, er vedkommendes kritik af registreringskrav til et planlagt kvalitetstiltag blevet mødt af opfordringer til at "stikke piben ind."

En lægefaglig leder forklarer, at de som hospitals- og afdelingsledelser har indgået en driftsaftale med regionen, hvor kvalitetskrav indgår som en central del. Hvis de ikke lever op til aftalen, forklarer den lægefaglige leder, frygter de for deres stilling. Denne frygt er med til at gøre dem mere tilbageholdende med kritik, forklarer en sygeplejefaglig leder: "Man tør ikke andet end at holde op." Videre problematiserer den sygeplejefaglige leder, at "man skal passe på ikke at tage refleksion fra lederne" for, "hvis man gang på gang bliver bedt om at tie stille, bliver man [som leder] bare et formidlende led."

Andre ledere og kvalitetsansvarlige giver udtryk for, at de på regionsniveau mødes af forståelse – men manglende handling. Adspurgt, om de har gjort opmærksom på uhensigtsmæssigheder i forhold til omfanget af procedure- og dokumentationskrav til regionspolitikkerne, konstaterer en chef eksempelvis, at de "ingen vegne" kommer med sådanne henvendelser, fordi de "sådan set [er] enige på regionsniveau." Videre bemærker chefen: "Ingen tør lave om på det." I tråd hermed forklarer en kvalitetsansvarlig på et andet hospital, at vedkommendes henvendelser til den regionale kvalitetsafdeling gjorde klart, at de i regionen allerede var klar over, at flere af de regionalt fastsatte auditspørgsmål ikke opfattes som klinisk meningsfulde – alligevel kan den kvalitetsansvarlige konstatere, at det ikke har ført til ændringer i kravene.

Andre ledere forklarer, at de er blevet undtaget for visse procedure- og dokumentationskrav, som ikke har forekommet dem fagligt meningsfulde – men først efter længerevarende processer og stor udholdenhed. En lægefaglig leder bemærker, at de oplevede gentagne gange at have 100 % målopfyldelse på en given standard, men at deres forespørgsel om at blive fritaget for monitoreringskravet "skulle helt op i regionen, for at vi kunne opgøre det halvårligt i stedet for en gang om måneden."

Også på hospitalsniveau kan der være oplevelser af, at det er vanskeligt at påvirke kvalitetsstyringen. En gruppe sygeplejefaglige ledere fortæller, at deres ønsker om at få ændret på konkrete screeningskrav hos hospitalets direktion og kvalitetsorganisation bliver mødt af forklaringer om, at der er tale om centralt fastsatte målsætninger, som de skal leve op til; at de som sygehus bliver målt på de givne kvalitetsparametre; og at de vil fremstå som havende en dårlig kvalitet, hvis de opnår dårlige måltal. "Så derfor gør vi det bevidstløst, selvom det ikke giver mening", konstaterer de. På lignende vis fortæller kvalitetsansvarlige sygeplejersker på et andet hospital, at de er blevet opfordret til "bare at gøre det - for det er jo bare lige at sætte et kryds," når de over for hospitalets kvalitetsafdeling har rejst problematikker om screeningskrav, der ikke forekommer klinisk meningsfulde.

Det giver anledning til frustration, forklarer kvalitetsansvarlige sygeplejersker, for: "Det gør rigtig meget ved os som fagpersoner, at vi skal sætte ti krydser i noget, som er fuldstændig meningsløst. Det gør noget ved modstanden mod dokumentation, og det fjerner fokus."

Som kliniker "brænder man for patienten" og vil "lave [et stykke arbejde] der giver mening for patienten", understreger de. Derfor opfatter de det som "provokerende", når der fra ledelseshold stilles krav om, at de "bruger tid foran computeren på ting, der ikke giver mening [for patienterne]." På baggrund af sådanne oplevelser udtrykker flere ledere på afdelingsniveau ønske om at blive hørt i forbindelse med den konkrete udmøntning af styrings tiltag for at kunne give input til, hvordan tiltagene kan virke i praksis. De konstaterer, at de sjældent har indflydelse på beslutninger – de er som regel truffet, når de når afdelingsniveau. Afdelingssygeplejersker forklarer således, at de finder det vanskeligt at komme med feedback på eksisterende styringstiltag, fordi de er "nederst i fødekæden", og "der er mange led i mellem" praktikerne og de politiske beslutningstagere.

5.3.4 Økonomiske konsekvenser

I Region Sjælland er lanceringen af regionale kvalitetstiltag siden 2011 blevet fulgt af en særlig form for økonomistyring. Som led i regionens initiativ, Værdi for Borgeren, er en procentdel af hospitalernes driftsbudget reserveret som en såkaldt incitamentspulje, forklarer en chef. For hospitalerne betyder det, at 1,5 % af deres budget tilbageholdes, indtil de har dokumenteret, at de kan leve op til et antal regionalt politisk fastsatte kvalitetsmål, herunder 12 pakker i Patientsikkert Sygehus; LEAN i Stor Skala, Den Rette Patient i Rette Seng, samt et specifikt tryksårsprojekt. Alle initiativerne kræver dokumentation – for ellers kan ledelsen ikke demonstrere målopfyldelse over for den politiske ledelse og dermed opfylde hospitalets budget, konstaterer chefen. Målopfyldelse på og dokumentation af specifikke parametre er altså direkte koblet til hospitalets driftsvilkår.

5.4 Medarbejdernes frygt for kritik og klagesager

Vi dokumenterer jo også mange gange for ikke at få klager, og for at alting skal være i orden, hvis der kommer en klage. (Sygeplejerske)

Frygten for kritik og klagesager bidrager også til at øge dokumentationsindsatsen for de enkelte medarbejdere. Særligt det sygeplejefaglige personale giver udtryk for, at behovet for at dokumentere sine handlinger for at beskytte sig selv er blevet en integreret del af det daglige arbejde på hospitalerne. De forklarer eksempelvis, at de lærer sig bestemte fraser, som de skriver for at kunne dække sig ind i forbindelse med eventuelle klagesager. En væsentlig del af dokumentationsarbejdet på hospitalsafdelingerne består således af, hvad man kan kalde 'defensiv dokumentation' eller 'rygdækningsnotater'. Det vil sige, dokumentation som ikke tjener noget klinisk formål, men tjener til at sikre medarbejderen ved en eventuel kommende klagesag. Det er således med til at skabe en kultur, som handler om at "holde sin ryg fri", som en af sygeplejerskerne udtrykker det.

En erfaren sygeplejerske med to klagesager i bagagen forklarer, hvordan sagerne har lært hende vigtigheden af at dokumentere, hvad hun gør i mødet med patienterne. Konkret drejede sagerne sig om, at patienterne mente, at de ikke var blevet informeret om givne forhold. Ledelsen kunne imidlertid gå tilbage i patientjournalen og se, at sygeplejersken havde anført, at hun havde givet patienterne den givne information. Sygeplejersken konstaterer: "Så bliver det påstand mod påstand." Det endte med, at sagerne blev trukket tilbage.

Mens dokumentationen kan tjene som 'rygdækning' for plejepersonalet, kan bagsiden af medaljen være, at denne form for tænkning ikke skaber større indsigt i, hvad patienternes problem i en given klagesag bunder i. Hvis en patient rejser en sag om manglende information, foreslår kvalitetsansvarlige sygeplejersker, kan det være, at patienten ikke har forstå-

et informationen, som blev givet, eller at informationen er givet på et uhensigtsmæssigt tidspunkt, selvom personalet har dokumenteret, at patienten er informeret. Når det bliver patientens ord mod den professionelle dokumentation, problematiserer de kvalitetsansvarlige, samles fokus om, hvem der har ret, frem for at finde ud af, hvorfor de mon har en forskellig oplevelse af den samme situation, og hvad der kan gøres for at undgå det fremover.

For hospitalet som organisation er det vigtigt, at medarbejderne dokumenterer, de procedurer, de har udført, konstaterer en kvalitetsansvarlig – for hvis det ved en patientklage eller -erstatningssag ikke er anført i journalen, at en given procedure er udført, *”så var det ikke gjort.”* Sådan er logikken, siger den kvalitetsansvarlige og forklarer videre, at det kan være med til at fastholde dokumentationskrav, selvom der både blandt medarbejdere og ledere er tvivl om, hvorvidt den megen dokumentation i sidste ende kommer patienterne til gavn. Ironisk nok er klagesystemet, som skal bidrage til at sikre patienterne, altså med til at drive sundhedsvæsenet mod mere detaljerede dokumentationskrav, som i sidste ende tager tiden fra patienterne, reflekterer den kvalitetsansvarlige.

5.4.1 Synliggørelse af fagprofessionelt arbejde

Omfanget af dokumentationsarbejdet for plejepersonalet kan også henføres til personalets holdninger og vaner omkring eget dokumentationsarbejde. Læger, ledere og en række erfarne sygeplejersker peger på, at plejepersonalet har en tendens til at skrive meget detaljerede journalnotater og lidt for meget *”prosatekst”*, fordi plejepersonalet kan opfatte dokumentationen som en mulighed for at synliggøre deres arbejde. *”Så kan man se, at jeg har været her”*, var en bemærkning, der flere gange dukkede op under observationsstudierne.

Nogle sygeplejersker forbinder altså dokumentation med synliggørelse af deres arbejde. En sygeplejerske, der arbejder med kvalitet, bemærker, at: *”[registreringer] tvinger os også til ikke at være et tavst fag,”* fordi det også giver mulighed for at *”dokumentere noget sygepleje.”* Sygeplejersken forklarer videre, at sygeplejen kan have karakter af en *”tavs kundskab,”* og at plejeindsatsen risikerer at blive usynlig, hvis den er udokumenteret.

Såvel erfarne sygeplejersker som sygeplejefaglige ledere giver ved interviewene udtryk for, at det fremadrettet vil være hensigtsmæssigt, at der kommer færre længere prosatekster i sygeplejeturnalerne. De foreslår, at det vil være hensigtsmæssigt at arbejde henimod en mere systematisk og præcis tilgang til plejedokumentation, som i højere grad er fokuseret på at beskrive problemer og handlinger relateret hertil.

5.5 Diskussion og opsamling

I de forudgående kapitler er det beskrevet, hvordan medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på hospitaler finder, at der anvendes unødigt meget tid på at leve op til procedure- og dokumentationskrav, alt imens der kommer for lidt fokus på, hvad de finder vigtigt i den enkelte kliniske situation. Kapitel 5 har beskrevet, hvilke drivkræfter der kan ses som bidragende til at skabe denne situation.

For det første, oplever de interviewede på hospitalerne, at der er mange politisk-administrative aktører, der vil være dagsordenssættende på sundhedsområdet. Herunder dem som ønsker at signalere handlekraft gennem iværksættelse af kvalitetstiltag. Det er positivt, at mange vil gøre noget for kvaliteten i hospitalsvæsenet. Problemerne opstår imidlertid, fordi initiativerne ikke er koordineret, og den samlede mængde af tiltag, der

forventes implementeret samtidigt, bliver for stor¹³. Når medarbejdere og afdelingsledere har svært ved at overskue den stadige strøm af tiltag, kan der brede sig en træthed, som utilsigtet reducerer motivationen for at engagere sig i tiltagene.

Hertil kommer, at kvalitetstiltagene typisk er fulgt af monitoreringskrav. Det er de kvalitetsansvarliges og ledernes oplevelse, at der fra politisk-administrativt hold ofte efterspørges data, som ikke kan trækkes via eksisterende systemer, og derfor genererer behov for nye registreringer i klinikken. Hvis man skal forstå, hvad der driver presset på hospitalspersonalet, er det derfor vigtigt at erkende, at *øgede dokumentationskrav* ikke automatisk følger af flere *faglige krav*. Der kan godt stilles krav om faglige standarder, uden at de tilknyttes mere eller mindre detaljerede monitoreringskrav.

I den nuværende kvalitetsstyring opstår dokumentationskravene, dels fordi der i kvalitetsmodeller såsom DDKM og i den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus stilles krav om monitorering til hospitalerne. Selvom mange af de faglige standarder i DDKM kan spores til lovfæstede krav og nationale retningslinjer, tilkommer der typisk yderligere krav om udarbejdelse af lokale retningslinjer samt formulering og monitorering af kvalitetsmål på hospitalsniveau (se del 2 for konkrete eksempler). Dels opstår dokumentationskrav, fordi der til nogle nationale lovkrav (fx udredningsgarantien, se del 2), regionale kvalitets tiltag (fx tværregional tryksårsindsats, se del 2) og resultatkontrakter mellem regioner og hospitaler er knyttet specifikke monitoreringskrav. Mens medarbejderne og lederne kan tilslutte sig indholdet i flere af de faglige standarder, oplever de typisk detaljerede monitoreringskrav som unødigt ressourcekrævende – særligt når de har en opfattelse af, at monitoreringen primært tjener kontrolformål, og/eller at kravene er vedtaget uden dybdegående overvejelser om, *hvordan* og med hvilke *ressourcer* monitoreringen skal foregå og understøttes af it.

Det er imidlertid ikke nok at vende blikket mod regionale og nationale kvalitetstiltag, hvis man skal forstå, hvordan presset på hospitalspersonalet opstår. For på alle niveauer i hospitalsorganisationen kan der ses eksempler på, at der opstår lokale 'oversættelser' af kvalitetsstyringen, som bidrager til at opskalere procedure- og monitoreringskrav. Der kan være forskellige årsager hertil. Dels at ledere (på regions- og hospitalsniveau) typisk beder faglige ildsjæle, der stræber efter de højeste faglige standarder, om at udarbejde lokale retningslinjer – men uden at behovet for regions-, hospitals- og afdelingsspecifikke retningslinjer nødvendigvis overvejes kritisk, eller at der prioriteres tilstrækkeligt mellem patient-kritiske og øvrige krav. Og uden at der stilles krav til operationaliserbarheden af retningslinjerne (herunder længdekrav).

At organiseringen med kvalitetsmedarbejdere og deres faglige dedikation også kan medføre flere instrukser og afdelingsspecifikke krav, understøttes af andre undersøgelser (Madsen Kommende). Som led i observationsstudierne og interviewene stødte vi dog ofte på den modsatte tendens: At de kvalitetsansvarlige medarbejdere og ledere var optaget af, hvordan man kan begrænse dokumentationen og monitoreringen til områder, hvor de lokalt oplever, at det er meningsfuldt i forhold til specialet og patientgrupperne. Flere arbejder således med at "skrive sig ud af" forskellige screeningskrav.

Frygt for ikke at opnå akkreditering kan også bidrage til, at der på hospitalerne "oprustes" på kvalitetsinfrastruktur (bl.a. retningslinjer) og indføres ekstra skrappe krav for en sikkerheds skyld. Dette kan afspejle, at der for hospitalsdirektionerne er meget på spil i akkrediteringssituationen, og at det pres forplanter sig ned gennem ledelseslagene i hospitalsorganisationen.

¹³ Rigsrevisionen fandt også, at belastningen opstår ved den *samlede* mængde af administrative krav (2012).

Endelig kan der blandt medarbejderne opstå fortolkninger af procedure- og dokumentationskrav, som ikke kan spores til nationale eller regionale tiltag endsige genfindes i lokale retningslinjer (se eksempelvis del 2). Det kan formentlig hænge sammen med, at den store mængde retningslinjer, som løbende opdateres, gør det vanskeligt for medarbejderne at bevare overblikket over gældende krav. Det er således sandsynligt, at der er en øvre grænse for, hvor mange eksterne procedure- og dokumentationskrav medarbejdere og organisationen kan rumme (jf. kompleksitetsteori, se fx Knudsen 2011). Opskalering kan altså også handle om både bevidste og ubevidste forsøg på at reducere flertydighed.

Derudover peges der i kapitlet på, at et stigende antal retningslinjer indirekte kan bidrage til at øge dokumentationspresset på medarbejderne, fordi de oplever det nødvendigt at dokumentere efterlevelse af og begrunde fravigelse fra eksisterende retningslinjer for at beskytte sig ved eventuelle klagesager. I de tilfælde er der tale om, hvad man kan kalde "defensiv" dokumentation, der typisk tjener til at beskytte personalet mere end patienterne.

Endelig bemærkes det, at der kan være fagprofessionelle kræfter, som generelt bidrager til at øge dokumentationspresset, fordi registreringer italesættes som en måde at synliggøre særligt det sygeplejefaglige arbejde. Denne pointe er i tråd med tidligere undersøgelser af sygeplejerskers arbejde, der viser at synliggørelse af sygeplejefaget ofte forbindes med dokumentation af det udførte arbejde (se fx Holm-Petersen, Asmussen & Willemann 2006, Timmermans, Bowker & Star 1998). Forskellige aktører i implementeringsprocesserne kan altså også ses som trækkende på tilgængelige institutionelle (i dette tilfælde fagprofessionelle) logikker (jf. nyinstitutionel teori).

Alt i alt er der altså ikke én grund til, at der lokalt på hospitalsafdelingerne opstår pres for at leve op til procedure- og dokumentationskrav. I forhold til at reducere presset på medarbejderne er der altså heller ikke én universel løsning. Det kræver detaljeret forståelse af på hvilke niveauer, kravene opstår i forhold til konkrete styringstiltag.

6 It-understøttelsen af dokumentationen

Hvis vi skal lave al den her dokumentation, så kunne man sørge for, at de systemer, vi skal dokumentere i, er tilgængelige, nemme og overskuelige at bruge. Så ville det nok være knap så tidskrævende. (Sygeplejerske)

Frustration over dokumentationskrav og ikke tidssvarende dokumentationssystemer hænger ofte sammen i debatten om hospitalernes "registreringsbyrde." Under dataindsamlingen til denne undersøgelse har det tilsvarende været tydeligt, at it-understøttelsen af dokumentationen er en kilde til stor frustration på tværs af de fem hospitaler ("12" på en skala fra 1-10, hvor 10 er meget frustrerende, er et udbredt svar blandt læger). Eller som en ledende sygeplejerske siger: "It skal understøtte dokumentation men gør det ikke." Oplevelsen af en registreringsbyrde stammer altså ikke kun fra dokumentationskrav men også fra ufleksible dokumentationsredskaber.

Udfordringerne handler om flere forskellige ting. En er, at it ifølge flertallet af de interviewede er en tidssluger og årsag til dobbeltregistrering. Registreringer opleves unødigt tunge, fordi de ikke understøttes af adækvat it-infrastruktur. Særlig de mange ekstra klik, dokumentationen medfører, er en kilde til frustration. Udvikling af systemer er sket gradvist (via knopskydning), og resultatet er typisk, at forskellige faggrupper skriver i forskellige journaler, at der anvendes forskellige systemer på tværs af afdelinger, hospitaler og sektorer. Manglende *kompatibilitet* mellem it-systemer bidrager til dobbeltregistreringer og datatab.

De ansatte på hospitalerne oplever desuden, at arbejdsgange forsinkes, fordi it-systemer er unødigt langsomme, samt at it-løsningerne på nogle områder forringer kvaliteten af deres arbejdsredskaber; det er fx ofte vanskeligt at skabe overblik over patientforløb via den elektroniske journal. Der er derudover generelt en oplevelse af magtesløshed blandt klinikerne i forhold til at få ændret it-systemer. Nogle giver udtryk for, at de håber, det bliver bedre med Sundhedsplatformen¹⁴.

6.1 Når it gør dokumentationsarbejdet mere besværligt

Udbredte daglige udfordringer er, at det tager tid at tænde og logge ind på pc'ere og alle de programmer, der skal åbnes. Sidstnævnte er i særlig høj grad en udfordring, hvor der ikke er single log in. Det betyder også at: "Der er så mange koder at gå at huske på!" Men det er generelt en udfordring, at it-systemerne kører langsomt. "Nogle gange tager det 10 minutter fra vi starter computeren til vi er inde i journalen og kan komme i gang med at arbejde" er en typisk kommentar. Det er i særlig høj grad en udfordring for faggrupper, der fysisk bevæger sig rundt og ikke sidder på et kontor, da det øger antallet af gange, der skal logges ind og ud. En gruppe læger anslår ved et af interviewene, at de foretager ca. 30 log-in pr. dag. De vurderer, at de anvender ca. 45 min. pr. dag på at vente på it-systemer, der fungerer langsomt, og vente på adgang til ledige computere. Under observationsstudierne viser en læge, hvordan han i dag anvender syv gange så lang tid på at skrive en elektronisk recept, sammenholdt med dengang den var på papir. Det er både på grund af antallet af klik og systemets langsomhed. Læger og sygeplejersker kommer også med en række eksempler på situationer, hvor man løbende skal skrive den samme information ind eller klikke i de samme felter, hvor de ville ønske, at systemerne kunne genkende dem, når de nu er logget ind. En læge forklarer i tråd hermed, at han skal registrere, hvis patienter har allergier eller ikke kan tåle bestemt medicin. Det giver god nok mening, siger han.

¹⁴ Et initiativ, der dækker både Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Men han skal klikke mange steder for at gøre det. For eksempel skal han hver gang angive en teamkode. Det virker åndsvagt, siger han, fordi han er i det samme team – men systemet husker det ikke. Der kan også være andre ting end koder at huske på for den enkelte. En læge fortæller fx, at der i ét system skal skrives cpr-nr. uden bindestreg, og i et andet system skal det være med bindestreg: "Det giver mange unødige klik."

Men også medarbejdere, der sidder mere fast ved en computer oplever udfordringer. En sekretær fortæller fx, at overgangen til et nyt mailsystem har betydet, at hun bruger væsentligt længere tid på e-mails. Hun forklarer, at det giver "masser af spildtid", fordi de må sidde og vente på, at informationer hentes hjem, før de kan læse eller afsende mails.

I relation til log-in har de på afdeling X den udfordring, at det er blevet svært for dem at skrive dødsattester, fordi det elektroniske SEI-system (Statens Serum Instituts Elektroniske Indberetningssystem) kræver installering af en særlig software og en særlig ID, som forældes efter tre måneder. Da dødsfald ikke forekommer så ofte på Afd. X er lægernes log-in ofte forældet, når de skal skrive en dødsattest. Før attesten kan skrives, skal de derfor bruge tid på at reaktivere deres log-in. Endvidere er den krævede software ikke installeret på alle computere, hvilket besværliggør arbejdet yderligere.

Såvel sygeplejersker, læger og terapeuter oplever, at de ofte må vente på at få adgang til pc'ere. Problemet med begrænset pc-adgang er ifølge både sygeplejersker og terapeuter, at de kan komme til enten at glemme eller at sammenblande information fra forskellige patientforløb, hvis de går fra den ene patient til den næste uden at udføre dokumentationen derimellem. Dette er således en udfordring for "tidstro dokumentation". Samtidig oplever de, at tidstro registrering er et formelt krav til deres journalføring, og at systemet er sat op til, at handlinger er udført på de tidspunkter, de dokumenteres. Det betyder, at de jævnligt oplever, at de må gå ind og rette på tidspunktet for, hvornår handlingen er udført. Men i og med at dette kræver ekstra klik, oplever de, at der er en risiko for, at de eller deres kolleger glemmer at ændre på tiden. Derfor er oplevelsen, at det kan være svært at stole på de angivne tider.

6.1.1 It-systemers stabilitet

En udbredt lægekommentar er: "Vi bruger mange ressourcer på it-systemer, der ikke virker eller er langsomme." Det handler ifølge lægerne – ud over om for mange forældede computere – om at programmerne går i stå eller går ned, så det er nødvendigt at genstarte programmet. Under observationsstudierne observerede vi i tråd hermed mange situationer, hvor læger sidder og venter på, at computeren bliver klar eller kommer ud af tilstande, hvor programmer fryser eller går ned. Manglende *stabilitet* af it-systemer er med til at bibeholde manuelle registreringssystemer som *backup*.

At systemerne går ned kan også betyde, at journalnotater går tabt, og personalet må begynde forfra med dokumentationen. Læger fortæller, at det sinker stuegangen, når systemerne går ned, fordi de skal åbne flere forskellige billeder på en patient. Sygeplejersker fortæller, at de bærbare computere, som de kan have med rundt på stuerne for at foretage tidstro dokumentation inde hos patienterne nogle gange mister internetforbindelsen, således at de må begynde forfra.

Ikke kun it men også telefoner kan opleves som ustabile. For eksempel på en af afdelingerne, hvor telefonen som benyttes til traumekald ikke kan ikke betjenes med handsker (som typisk bæres i forbindelse med behandling af traume patienter), og den kan ikke holde strøm over en hel vagt. Lægerne udtrykker ønske om at blive hørt i forbindelse med indkøb

af den slags teknologi, fordi det ifølge lægerne giver anledning til mange praktiske problemer, når det ikke fungerer.

6.1.2 Lang ventetid i forhold til it-support og systemændringer

Det bidrager til frustrationerne over it-systemer, at der ofte er lang ventetid på support. En sekretær forklarer: "Man sidder med et problem og kontakter it-support; der optages en sag; og hvis man er heldig bliver man kontaktet samme dag. Men når man kontakter [it-supporten] er det jo, fordi man har brug for hjælp [med det samme]." Konsekvensen af behandlingstiden er ifølge en overlæge, at medarbejderne bliver afbrudt og bremset i løsningen af opgaver. En overlæge har et konkret eksempel: Da overlægen var på arbejde for to uger siden, opstod der et it-problem, så lægernes dikteringsprogram ikke kunne benyttes. Et par dage efter tog overlægen på ferie i en uge, og ved tilbagekomsten virkede programmet fortsat ikke.

Andre gange har de oplevet problemer med at få support, fordi det er uklart, hvorvidt et givent it-problem henhører under hospitalets interne it-afdeling eller en ekstern afdeling. "Når problemer falder imellem ansvarsområderne for de to afdelinger", konstaterer en overlæge, "så kan man ikke få hjælp."

En overlæge fremviser de mange mails vedkommende har skrevet til hospitalets it-support. Ofte får overlægen svar om, at det ikke kan ændres. Overlægen fremviser en liste over højt prioriterede it-problemstillinger, som fortsat ikke er løst. Hvis der ikke kommer en løsning på problemet, kan de ikke gøre andet end at tage det med til dialogmøder eller ty til at skrive kronikker, fortæller overlægen.

Lægernes oplevelse er, at det ofte er vanskeligt for at opnå lydhørhed i forhold til at få ændret på administrative systemer, som de oplever som u hensigtsmæssige. Som et eksempel nævner en overlæge, at tilbagemeldingen fra ledelsen på henvendelser om u hensigtsmæssigheder i journalsystemet var, at de: "må lave om på jeres arbejdsgange, for sådan arbejder [navn på journalsystemet]". Det vil sige, systemet er ifølge lægerne ikke udarbejdet for at understøtte hensigtsmæssige arbejdsgange.

6.1.3 Ufærdige it-løsninger

Læger og ledere efterspørger generelt, at der fremadrettet gøres mere ud af at afprøve nye it-systemer før implementering, således at: "Man ikke bruger flere tusinde læger som prøveklude fx i forbindelse med FMK – det har godt nok mange børnesygdomme". De forklarer, at nogle it-løsninger har kunnet implementeres uden behov for oplæring, fordi systemerne var intuitive at anvende og havde høj funktionalitet på implementeringstidspunktet. De udtrykker ønske om systemer, som er testet før implementering, som er driftssikre, spiller sammen, og som understøtter fornuftige arbejdsgange. Lægefaglige ledere fortæller:

Vi kan ikke fortsætte med al den registrering og dokumentation – og så samtidig have så langsomme systemer. Så bryder det sammen. Vi er på grænsen. Vi har sagt til it, at de bliver nødt til at give os arbejdsro. Hver gang der kommer noget nyt – fx nyt bookingsystem. Det lyder fantastisk godt! Der skal genereres brev, der ryger i e-boks – men der er noget, der ikke fungerer. Det er besværligt for sekretærene i starten. Men det skal starte på et bestemt tidspunkt. Og det kan man ikke være bekendt over for folk, der allerede ligger ned.

Det svarer til, at du har en airbus-jet, der skal flyve folk til New York, så sætter man den ikke i luften, hvis den ene motor kun fungerer en gang imellem, og der mangler sæder på de sidste fem rækker.

Nogle sekretærer kommer med et konkret eksempel: Ny software skulle implementeres til redigering af hospitalets intranet. En masse administrative personaleressourcer blev mobiliseret for at nå implementeringen inden for den halvanden måned, de var blevet givet. Imidlertid var softwaren, ifølge sekretærene, ikke testet tilstrækkeligt på forhånd, og afstedkom så mange praktiske problemer, at projektet blev lukket ned og nu er udskudt på ubestemt tid. Sekretærene udtrykker ønske om bedre afprøvning af it-løsninger inden implementering.

6.1.4 Søgefunktioner matcher ikke nødvendigvis søgebehov

På fire ud af de fem hospitaler oplever de, at det er svært at søge de instrukser og retningslinjer frem, som de står og har brug for. En læge fortæller, at hun forgæves søgte efter hjertestopinstruksen. Da søgeordene i it-systemet ikke altid passer overens med de fagudtryk, som sygeplejerskerne anvender, gør det også arbejdet med at finde blanketter tidskrævende.

Under observationsstudierne var der tilsvarende en del situationer, hvor forskellige faggrupper ledte forgæves efter blanketter eller instrukser. For eksempel i denne situation på en morgenkonference. En læge havde haft en vanskelig situation på vagten med overlevering af en patient. Ved morgenkonferencen blev sagen taget op. Overlægerne vidste, at der lå retningslinjer for udredning og behandling af denne patientkategori, herunder aftaler om patientovergange. Men selvom fire mand brugte 10 min. på at søge retningslinjen kunne de ikke finde den i dokument søgnings systemet.

6.2 Manglende integration mellem it-systemer

De elektroniske arbejdsredskaber består af mange små systemer, der ikke er integreret. Det betyder dels, at lægerne skal bruge tid på at indtaste de samme oplysninger flere gange (eksempelvis både i journal, og når der bestilles prøver og scanninger). Dels kan det medvirke til, at systemerne fungerer langsomt og fryser, fordi pc'erne ikke kan arbejde med mange programmer samtidigt.

Lægerne karakteriserer systemudviklingen i hospitalssektoren som præget af "lappeløsninger", og "ting, man klasker uden på [eksisterende systemer]." Sygeplejersker bemærker, at indførelsen af kvalitetstiltag ofte følges af bestemte it-skabeloner, som personalet skal dokumentere i. Samtidig skal personalet imidlertid også dokumentere samme oplysninger i journalen, fordi skabelonerne ikke er integreret med plejeloggen. Som et konkret eksempel nævner en sygeplejerske, at de både skal udfylde en særlig sårjournal og anføre oplysningerne under plejedata i sygeplejerskejournalen. Det samme er ifølge sygeplejersken tilfældet for smerte-score.

6.2.1 Dobbeltregistreringer

At mange af it-systemerne ikke er integreret betyder, at der ikke automatisk kan overføres informationer systemerne imellem, så medarbejderne må manuelt indtaste den samme information flere gange. Det sker eksempelvis hver gang, lægerne skal bestille scanninger eller blodprøver eller foretage henvisninger. Der er mange eksempler på ting, der doku-

menteres dobbelt og giver anledning til at skulle orientere sig flere forskellige steder. Det kan fx dreje som om: Patienttavlen (hos patienten), patientoversigtstavlen (i personalearealet), i plejeplaner (papirark i patientmappe), i sygeplejerskejournalen (elektronisk, et system), i lægejournalen (elektronisk, kan være et andet system) og medicinsystemet. Det betyder, at der dels går tid med at holde de forskellige systemer ajour. Dels at det er vanskeligt for personalet at bevare overblik over de samlede patientoplysninger.

I forbindelse med personalets registrering af synketest (dysfagi-screening), skal der fx foretages test på alle patienter i afdeling X. Resultaterne fra synketesten skal først anføres i den skabelon (it-makro), der anvendes ved den indledende sygeplejevurdering (ISV). Derudover anføres informationen i den elektroniske sygeplejelog på patientens fysiske oversigtstavle i personalerummet og eventuelt i en særskilt plejeplan. Såvel sygeplejersker, læger og terapeuter udtrykker bekymring for, at de ikke anvender deres ressourcer optimalt, fordi det er tidskrævende at skulle anføre de samme informationer flere forskellige steder. Dels at de ikke nødvendigvis kan nå at opdatere informationen alle steder, hvorved risikoen for fejl kan øges. Og endelig, at mangelfuld dokumentation kan ramme dem negativt i forhold eventuelle patientklagesager (jf. kapitel 5).

Som et konkret eksempel på dobbeltregistrering nævner lægerne **det elektroniske ordinationsark**, som er et tiltag, der skal modvirke, at undersøgelser, medicin etc. overses. Et ark, der skal udfyldes sideløbende med andre systemer. Det skal skabe det overblik, som ikke fås i journalen. Men det bliver til dobbelt- og i nogle tilfælde trippeltregistrering. Ved ordinationer må lægerne registrere samme information mange gange. Et eksempel herpå er arbejdsgang ved bestilling af blodprøver. Lægen skal forsikre sig mundtligt om, at patienten samtykker til blodprøvetagning og dokumentere det i journalen; det skal dikteres til journalen, hvilke blodprøver der er tale om; det skal meddeles til sygeplejerskerne via patientoversigtstavlen og eventuelt også via en mundtlig besked; prøverne skal bestilles fra laboratoriet, hvilket kræver indtastning af samme information som i journalen; og endelig skal informationen gentages på ordinationsarket. Som implementeringsansvarlig for ordinationsark på afdeling X, har sygeplejerske Y derfor en krævende opgave. Fra ledelsen lyder meldingen, at det er en af de ting, som bare skal implementeres, eftersom det kan få betydning for afdelingens forestående akkreditering. Personligt finder Y det imidlertid vanskeligt at "sprede gejst" om brugen af ordinationsarket. Som sine kolleger hæfter Y sig først og fremmest ved, at ordinationsarket introducerer dobbeltdokumentation. Informationen, der skal noteres i ordinationsarket skrives i forvejen i læge- og sygeplejelogjournalen.

Der er ofte diskrepans mellem oplysningerne i journalen og ordinationsarket, fortæller en sekretær. Det er blevet hendes opgave at dobbelttjekke og følge op på disse uoverensstemmelser. Hun betegner det som "unødigt ekstraarbejde". Forsøget på at implementere ordinationsark medfører altså ikke blot ekstraarbejde for det sundhedsfaglige personale, som skal dokumentere de samme oplysninger flere steder. Det giver også ekstraarbejde for administrative medarbejdere, som skal følge op på, hvorvidt det sundhedsfaglige personale udfører dokumentationen korrekt.

En reservelæge bemærker, at de mange dokumentationssystemer, der er tilkommet foruden journalen, efterhånden "overflødiggør" journalnotatet, fordi "man skal kvittere alle mulige andre steder end i journalen." Eksempelvis skal lægerne ind i et separat system for at kvittere for, at de har set blodprøvesvar. Reservelægens pointe er *ikke*, at journalen ikke er vigtig, for det er ifølge lægerne deres vigtigste arbejdsredskab og patientens sikkerhed i forbindelse med overleveringer. Pointen er derimod, at journalen bør tillægges større betydning, og at: "Jo flere steder man skal dokumentere, desto større er risikoen for, at der sker fejl."

En sekretær fortæller, at elektronisk adgang til et henvisningsnotat kræver, at man har adgang til lægesekretærmodul. Det er ikke muligt for hende hverken at koble henvisningsnotatet til sygeplejerske- eller lægejournalen elektronisk eller at linke til den.

Når der på akutafdelingen skal gives blod, skal det registreres både på den elektroniske patientoversigtstavle, i den elektroniske patientjournal, i transfusionsskemaet, som skal foreligge i fysisk form i patientjournalen, og endelig skal der skrives på blodposen.

På den ortopædkirurgiske afdeling fører manglende integration mellem det elektroniske operationsprogram og den elektroniske patientjournal til dobbeltdokumentation, fordi de er nødt til at indføre en række af de samme informationer i journalen, som de allerede har registreret i operationsprogrammet. På afdelingen har de også fysiske patienttavler i sengeafsnittene for at sikre overblik over patienter, selvom de også har et elektronisk operationsprogram, som kører sideløbende. For i det elektroniske program kan de ikke anføre eksempelvis, "hvornår en patient er kørt afsted, om patienten har fået væske inden vedkommende er kørt afsted, hvilke undersøgelser der er bestilt til patienten, og hvad der er aftalt mht. udskrivelse", forklarer en ledende sygeplejerske. "Vi har brug for sådanne redskaber, hvor vi kan få overblik over vore patienter, for det kan vi slet ikke få i de elektroniske systemer", konstaterer hun. Systemerne fungerer, ifølge en anden ledende sygeplejerske, "men er ikke funktionelle, fordi de ikke er integreret, og derved afstedkommer dobbeltdokumentation."

6.2.2 Faggrupper og sektorer skriver i forskellige journaler

At faggrupperne dokumenterer flere forskellige steder, øger dobbeltdokumentation. En række informationer dokumenteres således flere steder samtidigt. Det kan eksempelvis ifølge ledende sygeplejersker dreje sig om situationer, hvor en patient først har haft en indledende samtale med en læge, og der er optaget primærjournal, hvorefter patienten går videre til en sygeplejerske, som spørger om mange af de samme ting, fordi det ikke er muligt at sammenflette eller kopiere tekst fra lægejournalen til sygeplejerskejournalen, og det ikke er muligt for sygeplejersken at have en side med lægejournalen åben, mens hun skriver i sygeplejerskejournalen. Det vil sige, problemet handler også om, at der er forskellige journalmoduler for hver faggruppe. Ifølge de ledende sygeplejersker er det et generelt problem at sikre overblik over information på tværs af faggrupper, herunder særligt læger, sygeplejersker og terapeuter.

De øvrige personalegrupper, altså social- og sundhedsassistenterne og sygeplejerskerne, de sidder faktisk og indhenter de samme oplysninger, som lægen gør. De skriver måske lidt mere omfattende. De kan jo finde på at skrive flere A4-sider omkring alle de her oplysninger hos patienterne, hvor lægen sorterer og måske skriver en halv A4 side, men det er nogenlunde de samme ting, det bliver bare skrevet på en anden måde. Og det synes jeg er dobbeltarbejde. [...] Der har altid været en vis dobbeltregistrering. For i gamle dage havde sygeplejerskerne kardex, og lægerne havde journalen. Men jeg synes, det er blevet endnu mere nu. (Overlæge)

Også kommunikationen med primærsektor giver anledning til dobbeltdokumentation, fordi it-understøttelsen besværliggør informationsdeling i forhold til, hvad de kunne ønske sig. Sygeplejerskerne oplever det eksempelvis i forbindelse med, at plejeforløbsplaner sendes til kommuner. Planerne udfærdiges typisk efter den indledende sygeplejevurdering (ISV). Mange af informationerne i plejeplanen og ISV'en er de samme, men sygeplejerskerne skal registrere dem i hvert sit system. Arbejdet med at udfylde plejeplanen opleves yderligere demotiverende, når personalet fra kommunen efterfølgende ringer til afdelingen og efter-

spørger de samme oplysninger mundtligt, som afdelingen lige har fremsendt. Eller når lange tjeklister og samtlige felter skal udfyldes, selvom det ikke nødvendigvis er relevant information i forhold til den pågældende patient.

6.2.3 Et parallelt papirunivers

Det er ikke det samme system, alle afdelingerne internt på et hospital arbejder i. Særlig de parakliniske afdelinger som røntgen, stråleterapien og mikrobiologiske afdelinger men også anæstesi, opvågning og intensiv har ofte deres eget system. Når patienter overflyttes fra intensiv, får de på modtagende sengeafsnit en kort, mundtlig rapport og siden en "stak papirer", som de skal orientere sig i. Det er ifølge sygeplejersker og ledende sygeplejersker tidskrævende for sygeplejerskerne på sengeafdelingen, og usikkert for patienterne, fordi man risikerer informationstab.

At de parakliniske afdelinger har deres egne systemer betyder, at der også er papirskemaer, lægerne skal udfylde og faxe internt i huset for at bestille undersøgelser m.m. Det kræver også mange opslag for personalet at kunne orientere sig om de undersøgelser, en patient har fået foretaget, og det gør det vanskeligt at få overblik over patientens forløb. "Røntgen udfyldes på papir, og her går der informationer tabt. Den faxes til røntgen, og vi udvikler kontroladfærd, for de kan blive væk", siger en læge.

En del prøvesvar modtages på papir. Det er eksempelvis tilfældet for blodprøvesvar. Det betyder ifølge lægerne, at det kan være vanskeligt at få et samlet overblik over information, der er vigtigt for vurderingen af en patient, fordi de skal orientere sig flere forskellige steder. Særligt for nye medarbejdere, supplerer sekretærer, er det tidskrævende, fordi de ikke har overblik over, hvilken kommunikation der foregår elektronisk, og hvilken der foregår på papir.

På kræftafdelingen ligger patienternes behandlingsplaner i en parallel papirjournal, fordi de er for teknisk komplekse til at kunne rummes i den elektroniske patientjournal.

Der anvendes også papir i en akutafdeling. Først skrives der om patienten på et papirmeldeskema. Hos patienten overleveres en papirjournal fra ambulancen til modtagende sygeplejerske på tolags kalkerpapir. Sygeplejersken skriver værdier fra den ene kopi over i sygeplejerskejournalen. Den anden kopi går tilbage til Falck som dokumentation til brug i tilfælde af evt. klagesager. Patienten har i nogle tilfælde papirer med fra plejehjem (borgermappe eller håndskreven seddel med info om patienten). Nogle gange en printet medicinliste. Det kan ifølge en af sekretærene være en udfordring at huske at få alle de relevante papirer, eksempelvis Falck-journalen, med videre i tilfælde, hvor patienten bagefter indlægges på en anden sengeafdeling.

Eksempler på skemaer, som føres separat på papir, er derudover: Hjerterundersøgelser, røntgenundersøgelser, væskeskemaer, skrueskemaer, skemaer for blodsukkermonitorering og AK-behandling etc. Skemaerne bliver ført i hånden og efterfølgende scannet, så de forekommer elektronisk. Transfusionsskema skal foreligge i papirform i journalen af juridiske årsager.

6.2.4 Svært at sende på tværs

Manglende integration af it-systemer betyder også, at fx røntgen- og scanningsbilleder ikke kan overføres mellem hospitaler – uden at de fx sendes via andre hospitaler. På hospital X har de nu to forskellige systemer til røntgenbilleder. Det gør det tidskrævende at finde gemte røntgenbilleder, fordi det ikke er givet, i hvilket system billederne er gemt. Heller

ikke de privatpraktiserende speciallægers notater kan de, ifølge lægerne, se. Konkret fortæller læger, at patienter, som har modtaget scanninger på privathospitaler, typisk medbringer en cd-rom med scanningsbillederne. Problemet er imidlertid, at de på afdelingen ikke har det software, som skal benyttes for at læse cd-rommen. Det kræver derfor en rekvisition til røntgenafdelingen, for at lægerne kan få indlæst patientens billeder – og endnu en rekvisition, for at de kan få billedet beskrevet. Hver arbejdsgang kræver, at alle patientoplysninger tages ind på ny.

Endelig giver sygeplejerskerne eksempler på, at de er nødt til at dokumentere i to forskellige sårjournaler, fordi den ene journal er en særlig journal, som skal sendes til kommunen via et særligt system, mens den anden er til brug på hospitalet. Da journalerne fungerer i to forskellige systemer, er det ikke muligt for dem at kopiere information fra den ene journal til den anden.

Sygeplejerskerne udtrykker ønske om standardisering i forhold til udvikling af it-tekniske løsninger og valg af databehandlingssystemer, så systemer kan tale sammen på tværs af afdelinger, hospitaler og regioner.¹⁵

6.2.5 Fejllister

Ifølge chefer, er it-systemernes manglende kompatibilitet en årsag til, at der genereres fejllister, fordi "it-systemerne ikke kan rumme de informationer". Så kommer der fejllister ud. Der hopper filmen af for mange, fordi det er et "tidskrævende waste i systemet."

Hos os får vi et minimum af fejllister – men det betyder ikke nødvendigvis, at vi gør det mest korrekte. Vi har ikke tid til at gøre det ordentligt. Men vi gør det, der får systemet til at tie stille. (Sekretær).

6.3 Struktur og overblik i EPJ

Endnu en ting, som de interviewede er bekymrede over, angående den måde it spiller sammen med kvalitetsstyringen på, er den måde styringen strukturerer og fylder i arbejdsredskabet: Den elektroniske patientjournal.

6.3.1 Når screeningsdata fylder i journalen

Et ofte nævnt problem er, at makroerne til diverse screeninger og screeningsresultater kommer til at fylde relativt meget i journalen. Det giver udfordringer for overskueligheden og besværliggør den tværfaglige koordination (se afsnit 3.4.2).

At screeningsdata m.m. fylder i journalerne, forstærker det problem, som flertallet af klinikerne peger på: Det er svært at få overblik over patienternes sygdom og forløb i de elektroniske patientjournaler. Det kan i særlig høj grad være en udfordring, når patienterne har haft lange forløb i andre afdelinger, men i det hele taget mangler der et resumé og muligheden for at overskue sygehistorien.

¹⁵ Danske Regioner har oplyst KORA, at gennem det interregionale billedindeks, der etableres til marts 2016, kan alle klinikerne fra hele landet fremadrettet få adgang til billeddiagnostisk materiale, herunder røntgebilleder, et samlet sted.

6.3.2 Opbygningen og overblik over patientforløb

I dag oplever de, at de skal scrolle meget langt for at prøve at danne sig et overblik over sygehistorien og patientforløbet. Flere læger kommer også med eksempler på, at de nogle gange kan være ved at handle på oplysninger, der egentlig vedrører tidligere indlæggelser.

Det er svært at få overblik i systemet. Der er 15 notater om ændringer – og du skal scrolle halvanden side ned for at finde det notat, du har brug for at læse. Det er spild af tid og giver støj. Man skal hele tiden kigge på datoen – det kan være fra 2013 – du kan ikke filtrere på det forløb, der kører lige nu. Du får hele tiden noget gammelt op, som måske er fra en anden afdeling eller tidligere operation. De operationstekniske oplysninger er udfyldt, og kigger du ikke lige på datoen, så risikerer man at få gjort klar til en gammel operation. Til andre tider kan det være godt med historikken – men det skal være et bevidst tilvalg. (Sygeplejerske)

En overlæge forklarer, at det fx kan betyde, at det kan være svært at finde informationer frem om, hvilke medicinpræparater, der tidligere har været prøvet i forhold til en patients sygdom. Således at man fx risikerer at give patienten det samme præparat, som vedkommende tidligere har konstateret, at vedkommende ikke tåler særlig godt. "Den oplysning kunne jeg godt have brug. Det var ikke en alvorlig bivirkning, men det var unødigt."

Også sygeplejerskerne oplever, at det kan være svært at få overblik over patienterne og deres forløb i den elektroniske sygeplejelogbog. Det handler både om, at det ikke altid er indlysende, hvor man som sygeplejerske skal skrive sin dokumentation ind (under hvilket nøgleord). Nogle oplever, at der mangler et felt, hvor man kan skrive en status, således at den næste, der møder ind, kan danne sig et overblik. Andre oplever at have et statusfelt, men at dette bruges forkert.

Det fører ifølge sygeplejersker til, at man dobbeltdokumenterer og ikke altid kan finde tingene, og det fører også til, at journalerne bliver mindre problem- og handlingsorienterede. Det kan ifølge flere sygeplejersker også være svært at overskue, hvor man skal skrive således, at informationerne også kan læses på andre afsnit. Det gælder ifølge de interviewede nemlig ikke for alle tekstfelter.

Sygeplejefaglige ledere forklarer, at personalet pga. vanskeligheder med at skabe overblik over patientforløb i EPJ dagligt sidder og udarbejder patientlister manuelt og kontinuerligt ajourfører listerne med information om udførte sygeplejehandlinger, for at kunne få det nødvendige overblik. Det betyder igen, at der foregår dobbeltdokumentation som konsekvens af personalets forsøg på at håndtere funktionalitetsproblemer i it-systemer. Det manglende overblik kan, ifølge de sygeplejefaglige ledere, have betydning for patientsikkerheden, fordi der er større risiko for, at forhold overses, eller at undersøgelser og behandling igangsættes for sent. "Der er så mange data i systemet, at det kan være vanskeligt at finde, hvis en ordination ikke er skrevet det rigtige sted. Det har vi haft UTH [utilsigtede hændelser, red.] på. Det er problematisk", konstaterer en ledende sygeplejerske.

Sygeplejersker kommer også med eksempler på, at det er svært at seponere ting i sygeplejelogbogen, og det er svært at få overblik over, hvad der skal gøres eksempelvis skifte til venflon eller subkutan kanyle.

6.3.3 Epikrise standard

En af de ting, som mange læger er frustrerede over, er derudover, at de nye epikrisestandarder ændrer på den måde, lægerne traditionelt har bygget deres journal op på. De forbinder denne ændring med, at der er nogen, der ønsker at trække kvalitetsdata ud af journalerne. Læger er frustrerede over, at det ikke bliver skrevet i den rette rækkefølge:

Jeg dikterer. Det bliver flyttet rundt. Det gør det svært at læse en journal koncentreret. Man får på den måde sin viden meget fragmentarisk. Det er sværere at danne sig det store overblik nu. Folk resumerer hele tiden, og så bliver journalen endnu længere. Sekretærerne skal skrive det, jeg dikterer ind i bestemte blokke, og så kan de ikke finde ud af, hvilken blok noget skal stå i, og så kommer det til at stå et mærkeligt sted.

En sekretær fortæller i tråd hermed:

Når jeg skal skrive journaloptag på en patient. Hvis [så] lægerne ikke siger tingene i den rigtige rækkefølge, så skal vi frem og tilbage – og lægerne vil ikke diktere efter det – strukturen i systemet. De vil have tingene i deres rækkefølge. Nogle læger vil ikke have, jeg gør det rigtigt, men nu har vi jo vedtaget systemet. Vi kan ikke bruge det rigtigt, når lægerne ikke vil. Jeg har oplevet en læge, der har skældt ud over det. Jeg skulle skrive det, som [X] dikterede det. Med de andre sidder jeg og flytter rundt efter systemet. Men jeg kan kun rubricere det, der fremgår, hvor det hører under. Og ikke alle læger dikterer kategorien. Og så skriver jeg det bare, som de siger det. Jeg kan ikke bruge al min tid [på det] – der er ret mange underkategorier.

En anden læge tilføjer: "Det giver ingen mening, heller ikke sprogligt. Men det er dit navn, der står på den episkrise. Vi har aftalt med vores sekretærer, at de ikke skal gøre det."

Også flere lægefaglige ledere mener at:

Det har taget overhånd. Lægejournalen har altid været lægens dokument. Det er fastsat ved lov, at man som læge skal føre journal over det, man foretager sig. Det har altid været lægens redskab, så andre læger kunne følge forløbet. Sygeplejerskerne skal også kigge i det. Men i forbindelse med, at det er blevet digitaliseret, så har regionernes og sygehusenes kvalitetsorganisationer øjnet mulighed for at hente data til audits m.m. Det er tidskrævende at finde de data i journalen. Så kan vi lige så godt indrette journalen som en skabelon, så man kan hive skabelonen ud og se, hvor mange der er udfyldt, tænker man. Men som læge får vi en journal, vi ikke kan bruge. Der er ikke noget overblik eller logik, det står med stort og småt, fem overskrifter og en linje med information. Det er blevet kvalitetsafdelingernes indberetningsmateriale frem for vores journal...

6.4 Diskussion og opsamling

Som det er fremgået af kapitel 6, er den måde, it understøtter dokumentationsarbejdet på i dag, i høj grad med til at øge oplevelsen af, at der er tale om en stor registreringsbyrde, hvilket understøtter tidligere undersøgelser på området (Implement 2009b, Rigsrevisionen 2012). Det er særligt de mange klik, dobbeltdokumentationer, fordi systemer ikke taler sammen, og den ventetid, der opstår, når it-systemerne fryser eller går ned, når man skal åbne flere programmer på en gang m.m., der er kilder til frustration. Hertil kommer en

oplevelse af, at det er svært at få rettet systemfejl, og at it-systemer implementeres, før de måske er helt klar til at virke i en klinisk hverdag.

Når it-systemer ikke kan skelne mellem fx raske ledsagere og patienter, fører dette til unødigt dokumentation og fejllister, der skal håndteres. Det øger også mængden af dobbeltdokumentationer, at forskellige faggrupper arbejder i forskellige (dele af) elektroniske patientjournaler. En udfordring er derudover, at kvalitetsmonitoreringen påvirker funktionaliteten af patientjournalerne på en u hensigtsmæssig måde.

Der synes at være en tendens til kronisk undervurdering af, hvor kompliceret det er at få it-systemerne til at understøtte det kliniske arbejde og kvalitetsmonitoreringen på en måde, der ikke fører til dobbeltdokumentation. Fremadrettet vil det derfor være vigtigt at have fokus på, hvad der realistisk set er muligt at implementere, uden at dette fører til dobbeltdokumentation.

Chefer og ledere foreslår, at nye dokumentationskrav systematisk bør forholdes til, hvilke tilgængelige dokumentationsredskaber, der eksisterer på hospitalerne, før de vedtages. På den måde vil registreringen givetvis kunne forsimples.

Både læger og sygeplejersker har fremadrettet ønsker til, at journalen som arbejdsredskab prioriteres. At det bliver nemmere at få overblik over patienters sygdomme og forløb. Og at det bliver mere entydigt, hvor der skal dokumenteres, og hvordan viden bedre kan deles inden for og på tværs af faggrupper.

7 Styring af kvalitet i fremtiden

Har vi råd til vedblivende at udsulte kerneydelsen for at kunne dokumentere, at vi måler på ting, som det er tvivlsomt, hvorvidt det påvirker kvaliteten i kerneydelsen i positiv retning? (Chef)

Fra en situation med lav ledelsesbevågenhed omkring kvalitet på hospitalerne i 1990'erne, er der de seneste par årtier sket en markant udvikling på området. Der er blevet iværksat en mængde initiativer fra både nationalt og regionalt hold for at styrke fokus på og højne kvaliteten i hospitalsvæsenet (Knudsen & Hansen 2008). Flere af disse initiativer trækker på en styringstænkning, der ofte benævnes resultatbaseret styring, og som i stigende grad har influeret den offentlige sektor i Danmark siden 1990'erne (Kristiansen 2014a). Udviklingen har betydet, at kvalitetsudviklingen i hospitalsvæsenet er blevet: "Ledelsesmæssigt forankret og et politisk anliggende fremfor primært at være drevet af fagprofessionelle ildsjæle; baseret på fælles, nationale mål fremfor lokale mål; mere transparent som led i offentliggørelse af kvalitetsdata; og del af den eksterne regulering af hospitalerne fremfor primært at foregå som faglig selvregulering." (Knudsen & Hansen 2008).

Som illustreret i de foregående kapitler er der lokalt på hospitalerne også en opfattelse blandt medarbejdere og ledere af, at kvalitetsstyringen generelt og i særlig grad DDKM har bidraget til at systematisere og professionalisere kvalitetsarbejdet. Imidlertid står det på baggrund af bottom-up-undersøgelsen også klart, at kvalitetsstyringen i dens nuværende udmøntning har u hensigtsmæssige konsekvenser.

Det er vigtigt at fremhæve, at det ikke er målene med styringen, der i praksis opleves problematiske. Generelt giver både medarbejdere og ledere udtryk for, at de gerne vil bidrage til at styrke kvaliteten i hospitalsarbejdet. Det er derimod den konkrete udmøntning af styringsprincipperne, der giver anledning til kritiske overvejelser. Det er altså ikke kvalitetsmåling i sig selv, som hospitalsmedarbejdere og -ledere opponerer imod. Det er udformningen af de nuværende målesystemer. Derfor diskuterer vi i dette kapitel muligheder for at gentænke principper i kvalitetsstyringen.

Vi trækker i kapitlet dels på hospitalsmedarbejdere og -lederes forslag til udvikling af kvalitetsstyringen (set i forhold til, hvad de opfatter som de væsentligste kvalitetsudfordringer i hospitalsvæsenet). Dels på interviewede nøglepersoners bud herpå samt på indsigt fra styrings- og organisationslitteraturen.

7.1 Lokalt ledelsesrum

Et paradoks i den nuværende kvalitetsstyring er, at mens iværksættelsen og overvågningen af kvalitetsudviklingen på hospitalerne i stigende grad er blevet centraliseret siden 1990'erne¹⁶, er der samtidig sket en decentralisering af ledelsesansvar. Ansvar for at overholde budgetter, sikre produktivitet og leve op til kvalitetsmål er således decentraliseret til afdelingsniveau.¹⁷ Denne samtidige centralisering og decentralisering har betydning for den praktiske udmøntning af kvalitetsstyringen.

¹⁶ Eksempelvis med oprettelse af et nationalt akkrediteringsinstitut, samling af kliniske kvalitetsdatabaser i et nationalt program med obligatorisk deltagelse og central overvågning af data, iværksættelse af landsdækkende undersøgelser for patienttilfredshed, integration af kvalitetskrav i økonomiaftaler mellem regering og amter/regioner etc.

¹⁷ Konkret udmøntes det eksempelvis via resultatkontrakter mellem regioner, hospitalsledelser og afdelingsledelser.

En ambition med nationale kvalitetsprogrammer, såsom DDKM og tværregionale kvalitetsindsatser inspireret af Patientsikkert Sygehus, er typisk at stimulere lokal læring og udvikling. Men eftersom det typisk på forhånd er defineret, hvilke kvalitetsproblematikker hospitalsafdelingerne skal arbejde med¹⁸ og ud fra hvilke metoder¹⁹, forekommer det lokale ledelsesrum begrænset. Hospitals- og afdelingsledelser giver således udtryk for, at en risiko ved den nuværende udmøntning af kvalitetsstyringen er, at ledelsesrollen lokalt på hospitalerne reduceres til primært at være et implementerende led.

De interviewede afdelings- og hospitalsledelser giver ikke udtryk for modstand mod ekstern kontrol i sig selv. Men for at styrke det lokale ejerskab i kvalitetsarbejdet efterspørger de dels større mulighed for at kunne prioritere, hvilke kvalitetsproblematikker der skal anvendes medarbejder- og ledelsesressourcer på at arbejde med på hvilke afdelinger. Dels efterspørger de større indflydelse på, hvordan der arbejdes med og følges op på kvalitetsproblematikker. De giver altså udtryk for gerne at ville påtage sig ledelsesopgaven, men savner lokalt ledelsesrum i forhold til den praktiske udmøntning af kvalitetsarbejdet.

7.2 Standarder er ikke nok

Standardisering via kvalitetsstandarder i DDKM, skriftlige retningslinjer på mange niveauer, 'pakker' i Patientsikkert Sygehus etc. udgør et centralt træk ved den nuværende kvalitetsstyring. Standardiseringen kan ses som en reaktion på opgørelser, der har vist stor variation i udførelsen af det kliniske arbejde, og patientklagesager, hvor klinisk personale ikke har handlet i overensstemmelse med faglige forskrifter. Hospitalsmedarbejdere, afdelings- og hospitalsledere fremhæver, at standardiserede forskrifter i nogle henseender er meningsfulde. Imidlertid pointerer de også, at det kan være u hensigtsmæssigt at tillægge standarder for stor vægt i kvalitetsstyringen – for på trods af, at standardiserede procedurer er fulgt, ses der fortsat eksempler på, at der ikke følges op med klinisk hensigtsmæssig handling. Medarbejdernes og ledernes pointe er, at man ikke kan standardisere sig ud af alle kvalitetsproblemer, fordi adækvat klinisk handling i forhold til individuelle patienter kræver, at medarbejderne kan reflektere kritisk og foretage kompetente, faglige vurderinger. I forlængelse heraf udtrykker de ønske om at styrke disse kompetencer blandt medarbejderne.

Ifølge flere nøglepersoner er det ikke intentionen, at kvalitetsstandarder skal *erstatte*, men derimod *supplere* kompetente, faglige vurderinger.

Når der er stor ekstern opmærksomhed på standardiserede forskrifter, kan det imidlertid have betydning internt på afdelingerne. Den store *mængde* kvalitetsstandarder, retningslinjer og 'pakker' bevirker, at det kræver mange ressourcer for afdelingsledere og medarbejdere at overskue og holde sig opdateret på gældende krav. Det skal ses i sammenhæng med, at den eksterne *monitorering* og i nogle tilfælde *offentliggørelse* af afdelingernes efterlevelse af standarderne skaber et betydeligt ledelsespres ned gennem hospitalerne for at opnå akkreditering og i øvrigt demonstrere gode måltal. Meget ledelsesopmærksomhed samles derfor omkring de standardiserede forskrifter lokalt på afdelingerne. Risikoen kan ifølge afdelingsledere og kvalitetsansvarlige være, at der bliver færre ressourcer til rådighed til at arbejde med andre former for kvalitetsudvikling, herunder styrkelse af de enkelte medarbejders faglige kompetencer.

¹⁸ Eksempelvis via definition af standarder i DDKM og 'pakker' i Patientsikkert Sygehus.

¹⁹ Eksempelvis er det for mange standarder i DDKM ekspliciteret, at der skal udarbejdes lokale retningslinjer, opsættes kvalitetsmål og iværksættes monitorering via kvantitative data, og i Patientsikkert Sygehus er der for mange af pakkerne ekspliciteret kvalitetsmål og monitoreringskrav.

Fremadrettet efterspørger mange medarbejdere og ledere på hospitalerne derfor større fokus på udvikling af uddannelse, efteruddannelse, simulationstræning, mentorordninger, oplæringsprogrammer, supervisionsordninger, teamsamarbejde og andre tiltag, der kan styrke medarbejdernes (særligt nyuddannedes) evne til kritisk refleksion og faglig stillingtagen. Mere generelt fremhæver også flere nøglepersoner, at kvalitetsstyringen fremadrettet bør fokuseres mere på at understøtte kontinuerlig læring.

Det er altså ikke standardisering *i sig selv*, der forekommer problematisk på hospitalsafdelingerne, men den store *vægtning* af standarder, retningslinjer etc. i den nuværende kvalitetsstyring. Det kalder ifølge hovedparten af de interviewede hospitals- og afdelingsledere, kvalitetsansvarlige og medarbejdere på et behov for kritisk revision særligt af DDKM standarder og indikatorer; et synspunkt der genfindes blandt flere interviewede nøglepersoner.

7.3 Kritisk revision af eksisterende standarder

På baggrund af de problematikker, der er beskrevet i de foregående kapitler, kan en kritisk revision af eksisterende kvalitetsstandarder og -indikatorer med fordel ske i forhold til:

- Mængden af standarder og indikatorer og afledte lokale retningslinjer
- Genstandsområderne, der defineres standarder og indikatorer for
- Arbejdets karakter
- Vægtningen af struktur-, proces- og resultatindikatorer
- Differentieringen af standardernes gyldighed i forhold til forskellige patientgrupper.

7.3.1 Mængden af standarder, indikatorer og retningslinjer

Selvom mængden af standarder er reduceret fra den første version af DDKM til den anden version, som er gældende i dag, er der fortsat 82 kvalitetsstandarder, hvortil der typisk er knyttet 6-8 indikatorer. Hertil kommer en stor mængde skriftlige retningslinjer på hospitals- og afdelingsniveau, som er afledt heraf, fordi der til DDKM-standarderne typisk er knyttet krav om udarbejdelse af lokale retningslinjer. DDKM har ifølge flere hospitalsledere og kvalitetsansvarlige bidraget til at systematisere en stor del af hospitalsarbejdet. Men i kombination med nationale og regionale retningslinjer samt lovgivning på hospitalsområdet, bidrager DDKM til at gøre mængden af standardiserede forskrifter uoverskuelig for hospitalsmedarbejderne. Eftersom der på alle niveauer kan ske tilføjelser og fortolkninger, er det i mange tilfælde uklart for både medarbejdere og afdelingsledere, hvilke krav der er gældende.

Derfor efterspørger mange kvalitetsansvarlige samt hospitals- og afdelingsledere en større grad af prioritering – både i forhold til DDKM-standarder, indikatorer og de afledte retningslinjer på hospitaler og afdelinger. Flere foreslår, at der i højere grad bør prioriteres mellem standarder og retningslinjer i forhold til hvor kritiske, de er for patientsikkerheden.²⁰ Kvalitetsansvarlige fortæller, at der allerede er igangsat et kritisk revisionsarbejde på flere hospitaler i forhold til at reducere mængden af lokale retningslinjer, men foreslår, at dette arbejde ville kunne styrkes yderligere via en kritisk revision af DDKM-standarderne.

²⁰ Nogen foreslår, at en sådan revision kunne struktureres ud fra en tilgang, hvor det kritisk vurderes, hvilken skade det ville kunne medføre at *undvære* en given standard, frem for at argumentere for, hvorfor givne standarder er inkluderet.

I relation til problematikken omkring prioritering foreslår nogle ledere, at der også i nationale, kliniske kvalitetsdatabaser kan prioriteres i forhold til antallet af indikatorer. Det vil kunne bidrage til at reducere det samlede dokumentationsarbejde på afdelingerne, argumenterer de, eftersom registreringerne til disse databaser typisk er meget omfattende og med høje krav til datavaliditet, fordi de er udviklet som forskningsdatabaser. Det taler til en mere generel problematik om, at prioriteringen af, hvad der skal måles på, ikke kan adskilles fra en diskussion om formålet med målingerne. For datakrav til gode kvalitetsdatabaser er ikke nødvendigvis samstemmende med datakrav til gode forskningsdatabaser. Eksempelvis er kvalitetssikring, ifølge en leder, ikke lige så afhængig af, at data er korrekt på individniveau som i forskningssammenhæng, fordi man til kvalitetssikring orienterer sig i forhold til udviklingen i gennemsnitsværdier. Begge formål er legitime. Men hvis de kliniske kvalitetsdatabaser generelt skal vedblive at tjene forskningsformål, kræver det, ifølge flere ledere, opretholdelse af ganske detaljerede registreringer, og dermed en given prioritering af ressourcer.

Hvad angår længden af retningslinjer foreslår en chef, at retningslinjer i dokumentstyrings-systemet ikke må fylde mere end ét skærbillede. Det er uhensigtsmæssigt, hvis klinikerne skal bruge tid på at blade rundt, fordi de kan miste overblik og fristes til at printe frem for at bibeholde den elektroniske kommunikation. En længdebegrænsning vil desuden tvinge dem, der udformer guidelines, til at prioritere, hvad der er vigtigst for patienterne. Eventuelt kombinere én-sides-instruks med links til, hvor det vil være muligt at læse mere.

7.3.2 Genstandsområder for standarder og indikatorer

Kvalitetsstandarder og kvalitetsmåling er langt fra nyt i arbejdet med at styrke behandlingskvalitet på hospitalerne. Men med den nuværende kvalitetsstyring er denne metode blevet udbredt til langt flere områder af hospitalsarbejdet. I DDKM handler en stor del af standarderne således om andre aspekter end klinisk behandling, eksempelvis ledelse (5 standarder), dokumentation og datastyring (4 standarder), ansættelsesforhold mv. (6 standarder), bygninger og forsyninger (5 standarder), patientinddragelse og -kommunikation (5 standarder) (IKAS 2013). Flere kvalitetsansvarlige og ledere forholder sig kritisk til denne udvidelse, fordi det ifølge dem betyder, at der skal defineres konkrete, målbare kvalitetsparametre på områder, hvor denne tilgang forekommer unødigt reduktionistisk (eksempelvis er det ifølge kvalitetsansvarlige vanskeligt at definere simple mål, der indfanger en kompleks problemstilling såsom patientinddragelse). På baggrund heraf efterspørger de fremadrettet en kritisk gennemgang af, hvilke dele af hospitalsarbejdet, der meningsfuldt kan defineres standarder og indikatorer for, og hvilke dele der kan adresseres mere hensigtsmæssigt med andre metoder.

7.3.3 Arbejdets karakter

Standarder beskriver *eksisterende* praksisser på baggrund af *foreliggende* viden. En væsentlig del af det kliniske arbejde handler imidlertid om at kunne identificere og håndtere *nye* problemstillinger og finde *nye* løsninger. Det er drivkraften i faglig udvikling, fremhæver flere læger og afdelingsledere. På den baggrund forholder de sig kritisk til en kvalitetsstyring, der lægger stor vægt på efterlevelsen af standardiserede procedurer. De fremhæver, at dette har karakter af kvalitetskontrol frem for kvalitetsudvikling. Spændingen mellem standardisering og udvikling øges, ifølge flere kvalitetsansvarlige og hospitalsledere, ved, at det typisk er en tidskrævende proces at få udarbejdet, revideret og godkendt retningslinjer – i nogle tilfælde kan der gå flere år fra sygehusledelser modtager og godkender en retningslinje til den er i brug blandt klinikerne. Nogle advarer om, at udviklingen inden for nogle områder af lægevidenskaben typisk foregår mere hastigt end de administrative

godkendelsesprocesser, og at det kan føre til situationer, hvor klinikere kan blive holdt ansvarlige for ikke at efterleve gældende instrukser, selvom de har forholdt sig til den mest opdaterede, sundhedsfaglige viden på et givent område.

På den baggrund opfordrer læger, ledere og kvalitetsansvarlige til nøje overvejelser om, hvilke typer af arbejdsopgaver det er meningsfuldt at fastsætte standardprocedurer for. I den henseende forekommer det relevant at overveje, hvorvidt der er tale om rutineopgaver eller arbejde, der er videnstungt, som kræver høj grad af refleksion, og som er i stadig og forholdsvis hastig udvikling.

På nogle områder efterlyser medarbejderne *mere* standardisering. Det er primært i forbindelse med systemer og procedurer, som har med udveksling af patientdata at gøre. Her ser flere medarbejdere et stort potentiale i at få ensrettet kommunikationsstandarder, så det eksempelvis bliver muligt at udveksle billedmateriale i samme formater på tværs af hospitaler og sende henvisninger og rekvirere prøvesvar til alle afdelinger via elektroniske systemer. Derudover efterspørger nogle medarbejdere højere grad af standardisering i forhold til, hvilke forundersøgelser og prøver der kræves i forbindelse med henvisning af patienter i givne typer forløb.

7.3.4 Vægtning af struktur-, proces- og resultatindikatorer

I den nuværende kvalitetsstyring er kvalitetsmålinger primært baseret på struktur- og procesindikatorer, mens der sjældent måles på resultatindikatorer. Eftersom kvalitetsmålinger, jf. kapitel 3 og 4, kan have stor betydning for det ledelsesmæssige fokus på hospitalerne, er det ifølge flere kvalitetsansvarlige vigtigt at overveje, hvad man måler på – for man risikerer populært sagt at få, hvad man måler. Med den store vægtning af struktur- og procesindikatorer i bl.a. DDKM er det måske ikke overraskende, at kvalitetsstyringen har medført en betydelig "oprustning" på kvalitetsinfrastruktur (såsom retningslinjer og dokumentstyringssystemer) og et betydeligt fokus på procedurer i sig selv.

Adspurgt om, hvilke målinger der ville kunne give værdifuld feedback til dem i deres daglige arbejde, efterspørger afdelingsledelser og læger typisk flere resultatindikatorer, herunder mortalitetsrater, mortalitet og dødsårsager umiddelbart efter udskrivelse, genindlæggelsesprocenter (fx genindlæggelse med samme aktionsdiagnose inden for en uge efter udskrivelse), ventetid, indlæggelseslængde, forekomst af hospitalspådragede infektioner, behandlingskomplikationer og -bivirkninger. Derudover kom flere med forslag til mål for specifikke patientgrupper, som de gerne vil have feedback i forhold til.²¹

Idealsituationen ville ifølge flere læger være, hvis de på baggrund af de kliniske data, der registreres, kunne gennemføre outcome-analyser på veldefinerede patientgrupper, fordi de derved kunne opnå bedre viden om virkningen af kliniske procedurer.

Metodisk kan det være vanskeligt at definere resultatindikatorer, fordi patient-outcome kan være influeret af mange forskellige forhold. En ændring af de nuværende indikatorer vil derfor kræve grundige metodiske overvejelser og formentlig også give mulighed for at foretage mere avancerede resultatopgørelser (særligt mulighed for at kontrollere for andre forhold, der kan påvirke patient-outcome; eksempelvis patientsammensætningen på afdelingerne).

²¹ Herunder, hvorvidt akut gastroskopi er foretaget ved gastro blødende patienter, ventetid til operation for personer med hoftefrakturer, anfaldsfrekvenser og behandlingsbivirkninger for epilepsipatienter, funktionsevne for demente og psykosocialt velbefindende for pårørende.

7.3.5 Differentiering af standarders gyldighed

I den nuværende kvalitetsstyring er der en indbygget spænding mellem på den ene side et ønske om at sikre ensartet kvalitet via standarder og på den anden side en ambition om at styrke inddragelsen af patienter, så behandlingsforløb tilpasses deres individuelle behov. Konkret kommer det til udtryk i klinikken, når medarbejderne oplever, at efterlevelsen af de mange standardiserede forskrifter ikke levner stor mulighed for, at patienter kan bidrage til at sætte dagsorden.

Generelt fremfører mange hospitalsmedarbejdere, -ledere og kvalitetsansvarlige, at der i de standardiserede forskrifter ikke levnes meget rum for differentiering af, hvilke krav der forekommer relevante for hvilke patientgrupper. De efterspørger derfor større mulighed for differentiering af krav afhængigt af patientbehov. Nogle foreslår, at der kan differentieres i forhold til specialer og karakteristika ved patientforløb, herunder varigheden af patientforløb, hvorvidt der er tale om indlæggelse, ambulante forløb eller daghospital funktioner, hvorvidt der er tale om akut, elektiv eller længerevarende medicinsk behandling, og hvorvidt der er tale om kurativ eller palliativ behandling. Andre foreslår at bibeholde et meget begrænset antal generiske, patientkritiske standarder, men derudover ikke definere generiske standarder på hospitalsniveau. Atter andre foreslår, at differentiering bør ske ud fra individuelle patientbehov og derfor bør bero på medarbejdernes vurdering i konkrete, kliniske situationer.

Det er vigtigt at bemærke, at problematikken omkring differentiering af krav ikke blot kan henføres til DDKM og den regionale implementering af Patientsikkert Sygehus. For på både regionalt, hospitals- og afdelingsniveau ses der eksempler på, at der lokalt sker en stramning af krav i forhold til de nationale forskrifter (fx at der indføres tidsgrænser for, hvornår givne procedurer skal være udført, og at patientmålgruppen for givne procedurer udvides). Desuden kan der blandt medarbejderne opstå lokale fortolkninger af krav, som er mere rigide end de gældende, lokale retningslinjer – formentlig fordi mængden af standarder og retningslinjer bevirker, at det for medarbejderne er uigennemskueligt, hvilke krav der er gældende. For at adressere problematikken omkring differentiering af krav er det altså væsentligt at forholde sig til retningslinjer på alle forvaltningsniveauer.

Alternativt vil et resultatstyringssystem, der i højere grad er baseret på resultatindikatorer og ikke procesindikatorer, levne større mulighed for, at det lokalt kan prioriteres, hvordan givne patientgrupper håndteres på de enkelte afdelinger.

7.4 Monitoreringskrav og databrug

I den nuværende kvalitetsstyring er der en tæt kobling af krav til arbejdets udførelse og monitoreringskrav. Denne kobling er ikke nogen selvfølge – og meget sjældent er monitoreringskrav lovfæstet. Monitoreringskrav opstår derimod typisk i forbindelse med implementeringen af kvalitetsmodeller såsom DDKM og via politiske beslutninger og aftaler på regionalt og nationalt niveau.²²

Monitorering kan have flere formål, herunder at skabe mulighed for ekstern kontrol, at øge gennemsigtigheden i den offentlige forvaltning (demokratisk legitimitet), at skabe konkurrence mellem sundhedsudbydere og at stimulere lokal læring og udvikling. I udformningen af monitoreringssystemer er det imidlertid vigtigt at overveje, hvilke formål der skal tilgodeses – for forskellige formål kan kræve forskellige typer data. Beslutningstagere på natio-

²² Eksempelvis beslutninger om at monitorere implementeringen af specifikke lovkrav, såsom patienters ret til hurtig udretning og resultataftaler mellem regioner, hospitaler og afdelinger.

nalt eller regionalt niveau har ikke nødvendigvis samme databehov som afdelingsledelser, og deres databehov kan igen adskille sig fra borgeres og patienters (Wadmann et al. 2013). Det er derfor vigtigt at klargøre, hvem der skal bruge kvalitetsdata på forskellige organisationsniveauer, og hvad deres informationsbehov er.

Hospitals- og afdelingsledere pointerer således, at lokalt producerede kvalitetsdata ikke nødvendigvis opgøres i en form, der opleves praktisk anvendelig på afdelingerne. Det drejer sig blandt andet om, at data opgøres på et for aggregeret niveau, at der ikke tages højde for klinisk relevante forskelle mellem patientgrupper, og at feedback kommer så sent, at den praktiske relevans er begrænset. Det kan reducere medarbejdernes motivation for at gennemføre påkrævede registreringer, fordi det giver en oplevelse af, at styringen primært tjener ekstern kontrol.

Det er væsentligt at pointere, at medarbejderne ikke opponerer mod dokumentationsarbejde som sådan. De giver således flere eksempler på situationer, hvor det forekommer fagligt meningsfuldt. Fælles for eksemplerne er, at dokumentationsarbejdet opleves meningsfuldt, når data kan anvendes lokalt til at informere den konkrete behandling- og pleje (fx dokumentation af medicineringsprocesser).

For i højere grad at sikre lokal anvendelighed af data foreslår både medarbejdere, ledere og nøglepersoner, at feedback på data i højere grad skal være tidstro. For når medarbejdere har mulighed for at genkende deres egen praksis i data, fremhæver de, er der bedre mulighed for, at data kan anvendes til at justere praksis. Herudover efterspørger nogle afdelingsledere større mulighed for at influere opgørelsesmetoder for at sikre den praktiske anvendelighed af data.

Herudover efterspørger kvalitetsansvarlige generelt højere grad af metodefrihed i forhold til at følge op på afdelingernes arbejde med kvalitetsproblematikker. De fremhæver, at det i nogle tilfælde kan være mere meningsfuldt at foretage eksempelvis patientinterview, oprette fokusgrupper, lokale surveys eller benytte andre metoder, der giver kvalitative input, som er mere direkte handleanvisende. I forhold til spørgsmålet om metodefrihed er der ligeledes behov for en afvejning af centrale og lokale behov – hvorvidt formålet er at opnå mulighed for ekstern kontrol og kunne sammenligne afdelingers resultater eller at anspore til lokal læring.

Endelig er det i relation til omfanget af det samlede dokumentationsarbejde væsentligt at overveje, hvor længe monitoreringskrav skal være gældende. I DDKM er det typisk anført, at monitoreringskrav ikke længere er relevante, når sygehuset opfylder en given standard. Ledere og kvalitetsansvarlige bemærker imidlertid, at der i praksis er en tendens til at tilføje flere krav om målinger uden samtidigt at fjerne andre. Derfor foreslår nogle ledere og kvalitetsansvarlige, at der fremadrettet i højere grad kan skelnes imellem implementerings- og driftsfaser i forhold til monitoreringens kvalitetstiltag, idet de argumenterer for, at monitoreringsbehovet er størst i implementeringsfasen.

Generelt peger det på, at det i udformningen af kvalitetsstyringen er vigtigt at tænke implementeringsstrategi eller programteori ind i de anvendte monitoreringsmodeller, hvis monitoreringen skal føre til egentlige ændringer i praksis. Det er ikke svært at skabe ændringer i registreringspraksis, men det kan være en udfordring at opnå ønskede ændringer i den kliniske praksis.

7.5 Integration af kvalitetsarbejde og klinisk arbejde

I opbygningen af kvalitetsorganisationer på hospitalerne er der ifølge flere ledere utilsigtet sket en adskillelse af *kvalitetsarbejde* fra *klinisk arbejde*. Det kommer eksempelvis til udtryk ved, at kvalitetsafdelinger typisk fungerer som en egen organisatorisk søjle i hospitalerne, hvor kommunikationen foregår mellem centrale og lokale kvalitetsmedarbejdere, og ved oprettelsen af særlige stillingskategorier for kvalitetsarbejde.²³ Det er ifølge flere ledere med til at vanskeliggøre integration af kvalitetsudvikling som en *del* af det kliniske arbejde, snarere end en aktivitet, der foregår adskilt herfra. Konkret kommer det blandt andet til udtryk ved, at flere læger og sygeplejersker henviser til, at de ikke beskæftiger sig med kvalitetsudvikling, fordi dette er en opgave for afdelingernes *kvalitetsansvarlige* og et arbejde, der foregår ud over det kliniske arbejde. De ser kvalitetsarbejdet som noget, der løber parallelt med det kliniske arbejde, uden nødvendigvis at influere på andre måder end som påmindelser om registreringskrav, mens de har travlt med at løse patientrettede opgaver. Manglende integration af kvalitetsarbejde og klinisk arbejde kommer ligeledes til udtryk ved akkreditering, når medarbejdere giver udtryk for, at efterlevelsen af procedurer primært foregår for at tilfredsstille *eksterne* bedømmere, men uden nødvendigvis at afstedkomme *intern* læring.

Ledere på hospitals- og afdelingsniveau pointerer vigtigheden af fremadrettet at arbejde for større lokal forankring af kvalitetsudvikling som del af det kliniske arbejde. Det handler om at tydeliggøre, at det primære ansvar for kvalitetsarbejdet er placeret på afdelingsniveau, mens stabsfunktioner skal tjene som en serviceenhed for afdelingerne. Det knytter an til problematikken om lokalt ledelsesrum – for med decentralisering af ansvar, skal der også følge ledelsesrum, hvis ikke lederrollen skal reduceres til et implementerende led. Andre ledere fremhæver i relation til stillingskategorier, at det fremadrettet også er vigtigt at arbejde for opbakning fra fagforeninger til ansættelsesformer, der inkluderer både klinisk arbejde og administrativt arbejde i forbindelse med kvalitetsudvikling.

7.6 Centrale kvalitetsudfordringer på hospitalerne i dag

I relation til den fremadrettede kvalitetsstyring på hospitalerne kan man argumentere for, at det vil være en fordel, om der er størst muligt sammenfald mellem de områder, der er bred enighed om udgør væsentlige kvalitetsudfordringer, og så de områder, styringen er rettet mod at forbedre. Vi har derfor spurgt medarbejderne, deres ledere og de interviewede nøglepersoner om, hvad de oplever som værende de væsentligste kvalitetsudfordringer på hospitalerne i dag. Der er naturligvis variationer i de svar, de interviewede giver, men der er et mønster i, at følgende udfordringer dukker op i svarene:

Overgange mellem afdelinger, faggrupper, personer og sektorer er en ofte nævnt kvalitetsudfordring. Herunder koordination, tværfaglige og tværgående samarbejdsrelationer. Det kan eksempelvis dreje sig om, at information går tabt, når patienter overgår fra en afdeling til en anden, eller fra et hospital til et andet; at visitationer udvikler sig til tidskrævende forhandlinger mellem afdelinger om, hvem der har ressourcer og kompetence til at tage ansvar for en given patient. I det hele taget udgør det et problem for kvaliteten, når kontinuiteten ikke i tilstrækkelig grad bliver sikret også i de interne overgange på fx sengeafsnit mellem dag- aften- og nattevagter m.m.

²³ Stabe af kvalitetsmedarbejdere, LEAN-konsulenter etc. er blevet del af hospitalsdirektionerne, og på de enkelte afdelinger er der ansat kvalitetskoordinatorer eller -konsulenter med *kvalitet* som deres særlige fokusområde.

Medicin anses for at være relateret til mange kvalitetsudfordringer. De interviewede peger på flere forskellige udfordringer. Overmedicinering af særligt ældre, medicinske patienter går igen i mange svar. Det drejer sig også om udfordringer relateret til medicinadministration og ordination, og at patienterne får den rigtige medicin igennem hele forløbet. Det opleves også som en udfordring at få en samstemt brug af medicin på tværs af sektorer.

Faglig usikkerhed og personalets faglige kompetencer dukker også op i mange svar. Det handler blandt andet om at kunne handle adækvat på målinger af patienters vitale parametre. Flere efterspørger således en styrkelse af fagligheden til at handle korrekt i situationer med akut dårlige patienter. I det hele taget italesættes det, at personale med tilstrækkelige faglige kompetencer er vigtigt for at kunne give behandling af god kvalitet. Det efterspørgeres, at der fremtidigt gøres mere for at fremme udvikling af kompetent klinisk skøn og ansvarstagen.

Manglende patient- og pårørende inddragelse er, ifølge mange interviewede nøglepersoner, medarbejdere og ledere på hospitalerne, kilde til udfordringer i kvaliteten. De forbinder patientinddragelse med muligheden for at blive klogere på, hvad der er god kvalitet for patienterne.

Tidspres er en anden genganger særligt i svarene givet på hospitalerne.

Hospitalspåførte infektioner er også en væsentlig kvalitetsudfordring, det er vigtigt, at der bliver arbejdet mere med fremadrettet.

7.7 Kort opsamling

Kapitel 7 har tegnet et billede af, hvad det kunne være vigtigt at tage med i overvejelser om fremtidig kvalitetsstyring på hospitalerne. Herunder mere fokus på ledelse og de lokale ledelsesrum, mere fokus på refleksion, problemorientering, læring og udvikling og frem for alt en oprydning i forhold til procedure- og dokumentationskrav.

Der argumenteres således for en højere grad af integration mellem klinisk arbejde og kvalitetsarbejde. Der argumenteres også for, at koblingen mellem kvalitetsudfordringer og kvalitetsarbejde bliver stærkere.

Del 2: Konkrete styringstiltag

I del 2 af rapporten behandles konkrete styringstiltag, som medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på afdelings- og hospitalsniveau har udpeget som unødigt ressourcekrævende. Der er altså ikke tale om en fuld gennemgang af samtlige eksisterende (kvalitets)styringstiltag eller en gennemgang af alle elementer i fx Den Danske Kvalitetsmodel.

Det er en væsentlig pointe, at det varierer i forhold til de konkrete styringstiltag, på hvilke niveauer styringsproblemerne opstår. Derfor er der i denne del af rapporten foretaget et omfattende opsporingsarbejde for at identificere, hvor specifikke krav kommer fra.

8 Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) og akkreditering

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er en akkrediteringsmodel, der blev til, da Indenrigs- og Sundhedsministeriet, amterne og H:S indgik aftale om et nationalt kvalitetsudviklingsystem, som skulle forbedre kvaliteten på de danske sygehuse. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), blev efterfølgende dannet i 2005 og står i dag for vedligeholdelsen og udviklingen af DDKM (IKAS 2014).

I dag gælder 2. version af DDKM, der ligesom 1. version indeholder standarder med dertilhørende indikatorer, dog med et reduceret antal standarder (IKAS 2014). Standarderne i DDKM dækker over organisatoriske-, generelle patientforløbs- og sygdomsspecifikke temaer. Hver standard vurderes ud fra opfyldelse af indikatorerne, som er fordelt på 4 trin:

- Trin 1 har indikatorer for sygehusenes udformning af og indhold af retningslinjer, eller i nogle tilfælde ledelsesbeslutninger, som ikke behøver at blive udformet i en retningslinje, men som skal dokumenteres på anden vis.
- Trin 2 indeholder indikatorer for medarbejdernes kendskab og efterlevelse af sygehuse- retningslinjer.
- Trin 3 indeholder indikatorer for kvalitetsovervågningen.
- Trin 4 har indikatorer for, hvorvidt sygehuset har indført tiltag for at forbedre kvaliteten, såfremt der har været behov for det (IKAS 2014).

Kvalitetsstandarder kan forstås som minimumskrav, der skal være opfyldt for, at kvaliteten på et givent område kan siges at være tilfredsstillende. Standarder kan være mere eller mindre specifikke. I DDKM er standarderne typisk af generel karakter (Knudsen 2011). Der er derfor knyttet indikatorer til hver standard. Indikatorerne fungerer som "evaluerbare variable", der kan "anvendes til at overvåge og evaluere", hvorvidt organisationen lever op til standarden (IKAS 2013, s. 203).

8.1 Akkreditering

For at opnå akkreditering skal sygehusene evalueres gennem eksterne surveyor-besøg. Ved besøget vurderer surveyorne ud fra dokumentation, interview og observation, om indikatorerne er opfyldt, og derfor, om standarden kan siges at være efterfulgt. Surveyorne aflægger rapport til det uafhængige akkrediteringsnævn, som vurderer sygehuse- akkrediteringsstatus. Akkrediteringsnævnet er ikke en del af IKAS og består af medlemmer fra forskellige sektorer i sundhedsvæsenet og fra forskellige regioner.

Akkrediteringen kræver, at 100 % af indikatorerne skal være helt eller i betydelig grad opfyldt. En indikator er i betydelig grad opfyldt, når "Noget er til stede, og manglerne er ikke en betydelig del af indikatorkravet" (IKAS 2013, s. 19). Dog gælder det for 8 af de patientsikkerhedskritiske standarder, at indikatorerne fra trin 1 og 2 skal være helt eller i betydelig grad opfyldt (ibid., s. 19).

Midlertidig eller betinget akkreditering opnås, hvis over 85 % af indikatorerne er helt eller i betydelig grad opfyldt. Ved midlertidig akkreditering har sygehuset seks måneder til at rette op på de indikatorer, som ikke er helt eller i betydelig grad opfyldt. Lykkes dette bliver sygehuset akkrediteret uden anmærkninger. Rettes der ikke op på manglerne, akkrediteres sygehuset med anmærkninger. Ved betinget akkreditering vil der efter tre måneder

igen være eksternt surveyor-besøg. Her kan sygehuset opnå akkreditering, akkreditering med anmærkninger eller ingen akkreditering efter vurdering fra Akkrediteringsnævnet. Hvis et sygehus ikke bliver akkrediteret, kan IKAS vurdere, hvornår akkrediteringen kan forsøges opnået igen ved nyt eksternt surveyor-besøg (ibid., s. 21).

8.2 Journalaudit

Journalaudit er en udbredt metode til efterlevelse af DDKM-krav om løbende monitorering af målopfyldelse. Metoden består af udtræk af 20 tilfældige journaler på afdelingsniveau hvert halve år. Ved gennemlæsning af journalerne vurderes det, om standarden kan siges at være opfyldt ud fra forhåndsbestemte spørgsmål. IKAS foreslår, at DDKM-krav om monitorering af målopfyldelse via kvantitative data kan efterleves via journalaudit. IKAS stiller dog ikke krav om, at denne metode skal bruges og gør samtidig opmærksom på, at kravet om kvantitative data til kvalitetsovervågning, ikke er ensbetydende med "kontinuerlig dataindsamling" men kan opfyldes ved "punktvis dataindsamling" (IKAS 2013, s. 15). For nogle standarder er der krav om hyppigheden af kvalitetsvurderingen (to gange inden for tre år). For standarder, hvor der ikke er specificeret noget krav, er det op til sygehuset at beslutte, hvordan kvalitetsovervågningen skal foregå. Dette kan ske ved indhentning af både kvalitative og kvantitative data (IKAS 2013, s. 15).

I den resterende del af kapitlet, behandles konkrete styringstiltag, som medarbejdere, kvalitetsansvarlige og ledere på afdelings- og hospitalsniveau har udpeget som unødigt resourcekrævende, og som indgår som standarder i DDKM. Det er vigtigt at bemærke, at de problematikker, som rejses af medarbejdere og ledere, ikke nødvendigvis er knyttet specifikt til DDKM, men i nogle tilfælde også kan henføres til lovfæstede krav og/eller lokale retningslinjer. Det uddybes i det følgende i forhold til hver enkelt standard.

8.3 Kontaktpersonordningen

8.3.1 Hvilket problem skal kontaktpersonordningen løse?

Siden 2009 har patienters ret til en kontaktperson været lovfæstet som del af Sundhedsloven (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a, kapitel 23a), og siden er tildelingen af en kontaktperson defineret som en akkrediteringsstandard i Den Danske Kvalitetsmodel (IKAS 2013).

Kontaktpersonordningen fulgte i kølvandet på offentlig debat om problemer med behandlingsovergange i patientforløb; bl.a. ansporet af den såkaldte Esmann-sag, hvor journalisten Knud Esmann beskrev sin kones meget fragmenterede patientforløb (Esmann 2004). Kontaktpersonordningen kan således forstås som ét blandt flere politiske svar på problemer med at skabe sammenhængende patientforløb.

8.3.2 Hvad er lovkravet?

I Sundhedsloven er det angivet i kapitel 23a, § 90a og 90b (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a), at "Regionsrådet tilbyder en eller flere kontaktpersoner til en patient, der modtages til ambulant behandling eller behandling under indlæggelse på regionens sygehuse, når behandlingsforløbet sammenlagt strækker sig over mere end to dage"; i kortere behandlingsforløb skal patienter dog også tilbydes kontaktpersoner, hvis de har "særligt behov for det". I forhold til, hvornår patienter skal tildeles en kontaktperson, skelnes der altså i lovtæksten i forhold til patienternes vurderede *behov*.

Ifølge loven skal kontaktpersonen være "en sundhedsperson", som "medvirker ved behandlingen af patienten", og patienter skal oplyses "mundtligt og skriftligt" om "kontaktpersonens navn og funktion", "samme dag", som patienten "modtager et tilbud om en kontaktperson."

8.3.2.1 Lovkravets oversættelse i DDKM

I DDKM lyder standarden: "Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson, som tilknyttes den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb." (IKAS 2013, s. 104). I DDKM er en kontaktperson defineret som "et eller flere sundhedsfaglige *navngivne* medlemmer af det tværfaglige team, som er *direkte involveret* i patientbehandlingen" (ibid., s. 104, kursiv tilføjet). DDKM specificerer endvidere, at "ledelsen fastsætter den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar" (ibid., s. 104) men uden at fastsætte ledelsesniveauet.

I forbindelse med akkreditering vil hospitalsafdelingerne vurderes på, a) hvorvidt der "foreligger retningslinjer, der beskriver den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar" (indikator 1), b) hvorvidt der "udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson" i henhold til "gældende lovgivning og lokale aftaler" (indikator 2), c) hvorvidt navnet på kontaktpersonen "dokumenteres og videregives til patienten sammen med oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer" (indikator 3), d) hvorvidt der "sikres udpegning af ny sundhedsfaglig kontaktperson ved overflytning (indikator 4), e) hvorvidt hospitalet arbejder systematisk med at opsætte og monitorere mål for kvaliteten af kontaktpersonordningen via kvantitative data (indikator 5), f) hvorvidt sygehuset reagerer med tiltag på eventuel manglende målopfyldelse (indikator 6) (ibid., s. 104).

I forhold til lovtæksten er der i DDKM's oversættelse dels åbnet mulighed for, at ansvaret som kontaktperson kan deles mellem flere sundhedsprofessionelle. Dels er der indført et krav om udfærdigelse af lokale retningslinjer for udmøntningen af kontaktpersonordningen. Endelig er der indført krav om, at hospitalerne opstiller mål for og dokumenterer målopfyldelsen af kontaktpersonordningen.

Inklusionen af krav om en sundhedsfaglig kontaktperson i DDKM betyder endvidere, at manglende opfyldelse af kravene kan få en mere direkte konsekvens for hospitalerne. Manglende målopfyldelse medfører en risiko for, at hospitalerne ikke kan blive akkrediteret.

8.3.3 Hvad er problemerne i praksis?

I tråd med flere andre undersøgelser (se fx Implement 2009a, Andersen 2006, Fagan & Vámosi 2013, Region Midtjylland 2007) viser data fra denne undersøgelse, at kontaktpersonordningen i praksis ikke virker som tiltænkt. Hospitalspersonalet og ledere på afdelings- og hospitalsniveau giver generelt udtryk for, at de deler ambitionen om at styrke patienters oplevelse af kontinuitet i behandlingsforløb, men de problematiserer samtidig, at det i praksis sjældent er muligt at implementere kontaktpersonordningen, som den er tænkt. Samtidig anvendes der en del arbejdstid på at honorere målopfyldelsen på papiret.

8.3.3.1 Symbolsk målopfyldelse

Personalet omtaler typisk den nuværende udmøntning af kontaktpersonordningen som "noget, der foregår på papiret". Hermed henviser de til, at mens de formelt set lever op til krav om tildeling og dokumentation af kontaktpersoner, så gør dette typisk ikke nogen praktisk forskel for patienterne. Der er altså tale om en symbolsk målopfyldelse, hvor patienten stilles en personalekontinuitet i udsigt, som reelt ikke kan honoreres.

Sygeplejersker bemærker: "Det ser helt vildt flot ud, når vi laver audits på journalerne. Alle patienter har et [kontaktperson]kort. Men det er slet ikke sikkert, at det er den person, der ender med at være kontaktpersonen." Videre forklarer de, at de på afdelingen har opnået bedre auditresultater, fordi personalet er blevet opmærksomt på at udlevere kontaktpersonkort og registrere dette, men at de betragter denne forbedring som udtryk for "proforma"-kvalitet: "Et klassisk eksempel på, at det udadtil ser fint ud, men at det ikke har ændret noget i praksis". Sygeplejerskerne reflekterer over, at lovkravet om kontaktpersonordningen ikke har påvirket deres arbejde med at sikre kontinuitet i patientforløbene. Det er blot blevet til "en skal-opgave, som vi har løst ved at udlevere kortet ved modtagelsen og registrere det, for så får vi audit[-resultater] med 95 % [målopfyldelse]." Tildelingen af kontaktpersoner er med andre ord blevet et tomt kvalitetsritual.

Kreativiteten på hospitalsafdelingerne er generelt stor, når det handler om at sikre dokumentation for opfyldelse af akkrediteringsstandarder. For at leve op til kravet om at tildele patienter en kontaktperson inden for tidsfristen, er det på nogle afdelinger det modtagende personale, som konsekvent skriver sig på som kontaktperson, uagtet om de ser patienten i dennes videre forløb. En sygeplejerske forklarer, at de tidligere opnåede utilfredsstillende auditresultater, fordi patienter i kortvarige, ambulante kontrolforløb ikke konsekvent blev tildelt en kontaktperson. Imidlertid fandt de en løsning: "For at opnå 95 % [målopfyldelse] i audits på kontaktpersonordningen går vi i slutningen af dagen ind og søger på kontaktpersoner. Hvis patienten ikke har en kontaktperson, så knalder man lige sig selv ind som kontakt." Det betyder, at sygeplejersken figurerer som kontaktperson "for en hel masse patienter, som [hun] aldrig har mødt." Andre steder er det blevet en sekretæropgave at sikre patienters tildeling af kontaktpersoner ved at anføre mere eller mindre tilfældige navne på læger i patientjournalen. "Man kunne lige så godt skrive Anders And", som en sekretær konstaterer. Atter andre steder anfører personalet konsekvent den samme kontaktperson for alle patienter (eksempelvis afdelingssekretæren eller den specialeansvarlige overlæge), selvom de ikke er direkte involveret i patientbehandlingen. En leder forklarer således: "[Den specialeansvarlige overlæge] står på som kontaktperson for alle patienter – selvom han er på ferie."

For patienterne betyder den symbolske implementering af kontaktpersonordningen typisk, at de får information, så de kan komme i kontakt med *afdelingen*, men ikke nødvendigvis med *kontaktpersonen*, og at det er usikkert, om kontaktpersonen har indsigt i patientens forløb. En leder konstaterer, at kontaktpersonordningen i praksis er "snyd hele vejen igennem." Samstemmende konkluderer en chef fra et andet hospital, at dokumentation af målopfyldelsen ved kontaktpersonordningen er udtryk for "håbløs dokumentation", som foretages alene "for det politiske system".

Baggrunden for den symbolske målopfyldelse skal ifølge de lokale hospitalsledelser og hospitalspersonalet findes i de praktiske forudsætninger for arbejdstilrettelæggelsen på hospitalerne.

8.3.3.2 Praktiske forudsætninger for implementering af kontaktpersonordningen

I tråd med tidligere danske undersøgelser (se fx Andersen 2006, Fagan & Vámosi 2013, Björnsson 2007) peger hospitalspersonalet og de lokale ledelser på vagtplanlægning som en hovedudfordring for implementering af kontaktpersonordningen. Eftersom personalet på sengeafsnit typisk arbejder i treholdsskifte, og der skal afvikles ferie- og fridage, er det ifølge afdelingsledelserne sjældent muligt at garantere, at patienterne vil møde det samme personale gennem et indlæggelsesforløb. Andre problematiserer, at det med stigende produktivetskrav kan være vanskeligt at sikre tid til, at personalet telefonisk følger op med patienter efter endt indlæggelse. En sekretær konstaterer: "Vi tager imod besked [fra pati-

enterne], og så kan lægerne ringe tilbage, når der er hul i programmet – eller på deres kontordage, som lige er blevet frataget dem, fordi vi skal producere mere.” Med disse eksempler på organisatoriske udfordringer stiller de lokalt på hospitalerne spørgsmålstejn ved de praktiske muligheder for at leve op til indholdet i kontaktpersonordningen. Kun 17 ud af de 110 medvirkende sundhedsprofessionelle (fra fire forskellige medicinske og kirurgiske afdelinger) angav i en spørgeskemaundersøgelse, som Center for Kvalitet i Region Syddanmark gennemførte i 2008, at de oplevede en reel mulighed for at varetage funktionen som kontaktperson (Lindegaard & Qvist 2010).

Det betyder imidlertid ikke, at der ikke arbejdes på at sikre kontinuitet i patientforløb på sengeafdelingerne. Hospitalspersonalet og afdelingsledelser forklarer således, at de arbejder på at sikre personalekontinuitet via *behandlingsteams*. På den måde er der i praksis gennemgående personale i patientforløb; blot ikke den enkeltperson, der står på kontaktpersonkortet, og som er registreret i journalen. Andre forklarer, at de til særligt sårbare patienter tildeler en fast kontaktlæge, som patient og pårørende kan kontakte. Endelig er der i nogle afdelinger en sygeplejerske, som fast tager imod alle patienter ved indlæggelsen, uddeler relevante papirer og tager imod alle telefoniske henvendelser fra patienter til afdelingen. Erfaringen er ifølge en chef, at sygeplejersken kan svare på de fleste spørgsmål, og ellers hurtigt finde ud af, hvem det er relevant at viderestille til.

Uoverensstemmelsen mellem personalets forsøg på at opnå formel målopfyldelse og de praktiske muligheder for at skabe kontinuitet kan skabe vanskelige situationer i mødet med patienterne. Hospitalspersonalet problematiserer således, at man med den nuværende udformning af kontaktpersonordningen ”giver patienterne en forventning om en kontinuitet, som bare ikke er der.” De giver udtryk for, at de finder det ”nærmest pinligt at aflevere [kontaktperson-]kortet” og kommenterer, at de samtidig med udleveringen af kortet bruger tid på at forklare patienterne, at de i praksis ikke kan forvente at have én navngiven kontaktperson, men at de søger at skabe kontinuitet på andre måder, eksempelvis via kontaktteams. Selvom målopfyldelsen primært er symbolsk, er det altså tidskrævende for personalet, fordi der følger en opgave med at afstemme patientforventninger.

I afsnit, hvor personalets mødetider varierer mindre, og hvor patientforløb i højere grad kan planlægges (fx elektiv kirurgi), er det ifølge afdelingsledelserne, ofte muligt at sikre en fast kontaktperson for patienterne. Personalet på sådanne afsnit giver imidlertid udtryk for, at dokumentationskravet opleves som ”spild af tid”, fordi de i deres booking af besøgstider for patienter i forvejen tager højde for, hvilket personale der varetager forløbet. De stiller altså ikke spørgsmålstejn ved *indholdet* i kontaktpersonordningen, men ved *dokumentationskravet* og den tilhørende monitorering, som med DDKM er blevet knyttet til kontaktpersonordningen.

8.3.3.3 Monitoreringen indfanger ikke målet

På samme vis problematiserer en kvalitetsansvarlig, at den nuværende monitorering af kontaktpersonordningen ikke afspejler målet, nemlig at sikre tryghed og kontinuitet for patienterne:

Det vil være en glimrende ide, hvis man målte på, om patienter oplever at have en kontaktperson, frem for at måle på, om der er tildelt et navn. Modellen er skrivebordstænkt og bunder ikke i den kliniske hverdag. Der hopper kæden af. [...] Man måler ikke på det, der har klinisk relevans. Alle er enige om, at en kontaktpersonordning er en rigtig god ting – man måler bare på det forkerte.

Monitoreringen er desuden fejlbehæftet, kommenterer en sygeplejerske, eftersom der i de kvantitative opgørelser ikke skelnes mellem patienter og medindlagte ledsagere, selvom raske ledsagere ikke skal tildeles kontaktpersoner. En sygeplejefaglig leder konstaterer: "Det kan systemet ikke håndtere. [...] Det er sådan en systemfejl, man bliver frygtelig træt af." Problemet handler altså ikke blot om, at monitoreringen ikke indfanger målene, men også om, at datasystemerne ikke er udviklet, så der kan tages højde for irrelevante grupper at monitorere på.

Ifølge en kvalitetsansvarlig har de på hospitalet gjort opmærksom på u hensigtsmæssighederne til politiske beslutningstagere. Den kvalitetsansvarlige undrer sig imidlertid over, at de bliver mødt af politiske ambitioner om at afsætte ressourcer til at styrke opfyldelsen af de *eksisterende* mål, frem for at udvikle monitoreringsmodellen, så den afspejler de politiske målsætninger. Den kvalitetsansvarlige stiller sig skeptisk over for denne prioritering, eftersom det ikke er meningsfuldt at søge at opnå "god målopfyldelse på et dårligt mål." Den kvalitetsansvarlige foreslår i stedet at anvende datakilder, der i højere grad afspejler patienters og pårørendes oplevelse af, om der er en eller flere sundhedsfaglige personer tilgængelige for dem i deres forløb, som de kan rette spørgsmål til (fx via patienttilfredshedsundersøgelser).

8.3.3.4 Patienters oplevelser af kontinuitet

Med den nuværende udformning af kontaktpersonordningen og tilhørende monitorering er der ikke nødvendigvis en klar sammenhæng mellem formel målopfyldelse og patienternes oplevelse af kontinuitet. En gruppe sygeplejersker påpeger eksempelvis, at tilbagemeldingen fra patienterne til afdelingen i den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP) er, at de generelt er klar over, hvem de kan kontakte ved spørgsmål eller behov for opfølgning. "Er det ikke mere udtryk for kvalitet, end at vi har husket at skrive fem navne i journalen?" spørger en sygeplejerske. I tråd hermed viste spørgeskemaundersøgelsen, som Center for Kvalitet, Region Syddanmark, foretog i 2008, at der ikke nødvendigvis er en entydig sammenhæng mellem patienters viden om deres formelle kontaktperson og deres oplevelse af kontinuitet i deres behandlingsforløb. Ud af de 107 patienter, som deltog, var kun 25 vidende om, at de havde fået tildelt en kontaktperson, men 77 oplevede deres forløb som sammenhængende (Lindegaard & Qvist 2010).

8.3.4 Hvad kan man gøre?

I forhold til *indholdet* i kontaktpersonordningen kan det overvejes, hvorvidt der skal stilles et enslydende krav til alle hospitalsafdelinger om tildeling af én kontaktperson, eller der i stedet skal stilles krav om, at der på hospitalerne udarbejdes tiltag til sikring af *personalekontinuitet*. Eftersom kravet stammer fra national lovgivning og ikke DDKM, vil en eventuel ændring skulle adresseres på dette niveau.

Det er tidligere foreslået at afgrænse kontaktpersonordningen til patientforløb, som er særligt komplekse og/eller langvarige (Fagan & Vámosi 2013) eller at etablere *kontaktteams*, som deler ansvaret for at sikre kontinuitet i patientens forløb (Region Midtjylland 2007, s. 15). Det er ligeledes understreget, at kontaktpersonordningen ikke i sig selv løser mere gennemgribende organisatoriske problemer, som bidrager til at skabe fragmenterede patientforløb (Region Midtjylland 2007, s. 19-20). I forhold til at sikre bedre *organisatoriske forudsætninger* for personalekontinuitet i patientforløb er det blevet foreslået at arbejde med at ændre principper for vagtplanlægning – og fx sikre, at personalet på sengeafdelingerne har flere sammenhængende vagter (Fagan & Vámosi 2013).

Fremadrettet kan det også overvejes, hvorvidt det lovfæstede krav om kontaktpersoner skal indgå i DDKM. I DDKM sker der primært en tilføjelse af et monitoreringskrav, som ikke forekommer meningsfuldt for hospitalsmedarbejdere, ledere og kvalitetsansvarlige, og som muligvis allerede dækkes via eksempelvis LUP.

8.4 Screening for og opfølgning på livsstilsbetinget risiko (KRAM-screening)

8.4.1 Hvilket problem skal screeningen løse?

Siden 1990'erne har forebyggelse og sundhedsfremme opnået større sundhedspolitisk bevågenhed i Danmark, ofte italesat gennem behov for intervention over for usund livsførelse (se fx Regeringen 2002, Regeringen 2014). Den sundhedspolitiske debat skal ses i sammenhæng med øget forskningsmæssig fokus på såkaldte risikofaktorer, der på befolkningsniveau er koblet til større sandsynlighed for sygdomsforekomst og mere komplicerede behandlingsforløb. I en ambitiøs kortlægning af risikofaktorerens betydning for folkesundheden i Danmark konkluderer Statens Institut for Folkesundhed (SIF), at "årsager til sygdom er komplekse og multifaktorielle," men at det ikke desto mindre er "tydeligt, at rygning, uddannelsesniveau, alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usund kost og overvægt vejer tungt for de fleste mål for helbredsmæssige og økonomiske konsekvenser" (Juel, Sørensen & Brønnum-Hansen 2006, s. 17). Samtidig med dette fokus på *primær* eller borgerrettet forebyggelse, det vil sige tiltag, som skal reducere forekomsten af sygdom, har der inden for en række medicinske specialer længe været fokus på *sekundær* eller patientrettet forebyggelse, som skal reducere risikoen for komplikationer mv. ved allerede opstået sygdom.

I tråd hermed er formålet med standarden for forebyggelse og sundhedsfremme i DDKM at sikre, at patienter tilbydes forebyggelsesintervention i tilfælde, hvor deres livsstil kan påvirke udfaldet af patientforløbet negativt, og at patienter med livsstilsbetinget, sundhedsmæssig risiko i øvrigt vejledes om forebyggelsesmuligheder.

8.4.2 Hvad er kravet?

8.4.2.1 Forebyggelse og sundhedsfremme i DDKM

I DDKM lyder standarden, at "patienters sundhedsmæssige risiko vurderes på grundlag af livsstilsfaktorer" og "relevante patienter tilbydes intervention" (IKAS 2013, s. 159). "Livsstilsfaktorer" er forstået som "faktorer med relation til livsstilen, der har indflydelse på sundheden, herunder usund kost, rygning, uhensigtsmæssigt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet og stofmisbrug" (ibid., s. 159).

Det er specificeret, at sygehuset har "forpligtelse til at tilbyde en indsats, hvis livsstilsfaktorer udgør en risiko for patienten" – uanset om risikoen er af "direkte betydning for behandlingsresultatet", eller er af betydning for "patientens generelle helbredstilstand" (ibid., s. 159). I tråd hermed er formålet med risikovurderingen bredt formuleret, så det inkluderer både primær og sekundær forebyggelse.

Det fremgår desuden af standarden, at det ikke er et krav, at hospitalet selv leverer interventionerne, men at hospitalet har ansvar for at "informere patienter om konsekvenser af den livsstilsbetingede, sundhedsmæssige risiko" og "sikre, at patienten får tilbud om en relevant intervention" (ibid., s. 159).

I forbindelse med akkreditering vil hospitalerne vurderes på, a) hvorvidt der eksisterer en "politik for forebyggelse og sundhedsfremme", som beskriver mål og prioriterede indsatser, og hvordan de synliggøres over for medarbejdere, patienter og pårørende (indikator 1), b) hvorvidt der foreligger "retningslinjer for vurdering af sundhedsmæssig risiko hos patienter", der beskriver, hvordan hospitalet identificerer patienter, hvis livsstil har "betydning for resultatet af patientforløbet", eller "udgør en betydelig risiko for patienten" (indikator 2), c) hvorvidt der foreligger retningslinjer for gennemførelse af forebyggelsesinterventioner for patienter i risiko (indikator 3), d) hvorvidt patienter, hvis livsstil kan have betydning for resultatet af patientforløbet, tilbydes interventioner (indikator 4), e) hvorvidt øvrige patienter i risiko tilbydes intervention eller rådgivning om relevante forebyggelsestilbud (indikator 5), f) hvorvidt hospitalet arbejder systematisk med at opsætte mål for kvaliteten af forebyggelsesindsatsen og monitorerer målopfyldelsen minimum to gange i løbet af tre år via kvantitative eller kvalitative data (indikator 6), g) hvorvidt sygehuset reagerer med tiltag på eventuel manglende målopfyldelse (indikator 7) (ibid., s. 160).

Dermed stilles der med standarden indirekte krav om formalisering af forebyggelsesindsatser på hospitalerne gennem lokale politikker og vejledninger, systematisk vurdering af livsstilsbetinget risiko for alle patienter, samt systematisk dokumentation af risikovurdering og forebyggelsesindsatser for løbende at kunne monitorere og vurdere målopfyldelse. I Sundhedsaftaler mellem kommunerne og regionerne: Midtjylland, Syddanmark og Sjælland udbydes eksempelvis, hvordan sygehusene forpligtiger sig til at identificere patienter med forebyggelsesbehov og tilbyde relevant indsats, i henhold til standarden i DDKM (Region Sjælland & KKR Sjælland [U.å], Region Midtjylland og de 19 kommuner 2011, Region Syddanmark og de 22 kommuner 2011).

Kravene, som stilles til hospitalernes forebyggelses- og sundhedsfremme indsatser i DDKM, kan kun i meget begrænset omfang føres tilbage til andre regulative forskrifter. Af Sundhedsloven (kapitel 35, § 119, stk. 3) fremgår det, at sygehusene skal tilbyde patientrettet forebyggelse, samt rådgivning i forhold til kommunernes indsats (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a). Derudover har Sundhedsstyrelsen udgivet anbefalinger til sundhedsprofessionelle specifikt om alkohol og tobak i forbindelse med operationer. Men derudover har KORAs sporing ikke identificeret direkte lovkrav i forhold til identifikation af livsstilsbetinget risiko og forebyggelsesinterventioner på hospitaler.

8.4.2.2 Sundhedsstyrelsens anbefalinger

I Sundhedsstyrelsen anbefalinger til "det kliniske miljø" for operation og brug af alkohol og tobak hedder det, at "patienter med et dagligt alkoholforbrug på over fire genstande bør tilbydes alkoholrådgivning/-behandling med henblik på alkoholafholdenhed mindst fire uger før operation" for at reducere risikoen for postoperative komplikationer (Sundhedsstyrelsen 2012b). Ligeledes for at reducere risikoen for postoperative komplikationer anbefaler styrelsen, at rygere "bør tilbydes et rygestoptilbud med henblik på rygestop senest seks uger før operation" ved planlagt operation (ibid.). I dets forslag til implementering af anbefalingerne skriver Sundhedsstyrelsen, at ledelserne på hospitalsniveau "bør etablere et samarbejde med kommunerne for at sikre sammenhængende forløb for patienter vedrørende alkohol- og tobaksintervention i forbindelse med operation" (Sundhedsstyrelsen 2012a). Videre angiver styrelsen, at den behandlingsansvarlige læge "skal informere om risiko i forbindelse med eventuel operation og brug af alkohol/tobak" ved undersøgelser forud for eventuel operation og forundersøgelser til operation, "spørge ind til patientens brug af alkohol/tobak" og "ved behov informere" om rygestoptilbud eller alkoholrådgivning/-behandling (ibid.).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger er principielt set ikke direkte bindende for sundhedsprofessionelle, men kan få konsekvenser for sundhedsprofessionelle i forbindelse med eventuelle klagesager, hvor styrelsens anbefalinger typisk vil udgøre et grundlag, som professionelles handling vurderes i forhold til.

8.4.3 Hvad er problemerne i praksis?

På hospitalerne er hovedtanken i forhold til kravene om screening for og opfølgning på livsstilsbetinget risiko, at de er for bredt formuleret. Mens information om og intervention over for eksempelvis rygning, højt alkoholforbrug, manglende motion, usund kost og stofmisbrug af hospitalspersonalet ses som betydningsfuldt inden for nogle specialer, opfattes det i andre som mindre relevant. En chef forklarer således, at screening for kost-, rygning-, alkohol- og motionsvaner (KRAM-screening) "er interessant i nogle særlige [patient]grupper, hvor det har betydning", men at det som en generel intervention er "spild af tid" og "fjerner fokus" fra problemer, der opleves mere presserende for patienterne.

8.4.3.1 One size does not fit all

Inden for visse specialer har spørgsmål om patienters livsstil længe været en integreret del af udrednings-, behandlings- og genoptræningsforløb, fordi det indgår i de kliniske specialeselskabers vejledninger og/eller nationale referenceprogrammer. Det er eksempelvis tilfældet inden for kirurgiske specialer, hvor information om rygning og alkoholforbrug længe har været en integreret del af journaloptaget. På samme vis har opmærksomhed omkring rygning, kost og motion længe været en integreret del af den forebyggende behandling inden for kardiovaskulære specialer. En sygeplejerske forklarer, at arbejdet med forebyggelse og sundhedsfremme heller ikke på apopleksiafsnit har været væsentligt påvirket af DDKM, fordi det allerede var en etableret praksis. Sygeplejersken peger i stedet på nationale referenceprogrammer for apopleksi som den væsentligste påvirkning. I nogle specialer har kravene til forebyggelse og sundhedsfremme i DDKM altså ikke ført til væsentlige forandringer i den kliniske praksis, men blot medvirket til at formalisere en allerede etableret praksis.

I andre specialer giver hospitalspersonalet udtryk for, at det i bedste fald forekommer irrelevant og i værste fald uetisk at spørge detaljeret ind til patienters kost-, motions-, alkohol- og rygevaner samt eventuelt stofmisbrug. En gruppe sygeplejersker på en kræftafdeling giver eksempelvis udtryk for, at de oplever det som tidsspilde at udspørge patienter om kost- og motionsvaner, for "det har overhovedet ikke noget at gøre med den behandling, som jeg skal i gang med at give". Adspurgt om, hvad de bruger informationen til, svarer flere af sygeplejerskerne: "Ingenting. Til at skrive ind i systemerne – fordi vi skal." For personalet har screeningen med andre ord karakter af en *skal-opgave*, der løses for at tilfredsstille et administrativt system snarere end patienternes behov. En overlæge fra et andet hospital forklarer samstemmende, at det ikke opleves meningsfuldt at bruge ressourcer på audits af KRAM-screening på deres afdeling, hvor en stor del af patienterne er demente. Samtaler om kost, motion og alkohol forekommer malplaceret, fastslår overlægen, i situationer, hvor patient og pårørende kæmper med at få en hverdag til at hænge sammen under stadig vished om, at ægtefællens, forælderen, bedsteforælders funktionsniveau stadig svækkes. På samme vis fremhæver en chef, at kravene til vurdering af livsstilsbetinget risiko virker "irrelevante" i hospitalets akutmodtagelse. Chefen forklarer, at op mod halvdelen af patienterne i akutmodtagelsen er socialt udsatte, som kæmper med "helt andre problemstillinger": "Det er ikke rygestopkurser, de har brug for, når de ikke ved, hvor de kan sove næste nat." En leder giver et lignende eksempel: "Lørdag nat kl. 2, Brian kommer ind [på skadestuen], fordi han har været oppe og slås i sin brandert. Hvis jeg siger

til ham: Jeg synes, vi skal tale lidt om dit alkoholforbrug, så rydder Brian jo hele venteværelset." I situationer som disse, er det hospitalspersonalets opfattelse, at samtale om risikofaktorer af patienterne opleves som en provokation. Konsekvensen er, at de undlader at tage samtalen, for at undgå konfrontationer med patienter og pårørende.

I andre situationer oplever hospitalspersonalet det som direkte uetisk at udspørge patienter om livsstil. Ledere på en kræftafdeling forklarer således, at patienter, som er alvorligt syge af eksempelvis tyktarms- eller lungekræft, ofte er klar over, at rygning har været en medvirkende årsag. I de tilfælde fravælger personalet ofte at tage livsstilssamtaler med patienterne, forklarer lederne, fordi det "ikke giver værdi for patienterne" og kan opleves som "uetisk." Som en sygeplejefaglig leder fremhæver: "Det er uetisk at give sig til at tale rygestop og vægttab med en 80-årig kvinde, som skal dø af tyktarmskræft inden for et halvt år, [for] det kommer ikke til at gøre en forskel for patienten. Tværtimod skal hun have fokus på sin livskvalitet [...] frem for at føle skyld og skam." I sådanne situationer, hvor personalet frygter, at deres spørgsmål om patienternes livsstil kan bibringe patienterne følelser af skyld og skam, undlader de typisk at udføre risikovurderingen for ikke at skade relationen til patienter og pårørende.

Kravet om at udføre screening for livsstilsbetinget risiko for alle patienter kan dels henføres til den brede definition af forebyggelse i DDKM, dels til regionale retningslinjer for forebyggelse og sundhedsfremme. I retningslinje om patientrettet sundhedsfremme og forebyggelse i en af regionerne fremgår det eksempelvis, at den behandlende læge systematisk skal afdække patienters behov for forebyggelsesindsatser, ved en screening af KRAM-faktorerne, og at målgruppen for patientrettet forebyggelse og sundhedsfremme er *alle* patienter med risiko for livsstilssygdomme. I en anden region fremgår det ligeledes af en regional retningslinje om forebyggelse og sundhedsfremme for patienter, at det er målet, at *alle* patienter i risiko skal screenes for KRAM-faktorer, men der er ingen afgrænsning eller definition af, hvilke patienter der kan siges at være *i risiko*.

På afdelingsniveau ses der desuden eksempler på, at krav til udspørgen af patienter om livsstil yderligere detaljeres; bl.a. med krav om dokumentation af samtale om patienters rygestatus, dagligt tobaksforbrug og pakkeår²⁴, uden at der er beskrevet mulighed for afvigelse eksempelvis for patienter i palliativ behandling.

I forhold til patienternes oplevelse af screeningen har en pilottestning af et værktøj til systematisk screening af patienter for risikofaktorer i overensstemmelse med kravene i DDKM vist, at lidt under halvdelen af de adspurgte patienter (44 %) var positive over for at blive spurgt om deres livsstil (Sundhedsstyrelsen 2011).

8.4.3.2 Begrænsede handlemuligheder

DDKMs standard om forebyggelse og sundhedsfremme lægger op til, at hospitalspersonalet har ansvar for at sikre patienter tilbud om både primær og sekundær forebyggelse. Imidlertid blev ansvaret for primær forebyggelse formelt placeret i kommunerne med strukturreformen i 2007, mens regionerne fortsat har ansvar for den sekundære, patientrettede forebyggelse. Både ledelser, kvalitetsansvarlige og personale stiller derfor spørgsmålstejn ved, om ansvaret for at foretage generel risikovurdering af patienter og sikre patienter adgang til almene forebyggelsestilbud er korrekt placeret på hospitalerne. Hospitalspersonalet fremhæver, at deres interventionsmuligheder i praksis er meget begrænsede. De forklarer, at de under patienternes ophold på hospitalet typisk kan tilbyde nikotinplaster og alkohol abstinensbehandling men ikke deciderede forebyggelsesinterventioner, og at de ved udskrivning kan tilbyde

²⁴ Måleenhed for livstidsdosis tobak.

information, men ikke formelt henvise patienter til forebyggelsestilbud i kommuner og almen praksis.

Desuden oplever hospitalspersonalet det tidskrævende at finde ud af, hvilke forebyggelsestilbud der findes i de mange forskellige kommuner og lægepraksis, de skal samarbejde med. En kvalitetsansvarlig forklarer således: "Vi samarbejder med så mange kommuner. Det er uoverskueligt at have styr på deres forskellige tilbud. Hvis du ser, hvad de kan tilbyde på Sundhed.dk, er det håbløst at finde rundt i." En kvalitetsansvarlig problematiserer i forlængelse heraf, at det opleves som en "diffus besked" til patienten, hvis personalet blot opfordrer dem til at henvende sig til egen læge eller deres kommune, men at de på den anden side kan "bruge uanede mængder af tid" på at opnå overblik over de forskellige forebyggelsestilbud og regler for adgang, der er i de enkelte kommuner.

I den føromtalte pilottestning af KRAM-screeningsværktøjet påpeges det da også, at det bør genovervejes, hvorvidt systematisk screening af patienter for risikofaktorer er mere relevant at gennemføre i primær- end i sekundærsektoren (Sundhedsstyrelsen 2011, Sundhedsstyrelsen 2009).

8.4.4 Hvad kan man gøre?

Det kan i lyset af den aktuelle opgavefordeling mellem regioner og kommuner på forebyggelsesområdet overvejes, hvorvidt der fremadrettet skal stilles krav om screening og opfølgning på livsstilsrelateret risiko for alle patienter. Eftersom kravet kan henføres både til DDKM, regionale og lokale retningslinjer, skal en revision af kravet adressere alle disse niveauer.

8.5 Ernæringscreening

8.5.1 Hvilket problem skal ernæringscreening løse?

Patienters ernæring og kostforplejning har med jævne mellemrum været taget op som et landspolitisk tema (Regeringen 2002, Koch, Weiss, Lassen et al. 2005, s. 27-28). Politiske ønsker om at forbedre kosten på landets hospitaler har været informeret via kritisk medie-debat (Lassen et al. 2005, s. 25), og en række publikationer, som har påpeget vigtigheden af ernæring for varigheden af patienters sygdomsforløb og deres mulighed for at komme sig (Pedersen & Ovesen 2009, Sundhedsstyrelsen 2008), har understreget at underernæring forekommer blandt en betydelig andel af de indlagte patienter (Kondrup et al. 2002, Levnedsmiddelstyrelsen 1997), og at kun en mindre andel af disse får deres ernæringsbehov dækket under indlæggelsen (Kondrup et al. 2002, Almdal et al. 2003, Beck, Rasmussen & Ovesen 2000, Lassen 2001, Stellfeld & Gyldendorff 1988). Det skal bemærkes, at langt de fleste af disse undersøgelser er foretaget blandt ældre, medicinske patienter. Samtidig konkluderer en række undersøgelser, at det er muligt at øge patienters fødeindtag gennem ernæringsinterventioner (Lassen et al. 2005, Sundhedsstyrelsen 2008, Kondrup et al. 2003, Stratton, Green & Marinos 2003), fx ved at servere energi- og proteintætte måltider og hyppige mellemmåltider og ved at assistere ældre patienter ved måltiderne (Lassen et al. 2005, s. 34). I lyset heraf kan styringsmæssige krav om ernæringscreening og -opfølgning på hospitaler ses som et ønske om at fremme helbredelsesmuligheder og reducere indlæggelsestiden for patienter i ernæringsmæssig risiko.

8.5.2 Hvad er kravet?

Der foreligger ikke noget lovkrav i forhold til ernæringscreening, men vejledninger fra myndigheder til sundhedsprofessionelle om ernæring.

8.5.2.1 Vejledninger om ernæring

I både Sundhedsstyrelsens vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko samt Fødevarestyrelsens anbefaling om dansk institutionskost (Pedersen & Ovesen 2009), angives det, at "sygehusledelsen har ansvaret for, at der er en overordnet mad- og måltidspolitik, samt at indsatsen forankres organisatorisk", mens "afdelingsledelsen er ansvarlig for, at mad- og måltidspolitikken implementeres, og for at sikre, at alle nyindlagte patienter orienteres om sygehusets mad- og måltidspolitik" (Pedersen & Ovesen 2009, s. 66). Videre angives det, at "lægen" løbende skal "vurdere patientens ernæringstilstand og ordinere patientens kost" og har ansvar for at "motivere afdelingens personale" til at betragte ernæring som "et nødvendigt led i patientens samlede behandling", mens "sygeplejersken er ansvarlig for, at patienten tilbydes mad og drikke, som passer til patientens behov og ønsker", at sikre, at "patienten spiser og drikker tilstrækkeligt hver dag", og at foretage "daglig observation af patientens kostindtagelse" (ibid., s. 66).

Sundhedsstyrelsen skriver i sin vejledning om screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko, at der foretages en "primær screening" inden for de første 24 timer af alle patienter, som ikke er i et terminalt forløb (Sundhedsstyrelsen 2008, s. 8-9). Hvis patienten enten har BMI < 20,5, har haft nyligt vægttab, nedsat kostindtag eller svær sygdom (stress-metabol), betragtes patienten som en risikopatient, og styrelsen skriver, at der foretages en "sekundær screening" som mere detaljeret kortlægger ernæringsbehovet. Hvis patienten ikke vurderes at være i ernæringsmæssig risiko, bør der ifølge styrelsen overvejes en forebyggende kostintervention og foretages "ugentlig rescreening" (ibid., s. 8-9). For risikopatienter, som udskrives inden for to døgn, angiver styrelsen, at screeningsresultatet skal dokumenteres i epikrisen med besked til primærsektoren om opfølgning (ibid., s. 12). Overstiger indlæggelsen to døgn, skriver styrelsen, udarbejdes der en behandlingsplan (behandlingsmål, behovsvurdering, kostform, monitorering af kostindtag og vægtudvikling) (ibid., s. 8-9). Styrelsen skriver videre, at resultatet af interventionen skal vurderes via vejning tre gange ugentligt og ved daglig beregning af energi- og proteinindtag (ibid., s. 17). Ved tilfredsstillende kostindtag og vægt, angiver styrelsen, at den sekundære screening gentages for at bestemme, hvorvidt patienten fortsat skal betragtes som risikopatient (ibid., s. 8-9). Hvis patienten ikke længere er at betragte som risikopatient foretages ugentlig genscreening; ellers skal årsagen til manglende effekt udredes, og monitoreringen af kostindtag og vægt fortsættes (ibid., s. 19). Udskrives patienten før interventionen er afsluttet med tilfredsstillende resultat, skal der ifølge styrelsen gives forslag til opfølgning i udskrivningsbrevet.

Af Sundhedsstyrelsens vejledning fremgår også *dokumentationskrav*, idet det anbefales, at resultater af primær screening, sekundær screening, behandlingsplan, monitorering og genscreeninger noteres i journalen.

Manglende efterlevelse af Sundhedsstyrelsens og Fødevareministeriets vejledninger kan få konsekvens for sundhedsprofessionelle i forbindelse med eventuelle klagesager, hvor retningslinjerne typisk vil udgøre det grundlag, professionel handling vurderes i forhold til.

8.5.2.2 Oversættelsen i DDKM

I DDKM lyder standarden, at "patienters ernæringsmæssige risiko vurderes, og de får en tilpasset ernæring" (IKAS, 2013 s. 153). Det er specificeret, at målgruppen involverer både

”underernærede”, ”fejlernærede”, ”normalvægtige” og ”overvægtige” personer i alle aldersgrupper, og at risikoen fastlægges via ernæringscreening (ibid., s. 153).

I forbindelse med akkreditering vil hospitalsafdelingerne vurderes på, a) hvorvidt der foreligger retningslinjer for ernæringscreening, der som minimum beskriver ansvar og opgavefordeling for ernæringscreening, screeningsværktøjet, hvilke patientgrupper der er omfattet, hvordan screeningen dokumenteres samt stiller krav om ernæringsplaner for alle i ernæringsmæssig risiko (indikator 1), b) hvorvidt der foreligger retningslinjer for ernæring og opfølgning for patienter i ernæringsmæssig risiko, der som minimum beskriver ansvar og opgavefordeling for ernæringsplan og opfølgning herpå, hvordan behovet for protein og energi vurderes, ordination af kostform, hvordan kostindtag og vægtudvikling monitoreres, og på hvilke indikationer ernæringsplanen skal justeres (indikator 2), c) hvorvidt der foretages ernæringscreening i overensstemmelse med retningslinjerne (indikator 3), d) hvorvidt patienter i ernæringsmæssig risiko tilbydes relevant intervention, idet der i interventioner skal skelnes imellem, hvorvidt risikoen har direkte betydning for behandlingsresultatet (indikator 4), e) hvorvidt plan for ernæring og opfølgning dokumenteres i journalen (indikator 5), f) hospitalet arbejder systematisk med at opsætte mål for kvaliteten af indsatsen for patienter i ernæringsmæssig risiko og monitorerer målopfyldelsen minimum to gange i løbet af tre år via kvantitative eller kvalitative data (indikator 6), g) hvorvidt sygehuset reagerer med tiltag på eventuel manglende målopfyldelse (indikator 7) (ibid., s. 154).

I forhold til retningslinjerne fra Sundhedsstyrelsen og Fødevareministeriet er der i DDKM dels indført krav om udfærdigelse af *lokale* retningslinjer for ernæringscreening og opfølgning i tillæg til de nationale vejledninger. Dels er der indført krav om, at hospitalerne opstiller mål for og dokumenterer målopfyldelsen for ernæringsindsatsen. Endelig er det i DDKM specificeret, at hospitalerne har ansvar for, at patienter i ernæringsmæssig risiko tilbydes en relevant ernæringsmæssig indsats, men ikke selv behøver at levere denne indsats, hvis der indgås aftaler med andre parter herom (ibid., s. 153).

Manglende opfyldelse af standarden i DDKM kan få betydning for hospitaler via anmærkninger i forbindelse med akkreditering.

8.5.3 Hvad er problemerne i praksis?

På hospitalerne anerkender de lokale ledelser og ansatte vigtigheden af at sikre tilstrækkelig ernæring til patienter i risiko for under- og fejlernæring, men de problematiserer, at muligheden for at sikre passende opfølgning varierer.

8.5.3.1 One size does not fit all

På nogle afdelinger har ernæringscreening længe været en fast del af de undersøgelser, som skal foretages ved indlæggelse af patienter, fordi de pga. deres sygdom kan have udviklet problemer med at synke og spise (fx efter blodprop i hjernen, apopleksi). På de afdelinger opfattes ernæringscreening typisk ikke som et enkeltstående krav, men som en integreret del af udredningen. Derfor giver de sundhedsprofessionelle her udtryk for, at kravene til ernæringscreening er fagligt meningsfulde.

På andre afdelinger bliver kravene oplevet som mindre klinisk relevante. Det er typisk på afdelinger, hvor patientforløbene er korte, og personalet har begrænset mulighed for at følge op med relevante interventioner. Det er eksempelvis tilfældet inden for elektiv behandling og på akutmodtagelser – og andre afdelinger, hvor indsatsen primært er koncentreret om livreddende og stabiliserende behandling. På disse afdelinger forklarer personalet, at de bruger betydelig tid på at ernæringscreenere og kostregistrere patienter uden at

kunne nå at følge op på eventuelle ernæringsproblemer, før patienterne udskrives. Som en kvalitetsansvarlig bemærker: "Mange af de patienter, vi har [på afdelingen], er her halvanden til fire dage. Vi kan lige nå at få dem vejret, de spiser nogle få måltider, og så er de ude igen." Sundhedsstyrelsens retningslinjer angiver, at der kan ske opfølgning på ernæringscreening i primærsektoren. Imidlertid udskrives patienter i den elektive kirurgi typisk til eget hjem. Personalets interventionsmulighed er i de situationer at informere patienter om vigtigheden af sund og varieret ernæring for helingsprocessen. Den kvalitetsansvarlige problematiserer videre, at kosten i hospitalskøkkenet som standard er beriget svarende til sygehuskost, og at den reelle interventionsmulighed for personalet derfor består i at tilbyde supplerende proteindrikke. "Behøver vi dokumentere, hvilken kosttype patienterne skal have, når de kun kan få sygehuskost?" spørger den kvalitetsansvarlige. Endelig fremfører personalet, at det i korte, kirurgiske patientforløb, hvor patienterne skal faste forud for operation, kan være vanskeligt for personalet at time en ernæringsindsats – særligt eftersom diætister typisk kun er til stede for rådgivning i visse tidsrum på hospitalerne. En sygeplejerske konstaterer: "Taget i betragtning, hvor mange vi screener, og hvor lidt vi gør ved det, så er det omsonst. Det er *fluebens* kvalitet. Tjek – vi har gjort det." På baggrund heraf fastslår en sygeplejefaglig leder, at kravet om ernæringscreening og opfølgning ikke opleves meningsfuldt i den elektive kirurgi (dvs. planlagt, kirurgisk behandling), fordi det typisk ikke gør nogen praktisk forskel for patienterne.

På det pågældende hospital, er det i en retningslinje for ernæringscreening beskrevet, at afdelingerne kan undtage visse patientgrupper fra ernæringscreening, hvis de vurderes til ikke at være i ernæringsmæssig risiko. Den afdeling, som den kvalitetsansvarlige kommer fra, har dog ikke i afdelingsvejledningen gjort brug af denne lempelse. Desuden er der i hospitalets retningslinje ikke krav om, at patienter skal have udarbejdet en ernæringsplan, hvis de er indlagt i mindre i tre døgn. De skal blot screenes, og screeningsresultatet skal videregives til primærsektoren. Denne undtagelse er imidlertid ikke videreført i afdelingens egen retningslinje. Det kan tyde på, at medarbejdernes opfattelse af, at de også skal intervenere over for patienter i meget korte forløb kan skyldes, at de mange oversættelser af kravene i retningslinjer på flere niveauer gør det vanskeligt for personalet at overskue, hvilke krav der gælder.

På medicinsk afdeling er det funktionsafhængigt, hvor meningsfuld ernæringscreeningen opleves at være, men også her har de ofte meget korte indlæggelser. Derudover giver flere sygeplejersker udtryk for, at hverdagen er så tidspresset, at de ikke har tid til både at screene, dokumentere og handle på screeningerne.

Vi har et klinisk blik og kan se på patienten, om de er i ernæringsrisiko og bruge vores faglighed. Nogle gange skal man vælge mellem at lave en ernæringscreening eller give patienten proteindrik eller den kost, de har brug for. Så prioriterer vi, og så sker det ikke [screening], hvor vi får et gok fra vores ledelse, for så bliver vi ikke akkrediteret. Det virker så langt væk, at man ikke kan udføre handlinger, fordi man skal dokumentere hele tiden. Mange af vores patienter er kronikere – nogen af dem kommer hver uge. Skal de screenes hver gang? Eller kunne man bruge dem fra sidste gang? Eller kunne screeningerne være en lægeordination? (Sygeplejerske)

For de palliative patienter oplever sygeplejerskerne også, at mange screeningskrav mister mening. "Hvorfor skal jeg ernæringscreenes en patient, som er i et terminalt forløb?" spørger en sygeplejerske eksempelvis og forklarer videre, at screening af en sådan patient selvfølgelig vil resultere i værdier, som falder uden for normalområdet. "Det måler jeg så uge efter uge og dokumenterer troligt!"

Adspurgt om, hvorfor de ikke undlader at foretage ernæringscreening i situationer, hvor de vurderer, at det ikke gør nogen praktisk forskel for patienterne, svarer en sygeplejefaglig leder: "Fordi vi bliver målt på det." Videre bemærker en sygeplejefaglig leder, at de fra hospitalsledelsen oplever et pres for at overholde screenings- og dokumentationskravet. Et par af hendes kolleger forklarer supplerende, at de har gjort opmærksom på problematikkerne om ernæringscreening til hospitalets centrale kvalitetsorganisation, men er blevet mødt af meldinger om: at det er en centralt fastsat målsætning, som de *skal* leve op til; at de som sygehus bliver målt på de givne kvalitetsparametre; og at dårlige måltal vil signalere dårlig kvalitet. "Derfor gør vi det bevidstløst, selvom det ikke giver mening", konstaterer en leder. Monitoreringen bevirker altså ifølge den sygeplejefaglige leder en forholdsvis rigid implementering af screeningskravene, hvor hensynet til målopfyldelse synes at veje tungere end personalets kritiske refleksion over patienters screenings- og interventionsbehov.

I det pågældende hospitals vejledning om ernæringscreening er det beskrevet, at patienter indlagt i mindre end 24 timer, terminale patienter, samt patientgrupper, som vurderes ikke at være i ernæringsmæssig risiko, og som er klart defineret i afdelingsretningslinjerne, kan blive undtaget for ernæringscreening. Den mulighed for lempelse ser imidlertid ikke ud til at være slået igennem på afdelingsniveau. Imidlertid kan medarbejdernes opfattelse af, at de systematisk skal screene alle patienter muligvis også henføres til hospitalets monitoreringskrav. Målopfyldelsen af ernæringscreeningen bliver på hospitalet vurderet ud fra journalaudits, hvor monitoreringskravet er, at det i 90 % af journalerne skal være dokumenteret, at ernæringscreeningen er gennemført. Hvis ikke det er gennemskueligt for personalet, hvornår en patient er fritaget fra screeningen, eller det ikke opleves som muligt at dokumentere i journalen, at patienten falder uden for screeningskategorien, kan det medføre, at ernæringscreeningen gennemføres på *alle* patienter, for at efterleve monitoreringskravet.

8.5.3.2 Monitoreringsmodellen understøtter ikke klinisk handling

Selv på afdelinger, hvor relevansen af ernæringscreening ikke betvivles, stiller hospitalets personale sig kritisk over for den aktuelle monitorering af ernæringsindsatsen. Sygeplejersker oplever, at de i audits alene vurderes på, hvorvidt screeningen er udført, men ikke hvilken mad patienterne har fået. Det vil sige, at det ikke vurderes, hvorvidt screeningen følges af passende handling, og at monitoreringen dermed ikke stimulerer til anden læring end påmindelser om, at personalet skal huske at screene. På samme vis problematiserer en kvalitetsansvarlig, at de ikke ved, om patienten i praksis får den ernæring, de har behov for, eftersom de måler på *proces* og ikke *resultater*.

8.5.4 Hvad kan man gøre?

Det kan overvejes, hvorvidt krav om systematisk screening for ernæringsproblemer samt monitorering heraf skal indgå i DDKM, eller om det dækkes adækvat af gældende lovgivning. Via DDKM tilkommer der krav om udarbejdelse af lokale retningslinjer og monitorering af ernæringscreening, men uden at personalet oplever, at dette giver indsigt i eller fremmer handlemuligheder i forhold til patienternes ernæringsproblemer. Desuden kan det indskræpes i lokale retningslinjer, at personalet har mulighed for at differentiere i forhold til patienternes vurderede behov for ernæringscreening, eftersom denne mulighed ikke synes at være tilstrækkeligt udnyttet i dag.

8.6 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

8.6.1 Hvilket problem skal krav om patientobservation løse?

Som følge af styrkede behandlingsmuligheder i den primære sundhedssektor og generelle forkortelser af indlæggelsestiden på hospitaler, ses en tendens til, at sygeligheden og plejehøvet større end tidligere, når patienter indlægges (Nielsen et al. 2009). Samtidig viser danske undersøgelser, at indlagte patienter i flere tilfælde ikke monitoreres tilstrækkeligt til, at personalet tidligt kan opdage kritisk forværring af sygdom, at personalet ikke er fortrolige med fortolkningen af vitale værdier (eksempelvis respirationsfrekvens, iltmætning, blodtryk, puls, temperatur), og at der derfor ikke sættes ind med passende handling ved kritiske observationsfund (Nielsen et al. 2009, s. 4-6, Fuhrmann et al. 2008, Fuhrmann et al. 2009, Fuhrmann et al. 2009). Det kan medføre forværring af patienters tilstand og potentielt resultere i overflytning til intensiv afdeling (McGaughey et al. 2007, McQuillan et al. 1988), hjertestop eller død (Goldhill et al. 1999).

Flere chefer og overlæger kæder mangelfulde patientobservationer og utilstrækkelige reaktioner på kritiske observationsfund sammen med ændringer i sygeplejerskeuddannelsen. De foreslår, at systematisk observation og monitorering af vitale værdier har fået mindre plads på sygeplejestudiet, og at nyuddannede sygeplejersker derfor ikke altid er klædt tilstrækkeligt på til at måle og reflektere over vitale værdier og på den baggrund udføre faglige skøn. En lægefaglig chef konstaterer eksempelvis: "Vi havde sundhedspersoner, der godt kunne finde ud af at måle puls, men de anede ikke, hvad de skulle bruge den til." På den baggrund italesætter de krav om systematisk patientobservation som en tilbagevendende til "gamle sygeplejerskedyder."

8.6.2 Hvad er kravene til personalet, og hvor stammer de fra?

Autorisationsloven (kapitel 5, § 17) anfører generelt, at autoriserede sundhedspersoner er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af deres virksomhed (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011). Men sundhedsmyndighederne har ikke fastsat specifikke krav til hospitalspersonale om overvågning af patienter og dokumentation af vitale værdier. Sådanne krav fremgår imidlertid af DDKM.

8.6.2.1 Den Danske Kvalitetsmodel

I DDKM lyder standard 2.10.1, at "patienter observeres, så forværring af deres tilstand identificeres tidligt i forløbet" (IKAS 2013, s. 138). Det skal bidrage til at forebygge alvorlige komplikationer ved at muliggøre hurtig indgriben på "alle afdelinger, der er involveret i behandling af patienter" (ibid., s. 138).

I forbindelse med akkreditering vil hospitalerne blive vurderet på, a) hvorvidt der foreligger retningslinjer på afdelingsniveau, der som minimum beskriver, hvem der har ansvar for overvågning/monitorering af patienter, hvilke parametre der skal observeres og dokumenteres, kriterier for, hvornår en patients tilstand kan siges at være kritisk forværret, og hvem der skal tilkaldes ved kritisk forværring (indikator 1), b) hvorvidt patienter observeres i overensstemmelse med retningslinjerne (indikator 2), c) hvorvidt der reageres i overensstemmelse med retningslinjerne, ved kritisk forværring (indikator 3) (ibid., s. 138).

Det er specificeret, at der er "stor forskel på, hvilke typer overvågning/monitorering, der er behov for" alt efter, hvilken patientgruppe der er tale om, hvorfor retningslinjerne skal tilpasses den enkelte afdeling.

I DDKM er det altså ikke fastlagt, *hvordan* patienter skal observeres, men der indgår krav om, at afdelingerne skal udarbejde lokale retningslinjer herfor, som skal efterleves af medarbejderne.

8.6.2.2 Retningslinjer for Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom

På flere afdelinger tages der udgangspunkt i en klinisk retningslinje med tilhørende observationsskema og handlingsalgoritme, som er udviklet på Aarhus Sygehus i forbindelse med projekt Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom hos voksne indlagte patienter (TOKS). Intentionen med projektets observationskema har været at virke som "et støtteredskab til det kliniske blik og den sunde fornuft," der kan bidrage til at sikre løbende, kritisk stillingtagen til den enkelte patients tilstand med udgangspunkt i vitale værdier (Nielsen et al. 2009, s. 4).

Retningslinjen er målrettet indlagte patienter over 18 år, der ikke er indlagt direkte på et intensivafsnit. Det anbefales i retningslinjen, at alle indlagte patienter systematisk får målt, scoret og dokumenteret vitalværdier og totalscore minimum hver 24. time, medmindre andet er ordineret, samt at det dokumenteres, hvordan der er fulgt op på målingerne med handling. Det fremhæves endvidere i retningslinjen, at det er essentielt, at personalet skal være uddannet i observation af vitale værdier, scoring af vitale værdier, dokumentation af vitale værdier og i at handle på observerede ændringer i de vitale værdier, og at anvendelsen af observations- og scoresystemer skal ses som et supplement til den sundhedsprofessionelles viden og erfaring. Mens de i regionerne Midt, Nord og Syd anvender betegnelsen TOKS, anvender de i Region Hovedstaden Early Warning Score (EWS)²⁵, og i Region Sjælland BOS²⁶.

8.6.3 Hvad er problemerne i praksis?

Generelt gav hospitalsmedarbejderne og de lokale ledelser udtryk for, at det er fagligt meningsfuldt at stille krav om systematisk observation af patienter for at opdage eventuelle forværringer i deres tilstand tidligt i forløbet. De forklarer, at kravet har bidraget til at sikre systematik omkring måling af vitale værdier samt klare retningslinjer for, hvornår plejepersonalet skal tilkalde lægehjælp. Videre fremhæver de, at registreringerne af vitale værdier kan være direkte brugbare i patientbehandlingen og udgør vigtig information for personalet ved overflytning af patienter mellem afdelinger. Endelig nævner de, at eksplicite krav medvirker til at gøre det legitimt for plejepersonalet at tilkalde lægehjælp til vurdering af kritiske observationer. Nogen forholder sig imidlertid kritisk til brugen af standardiserede scoringssystemer og handlingsalgoritmer.

8.6.3.1 Standardiseret handlingsalgoritme

En gruppe sygeplejersker på en afdeling, hvor patienterne typisk er indlagt i månedslange rehabiliteringsforløb, problematiserer, at kravet om dagligt at måle, score og dokumentere vitale værdier for alle patienter forekommer overdrevet, når patienterne er i et stabilt for-

²⁵ EWS skal udføres på alle indlagte patienter over 16 år, bortset fra døende, "ambulante" (fx patienthotelgæster), patienter som i forvejen bliver monitoreret hele tiden (fx ved akut koronar syndrom) og patienter i akutmodtagelsen. Scoring skal ske hver 12. time, evt. hyppigere, alt efter hvor højt man scorer. Der måles på: Respirationsfrekvens, Saturation, Tilskud af ilt (anføres som liter/min.), Puls, Blodtryk – systolisk og diastolisk, Bevidsthedsniveau, Temperatur.
<http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html>

²⁶ Gælder samme patientkategorier som i Region Hovedstaden, dog udelades også gravide og fødende. Ellers måles alle andre, mindst hver 12. time og evt. hyppigere alt efter scoring. Der måles på Respirationsfrekvens, Saturation, Temperatur, Blodtryk, Puls, Bevidsthedsniveau.
<http://dok.regionsjaelland.dk/dokument.asp?DokID=178727&q=bos>

løb. På en anden afdeling bemærker personalet, at det for patienter i palliative forløb kan være vanskeligt at afgøre, hvornår de tætte observationer skal ophøre.

Atter andre steder forklarer personalet, at en del af patienterne konsekvent vil have værdier, der falder uden for det definerede normalområde i de beslutningsstøtteredskeer, de skal benytte, simpelthen fordi det er en del af sygdomsbilledet. I de tilfælde skal plejepersonalet typisk kontakte en læge, som kan diktere, hvornår der i stedet skal reageres.

Det betyder, at en del personale ikke anvender scoringen og den tilknyttede handlingsalgoritme, fordi de vurderer, at redskeerne ikke er passende for den givne patientgruppe (fx hjerte-, lunge- og leverpatienter). Som en sygeplejerske konstaterer: "Vores patienter ligger altid skævt med respiration og saturation, så vi reagerer ikke, når de fx er under 90 procent. Vi ringer ikke til ilt-teamet." En leder tilføjer: "Når patienten scorer højt, skal der ringes efter en læge, der kan lave en vurdering. Men otte timer senere er patienten gået hjem – for det er helt normalt for den type patienter." Derfor følger personalet sjældent retningslinjen i de situationer, men dette stiller personalet i en juridisk sårbar situation ved eventuelle klagesager.

Om end det kan være positivt, at fx unge sygeplejersker nu har et pejlemærke på, hvornår de skal ringe til den vagthavende læge, kan de potentielt mange opringninger (qua de mange kronisk skæve værdier) også udgøre en risiko, konstaterer flere læger: "Det er som med Peter og Ulven – man risikerer at overse de tilfælde, hvor det virkelig er galt."

Kravene om at benytte standardiserede scoringsredsker og tilhørende handlingsalgoritmer stammer ikke fra DDKM, men må afspejle lokale retningslinjer, der eksempelvis er inspireret af projekt Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom. De standardiserede redskeer er ikke nødvendigvis klinisk meningsfulde for alle patientgrupper, som personalet indikerer, men når krav til brugen er indføjret i afdelingens retningslinjer, vil de udgøre det grundlag, som personalets handling vurderes ud fra – både i forbindelse med akkreditering og eventuelle klagesager. Mens det i den kliniske retningslinje, der er udviklet i forbindelse med projekt Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom, er specificeret, at de standardiserede beslutningsstøtteredskeer netop skal være en støtte, der *supplerer* de sundhedsprofessionelles viden og erfaring, så er denne tolkning ikke nødvendigvis videreført lokalt på de enkelte afdelinger.

8.6.3.2 Monitorering følges ikke nødvendigvis af adækvat handling

Der ses på hospitalsniveau fortsat problemer med mangelfuld reaktion på kritiske observationsfund *på trods af*, at anvisninger om monitorering af vitale værdier er fulgt. En kvalitetsansvarlig forklarer således, at de på hospitalet fortsat ser eksempler på patienter, som "sander til" og ikke modtager den fornødne hjælp – uanset om de har været TOKS-screenet eller ej. De kan ifølge chefen iagttage, at handlingen stopper ved udførelsen af screeningen, men de ved ikke hvorfor, der ikke er reageret på værdierne. Nogle taler om "TOKS-blindhed" til beskrivelse af det paradoks, at de systemer, der skulle gøre det lettere for personalet at handle, *ikke* leder til handling. Andre bifalder ikke begrebet, fordi observationskravene ifølge dem har reddet patientliv. Ifølge den kvalitetsansvarlige er problemet ikke observationskravene og beslutningsstøtteredskeerne i sig selv, men at den sundhedsfaglige viden og handling ikke kommer i spil *sammen* med dem. For den kvalitetsansvarlige kan de standardiserede redskeer ikke *erstatte* det kliniske blik; de skal *understøtte* det kliniske blik. Men hvis de *stopper* det kliniske blik, reflekterer den kvalitetsansvarlige, er det uhensigtsmæssigt.

8.6.4 Hvad kan man gøre?

Den nationale styring skaber allerede rum for lokal differentiering i forhold til, hvilke patienter der skal foretages observation af, og på hvilken måde. Men denne mulighed ser på nuværende tidspunkt ikke ud til at være udnyttet lokalt i de situationer, som medarbejderne nævner.

Trods observationer forekommer det fortsat at være en udfordring at sikre adækvat, klinisk handling. Krav om observation, dokumentation og opfølgning kan derfor ikke stå alene. Som det eksempelvis påpeges i retningslinjerne fra projekt Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom, er det essentielt, at kravene til personalet understøttes af undervisning, som giver personalet større indsigt i fortolkning og vurdering af vitale værdier for givne patientgrupper, og styrker deres evne til at handle på deres observationer. Der synes at være et behov for at sikre tilstrækkelig uddannelsesmæssig ballast for det kliniske personale. Man kan ikke løse et uddannelsesproblem med et screeningskrav. Dertil kommer, at det lokalt er væsentligt for afdelingsledelser at sikre, at det fremgår som en klar forventning til personalet, at målingen af vitale værdier blot udgør et *afsæt* for kritisk, faglig vurdering og handling – ikke et mål i sig selv. Som en leder fastslår: "Man skal ikke bare score for at score. Det skal have et formål."

8.7 Medicinopbevaring

8.7.1 Hvilket problem skal krav om medicinopbevaring løse?

Korrekt opbevaring af medicin er en forudsætning for at sikre korrekt medicinsk behandling. Medicinen på hospitalerne skal eksempelvis opbevares ved den temperatur, som producenterne har angivet, for at sikre holdbarheden og vedligeholdelse af de aktive stoffer i medicinen. Samtidig kan det have økonomiske konsekvenser for hospitalerne, hvis de er nødt til at kassere medicin, som ikke har været opbevaret korrekt.

8.7.2 Hvad er kravene til personalet, og hvor kommer de fra?

8.7.2.1 Lovkrav om opbevaring af lægemidler

Af Bekendtgørelsen om lov om lægemidler (§ 5, stk. 3) fremgår det, at "lægemidler skal opbevares i de pakninger, i hvilke de er modtaget, og omhældning må ikke finde sted. Opbevaringen skal foregå ved stuetemperatur, medmindre andet er angivet på pakningen." (Lægemiddelstyrelsen 2005). Endvidere fremgår det af § 7, at afdelingen skal have udarbejdet skriftlige instruktioner for medicinopbevaring, som sikrer, "at rekvirering og håndtering af lægemidler kan foregå forsvarligt og efter gældende regler." (ibid.).

I Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination og håndtering af lægemidler fremgår det, at regler for opbevaring af medicin på sygehuse følger bekendtgørelsen (Sundhedsstyrelsen 2006).

8.7.2.2 Dokumentationskrav fra DDKM

I DDKM fremgår det, at sygehuse skal "opbevare lægemidler korrekt og forsvarligt" med henblik på at sikre, at patienter sikres "virksomme lægemidler", og at lægemidler sikres mod tyveri eller utilsigtet brug (IKAS 2013, s. 131).

I forbindelse med akkreditering vil hospitalet bl.a. blive vurderet på, a) hvorvidt der foreligger "retningslinjer fælles for sygehuset for opbevaring af sygehusets lægemidler", der som minimum beskriver, at lægemidler skal opbevares ved rette temperatur og hygiejnisk (herunder at sygehusets lægemidler opbevares adskilt fra patienternes medbragte lægemidler), at patientadministrerede lægemidler kun er tilgængelige for den pågældende patient og personale, samt at forkert opbevarede lægemidler og lægemidler med overskredet udløbsdato returneres (indikator 1), b) hvorvidt lægemidler "opbevares ved den rette temperatur", hvilket skal "dokumenteres, fx i form af logbøger" (indikator 3), c) hvorvidt lægemidler returneres, når udløbsdatoen er overskredet (indikator 5), d) hvorvidt det på afdelingerne dokumenteres, at der gennemføres eftersyn af medicinske med faste intervaller (indikator 6), e) hvorvidt der er gennemført kvalitetsforbedringstiltag ved påviste mangler (indikator 7) (ibid., s. 131).

I forhold til lovkravet er der i DDKM tilkommet krav om at dokumentere, at medicinopbevaring foretages ved korrekt temperatur, og at der jævnligt foretages eftersyn af medicinske på afdelingerne.

8.7.3 Hvad er problemerne i praksis?

8.7.3.1 Dobbeltregistrering

Mens personale og lokale ledere på hospitalerne er enige i vigtigheden af at sikre korrekt medicinopbevaring, giver nogle udtryk for, at dokumentationskrav skaber unødigt registrering. Det hænger sammen med, at kravet om dokumentation af køleskabstemperaturer fortolkes forskelligt på forskellige hospitaler og hospitalsafdelinger.

Nogle steder opfattes dokumentationskravet som opfyldt, når temperaturer måles og gemmes automatisk via en central overvågning. En kvalitetsansvarlig beskriver eksempelvis: "Vi har elektronisk overvågning på [hospitalet], og kan se [temperaturer] for hvert enkelt køleskab. [Temperaturerne] bliver opsamlet centralt, og der går en alarm, hvis temperaturen falder uden for de fastsatte værdier." Fra overvågningscentralen ringes der ved alarm til den givne afdeling, og personalet bedes om at kontrollere køleskabet og medicinen. Videre forklarer den kvalitetsansvarlige, at de for hver standard i DDKM nøje har overvejet, hvordan dokumentationskrav kan opfyldes via eksisterende data, så personalet undgår at dokumentere ekstra. Derfor stiller de eksempelvis ikke krav til personalet om manuel temperaturmåling og -registrering, eftersom der fra hospitalets tekniske afdeling kan udtrækkes kurver over køleskabstemperaturerne. Derimod skal personalet registrere i en logbog, hvorvidt de har *handlet* og hvordan, hvis et medicinkøleskab har givet alarm. Forventningen til personalet er, forklarer en anden kvalitetsansvarlig på samme hospital, at de kontrollerer, hvilke præparater der ikke kan tåle den givne temperaturstigning, og eventuelt kontakter sygehusapotekets vagthavende farmaceut for at få præparaterne erstattet.

Andre steder er der – trods central overvågning af temperaturer i medicinkøleskabe – fortsat krav om manuel temperaturmåling og -registrering. Yderligere er der i nogle regioner tilkommet krav om *daglig* monitorering og dokumentation af køleskabstemperaturer i forhold til standarden i DDKM. En leder forklarer således, at en alarm sikrer, at driftsafdelingen får direkte besked, hvis temperaturen i et medicinkøleskab overstiger et vist niveau. Alligevel skal personalet måle og registrere temperaturen i medicinkøleskabe én gang i døgnet.

Inden for samme region er der eksempler på stor variation inden for dokumentationskrav. Mens det af nogle vejledninger på afdelingsniveau fremgår, at dokumentationskravet er opfyldt, når temperaturer måles og gemmes automatisk via en central overvågning, frem-

går det af andre, at der skal foreligge udskrifter af registrerede temperaturer fra et centralt overvågningssystem. På atter andre afdelinger er der krav om *manuel* overvågning og dokumentation af køleskabstemperaturer – selvom der er et centralt overvågningssystem. Disse forskelle tyder på, at lokale fortolkninger af regionale og/eller nationale vejledninger, har stor betydning for dokumentationsbyrden for det kliniske personale.

For hospitalspersonalet og lokale ledere forekommer det ikke meningsfuldt at skulle foretage manuel registrering, når temperaturdata også opsamles centralt. Imidlertid accepteres opgaven, som endnu en "*skal-opgave*". En sygeplejefaglig leder giver således udtryk for, at kravet blot må efterleves, eftersom det er centralt besluttet, mens hun søger at motivere personalet til at udføre registreringerne ved at fremhæve, at opgaven hurtigt er overstået.

8.7.3.2 Manglende handling

For hospitalspersonalet giver den manuelle registrering af temperaturer endnu mindre mening, når de oplever, at registreringer om forkerte temperaturer ikke følges af, hvad de ser som nødvendige organisatoriske forandringer. På et par afdelinger fortæller personalet, at der i sommermånederne konsekvent opstår problemer med for høje temperaturer i medicinrum, fordi medicinrummene er sydvestvendte, og der ikke er tilstrækkelige ventilationsmuligheder. En leder problematiserer, at personalet på en given afdeling gennem flere år dagligt har målt for høje temperaturer i medicinrummet i sommerperioden. Det betyder, at de må kassere en del medicin. Ifølge lederen har de gjort opmærksom på problemet til sygehusledelsen, sikkerhedsorganisationen og teknisk afdeling. Tiltagene gennem de seneste fem år har været opsætning af speciel film på ruderne, opsætning af persienner i medicinrummenes vinduer og indkøb af blæser. Men temperaturerne er stadig for høje. Observationer på afdelingen viste i tråd hermed, at temperaturen oversteg 25 °C i 18 ud af 28 dage i maj 2014. Derfor arbejdes der fortsat på at få gennemført bygningsmæssige ændringer, der giver mulighed for køling i medicinrummene for at løse problemet. Data har altså ifølge de interviewede længe været til stede, alligevel oplever de, at der ikke er nogen ligetil løsning på problemet samt et pres til at fortsætte temperaturmålingerne, om end målingerne opleves som meningsløse, fordi de ikke oplever, at det er muligt at handle herpå.

Lokalt oplever de, at presset kommer fra DDKM, fordi det er specificeret, at temperaturkontrol skal dokumenteres. På den pågældende afdeling er der ikke installeret elektronisk temperaturovervågning, der giver besked til ansvarshavende, når temperaturen overskrides. Dette ville kunne fritage sygeplejersker fra at aflæse og notere temperaturen dagligt.

Den manglende handling er ikke en direkte konsekvens af styringen, men snarere et ledelses- og driftsmæssigt problem. Imidlertid peger eksemplet på, at de aktuelle krav om temperaturmåling og -dokumentation ikke løser problemerne med korrekt medicinopbevaring. For hovedproblemet synes ikke at være, at temperaturstigninger ikke *opdages*, men snarere at der i alle led fra medicinproduktion til medicinrum skal opbygges en infrastruktur, som sikrer tilstrækkelige kølemuligheder, og at det opleves vanskeligt at finde ressourcer hertil.

8.7.4 Hvad kan man gøre?

Registreringskrav i lokale retningslinjer kan genovervejes i lyset af formålet med dokumentationen. Meningsløse dokumentationskrav synes at opstå som konsekvens af lokale fortolkninger af dokumentationskrav.

Mere generelt er det væsentligt, at de nuværende krav om retningslinjer og dokumentation hviler på en antagelse om, at uhensigtsmæssig opbevaring af medicin skyldes manglende information. Idéen er, at hospitalerne skal blive i stand til at monitorere sig selv og på den måde skaffe grundlag for adækvate beslutninger. Men handling følger ikke automatisk af mere information. For det tyder på, at det i høj grad er teknologiske og organisatoriske problematikker, som begrænser adækvat handling på temperaturmålingerne, og disse synes ikke at adresseres med den nuværende styring.

8.8 Patientidentifikation

8.8.1 Hvilket problem skal standarden løse?

Rapporteringer af utilsigtede hændelser (UTH) viser ifølge de kvalitetsansvarlige, at en betydelig del af de fejl, der sker på hospitalerne, skyldes, at patienter, prøvemateriale eller papirer forveksles, så undersøgelser foretages på de forkerte patienter eller patienter fejlbehandles. En kvalitetsansvarlig bemærker, at hun ugentligt ser fejl i forhold til patientidentifikation, når hun gennemgår hospitalets UTH. Krav om patientidentifikation kan på den baggrund forstås som tiltag til fremme af patientsikkerhed via forebyggelse af forvekslinger.

8.8.2 Hvad er kravet?

8.8.2.1 Myndigheders retningslinjer

Af Sundhedsstyrelsens nyeste vejledning (2013b) om patientidentifikation og anden sikring mod forveksling i sundhedsvæsenet fremgår det, at "de enkelte afdelinger og kliniske enheder skal udforme en klar skriftlig instruks for identifikation af patienter og sikring mod forveksling eller forbytning af alle dokumenter samt diagnostisk materiale, der vedrører en patient" (ibid.) På sygehusafdelinger mv. er det den lægefaglige leder, der er ansvarlig for udarbejdelse af lokale instrukser, der tager højde for "personalets forudsætninger, opgavevaretagelsen og lokale arbejdsforhold", og som skal sikre, at personalet er bekendt med instrukserne (ibid.).

Vejledningen specificerer, at instruks for patientidentifikation skal omfatte: kriterier, procedurer og metoder ved patientidentifikation, angivelse af, hvornår identifikation skal foretages, og hvem der har ansvar herfor, samt krav til brug af identifikationsarmbånd (ID-armbånd) eller lignende (ibid.).

Styrelsen skriver videre, at der "som udgangspunkt foretages identifikation forud for enhver handling rettet direkte mod patienten, fx administration og indgift af medicin, blodprøvetagning, billeddiagnostisk undersøgelse, anæstesi og operation" – ikke blot ved tvivl om patientidentiteten (ibid.). Vejledningen specificerer, at sundhedspersoner, som udfører en "patientrettet procedure", har "et selvstændigt ansvar for korrekt identifikation" (ibid.), og at det "som udgangspunkt gælder, at en patient alene kan anses for korrekt identificeret ved fulde navn og personnummer" (ibid.).

Herudover stilles der i retningslinjen krav til, at alle indlagte patienter skal have påsat ID-armbånd eller lignende straks ved indlæggelsen, at påsætning af ID-armbånd skal journalføres, og at ID-armbånd rutinemæssigt skal indgå som led i den konkrete situation, hvor der foretages patientidentifikation (ibid.).

8.8.2.2 Oversættelse af krav i DDKM

DDKM's standard om patientidentifikation lyder, at "der foretages patientidentifikation forud for enhver sundhedsaktivitet" for at "sikre, at den rette behandling gives til den rette patient" (IKAS 2013, s. 40).

Ved akkreditering vil sygehusene blive vurderet på, a) hvorvidt der foreligger retningslinjer for patientidentifikation, der som minimum beskriver kriterier, procedurer og metoder for patientidentifikation, hvornår identitetsbånd med navn og cpr-nummer skal anvendes, hvornår identifikation skal foretages, og hvem der har ansvar herfor, samt forholdsregler, når en patient ikke umiddelbart kan identificeres (indikator 1), b) hvorvidt personalet ved, hvornår patientidentifikation skal foretages (indikator 3), c) hvorvidt patienter bliver identificeret i henhold til retningslinjerne (indikator 4) (ibid., s. 40).

Patientidentifikation er en *patientsikkerhedskritisk* standard, dvs. at der er strengere krav til opfyldelsen for at kunne opnå akkreditering. Konkret skal alle indikatorer på trin 1 (krav om tilstedeværelse og indhold af retningsgivende dokumenter) og trin 2 (krav om at medarbejderne har kendskab til og arbejder i overensstemmelse med de retningsgivende dokumenter) være opfyldt uden mangler (ibid., s. 18). I modsætning til mange andre standarder er der ikke specifikke krav til kvalitetsovervågning og -forbedring ved denne standard.

I DDKM defineres *sundhedsaktivitet* som "enhver handling, der er rettet mod patienten, fx uddeling/indgift af medicin, blodprøvetagning, billeddiagnostisk undersøgelse, anæstesi og operation" (IKAS 2013, s. 40). I den regionale vejledning er sundhedsaktivitet yderligere eksemplificeret som enhver handling, der kan betegnes som behandling eller en procedure, som skal dokumenteres i patientjournalen. Undtagelser fra patientidentifikation, hvor patienten ikke skal oplyse fulde navn og cpr-nummer er i DDKM og regionale retningslinjer beskrevet som situationer, hvor patienter er bevidsthedssvækket, eller i situationer, hvor der foretages flere sammenhængende sundhedsaktiviteter i samme lokale og af samme sundhedspersonale; her behøver patientidentifikation kun finde sted i starten (IKAS 2013, s. 40). Personalet skal således bede om formel identifikation ved *alle* sundhedsaktiviteter, hvis de vil overholde retningslinjerne.

8.8.3 Hvad er problemerne i praksis?

8.8.3.1 Krav om patientidentifikation udbredes til 'enhver sundhedsaktivitet'

Mens hospitalspersonalet anerkender vigtigheden af faste procedurer for patientidentifikation i forbindelse med eksempelvis medicinsk og kirurgisk behandling, giver medarbejdere fra flere faggrupper udtryk for, at identifikationskrav er blevet udvidet i en grad, hvor det kan virke kontraproduktivt.

En leder giver et eksempel: En patient havde gået til skuldergenoptræning på hospitalet i tre måneder. På grund af de regelmæssige besøg kendte personalet patienten godt. Problemet var, at en terapeut i forbindelse med et akkrediterings-surveyor-besøg kaldte patienten ind til genoptræning uden at foretage identifikation med cpr-nummer. Det gav anledning til en anmærkning, som medvirkede til, at hospitalet ikke kunne blive akkrediteret i første runde. Et par terapeuter fra samme hospital forklarer, at de skal foretage identifikation via patientens fulde navn og cpr-nummer ved hver træningsaktivitet, og tilføjer, at det ofte afstedkommer akavede situationer. "Når man står med en patient, som man ser hver eneste dag, og står og skal bede om det fulde navn og cpr-nummer, så kigger vedkommende jo på én, som om man er fuldstændig åndsvag". I tråd med andre hospitalsansatte

(på tværs af faggrupper og hospitaler) forklarer terapeuterne, at de hyppige gentagelser af identifikationsprocedurer kan skabe distance mellem personale og patienter, fordi patienter kan opfatte det som udtryk for, at de ikke bliver set og hørt, og at personalet ikke kan huske dem fra gang til gang.

Det står i kontrast til det ofte tætte kendskab, som opstår mellem personale og patienter særligt i længerevarende patientforløb (som eksempelvis genoptræningsforløb eller ambulatoriekontroller). Som en anden terapeut bemærker: "Vi ved, hvad deres hund hedder. Vi ved så meget om [patienterne]." Derfor opfatter noget personale det som "uprofessionelt" og "pinligt" at foretage formelle identifikationsprocedurer i tilfælde, hvor de gennem længerevarende forløb har opbygget personlige relationer med en patient – særligt når de sundhedsaktiviteter, de skal udføre, ikke involverer medicinsk behandling, invasive eller andre risikobetonede procedurer. Det er altså ikke kravet om patientidentifikation som sådan, de hospitalsansatte opponerer imod, men udbredelsen af kravet til at omfatte "enhver sundhedsaktivitet" – uanset aktivitetens karakter, og uanset om patient og personale kender hinanden gennem et længerevarende forløb.

For at undgå akavede situationer undlader nogle sundhedsprofessionelle i nogle situationer at foretage identifikationsprocedurer. Andre følger retningslinjerne, men gør samtidig en dyd ud af at forklare patienterne, at det er et formelt krav, at de skal spørge om det fulde navn og cpr-nummer ved enhver sundhedsaktivitet, og forsikre patienterne om, at de godt kan huske dem. Implementering af formelle krav til patientidentifikation involverer dermed ikke blot udførelse af en given procedure, men også et tidskrævende ekstraarbejde, der ikke desto mindre opleves som nødvendigt af personalet for at vedligeholde tillidsrelationer til patienterne.

At standarden i DDKM er defineret som en patientsikkerhedskritisk standard, hvor *alle* indikatorer i trin 1 og 2 for standarden skal være opfyldt for at kunne blive akkrediteret, lægger på denne vis et ekstra pres på de hospitalsansatte for at afkræve identifikation af patienterne, selv i de tilfælde, hvor sundhedspersonalet finder det penibelt, fordi de har en tæt relation til patienten.

8.8.3.2 Krav til patientidentifikation kolliderer med hensyn om databeskyttelse

Ledere og medarbejdere bemærker det paradoksale i, at patienter til stadighed bedes om mundtligt at oplyse cpr-nummer i situationer, hvor der er andre patienter og pårørende til stede, når der i så mange andre sammenhænge indføres strammere regler og procedurer for at sikre databeskyttelse og undgå misbrug af patientdata (eksempelvis er det ikke længere tilladt at have patientoplysninger skrevet på senge eller oplyse cpr-numre på it-oversigtsskærme). Her er det altså heller ikke kravet om patientidentifikation i sig selv, der adresseres, men de omstændigheder, hvorunder opfyldelsen af kravet skal ske.

8.8.4 Hvad kan man gøre?

Det kan overvejes at revidere krav om, at patientidentifikation er obligatorisk forud for "enhver sundhedsaktivitet". Problemer synes at opstå i situationer, hvor sundhedsaktiviteter ikke forekommer risikobetonede (fx en træningssession). Kravet synes umiddelbart mest relevant, hvor der er direkte konsekvenser for patientsikkerheden.

8.9 Patientinddragelse og Landsdækkende Undersøgelser af Patienttilfredshed (LUP)

8.9.1 Hvilket problem skal LUP løse?

Gennem de seneste par årtier er brugeroplevelser blevet tillagt større værdi i vurderingen af offentlige serviceydelsers kvalitet, og patientoplevet kvalitet er kommet til at indgå som en specifik parameter i meget kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet. Som led i denne udvikling blev den første landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (LUP) foretaget i år 2000. LUP gennemføres af Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse i Region Hovedstaden og CFK i Region Midtjylland på vegne af de fem regioner for at kunne "identificere og sammenligne forskelle i patienters oplevelser", "give input til at arbejde med kvalitetsforbedringer" og "følge udviklingen i patienternes oplevelser og vurderinger systematisk over tid" (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, s. 4). Det er forventningen, at regioner, sygehuse og afdelinger kan bruge LUP til at "udpege, hvilke indsatsområder der er behov for at arbejde videre med for at forbedre den patientoplevede kvalitet (ibid., s. 4) og skabe "dialog og erfaringsudveksling mellem afdelinger og sygehuse" (ibid., s. 7). På den baggrund kan iværksættelsen af LUP ses som et forsøg på at styrke det lokale arbejde på sygehusene og de enkelte afdelinger med at fremme patientoplevet kvalitet.

8.9.2 Hvad er kravet?

LUP skaber ikke i sig selv registreringskrav på hospitalerne eftersom, det er patienter (og evt. pårørende), der udfylder spørgeskemaerne, og regionernes Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, der forestår databehandlingen, udsender rapporter til de enkelte afdelinger samt offentliggør samlede opgørelser. Indirekte opstår der imidlertid dokumentationskrav i relation til LUP og inddragelse af patienter og pårørendes erfaringer i kvalitetsudvikling via DDKM.

I DDKM lyder standarden for inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer, at "sygehuset systematisk [indsamler] oplysninger om patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med sygehuset og bruger denne information til at udvikle kvaliteten af sygehusets ydelser" (IKAS 2013, s. 45).

I forbindelse med akkreditering vil hospitalerne blive vurderet på, a) hvorvidt der foreligger en plan for inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med sygehuset, der som minimum omfatter, at sygehuset deltager i LUP samt overvejelser om, hvordan LUP-deltagelsen kan suppleres med andre regionale eller lokale aktiviteter (indikator 1), b) hvorvidt regionale og lokale aktiviteter til patient- og pårørendeinddragelse gennemføres i overensstemmelse med planen (indikator 2), c) hvorvidt data fra LUP og eventuelle andre regionale eller lokale aktiviteter analyseres og vurderes (indikator 3), d) hvorvidt data anvendes til at fastsætte mål og prioritere sygehusets arbejde med kvalitetsforbedringer (indikator 4) (ibid., s. 45).

På sygehusniveau stilles der altså dels krav om, at der skal udarbejdes en plan for arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse. Dels at der skal fastsættes (konkrete) mål for arbejdet med patient- og pårørendeinddragelse. Endelig kan der udledes et indirekte krav om, at det skal kunne demonstreres, hvordan målene relateres til data fra LUP og andre aktiviteter, og hvordan målene i praksis påvirker hospitalets indsatser.

8.9.3 Hvad er problemerne i praksis?

Klinikere og ledere på afdelings- og hospitalsniveau giver udtryk for, at det er meningsfuldt at undersøge patienter og pårørendes oplevelser af hospitalsforløb og deres holdninger til, hvad der kan gøres bedre. Flere betoner således, at patientoplevelser kan give et meningsfuldt indblik i den "mere bløde side" af hospitalsarbejdet, som typisk ikke indgår i de nationale modeller til kvalitetsmåling. Imidlertid problematiser de, 1) at LUP ikke i tilstrækkelig grad leder til læring. Og 2) at dokumentationskravet via DDKM fører til tomme kvalitetsriktualer.

8.9.3.1 Ikke handlingsorienteret nok

Klinikere og afdelingsledelser bemærker, at LUP er "for bagudrettet", "for afgrænset i sine spørgsmål" og for overordnet i sine temaer til at kunne informere konkrete forandringer på hospitals- og afdelingsniveau. Mens kvalitative kommentarer fra patienter på spørgeskemaerne kan give nogen indsigt heri, finder medarbejderne og de lokale ledelser generelt ikke undersøgelsen velegnet til at give indsigt i, hvad der konkret kan forbedres. En kvalitetsansvarlig sygeplejerske forklarer eksempelvis, at de på den pågældende afdeling arbejder kontinuerligt med at forbedre patient- og pårørendeinddragelse og løbende indfører nye tiltag. Men da den årlige LUP ikke er særligt informativ, foretrækker de i stedet at basere udviklingsarbejdet på metoder, der giver hyppigere og mere tidstro feedback til afdelingen fra patienter og pårørende. Medarbejdere, ledere og kvalitetsansvarlige bemærker, at LUP typisk efterlader dem uden viden om, *hvorfor* patienterne svarer, som de gør. Som en chef bemærker: "Det er vigtigt, at tilbagemeldingerne fra patienterne har en karakter, så problemer konkret kan identificeres," for det, der i praksis skaber forandring, er "eksempler, hvor patienterne forklarer mere konkret om deres oplevelser." Derfor har de på flere afdelinger igangsat deres egne undersøgelser af patientoplevelser. Det er i tråd med kravene i DDKM, men i praksis virker det ikke nødvendigvis meningsfuldt at lave flere undersøgelser på forskellige niveauer, eftersom LUP ifølge klinikerne typisk ikke giver andre indsigter end de lokale undersøgelser – ud over muligheden for benchmarking.

8.9.3.2 Klinikere betvivler validitet

Kvalitetsansvarlige og lokale ledere på afdelingsniveau giver desuden udtryk for, at de betvivler validiteten af LUP. De fremhæver, at svarprocenten er forholdsvis lav. En chef opsummerer: "Datamaterialet i LUP'en er for tyndt til, at den kan bruges til noget som helst. Svarprocenten er for lav, og antallet [af respondenter] er for lille." I 2013 blev der udtrukket stikprøver på 400 patienter pr. afdeling/ambulatorium til LUP (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014). På enheder, hvor der har været færre end 400 patienter i inklusionsperioden, blev samtlige patienter inkluderet, og på enheder, der dækker flere matrikler eller specialer, er stikprøver blevet opjusteret (max. 1.200 patienter afhængigt af enhedens størrelse) (ibid.). Den overordnede svarprocent var samme år 56 % og 57 % for hhv. indlagte og ambulante patienter (ibid.), men eftersom dette er et gennemsnit, kan svarprocenten variere betydeligt mellem afdelinger. De kvalitetsansvarlige mener endvidere, at undersøgelsen kan være præget af selektionsbias. De vurderer, at en betydelig andel af de patienter, der ikke har svaret på spørgeskemaet kan have erfaringer, der adskiller sig fra de patienter, som har overskud til at få udfyldt og returneret spørgeskemaet.

Videre fremhæver kvalitetsansvarlige sygeplejersker, at flere spørgsmål kan være tvetydige og/eller vanskelige at fortolke: Nogle spørgsmål er "så åbne for fortolkning, at det er vanskeligt at gisne om, hvad patienterne har svaret på." Endelig er analyserne af visse LUP-data for overordnede til at være meningsfulde. Ledere bemærker eksempelvis, at patienters angivelse af, hvorvidt de har modtaget information om ventetid ved ambulatoriebesøg

ikke har været kontrolleret for faktisk ventetid. Mere generelt problematiserer en chef, at der i undersøgelsen ikke tages højde for, hvilken betydning patienterne tillægger forskellige aspekter af hospitalsopholdet. Chefen forklarer: "Svagheden ved mange tilfredshedsundersøgelser er, at man mangler at spørge: Betyder det noget for mig. [...] Hvis det ikke betyder noget for mig, er det fuldstændig ligegyldigt. Den faktor mangler [i undersøgelsen]". Som et eksempel forklarer chefen, at de typisk opnår lav tilfredshed i forhold til spørgsmål om informationsmateriale, men når de funktionsansvarlige efterfølgende har lavet undersøgelser af, hvilken information patienterne gerne vil have på skrift, har tilbagemeldingen været, at de ikke savner skriftlig information – muligvis fordi langt hovedparten af afdelingens patienter (95 %) bliver indlagt akut. Chefen konkluderer: "Det kan godt være, at patienterne ikke har fået information – men de har ikke manglet det."

Det får eksempelvis de gentagne handleplaner på typisk de samme områder: *ikke tilstrækkelig skriftlig information* til at virke som et tomt ritual.

8.9.4 Hvad kan man gøre?

Mens data til denne rapport er blevet indsamlet, har LUP gennemgået en revision, som trådte i kraft efteråret 2014. Revisionen indebærer blandt andet, at der er blevet udarbejdet separate spørgeskemaer for akut indlagte patienter og patienter, for hvem indlæggelsen har været planlagt; at undersøgelsen fremover også inkluderer, patienter som har været indlagt i under et døgn; at der er arbejdet på at konkretisere spørgsmål og at reducere antallet af svarskalaer – et arbejde, der har været informeret af en valideringsproces; at udsendelsen af spørgeskemaer sker hyppigere for at reducere tiden fra udskrivelse til modtagelse af spørgeskemaet; og at udsendelsen af resultater til regioner, sygehuse og afdelinger sker to uger tidligere (uge 8) for at skabe mere tid til, at der lokalt kan reageres på resultaterne, før en ny inklusionsperiode starter (omkring uge 32) (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, s. 5-6). Revisionen adresserer dermed visse af klinikernes kritikpunkter – primært de, som har med spørgsmålskonstruktion og timing at gøre. Imidlertid er der en række principielle forhold om undersøgelsesdesignet og -metoden, som fortsat er aktuelle.

Når de på hospitalerne problematiserer, at LUP ikke er tilstrækkelig handlingsorienteret, hænger det sammen med en indbygget konflikt mellem et ønske om at foretage meningsfulde sammenligninger på tværs af enheder (og over tid) og et ønske om at generere information, der kan føre til lokal udvikling. For jo mere generaliserede spørgsmål, der stilles, desto mindre anvendelige bliver resultaterne lokalt. Den nylige revision af LUP indebærer, at muligheden for sammenligning opprioriteres, eftersom samtlige spørgsmål fremover vil være fælles for alle regioner, mens undersøgelsen tidligere bestod af en række fælles-regionale spørgsmål og visse spørgsmål, som var regionsspecifikke (Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, s. 5-6). Det står i kontrast til klinikernes og afdelingsledelsernes ønske om at opnå data, der i højere grad kan informere lokale beslutninger.

Relateret til klinikernes og afdelingsledelsernes efterspørgsel efter data, der kan støtte lokal udvikling, er et spørgsmål om, hvilke undersøgelsesmetoder der bedst genererer dette. Når klinikerne problematiserer, at LUP er for bagudrettet og afgrænset i sit fokus, så handler det bl.a. om muligheder og begrænsninger ved survey-metoden. Survey-metoden giver et tværsnitbillede af patientoplevelser på landets hospitaler på et givent tidspunkt og indebærer, at de samme spørgsmål skal stilles og kunne forstås på samme måde af patienter på tværs af sygdomsgrupper, regionalt tilhørsforhold etc. For at sikre validitet og reliabilitet må spørgsmålene derfor være forholdsvis lukkede og med afgrænsede svarmuligheder. Mens denne metodik muliggør sammenligning over tid og sted, er den ikke specielt velegnet til at give detaljeret indsigt i lokale problematikker og understøtte løbende evaluering

og tilpasning af lokale tiltag, der implementeres ad hoc. Derimod fremhæver kvalitetsansvarlige generelt dialogiske metoder, der baseres på mere åbne spørgsmål, som velegnet til dette formål.

Eksempelvis fremhæver kvalitetsansvarlige såkaldte Patient-feedback-postkort, hvor patienter og pårørende i forbindelse med ophold på en afdeling eller et ambulatorie kan give korte tidstro tilbagemeldinger til personalet. En kvalitetsansvarlig sygeplejerske beskriver, at postkortene typisk giver en konkret og direkte handlingsorienteret feedback, eftersom "patienterne kan sige, lige hvad de vil", når de ikke skal forholde sig til lukkede spørgsmål som i LUP. På baggrund af sådanne tilbagemeldinger har de fx fået påpeget, at patienter i kørestol ikke har kunnet nå håndklæderne på toilettet, og ikke har kunnet se maden, som skulle skærpe deres appetit, fordi madvognen er for høj. Foruden at informere lokale ledelsesbeslutninger bliver postkortene hængt op på afdelingen for at give anledning til refleksion blandt personalet.

Herudover bliver feedbackmøder med patienter og pårørende fremhævet som en kilde til indsigt, eftersom det giver mulighed for at få uddybet specifikke problemstillinger gennem direkte dialog. Som en kvalitetsansvarlig sygeplejerske bemærker: Det giver "virkelig god mening", fordi det er "her og nu", og "man kan spørge igen – hvad mener du med det?" Sådanne møder har eksempelvis givet anledning til et målrettet arbejde med at indkalde pårørende hurtigere til et møde i forbindelse med indlæggelser, fordi de er blevet opmærksomme på, at de pårørende havde andre præferencer, end de havde antaget (hellere tidligere møde med mindre konkret, klinisk information end senere møde med mulighed for mere information). Som et andet eksempel nævner en kvalitetsansvarlig, at feedbackmøder med patienter og pårørende har dannet afsæt for ændringer i den fysiske indretning i ambulatorier for at gøre ventearealer mere imødekommende og gøre det lettere for patienter og pårørende at finde rundt.

Endelig bliver det af andre beskrevet, hvordan de på afdelingsniveau udfører lokale surveys blandt patienter i forbindelse med ambulatoriebesøg eller netop efter udskrivning og/eller interviewer patienter og pårørende for at opnå indsigter, som kan føre til forbedringer for patienter og pårørende.

Fremadrettet kan det overvejes, om hospitalerne skal pålægges administrative opgaver i forhold til at definere planer og sætte mål for kvalitetsudvikling i forhold til LUP, som der lægges op til i DDKM.

8.10 Patientinddragelse og informeret samtykke

8.10.1 Hvilket problem skal krav om informeret samtykke løse?

Krav om informeret samtykke i sundhedsvæsenet kan forstås i relation til etiske debatter om patienters ret til selvbestemmelse og beskyttelse af private oplysninger. I Sundhedsstyrelsens vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger (Sundhedsstyrelsen 1998b) kædes regler om sundhedspersoners pligt til at give information og indhente samtykke således sammen med et formål om at sikre respekt for patienters "værdighed, integritet og selvbestemmelsesret" (ibid.). Krav om informeret samtykke opfattes i den henseende som en måde at sikre patienter mod tvang, overtalelse eller andre former for paternalistisk adfærd, der måtte gå imod patientens ønsker (ibid.).

8.10.2 Hvad er kravene til personalet, og hvor stammer de fra?

Generelt er samtykkeregler i sundhedsvæsenet lovfæstede og detaljerede. Der er særskilte regler for samtykke til behandling og videregivelse af oplysninger om en patient. Ved videregivelse af oplysninger skelnes der desuden i forhold til, om det sker i forbindelse med en aktuel behandling eller tjener andre formål. Hertil kommer, at der i hver af disse samtykkesituationer er specifikke regler for, hvornår samtykke kan udelades, om det skal være mundtligt eller skriftligt, og hvordan det skal dokumenteres.

8.10.2.1 Lovfæstede krav

Samtykke til behandling

Sundhedsloven (kapitel 5, § 15) fastsætter, at "ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke, medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a). Behandling omfatter i denne sammenhæng "undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfaglige forebyggelsestiltag mv. over for den enkelte patient" (Sundhedsstyrelsen 1998b).

Den behandlingsansvarlige sundhedsperson er jf. Sundhedsloven (kapitel 5, § 21) "forpligtet til at drage omsorg for, at informeret samtykke indhentes efter gældende regler." (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a). For at samtykket kan siges at være informeret, må den ansvarlige sundhedsperson sikre sig, at patienten har fået tilstrækkelig information til at vide, hvad han eller hun samtykker til, og at patienten er i stand til at overskue konsekvenserne på baggrund af den givne information (Sundhedsstyrelsen 1998b).

Som minimum skal informationen omfatte alle for patienten relevante oplysninger om helbred, sygdom, undersøgelsesmetoder, forebyggelses- og behandlingsmuligheder, prognoser, risici, bivirkninger, komplikationer, herunder senfølger og mulighed for pleje (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a, Sundhedsstyrelsen 1998b). Sundhedspersonen skal også informere om andre lægefagligt forsvarlige behandlingsmuligheder, samt oplyse om konsekvenserne af, at der ingen behandling iværksættes (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a, Sundhedsstyrelsen 1998b). Sundhedspersonen har altså pligt til at give så megen information, som er nødvendig for, at patienten kan overskue behandlingsforløbet samt eventuelle senfølger af behandlingen (Sundhedsstyrelsen 1998b).

Samtykke skal være frivilligt (Sundhedsstyrelsen 1998a), og det skal være konkretiseret i den forstand, at det er klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter, herunder hvilken behandling (med hvilken behandlingsmetode), der må foretages, og hvad formålet er med behandlingen (Sundhedsstyrelsen 1998b). Samtykket skal også være aktuelt, det vil sige givet til behandling, der skal foretages i nærmeste fremtid og ikke på et uvist tidspunkt i fremtiden (Sundhedsstyrelsen 1998b, Sundhedsstyrelsen 1998a).

Det er som udgangspunkt tilstrækkeligt med et mundtligt samtykke for, at en sundhedsperson kan indlede eller fortsætte en behandling (Sundhedsstyrelsen 1998a). I nogle situationer kan et stiltiende samtykke være tilstrækkeligt (Sundhedsstyrelsen 1998a). Et stiltiende samtykke vil som hovedregel kun være aktuelt i forbindelse med delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb og kræver ifølge Sundhedsstyrelsens vejledning, at det er utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet enighed om behandlingsforslaget (1998b).

Samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger

I patientretsstillingsloven er sundhedspersoners tavshedspligt udformet som en egentlig patientrettighed, forstået både som en ret til at kræve fortrolighed fra sundhedspersonens side og til at bestemme over egne helbredsoplysninger. Dermed er det ifølge Sundhedsstyrelsen (1998b) en "fundamental regel", at patientoplysninger ikke videregives til uvedkommende; en regel, som skal beskytte patienters privatliv og sikre et tillidsfuldt forhold mellem patient og sundhedsperson. Med et samtykke fra patienten kan sundhedspersoner imidlertid videregive oplysninger om patienten både i forbindelse med behandling og andre formål (Sundhedsstyrelsen 1998a).

Samtykket skal være "frivilligt" og baseret på "fyldestgørende information", så det er klart, "hvilken type oplysninger der må videregives, til hvem og til hvilket formål" (Sundhedsstyrelsen 1998b).

Hvis videregivelsen af helbredsoplysninger er til brug for *behandling*, kan samtykke ske enten skriftligt eller mundtligt (Sundhedsstyrelsen 1998a) og gives til sundhedspersonen, som videregiver eller modtager oplysninger om patienten (Sundhedsstyrelsen, 1998a). Hvis videregivelsen af helbredsoplysninger tjener *andre formål* end behandling, skal samtykke derimod ske skriftligt og til den person, som videregiver oplysningerne (Sundhedsstyrelsen 1998a). Det kan fx være i forbindelse med forsikringsselskabers sagsbehandling eller offentlige myndigheders behandling af arbejdsskade- og sygedagpengesager (Sundhedsstyrelsen 1998b).

I nogle tilfælde kan videregivelse af oplysninger ske *uden patientens samtykke*. I forbindelse med *behandling* kræver det, at videregivelsen er "nødvendig af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb", og at "videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov" (Sundhedsstyrelsen 1998a).

Hvis videregivelsen af oplysninger tjener *andre formål end behandling*, er der andre krav. I sådanne situationer kræves, at videregivelsen er lovfæstet og af væsentlig betydning for en modtagende myndigheds sagsbehandling (Sundhedsstyrelsen 1998a).

Det påhviler den enkelte sundhedsperson at afgøre, om betingelserne for videregivelse af oplysninger uden samtykke er opfyldt (Sundhedsstyrelsen 1998a). På et sygehus vil afgørelsen som hovedregel skulle træffes af den overlæge, der er ansvarlig for afdelingen, hvor patienten er eller har været indlagt, eller den sundhedsperson, som overlægen har videregivet opgaven til (Sundhedsstyrelsen 1998b).

Dokumentationskrav

Af Sundhedsstyrelsens vejledning om information, samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger fremgår det, at den behandlingsansvarlige sundhedsperson har pligt til at journalføre oplysninger om information og samtykke til behandling, herunder "hvilke oplysninger der er givet patienten", og "hvad patienten på denne baggrund har tilkendegivet" (1998b).

Endvidere er der i lovgivningen krav om, at behandlingsansvarlige sundhedspersoner skal dokumentere samtykke til videregivelse af patienters helbredsoplysninger i journalen – både ved behandling, og når videregivelse tjener andre formål (Sundhedsstyrelsen 1998a).

8.10.2.2 Oversættelse af lovkravene i DDKM

I DDKM lyder standard 2.1.1, at "patientens informerede samtykke indhentes forud for behandling, medmindre andet følger af lovgivningen", samt "informeret samtykke indhen-

tes ligeledes forud for videregivelse af helbredsoplysninger, medmindre andet følger af lovgivningen" (IKAS 2013, s. 94).

I forbindelse med akkreditering vil sygehusene blive vurderet på, a) hvorvidt der foreligger retningslinjer for indhentning af informeret samtykke til hhv. behandling, forskningsprojekter og videregivelse af helbredsoplysninger, som opfylder gældende lovgivning (indikator 1, 2 og 3), b) hvorvidt lovfæstede dokumentationskrav opfyldes, så samtykke til behandling dokumenteres i journalen, samtykke til forskningsdeltagelse dokumenteres særskilt, og samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger dokumenteres, når der er lovkrav herom (indikator 4, 5 og 6), c) hvorvidt sygehuset har opsat mål for dokumentation af informeret samtykke, vurderer egen målopfyldelse via indsamling og analyse af kvantitative data og følger op på eventuelle mangler (indikator 7 og 8) (ibid., s. 95).

Ud over de gældende lovkrav indføres der med DDKM yderligere krav til hospitalerne. Dels er der indført krav om udarbejdelse af *lokale retningslinjer* for samtykke i tillæg til de nationale bekendtgørelser og vejledninger. Dels krav om formulering af *kvalitetsmål* i forhold til samtykke og løbende *monitorering* heraf.

8.10.3 Hvad er problemerne i praksis?

Både ledere og hospitalspersonale giver udtryk for at anerkende vigtigheden af at inddrage patienter i behandlingen, sikre deres selvbestemmelsesret og beskytte deres ret til privatliv. Dokumentations- og monitoreringskravene giver imidlertid anledning til kritik blandt personalet.

8.10.3.1 Samtykkekrav er en falsk tryghed

Nogle medarbejdere problematiserer, at dokumentationskravene i forhold til informeret samtykke udgør en "falsk tryghed". Kvalitetsansvarlige sygeplejersker giver udtryk for, at registreringen af informeret samtykke i patientjournalen ikke siger noget om, hvorvidt der er foregået dialog mellem patient og personale, og hvilken dialog. Som eksempel forklarer de, at der ses sager, hvor patienter klager over manglende information, selvom de sundhedsprofessionelle har registreret, at der er foretaget informeret samtykke. I de tilfælde har patienten givetvis ikke følt sig tilstrækkeligt informeret eller forstået informationen, kommenterer de kvalitetsansvarlige sygeplejersker. Videre problematiserer de, at kravene i disse tilfælde ironisk nok ikke beskytter *patienten*, som det ellers var formålet, men i stedet *personalet*.

Det er værd at bemærke, at det ikke er de lovfæstede krav om indhentning af informeret samtykke, som sygeplejerskerne adresserer. Det er derimod de tilhørende *dokumentationskrav* og DDKM's krav om løbende *monitorering* heraf. De kvalitetsansvarlige sygeplejerskers anke går på, at registrering af samtykke og måling heraf ikke adresserer kernen i problemstillingen – nemlig hvad der foregår i mødet mellem patient og personale. Kravene får derfor karakter af rene procedurekrav. Det vil sige, noget der bare skal krydses af uden videre refleksion; et gummistempel.

8.10.3.2 Samtykkekrav ved enhver patientrettet handling

Nogle medarbejdere og lokale ledere bemærker, at samtykkekrav er så bredt defineret, at det også omfatter situationer, hvor kravet ikke længere opleves meningsfuldt. En chef bemærker eksempelvis, at det også i forbindelse med 112-opkald skal dokumenteres, at der er indhentet informeret samtykke til behandling, selvom patienten aktivt har opsøgt hjælp i forbindelse med akut sygdom. En medarbejder foreslår i tråd hermed, at det er at skyde

over målet, når de principielt skal orientere om behandlingsrisici og indhente samtykke til behandling, *uanset* hvad den patientrettede handling består i. Medarbejderen forklarer:

Jeg synes, det er fuldkommen godnat, at jeg skal sidde og sige til en patient, at der er nogle risici ved, at jeg giver dem et bad. Og ikke nok med, at jeg skal sige det, jeg skal også dokumentere i journalen, at jeg har sagt det. Det er selvfølgelig i forhold til vores retssikkerhed, men det virker bare hen i vejret, og det er tidskrævende. Det skal jo dokumenteres for hver eneste patient.

Af de gældende vejledninger om samtykke til behandling fra medarbejderens region og hospital fremgår det ikke klart, hvorvidt der er krav om indhentning af samtykke i den pågældende situation. Der er angivet mulighed for, at der i nogle situationer kan foretages stiltiende samtykke – men ikke hvornår. Og det fremgår, at der ikke på ny skal indhentes samtykke for alle delelementer i et behandlingsforløb, som der tidligere er blevet informeret om – men uden at det er klart, hvad der forstås ved et behandlingsforløb. Selvom der er undtagelsesbestemmelser i retningslinjerne, så kan kompleksiteten og det store fortolkningsrum formentlig bidrage til, at det bliver vanskeligt for medarbejderne at overskue retningslinjerne, og at de derfor indhenter samtykke for en sikkerheds skyld.

8.10.3.3 Samtykkeregler kan besværliggøre overdragelse i behandlingsforløb

Andre medarbejdere fremhæver, at regler til beskyttelse af patienters data i praksis kan udgøre "*benspænd*" i forbindelse med patientbehandlingen. På medarbejdernes afdeling modtager de ofte patienter fra andre hospitaler. Kravene til videregivelse af helbredsoplysninger reducerer i de situationer deres mulighed for at foretage opslag i patientens e-journal før patientens ankomst, forklarer de. Principielt skal personalet sende en skriftlig anmodning til det tidligere hospital om lov til at slå op i patientens e-journal eller vente til, at patienten ankommer og kan samtykke. Det er tidskrævende og begrænser deres mulighed for at forberede patientbesøg i forbindelse med overflytninger, fastslår personalet. I en travl hverdag bliver konsekvensen typisk, at personalet begår "*civil ulydighed*" ved at læse i journalen, før patienten kan samtykke. Det giver dem bedre mulighed for at udnytte tiden sammen med patienten til at tage sig af deres helbredsproblemer. Mens det kan give mening fra et klinisk synspunkt, sætter det imidlertid personalet i en juridisk sårbar situation. "*Laves der en stikprøve, får jeg fingrene i kagedåsen*", som en medarbejder formulerer det.

Lovgivningen om videregivelse af helbredsoplysninger åbner mulighed for, at patientoplysninger kan videregives uden samtykke i forbindelse med et aktuelt behandlingsforløb, hvis det tjener patientens interesse. I Sundhedsstyrelsens vejledning om information, samtykke og videregivelse af oplysninger er det specificeret, at der, som konsekvens af det informerede samtykke til behandling, også er givet samtykke til, at en sundhedsperson kan videregive helbredsoplysninger til andre sundhedspersoner på andre afdelinger eller sygehuse, som er nødvendige for, at de kan fortsætte eller følge op på et aktuelt behandlingsforløb (1998b). Undtagelsen gælder imidlertid kun *helbredsoplysninger* om den *aktuelle behandling*. I praksis er det typisk vanskeligt at udskille oplysninger om et aktuelt behandlingsforløb fra andre fortrolige oplysninger i en patientjournal, skriver Sundhedsstyrelsen i sin vejledning (1998b), hvorfor det *alligevel* oftest vil være hensigtsmæssigt, at sundhedspersonen indhenter et samtykke. I praksis gør lempelsen af det juridiske krav altså stort set ingen forskel for de sundhedsfaglige medarbejdere.

8.10.3.4 Samtykkekrav til videregivelse af helbredsoplysninger opleves unødigt detaljerede

På en anden afdeling oplever en gruppe sygeplejersker, at samtykkekrav i forbindelse med videregivelse af patienters helbredsoplysninger er unødigt omfattende. De forklarer, at patienterne skal lave en positivliste over, hvem der må få information om hvilke forhold, og at de som sygeplejersker derefter skal notere det fulde navn for alle personer, deres relation til patienten, samt hvilken information vedkommende må få adgang til. Til sidst skal patienterne underskrive skemaet som et skriftligt samtykke. Denne procedure gentages ifølge sygeplejerskerne, hver gang en patient kommer til en ny afdeling. Ifølge sygeplejerskerne reagerer langt de fleste patienter med undren over, at de skal angive så detaljerede oplysninger, og for sygeplejerskerne selv opleves det som et omfattende og tidskrævende dokumentationsarbejde. Konsekvensen er ifølge sygeplejerskerne, at kravet ikke efterleves systematisk. For dem vil det være mere meningsfuldt at registrere, hvis der er særlige diskretionshensyn at tage i forhold til en patient.

Dokumentationskravene, som sygeplejerskerne beskriver, kan henføres til lovfæstede krav om, at sundhedspersoner skal dokumentere, "hvilke oplysninger der er videregivet, til hvilke formål og til hvem og tilgængelig information om, hvorfra disse oplysninger stammer", og hvad der er videregivet henholdsvis med og uden patientens samtykke (Sundhedsstyrelsen 1998b). Indhentningen af den detaljerede information fra patienten er altså nødvendig for, at personalet kan leve op til de lovfæstede krav.

Principielt behøver patienterne ikke samtykke skriftligt til videregivelse af oplysninger i forbindelse med *behandling*; kun til videregivelse af oplysninger med andre formål. Men gennem at kræve skriftligt samtykke til *al* videregivelse af information, kan personalet nøjes med at gennemføre én samtykkeproces frem for to. Igen gør differentieringen af krav til samtykkeformer i lovgivningen altså ikke en væsentlig forskel i praksis.

8.10.4 Hvad kan man gøre?

Der synes at være mulighed for i højere grad at benytte undtagelsesbestemmelser i lovgivningen i forbindelse med stiltiende samtykke til behandling. I praksis kan det imidlertid være vanskeligt, fordi det kræver grundigt kendskab til det meget komplekse regelsæt at udnytte de gældende undtagelsesbestemmelser.

Der er gjort forsøg på lempelser i lovgivningen om informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger. Imidlertid virker de ikke til at få effekt i praksis. For reelt at muliggøre mere smidig informationsudveksling mellem afdelinger, hospitaler og sektorer i forbindelse med behandlingsforløb kan en revision af gældende lovgivning derfor overvejes. Væsentligt i den henseende er det at afveje hensyn til beskyttelse af private oplysninger mod hensyn til sammenhængende patientforløb.

Ud over de lovfæstede forskrifter, stilles der via DDKM krav om udarbejdelse af lokale retningslinjer samt definition af kvalitetsmål og monitorering heraf. Det kan overvejes, hvorvidt disse DDKM-krav er hensigtsmæssige. Dels fordi de givetvis bidrager til at øge kompleksiteten, eftersom der bliver flere fortolkninger af gældende krav for personalet at forholde sig til. Dels fordi kvantitativ monitorering af informeret samtykke ikke forekommer meningsfuldt for hospitalsmedarbejdere, ledere og kvalitetsansvarlige. Ressourcer kan i stedet bruges på at afdække, hvilke situationer der typisk giver anledning til kommunikations- og forståelsesvanskeligheder mellem patienter, pårørende og personale samt styrke kommunikative kompetencer hos personalet.

8.11 Genoptræningsplaner

8.11.1 Hvilket problem skal genoptræningsplaner løse?

Genoptræningsplanerne skal sikre, at patienter, der har behov for genoptræning, modtager dette efter udskrivelse af sygehus, samt at sundhedspersonale, der står for genoptræningen, tidsnok får besked om forløbet. Derudover skal genoptræningsplanerne også fungere som et informationsdokument til patienten, den praktiserende læge og den kommune, der står for genoptræningsforløbet (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Indenrigs- og Socialministeriet 2009, s. 18).

8.11.2 Hvad er kravet?

8.11.2.1 Krav fra lovgivningen

I Sundhedsloven (kapitel 18, § 84) fremgår det, at regionsrådet skal tilbyde "en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter udskrivning fra sygehus." (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a).

Ifølge bekendtgørelsen skal genoptræningsplanen "være skriftlig" og "udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende." (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014c, § 1). I § 2, stk. 2 specificeres det, at genoptræningsplanen skal indeholde angivelse af, om patienten har brug for almindelig eller specialiseret genoptræning. Derudover skal genoptræningsplanen indeholde en "beskrivelse af patientens funktionsevne og genoptræningsbehov på udskrivningstidspunktet, herunder en angivelse af, hvilke funktionsevnesættelser genoptræningen skal rette sig imod m.v." (ibid.). For patienter, der har brug for specialiseret genoptræning, skal planen indeholde beskrivelse af "patientens samlede funktionsevne samt patientens samlede behov for rehabiliteringsindsatser på udskrivelsestidspunktet" (ibid., §2 stk. 3). Desuden skal planen indeholde oplysninger om, hvordan bopælsregion og bopælskommune kan kontaktes.

I § 3 fremgår det, at der skal være angivet en tidsfrist for, hvornår genoptræningen skal påbegyndes efter udskrivelse. I § 4 angives det, at genoptræningsplanen "senest skal udleveres til patienten på udskrivningstidspunktet". Efter aftale med patienten skal genoptræningsplanen sendes til bopælskommune, praktiserende læge og hvis relevant til sygehuset (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014c).

I Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Indenrigs- og Socialministeriets vejledning om træning i kommuner og regioner (2009) præciseres det med henvisning til Sundhedsloven, at udskrivning kan ske fra både ambulatorium, skadestuer, samt dagsafsnit. Det vil sige, at krav om genoptræningsplaner ikke kun gælder patienter udskrevet fra sengeafsnit (ibid., s. 10).

8.11.2.2 Oversættelse af krav i DDKM

I DDKM videreføres lovkravet om udlevering af genoptræningsplaner senest ved udskrivningstidspunktet. I beskrivelsen af standarden om genoptræning fremgår det, at "lægelig stillingtagen til ambulat genoptræningsbehov i henhold til Sundhedsloven senest [skal] være foretaget inden udskrivelse fra en stationær afdeling, ambulatorium eller dagsafsnit" (IKAS 2013, s. 157).

Standarden gælder for alle afdelinger, der behandler patienter, og alle relevante patienter skal vurderes for genoptræningsbehov. For at opfylde standarden skal der a) udarbejdes retningslinjer "for systematisk vurdering af genoptræningsbehovet, som beskriver, hvordan genoptræningsplanerne udarbejdes for genoptræning i kommunalt regi, hvordan de videregives til primær sektor, og hvordan planerne udarbejdes, når der er tale om specialiseret genoptræning på sygehus (indikator 1 og 2). I standarden er der også formuleret krav til kvalitetsovervågningen. Sygehuset skal indsamle kvalitative data for, hvorvidt genoptræningsplaner udarbejdes i relevante tilfælde (indikator 5), og om der er reageret, hvis kvalitetsovervågningen viser mangler ved udførelsen af genoptræningsplaner (indikator 6) (IKAS 2013, s. 157).

I DDKM's oversættelse af loven er der altså tilkommet et monitoreringskrav, som pålægger sygehusene at monitorere og vurdere, hvorvidt relevante patienter får udarbejdet en genoptræningsplan.

8.11.3 Hvad er problemerne i praksis?

Generelt finder de interviewede medarbejdere (terapeuter) det meningsfuldt at stille krav om udarbejdelse af genoptræningsplaner. Der er dog en række udfordringer.

8.11.3.1 Vanskeligt at nå at udarbejde og udlevere genoptræningsplaner i korte patientforløb

Flere terapeuter påpeger, at det i accelererede patientforløb ofte ikke er muligt at nå at udarbejde genoptræningsplanen sammen med patienten og at udlevere den færdige plan til patienten før udskrivelse, som det er krævet.

8.11.3.2 Monitoreringskrav opleves uhensigtsmæssige

Flere medarbejdere stiller spørgsmålstegn ved hensigtsmæssigheden af monitoreringskravene. På nogle hospitaler giver de udtryk for, at resultaterne fra monitoreringen ikke indeholder relevant faglig viden. På andre hospitaler fremhæves det, at krav om dokumentation af negative fund opfattes som tidspilde.

Terapeuterne på ét hospital problematiserer, at der ikke er mål for, hvorvidt alle patienter, som vurderes at have behov for en genoptræningsplan, rent faktisk modtager en sådan plan. Regionen har ifølge terapeuterne forsøgt at monitorere det via servicemål. Men målingen vanskeliggøres af, at de ikke opgør, hvilke patienter der vurderes at have behov for rehabilitering.

Sekretærer fra et andet hospital fortæller, at alle patientforløb skal kodes for genoptræningsbehov, uagtet om patienterne skal modtage genoptræning eller ej. Registeringen af negative fund virker for sekretærerne meningsløs: "Dem, der opfinder det, ved måske ikke, hvad vi laver, og hvad det medfører." Det bliver meningsløst, fordi alle patienter – også døde patienter og raske ledsagere (som også tæller som en indlæggelse) – skal kodes som negative fund i patientjournalen. Videre forklarer de, at manglende registreringer af negative fund resulterer i fejlister med patienter, som efterfølgende skal kodes.

I de pågældendes sekretærers region er der udarbejdet en regional retningslinje, hvori det fremgår, at regionens sygehuse skal stå for indsamlingen af kvantitative data, der belyser hvorvidt genoptræningsplaner udarbejdes, når det er relevant. Derudover er det også op til sygehusene at udarbejde kvalitetsmål og retningslinjer for monitoreringen af genoptræningsplaner. Yderligere er det specificeret, at patientens genoptræningsplan skal dokumenteres i patientjournalen. På sygehusniveau fremgår det af retningslinjen, at de enkelte af-

delinger skal udarbejde egen instruks, hvori ansvarsfordeling, relevante patientgrupper og dokumentationsmåde, skal fremgå. Yderligere er der krav om, at afdelingerne dokumenterer, hvorvidt der er foretaget identifikation af behov for genoptræningsplan og efterfølgende udarbejdelse af plan i patientjournalen. Målopfyldelsen skal bedømmes ud fra mindst 2 journalaudits inden for tre år. På afdelingsniveau er monitoreringskravet altså blevet omsat til, at også negative fund skal registreres.

Selve kravet om monitorering stammer fra DDKM, men DDKM lader monitoreringsmodellen være op til de enkelte sygehuse. Det vil sige, at kravet om dokumentation af negative fund i dette eksempel er opstået lokalt. Det kan være, fordi det lokalt er blevet fortolket som en nødvendighed at registrere negative fund, for at kunne vurdere om *alle* patienter, der har behov for genoptræning, også modtager genoptræningsplaner.

Monitoreringskravene giver således anledning til frustration blandt medarbejdere på begge hospitaler. Det administrative personale fra den afdeling, hvor dokumentation af negative fund er påkrævet, finder det tidskrævende og meningsløst. Omvendt oplever klinikerne fra det andet hospital, hvor dokumentationsbyrden er lettet, fordi der ikke registreres negative fund, at resultaterne fra monitoreringen er fagligt irrelevant, fordi de ikke kan vurdere, om patienter uden en genoptræningsplan har haft et behov herfor.

Endelig bemærker medarbejdere, at monitoreringen udelukkende sker på hospitalsniveau og således ikke adresserer, hvordan det går patienten efter overgangen til kommunen. Derfor finder de, at standarden ikke forekommer særlig meningsfuld – for dem vil det være mere meningsfuldt at måle på *patientforløb*.

8.11.3.3 It-løsninger understøtter ikke arbejdet tilstrækkeligt

Arbejdet med at udarbejde genoptræningsplaner besværliggøres ifølge terapeuterne af, at de it-tekniske løsninger ikke opleves adækvate. Eksempelvis oprettes der i nogle hospitalers systemer en ny genoptræningsplan i forbindelse med opdateringer af en allerede eksisterende plan, hvilket vanskeliggør overblik, når planen skal sendes til kommunen.

8.11.4 Hvad kan man gøre?

Det kan overvejes, hvorvidt krav til udarbejdelse og udlevering af genoptræningsplaner kan revideres, så de i højere grad tager højde for faldende liggetider. Derudover kan monitoreringskravene adresseres med henblik på i højere grad at kunne vurdere patientforløb.

9 Patientsikkert Sygehus

Patientsikkert Sygehus var et projekt, som skulle reducere antallet af patientskader på de danske sygehuse. Fem forskellige sygehuse, et i hver region, tog del i projektet. Sygehuse- ne skulle gennem systematisk og konsekvent implementering af velkendt viden reducere antallet af patientskader med 30 %, samt reducere den samlede sygehusdødelighed med 15 %. Projektet varede fra 2010 til 2013 og bestod af implementering af 13 pakker, som eksempelvis indeholdt forskellige kliniske handlinger, som skulle gennemføres ved hver patientkontakt, samt indikatorer til måling af forbedring. Derudover bestod projektet af uddannelsesprogrammer og læringsnetværk, hvor sundhedsprofessionelle blev trænet i at arbejde med forbedringsmodellen, bl.a. gennem arbejde med tidstro data. Patientsikkert Sygehus blev til i samarbejde med Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner og TrygFonden, derudover modtog projektet ekspertbistand fra det amerikanske Institute for Healthcare Improvement (Patientsikkert Sygehus 2014).

Danske regioner besluttede i 2012, at tre indsats, som alle var inspireret fra Patientsikkert Sygehus, skulle udrulles til en fællesregional indsats. Regionerne har altså valgt tre indsatsområder, som de har fastsat fælles mål for. Der er tale om tryksårspakken, Sikker Kirurgi Tjeklisten samt Sepsispakken. Resultaterne fra de tre indsatsområder bliver monitoreret nationalt (Danske Regioner 2013).

9.1 Tryksårsscreening

9.1.1 Hvilket problem skal tryksårsscreening løse?

Undersøgelser har vist en forholdsvis høj forekomst af tryksår på danske sygehuse, med prævalenser mellem 17 og 41,5% (Dorsche & Fremmelevholm 2010). En nylig rapport fra Patientombuddet (2013) har vist, at der i 2012 blev indberettet 638 utilsigtede hændelser om tryksår til Dansk Patientsikkerhedsdatabase; heraf 430 (67,4 %) på de offentlige sygehuse. Tryksår pådraget under hospitalsindlæggelse kræver øget behandlingsindsats og kan forlænge indlæggelsestiden (ibid.). Tryksår øger desuden risiko for død på grund af øget risiko for sepsis, medfører store smerter for patienten og betegnes som en betydelig samfundsøkonomisk byrde (Dorsche & Fremmelevholm 2010).

For at nedbringe forekomsten af tryksår, og samtidig spare på udgifter relateret til tryksårsbehandling, besluttede regionerne at gennemføre en tværregional indsats mod tryksår. Indsatsen begyndte i 2012 og havde et ambitiøst mål om 50 % reduktion af sygehus erhvervede tryksår i 2013 og ingen udvikling af tryksår under indlæggelse på de danske sygehuse i 2014 og fremefter (Danske Regioner 2013).

9.1.2 Hvad er kravene til hospitalet personalet, og hvor kommer de fra?

9.1.2.1 Fællesregional indsats mod tryksår

Danske Regioner samarbejdede således i 2012 med regionerne om at implementere en fælles indsats mod tryksår på alle landets sygehuse. Indsatsen har taget udgangspunkt i en såkaldt Tryksårspakke udviklet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i forbindelse med projektet Patientsikkert Sygehus (Danske Regioner 2013).

Tryksårspakken, som blev udviklet, består af fire elementer, som ifølge Dansk Selskab for Patientsikkerhed skal anvendes "systematisk og konsekvent" for at forbedre patientsikkerheden og nedbringe antallet af patientskader (Patientsikkert Sygehus 2012, s. 2). De fire elementer inkluderer: 1) Tryksårsscreeningen vurderes hos alle nyindlagte patienter, 2) Patienter i risiko for tryksår revurderes dagligt, 3) Patienter i tryksårsscreeningen bliver ernærings-screenet, og 4) trykaflastes ved hjælp af specialmadrasser. Risikofaktorer for tryksår er nævnt i pakken, men en egentlig definition af, hvornår en patient er i risiko for tryksår er ikke specificeret, det er derfor åbent for lokal fortolkning (Patientsikkert Sygehus 2012, s. 5).

Til monitorering af indsatsen er der i Dansk Selskab for Patientsikkerheds tryksårspakke defineret tre indikatorer. To procesindikatorer måler henholdsvis andelen af patienter, der screenes for tryksårsscreening ved indlæggelse, og andelen af patienter i risiko for tryksår, der revurderes for tryksår. Derudover måler en resultatindikator andelen af patienter med sygehuserhvervede tryksår. Indikatorerne skal opgøres lokalt på afdelingsniveau (Patientsikkert Sygehus 2012).

En fuld implementering af Tryksårspakken fra Patientsikkert Sygehus involverer således: systematisk screening af *alle* nyindlagte patienter for tryksår, daglig genscreening af patienter i tryksårsscreening for tryksår samt screening for ernæringsproblemer, iværksættelse af tiltag til trykaflastning for patienter i tryksårsscreening samt dokumentation af indsatserne for at kunne dokumentere graden af målopfyldelse.

I Danske Regioners beskrivelse af det fællesregionale initiativ til tryksårsreduktion er målgruppen for tryksårsscreening blevet indskrænket, så den ikke inkluderer alle nyindlagte patienter. Det er således specificeret i et notat fra Danske Regioner (2013), at screening ikke skal foretages for dagkirurgiske patienter, obstetriske patienter, samt patienter på børne- og neo-natalafdelinger, mens det blev understreget, at tryksårsscreening skal foretages for samtlige patienter over 70 år (ibid., s. 3). Til gengæld er der tilkommet krav om, at der for patienter i tryksårsscreening, skal udarbejdes en plejeplan og en ernæringsplan, hvis nødvendigt, ud over kravene om trykaflastning og ernæringscreening (ibid., s. 3).

Monitoreringen af den tværregionale tryksårsindsats påhviler de enkelte regioner og sygehuse. Der er fra Danske Regioner lagt op til at anvende monitoreringsmodellen fra Tryksårspakken i Patientsikkert Sygehus. Det betyder, at det på sygehusene skal dokumenteres, hver gang en patient screenes for tryksår, tryksårsscreeningen for alle screenede skal registreres, alle genscreeninger af patienter i tryksårsscreening skal angives, alle fund af tryksår skal registreres, og det skal fremgå af registreringen, hvornår de er fundet.

Danske Regioner kan som interesseorganisation ikke træffe beslutninger om sygehusdriften i de enkelte regioner. Derfor er det fællesregionale tryksårsinitiativ ikke formelt bindende for regionerne. Men gennem forskellige fora, heriblandt Sundhedsdirektørkredsen, kan Danske Regioner tilskynde regionerne til at gennemføre forskellige kvalitetsindsatser.

9.1.2.2 Lokale oversættelser af regionale krav

Foruden de regionale retningslinjer er der på de enkelte hospitaler defineret lokale instrukser for tryksårsscreening. Også på dette niveau ses der eksempler på udvidelse af krav.

Det er blandt andet tilfældet på hospital X. Mens der af hospitalets lokale tryksårsvejledning fremgår samme afgrænsning af patientgruppen og samme tidsfrist, som beskrevet i den regionale vejledning, er der stillet et yderligere krav om, at screeningen skal gentages ved alle overflytninger.

Desuden er kravet til genscreening blevet strammet. Mens den regionale vejledning foreskriver regelmæssig revurdering af alle patienter og daglig revurdering af patienter i tryksårrisiko (defineret ved bestemt score i risikovurderingsskalaen), er dette krav blevet lokalt oversat til daglig genscreening af *alle* patienter, uagtet om de er i risiko for tryksår eller ej. Dog er der åbnet mulighed for, at patienter, som ikke er i tryksårrisiko, selv kan udføre den daglige inspektion ud fra en udleveret pjece, men personalet skal stadigvæk spørge ind til selvinspektionen dagligt.

9.1.3 Hvad er problemerne i praksis?

Generelt giver hospitalspersonalet og afdelingsledelserne udtryk for, at de finder det fagligt meningsfuldt at sætte ind for at reducere tryksårforekomst. De tilslutter sig således formålet med tryksårsscreeningen. Imidlertid giver de udtryk for, at den praktiske udformning af screenings- og dokumentationskrav ikke nødvendigvis forekommer meningsfuld. Der er en udbredt opfattelse af, at tryksårsscreeningen kommer til at give anledning til uhenigtsmæssig dokumentation.

9.1.3.1 One size does not fit all

Sygeplejersker og deres lokale leder på et sengeafsnit giver udtryk for, at krav om systematisk screening for tryksår har været et kvalitetsløft på deres afsnit. En sygeplejefaglig leder forklarer:

Vi har ikke mange patienter, som ikke skal opereres, og at ligge på et leje og være sederet [sløvet på grund af bedøvelse, red.] er en trykrisiko – selvom man er et ungt menneske. Derfor er det meningsfuldt [at tryksårsscreene] i patientforløbene, uanset hvor gamle eller unge eller skrøbelige patienterne er.

Sygeplejersker fra samme afsnit forklarer i tråd hermed, at den systematiske screening har medvirket til, at de er blevet mere opmærksomme på tryksår. Særligt opdager de ifølge sygeplejerskerne flere ældre patienter, som har tryksår ved indlæggelsen. Det betyder, at de kan sætte mere kvalificeret ind med sårbehandling; blandt andet via en specialiseret sårsygeplejerske. Andre interviewede, inden for andre specialer, er mindre begejstrede.

Tidskravene i flere af de regionale retningslinjer betyder, at tryksårsscreening for akut indlagte patienter typisk skal foregå i akutmodtagelsen for at være udført rettidigt. Men i akutmodtagelserne er patientforløbene typisk kortvarige, og den faglige indsats er koncentreret om at stabilisere patienternes tilstand og finde ud af, hvortil patienterne skal viderevisiteres. Derfor forekommer det ifølge personalet ikke fagligt relevant at bruge tid på at udføre og registrere tryksårsscreening for samtlige patienter. Ifølge en sygeplejerske på en akutafdeling består tryksårsscreeningen på deres afdeling af seks spørgsmål. Plejepersonalet skal vurdere patienterne med hensyn til: Eventuelle føleforstyrrelser, risiko for fugt omkring huden, aktivitetsniveau, bevægelighed, ernæringstilstand og friktion i forhold til lejet. Dokumentationen kræver ifølge sygeplejersken 11 skærmmklik. Selvom vedkommende ikke finder screeningskravet meningsfuldt på akutafdelingen, er det ifølge sygeplejersken ikke muligt at undvige kravet, fordi "det er regionalt bestemt."

I nogle regioner er der forsøgt at undtage nogle patientgrupper fra screeningskravet, i de regionale vejledninger. Men selv i regioner, som har undtaget flere patientgrupper, end der er lagt op til i det fællesregionale initiativ, oplever de i den kliniske hverdag, at patienter, der ifølge deres vurdering ikke er i en relevant målgruppe for tryksårsscreeningen, skal screenes alligevel.

I forlængelse heraf fremhæver mange sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere, at relevansen af tryksårsscreening varierer afhængigt af patienternes mobilitet. De giver udtryk for, at det ikke opleves fagligt meningsfuldt at bruge tid på at foretage og dokumentere tryksårsscreening for oppegående og stort set selvhjulpne patienter. Andre nævner, at det ikke forekommer meningsfuldt at skulle foretage og dokumentere tryksårsscreening for patienter i såkaldte daghospitalsforløb. Flere kvalitetsansvarlige sygeplejersker konkluderer: "For nogle patientgrupper giver det rigtig god mening at screene for tryksår, men for andre er det spild af vores tid."

9.1.3.2 Regionale tidskrav

De lokalt definerede tidsgrænser for rettidig screening skaber pres på personalet på de modtagende afdelinger, nogle regioner har eksempelvis krævet, at screening skal foregå inden for to timer. Andre inden for fire timer. Som en sygeplejefaglig leder forklarer, giver det problemer i sengeafsnittet, når screeningen ikke nås i modtagelsen: "For de fire timer er hurtigt gået." Mens de specifikke tidskrav varierer mellem regionerne, er det generelt i den regionale oversættelse af de nationale modeller, at tidskravene opstår. I praksis var indtrykket fra observationer og interview med personale fra modtagende afdelinger, at det typisk ikke prioriteres at udføre systematisk tryksårsscreening af alle akut indlagte patienter på akutmodtagelserne.

9.1.3.3 En skal-opgave frem for en klinisk vurdering

Personalet bemærker, at krav om systematisk screening af alle patienter uagtet deres mobilitet og forløb, er med til at gøre tryksårsscreening til en ofte meningsløs "skal-opgave": "Skal-opgaver fylder utrolig meget, og vi dokumenterer dem egentlig bare fordi vi skal." (Sygeplejerske).

Når personalet bruger kræfter på at registrere screeningen, skyldes det ifølge personalet, at der er stor ledelsesmæssig bevågenhed om den resulterende statistik. Der bliver nemlig trukket tal ud på målopfyldelsen regionalt. Det medvirker til, at:

Fokus i implementeringen af tiltaget bliver, hvilken kasse personalet skal skrive i, og hvordan de får lært at skrive i den kasse, i stedet for at få skabt en øget faglighed omkring risikogrupperne. (Kvalitetsansvarlig).

Risikoen er, at der sker en forskydning af det faglige og ledelsesmæssige fokus fra klinisk udvikling til dokumentationen i sig selv. I tråd med mange andre sygeplejersker, forklarer en erfaren sygeplejerske: "Fokus har flyttet sig til, at de her ting skal være i orden, mere end om vi får den relevante [information] fra vores patienter. Det fylder meget i dokumentationen og i forhold til de studerende og deres læring." Mens erfarne sygeplejersker i højere grad prioriterer mellem standardkrav og de problematikker, de finder mest presserende for den enkelte patient, så kan mindre erfarne kolleger føle sig utrygge i den situation og holde sig til standarden. Problemet er, at det i nogle tilfælde kan give anledning til "absurde" situationer, bemærker en sygeplejefaglig leder og forklarer, at hun af og til læser journaler, hvor kritisk syge patienter også lige får foretaget en screening for tryksår, fordi det er et krav. Det er "malplaceret", men samtidig kræver fritagelse fra kravet ifølge den sygeplejefaglige leder, at det i journalen begrundes, hvorfor screeningen *ikke* er foretaget, hvilket kan forekomme lige så u hensigtsmæssigt at bruge tid på i den pågældende situation.

Sygeplejersker fremhæver, at det opleves som manglende tillid til deres evne til at udføre kliniske skøn, når screeningskrav som udgangspunkt gælder for alle patienter, frem for at de som fagprofessionelle kan tage stilling til, hvornår screening er relevant.

De nævnte forhold kan give anledning til, at tryksårsscreening ikke blot opleves som, men også *udføres* som et rent procedurekrav. En kvalitetsansvarlig sygeplejerske gav et eksempel: En dag i klinikken havde hun observeret en kollega gøre klar til at modtage en yngre kvinde, som netop var hjemvendt fra en længere udlandsrejse. Modtagelsen blev grundigt forberedt – så grundigt, at sygeplejersken allerede havde overstået tryksårsscreeningen, *før* patienten ankom til hospitalet. For sygeplejersken var screeningen blot en formalitet, som skulle klares, forklarer den kvalitetsansvarlige sygeplejerske. For sygeplejersken ræsonnerede, at risikoen for tryksår var forsvindende lille for en ung, aktiv kvinde. Derfor forsøgte sygeplejersken at bruge færrest mulige ressourcer på den påkrævede screening. "Det er et eksempel på, hvordan personalet bruger deres sunde fornuft og forsøger at få dokumentationen ud af verden hurtigst muligt", konstaterer den kvalitetsansvarlige sygeplejerske og tilføjer: "Det fortæller bare ingenting om kvaliteten." Det bliver en opgave, som udføres uden klinisk refleksion og i det pågældende eksempel helt uden sammenhæng til den kliniske praksis. Det bliver til "dokumentation for dokumentationens skyld", som flere sygeplejersker formulerer det.

9.1.4 Dokumentationskrav understøtter ikke læring ift. tryksårsforebyggelse

Mens dokumentationskrav er designet til at give indsigt i hospitalernes målopfyldelse, er monitoreringen mindre velegnet til at understøtte lokal læring om tryksårsforebyggelse. En sygeplejefaglig leder forklarer, at de blot registrerer, hvorvidt der er et sår, hvor ofte patienten skal vendes (indsatsskema), og hvilken madras patienten skal ligge på. Denne information gør dem ikke bedre i stand til at forebygge tryksår, problematiserer hun, eftersom de ikke forholder sig til, hvornår og hvordan såret er opstået. For at kunne opdage en eventuel systematik i forhold til tryksårenes opståen efterspørger den sygeplejefaglige leder mere detaljeret information om sårenes størrelser, placering og udseende, eventuelle infektioner samt karakteristika ved patienterne. En anden sygeplejefaglig leder forklarer samstemmende, at de lokalt har forsøgt at opnå mere detaljeret information om tryksår; blandt andet ved at registrere forekomst af trykskader ud fra en bestemt gradsinddeling. Imidlertid er deres erfaring, at informationen mistes, fordi de regionale opgørelser foretages på aggregeret niveau. Lokalt på hospitalerne opfattes det som udtryk for, at monitoreringen tjener kontrol- snarere end læringsformål. Det rejser et principielt spørgsmål om, hvem der er de primære databrugere – for datakravene er forskellige afhængigt af, om brugerne er på praksisniveau eller del af det politiske ledelseshierarki.

Selvom der på afdelingsniveau er en opfattelse af, at sårenes størrelse, placering og udseende ikke skal dokumenteres, fremgår dette netop af den regionale retningslinje. Heri er der oplysninger om, at korrekt registrering af tryksår indbefatter ovenstående oplysninger, samt en kategorisering af tryksår og registrering af andre hudproblemer såsom infektion, udslet, eksem osv. De regionale krav om detaljeret registrering af tryksår er således ikke slået igennem på lokalt niveau. Selvom dokumentationen er øget i forhold til Danske Regioners fællesregionale indsatser og Patientsikkert Sygehus, opleves det alligevel af klinikkerne som faglig ubrugelig viden, der kommer ud af monitoreringen, dels fordi det regionale krav om detaljeret registrering af tryksår ikke er slået igennem på afdelingsniveau, dels fordi resultaterne af den detaljerede registrering ikke bliver opgjort til lokal brug.

I det hele taget virker det til at være svært for alle parter at holde styr på mængden af krav fra alle retningslinjerne. Eksempelvis genkendte en regional kvalitetsansvarlig ikke kravet om screening af *alle* indlagte patienter, undtaget dem under 15 og patienter på børneafdelinger, som et regionalt krav, selvom dette krav netop er formuleret i den regionale retningslinje.

Sygeplejersker og kvalitetsansvarlige sygeplejersker giver udtryk for, at monitoreringen af tryksårindsatsen har medført ændrede principper for personalets dokumentation.

Før dokumenterede vi ikke alt det, der var normalt. Du dokumenterede ikke en tryksårsscreening på en oppegående patient. Det skal man nu. For at kunne opgøre retvisende proces- og resultatindikatorer kræves systematisk registrering ikke blot af alle kliniske fund, men også af alle udførte procedurer. (Kvalitetsansvarlig sygeplejerske)

Det betyder, at klinikerne skal bruge tid på at registrere information, som ikke nødvendigvis er *klinisk relevant* for den enkelte patient, men som kræves for at skabe en komplet statistik. Formålet med klinisk dokumentation har dermed ændret sig. Dokumentationen skal ikke blot informere klinisk handling, men også muliggøre central overvågning og systematisk sammenligning af hospitalernes præstationer. Dertil kommer, at dokumentationen kan tjene som en form for rygdækning. Den citerede kvalitetsansvarlige sygeplejerske forklarer således, at hun over for personalet i hendes afdeling har "solgt" kravet om systematisk dokumentation også af negative (eller normale) fund som en mulighed for at vise, at eventuelle tryksår ikke er opstået i deres afdeling.

9.1.5 Hvad kan man gøre?

Der er enighed om, at formålet – at reducere forekomsten af tryksår – er meningsfuldt. Men der synes at være behov for at gentænke, hvordan det bedst kan opnås, hvis det skal undgås, at indsatsen får karakter af et rent procedurekrav.

For personalet og de lokale ledere ville det være mere meningsfuldt, hvis det i højere grad var muligt at differentiere i forhold til, hvilke krav der forekommer fagligt relevante i den givne kontekst (uden at dette giver anledning til yderligere dokumentation). Relevansen af konkrete standarder må altså forstås *i relation til* karakteristika ved patientforløb i givne specialer og ikke som universelt gældende.

10 Medicinafstemning, -gennemgang og Det Fælles Medicinkort (FMK)

I bottom-up-undersøgelsen kom forskellige dokumentationskrav relateret til medicin op. I den følgende gennemgang er styringstiltag relateret til medicin gennemgået samlet – om end kravene stammer forskellige steder fra.

10.1 Hvilket problem skal krav om medicinafstemning og -gennemgang løse?

I 2009 udgjorde utilsigtede hændelser med medicin 32 % af alle de hændelser, der blev rapporteret til Dansk Patient Sikkerheds Database (Patientsikkert Sygehus 2010). Endvidere viser flere danske undersøgelser, at uoverensstemmelser i oplysninger om patienters medicin ved overgange i et behandlingsforløb og fejl i medicinordinationer er hyppigt forekommende (Lisby, Nielsen & Mainz 2005, Foss et al. 2004, Barat, Andreasen & Damsgaard 2001, Bonnevie & Jensen 2002, Rabøl et al. 2006), og at dette udgør en sikkerhedsrisiko for patienter (Lisby, Nielsen & Mainz 2005, Foss et al. 2004, Andersen, Christensen & Hilsted 2001). Samtidig er tendensen, at patienter behandles med stadigt flere lægemidler samtidigt, hvilket øger risikoen for u hensigtsmæssige interaktioner mellem lægemidlerne. Undersøgelser peger imidlertid på, at målrettede interventioner kan forventes at medvirke til at forebygge medicineringsfejl, der sker i forbindelse med indlæggelse, overflytninger og udskrivelser (Lisby, Nielsen & Mainz 2005, Andersen, Christensen & Hilsted 2001, Bourke et al. 2001, Waldau et al. 2002). På den baggrund kan krav om medicinafstemning og -gennemgang ses som forsøg på at sikre, at indikationen for patientens lægemidler fortsat er aktuel, og at medicineringen som helhed er hensigtsmæssig for patienten.

10.2 Hvad er kravene, og hvor kommer de fra?

10.2.1 Lovgivning

Der er ikke egentlige lovkrav til sundhedspersonale om at foretage medicinafstemning og -gennemgang.

Autorisationsloven (kapitel 5) anfører generelt, at en læge er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelse af sin gerning, herunder medicineri (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011), mens § 10, stk. 1 i Bekendtgørelsen om adgang til og registrering mv. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger specificerer, at læger har pligt til at indberette om "lægemiddelordinationer, recepter, udleverede lægemidler, givne vacciner, og om borgeren er indlagt på sygehus" til SSI's elektroniske lægemiddel- og vaccinationsregister som led i patientbehandlingen (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014b).

Herudover specificerer Sundhedsstyrelsens (2006) vejledning om medicinordination og håndtering, at den behandlende læge har ansvar for "vurdering af indikation, kontraindikationer og risiko for bivirkninger samt for at tage stilling til mulige interaktioner med den øvrige medicin, som patienten får" i forbindelse med ordination (ibid., s. 6).

Vejledningen specificerer endvidere, at ledelsen har ansvar for at sikre, at der "udarbejdes en liste over patientens aktuelle medicin ved udskrivelsen", såfremt der er "foretaget ændringer i medicineringen" under indlæggelsen, at patienten får "en kopi af medicinlisten med angivelse af lægemidlernes betegnelse, indikation, lægemiddelform, styrke, dosis, doseringshyppighed og eventuelt administrationsmåde", samt at "egen læge [ved udskrivelse] hurtigst muligt informeres om ændringer i medicineringen under indlæggelsen" (ibid., s. 11).

Endelig specificerer Sundhedsstyrelsens vejledning, at hospitalspersonalet skal sikre, at patienternes egen læge og sædvanlige apotek er informeret om fortsættelse og eventuelle ændringer af eventuel dosisdispenseret medicin ved udskrivelse (ibid., s. 11).

Vejledningen er ikke formelt bindende for hospitalspersonalet på samme måde som lovtekst, men i forbindelse med eventuelle klagesager vil vejledningens formuleringer typisk udgøre det grundlag, som personalets handlinger vurderes i forhold til.

10.2.2 Standard om medicingennemgang i Den Danske Kvalitetsmodel

I DDKM lyder standard 2.9.7: "Sygehuset anvender medicingennemgang for definerede risikopatienter" (IKAS 2013, s. 135). Medicingennemgang forstås som en "systematisk gennemgang af patientens samlede forbrug af lægemidler", herunder stillingtagen til eventuelle problemer med compliance og bivirkninger, hvorvidt der fortsat er et behandlingsbehov, hvorvidt præparater skal udskiftes, hvorvidt dosis skal justeres, hvorvidt der er indikation for ordination af nye lægemidler, og hvorvidt der er risiko for interaktion med patientens øvrige præparater (ibid., s. 135).

Det er specificeret, at medicingennemgang ikke er relevant for alle patienter, og at det kan aftales, at medicingennemgang for patienter med kroniske lidelser foretages i primærsektoren (ibid., s. 135).

I forbindelse med akkreditering vil hospitalerne vurderes på, a) hvorvidt der foreligger retningslinjer på sygehusniveau, som beskriver hvordan, hvornår og hvem der har ansvar for at foretage og dokumentere medicingennemgang, og for hvilke patienter det skal foretages (indikator 1), b) hvorvidt der foretages medicingennemgang i overensstemmelse med retningslinjerne (indikator 2), c) hvorvidt medicingennemgang dokumenteres i journalen (indikator 3), d) hvorvidt sygehuset har sat mål for kvaliteten af medicingennemgang og vurderer målopfyldelsen via indsamling og analyse af kvantitative data (indikator 4), e) hvorvidt der er gennemført forbedringstiltag for at adressere eventuelle kvalitetsproblemer (indikator 5) (ibid., s. 136).

Med DDKM indføres altså dels krav om, at der skal foretages medicingennemgang for udvalgte patientgrupper på hospitalerne. Dels at der skal udarbejdes lokale retningslinjer (sygehusniveau) for medicingennemgang. Endelig indføres der indirekte krav om, at klinikerne konsekvent dokumenterer, at de har foretaget medicingennemgang samt eventuelle øvrige data til brug for vurdering af målopfyldelse.

Kravene i DDKM er ikke juridisk bindende for hospitalspersonalet. Men på grund af risikoen for offentlige anmærkninger og/eller manglende akkreditering opstår der typisk ledelsespres på hospitals- og afdelingsniveau for at sikre overholdelse af DDKM's standarder.

10.2.3 Medicinafstemningspakken i Patientsikkert Sygehus

I projektet Patientsikkert Sygehus indgår en såkaldt medicinafstemningspakke, der skal sikre, at medicinoplysninger videregives korrekt ved overgange i patientforløb, så der ikke ordineres eller seponeres medicin uden indikation herfor (Patientsikkert Sygehus 2010).

Medicinafstemning forstås som en "struktureret procedure", hvor medicinanamnesen ved indlæggelse, aktuelle medicinordinationer under indlæggelse og medicinstatus ved udskrivelse afstemmes mod hinanden (ibid., s. 2).

Monitorering af indsatsen sker via to procesindikatorer, der måler hhv. andelen af indlæggelser og udskrivelser, hvor der er udført medicinafstemning (ibid., s. 7).

I forhold til Sundhedsstyrelsens vejledning (2006) indebærer implementering af medicinafstemningspakken en udvidelse af kravene til hospitalspersonalet. Dels er der sket en udvidelse af proceskrav. Dels er der tilkommet en række dokumentationskrav. Kravene i Patientsikkert Sygehus er ikke juridisk bindende for hospitalspersonalet på linje med lovgivning. Men hvis de enkelte regionsråd har taget beslutning om at indføre enkelte eller alle 'pakker' i Patientsikkert Sygehus, vil der via den hierarkiske styringskæde være et ledelsespres for at sikre implementering heraf.

Proceskrav

I forhold til nyordinationer skal der ikke blot tages stilling til mulige interaktioner med patientens øvrige medicin, men også foretages en konsekvent afstemning af patientens medicinering ved indlæggelsen og den aktuelle medicinering under indlæggelsen (Patientsikkert Sygehus 2010, s. 5).

I forhold til udskrivelser skal der ikke blot udarbejdes en ny medicinliste, hvis der er sket ændringer i medicineringen under indlæggelsen, men konsekvent foretages afstemning mellem medicinen, der fremgår af epikrisen, og henholdsvis patientens medicinering ved indlæggelsen, ordinationer, der skal fortsættes ved udskrivelse, og patientens medicinliste (ibid., s. 5) for alle patienter, der "får medicin før, under og efter udskrivelsen" (ibid., s. 3).

Hertil kommer, at der også skal foretages medicinafstemning ved alle overflytninger og enhver anden "overgang i patientforløbet" (ibid., s. 3).

Dokumentationskrav

For at leve op til kravene i medicingennemgangspakken skal der skriftligt "redegøres" for eventuelle uopklarede "uoverensstemmelser i medicinregnskabet" i "et notat, der følger patienten" (fx journal, overflytningsnotat, epikrise) (ibid., s. 3).

Dertil kommer, at monitoreringsmodellen medfører, at det på afdelingsniveau konsekvent registreres, hvorvidt der er udført medicinafstemning i forbindelse med indlæggelser og udskrivelser.

I DDKM hedder det, at sygehuse skal anvende medicingennemgang for "definerede risiko-patienter." (IKAS 2013, s. 135). Det er op til de enkelte regioner at udmønte standarden i regionale retningslinjer. I denne proces konkretiseres det generelle krav, idet arbejdsgange beskrives. I Region Sjælland beskriver retningslinjerne, der blev udviklet af sygehusapoteket, ikke blot krav til medicingennemgang. De specificerer også, at der på regionens hospitaler skal foretages *medicinafstemning* på *alle* patienter senest to timer efter udskrivelse. Det vil i praksis sige, at en læge skal sikre, at medicinen, som er ordineret under indlæggelsen, stemmer overens med den medicin, som er anført i Det Fælles Medicinkort (FMK). Kravet er ifølge regionen udformet af patientsikkerhedsmæssige hensyn, idet nogle patienter

ter får brug for sundhedsfaglig hjælp i timerne umiddelbart efter udskrivelse. På hospitalerne stiller de sig imidlertid undrende over for de øgede regionale krav. Kravene bevirker i praksis, at de også skal foretage medicinafstemning på personer, som ikke har fået medicin. På hospital X fik børneafdelingen eksempelvis påtale for ikke at have foretaget rettidig medicinafstemning på et barn, som var blevet observeret uden at modtage nogen form for medicinsk behandling. Overholdelsen af kravet har stor bevågenhed fra regionale politikere. Det indgår som et målkrav i hospitalernes driftsaftaler, der løbende monitoreres, og som har direkte økonomiske konsekvenser for hospitalerne ved manglende overholdelse.

10.2.4 Det Fælles Medicinkort (FMK)

FMK er udviklet som en central, digital platform for borgernes lægemiddeloplysninger, hvor sundhedsprofessionelle på tværs af sektorer har adgang til at redigere oplysninger. Siden iværksættelsen af FMK-programmet i 2009 har det været en tværoffentlig ambition, at de mest opdaterede lægemiddeloplysninger om hver enkelt borger findes på FMK. På den baggrund er FMK tænkt som et centralt redskab i forhold til både medicinafstemning og medicingennemgang (Statens Serum Institut 2014b).

Parterne bag udvikling og implementering af Det Fælles Medicinkort er: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, National Sundheds-it, Sundhedsstyrelsen, MedCom, Danske Regioner samt Kommunernes Landsforening (KL). National Sundheds-it (NSI) på Statens Serum Institut har det overordnede ansvar for at sikre FMK-programmets gennemførelse i samarbejde med de involverede parter og bidragsydere, mens regionerne har ansvar for integrationen af FMK i de lokale EPJ-systemer og implementeringen af FMK hos de praktiserende læger og på sygehusene. I praksissektoren har regionerne indgået aftale med den offentligt finansierede, non-profit organisation for offentligt-privat samarbejde, MedCom, om integration af FMK i praksissystemer (Statens Serum Institut 2014b).

10.3 Hvad er problemerne i praksis?

Generelt udtrykker de hospitalsansatte og lokale ledelser tilslutning til formålet om at sikre mere opdaterede medicinoplysninger for patienterne. De påpeger, at fejl- og overmedicinering samt kommunikationsfejl i forbindelse hermed aktuelt udgør et betydeligt kvalitetsproblem i sundhedssektoren. Principielt finder de også idéen med FMK god. Imidlertid giver den praktiske implementering af procedure- og registreringskrav i forbindelse med medicinafstemning og -gennemgang anledning til udfordringer.

10.3.1 Mangelfuld implementering af FMK

Generelt opfattede lægerne medicinafstemning som en fagligt meningsfuld opgave, som imidlertid besværliggøres af mangelfuld implementering af FMK i praksissektoren og kommunerne.

Man indfører noget godt, og vil patienten det godt, men man indfører det, inden man har afstemt, at de parter, man samarbejder med, også følger det. (Læge)

Lægerne forklarer, at patienters medbragte medicinlister sjældent stemmer overens med oplysningerne på FMK ved indlæggelsen, og at der er "dobbeltordinationer" i FMK. En lægefaglig leder beskriver eksempelvis, at der for en patient var ordinationer på morfinplastre i tre forskellige doser, hvilket kunne have ført til potentiel farlig overmedicinering af patienten (som var trappet ned til den laveste af de tre doser). Det understreger behovet for at

foretage medicinafstemning. For de hospitalsansatte læger understreger det imidlertid også et behov for mere konsekvent medicinafstemning i almen praksis, hvor brugen af FMK varierer. Det får en lægefaglig leder til at karakterisere FMK som "en bombe under patientsikkerheden, fordi vi tror, det er sandheden [om patientens medicinering, der fremgår af FMK]", selvom dette er usikkert.

Når de hospitalsansatte læger ikke stoler på, at medicinoplysningerne på FMK er opdaterede, efterlader det dem med et tidskrævende opklaringsarbejde. Ofte kræver det ifølge lægerne samtaler med patienten, pårørende, egen læge, plejepersonale og/eller adgang til information om indløste recepter (via hospitalsansatte farmakonomer) at få overblik over en patients faktiske medicinindtag. Desuden er arbejdet med "oprydning" i ordinationer, som er foretaget dobbelt eller trippelt, ifølge flere hospitalsansatte læger "en tidsrøver af format". Den mangelfulde implementering af FMK i praksissektoren bevirker altså, at det der skulle være en medicinafstemning i praksis bliver en tidskrævende opgave med *medicinopsporing* og *-oprydning*.

Nogle – særligt yngre – hospitalslæger giver udtryk for, at de ikke føler sig fagligt rustet til at foretage denne form for medicinoprydning og påtage sig ansvar for ordinationer uden for deres eget specialeområde. Observationer på hospitalsafdelingerne gav eksempler på, at læger i disse situationer kun foretog afstemning af visse dele af patienternes medicin.

Videre fremhæver lægerne, at en tidsmæssig forskydning i implementeringen af FMK på hospitaler og i kommunerne, afstedkommer problemer. Eftersom hospitaler og kommuner bruger forskellige elektroniske medicinsystemer, kan der ikke kommunikeres direkte om medicin.

Hjemmeplejen bruger ikke vores medicinsystem, så de lægger [medicinoplysningerne] ind i deres eget. Så printer de en anden liste ud og streger og retter i den med kuglepen. Når en patient, så bliver indlagt, har de den rettede medicinliste med, og der står en masse rod i FMK. (Lægefaglig leder)

En lægefaglig leder tilføjer, at de ugentligt får henvendelser fra praktiserende læger og hjemmeplejen om patienter, hvor der er uoverensstemmelse mellem ordinationer på FMK og de medicinlister, som hjemmeplejen dispenserer ud fra. "Det bruger vi meget tid på, og det er tidskrævende og farligt." Forskydningen i implementeringstidspunktet af et tværsektorielt redskab har altså bevirket, at funktionaliteten endnu ikke er så stor.

Det er altså ikke selve kravene til medicinafstemning, som lægerne finder problematiske, men den tværsektorielle *implementeringsproces*, som gør det ekstra vanskeligt at opfylde kravene.

10.3.2 Systemtekniske problemer med FMK

I tillæg til de tværsektorielle implementeringsproblemer fremhæver lægerne systemudfordringer i forhold til FMK:

- Sammenblanding af medicin efter behov (pn) og fast medicin, når information overføres fra FMK til hospitalernes medicinmodul.
- At information om ændringer i forhold til dosisdispensering ikke overføres automatisk via FMK til apotekerne.
- At doseringstekster manuelt må forkortes for at kunne overføres fra hospitalernes medicinsystem til FMK.
- At præparater må slettes og oprettes på ny i FMK for at kunne foretage dosisændringer.

- Diskrepans mellem hospitalernes standardsortimenter og praksissektorens anbefalede lægemidler. Det kan give problemer med dobbeltordinationer, fordi FMK ikke genkender lægemiddelsynonymer med forskellige handelsnavne (men tilsvarende aktive indholdsstoffer).
- At kunne suspendere medicin, som patienter kun skal have under indlæggelsen.
- Manglende angivelse af medicinindikationer på FMK. Det betyder, at lægerne ofte ikke har mulighed for at afgøre, hvorfor en anden læge har ordineret et givent præparat, selvom de principielt godkender denne ordination med eget navn ved medicinafstemning, og dermed bliver juridisk ansvarlige.²⁷
- Fejl ved informationsoverførsel mellem FMK, hospitalernes og praktiserende lægers medicinsystemer, fordi der opereres med forskellige informationsstandarder. Eksempelvis manglende overførsel af ordinationer til hospitalets medicinmodul i tilfælde, hvor der ikke er angivet præcise tidspunkter for medicineringen, hvilket ikke er gængs praksis i primærsektoren, og fejl i dosisangivelser, fordi der ved ordinationer på hospitalerne angives antal mg/døgn, mens der i praksissektoren angives styrke og antal tabletter pr. dag. For at imødegå problemet må hospitalslægerne nyordinere alle præparater.

Disse *funktionalitetsproblemer* ved eksisterende it-værktøjer medvirker til at gøre opgaverne med medicinafstemning og -gennemgang ekstra tidskrævende og besværlige at udføre.

10.3.3 Monitorering måler ikke klinisk kvalitet

Flere læger stiller sig kritisk over for monitoreringen af målopfyldelse ved medicinafstemning. En leder udtrykker sig således: "Vi bruger meget tid på at leve op til krav om medicinafstemning. Men ingen spørger sig selv om, hvorvidt der er afstemt rigtigt." Når monitoreringen af målopfyldelse ikke forholder sig til det *kliniske indhold*, men det blot registreres, hvorvidt proceduren er udført, mister registreringskravene mening for klinikerne. De oplever det som demotiverende at blive målt på, hvorvidt de har "husket at sætte kryds i den rigtige boks", frem for om de har leveret et fagligt solidt arbejde. Mens proceskravene opleves meningsfulde, kan de aktuelle *dokumentationskrav* altså medvirke til at skabe demotivation omkring opgaveløsningen. Det skyldes, at monitoreringen, ifølge dem, ikke afspejler den kliniske kvalitet.

Andre fremhæver, at monitoreringen mister mening, når vurderingen af målopfyldelsen ikke tager højde for klinisk relevante kriterier. For eksempel når monitoreringen ikke tager hensyn til, hvad der er skrevet ind i patientens eller de raske ledsageres papirer. Dette tager den automatiske afrapportering ikke hensyn til, da denne udelukkende ser på, om der er trykket på afstemningsknappen og ikke på, hvad der er dokumenteret i journalen.

En leder giver et eksempel på, hvordan det kan udvikle sig til en **rituel øvelse**: Uge efter uge har afdelingens statistik demonstreret, at de ikke lever op til målkravet om at foretage medicinafstemning. Og uge efter uge har de over for hospitalsledelsen påpeget, at den manglende målopfyldelse skyldes, at monitoreringen ikke er klinisk meningsfuld. Afdelin-

²⁷ "Indførelse af det Fælles Medicinkort (FMK) medfører ikke ændrede regler i forhold til lægens pligter ved ordination af lægemidler." (Sundhedsstyrelsen 2012, s. 1). Derfor er lægen dog stadigvæk ansvarlig for egne og tidligere ordinationer, som det fremgår af Sundhedsstyrelsens notat: "Den læge, der modtager en patient ved indlæggelse, skriver journal og *ordinerer* medicin i sygehusets dokumentationssystem er ansvarlig for, at ordinationen sker efter vurdering af indikation og eventuelle kontraindikationer eller bivirkninger, samt for eventuelle interaktioner. Lægen er således både ansvarlig for nye ordinationer og for ordinationer, der er en fortsættelse af patientens hidtidige medicinering, som er fremgået af FMK, hvis lægen vælger at fortsætte disse ordinationer. Som led i journaloptagelsen ser lægen patientens FMK. Hvis lægen herved får mistanke om fejl eller andre uhensigtsmæssigheder, skal den pågældende reagere. Hvis den pågældende ikke selv har kompetence til at tage stilling, skal han alt efter forholdene kontakte overlægen, anden overordnet læge eller den ordinerende læge/anden speciallæge med henblik på afklaring af tvivlsspørgsmål. Fremgangsmåden kan eventuelt være beskrevet i lokale instrukser." (Sundhedsstyrelsen 2014, s. 4).

gens egne opgørelser viser, at den manglende medicinafstemning hovedsageligt afspejler situationer, hvor der ikke har kunnet foretages medicinafstemning (eksempelvis ved raske ledsagere). Hospitalsledelsen anerkender problematikken. Imidlertid oplever de sig bundet af det regionalt fastsatte monitoreringskrav. Så det ugentlige ritual fortsætter: Hver uge konstateres det på et ugentligt afdelingsmøde, at målkravet for medicinafstemning ikke er nået. Det kommunikeres til afdelingsledelsen, som siden står skoleret over for hospitalsledelsen. "Det ender altid med, at vi skal lave en audit", forklarer den lægefaglige leder.

Mens krav om medicinafstemning i udgangspunktet opfattes meningsfulde, mister de i praksis mening, når monitorering af målopfyldelse ikke tager højde for klinisk, relevant variation.

10.3.4 Unødige gentagelser

For at leve op til målkravene i Patientsikkert Sygehus skal medicinafstemning foretages ved *alle overgange* i et patientforløb. Det gælder således også, når patienter flyttes fra en akutmodtagelse til en sengeafdeling. På hospitaler, hvor modtagelsen af patienter foretages af læger ansat på sengeafdelingerne, opleves dette som en tidskrævende og unødigt gentagelse. En gruppe læger forklarer, at den ansvarlige læge ved modtagelsen af patienten i Akutmodtagelsen skal suspendere FMK, overføre præparaterne til hospitalets medicinsystem via manuel indtastning og derefter godkende medicinen. Når patienten lidt senere overflyttes til sengeafdelingen starter proceduren forfra igen, selvom det er den samme læge, der tilser patienten.

Igen er problemet altså ikke selve kravet om medicinafstemning, men at der i implementeringen af kravet ikke tages højde for organisatoriske forskelle mellem hospitaler.

10.3.5 Opgaveplacering

I forhold til medicingennemgang argumenterer nogle hospitalslæger og lokale ledere for, at opgaven burde varetages i praksissektoren frem for på hospitalerne. De fremhæver, at de fleste lægemidler ordineres i praksissektoren, at de som speciallæger primært har ansvar for den specialiserede behandling inden for et givent område, og at de ofte mangler mulighed for at afgøre, på hvilke indikationer præparater er ordineret i praksissektoren, eftersom de ikke har adgang til journalsystemerne, og informationen typisk ikke fremgår af FMK.

10.4 Hvad kan man gøre?

10.4.1 Implementering

Siden dataindsamlingens afslutning skulle FMK være taget i brug i kommunerne (efteråret 2014). Oplevede problemer kan givetvis henføres til, at FMK fortsat er i en implementeringsfase. Men en generel læring er, at timing og opgavefordeling i forhold til implementering af tværsektorielle redskaber skal afstemmes bedre.

10.4.2 Opgaveplacering og incitament

Medicingennemgang er en vigtig men tidskrævende opgave, som pt. ikke understøttes af de økonomiske incitamentssystemer i sundhedssektoren. Sygehusvæsenet er kendetegnet ved decentraliseret budgetansvar og honoreringssystemer, der tilgodeser den enkelte afdeling – tid brugt til involvering af en mængde eksterne aktører til at opnå og vurdere infor-

mation om en patients medicinering kan gå ud over afdelingens produktivitet (og dermed indtjeningsgrundlag). Derfor har afdelingerne ikke en økonomisk interesse i at påtage sig den meget tidskrævende, men vigtige opgave, konstaterer en gruppe læger.

10.4.3 Systemproblemer

Lægerne foreslår, at systemet skulle kunne genkende de aktive indholdsstoffer frem for handelsnavnene for at sikre kompatibilitet.

Desuden foreslår nogle læger, at man fremadrettet sikrer samme krav til information på FMK som til journalføring. Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om lægers journalføring anfører, at der ved beskrivelse af medicinordinationer i journalen skal fremgå: indikation, lægemidlets betegnelse, styrke, mængde, dosis, doseringshyppighed og eventuelt administrationsmåde, samt hvornår behandlingen seponeres/ophører (herunder om det er en enkeltstående ordination eller ordination af medicin efter behov (p.n.)) (Sundhedsstyrelsen 2013a). Desuden skal lægens navn, dato og evt. klokkeslæt fremgå (ibid.).

11 Andre styringsredskaber

11.1 Udrednings- og behandlingsgarantier

11.1.1 Hvilket problem skal garantien løse?

Af regeringsgrundlaget (2011) *Et Danmark, der står sammen*, fremgår det, at det har været et mål for den siddende regering at sikre patienter med symptomer på alvorlig sygdom udredning inden for 30 dage (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012a). Ligeledes har det været et mål at fastholde ansvar for udredning af patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom i hospitalsregi, så de ikke sendes tilbage til egen læge, før en diagnose er stillet, eller mistanken om alvorlig sygdom er afkræftet (ibid.). Baggrunden har ifølge den tidligere sundhedsminister været, at der gennem årene har været "alt for mange eksempler på patienter, der sidder fast i lange udredningsforløb i sundhedsvæsenet", og som har været nødt til at agere "case manager i sit eget patientforløb" (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012b). På den baggrund kan udredningsgarantien ses som et politisk forsøg på at adressere problemer med forsinkelser, der skyldes manglende koordinering og diffus ansvarsfordeling mellem afdelinger og sektorer, i udredningen af patienter med symptomer på alvorlig sygdom.

11.1.2 Hvad er kravet?

11.1.2.1 Aftale om regionernes økonomi for 2013

I forbindelse med aftale om regionernes økonomi for 2013, der blev indgået mellem regeringen og Danske Regioner den 9.6.2012, blev der lavet aftale om hurtig udredning af patienter. Med aftalen forpligtedes regionerne pr. 1.9.2013 til at udrede patienter inden for en måned efter modtaget henvisning, "hvis det er fagligt muligt", og ellers "som minimum have en plan for et videre udredningsforløb, hvis udredningen ikke kan afsluttes inden for fristen" (Regeringen og Danske Regioner 2012, s. 5-6). Samtidig forpligtedes regionerne til at benytte andre regioners eller private sundhedsudbydernes kapacitet, "hvis det er nødvendigt" af hensyn til udredningsgarantien (ibid., s. 6). I forhold til målsætningen i regeringsgrundlaget (2011) blev retten til hurtig udredning med økonomiaftalen altså defineret som en generel patientrettighed og ikke blot et tiltag, der skulle styrke udredningen af patienter med symptomer på alvorlig sygdom.

Samtidig indebar aftalen en differentiering af behandlingsgarantien pr. 1.1.2013, så patienters ret til udvidet frit sygehusvalg træder i kraft to måneder efter patientens samtykke til behandling, dog én måned for patienter med mere alvorlige sygdomme/tilstande. Differentieringen af behandlingsgarantien berører ikke de garantier, der er udstukket for livstruende kræft- og hjertesygdomme (ibid., s. 6).

Herudover blev det aftalt at etablere en "model for monitorering af udredningsgarantiens overholdelse" og at "evaluere resultaterne af udrednings- og behandlingsgarantien et år efter ikrafttræden" (ibid., s. 6).

11.1.2.2 Sundhedsloven

Patienters ret til hurtig udredning er siden blevet lovfæstet. I Sundhedslovens (kapitel 17, § 82b, stk. 1) er det således angivet, at "regionsrådet" i en patients bopælsregion "yder udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og kli-

nikker, som regionen har indgået aftale med”, ”inden for en måned, såfremt det er fagligt muligt” for ”personer, der er henvist til udredning på sygehus”. Videre fremgår det af stk. 2, at ”regionsrådet inden for samme måned [skal] udarbejde en plan for det videre udredningsforløb”, hvis ”det ikke er muligt at udrede personen inden for en måned.” (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a).

Monitoreringskravet, som blev knyttet til udredningsretten i økonomiaftalen, er ikke stadfæstet i lovgivningen. Det må i stedet ses som udtryk for et politisk ønske om at kunne overvåge overholdelsen af udredningsgarantien.

11.1.2.3 SSI's beskrivelse af monitoreringsmodellen for udredningsgarantien

I Statens Serum Instituts (2014a) beskrivelse af metoden for monitorering af udredningsretten, fremgår det, at data trækkes fra Landspatientregistret (LPR) blandt ”somatiske, elektive patienter, der er offentligt finansieret henvist til udredning” (ibid., s. 1). Trods den centrale trækning af data, involverer monitoreringskravet en række registreringer på hospitalerne til brug specifikt for overvågningen af udredningsgarantien. Dels skal der registreres koder, som angiver, hvornår der er foretaget en klinisk beslutning (SKS-koderne AFX01A, AFX01B eller AFX01C), eftersom det kun er forløb, der indeholder en kode for klinisk beslutning, der medtages i beregning af udredningsforløbets længde (ibid., s. 1). Koden signalerer da afslutning af et udredningsforløb (ibid., s. 1). Dels skal det via 11 særskilte koder for ventetid registreres, hvorfor en given patient venter. Det gøres for at kunne korrigere længden af udredningsforløbet eksempelvis med ventetid, som skyldes patientens udskydelse af et undersøgelsestidspunkt (ibid., s. 1). Endelig skal det registreres, hvornår en udredningsplan foreligger, såfremt en patient ikke er udredt inden for 30 dage. I monitoreringsmodellen signalerer forekomsten af en udredningsplan ikke afslutning af udredningsforløbet, men via registreringen kan det opgøres, hvorvidt planen er udarbejdet senest 30 kalenderdage efter henvisningsdatoen (ibid., s. 2).

11.1.2.4 Lokale oversættelser

Regional overimplementering af lovmæssigt krav om udredning inden for 30 dage

Region Syddanmark har valgt at tilbyde hurtigere udredning, end det lovmæssigt er påkrævet (Region Syddanmark 2013, s. 1). Regionsrådet vedtog, at retten til udredning inden for en måned skulle halveres til 14 dage i regionen. Målsætningen for regionen lød på, at patienter, der bliver henvist til sygehuse, skal være indkaldt til første undersøgelse inden for 14 dage. Dette har også konsekvenser for, hvornår indkaldelsesbrevet skal afsendes. Ifølge loven skal en indkaldelse afsendes inden for otte hverdage, mens der i denne region er en målsætning om, at indkaldelsen skal være afsendt efter to hverdage.

Ansvar for indkaldelse til første undersøgelse er hos den afdeling, der har modtaget henvisningen. Hvis henvisningen er sendt forkert, må afdelingen ikke tilbagesende henvisningen, men skal i aftale med praktiserende læge henvise patienten til anden afdeling. Har en afdeling sendt henvisningen forkert, bør modtagerafdelingen ikke sende henvisningen tilbage, men i aftale med afsenderafdelingen få sendt henvisningen videre. Kan afdelingen ikke leve op til målsætningen om udredning inden for 14 dage, skal patienten tilbydes omvisitering til offentligt eller privat sygehus. Er det ikke fagligt muligt at udrede patienten inden for en måned, skal afdelingen udlevere en plan for det videre udredningsforløb.

Regionen monitorerer første undersøgelse inden for 14 dage, derudover skal dato for udredning dokumenteres i patientjournalen. Regionen havde desuden indført en midlertidig bonusmodel, hvor afdelingerne bliver belønnet, når første undersøgelse skete inden for 14 dage.

11.1.3 Hvad er problemerne i praksis?

11.1.3.1 Et "registreringscirkus"

"Behandlingsgarantien og udredningsgarantien er et registreringscirkus." Sådan udtrykte en kvalitetsansvarlig sin frustration over de dokumentationskrav, der er fulgt med udredningsgarantien (og den differentierede behandlingsgaranti). I tråd hermed kommenterede en chef, at det er enkelt for politikerne at udstikke garantier, men kompliceret og ressourcekrævende for dem, som sidder lokalt, at skulle dokumentere, hvorvidt garantierne er opfyldt. Grunden er, ifølge chefen, at de på hospitalerne ikke råder over måleredskaber, som kan give et retvisende billede af ventetider gennem et patientforløb. Derfor afstedkommer de politiske garantier et behov for nye registreringer på hospitalsniveau; registreringer der på hospitalerne generelt blev opfattet som alt for detaljerede og komplicerede og derfor ressourcekrævende at udføre. Det er altså ikke *indholdet* i udrednings- og behandlingsgarantien, der opponeres imod, men det tilhørende *monitoreringskrav*.

På de medvirkende afdelinger giver læger og sekretærer udtryk for, at monitoreringskravene er komplekse og med stor sandsynlighed fejlbehæftede. De nævner, at "koderne ikke er intuitive", at der er mange forskellige koder at huske, at tildeling af koder trods instrukser kræver "fortolkning", at kodningspraksisser varierer, og at det derfor ikke er sikkert, at data kan give et retvisende billede af udredningstiden. Flere sekretærer forklarer, at kodningen i forbindelse med udredningsretten er "virkelig svær at finde ud af", og at de har været nødt til at gennemgå modellen gentagne gange, for at finde ud af, hvad der skal kodes, og hvordan. "Det er så svært, så når jeg har skrevet noget, så føler jeg ikke, at jeg er sikker på, at det er rigtigt", som en sekretær bemærker. En anden forklarede, at kodningsinstruksen er anvendelig ved "klassiske forløb", men ikke i tilfælde, hvor patienterne "skal alt muligt andet", mens en tredje konstaterer, at de "ikke får oplæring". Når sekretærene har drøftet kodningspraksisser ved møder og sendt forespørgsler om kodning opad i systemet, er det endvidere deres oplevelse, at "ingen kan give klare svar", og at de "selv er nødt til at fortolke". "Når man får svar, er tilbagemeldingen ofte, at det afhænger af, hvordan man definerer en behandling – er fysioterapi for eksempel en behandling?", bemærkede en sekretær. For at håndtere usikkerheden, har nogle sekretærer lavet deres egne kodningslister og "håber på, det er rigtigt", om end de har kendskab til, at personale på andre afdelinger og andre hospitaler koder anderledes.

Sekretærer forklarer, at det er tidskrævende at holde sig opdateret og registrere alle ændringer i tider i patientforløb eller retrospektivt gå tilbage og undersøge for hver enkelt patientforløb, hvordan forløbet har været. Det kræver, at de for enhver patient tjekker: hvornår patienten er henvist, om der er tale om en ny-henvist patient, en patient, som er i gang med et udredningsforløb, men endnu ikke er færdigudredt, eller noget andet, og hvilke koder der i givet fald skal tildeles, hvornår patienten har fået tid til undersøgelse, om det forventes, at undersøgelsen kan nås inden for 30 dage, om tiden ændres, og om patienten selv har efterspurgt dette, om patienten udebliver, om svaret forsinkes, hvornår der skal tildeles henholdsvis beslutnings- og behandlingskoder etc.

Selvom en patient udebliver, kræver det fire koder – og en femte, hvis den udeblevne havde ventet i mere end 30 dage, siger en sekretær. På en afdeling anslår de, at de 15 ud af afdelingens 30 sekretærer der arbejder med udredningsgarantien, i gennemsnit anvender cirka en time dagligt på dette registreringsarbejde. Når sekretærene samtidig betvivler værdien af registreringerne og oplever at mangle tid til at få udskrevet journalnotater, så patienterne kan komme videre i systemet (på interviewtidspunktet var de ifølge sekretærene bagud med 2.000 notater på den givne afdeling), opleves registreringerne til dokumentation af udredningsgarantiens overholdelse som mindre meningsfulde.

Sekretærene oplever ledelsespres for at foretage registreringerne, men flere ledere giver udtryk for bekymring over det ekstra arbejdspress, registreringerne udløser for både sekretærer og læger. Og de oplever, at der er tale om overlappende politiske målkrav, der lokalt kræver separate registreringer – som når der for uden dokumentationskravene til den generelle udrednings- og behandlingsgaranti til alle patienter *også* er krav om dokumentation af specifikke garantier for bl.a. kræft- og hjertepatienter.

11.1.3.2 One size does not fit all

Mens lokale ledelser og administrativt personale typisk opponerer imod dokumentationskravene, adresserer flere klinikere indholdet i udredningsgarantien. En overlæge konstaterer eksempelvis, at udredningsgarantien har krævet et betydeligt arbejde, som imidlertid ikke ses som særlig meningsfuldt fra et klinisk perspektiv. "Det lugter af, at det er et ortopædkirurgisk forløb, der har dannet standard for udredningsgarantien, for det er ikke sådan, man arbejder i medicinsk regi." Videre forklarer overlægen, at det for patienterne på den pågældende afdeling er afgørende at sikre tilstrækkelig observationstid for at kunne stille en korrekt diagnose. Eksempelvis kræver det, at patienten har haft to anfald, før lægerne kan stille en epilepsidiagnose. Det er imidlertid langt fra alle epilepsipatienter, som oplever to anfald inden for 30 dage. Ligeledes er observationstid afgørende i den diagnostiske proces for patienter med lidelser såsom demens, hvor lægerne ofte er afhængige af observationer fra pårørende og eventuelt plejehjems personale for at kunne optage en fyldestgørende anamnese. I tråd hermed forklarer en læge fra en anden afdeling, at *for* hurtige diagnoser i et udredningsforløb kan være kontraproduktive for patienter. Diagnoserne styrer nemlig det kliniske blik, hvorved klinikerne har større risiko for at overse andre vigtige forhold, der kan være betydende for patientens helbredstilstand.

Videre bemærker en tredje læge, at udredningsprocessen ikke nødvendigvis kan adskilles klart fra behandling. Eksempelvis kan en diagnose i nogle tilfælde stilles netop gennem observation af en patients respons på en given behandling. I praksis er udredning og behandling altså ikke klart adskilte processer, som det antages med garantien – i hvert fald ikke inden for flere medicinske specialer.

Ifølge flere læger i Region Syddanmark betyder den regionale skærpelse af udredningskravet til 14 dage, at de "kommer til at se en masse patienter, hvor problemet ville være gået over af sig selv i den normale ventetid." En gruppe læger fra en kirurgisk afdeling forklarer eksempelvis: "Vi sidder og kigger på patienter, som har forvredet en finger, en fod eller et knæ. De kommer ind i løbet af en uge eller to, men havde de haft en ventetid på en måneds tid, ville det typisk være gået over af sig selv." Lægerne problematiserer, at de derfor nu bruger langt mere tid på at tilse patienter, som *ikke* henvises til operation, end tidligere. I de tilfælde, hvor udredningen erstatter et eventuelt opfølgende besøg hos egen læge, betyder stramningen af udredningskravet en opgaveflytning fra almen praksis- til hospitalssektoren.

Endelig giver flere klinikere udtryk for, at de oplever et "misforhold" mellem de politiske garantier og de tilgængelige ressourcer på afdelingerne. X bemærker eksempelvis:

Selvfølgelig er der frustrationer på alle niveauer. Vores ledelse bliver åndet i nakken af regionerne. Det er os [som klinikere], der løber, og det er i et stadigt hurtigere tempo. Det går meget godt, men på et tidspunkt glider det – også i forhold til fagligheden. Når der så kommer de her registreringsting oveni, er det dråben, der får bægeret til at flyde over.

Af disse årsager giver flere ledere udtryk for, at de i forhold til udredningsgarantien befinder sig i et krydspres mellem politiske krav og en klinisk virkelighed, hvor de velmenende krav ikke altid opleves fagligt meningsfulde. Nogle steder kan dette føre til et forsøg på at forsimple registreringskravene, så de hurtigere kan udføres, men ikke nødvendigvis afspejler den formelle monitoreringsmodel.

11.1.3.3 Begrænsede handlemuligheder

Blandt klinikerne bliver det også problematiseret, at korrekt og rettidig diagnostik ofte ikke afspejler en enkelt afdelings arbejde, selvom overholdelsen af udredningsgarantien monitoreres på afdelingsniveau. Eksempelvis er de på flere afdelinger afhængige af diagnostiske undersøgelser, der foretages på andre afdelinger, for at kunne komme videre i et udredningsforløb. En opgørelse fra Danske Regioner (2015) tyder på, at der siden udredningsgarantiens indførelse er sket en stigning i antallet af diagnostiske undersøgelser. Eksempelvis er der fra 2013 til 2014 foretaget 30.000 flere MR-scanninger (ibid.). Imidlertid er det oplevelsen på flere hospitalsafdelinger, at der fortsat opstår flaskehalse i forbindelse med diagnostiske undersøgelser. "Når svaret fra undersøgelserne først kommer efter to måneder, er det simpelthen ikke muligt at opfylde udredningsgarantien", som en leder konstaterede. På den pågældende afdeling, forklarede lederen, har de forsøgt at få aftaler i stand med eksempelvis hospitalets radiologiske afdeling om at afsætte faste tider til afdelingens patienter for at imødegå problematikken. Hidtil har forsøgene imidlertid været forgæves.

I takt med at flere – både offentlige og private – aktører er blevet involveret i patientudredning og -behandling, er det desuden blevet vanskeligere at opnå et samlet og retvisende overblik over patientforløb, forklarer en chef. Et eksempel er, at kodningspraksis mellem hospitaler og private speciallægeklinikker, der kan varetage en del af et udrednings- eller behandlingsforløb, ikke nødvendigvis er samstemmende. Ifølge opgørelser fra Danske Regioner (2015) steg hospitalernes viderehenvielse af patienter til private tilbud fra 2013 til 2014 med 15 %. Når de på hospitalet bærer ansvar for at dokumentere overholdelsen af udrednings- og behandlingsgarantierne, er risikoen ved det aktuelle monitoreringssystem ifølge en chef, at de lokalt "bruger mere tid på at finde ud af, hvorfor en speciallæge i en privatklinik ikke har registreret en given kode frem for at finde ud af, hvordan patienterne kommer hurtigst igennem [det samlede forløb]." Videre forklarer chefen, at klinikerne er meget bevidste om variation i måltal og registreringspraksisser mellem hospitaler og bruger en del ressourcer på at finde ud af, hvorvidt variationen kan henføres til forskelle i registreringer. På den måde giver chefen udtryk for, at opmærksomhed samles om registreringsopgaven i sig selv, mens styringens formål fortøner sig. "Det giver dårlig energi", konstaterer chefen.

11.1.4 Hvad kan man gøre?

11.1.4.1 Garantens indhold

Nogle foreslog, at garantien bør differentieres i forhold til patientgrupper, idet de vurderer, at en garanti er mest relevant for "alvorligt syge", som det er tilfældet med hjerte- og kræftpakkerne. Det var også sådan, målet oprindeligt blev formuleret i regeringsgrundlaget fra 2011. I økonomiaftalen og den efterfølgende lovtekst er det imidlertid blevet udvidet til en generel patientrettighed.

11.1.4.2 Monitoreringskravet

Enkelte ledere og nøglepersoner mener, at det egentlig burde være muligt at trække data på en mere simpel måde. En leder forklarer: "Vi ved jo godt, hvornår patienten er henvist, og hvornår vi ser dem første gang. Det kan vi til enhver tid trække ud af systemet." Lederen foreslår altså, at et simpelt mål for overholdelsen af garantien kan fås via differencen på de to datoer. På den måde kunne man monitorere, hvor hurtigt patienten kom ind til undersøgelse. Dog er det at blive tilset første gang på hospitalet jo ikke nødvendigvis det samme som at være færdigudredt.

Flere målepunkter løser ikke problemet med manglende koordination

Nogle ledere mener, at man skal arbejde med at løse udfordringen med for lange ventetider på andre måder. Fordi, mener de: Man kan godt politisk placere ansvar for udredning, men hvis de, som bærer ansvaret ikke har mulighed for at påvirke alle dele af patientforløbet, nytter det ikke særlig meget. På afdelingsniveau kan ledelsen forsøge at indgå aftaler med andre aktører, men de kan ikke direkte påvirke, hvad der sker fx på andre afdelinger eller i andre institutioner. En leder reflekterer over, at der er forskel på patientbehandlingen på hospitalerne, og konstaterer, at der "altid vil være nogle, som ikke kommer i mål." Men tilføjer, at det problem ikke løses med flere målepunkter. For risikoen er, at "mere tid går til at diskutere, hvorvidt målepunkterne er valide eller ej, end hvordan man kommer i hus" og får skabt gode patientforløb.

11.2 Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) samler en række kliniske databaser under en fælles, organisatorisk infrastruktur (Databasernes Fællessekretariat 2012). Programmet blev oprettet i 2010 og inkluderer blandt andet databaser fra det tidligere nationale indikatorprojekt (NIP), databaser under Danske Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og regionalt støttede kliniske kvalitetsdatabaser (samlet refereres der til databaserne som kliniske kvalitetsdatabaser).

Historisk kan de kliniske kvalitetsdatabaser føres tilbage til et pionerarbejde drevet af sundhedsprofessionelle ildsjæle med opbakning fra videnskabelige selskaber for at muliggøre forskning og analyse, som kunne bidrage til at udvikle de kliniske specialer (Knudsen & Hansen 2008). I løbet af 1990'erne overgik monitoreringen af de fleste databaser til sundhedsmyndigheder, indberetning til databaserne blev i 2000 gjort obligatorisk på nationalt plan, og der blev stillet krav om offentliggørelse af resultater (Knudsen & Hansen 2008, s. 52, Finansministeriet og Amdsrådsforeningen 1999, Kjærgaard, Knudsen & Frølich 2008, s. 75-79). Arbejdet med at fastlægge det faglige indhold og sikre den løbende udvikling af databaserne (herunder revidere indikatorer) er dog fortsat forankret i klinisk faglige styregrupper med udgangspunkt i givne lægevidenskabelige selskaber (Databasernes Fællessekretariat 2012, s. 12-13).

11.2.1 Hvilket problem skal RKKP løse?

Formålet med RKKP er at sikre, at potentialet for kvalitetsudvikling, baseret på fagligt ledede kliniske kvalitetsdatabaser, udnyttes optimalt – såvel klinisk, ledelsesmæssigt som forskningsmæssigt, herunder at sikre bedre mulighed for prioritering af offentlige ressourcer på databaseområdet (Databasernes Fællessekretariat 2012).

11.2.2 Hvad er kravene til personalet, og hvor kommer de fra?

11.2.2.1 Lovfæstet indberetningskrav

Overordnet fastsætter Sundhedslovens (kapitel 59, § 194), at regionsrådene har ansvar for at sikre udviklings- og forskningsarbejde, så sundhedsydelse og uddannelse af sundhedspersoner kan varetages på højt fagligt niveau (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a). Mere specifikt i forhold til de kliniske kvalitetsdatabaser, fremgår det af § 3 i bekendtgørelsen om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser, at "Regionsråd", "institutioner, der driver sygehuse" og "praktiserende sundhedspersoner" har "pligt til at indberette oplysninger til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser samt til andre kliniske kvalitetsdatabaser", herunder "oplysninger om enkeltpersoners helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger fra patientjournaler mv." (Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006). Den enkelte hospitalsmedarbejder er altså direkte underlagt en lovfæstet pligt til at indberette data for de patienter, hvortil der er oprettet en (godkendt) klinisk kvalitetsdatabase, og ledelser på afdelings-, hospitals- og regionsniveau er ansvarlige for at sikre, at det sker.

I Databasernes Fællessekretariats rammebeskrivelse for de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser er det desuden specificeret, at indberetning bør ske i forlængelse af den kliniske ydelse (det vil sige tidstro registrering) (Databasernes Fællessekretariat 2012, s. 15).

Der er ikke beskrevet sanktioner knyttet til manglende indberetning, men via den hierarkiske styringskæde kan forsømmelser formentlig få ansættelsesmæssige konsekvenser. Der er heller ikke beskrevet krav om, at hospitalerne eller afdelingerne skal kunne demonstrere et givent kvalitetsniveau. Men eftersom der er krav om, at opgørelser offentliggøres og sammenlignes på afdelingsniveau (Knudsen & Hansen 2008, Kjærgaard, Knudsen & Frølich 2008), kan der opstå pres på hospitals- og afdelingsledelser for at opnå gode resultater.

11.2.3 Hvilke udfordringer opleves i praksis?

Generelt opfatter de hospitalsansatte sygeplejersker og læger dokumentation til de kliniske kvalitetsdatabaser som fagligt meningsfuldt, fordi databaserne adresserer *kliniske* processer målrettet et givent speciale. En gruppe læger kommenterer eksempelvis, at data i et givent register i praksis opleves "brugbare", fordi de kan trække afdelingsspecifikke data til brug for lokal kvalitetsudvikling. Andre fremhæver, at regelmæssig feedback (fx i form af rapporter, visuelle markeringer af målopfyldelse i it-system) samt mulighed for at udnytte data til forskningsformål er med til at gøre registreringerne meningsfulde.

11.2.3.1 Dobbeltregistrering

Samtidig gav klinikerne imidlertid udtryk for, at registreringerne kan være unødigt ressourcekrævende, fordi det ikke er muligt at trække data direkte fra den elektroniske journal. I praksis betyder det, at kliniske data registreres dobbelt og i nogle tilfælde trippelt: Først i journalen, derefter i databasen *eller* på et papirskema, som siden indtastes i databasen. I tilfælde, hvor der mangler oplysninger i databasen for enkeltpatienter, er der desuden et arbejde med opsporing og efterdokumentation. Særligt på afdelinger, hvor der rapporteres til mange forskellige databaser, er disse processer tidskrævende. Det forstærkes af, at der ifølge nogle interviewede kan være u hensigtsmæssige overlap mellem kliniske databaser.

Når registreringsopgaven opleves som omfattende og besværlig, delegeres den typisk til administrative medarbejdere. På en afdeling, hvor de bidrager med registreringer til over 20 kliniske databaser, har de eksempelvis ansat personale, hvis primære opgave er at trække og

indtaste journaldata i de kliniske kvalitetsdatabaser. Men nogle medarbejdere udtrykker bekymring for, at data kan miste validitet, når opsporing og efterdokumentation af klinisk information foretages af sekretærer, der ikke har kendskab til de specifikke patientforløb. Ofte kræver det nemlig fortolkning af journaldata at afgøre, hvorvidt og hvornår en given procedure er blevet udført, eller hvorfor det ikke har været relevant.

De kliniske databaser udgør en forskningsressource, som i international sammenhæng er unik (bl.a. pga. koblingsmuligheder til andre registre). Men i takt med at registreringskravene på afdelingerne vokser, kan datavaliditeten – og dermed tilliden til resulterende forskning og analyse – påvirkes. Det peger dels på et behov for nøje vurdering af, hvilke registreringer der bedst understøtter klinisk udvikling, og hvilke der ville kunne undværes. En sygeplejefaglig leder foreslår således, at der i mange af de kliniske databaser er mulighed for at begrænse antallet af indikatorer. Dels på en efterspørgsel efter større integration af datafangst til kliniske databaser i elektroniske journalsystemer.

11.2.3.2 Lokal forankring

Mens mange seniormedarbejdere understreger, at de kliniske databaser er med til at løfte den kliniske behandlingskvalitet, forholdt nogle – primært yngre læger og sygeplejersker samt terapeuter – sig mere forbeholdent til databasernes betydning for det kliniske arbejde. De bemærker blandt andet, at den primære tilbagemelding, de får angående databaserne, handler om afdelingens placering i forhold til andre hospitaler, og/eller hvorvidt de har husket at udfylde registreringskemaet. På baggrund heraf bemærker en sygeplejefaglig leder, at hun er "bekymret for, om [registrering til kliniske kvalitetsdatabaser] bare bliver endnu en ting, der gøres for systemets skyld." Det peger på, at der er en væsentlig ledelsesopgave i at sikre lokal forankring, hvis denne type kvalitetsarbejde fortsat skal have opbakning blandt klinikerne og bidrage til lokal læring.

11.2.3.3 Forskning eller kvalitetsudvikling?

Nogle chefer bemærker, at formålet med de kliniske kvalitetsdatabaser ikke er klart. Databaserne forventes både at bidrage til kvalitetsudvikling og forskning. Imidlertid varierer krav til omfanget af indikatorer og datavaliditeten med de forskellige formål, forklarer cheferne. Videre problematiserer de, at kvalitetsdatabaserne typisk inkluderer mange indikatorer og stiller krav om høj datavaliditet, fordi de er udviklet som *forskningsdatabaser*, mens kravene til kvalitetsdatabaser ikke nødvendigvis behøver være lige så høje.

Litteratur

Almdal, T., Viggers, L., Beck, A.M. & Jensen, K. 2003, "Food production and wastage in relation to nutritional intake in a general district hospital - wastage is not reduced by training the staff", *Clinical Nutrition*, vol. 22, no. 1, pp. 47-51.

Andersen, C. 2006, "Sammenhæng nu", *Ugeskrift for læger*, vol. 168, no. 14, pp. 1408-1411.

Andersen, L.B. & Pedersen, L.H. 2014, *Styring og motivation i den offentlige sektor*, Jurist- og Økonomforbundet, København.

Andersen, S.E., Christensen, H.R. & Hilsted, J.C. 2001, "Medicineringsproblemer og risiko-styring", *Ugeskrift for læger*, vol. 163, no. 39, pp. 5361-5364.

Atkinson, P. & Coffey, A. 2002, "Revisiting the Relationship Between Participant Observation and Interviewing" in *Handbook of interview research: context & method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 801-814.

Barat, I., Andreasen, F. & Damsgaard, E.M.S. 2001, "Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do", *British Pharmacological Society*, vol. 51, no. 6, pp. 615-622.

Beck, A.M., Rasmussen, A.W. & Ovesen, L.F. 2000, "Ernæringstilstanden hos yngre og ældre patienter indlagt på hospital", *Ugeskrift for læger*, vol. 162, no. 22, pp. 3193-3196.

Bevan, G. & Hood, C. 2006, "What's measured is what matters: targets and Gaming in the English public health care system", *Public Administration*, vol. 84, no. 3, pp. 517-538.

Bjørnsson, K. 2007, "Sådan lykkes kontaktsygeplejen", *Sygeplejersken*, vol. 107, no. 4, pp. 20-22.

Bogason, P. & Sørensen, E. 1998, "Bottom-up analyser – en introduktion" i: *Samfundsforskning bottom-up: teori og metode*, eds. P. Bogason & E. Sørensen, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg, pp. 7-18.

Bonnevie, B. & Jensen, B.A. 2002, "Medicinordinationssystemer og medicindispensering i Danmark", *Ugeskrift for læger*, vol. 164, no. 40, pp. 4656-4659.

Borum, F. 1995, *Strategier for organisationsændring*, Handelshøjskolens Forlag, København.

Bourke, J.L., Bjelbak-Olsen, I., Nielsen, P.M. & Munck, L.K. 2001, "Enstrengt medicin-håndtering", *Ugeskrift for læger*, vol. 163, no. 39, pp. 5356-5360.

Dahler-Larsen, P. 2011, "Om evalueringsbølgens samfundsmæssige dynamik og begrænsninger i nogle af de aktuelle evalueringssystemer", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 15, pp. 149-163.

Dahler-Larsen, P. 2008, *Kvalitetens beskaffenhed*, Syddansk universitetsforlag, Odense.

Danske Regioner 2015, *Fakta om aktivitet*, Danske Regioner, København.

Danske Regioner 2013, *Forebyggelse af tryksår – En fællesregional kvalitetsindsats*, Danske Regioner, København.

Databasernes Fællessekretariat 2012, *Rammebeskrivelse vedrørende anvendelse af kvalitetsdata fra de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. (Version 1.1)*, Kompetencecenter Vest, Aarhus.

Davies, H.T.O. & Mannion, R. 1999, *Clinical governance: striking a balance between checking and trusting. Working Papers*, Centre for Health Economics, University of York, York.

De Bruijn, H. (ed) 2002, *Managing Performance in the Public Sector*, 1st edn, Routledge, London & New York.

De Vault, M.L. & McCoy, L. 2002, "Institutional Ethnography: Using Interviews to Investigate Ruling Relations" in *Handbook of interview research : context & method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 751-776.

DiMaggio, P.J. & Powell, W. 1983, "The iron cage revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields", *American Sociological Review*, vol. 48, no. 2, pp. 147-160.

Dixon-Woods, M., Baker, R., Charles, K., Dawson, J., Jerzembek, G., Martin, G., McCarthy, I., McKee, L., Minion, J., Ozieranski, P., Willars, J., Wilkie, P. & West, M. 2014, "Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multi-method study", *BMJ Quality & Safety*, vol. 23, no. 2, pp. 106-115.

Donabedian, A. 1980, *Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Health Administration Press, Ann Arbor.

Dorsche, K.M. & Fremmelevholm, A. 2010, "Forekomst af decubitus på hospital", *Ugeskrift for læger*, vol. 172, no. 8, pp. 601-606.

Elmore, R.F. 1979-1980, "Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions", *Political Science Quarterly*, vol. 94, no. 4, pp. 601-616.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2015, *Faktarapport LUP 2014 – uddybende information om koncept og metode*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, Frederiksberg.

Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse 2014, *Fakta om patienter og spørgeskemaer for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser 2013*, Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden, Frederiksberg.

Esmann, K. 2004, *Det syge system: Maria Esmann*, Morgenavisen Jyllandsposten, Viby.

Fagan, C. & Vámosi, M. 2013, "Kontaktpersonordningen – Hvordan fungerer den? Undersøgelse af en børneafdeling", *Klinisk Sygepleje*, vol. 27, no. 1, pp. 52-63.

Finansministeriet og Amtsrådsforeningen 1999, *Aftale om amternes økonomi i 2000. (Version 1.0)*, Finansministeriet, København.

Foss, S., Schmidt, J.R., Andersen, T., Rasmussen, J.J., Damsgaard, J., Schaefer, K. & Munck, L.K. 2004, "Congruence on medication between patients and physicians involved in patient course", *European Journal of Clinical Pharmacology*, vol. 59, no. 11, pp. 841-847.

- Friis, I. 2014, "Kvalitetsstyring" in *Klassisk og moderne organisationsteori*, ed. S.: Vikkelsø P., 1st edn, Hans Reitzels Forlag, København, pp. 543-566.
- Fuhrmann, L., Hesselfeldt, R., Lippert, A., Perner, A. & Østergaard, D. 2009, "Observation af kritisk syge patienter", *Ugeskrift for læger*, vol. 171, no. 7, pp. 502-505.
- Fuhrmann, L., Lippert, A., Perner, A., Østergaard, D., Fuhrmann, L., Lippert, A., Perner, A. & Østergaard, D. 2008, "Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards.", *Resuscitation*, vol. 77, no. 3, pp. 325-330.
- Fuhrmann, L., Perner, A., Klausen, T.W., Østergaard, D. & Lippert, A. 2009, "The effect of multi-professional education on the recognition and outcome of patients at risk on general wards", *Resuscitation*, vol. 80, no. 12, pp. 1357-1360.
- Geertz, C. 1973, *The interpretation of cultures*, Basic Books, New York.
- Goddard, M., Mannion, R. & Smith, P. 2000, "Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information", *Health Economics*, vol. 9, no. 2, pp. 95-107.
- Goldhill, D.R., Worthington, L., Mulcahy, A., Tarling, M. & Sumner, A. 1999, "The patient-at-risk team: identifying and managing seriously ill ward patients", *Anaesthesia*, vol. 54, no. 9, pp. 853-860.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. (eds) 2002, *Handbook of interview research: context & method*, Sage Publications, Thousand Oaks.
- Hjern, B. & Porter, D.O. 1981, "Implementation Structures: A New Unit of Administrative Analysis", *Organization Studies*, vol. 2, no. 3, pp. 211-227.
- Holm-Petersen, C., Asmussen, M. & Willemann, M. 2006, *Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger*, DSI Institut for sundhedsvæsen, København.
- Hood, C. & Peters, G. 2004, "The Middle Aging of New Public Management: Into the Age of Paradox?", *Journal of Public Administration Research and Theory*, vol. 14, no. 3, pp. 267-282.
- IKAS 2014, *IKAS.dk* [Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS], [Online]. Tilgængelig på: <http://www.ikas.dk/> [2014, 22. maj].
- IKAS 2013, *Akkrediteringsstandarder for sygehuse*, 2nd edn, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, Aarhus.
- Implement 2009a, *Afbureaukratisering på det regionale sundhedsområde. Forenklingsforslag kortlagt i projekt vedrørende scanning af barrierer for effektiv opgavevaretagelse*, Implement A/S, Hørsholm.
- Implement 2009b, *Bedre dokumentation. Resultater af kortlægningen på sygehusområdet*, Implement A/S, Hørsholm.
- Implement 2009c, *Kortlægning og måling af administrative opgaver. Resultater af målingen på sygehusområdet*, Implement A/S, Hørsholm.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2011, *Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed. LBK nr 877 af 04/08/2011*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006, *Bekendtgørelse om indberetning af oplysninger til kliniske kvalitetsdatabaser m.v. BEK nr 1725 af 21/12/2006*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Juel, K., Sørensen, J. & Brønnum-Hansen, H. 2006, *Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark*, Statens Institut for Folkesundhed, København.

Kjærsgaard, J., Knudsen, J.L. & Frølich, A. 2008, "Virkemidler til regulering af faglig adfærd" i: *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, eds. J.L. Knudsen, M.E. Christensen & B. Hansen, 1st edn, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, pp. 63-92.

Knudsen, J.L. & Hansen, B. 2008, "Historien om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet" i: *Regulering af kvalitet i det danske sundhedsvæsen*, eds. L.J. Knudsen, M.E. Christensen & B. Hansen, 1st edn, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, København, pp. 47-62.

Knudsen, M. 2011, "Om grænser for kvalitetsteknologier – og om hvorfor det er vigtigt for kvalitetseksperter at reflektere over dem", *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, vol. 15, pp. 121-148.

Koch, C., *Redegørelse af 28/10 99 om regeringens folkesundhedsprogram 1999-2008 (Redegørelse nr. R 4). (Sidst opdateret 1999)*. Tilgængelig på: http://webarkiv.ft.dk/?/Samling/19991/redegoerelser_oversigtsformat/R4.htm.

Kondrup, J., Johansen, H., Plum, L.M., Bak, L., Larsen, I.H., Martinsen, A., Andersen, J.R., Bærnthsen, H., Bunch, E. & Lauesen, N. 2002, "Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals", *Clinical Nutrition*, vol. 21, no. 6, pp. 461-468.

Kondrup, J., Rasmussen, H.H., Hamberg, O. & Stanga, Z. 2003, "Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials", *Clinical Nutrition*, vol. 22, no. 3, pp. 321-336.

Kristiansen, M.B. 2014a, "Introduktion til resultatstyring" in *Resultatstyring i den offentlige sektor*, ed. M.B. Kristiansen, 1st edn, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, pp. 13-34.

Kristiansen, M.B. 2014b, "Resultatmåling: Opbygning, modeller og udfordringer" i: *Resultatstyring i den offentlige sektor*, ed. M.B. Kristiansen, 1st edn, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København, pp. 35-60.

Kristiansen, M.B. (ed) 2014c, *Resultatstyring i den offentlige sektor*, 1st edn, Jurist- og Økonomforbundets Forlag, København.

Lægeforeningen 2013, *Medlemsundersøgelse af tidsforbrug til dokumentation og registrering*, Lægeforeningen, København.

Lægemedelstyrelsen 2005, *Bekendtgørelse om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner. BEK nr. 1222 af 07/12/2005*, Lægemedelstyrelsen, København.

Lassen, K.Ø. 2001, *Medicinske patienters ernæring – et interventionsstudie. Ph.d.-afhandling*, Det Sundhedsvidenskabelige fakultet, Århus Universitet, Århus.

Lassen, K.Ø., Olsen, J., Grinderslev, E., Melchiorsen, H., Kruse, F. & Bjerrum, M. 2005, *Medicinske patienters ernæringspleje – en medicinsk teknologivurdering - Medicinsk Tekno-*

logivurdering – puljeprojekter 2005; 5(4), Sundhedsstyrelsen, Center for Evaluering og Medicinsk Teknologivurdering, København.

Levnedsmiddelstyrelsen 1997, *Offentlig kostforplejning i Danmark. Betænkning fra udvalget om offentlig kostforplejning. Betænkning nr. 1334*, SI - Statens Publikationer, København.

Lindgaard, B.R. & Qvist, P. 2010, "Kontaktpersonordningen - fra navn til gavn?", *Ugeskrift for læger*, vol. 172, no. 16, pp. 1197-1200.

Lisby, M., Nielsen, L.P. & Mainz, J. 2005, "Errors in the medication process: frequency, type, and potential", *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 17, no. 1, pp. 15-22.

Madsen, M.H. Kommende, *Organizing quality. An empirical analysis of the organization of quality work in a Danish Hospital. Ph.d.-afhandling*, Copenhagen Business School, Frederiksberg.

Madsen, M.H. & Christensen, I.E. 2013, *Den Danske Kvalitetsmodel i praksis. Et pilotstudie af implementeringen på tre nordjyske hospitalsafdelinger*, KORA, København.

Mannion, R., Davies, H. & Marshall, M. 2005, "Impact of star performance ratings in English acute hospital trusts", *Journal of Health Services Research & Policy*, vol. 10, no. 1, pp. 18-24.

Mannion, R. & Davies, H.T.O. 2002, "Reporting health care performance: learning from the past, prospects for the future", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 8, no. 2, pp. 215-228.

McGaughey, J., Alderdice, F., Fowler, R., Kapila, A., Mayhew, A. & Moutray, M. 2007, "Outreach and Early Warning Systems (EWS) for the prevention of intensive care admission and death of critically ill adult patients on general hospital wards", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, vol. 18, no. 3.

McQuillan, P., Pilkington, S., Allan, A., Taylor, T., Short, A., Morgan, G., Nielsen, M., Barrett, D. & Smith, G. 1988, "Confidential inquiry into quality of care before admission to intensive care", *BMJ*, vol. 316, pp. 1853-1858.

Meyer, J.W. & Rowan, B. 1977, "Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony", *American Journal of Sociology*, vol. 83, no. 2, pp. 340-363.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015, *Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014a, *Bekendtgørelse af sundhedsloven. LBK nr 1202 af 14/11/2014* Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014b, *Bekendtgørelse om adgang til og registrering m.v. af lægemiddel- og vaccinationsoplysninger. BEK nr 460 af 08/05/2014*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014c, *Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. BEK nr 1088 af 06/10/2014*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012a, *L 30 Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet (Ret til hurtig udredning i sygehusvæsenet og differentieret ret til udvidet frit sygehusvalg m.v.) fremsat d.10.10. 2012* [Homepage of Folketinget], [Online]. Tilgængelig på:
<http://www.ft.dk/samling/20121/lovforslag/l30/beh1-10/forhandling.htm?startItem=-1>.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012b, *Sundhedsministeren: Ny patientrettighed er en markant forbedring* [Homepage of Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse], [Online]. Tilgængelig på:
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Patienters_retstilling/2012/Oktober/Ny-patientrettighed-er-en%20markant-forbedring.aspx.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse & Indenrigs- og Socialministeriet 2009, *Vejledning om træning i kommuner og regioner*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Indenrigs- og Socialministeriet, København.

Morgan, D.L. 2002, "Focus Group Interviewing" in *Handbook of interview research : context & method*, eds. J.F. Gubrium & J.A. Holstein, Sage Publications, Thousand Oaks, pp. 141-159.

Nielsen, E.S., Uhre, S.T., Kastbjerg, R., Larsen, K., Rohde, C.V., Sestoft, B., Moustén, R., Zøylner, A., Jakobsen, A., Koustrup, P. & Dreyer, P.S. 2009, *Projekt Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom hos voksne indlagte patienter på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus. Udvikling og implementering af behovsgraderet observation og monitorering af indlagte patienter*. Region Midtjylland og Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.

Patientombuddet 2013, *Temarapport om tryksår*, Patientombuddet, Frederiksberg.

Patientsikkert Sygehus 2014, *Om Patientsikkert Sygehus*. Tilgængelig på:
<http://www.patientsikkertsygehus.dk/om.aspx>.

Patientsikkert Sygehus 2012, *Tryksårpakken (Version 12)*, Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Trygfonden, København.

Patientsikkert Sygehus 2010, *Medicinfstemning (Version 1)*, Danske Regioner, Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Trygfonden, København.

Pedersen, A.N. & Ovesen, L. (eds) 2009, *Anbefalinger for den danske institutionskost*, 4th edn, Fødevarestyrelsen, København.

Perrin, B. 1998, "Effective use and misuse of performance measurement", *American Journal of Evaluation*, vol. 19, no. 3, pp. 376-380.

Rabøl, R., Arrøe, G.R., Folke, F., Madsen, K.R., Langergaard, M.T., Larsen, A.H., Budek, T. & Andersen, J.R. 2006, "Uoverensstemmelser mellem medicinoplysninger fra patienter og egen læge", *Ugeskrift for læger*, vol. 168, no. 13, pp. 1307-1310.

Regeringen 2014, *Sundere liv for alle – Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år*, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København.

Regeringen 2011, *Et Danmark, der står sammen. Regeringsgrundlag*, Regeringen, København.

Regeringen 2002, *Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010*, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, København.

Regeringen og Danske Regioner 2012, *Aftale om regionernes økonomi for 2013*, Regeringen og Danske Regioner, København.

Region Midtjylland 2007, *Kontaktpersonordningen og organisering af patientforløb – Muligheder og barrierer for innovativ udvikling af brugernes sundhedsvæsen*, Region Midtjylland, Viborg.

Region Midtjylland og de 19 kommuner 2011, *Sundhedsaftalerne for 2011-2014 - Det somatiske område -Lommehåndbog for personale på hospitaler, i kommuner og praksissektoren*, Region Midtjylland og de 19 kommuner.

Region Sjælland & KKR Sjælland [U.å], *Et sammenhængende sundhedsvæsen med borgeren i centrum – Sundhed en fælles opgave – Sundhedsaftalen 2010-2014*, Region Sjælland, KKR Sjælland, [U.st].

Region Syddanmark 2013, *Udrednings og behandlingsgaranti i Region Syddanmark. (Version August 2013)*, Region Syddanmark, [U.st.].

Region Syddanmark og de 22 kommuner 2011, *Grundaftale for sundhedsaftalerne 2011-2014 - Vision om Fælles Sundhed*, Region Syddanmark og de 22 kommuner, [U.st.].

Rigsrevisionen 2012, *Beretning til Statsrevisorerne om kvalitetsindsatser på sygehusene*, Rigsrevisionen, København.

Risskjær, E., Scheel, L.S. & Burau, V. 2014, "Akkreditering i sundhedsorganisationer - effekter på struktur, proces og outcome", *Nordiske Organisasjonsstudier*, vol. 16, no. 1, pp. 51-79.

Scott, W.R. 1992, *Organizations: rational, natural, and open systems*, 3rd edn, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J.

Smith, P. 1995, "On the unintended consequences of publishing performance data in the public sector", *International Journal of Public Administration*, vol. 18, no. 2, pp. 277-310.

Sørensen, L.K. 2014, *Dokumentationsarbejde blandt sygeplejersker på hospitaler, 2014*, DSR Analyse, København.

Statens Serum Institut 2014a, *Metodebeskrivelse – monitorering af udredningsretten*, Statens Serum Institut, København.

Statens Serum Institut 2014b, *Fælles Medicinkort*, [Online]. Tilgængelig på: www.ssi.dk/fmk.

Stellfeld, M. & Gyldendorf, B. 1988, "Kostundersøgelse på en intern medicinsk afdeling: seksoghalvtreds patienters energi-, proteinog zinkindtagelse under hospitalsindlæggelsen", *Ugeskrift for læger*, vol. 150, no. 25, pp. 1537-1540.

Stratton, R.J., Green, C.J. & Marinos, E. 2003, *Disease-related malnutrition: an evidence-based approach to treatment*, CABI Publishing, Wallingford.

Sundhedsstyrelsen 2013a, *Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)*. BEK nr 3 af 02/01/2013, Sundhedsstyrelsen, København.

- Sundhedsstyrelsen 2013b, *Vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. VEJ nr 9808 af 13/12/2013* Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2012a, *Forslag til implementering af Sundhedsstyrelsens anbefalinger for operation og brug af alkohol og tobak*, Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud, København.
- Sundhedsstyrelsen 2012b, *Information om Sundhedsstyrelsens anbefalinger for operation og brug af alkohol og tobak*, Sundhedsstyrelsen, Forebyggelse og Borgernære Sundhedstilbud, København.
- Sundhedsstyrelsen 2011, *Systematisk forebyggelse til patienter – Evaluering af pilotprojekt på Aalborg Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Psykiatrien i Region Nordjylland*, Center for Kvalitetsudvikling, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2009, *Inddragelse af fysisk inaktivitet og uhensigtsmæssig kost samt rygning og alkohol som risikofaktorer i patientregistreringen - Procesrapport for Sundhedsstyrelsens projekt PRIK*, Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, København.
- Sundhedsstyrelsen 2008, *Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister: Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 2006, *Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 1998a, *Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. BEK nr 665 af 14/09/1998*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Sundhedsstyrelsen 1998b, *Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. (Til landets læger og andet sundhedspersonale). VEJ nr 161 af 16/09/1998*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Timmermans, S., Bowker, G.C. & Star, S.L. 1998, "The Architecture of Difference: Visibility, Control, and Comparability in Building a Nursing Interventions Classification" in *Differences in Medicine: Unraveling Practices, Techniques, and Bodies*, eds. M. Berg & A. Mol, Duke University Press, Durham, NC, pp. 202-2026.
- Wadmann, S., Johansen, S., Lind, A., Okkels Birk, H. & Hoeyer, K. 2013, "Analytical perspectives on performance-based management: an outline of theoretical assumptions in the existing literature", *Health economics, policy, and law*, vol. 8, no. 4, pp. 511-527.
- Waldau, T.E., Christrup, L., Gommesen, K., Jørgensen, L., Skov, B. & Christensen, M. 2002, "Hvordan gik det med medicineringsfejlene efter kvalitetssikring på en intensivafdeling?", *Ugeskrift for læger*, vol. 164, no. 38, pp. 4446-4448.
- Weiss, B., *Redegørelse af 13/1 98 om forebyggelse (Redegørelse nr. R 9). (Sidst opdateret 1998)*. Tilgængelig på: <http://webarkiv.ft.dk/Samling/19971/redegoerelse/R9.htm>; [2015, 14. april].

Bilag 1: Analysestrategi og metode

I dette analyse- og metodebilag redegøres der for undersøgelsens teorianvendelse, analysedesign og anvendte metoder.

Udgangspunkt i empirisk oplevede problemer

Undersøgelsen har haft det eksplorative mål at undersøge, på hvilke områder hospitalsansatte oplever, at nuværende styringstiltag har u hensigtsmæssige konsekvenser i dagligdagen, herunder fører til unødigt registrering og dokumentation. Dette er undersøgt gennem en bottom-up-tilgang. Det er således de empirisk oplevede problemer på afdelingsniveau afledt af nuværende styringstiltag, der har været undersøgelsesobjektet. Undersøgelsen tager dermed sit analytiske udgangspunkt i hospitalsansattes *oplevelser* (De Vault & McCoy 2002). For at studere dette er der anvendt observation af den kliniske hverdag samt interview med udvalgte centrale faggrupper på fem medvirkende hospitaler samt deres ledere på alle niveauer (fra afsnitsledelse til hospitalsledelse).

Bottom-up-undersøgel sesdesign

Bottom-up-forskning er en forskningsretning, der i særlig grad er blevet udviklet inden for anvendelsesorienteret policy-analyse og inden for evalueringsforskningen (Bogason & Sørensen 1998). Baggrunden for udviklingen af retningen kan ses som en følge af ønsket om at udvikle en metode, der i højere grad kunne adressere og udvikle en dybere forståelse af de styringsproblemer, der siden 1960'erne er blevet identificeret i den offentlige sektor (ibid.). Styringsproblemer der blandt andet omhandler de udfordringer, der kan relatere sig til at implementere politiske mål (Hjern & Porter 1981, Bogason & Sørensen 1998, Elmore 1979-1980).

Der findes flere udgaver af bottom-up-forskning men fælles træk er, at der er tale om undersøgelser, der tager udgangspunkt i de udfordringer, der opstår i kølvandet på implementering af styringstiltag. Fokus er således på frontlinjen, hvor det er intentionen, at målene skal omsættes. Der er dermed fokus på lokale policy-processer (Bogason & Sørensen 1998).

Frem for at antage, at der er en simpel sammenhæng mellem mål, midler og effekter af fx en lovgivning, er det en central opgave i bottom-up-forskning at afdække den målkomplexitet, der ofte opstår i de yderste led, hvor lovgivningen skal sættes i anvendelse (Hjern & Porter 1981, Bogason & Sørensen 1998). Antagelsen er derfor ikke, at implementering af et policy-mål i en organisation er et spørgsmål om rationelt at omsætte målet til handling i en hierarkisk organisatorisk sammenhængende enhed. Snarere er det et forskningsmål i sig selv at undersøge, hvad der sker med målene, når lokale aktører fortolker dem ind i deres hverdag, i takt med at de løser deres arbejdsopgaver. Implementeringen af mål kan nemlig på nogle områder ses som en form for markedsplads, hvor flere fortolkninger og udgange er mulige (Hjern & Porter 1981). Bottom-up-forskningen tager på denne vis et empirisk udgangspunkt i de problemer, der identificeres "forneden" af de aktører, der indgår i den undersøgte implementeringsproces (Bogason & Sørensen 1998). Formålet med en bottom-up-undersøgelse er på denne vis at beskrive, hvad der foregår, og hvem der deltager i fortolkningen og implementeringen af mål. Hvordan reduceres målkomplexiteten eksempelvis? (Hjern & Porter 1981). Denne indsigt kan anvendes i en reformulering og udvikling af

eksisterende mål og midler, således at det i højere grad bliver muligt at bidrage til at løse definerede problemer (Bogason & Sørensen 1998).

Empiri-indsamling

Empiri er indsamlet successivt på fem danske hospitaler inden for fem store afdelings- og specialeområder: medicin, neurologi, ortopædkirurgi, onkologi og fælles akutafdeling.

Derefter er der gennemført nøglepersoninterview og udført et spørgingsarbejde i forhold til, hvor hvilke krav opstår.

Udvælgelse af hospitaler og afdelinger

I og med at Danske Regioner har stået for rekruttering af fem hospitaler (et i hver region) til at deltage i undersøgelsen, har udvælgelse af hospitaler givet sig selv i processen. Det har blot været en forudsætning for udvælgelsen, at de fem deltagende afdelinger var sammenlignelige. Der er i tråd hermed tale om fem store afdelinger på større akuthospitaler. De fem afdelinger dækker tilsammen bredt inden for specialeområder.

Dataadgang

Udvælgelsesproceduren har betydet, at der ikke været udfordringer relateret til dataadgang i processen. Dog har det ind imellem været nødvendigt at afmontere forståelser blandt frontlinjemedarbejdere af, at vi nok var en form for rationaliseringsekspertes, der kom for at "leane" arbejdet. Der har også været medarbejdere, der gav udtryk for, at de ikke havde den store tillid til, at beslutningstagere ville ændre på de uhensigtsmæssigheder, de oplevede – og således at de forbandt det med potentielt spild af deres tid og energi at fortælle herom. Det har således ved enkelte lejligheder, særligt ved dialog med læger, været nødvendigt at pointere, at der ikke var tale om en rituel øvelse.

Observationsstudier

Observation muliggør udforskningen af, hvad aktører konkret gør, hvordan de gør det og hvilke betydninger de tillægger det, de gør (Atkinson & Coffey 2002). Observationer kan således bidrage til at komme ud over potentielle stereotyper om udførte arbejdsprocesser (Gubrium & Holstein 2002). Observation har været det første skridt i empiriindsamlingen på hvert af de fem hospitaler. Indledningsvist er der gennemført en samtale med afdelingsledelsen og ofte også kvalitetsansvarlige medarbejdere eller chefer. Her er der blevet introduceret til afdelingen og todages observation er blevet nærmere aftalt. En dag med primært fokus på lægerne og deres arbejde (herunder interaktion med patienter og andre faggrupper) og en dag med primært fokus på sygeplejerskerne og deres arbejde (herunder interaktion med patienter og andre faggrupper). Baggrunden, for at der blev valgt et primært fokus på disse to faggrupper, var, at disse er de to største faggrupper på hospitalerne. Men under observationerne blev det tilstræbt også at tale med eksempelvis så mange sekretærer, fysio- og ergoterapeuter som muligt.

På hvert af de fem hospitaler har der været to observatører i arbejde. I alt har tre observatører udført observationerne. En observatør har været gennemgående på alle fem hospitaler.

Der er gennemført observationer af to arbejdsdage på hvert af de fem deltagende hospitaler (i alt 10 arbejdsdage). Der har været to observatører på hver af de deltagende hospitaler svarende til, at det i alt er ca. 20 personers arbejdsdage, der er blevet fulgt. For at komme rundt om både sengeafsnit, ambulatorier, daghospitaler, skadestuer og operationsgang m.m. har hver observatør dog typisk fulgt en person (læge eller sygeplejerske) om morgenen og en anden om eftermiddagen. Der har også været gennemført kontorobservationer på sygeplejekontorer, som er det sted, hvor mange faggrupper dokumenterer og registrerer.

Observatørerne har løbende noteret deres observationer på Ipad, computer eller i en notesbog. Observationerne er efterfølgende blevet viderebearbejdet. Observationerne er udført iført henholdsvis sygepleje- eller lægekittel for at passe ind i omgivelserne.

Interview

Der er anvendt flere former for interview i den empiriske undersøgelse: formelle enkeltpersoninterview og gruppeinterview samt mere uformelle punktinterview med enkeltpersoner og små grupper af medarbejdere. Punktinterview (on-the-spot interview) er en mere uformel måde at interviewe på, der – udover at give indsigt i arbejdsprocesser og aktørers tanker om deres arbejdsprocesser – kan anvendes til at forberede indholdet i senere interview (De Vault & McCoy 2002). Der er skrevet referat af alle interview uanset form. De formelle – og enkelte uformelle – interview er derudover optaget på *digital voice recorder*.

Der er gennemført 59 formelle interview på hospitaler som led i undersøgelsen. Hovedparten af disse har været gruppeinterview, 12 interview har været gennemført som enkeltpersoninterview. De faggrupper, der har medvirket i interview er: læger/kirurger, sygeplejersker, fysioterapeuter, ergoterapeuter, taleterapeuter, lægesekretærer, sygeplejesekretærer, kommunikationsmedarbejdere samt økonomer.

Der er interviewet frontlinjepersonale, mellemledere i form af fx overlæger, afdelingssygeplejersker, afdelingsledere i form af ledende oversygeplejersker, ledende overlæger, ledende sekretærer og klinikchefer. Der er også interviewet centerchefer og medlemmer af hospitalsdirektionerne samt akkrediteringsledere. Alle hierarkiske niveauer i relation til de medvirkende faggrupper er dermed repræsenteret i undersøgelsen på alle fem hospitaler.

Ud over de formelle interview er der løbende – som led i observationerne af hverdagen – gennemført en række mere uformelle punktinterview. Der er gennemført 215 punktinterview. Ud over de allerede nævnte faggrupper deltog også social- og sundhedsassistenter og serviceassistenter i punktinterview.

Bilagstabel 1.1 Interviewede hospitalsansatte

Interviewdeltagere	Formelle interview	Punktinterview	Antal interviewede personer
Læger	10	63	91
Sygeplejersker	9	94	147
Sekretærer, kommunikationsmedarbejdere	5	23	39
Terapeuter (fys, ergo, tale)	5	5	24
Andre fagpersoner		4	4
Stabsmedarbejdere	1	2	8
Kvalitets- og dokumentationsmedarbejdere	5	4	5
Afdelingssygeplejersker	5	7	20
Afdelingsledelser	8	8	13
Kvalitetschefer	4	2	4
Centerchef	1		1
Sygehus-/hospitalsledelser	6		7
Patienter		3	4
I alt	59	215	367

Renset for potentielle gengangere udgør den samlede mængde hospitalsansatte, der har deltaget i enten et formelt interview eller et punktinterview, 367 personer.

Alle interviewpersoner er – ligesom de deltagende afdelinger og hospitaler – anonymiserede i afrapporteringen. Der hvor det fremgår, hvilken type af afdeling der tales ud fra, er teksten sendt til godkendelse hos den pågældende afdelingsledelse. Dette dels af hensyn til informanterne. Dels af analytiske hensyn til at sikre korrekt forståelse. Afdelingsledelserne har derudover haft mulighed for at kommentere på den samlede rapport.

Interview med enkeltpersoner

Direktionsmedlemmer, kvalitetschefer, centerchefer og lignende er ofte interviewet som enkeltpersoner. Det har haft den fordel, at de interviewede sandsynligvis har kunnet tale mere frit, end hvis de fx havde været interviewet sammen med ledere, som de har en hierarkisk overordnet position i forhold til. De enkelte hospitalsdirektioner har selv udvalgt, hvem og hvor mange af deres direktionsmedlemmer der skulle indgå i interview.

Gruppeinterview

Interview med afdelingsledelser har typisk forekommet som interview med to personer sammen, fx ledende overlæge og oversygeplejerske.

Interview med medarbejdere er gennemført som gruppeinterview. Dette gælder også for de fleste interview med mellemledere, som eksempelvis afdelingssygeplejersker. Fordelen med gruppeinterview er, at disse muliggør en udforskning af fælles normer og forståelser, således som de kommer til udtryk gennem gruppedynamikker (Morgan 2002). Det er således ikke personers individuelle oplevelser, der har været i fokus i gruppeinterviewene men derimod organisatoriske og institutionelle processer (De Vault & McCoy 2002). Gruppeinterviewene har typisk varet mellem en til to timer.

Hvad angår udvælgelse af interviewpersoner har dette været de lokale ledelsers opgave at udvælge medarbejdere og facilitere, at medarbejdere kunne gå fra til at deltage i interview. I gruppeinterview har deltagerne typisk kommet blandet fra flere forskellige funktioner, ambulatorier og sengeafsnit. Det har blandt andet betydet, at deltagerne kunne reflektere sammen over eventuelle forskelle relateret til henholdsvis ambulatorie- og sengeafsnitsarbejde samt til forskelle relateret til eventuelle subspecialer eller andre funktioner, såsom behandler- eller operationssygeplejersker. Der har generelt været en god og aktiv interaktion i grupperne, og de interviewede blev bedt om at give udtryk for, hvis der var synspunkter, der blev fremført, som de havde en anden oplevelse af.

Hvis der måtte være selektionsbias i forhold til, hvilke medarbejdere der er blevet opfordret til at deltage i interview, så er denne blevet modgået af, at observatørerne i vidt omfang har udvalgt tilfældige personer til løbende punktinterview under observationerne.

Punktinterview

Punktinterview er gennemført løbende under observationsstudierne. Der er her – ud over de konkrete medarbejdere hvis arbejde vi har fulgt – interviewet tilfældigt udvalgte medarbejdere repræsenterende forskellige faggrupper og funktioner. De interviewede er her enten blevet spurgt om konkrete procedurer, hvordan de oplever at udføre konkrete procedurer eller generelt blevet spurgt om, hvorvidt der er områder, hvor de finder, at dokumentation/registrering kunne være mere hensigtsmæssig.

Interviewguides

Alle formelle interview har taget udgangspunkt i en semistruktureret interviewguide. Grundlæggende set er en række spørgsmål i de semistrukturerede interviewguides de samme, men der har været anvendt forskellige interviewguides til forskellige faggrupper og forskellige ledelseslag for i videst muligt omfang at kunne spore sig ind på de konkrete aktørers vinkel og kontekst.

Nøglepersoninterview

Der er som sidste led i dataindsamlingen gennemført 10 interview med i alt deltagelse af 13 nøglepersoner. Nøglepersonerne udgør centrale personer med indsigt dels i den nuværende styring, dels i planer for fremtidige forbedringer af styringen. Nøglepersonerne omfatter såvel statslige repræsentanter, regionale repræsentanter, repræsentanter for organisationer, centrale kvalitets- og patientsikkerhedsorganisationer og fagforeninger.

Nøglepersonerne er udvalgt efter udpegning dels af styregruppens medlemmer, dels af de medvirkende hospitalsansatte.

Interviewene med nøglepersonerne har taget udgangspunkt i en generisk interviewguide – med indbygget mulighed for at anvende dele af spørgsmålene til forskellige typer af nøglepersoner. Således har interviewene med nøglepersoner været en central del af sporingsarbejdet, ligesom det har givet indsigt i styringskæden i de institutionelle processer, der bidrager til lokale oplevelser. Interviewene med nøglepersonerne har også givet en række centrale aktørers tanker om forbedringsmuligheder relateret til fremtidig styring.

Analyse af empirien

Analyse af empirien har bestået i tre dele: 1) Udledning af generelle mønstre i de oplevelser de på hospitalerne har relateret til uhensigtsmæssig styring og dokumentation/registrering, 2) En analyse af, hvilke institutionelle processer der skaber disse oplevelser (De Vault & McCoy 2002, s. 755) og 3) Analyse af de enkelte styringstiltag – og hvor de oplevede krav stammer fra.

Mønstre i empirien

I vurderingen af datamaterialet er der blevet lagt vægt på mønstre på tværs af interview, på tværs af afdelinger/hospitaler og på tværs af interview og observationsdata. Data, der kun afspejler enkeltindviders synspunkter eller lokale problematikker, der ikke relaterer sig til nationale styringstiltag, er udeladt i den videre analyse og endelige fremstilling. Det drejer sig eksempelvis om aktørers udtryk for frustrationer over arbejdsgange, som de anser for uhensigtsmæssige. De mønstre, der refereres i rapporten, gælder dermed bredt på tværs af datamaterialet. Der er en høj grad af datamæthed i materialet, således er der mange citater og pointer, der går igen på tværs af de fem deltagende hospitaler.

Analysearbejdet har været en løbende proces begyndende med dataindsamling på det første af de fem hospitaler. Som led i de indledende observationsstudier har observatørerne efter hver observationsdag sammenlignet og diskuteret observationerne. Observationerne har derefter givet indsigt til udarbejdelsen af de semistrukturerede interviewguides. Ved de efterfølgende undersøgelser på de fire næste hospitaler er data ligeledes blevet diskuteret løbende og sammenholdt med de andre indsamlede data. Dataindsamlingen på de fem hospitaler har sammen med de senere nøglepersoninterview og sparringsarbejdet på denne vis bidraget til opbyggelsen af en *piece-by-piece* indsigt i, hvilke institutionelle processer der er i spil (De Vault & McCoy 2002, s. 757).

I analysen af interviewdata har det ikke været formålet at generalisere om de interviewede deltagere i gruppeinterviewene men snarere at udlede tværgående *aktør orienterede beskrivelser* (Geertz 1973, s. 15) og finde og udlede sociale processer, som har en generaliserende effekt (De Vault & McCoy 2002, s. 753).

Efter afslutning af dataindsamlingen er data samlet på tværs af de fem cases i tematiseret form. De overordnede temaer var: 1) Oplevelser af at styringstiltag er uhensigtsmæssige, 2) Konsekvenser for det daglige arbejde, 3) Konsekvenser for motivation, 4) Oplevelser af betydningen af monitorering, 5) Drivkræfter, 6) It og 7) Ideer til fremtidig styring. Hvert enkelt af de styringstiltag, der bredt dukkede op, blev derudover analyseret selvstændigt. Dette førte samlet set til et empiritunget omfangsrigt dokument. Det fremgår af dette dokument, hvor forskellige pointer og udtalelser kommer fra.

Institutionelle processer

I analysen af, hvilke institutionelle processer der præger de lokale oplevelser, er der trukket på tidligere dansk og international forskning på området. Der er derudover trukket på indsigt fra performance-management litteraturen, nyinstitutionel teori, professionsteori og teorier om organisationskultur.

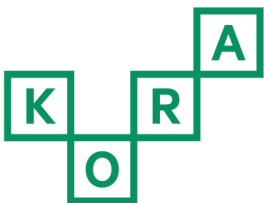
Implementering af mål i hverdagen

At koble oplevelsen af unødigt dokumentation/registrering i hverdagen til, hvordan styrings-tiltag omsættes – og om dette kunne gøres anderledes – er analytisk en ikke helt simpel proces. Der har således været flere udfordrende faktorer.

- 1) **Målkompleksitet.** Det har på frontlinjeniveauet ikke altid været indlysende, hvad målet med styringen og de ofte afledte dokumentationskrav er. Oplevelsen af meningsfuldhed svinger således efter, hvorvidt den enkelte kan se en mening. Selvom den enkelte kan se en mening, er det dog ikke altid ensbetydende med, at de vælger at arbejde efter målet ved at følge procedurekrav. Klinikerne kan nemlig vælge, at andre mål er vigtigere at forfølge i den konkrete sammenhæng. Under observationsstudierne var det således tydeligt, at de observerede ofte ignorerede dokumentationskravene. Analysemæssigt har det haft den konsekvens, at det er en udfordring at *observere procedurer, der ikke udføres.*
- 2) **Kravkompleksitet.** Hvad angår fortolkningen af, hvilke dokumentationskrav der faktisk er knyttet til de enkelte mål, svinger denne endnu mere end oplevelsen af meningsfuldhed. Der er således ikke blot tale om, at de enkelte styringsmål er omgivet af konkurrerende målkompleksitet (hvor andre mål kan opleves som vigtigere) men også af betragtelig kravkompleksitet. Dette har den analytiske implikation, at det kan være svært at studere aktive til- og fravalg af krav, når kravene ikke opleves som entydige. Styringsmæssigt kan man så stille sig spørgsmålet, om dette er fordi kravene er dårligt implementeret, eller om der er tale om en styringsteori fejl?

Sporingsarbejde

En vigtig indsigt fra undersøgelsen har været, at det ofte er uklart for hospitalsmedarbejdere, hvilke specifikke krav de er underlagt, og at deres oplevelse af styringsmæssige krav i flere tilfælde ikke er i overensstemmelse med de krav, som er specificeret i formelle beskrivelser af nationale og regionale styringstiltag. Derfor er der i relation til de konkrete styringstiltag foretaget en opsporing af, på hvilke forvaltningsniveauer de specifikke krav opstår. Sporingen er foretaget via søgning efter skriftlige retningslinjer på afdelings-, hospitals- og regionsniveau samt telefonsamtaler med kvalitetsansvarlige medarbejdere på regions- og hospitalsniveau.



**Det Nationale Institut
for Kommuner og Regioners
Analyse og Forskning**

Købmagergade 22
1150 København K
E-mail: kora@kora.dk
Telefon: 444 555 00