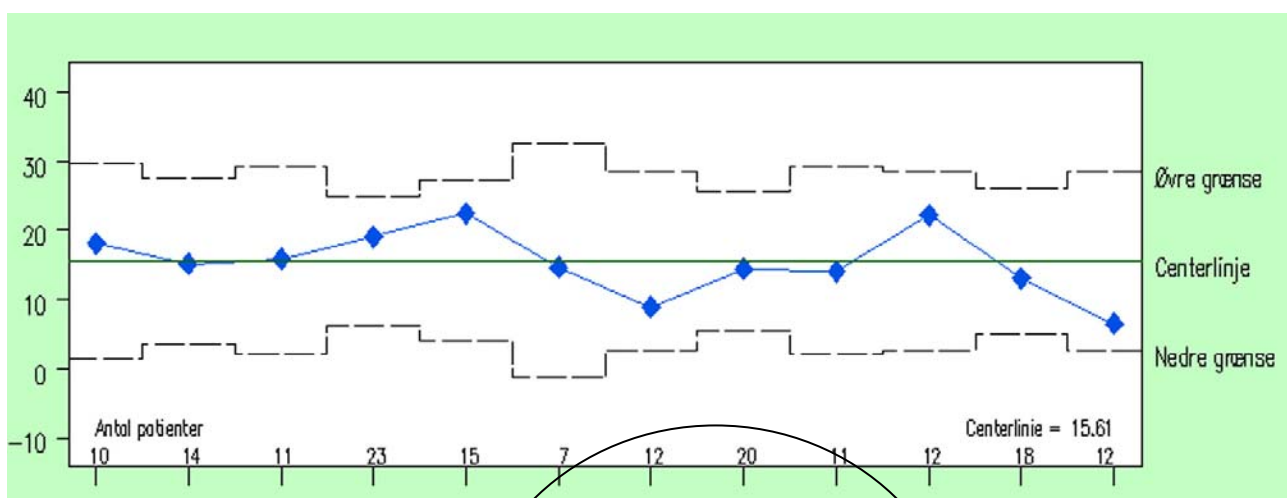


## Kliniske kvalitetsdatabaser – af navn eller af gavn?



Hvad begrænser **anvendelsen** af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling og hvordan kan dette ændres?

# Indholdsfortegnelse

<b>1.0</b>	<b>FORORD</b>	<b>4</b>
<b>2.0</b>	<b>RESUMÉ</b>	<b>5</b>
<b>3.0</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>6</b>
<b>4.0</b>	<b>KVALITETS- OG IT-STRATEGIER</b>	<b>7</b>
4.1	KVALITETSSTRATEGI I REGION HOVEDSTADEN	8
4.2	SUNDHEDS-IT STRATEGI I REGION HOVEDSTADEN	9
<b>5.0</b>	<b>KLINISKE DATA TIL KVALITETSUDVIKLING</b>	<b>10</b>
5.1	VORES EGNE ERFARINGER	12
<b>6.0</b>	<b>INDLEDENDE UNDERSØGELSE</b>	<b>13</b>
6.1	ANALYSE AF DEN INDLEDENDE UNDERSØGELSE	15
6.2	KONKLUSION PÅ DEN INDLEDENDE UNDERSØGELSE	20
<b>7.0</b>	<b>AFGRÆNSNING OG PROBLEMFOMULERING</b>	<b>21</b>
7.1	FORMÅL MED PROJEKTET	23
<b>8.0</b>	<b>METODE</b>	<b>24</b>
8.1	PROJEKTETS DESIGN	24
8.2	GENSTANDSFELT	25
8.3	TEORETISK GRUNDLAG	27
8.4	VIDENSKABELIG TILGANG	28
8.5	VALIDERING AF UNDERSØGELSESRISULTATERNE	29
8.6	OVERVEJELSER OM AT UNDERSØGE KLINISK PRAKSIS	30
8.7	EMPIRISK METODE	30
8.7.1	<i>Audit</i>	30
8.7.2	<i>Interview</i>	32
8.7.3	<i>Analysestrategi interviews</i>	36
<b>DEL 1</b>		<b>38</b>
<b>9.0</b>	<b>KLINISKE INDIKATORER TIL KVALITETSUDVIKLING</b>	<b>38</b>
9.1	INDIKATORKVALITET	38
9.1.1	<i>Resultatindikatorer</i>	40
9.1.2	<i>Procesindikatorer</i>	41
9.1.3	<i>Strukturindikatorer</i>	42
9.1.4	<i>Det ønskelige kvalitetsmål</i>	43
9.1.5	<i>Opsamling</i>	43
<b>10</b>	<b>ANALYSE AF INDIKATORER</b>	<b>43</b>
10.1	ANÆSTESIDATABASEN DAD2 (KCØ)	44
10.2	GERIATRIDATABASEN (KCØ)	47
10.3	AKUT MAVE-TARM KIRURGI DATABASEN (NIP)	48
10.4	SKIZOFRENI DATABASEN (NIP)	50
10.5	SAMMENLIGNING MELLEM NIP OG KCØ DATABASER	51
10.6	DELKONKLUSION PÅ AUDIT	52
<b>DEL 2</b>		<b>53</b>
<b>11</b>	<b>TEORETISK ANALYSEPERSPEKTIV</b>	<b>53</b>
11.1	NEW PUBLIC MANAGEMENT	53

11.2	NYINSTITUTIONEL ORGANISATIONSTEORI.....	54
11.3	LEDELSE OG MANAGEMENT .....	55
11.4	SOCIALE KONSTRUKTIONER AF TEKNOLOGI .....	56
<b>12</b>	<b>ANALYSE AF INTERVIEWS MED LOKALE LEDELSER .....</b>	<b>58</b>
12.1	ANALYSESTRATEGI .....	58
12.1.1	<i>Organisering af arbejdet med den kliniske database.....</i>	<i>58</i>
12.1.2	<i>Indikatorer.....</i>	<i>61</i>
12.1.3	<i>Datakomplethed.....</i>	<i>64</i>
12.1.4	<i>Analyseportalen.....</i>	<i>66</i>
12.1.5	<i>Anvendelsen af data.....</i>	<i>68</i>
12.1.6	<i>Formidling.....</i>	<i>71</i>
12.1.7	<i>Muligheder.....</i>	<i>74</i>
12.2	ANALYSE I LYSET AF NYINSTITUTIONEL ORGANISATIONSTEORI .....	77
12.2.1	<i>Delkonklusion på det nyinstitutionelle perspektiv .....</i>	<i>79</i>
12.3	ANALYSE I ET SOCIO-TEKNISK PERSPEKTIV .....	80
12.3.1	<i>Delkonklusion på det sociotekniske perspektiv.....</i>	<i>81</i>
12.4	SAMLET KONKLUSION PÅ FØRSTE INTERVIEWRUNDE .....	81
<b>13</b>	<b>ANALYSE AF INTERVIEWS MED NØGLEINFORMANTER .....</b>	<b>83</b>
13.1	ANALYSESTRATEGI .....	83
13.1.1	<i>Fastsættelse af mål for kvalitet og identificere indikatorer .....</i>	<i>83</i>
13.1.2	<i>Dataindsamling og analyse.....</i>	<i>85</i>
13.1.3	<i>Kvalitetsvurdering og årsagsanalyse .....</i>	<i>87</i>
13.1.4	<i>Iværksættelse af kvalitetsforbedringer .....</i>	<i>88</i>
13.1.5	<i>Organisering af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser .....</i>	<i>90</i>
13.2	KONKLUSION PÅ INTERVIEWS MED NØGLEINFORMANTER .....	92
<b>14</b>	<b>KONKLUSION .....</b>	<b>93</b>
14.1	ANBEFALINGER TIL ØGET ANVENDELSE .....	95
<b>15</b>	<b>REFLEKSIONER OVER TEORI OG METODE.....</b>	<b>99</b>
15.1	TEORI .....	99
15.2	METODE .....	101
<b>16</b>	<b>PERSPEKTIVERING.....</b>	<b>103</b>
<b>17</b>	<b>REFERENCER .....</b>	<b>106</b>
<b>18</b>	<b>ABSTRACT .....</b>	<b>112</b>
<b>19</b>	<b>BILAGSFORTEGNELSE.....</b>	<b>113</b>
BILAG 1	SPØRGEGUIDE TIL DEN INDLEDENDE UNDERSØGELSE .....	114
BILAG 2	KLINISKE KVALITETSDATABASER, FAKTA OG FUNKTIONER .....	116
BILAG 3	BREV TIL LEDELSERNE.....	124
BILAG 4	INTERVIEWGUIDE TIL INTERVIEW MED AFDELINGSLEDELSERNE.....	125
BILAG 5	INTERVIEWGUIDE TIL INTERVIEW MED NØGLEINFORMANTER.....	127

## 1.0 Forord

Dette er et 3. års Masterprojekt, udarbejdet i forbindelse med studiet Master of Information Technology, med specialisering i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet 2006-2007. Indholdet i denne rapport er kun udtryk for de studerendes holdninger og kan ikke tilskrives Aalborg Universitet.

Ifølge studieordningen er temaet for dette 3. års projektarbejde "Informationsteknologi i sundhedssektoren set i et videnskabeligt perspektiv". Det vil sige, at der er fokus på de videnskabelige arbejdsmetoder i forbindelse med analyse, udvikling og anvendelse af informationsteknologien i sundhedssektoren.<sup>1</sup>

Projektet handler om anvendelse af de mange kliniske data, der ligger i de kliniske kvalitetsdatabaser. Vi har ønsket at undersøge, hvad der begrænser anvendelsen af disse data og hvordan dette kan ændres, så data i højere grad anvendes til det der er bestemt for: kvalitetsudvikling af den kliniske praksis.

Projektet henvender sig til alle i sundhedsvæsenet, der beskæftiger sig med kliniske kvalitetsdatabaser og/eller med kvalitetsudvikling.

For at undersøge dette har vi besøgt fire sygdomsområder på Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden og gennemført en række interviews.

Af hensyn til læserne vil vi gerne gøre opmærksom på, at vi har valgt at dele indsamlingen af empiri op i to. Del 1 handler om kliniske indikatorer til kvalitetsudvikling og vores analyse af de indikatorer, der optræder i vores undersøgelsesfelt. Del 2 omhandler et mere organisationsteoretisk perspektiv på problemstillingen i form af analyse af interviews med ledere og nøgleinformanter.

Vi vil gerne rette en stor tak til alle de ledere og medarbejdere, der har taget sig tid til at snakke med os og vist os den tillid, der er nødvendig, når vi ønsker at belyse en problemstilling som vores.

Vi vil også gerne takke vores nøgleinformanter, som har hjulpet os med at løfte vores projekt, samt til vores vejleder Sten J. Christophersen.

God læselyst.

Anja Lundgreen, Troels Roesbjerg og Bjørn Hesselbo maj 2008

---

<sup>1</sup> [www.v-chi.dk](http://www.v-chi.dk)

## 2.0 Resumé

### Indledning

Politisk er der i Danmark store krav til at forbedre behandlingskvaliteten i sundhedsvæsenet. De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser nævnes ofte og i mange strategier som et middel til at nå dette mål.

Med dette projekt har vi valgt at undersøge, hvad der begrænser anvendelsen af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser til udvikling af den kliniske kvalitet. Vi har samtidigt ville komme med nogle anbefalinger til, hvordan dette kan blive bedre.

### Metode

Vi foretog en indledende undersøgelse på Bispebjerg Hospital, hvor vi interviewede 66 ledere og medarbejdere i 10 sygdomsområder med kliniske kvalitetsdatabaser. Denne undersøgelse bekræftede vores egne erfaringer og vi kunne formulere følgende problemformulering:

### Hvad begrænser anvendelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling og hvordan kan dette ændres?

For at undersøge dette nærmere gennemførte vi en audit af indikatorerne i fire udvalgte sygdomsområder. Vi fulgte op med semistrukturerede interviews med afdelingsledelser i udvalgte sygdomsområder og med tre nøgleinformanter.

### Resultater

Vi fandt frem til en række barrierer for anvendelse af data til kvalitetsudvikling. De væsentligste var manglende følelse af ejerskab til databaserne, store variationer i den måde databaserne organiseres på, manglende placering af ansvar på flere niveauer, indikatorer der ikke er lige velegnede til kvalitetsudvikling og at data generelt anvendes mere til at fortælle om produktiviteten.

Vi opstillede en række løsningsforslag til, hvordan anvendelsen kan gøre bedre. De væsentligste handler om at se kritisk på organiseringen af databaserne og på de valgte indikatorer, resultater skal efterspørges fra ledelser på alle niveauer og der skal ydes massiv støtte til anvendelsen.

### Diskussion

Projektet viste flere problemstillinger med de kliniske kvalitetsdatabaser. Blandt andet finder vi det relevant, at man i sundhedsvæsenet spørger sig selv om den relativt beskedne kvalitetsudvikling, databaserne medfører, står mål med de mange ressourcer der bruges i arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser.

Projektet tydeliggjorde også, at der blandt de sundhedsprofessionelle i arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser findes et dilemma, der synes svært at løse. Klinikere og ledere efterspørger på samme tid en øget central styring af databaserne, samtidig med, at de ønsker et større "lokalt ejerskab".

### Taksigelser

Tak til alle de medarbejdere, ledere og nøglepersoner der lod sig interviewe. Vi skylder også vores vejleder Sten J. Christophersen en stor tak.

### Korrespondance

Anja Lundgreen, mail: [anlun@geh.regionh.dk](mailto:anlun@geh.regionh.dk), Troels Roesbjerg, mail: [troels.roesbjerg@psv.regionh.dk](mailto:troels.roesbjerg@psv.regionh.dk), Bjørn Hesselbo, mail: [bjoern@hesselbo.net](mailto:bjoern@hesselbo.net)

### 3.0 Indledning

De sundhedsprofessionelle registrerer dagligt data til bl.a. forskellige EPJ-moduler, patientsikkerhedsdatabaser og kliniske kvalitetsdatabaser. Data registreres med forskellige formål, fx dokumentation af udført arbejde, bedring af patientsikkerheden og kvalitetsmonitorering og –udvikling.

Vi har alle tre en baggrund i klinisk praksis, som henholdsvis sygeplejersker og fysioterapeut og har derfor været med til at registrere nogle af alle disse data.

I den travle hverdag på en hospitalsafdeling tænker man muligvis ikke meget over, hvad alle disse data anvendes til, men vi ved der lægges et stort arbejde i at registrere dem.

Som sundhedsinformatikstuderende på 3. år har vi valgt at rette vores opmærksomhed mod, hvordan og i hvilket omfang data fra de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes.

#### Baggrund

En klinisk kvalitetsdatabase defineres af Kjærgaard et al. som værende *"Registre, der indeholder kvantificerbare indikatorer, som kan belyse dele af eller den samlede kvalitet af sundhedsvæsnets indsats og resultater for en afgrænset patientgruppe med udgangspunkt i det enkelte patientforløb."* (Kjærgaard et al. 2001, p. 17).

Kliniske kvalitetsdatabaser dækker sygdomsområder med høj incidens/prævalens, høj mortalitet eller sygdomsområder, der kræver mange ressourcer (Danske Regioner 2007, p. 9).

Siden slutningen af 1990'erne hvor de tidligere H:S hospitaler startede processen med at forberede akkreditering i samarbejde med Joint Commission International (JCI), har der sideløbende været arbejdet målrettet med kliniske indikatorer som redskab til at forbedre den specialespecifikke kliniske kvalitet (H:S Direktionen 2003, p. 3).

Fordi akkreditering fokuserer på det generelle, på *alle* de syge, var det naturligt at H:S bestyrelsen vurderede, at JCI's standarder ikke var tilstrækkelige vedrørende dokumentation af den specialefaglige kvalitet. Det blev derfor besluttet, at supplere akkreditering med indikatorovervågning af den diagnose- og sygdomsspecifikke kvalitet. Enhed for Klinisk Kvalitet (EKK) blev etableret på Bispebjerg Hospital i 1999 for at facilitere indikatorarbejdet (Kjærgaard et al. 2002, p. 4392).

På samme tidspunkt blev det Nationale Indikator Projekt (NIP) etableret med sæde i Århus. NIP har til formål at *"sikre fælles grundlag og fælles metode til måling og forbedring af den sundhedsfaglige kvalitet..."* (Sundhedsstyrelsen 2000).

Politisk var der krav, der understøttede denne tankegang. I Folketingets åbningstale i 1998 bekendtgjorde daværende Statsminister Poul Nyrup Rasmussen at *"Regeringen vil sikre, at patienterne får kendskab til sygehusenes behandlingskvalitet."* (Andreasen 1999, p. 6961).

Litteraturgennemgang støtter tankegangen bag disse initiativer til udvikling af den kliniske kvalitet:

- Trods års international erfaring med akkreditering, foreligger der sparsom litteratur om akkrediteringens betydning for kvaliteten af sundhedsydelser. Der er ikke evidens for, at akkreditering har effekt på proces- eller resultatniveau, idet der ikke foreligger klinisk kontrollerede undersøgelser (Moth et al. 2004 p. 1800).

- For at vurdere effekten af anvendelse af standarder og indikatorer blev der gennemført to landsdækkende tværsnitsundersøgelser ved årsskiftet 2000/2001 og igen ved årsskiftet 2001/2002. Undersøgelsernes formål har været at belyse og følge kvaliteten på landets medicinske afdelinger i forhold til Den Gode Medicinske Afdelings (DGMA) standarder. I undersøgelserne deltog 79 henholdsvis 82 medicinske sengeafsnit. Der sås signifikante stigninger på næsten alle målte variable (Rasmussen et al. 2003, p. 3724).



Figur 1 Egen model efter Kjærgaard J, H:S Enhed for Klinisk Kvalitet, EPJ-Observatoriet 2003, der viser hvordan de kliniske indikatorer supplerer akkreditering

## 4.0 Kvalitets- og it-strategier

I december 2007 udgav den fællesoffentlige organisation Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark (SDSD) en national strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008-2012 (SDSD 2007).

De helt overordnede mål for digitalisering af sundhedsvæsenet (ibid. p. 13) er at:

- understøtte kvalitet og produktivitet i sundhedsvæsenet
- skabe bedre service til og inddragelse af borgere og patienter
- skabe digital sammenhæng ved hjælp af stærkere samarbejde

Alle initiativer i digitaliseringsstrategien og lokalt i sundhedsvæsenet skal vurderes op mod disse tre mål.

I SDSD's vokabularium er effektivitet et resultat af kvalitet og produktivitet. Det er ikke nok, at sundhedsvæsenet har en høj produktivitet, kvaliteten skal også være i orden. Først her bliver sundhedsvæsenet effektivt (ibid. p. 13).

I lighed med den tidligere Nationale IT-strategi så kræver målene i digitaliseringsstrategien, at der skal opsamles, bearbejdes og deles mange data. Fraset de overordnede mål for strategien er selve anvendelsen af data derimod ikke levnet mange ord.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) har netop gennemført pilottest af den første version af Den Danske Kvalitetsmodel.

I Den Danske Kvalitetsmodel lægges der op til, at data fra de forskellige kliniske kvalitetsdatabaser skal bruges til kvalitetsudvikling. IKAS skriver blandt andet:

*"Den Danske Kvalitetsmodel kan beskrives som en model, der kombinerer og systematisk anvender de allerede eksisterende data, som indsamles i det danske sundhedsvæsen. Her tænkes eksempelvis på natio-*

*nale kvalitetsdatabaser, utilsigtede hændelser, Det Nationale Indikatorprojekt og de landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser."*

(IKAS 2008, p. 7)

Den Danske Kvalitetsmodel er et akkrediteringssystem, der skal omfatte hele det danske sundhedsvæsen, og som det ses ovenfor, er kliniske kvalitetsdatabaser en del af modellens datagrundlag.

#### **4.1 Kvalitetsstrategi i Region Hovedstaden**

Den 1. januar 2007 blev Danmarkskortet på baggrund af Strukturreformen ændret fra at bestå af 14 amter til fremover at bestå af 5 regioner. Dette medførte nye strategier på regionalt plan.

Regionalt er der kommet et øget fokus på og krav om kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet (Region Hovedstaden 2007a, p. 4). Hospitalerne i det tidligere H:S blev akkrediteret i 2002 og re-akkrediteret i 2005 og 2008 som led i en løbende kvalitetsudvikling.

I starten af 2007 udgav Regionsrådet i Region Hovedstaden en strategi for det kommende kvalitetsarbejde i regionen.

Kvalitetsstrategien, som omfatter både psykiatri, somatik og det sociale område, indeholder seks overordnede indsatsområder for perioden 2007-2009 (Region Hovedstaden 2007a, p. 4):

- Forløbsstyring
- Forberedelse til akkreditering
- Styrket patientsikkerhed
- Styrket dokumentation og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet
- Øget fokus på patient- og brugeroplevet kvalitet
- Kvalitetsudvikling på det sociale område.

De værktøjer, der tænkes anvendt til ovennævnte fokusområder, er i overvejende grad indikatorer og standarder.

Dokumentation af den sygdomsspecifikke kvalitetsudvikling kræver monitorering af den eksisterende kvalitet. Strategien lægger op til, at monitorering sker gennem kliniske kvalitetsdatabaser og udvikling af kvalitets- og sygdomsspecifikke indikatorer i det Nationale Indikator Projekt (NIP). Ligeledes kræves feedbackmekanismer, således at de ansatte i det enkelte speciale kan træffe beslutninger om kvalitetsforbedrende tiltag (ibid. pp. 7-8).

Som led i Strukturreformen, som blev implementeret 1. januar 2007 har hver enkelt region udarbejdet en hospitalsplan. Det overordnede formål med Region Hovedstadens hospitalsplan er at samle ekspertisen ved specialesammenlægninger. Formålet med specialesammenlægning er, at borgerne til enhver tid tilbydes ydelser af høj kvalitet på specialafdelinger. Kvalitetsstrategien har et politisk formål med at monitorere kvaliteten, da højere kvalitet er en forventet effekt af specialesammenlægningerne (ibid. pp. 15-16 og 29, samt Region Hovedstaden 2007c, pp. 1-2).

I Region Hovedstaden ønsker man at etablere et ensartet grundlag for valid dokumentation for og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet. De kliniske kvalitets-



databaser skal medvirke til at nå dette mål ved bl.a. at sikre, at kliniske afdelinger og ledelser får adgang til analyse af kvalitetsdata. Kendskab til de målte værdier skal herefter skabe grundlaget for at udvikle kvaliteten (Region Hovedstaden 2007a, p. 28).

## 4.2 Sundheds-it strategi i Region Hovedstaden

I oktober 2007 blev Region Hovedstadens sundheds-it-strategi offentliggjort (Region Hovedstaden 2007b). Strategien beskriver, hvordan sundheds-it kan medvirke til at realisere de forretningsmæssige visioner, mål og strategier i regionen. Det er et delmål i strategien, at kvalitetsdata kan overføres fra fx en struktureret notatfunktionalitet i EPJ direkte til en klinisk kvalitetsdatabase. På denne måde kan man begrænse u hensigtsmæssige arbejdsgange i form af dobbeltregistrering. I strategien er der overvejende fokus på, hvordan data registreres (inddata), hvorimod anvendelsen af data (uddata) ikke er nævnt.

Som nævnt på side 7 skærper Den Danske Kvalitetsmodel kravene til kvalitetsovervågning bl.a. ved hjælp af kliniske kvalitetsdatabaser. I sundheds-it-strategien nævnes seks forretningsmæssige mål med relation til kvalitetsdata, hvoraf et er:

" Kvaliteten skal løbende kunne overvåges, måles og udvikles, hvis man skal kunne sammenligne sig med andre og kontinuerligt forbedre sig."  
(Region Hovedstaden 2007b, p. 21)

Et andet forretningsmæssigt mål er:

"Kvaliteten af ydelserne skal være kendt, så sundhedspersonalet kan yde en kvalificeret indsats og træffe de rette ledelsesmæssige valg."  
(Region Hovedstaden 2007b, p. 21)

Der udtrykkes dermed et ønske om både kvalitetsovervågning og -udvikling, med henblik på at kunne udvikle strategier og procedurer for behandling og pleje. Strategierne skal derefter afspejles i kontakten med patienten. Det påhviler specialeledelserne at opnå kvalificeret grundlag for ændringer i klinisk praksis.

Der er ikke anbefalinger til egentlige kvalitetsudviklende processer i Sundheds-it-strategien. Det er derfor fortsat op til de enkelte kliniske kvalitetsdatabaser hvilke kvalitetsdata, der skal opsamles. Det er op til den enkelte afdelingsledelse, hvordan disse data analyseres og anvendes i klinikken.

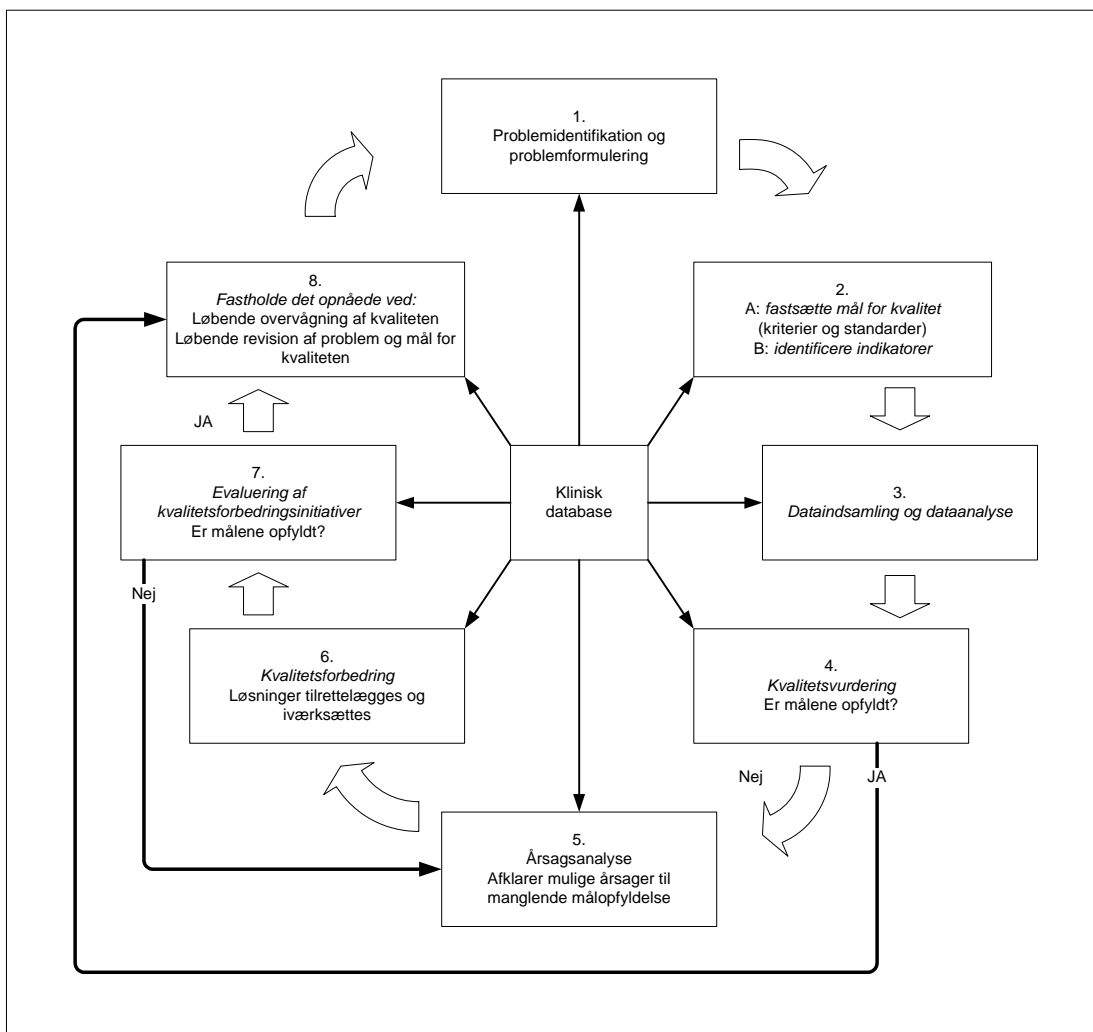
Der er umiddelbart god sammenhæng mellem Region Hovedstadens kvalitetsstrategi og Sundheds-it-strategien i relation til kliniske kvalitetsdatabaser. Der lægges vægt på, at de kvalitetsindikatorer, der registreres i kliniske kvalitetsdatabaser, skal anvendes i arbejdet med at udvikle behandlingskvaliteten. Til gengæld nævner ingen af strategierne, hvordan dette skal implementeres i praksis. Dette er heller ikke formålet med en strategi, men vores egne kliniske erfaringer er at netop anvendelsen kan være vanskelig.

## 5.0 Kliniske data til kvalitetsudvikling

Som nævnt er der en støt voksende mængde af kliniske, strukturerede data og et voksende krav om kontinuerlig kvalitetsudvikling. Det er efter vores opfattelse usikkert om og i hvilket omfang disse data anvendes til kvalitetsudvikling.

De kliniske kvalitetsdatabaser er nationalt og regionalt udset til at være et centralt værktøj med strategisk betydning for understøttelse af trinene i kvalitetsudviklingsprocessen (Vingtoft et al. 2002, p. 4398). Kvalitetsudviklingsprocessen fremgår af Figur 2 på denne side. Kvalitetsudvikling kan betegnes som "de samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats indenfor de eksisterende rammer af den etablerede viden." (DSKS 2003, p. 9).

Processen er i figuren afbildet som fortløbende. Delprocesserne er vævet så tæt sammen, at der i praksis er overlap mellem dem, og analyse, valg af løsninger og implementering af disse er sammenhængende processer. De kliniske kvalitetsdatabaser understøtter således delprocesserne i kvalitetsudvikling, mens selve kvalitetsudviklingen kræver et tæt samspil med organisationen, der anvender databaserne.



Figur 2 Kvalitetsudviklingsprocessen frit efter Vingtoft et al. 2002

På trods af hensigten vurderes det, at anvendelsen af kliniske databaser til kvalitetsudvikling i sygehusvæsenet generelt ikke har været tilfredsstillende, blandt andet på grund af de hidtil anvendte it-systemer (ibid.), som anvendes til opsamling af data. It-systemerne er bl.a. kritiseret for varierende funktionalitet og teknisk arkitekturer, samt manglende rapporteringsfunktion. It-systemerne har ofte fungeret som pc-baserede *stand-alone* systemer eller små softwareprogrammer. Endelig har et kritikpunkt været, at anvendelsen er baseret på sygdomsspecifikke informations-systemer, som kun vanskeligt kan integreres med andre leverandørers produkter (ibid.).

Kvalitetsudvikling er et formuleret mål fra mange sider. Kvaliteten af de væsentligste faglige ydelser i hvert speciale skal dokumenteres og overvåges som grundlag for, at hvert speciale kan vurdere og om nødvendigt forbedre kvaliteten.

Det tidligere H:S præciserer målet:

*"Overordnet er målet at forbedre behandling og pleje ved anvendelse af kliniske indikatorer til statistisk processtyring. Et delmål er at bidrage til hospitalernes fortsatte kvalitetsudvikling af det sygdomsspecifikke område og akkreditering."*

(H:S Direktionen 2003, p. 3)

Fra politisk side stilles der ligeledes krav om kontinuerlig kvalitetsudvikling. Som formuleret her af tidligere Indenrigs- og Sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen og den daværende Medicinaldirektør i Sundhedsstyrelsen Jens Kristian Gøtrik:

*"Forventningerne til kvaliteten i det danske sundhedsvæsens ydelser er ikke blevet mindre siden 1993. Det forventes således i dag, at der sker en kontinuerlig og systematisk kvalitetsvurdering, og at kvalitetsoplysninger stilles til rådighed for borgerne som grundlag for det frie valg."*

(Sundhedsstyrelsen 2002, p. 3).

I 2001 undersøgte Sundhedsstyrelsen bl.a. holdninger til offentliggørelse af data fra databaserne og dokumenterede effekter på behandlingskvaliteten (Sundhedsstyrelsen 2001, p. 6). Statusrapporten fra undersøgelsen viste, at der på det givne tidspunkt var 57 kliniske databaser i drift. Af de databaser, der var mere end 7 år gamle (n=13), kunne 69 % dokumentere, at de havde forbedret behandlingskvaliteten. Af de databaser, der havde eksisteret under 7 år (n=44), var det tilsvarende tal 25 %.

	Dokumenteret forbedring		
	Ja antal (procent)	Nej antal (procent)	Total antal (procent)
Alder > 7 år	9 (69%)	4 (31%)	13 (100%)
Alder ≤ 7 år	11 (25%)	33 (75%)	44 (100%)
Total	20 (35%)	37 (65%)	57 (100%)

Tabel 1 Angivelse af dokumentation af forbedring af behandlingskvaliteten (Egen tabel efter Sundhedsstyrelsen 2001)

Undersøgelsen viste, at størstedelen (65 %) af de kliniske kvalitetsdatabaser, der var i drift, ikke kunne dokumentere, at databasen havde ført til en forbedret behandlingskvalitet (ibid. p. 13).

En af konklusionerne i undersøgelsen var, at kliniske kvalitetsdatabaser skal være i drift i en række år, før de kan bidrage med dokumenteret forbedring af behandlingskvaliteten (ibid. p. 27).

Det fremgår ikke af undersøgelsen, hvordan databaserne konkret medvirker til kvalitetsudvikling. Af de medvirkende databaser giver 59 % aldrig eller højst en gang årligt feedback til de kliniske afdelinger. Det er altså forholdsvis ofte, at klinikerne ikke får feedback på det arbejde, der er gjort med at indtaste data (Sundhedsstyrelsen 2001, p. 20).

Resultaterne i undersøgelsen skal anvendes med et vist forbehold. Undersøgelsen er baseret på spørgeskemaer fremsendt til kontaktpersonerne for de enkelte databaser. Alle resultater er derfor baseret på, hvad kontaktpersonerne siger, at de gør. Disse oplysninger er ikke efterfølgende blevet valideret ved fx observationsstudier eller uddybende interview. Der kan derfor være tale om over- eller underrapportering af forskellige årsager, fx at man gerne vil fremstille databasen som mere effektiv end den egentlig er, eller at spørgeskemaet er besvaret uden den nødvendige viden, og man derfor har valgt en lidt vel optimistisk/pessimistisk tilgang.

Det fremgår ikke, hvordan man har defineret begrebet kvalitetsudvikling, fraset at det handler om "dokumenterede effekter på behandlingskvaliteten". Der er ingen eksempler på sådanne 'effekter' i undersøgelsen (Sundhedsstyrelsen 2001 p. 6).

## 5.1 Vores egne erfaringer

I vores hverdag på to hospitaler i Region Hovedstaden er det vores *indtryk*, at de mange data ikke udnyttes i et omfang, der står mål med de store datamængder, der indtastes og de krav, der er til forbedring af den kliniske kvalitet. Dette kan fx ses i lyset af de store problemer, der er med at rekruttere personale til hospitalerne i Region Hovedstaden. I en situation med personalemangel kan det være en belastning at skulle registrere data, finde og analysere data og tage handling, hvis data viser brist i kvaliteten. Vores erfaringer rejser spørgsmålet om, hvordan man i klinisk praksis anvender data fra kliniske kvalitetsdatabaser til forbedring af sygdoms-specifik kvalitet. Tilsyneladende er det vanskeligt at anvende de højt strukturerede data direkte til forbedringstiltag, specielt i relation til forholdsvis nye databaser. Og hvis data ikke anvendes til kvalitetsudvikling – hvordan anvendes alle disse data så - om overhovedet?

*"Det er meget op ad bakke overhovedet at få dem (klinikerne, red.) til at kigge ind i Analyseportalen<sup>2</sup>" (Møde i Netværk vedrørende klinisk kvalitet, Region Hovedstaden, oktober 2007).*

Ovenstående citat udtrykker meget præcist den opfattelse, mange har af arbejdet med at få de indrapporterede data gjort aktive og anvendelige i kvalitetsarbejdet. Citatet stammer fra et møde i Region Hovedstadens netværk for hospitalernes ansvarlige for databaserne og den kliniske kvalitet. På samme møde blev det konstateret, at inddata ikke er det store problem, men at data generelt er for en meget snæver kreds, er meget lidt synlige, og at der er modstand på det kliniske niveau mod at anvende data til kvalitetsudvikling (ibid.).

---

<sup>2</sup> Analyseportalen er et webbaseret analyseværktøj.

Vores erfaringer understøtter dette. I de databaser hvor der sidder en ildsjæl, der både har interesse for og kompetencer indenfor dataanalyser og kvalitetsarbejde, fungerer det tilsyneladende i højere grad efter hensigten. Det er bare ikke tilfældet i alle specialerne. Det er vores opfattelse og erfaring, at data i bedste fald bliver set af ledelsen, der tager resultaterne til efterretning. Vores erfaringer taler for, at mange afdelinger primært bruger resultaterne til at sammenligne sig selv med andre afdelinger, samt følge med i hvor meget afdelingen laver (producerer) i forhold til lignende afdelinger. Derimod har vi ikke oplevet egentlig kvalitetsudvikling på baggrund af de registrerede data.

## **Sammenfatning**

Der er mange sundhedspolitiske forventninger til det fremtidige kvalitetsudviklingsarbejde. En kvalitetsudvikling der i høj grad skal baseres på kliniske kvalitetsdatabaser. Sundhedsstyrelsens rapport om kliniske kvalitetsdatabaser fra 2001 viser, at kun et mindre antal af de daværende kliniske kvalitetsdatabaser kunne dokumentere, at de registrerede data medførte kvalitetsudvikling.

Vores egne erfaringer er, at de store mængder data, der indtastes i de kliniske kvalitetsdatabaser ikke anvendes i den grad og med den hensigt, der var tiltænkt.

## **6.0 Indledende undersøgelse**

For at få et tydeligere billede af, hvordan klinikere og ledelser opfatter de kliniske kvalitetsdatabaser og anvendelse af dem, foretog vi i den indledende fase af vores problemanalyse en undersøgelse af dette.

Der er flere vigtige parter involveret i arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser på det kliniske niveau. En part er de klinikere, der i deres daglige arbejde står for at indsamle/indtaste data. En anden er afdelingsledelserne, der har det overordnede ansvar for databaserne på afdelingsniveau. Herunder især ansvaret for at sikre, at de rapporter og analyser, der udarbejdes på baggrund af de indtastede data, formidles og anvendes til kvalitetsudvikling i de enkelte afdelinger.

### **Metode i den indledende undersøgelse**

Vi foretog 66 strukturerede interviews i oktober/november 2007 i 10 sygdomsområder, der anvender kliniske kvalitetsdatabaser, på Bispebjerg Hospital i Region Hovedstaden.

Vi valgte at afgrænse vores undersøgelse til Bispebjerg Hospital. Det er vores antagelse, at Bispebjerg Hospital ikke adskiller sig negativt i forhold til andre hospitaler, når det gælder holdninger til og anvendelse af kliniske kvalitetsdatabaser og kvalitetsudvikling. Måske endda tværtimod. Som tidligere H:S hospital har der i mange år været fokus på netop disse områder. Samtidigt kan placeringen af Enhed for Klinisk Kvalitet på Bispebjerg Hospital have en afsmittende positiv effekt.

Vi valgte 10 sygdomsområder for at sikre en så bred repræsentation som muligt med de ressourcer, vi havde til rådighed. De 10 områder blev valgt ud fra kriterier om, at vi ønskede at undersøge forskellige specialer og forskellig type organisering (NIP og KCØ). Vi fik lov til at interviewe ledere og medarbejdere, hvilket resulterede i 66 interviews (se Tabel 2 på side 15).

Vi valgte at gennemføre strukturerede interviews og som støtte til disse interviews udarbejdede vi to spørgeguider (Andersen 2005, p. 169, Riis 2005, p. 124), med henholdsvis fire og fem lukkede spørgsmål samt et åbent spørgsmål (se Bilag 1). De lukkede spørgsmål lettede databearbejdningen, og fordi der var tale om en indledende undersøgelse, var det nødvendigt, at analysen kunne gøres færdig indenfor en overskuelig periode.

Vi udarbejdede to spørgeguider, en til det kliniske personale og en til lederne. Årsagen til denne opdeling var et ønske om at spørge ind til ledernes oplevelse af, om indtastede data kan genfindes. Dette spørgsmål fandt vi ikke relevant for det kliniske personale i afsnittene, da det typisk ikke vil være dem, der udfører dette arbejde.

Spørgeguiderne var bygget op, så spørgsmålene fulgte arbejdsgangen i arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser. Formuleringen af spørgsmålene i de to skemaer var lidt forskellig grundet forskellen i målgrupperne, men meningsmæssigt ens. Formålet med de to første spørgsmål, var en interesse i at høre, hvorvidt respondenterne var bekendt med de data, der registreres i de enkelte databaser og hvorvidt de oplever, at der er tid til denne registrering. Formålet med de to sidste spørgsmål var en interesse i at høre, hvorvidt respondenterne oplever, at der orienteres om resultaterne af de indtastede data og hvorvidt disse resultater bliver brugt til kvalitetsudvikling i afdelingen.

Da undersøgelsen var en del af vores problemanalyse, gav vi respondenterne mulighed for også at komme med nogle generelle betragtninger om emnet. Dette for at indsamle så mange vinkler på vores problemstilling som muligt.

For at kvalificere vores spørgeskemaer, blev disse pilottestet på to ledere og to kliniske medarbejdere og derefter tilrettet (Riis 2005, p. 133).

Besvarelserne blev efterfølgende opdelt i henholdsvis strukturerede og ustrukturerede data.

De strukturerede data blev først indtastet i en Access-database og herefter overført til Excel (et regneark) og SPSS (Statistical Package for the Social Sciences - et statistikprogram), hvor vi kunne arbejde statistisk med data.

Vi opgjorde fordelingerne og beregnede efterfølgende:

- Ledernes svar (median)
- Medarbejdernes svar (median)
- Procentuel fordeling af lederne og medarbejdernes svar
- Hvorvidt der var signifikant forskel på medarbejdernes og lederne besvarelser. Til dette anvendte vi en Mann-Whitney U test.

De ustrukturerede svar blev analyseret kvalitativt med henblik på at forstå og fortolke materialet (Riis 2005, pp. 149-152). Analysen blev foretaget som induktiv kodning i den forstand, at svarene blev sorteret i kategorier, der opstod løbende i gennemgangen. Kategorierne opstod på baggrund af tematiske ligheder og blev revideret undervejs (ibid. p. 166). Denne bevægelse frem mellem helheder og dele betegnes også som den hermeneutiske cirkel eller spiral. Det er kendetegnende ved hermeneutikken at fortolkningen tager udgangspunkt i fortolkerens forforståelse, men uden at fortolkeren kan være sikker på at det er sådan virkeligheden er. I takt med at delene analyseres, ændres forståelsen, hvorved nye helheder opstår (ibid. p. 167).

Metoden til indsamling af den øvrige empiri er beskrevet på side 24.

## 6.1 Analyse af den indledende undersøgelse

Vi har valgt at se på data ud fra antal svar i de forskellige svarkategorier. For at gøre sammenligning mulig har vi sat svarene som proportion af det samlede antal. Vi har testet, om der er statistiske forskelle på lederne og medarbejdernes svar. Fordi data er ordinale, anvender vi en non-parametrisk test. Data er u-parrede og derfor vælger vi en Mann-Whitney U test til vores analyse. Vores øvrige opgørelser er beregnet på medianer.

Der indgår 17 ledere og 49 medarbejdere i forundersøgelsen. De er fordelt på 10 sygdomsområder. Der er få respondenter, der svarer for flere sygdomsområder (se Tabel 2).

Database	Type	Ledere				Medarbejdere				I alt
		Læge	Sygepl.	Fys.	Ergo.	Læge	Sygepl.	Fys.	Ergo.	
<b>Kolorektal</b>	KCØ	1				4				5
<b>Anæstesi</b>	KCØ	1	1			2	3			7
<b>Galde</b>	KCØ	1				4				5
<b>Geriatrici</b>	KCØ	1	1	1		2	2	1		8
<b>Hernie</b>	KCØ	1				5				6
<b>Apopleksi</b>	NIP	1	1	1	1	1	4	3	2	14
<b>Diabetes/RASK</b>	NIP/H:S	1				2				3
<b>Skizofreni</b>	NIP	1	1			2	5	1	2	13*
<b>Ulcus</b>	NIP	1				2				3
<b>Depression</b>	H:S	1				1				2
						<b>I alt</b>				<b>66</b>

Tabel 2 Oversigt over antal sygdomsområder/databaser og respondenter (\*en socialrådgiver)

Lederne har som forklaret i metoden til forundersøgelsen svaret på et spørgsmål mere end medarbejderne, men ellers var spørgsmålene meningsmæssigt ens. Vi vil først vise fordelingerne og medianer i henholdsvis leder- og medarbejderbesvarelserne. Dernæst vil vi fremstille spørgsmålene et ad gangen, hvor besvarelserne blandt ledere og medarbejdere opstilles procentuelt, for at kunne lave en grafisk sammenligning. Der vil følge en konklusion på hvert spørgsmål.

Vi vil af læsehensyn opsummere spørgsmålene:

1. Er du bekendt med de data, der registreres i databasen i din afdeling?
2. Oplever du, at personalet har tid til at registrere til de kliniske databaser?  
2A Er det din oplevelse, at de data der indtastes, kan genfindes? (kun ledere)
3. Bliver afdelingens personale løbende orienteret om resultaterne af de analyser, der udarbejdes?
4. Anvender afdelingen analyserne/resultaterne fra den kliniske database til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling i afdelingen?

## Kvantitativ analyse

N=17	Ledere – antal				
	Spg. 1	Spg. 2	Spg. 2A	Spg. 3	Spg. 4
Ja, i høj grad (4)	14	6	8	5	3
Ja, i nogen grad (3)	1	7	3	5	6
Ja, i mindre grad (2)	1	2	2	2	5
Nej, slet ikke (1)	1	1	0	4	3
Ved ikke	0	1	4	1	0
<b>Median</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>

Tabel 3 Ledernes svar - fordeling og medianer

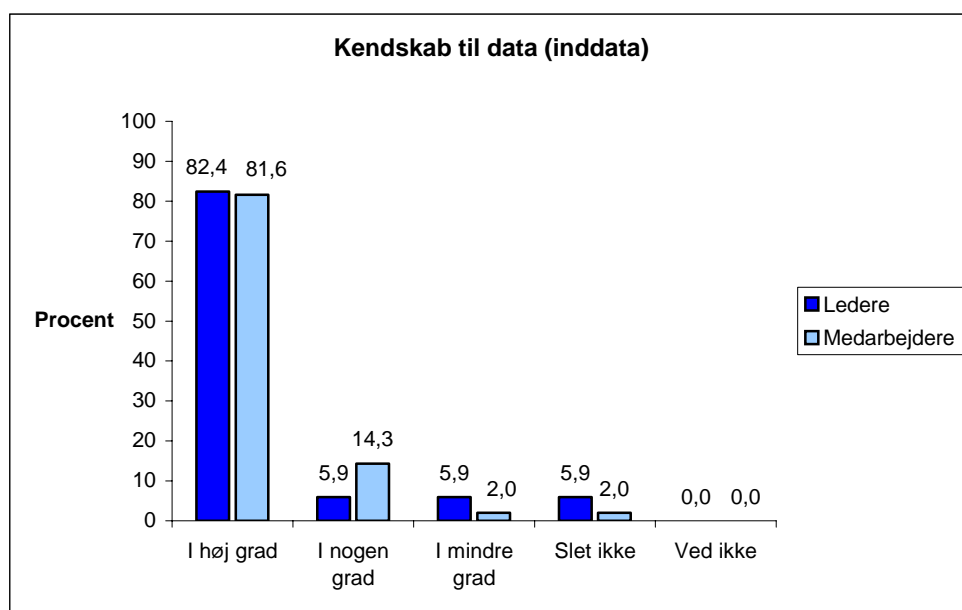
Medarbejdernes svar fordeler sig således:

N=49	Medarbejdere – antal				
	Spg. 1	Spg. 2	Spg. 2A	Spg. 3	Spg. 4
Ja, i høj grad (4)	40	11		7	3
Ja, i nogen grad (3)	7	29		10	13*
Ja, i mindre grad (2)	1	8		7	2
Nej, slet ikke (1)	1	1		22	28
Ved ikke	0	0		3	3
<b>Median</b>	<b>4</b>	<b>3</b>		<b>2</b>	<b>1</b>

Tabel 4 Medarbejdernes svar - fordeling og medianer (\*10 af dem er fra kirurgien)

Når vi ser at netop medarbejderne i de kirurgiske databaser svarer mere positivt end medarbejderne i de andre specialer, kan det hænge sammen med at flere af de adspurgte kirurgiske læger var overlæger med særlige interesser i og ansvar for de valgte databaser.

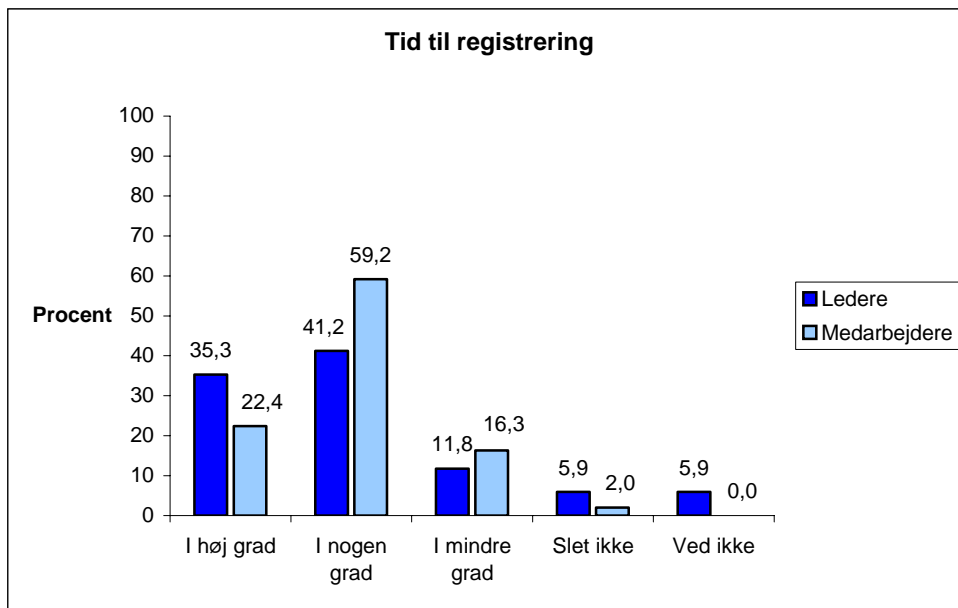
### Spørgsmål 1: Kendskab til de data der registreres og testes til den kliniske database.





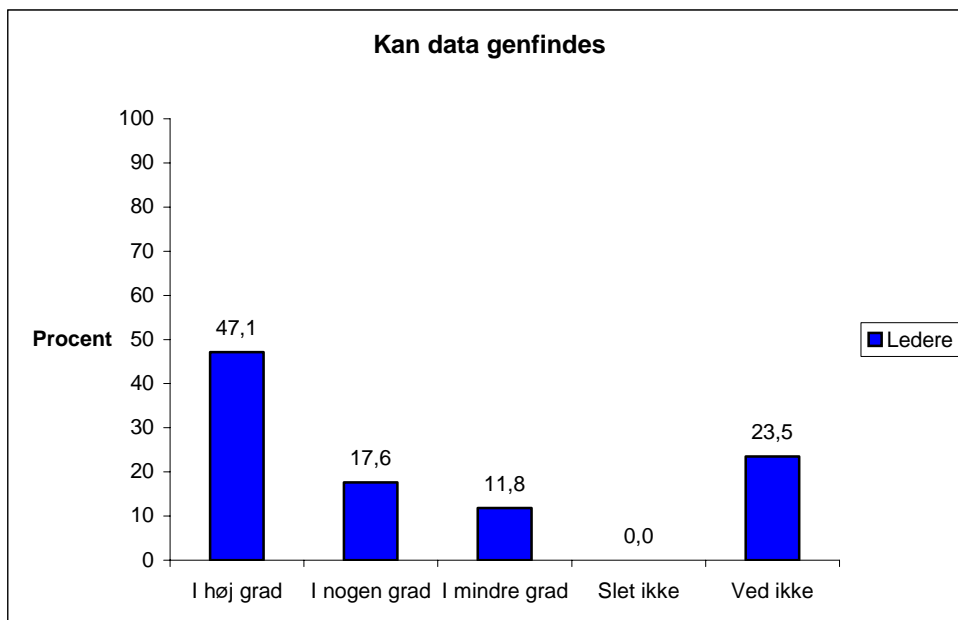
Vi kan konkludere, at stort set alle ledere og medarbejdere har kendskab til de data der registreres og tages i de kliniske databaser. Kendskabet er stort i begge grupper.

### Spørgsmål 2: Er der den fornødne tid til at registrere data?



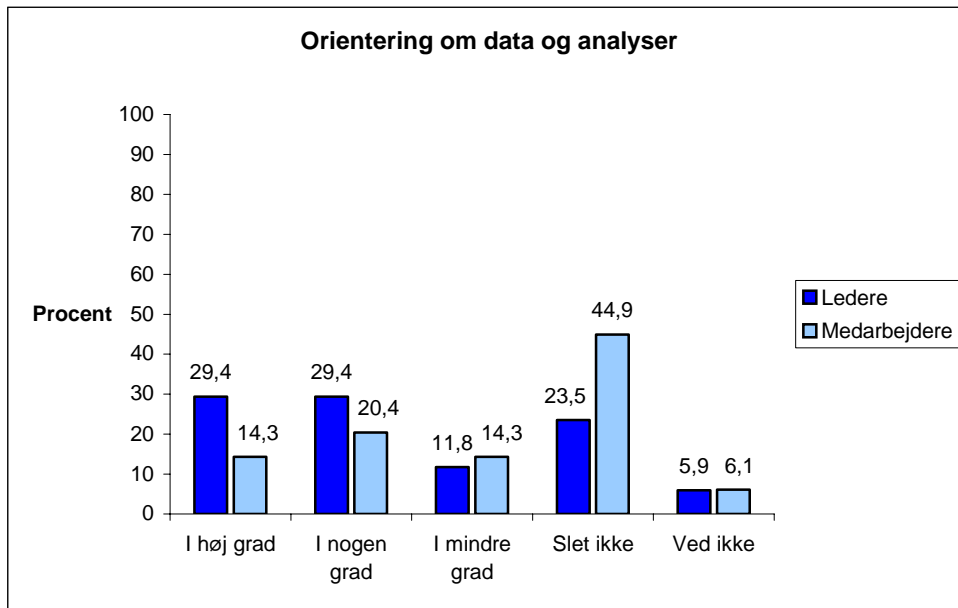
Blandt ledere og medarbejder er der enighed om, at der er tid i hverdagen til at registrere til de kliniske databaser. De er bare ikke enige om i hvilken grad, der er tid.

### Spørgsmål 2A (kun ledere): Kan data genfindes?



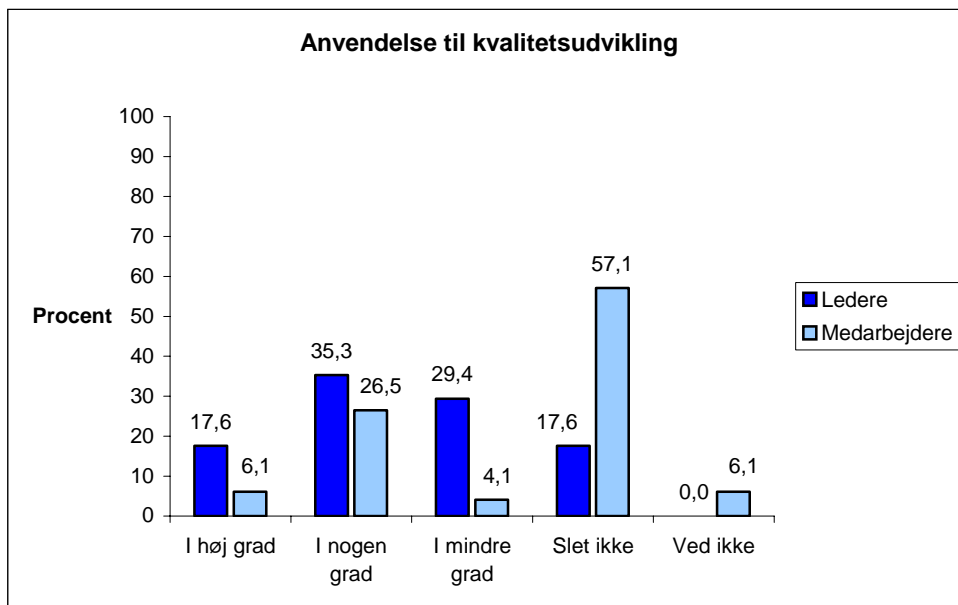
Det ser ud til, at data kan genfindes. Der er ingen af lederne, der svarer nej til spørgsmålet. De ledere, der svarer "ved ikke", har typisk uddelegeret ansvaret for at genfinde data.

### Spørgsmål 3: Orientering om data og analyser



Lederne svarer i højere grad end medarbejderne positivt på, at der bliver orienteret om data og analyser. Knap 50 % af medarbejderne svarer "slet ikke" hvor andelen af ledere i den samme kategori er under 25 %.

### Spørgsmål 4: Anvendelse af data til kvalitetsudvikling



Andelen af medarbejdere, der oplever, at der i en eller anden grad finder en anvendelse af data til kvalitetsudvikling sted, er under 40 %. Til sammenligning giver over 80 % af lederne udtryk for det samme. Knap 60 % af alle medarbejdere svarer "slet ikke" til spørgsmålet.

Med det relativt store datasæt så vi os i stand til at arbejde med en statistisk test. Vi var interesserede i om lederne og medarbejderne var enige i deres holdninger. Vi anvendte en signifikansgrænse på  $p=0,10$ . Vores undersøgelse viser følgende signifikansniveauer:

Spørgsmål	p-værdi
1. Kendskab til data	0,948
2. Tid til registrering	0,456
3. Orientering om data og analyser	0,064
4. Anvendelse til kvalitetsudvikling	0,013

Tabel 5 Mann-Whitney U non-parametrisk test til at vurdere forskel på svar fra lederne og medarbejdere

Statistisk set er der ikke signifikant forskel på lederne og medarbejdernes besvarelse af de to første spørgsmål. De er helt enige når det gælder spørgsmål 1 ( $p=0,948$ ) og der er ikke statistisk forskel når det drejer sig om spørgsmål 2 ( $p=0,456$ ). Vi finder derimod at tilfældigheder ikke kan forklare forskellene i besvarelsen af spørgsmål 3 og 4. Der er således signifikant forskel på svarene fra lederne og medarbejderne i spørgsmål 3 ( $p=0,064$ ) og spørgsmål 4 ( $p=0,013$ ).

### Kvalitativ analyse

Vi analyserede de kvalitative udsagn, som respondenterne kom med i forbindelse med det strukturerede interview.

Fra kodningen af udtalelserne fremkom følgende fem kategorier, som handlede om hvorfor de kliniske kvalitetsdatabaser ikke anvendes til kvalitetsudvikling:

- Ledelsesansvar
- Indikator kvalitet
- Systematik
- Tid/ressourcer
- Motivation

De tre øverste kategorier indeholdt mange udtalelser. Nogle af lederne gav udtryk for, at ansvaret for de kliniske kvalitetsdatabaser var uddelegeret og det derfor ikke var noget, de som ledere var involveret i:

*"...er uddelegeret til særlige ildsjæle"*

Leder

Medarbejderne gav udtryk for, at de ikke ved, hvordan de kliniske kvalitetsdatabaser fungerer, og at de ikke får informationer om resultaterne fra ledelsen:

*"Jeg ved ledelsen gør det, jeg ser ikke resultaterne"*

Medarbejder

Omkring indikator kvalitet blev der givet udtryk for, at indikatorerne ikke er kvalitetsindikatorer. En leder udtrykte det således:

*" Uinteressante og meningsløse data"*

leder

Flere gav udtryk for at indikatorerne er tvetydige. Dvs. at dem, der registrerer data, er i tvivl om, hvad det egentlig er, de svarer på. Relateret til kvalitetsudviklingsarbejdet betyder dette, at data ikke er valide nok, og derfor giver et ringe ud-

gangspunkt for det videre arbejde. Fx gav en medarbejder udtryk for at der er forskellig opfattelse af hvordan man vurderer patienterne.

*" ... mangler ordentlig introduktion , der er stadig usikkerhed på, hvad der er hvad."*

*Medarbejder*

Endvidere kan det have konsekvens for motivationen til at anvende data, når man er i tvivl om at indikatorernes kvalitet er god nok.

*" ... de (data ind, red.) bør standardiseres, der mangler konsensus."*

*Medarbejder*

Der blev givet udtryk for, at man gerne vil arbejde mere systematisk med data til kvalitetsudvikling. Det blev tilkendegivet, at resultaterne fra de kliniske kvalitetsdatabaser kommer så sent, at det er vanskeligt at anvende dem.

*"Årsrapporterne kommer med ¾ års forsinkelse."*

*Medarbejder*

Der bliver ikke givet udtryk for, at ressourcer til dataregistrering er et større problem, hvilket understøttes af de strukturerede besvarelser på spørgsmål 2. Kategorien om motivation indeholder ikke så mange udtalelser som de tre større kategorier. Alligevel vil vi inddrage dette aspekt i vores videre undersøgelse. Motivation er en væsentlig faktor i kvalitetsudvikling, og samtidig er rigtig mange af de ansatte involverede i dataregistrering til kliniske databaser. Hvis medarbejderne ikke er motiverede, mener vi, at risikoen for mangelfulde data øges. Motivation er derudover en væsentlig opgave i ledelsessammenhæng og i forbindelse med anvendelse af data til kvalitetsudvikling.

Endelig blev der givet udtryk for, at det er vanskeligt at komme i gang med kvalitetsudvikling på baggrund af kliniske kvalitetsdatabaser:

*"....skal se mulighederne før vi kommer i gang."*

*Leder*

## **6.2 Konklusion på den indledende undersøgelse**

Der er ikke problemer med kendskab til de data, der registreres. Langt de fleste respondenter vurderer, at de kender data og at der er tid til at indsamle og taste data. Der gives dog udtryk for, at kvaliteten af de indsamlede data ikke altid er god nok, og at der fx ikke har været undervisning nok i udførelsen af de tests eller undersøgelser, der ligger til grund for dataindsamlingen. Derfor kan resultaterne tolkes forskelligt.

Lederne giver udtryk for at vide, hvordan data skal genfindes.

Det er først når data skal formidles til medarbejderne og anvendes til kvalitetsudvikling, at der opstår forskelle mellem medarbejdere og ledere i opfattelsen af i hvor høj grad dette sker.

Ud fra svarene på spørgsmålet om, hvorvidt personalet løbende bliver orienteret om de analyser der udarbejdes, har vi med en Mann-Whitney U test beregnet en P-værdi på 0,064. Dette resultat viser at der er en signifikant forskel på ledernes og

medarbejdernes oplevelse af, hvorvidt medarbejderne bliver orienteret om de analyser der udarbejdes fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Ud fra svarene på spørgsmålet om, hvorvidt afdelingen anvender data fra de kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling, har vi på samme måde beregnet en P-værdi på 0,013. Med dette resultat kan vi konkludere, at der er en signifikant forskel på ledernes og medarbejdernes oplevelse.

Der kan være flere årsager til, at vi ser denne forskel mellem ledere og medarbejderen opfattelse af orientering om og anvendelse af data. Resultaterne understøtter vores egne erfaringer og giver et godt grundlag for at arbejde videre med problemstillingen omkring anvendelse af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling.

## 7.0 Afgrænsning og problemformulering

Nationalt og regionalt italesættes kliniske kvalitetsdatabaser til at være fremtidige redskaber til kvalitetsovervågning og –udvikling. Der registreres i dag store mængder data om patientforløb i databaserne og disse data skal anvendes til kvalitetsudvikling.

Det har dog vist sig vanskeligt at finde eksempler på, at dette sker i praksis. I statusrapporten fra Sundhedsstyrelsen fra 2001 om kliniske kvalitetsdatabaser fremgik det, at det samlede set kun er 35 % af 57 databaser, der kan dokumentere, at data anvendes til kvalitetsudvikling (Sundhedsstyrelsen 2001).

I de nationale og regionale strategier, som vi har undersøgt, nævnes potentialet i de kliniske kvalitetsdatabaser. Dette fordrer dog, at data ikke bare kommer ind i databaserne, men efterfølgende analyseres og anvendes.

I vores indledende undersøgelse gennemførte vi strukturerede interviews af 66 respondenter. Respondenternes kvalitative udsagn skabte tre større kategorier, som omhandlede:

- Ledelsens ansvar i relation til kliniske databaser
- Indikator kvaliteten
- Systematisk anvendelse af data til kvalitetsudvikling.

I opgørelsen af de strukturerede svar fremgik det, at der er forskel på ledernes og medarbejdernes oplevelse af anvendelsen af data til kvalitetsudvikling og formidling af resultaterne.

Hvorfor er der denne forskel mellem ledere og medarbejdere? Kan det skyldes at lederne har en viden, som ikke formidles til medarbejderne? Lægger lederne noget 'andet' i anvendelse eller kvalitetsudvikling, end det vi forestiller os? Kunne man forestille sig, at man i virkeligheden anvender sygdomsspecifikke data på en anden måde end til kvalitetsudvikling af sygdomsområdet?

Forskellen mellem ledere og medarbejdere viser, at medarbejderne ikke oplever, at de får feedback på registreringsarbejdet. Vi mener at det kan virke demotiverende, medføre dårligere datakomplethed, og at arbejdet med de kliniske databaser bliver vanskeligere.

Den indledende undersøgelse understøttede vores egne erfaringer med kliniske databaser. Vi registrerer mange data, men ser dem sjældent anvendt til formål, som har betydning for behandlingskvaliteten.

## **Afgrænsning**

Kvalitetsudviklingsprocessen er en fortløbende proces, hvor ingen elementer kan udelades (se Figur 2 på side 10). Det giver ikke mening, at vurdere om et mål er opfyldt, hvis man ikke forinden har taget beslutning om hvad målet er, og hvilke data, der skal ligge til grund for vurderingen (Kjærgaard & Hansen 2001, p. 24). Overført til vores projekt betyder det, at vi ikke uden videre kan se bort fra dele af kvalitetsudviklingsprocessen, hvis vi vil opnå en øget anvendelse af data til kvalitetsudvikling. Vores overvejende fokus er på anvendelsen af de data, der allerede nu foreligger i store mængder, og ikke på kompletheden af disse, selvom denne også er vigtig. Vi finder det relevant at undersøge indikatorerne i vores genstandsfelt, da respondenterne i den indledende undersøgelse giver udtryk for, at indikatorerne kan være tvetydige og mindre anvendelige til kvalitetsudvikling.

Set i et sundhedsinformatisk perspektiv vil vi primært beskæftige os med de mennesker i organisationerne, der skal anvende data. Lorenzi og Riley kalder dette peopleware (Lorenzi & Riley 2004, p. 12). Det er ofte bevist, at den organisatoriske faktor spiller en stor rolle, hvis et it-system skal have succes. I de tilfælde hvor evalueringen har vist, at it-systemet ikke anvendes efter hensigten, har teknikken bag sjældent været årsagen (Høstgaard 2004, p. 18). Det er da heller ikke tekniske problemer, som ledere og medarbejdere giver udtryk for i vores indledende undersøgelse.

Vi afgrænser derfor vores problemfelt til at omhandle indikatorer og de organisatoriske forhold, som har indflydelse på anvendelse af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling. For at afgrænse os yderligere, vil vi fokusere på de ledere, der har adgang til data i det daglige arbejde.

Vi fravælger at undersøge brugbarheden af Analyseportalen som teknisk system.

## **Problemformulering**

Det store fokus på kliniske kvalitetsdatabaser i specielt kvalitetsstrategien fra Region Hovedstaden kræver, at de mange data, der registreres i de mange kvalitetsdatabaser, i langt højere grad finder anvendelse end tilfældet tilsyneladende er i dag.

I kvalitetsudviklingsprocessen er der en række delprocesser, man skal igennem for at gennemføre kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling. Hvis nogle af disse delprocesser ikke gennemføres, kan det have indflydelse på processen som helhed og kvalitetsudviklingen i særdeleshed.

Et af de første led i kvalitetsudviklingsprocessen er at fastsætte mål for kvalitet og identificere de indikatorer, der kan anvendes til at måle, om man når disse mål. I vores indledende undersøgelse blev der sået tvivl om indikatorernes validitet og relevans.

Når målingerne er gennemført, skal data bearbejdes for at undersøge sammenhænge og årsager. Det er ledelsens ansvar, at denne analyse gennemføres, og at der efterfølgende tages initiativ til kvalitetsudvikling. I vores indledende undersø-

gelse blev der givet udtryk for, at dette måske sker, men at medarbejderne i så fald ikke føler sig orienteret om dette.

Det er vores opfattelse, at det i høj grad er ledelsen, der sætter niveauet for anvendelse af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser. Dette kan begrundes i, at det i første omgang er ledelsen, der modtager rapporter med afdelingens resultater.

Kvalitetsudvikling er en proces, der kræver systematik og kontinuitet, som det også blev udtrykt af Dansk Selskab for kvalitet i sundhedssektoren (se side 10). Vi finder det derfor også relevant at undersøge i hvor høj grad, arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser er systematiseret.

Samlet set giver vores indledende undersøgelse grundlag for at undersøge, hvorfor man i klinikken oplever, at data ikke anvendes til kvalitetsudvikling. Vi har ikke belæg for at sige, at data 'forsvinder' da vi ved, at lederne giver udtryk for at data kan genfindes. Men vi kan ud fra den indledende undersøgelse konkludere, at mange medarbejdere ikke er bekendt med, hvordan de data der rapporteres til de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes, hvordan resultaterne ser ud, hvordan de kan anvendes i kvalitetsarbejdet og at kun godt 17 % af lederne vurderer, at der i høj grad finder en anvendelse af data til kvalitetsudvikling sted.

Dette fører os frem til følgende problemformulering og undersøgelsesspørgsmål:

**Hvad begrænser anvendelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling og hvordan kan dette ændres?**

#### **Undersøgelsesspørgsmål:**

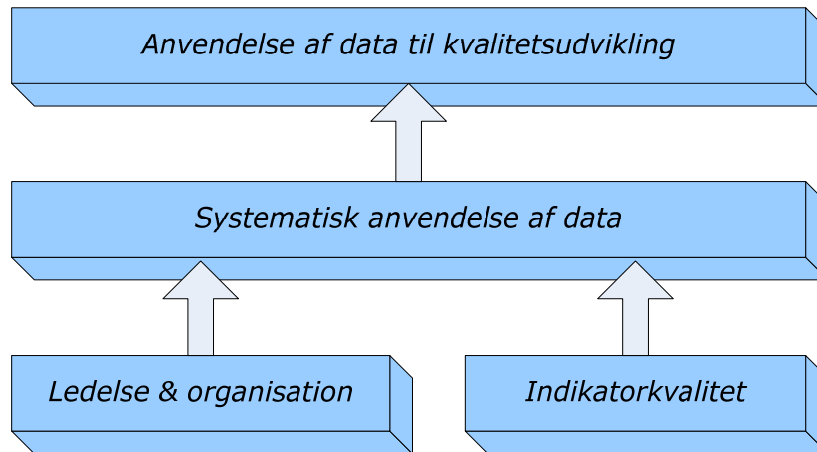
- Hvilke typer af indikatorer anvendes primært i de kliniske kvalitetsdatabaser og hvad er der teoretisk belæg for bedst kan anvendes til kvalitetsudvikling?
- Hvilke organisatoriske udfordringer ser de lokale ledelser i forhold til at anvende de kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling?
- Hvordan fungerer de kliniske kvalitetsdatabaser i praksis i relation til kvalitetsudviklingsprocessen?
- Hvilke muligheder for den fremtidige anvendelse af data ser ledelserne?

### **7.1 Formål med projektet**

Formålet med projektet er at komme med forslag til, hvordan man i højere grad kan anvende kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling eller udbrede den anvendelse, der måske allerede finder sted.

## 8.0 Metode

Vi har i den indledende undersøgelse redegjort for de erfaringer, ledere og medarbejdere giver udtryk for i relation til anvendelsen af data til kvalitetsudvikling. Som det fremgår, kan årsagerne til en manglende oplevelse af, at data anvendes til kvalitetsudvikling, umiddelbart begrundes i forhold relateret til tre hovedtemaer: Indikator kvalitet, ledelse og organisation og systematisk anvendelse af data. Vi betragter indikator kvalitet og ledelse & organisation som grundlæggende vilkår for, at der kan ske en systematisk anvendelse af data. Sammenhængen mellem disse kan illustreres som vist i Figur 3.



Figur 3 Sammenhæng mellem grundlæggende vilkår og anvendelse af data

De to grundvilkår er med til at danne grundlaget for anvendelse af data til kvalitetsudvikling og vores fokus er derfor rettet mod disse. For at besvare vores problemformulering og undersøgelsesspørgsmålene vil vi anvende forskellige teoretiske tilgange og metoder, som ikke kan placeres under et enkelt videnskabeligt paradigme.

Vi vil i dette kapitel redegøre for vores fremgangsmåde.

### 8.1 Projektets design

Vi har valgt at dele indsamlingen og analysen af empirien op i to dele.

I første del anvender vi kun en del af det teoretiske grundlag. Her vil vi undersøge indikatorerne fra fire udvalgte sygdomsområder. Vi vil basere undersøgelsen af indikatorerne på audit. Vores anvendelse af audit som metode er beskrevet mere udførligt på side 30. I konklusionen på første del forventer vi at kunne besvare vores første undersøgelsesspørgsmål: Hvilke typer af indikatorer anvendes primært i kliniske kvalitetsdatabaser og hvad giver teoretisk det bedste udgangspunkt for kvalitetsudvikling? Desuden vil vi komme med en vurdering af muligheden for at lave kvalitetsudvikling på baggrund af indikatorerne i genstandsfeltet.

I anden del vil vi undersøge den lokale ledelse, organisation og systematik i arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser i fire afdelinger på et hospital. Afdelingerne anvender de databaser, som vi lavede audit på. Vi vil her anvende en mere organisationsteoretisk og socioteknisk tilgang til anvendelsen af data.

Først gennemfører vi interviews med de afdelingsledelser, der har ansvaret for de fire kliniske kvalitetsdatabaser. Som baggrund for gennemførelsen af interviewene vil vi anvende den empiri, vi har indsamlet og analyseret i den indledende undersø-



gelse og i auditten, sammen med den viden, vi har opnået om kliniske kvalitetsdatabaser som helhed. Den efterfølgende analyse vil blive gennemført på baggrund af teori om nyinstitutionel teori, ledelse og sociale konstruktioner af teknologier.

Efterfølgende vil vi gennemføre interviews med tre nøgleinformanter. Disse nøgleinformanter har forskellige relationer til kliniske kvalitetsdatabaser og anvendelsen af data. Vi interviewer en lægelig direktør, en direktør i Koncern Plan og Udvikling, samt forfatteren til en del af vores teoretiske grundlag. Interviewene af nøgleinformanterne gennemføres med forventningen om, at de kan give os et særligt grundigt indblik i eller en større forståelse for de fænomener, vi har afdækket i den indledende undersøgelse, auditten og interviewene med de lokale ledelser (Maunsbach & Lunde 2003, p. 147).

Vi forventer herefter at kunne besvare de tre sidste undersøgelsesspørgsmål og vores problemformulering.

## **8.2 Genstandsfelt**

For at afgrænse vores projekt, har vi valgt at fokusere på fire landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser på et enkelt hospital i Region Hovedstaden. Valget af netop fire databaser er kompromiseret mellem dybde og bredde i undersøgelsen i forhold til ressourcer og data, som er ønskelige og relevante (Maunsbach & Lunde 2003, p.151).

Vi har opsat en række kriterier, som vores samlede genstandsfelt skal opfylde (ibid. p. 147). Vi har ønsket at tilgodese:

- KCØ og NIP databaser
- Forskellige typer specialer
- Akutte og ikke-akutte sygdomsområder
- Mange og få patienter
- Mono- og tværfaglige databaser

Vi har valgt at se på sygdomsområder, der er tilknyttet NIP eller KCØ, fordi vi vil undersøge om den måde databaserne styres og serviceres på, har indflydelse på anvendelsen af data til udvikling af den behandlingsmæssige kvalitet. De væsentligste forskelle er, at databaserne under NIP arbejder med mere central styring omkring rapportering af resultater og at der er standarder for de valgte indikatorer. Databaserne under KCØ har mindre central styring, ingen standarder og flere værktøjer stillet til rådighed i analysedelen. Dette er nærmere beskrevet i introduktionen til kliniske kvalitetsdatabaser i Bilag 2.

Vi har valgt nogle sygdomsområder, som repræsenterer forskellige specialer. Vi har ønsket både at se på kirurgi, medicin, psykiatri og anæstesi, som eksponenter for forskellige fagområder og måder at arbejde på. Herunder i hvilken grad der er tale om akutte patienter og hvor mange patienter, der rapporteres til databasen.

Vi har valgt en enkelt database (akut mave-tarm kirurgi), som af de databaseansvarlige betegnes som monofaglig, mens de tre øvrige er tværfaglige i den forstand, at flere faggrupper indrapporterer til databasen.

Som grundlag for udvælgelsen af hospital og sygdomsområde har vi valgt at arbejde med specifikke kriterier, som beskrevet af Maunsbach & Lunde (2003, p. 147). I relation til audit af indikatorer, skal der være en offentligt tilgængelig årsrapport og

Som specifikke kriterier til første runde interview, vil vi gerne interviewe personer, som

- har viden om kliniske kvalitetsdatabaser og anvendelsen af disse
- har erfaring med begreberne kvalitetsudvikling, kliniske kvalitetsdatabaser, KMS/AP og ledelse af kvalitetsprocesser
- kan reflektere over anvendelsen af de kliniske kvalitetsdatabaser og den ledelsesmæssige rolle
- kan formulere sig om emnerne.

Vi har valgt at gennemføre de første fire interviews på Bispebjerg Hospital. Vores egne erfaringer og forforståelse er til dels kommet til verden gennem klinisk arbejde på Bispebjerg Hospital. Da KCØ er det kompetencecenter, der har flest databaser tilknyttet (22 ud af 34) vurderer vi, at de resultater vi kommer frem til, er lige så generaliserbare, som hvis vi havde valgt databaser tilknyttet de to andre centre. I nedenstående tabel har vi illustreret, hvordan de fire sygdomsområder ser ud:

Sygdomsområde	Type	Etableret på Bispebjerg Hospital	Tværfaglighed	KCØ/NIP	Antal patienter i 2007 på Bispebjerg Hospital
<b>Geriatrici</b>	Medicin	2001	Tværfaglig	KCØ	616
<b>Anæstesi</b>	Medicin	2004	Tværfaglig	KCØ	8.295
<b>Akut mave-tarm</b>	Kirurgi	2004	Monofaglig	NIP	
Blødende					92
Perforeret					17
<b>Skizofreni</b>	Psykiatri	2003	Tværfaglig	NIP	
Indlagte					276
Ambulante					567

Tabel 6 De fire sygdomsområder

### Anden interviewrunde

Valget af nøgleinformanter til den anden interviewrunde er ligeledes sket ud fra kriterier. Vi anvendte kriterierne fra første interviewrunde og tilføjede yderligere to kriterier, som til dels er inspireret af det teoretiske grundlag. Vi ville derfor gerne tale med personer, som udover tidligere nævnte kriterier, også

- har en indflydelsesrig position i relation til de kliniske kvalitetsdatabaser
- har erfaring med ledelse af kvalitetsprocesser

Vores valg af nøgleinformanter blev følgende tre personer.

Johan Kjærgaard, læge, dr.med. og tidligere leder af Enhed for Klinisk Kvalitet. Vi har valgt Johan Kjærgaard af flere årsager. Han er forfatter til en del af den litteratur om kliniske kvalitetsdatabaser, som vi har læst og betragtes i sundhedsfaglige kredse som en pioner og ildsjæl indenfor udviklingen af kliniske kvalitetsdatabaser. Vi håber at Johan Kjærgaard kan bidrage med vigtige aspekter i forhold til anvendelsen af data til klinisk kvalitetsudvikling, samt den historiske udvikling af databaserne.

Pernille Slebsager, Stabsdirektør for Planlægning og Udvikling i Region Hovedstaden (KPU), sygeplejerske og Cand. scient. pol. Pernille Slebsager er ansvarlig for bl.a. specialeplanlægning, kvalitetsudvikling og forebyggelse i regionen. Vi har valgt Pernille Slebsager, da hun er den øverst ansvarlige for anvendelsen af de kliniske kvalitetsdatabaser i Region Hovedstaden. Vi håber Pernille Slebsager kan bidrage med tanker om og visioner for de kliniske kvalitetsdatabaser, der anvendes i Region Hovedstaden.

Steen Werner Hansen, lægelig direktør på Bispebjerg Hospital. Vi har valgt Steen Werner Hansen, da han er afdelingsledelsernes nærmeste chef og dermed kan påvirke deres prioriteringer og holdninger. Som medlem af Bispebjerg Hospitals direktion er Steen Werner Hansen endvidere medansvarlig for den kvalitet, som hospitalet leverer. Vi håber Steen Werner Hansen kan bidrage med indsigt i den politiske og faglige prioritering og synsvinkler på lokal kvalitetsudvikling.

### **8.3 Teoretisk grundlag**

Vi vil her kort beskrive det teoretiske grundlag. På grund af valget af metoder har vi valgt at opdele det teoretiske grundlag i to dele. I første del, audit af indikatorer, anvendes således kun en lille del af det teoretiske grundlag, mens vi i anden del, interviews, anvender hele det teoretiske grundlag, inklusiv teorien om indikatorer. På henholdsvis side 38 og 53 er det teoretiske grundlag beskrevet mere udførligt.

I første del af undersøgelsen vil vi anvende en del af den teori, som vi har fundet om indikatorer. Den eksisterende viden om indikatorer er afledt af erfaringer med anvendelse af indikatorer til kvalitetsudvikling, såvel nationalt som internationalt. Den amerikanske professor Avedis Donabedian udgav tilbage i 1966 en artikel om evaluering af sundhedsvæsners ydelser (Donabedian 2005). Denne artikel har været grundlaget for mange efterfølgende vurderinger af kvalitet i sundhedsvæsnene i Danmark og i udlandet. I Danmark har indikatorer for kvalitet været anvendt til kvalitetsmonitorering siden 1990'erne (se fx Jensen & Kjærgaard 2001 om kliniske kvalitetsdatabaser, Sundhedsstyrelsen 1999 om patientforløb og Kjærgaard et al. 1999 om lægefaglige kerneydelser).

Indikatorer, som er udviklet på baggrund af de nævnte erfaringer, øger sandsynligheden for at data kan anvendes til kvalitetsudvikling, men der er ingen garanti for at dette er effekten. Andre faktorer har også indflydelse på kvalitetsudviklingsprocessen, fx organisatoriske forhold, vilje og ressourcer.

I analysen af de første fire interviews, vil vi anvende teori om ledelse og management, organisationsteori samt sociale konstruktioner af teknologier.

Til at beskrive de vilkår, som databaserne anvendes under, har vi valgt New Public Management. New Public Management (NPM) er en overordnet beskrivelse af de trends og ændringer, som organisations- og forvaltningsteoretikere har set i den offentlige sektor i de sidste 10-20 år. NPM har god forklaringskraft i forhold til det fokus på resultater, som sundhedsvæsnene har fået de senere år. Et eksempel på dette er offentliggørelsen af forskellige indikatorer fra hospitalerne på sundhedsstyrelsens hjemmeside [sundhedskvalitet.dk](http://sundhedskvalitet.dk).

Organisationer og institutioner forholder sig på forskellig vis til de reformer og strategier, som sundhedsvæsnene gennemgår og skal leve op til. For at indfange den organisatoriske kontekst, har vi valgt at anvende nyinstitutionel organisationsteori. Den nyinstitutionelle teori er i de seneste år anvendt i mange forskningsprojekter

om sundhedsvæsnets, blandt andet i forbindelse med FLOS (Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sygehusvæsnets).

For at belyse ledelsens rolle i relation til kliniske kvalitetsdatabaser har vi valgt at fokusere på betydningen af og forskellen på ledelse og management og de konsekvenser denne forskel har for anvendelsen af data. Vi tager her udgangspunkt i dele af værdibaseret ledelse (Beyer 2006) og forandringsstrategier beskrevet af Melander & Jørgensen (Melander & Jørgensen 2002/2003).

Som beskrevet i afsnittet om projektets design, vil vi anvende Social Construction Of Technology (SCOT). SCOT kan beskrives som et sæt af metodiske begreber med en teoretisk ambition, som anvendes til at undersøge og forklare hvorfor og hvordan en teknologi konstrueres i sociale grupper. SCOT handler om fortolkningsfleksibilitet, stabilisering af teknologier og teknologiske rammer (Lauritsen 2007, pp. 46-57). Sociotekniske studier er velegnede til at undersøge, hvordan forskellige teknologier konstrueres i det daglige arbejde.

#### **8.4 Videnskabelig tilgang**

I såvel første som anden del af den empiriske undersøgelse valgte vi at anvende kvalitative metoder.

I første del gennemførte vi en undersøgelse af indikatorer ved at anvende auditmetoden (Kjærgaard et al. 1999, p. 14).

I anden del gennemførte vi semistrukturerede interviews med ledere indenfor de samme sygdomsområder, som vi gennemførte auditten på. Efterfølgende interviewede vi tre nøgleinformanter. Interviewmetoden er ligeledes en kvalitativ metode. Kvalitative metoder har oprindelse i fænomenologien og hermeneutikken, som begge traditionelt hører ind under samfundsvidenskaberne.

En videnskab på fænomenologisk grundlag handler om at indfange den menneskelige erfaring, som den viser sig i den konkrete livsverden. Et menneskes livsverden udgøres bl.a. af historie, erfaringer, færdigheder, holdninger og andre begreber, der kendetegner det enkelte individ (Hall 2003, p. 191). I menneskets livsverden skabes meningsdannelser og erfaringer i et socialt felt. Fænomenologien går ud på at frembringe en organiseret viden om dette sociale felt; hvad er det, der påvirker mennesker til at gøre som de gør? Overført til dette projekt, vil vi opnå viden om hvad de lokale ledelser mener de gør i relation til anvendelsen af data og hvad der får dem til at gøre det.

Hermeneutikken repræsenterer i dag både forståelse som metode til fortolkning, men også et princip om at forståelse er en betingelse (Hall 2003, p. 191). I praksis anvendes hermeneutik som en refleksion over, hvordan et udtryk kan overføres fra en verden til en anden. I den filosofiske hermeneutik konstateres det, at en verden ikke kan forstås uafhængigt af den begrebsverden, som man forstår og fortolker på baggrund af. Fortolkeren vil bevidst eller ubevidst påvirke udlægningen af teksten (Fuglsang & Olsen 2004, p. 313).

Nøgleordet bliver derved forforståelse, dvs. den forståelse, vi har af vores problem inden og mens vi undersøger det. Forforståelse indebærer, at vi som forskere bevidst eller ubevidst opstiller hypoteser baseret på vore egne erfaringer og den foreliggende empiri. I modsætning til traditionelle naturvidenskabelige metoder, er for-

forståelse i kvalitative undersøgelser en betingelse. Det er be- eller afkræftelsen af vores forforståelse og hypoteser, der skaber en forståelse af det felt, der undersøges. Med vores forforståelse skaber vi en horisont, som alt vil blive tolket ud fra (Dehlholm-Lambertsen & Maunsbach 1998).

Filosoffen Gadamer er i Fuglsang & Olsen citeret for, at forforståelse kan virke begrænsende på fortolkningen og det er derfor vigtigt, at vi er opmærksomme på vores forforståelse af fænomenets natur i gennemførelsen af vores metode, (Fuglsang & Olsen 2004, p. 323). Det er væsentligt at være åben, hvis man vil forstå.

Nærværende projekt udspringer bl.a. af vores egen forforståelse, som beskrevet i problemanalysen. Vi har hver især ubevidste og bevidste forestillinger om, hvorfor data i de kliniske kvalitetsdatabaser ikke opleves anvendt i særlig høj grad i kliniskernes hverdag. Vi vil forsøge at finde en dybere mening end den, som umiddelbart fremtræder i problemanalysen og forundersøgelsen. Det er fx muligt at begreber som anvendelse og kvalitetsudvikling har en anden betydning i ledelsessystemet.

På den baggrund vil vi til en vis grad anvende en socioteknisk fremgangsmåde, hvor vi søger at opnå en forståelse for, hvordan de kliniske kvalitetsdatabaser konstrueres i hverdagen blandt dem, der sidder med ansvaret for afdelingernes kvalitetsudvikling. SCOT handler om at sociale grupper konstruerer teknologier forskelligt. Det indebærer en vis socialkonstruktivistisk tilgang, da menneskers handlinger ikke kan forstås isoleret fra konteksten (Lauritsen 2007, p. 45). Teknologierne anvendes ikke altid til det primære formål, men til formål, der er et skridt længere væk fra de tiltænkte processer (Berg & Goorman 1998, p. 52). Den sociotekniske tilgang skal medvirke til, at vi bevarer en åben tilgang til, hvordan data fra kliniske kvalitetsdatabaser kan anvendes.

## 8.5 Validering af undersøgelsesresultaterne

Kvalitative metoder bygger på en induktiv fremgangsmåde, hvor vi tager udgangspunkt i enkelte oplevelser og søger at forklare en generel praksis omkring anvendelsen af data (Fuglsang & Olsen 2004, p. 323). Da kvalitativ forskning i høj grad er subjektiv og foregår i en bestemt kontekst, vil der være dele af vores resultater, der ikke er direkte overførbare til andre virkeligheder. Vi mener dog at kunne frembringe en forståelse af problemet, som til en vis grad vil være alment gyldig. For at øge gyldigheden af resultaterne vil vi anvende to kriterier (Jørgensen 2003, pp. 316-317):

- Intersubjektivitet, som i denne sammenhæng handler om, at andre kan forstå vores vej, acceptere den vej vi har valgt og dermed acceptere vores fund og tolkninger uden nødvendigvis at være enige.
- Validitet, som i kvalitative undersøgelser handler om, at analysen er en afprøvning af det teoretiske grundlag og de begreber, som vi anvender herfra.

*"To verify is to show that a conclusion is true; to validate is to show that a conclusion is probably true on the basis of what is known."*

(Hirsch 1967 citeret i Jørgensen 2003, p. 317)

Såvel intersubjektivitet, som validitet, er et spørgsmål om metode. Vores indledende undersøgelse peger på flere årsager til den manglende anvendelse af data til udvikling af den kliniske kvalitet. Vi har derfor valgt at anskue vores problemformulering

lering fra flere vinkler i form af audit og interviews. Denne fremgangsmåde betegnes som metodetriangulering (Holstein 2003, p. 331). Triangulering er oprindeligt navnet for en metode til landmåling ved hjælp af vinkelmåling (ibid. p. 330). Metodetriangulering har dels den fordel at metoderne kan bekræfte hinanden, men de kan også supplere hinanden og give en anden dybde i analysen.

Ved at interviewe nøgleinformanterne efterfølgende tilstræber vi at opnå maksimal variation i form af at få så forskelligartet materiale som muligt. Nøgleinformanterne kan således give et andet billede af problemstillingen og nuancere projektet yderligere (Maunsbach & Lunde 2003, p. 145).

## **8.6 Overvejelser om at undersøge klinisk praksis**

Det offentlige sundhedsvæsen bliver i disse år konstant vurderet på forskellige parametre. Afdelingsledelserne skal derfor dagligt forholde sig til forskellige mål, krav og driftsopgaver, såvel internt som eksternt.

Erfaringerne fra vores daglige arbejde fortæller at det kan være vanskeligt at få afdelingsledelserne i tale inden for en overskuelig periode. Balancen mellem hensynet til ledelsernes opgaver og vores behov for viden om ledelse af kvalitetsudvikling er derfor hårfin.

Vores indledende undersøgelse kan tolkes i retning af, at ledelserne ikke anvender data fra de kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling og kan derfor opfattes som en kritik af ledelserne. Da dette ikke er vores hensigt, er det væsentligt, at vi har en diplomatisk tilgang til ledelserne med en præcisering af projektets formål, der har et fremadrettet sigte.

Det er en tillidssag at få lov til at interviewe databaseansvarlige ledere, da de på sin vis blotlægger ledelsesmæssig praksis for os. I disse tider, hvor der tales så meget om den gode og den dårlige leder, er der en vis risiko for at ledelserne afviser os. For at mindske denne risiko tilbød vi afdelingsledelserne at anonymisere sygdomsområdet. Dette tilbud ønskede de ikke at benytte.

Auditmaterialet (indikatorer og datasæt) er offentligt tilgængeligt og vi vil derfor referere frit til dette.

## **8.7 Empirisk metode**

I dette afsnit vil vi redegøre for de metoder, vi har anvendt til indsamling af empiri.

### **8.7.1 Audit**

En af metoderne til at sikre kvaliteten i sundhedsvæsenet er audit. Audit betyder revision eller høring direkte oversat fra engelsk. Audit defineres som en kvalitativ metode til kvalitetsvurdering (Kjærgaard et al. 1999, p. 13).

Audit har som beskrevet metode en lang historie og er en meget udbredt og anvendt metode til, blandt andet, at vurdere aktiviteter i sundhedsvæsenet (Vikkelsø og Vinge 2004, p. 28).

I Danmark anvendes audit ofte til systematisk retrospektiv vurdering af patientforløb med henblik på at vurdere den konkrete praksis (Blomhøj et al. 2001, p. 107). Eksempelvis kan det nævnes, at audit er en obligatorisk del i det Nationale Indika-

tor Projekt. Her skal alle de involverede sygdomsområder en gang årligt igennem en auditproces, hvor en auditgruppe gennemfører en klinisk audit på områdets indikatorer (NIP-sekretariatet 2007a, p. 1). I Den Danske Kvalitetsmodel lægges der op til at anvende audit som en af metoderne til at understøtte det lokale, kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbejde (Sundhedsstyrelsen 2004, p. 21)

Audit er en metode, hvor der arbejdes systematisk med at gennemgå et område for at vurdere, om det lever op til specifikke standarder. Det kan handle om både strukturer, processer og resultater (Blomhøj & Mainz 2000, p. 2).

National Institute for Clinical Excellence (NICE) har defineret audit som begreb på denne måde:

*"Clinical audit is a quality improvement process that seeks to improve patient care and outcomes through systematic review of care against explicit criteria and the implementation of change. Aspects of the structure, processes, and outcomes of care are selected and systematically evaluated against explicit criteria. Where indicated, changes are implemented at an individual, team, or service level and further monitoring is used to confirm improvement in healthcare delivery."*

(NICE 2002, p. 1)

Vi anvender denne definition, da den er bredere end fx den som DSKS har udarbejdet (se evt. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren 2003, p. 13) og dermed kan understøtte vores anvendelse af metoden.

Audit opdeles og beskrives i flere underbegreber som implicit og eksplicit audit, samt som kvantitativ og kvalitativ audit (ibid. pp. 13-14).

Vi vælger, at benytte audit til at afdække en struktur, idet vi betragter de kliniske indikatorer som strukturelle for det, de siger om kvaliteten. Vores audit er ekstern, da vi ser på indikatorerne udefra. Vi er ikke en del af de faglige enheder, der har udformet indikatorerne eller som anvender dem i det daglige arbejde. Endelig er vores audit en kvalitativ audit som belyser karakteren af de indikatorer, der anvendes i de kliniske kvalitetsdatabaser.

### **Praktisk gennemførelse**

Konkret foregik auditten af indikatorerne med udgangspunkt i en række eksplicite kriterier. Eksplicite kriterier er veldefinerede kriterier, der beskriver den bedste praksis indenfor et område (Blomhøj et al. 2001, p. 107).

På baggrund af den viden vi havde opnået omkring indikatorer, udarbejdede vi et vurderingsskema for at vurdere om de enkelte indikatorer kunne betegnes som struktur-, proces- eller resultatindikatorer.

For at gøre vurderingen så objektiv som muligt, blev hvert gruppe-medlem bedt om at vurdere indikatorerne ud fra vurderingsskemaet. På et såkaldt "audit-møde" gennemgik vi de enkelte medlemmers vurderinger. Hvis der opstod uenighed i gruppen, var det de faglige begrundelser, der fik forrang frem for de mere holdningsmæssige (Vikkelsø & Vinge 2004, p. 29). På den måde nåede vi frem til enighed om alle indikatorer. Der var få indikatorer, hvor vi skulle diskutere os frem til enighed. Som støtte ved disse diskussioner brugte vi de bagvedliggende datasæt, sygdomsområdernes årsrapporter og indikatorbeskrivelser/dokumentalistrapporter.

Efter denne proces, hvor vi havde identificeret alle indikatorerne, så vi i fællesskab på de fire sygdomsområder og deres indikatorer ud fra følgende spørgsmål:

- Antal resultatindikatorer pr. sygdomsområde
- Antal procesindikatorer pr. sygdomsområde
- Antal strukturindikatorer pr. sygdomsområde
- Er indikatorerne relevante?
- Står nogle procesindikatorer eller resultatindikatorer alene?
- Fremgår det ønskede kvalitetsniveau for indikatorerne, både resultat- og procesindikatorer?

### **8.7.2 Interview**

Anden undersøgelsesfase bestod af interviews med afdelingsledelserne i de fire afdelinger, samt interviews med tre nøgleinformanter. Afdelingsledelserne blev valgt, fordi de er ansvarlige for arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser samt udvikling af kvaliteten.

I vores indledende undersøgelse erfarede vi, at medarbejderne ikke oplever, at data fra de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes til kvalitetsudvikling. På baggrund af den indledende undersøgelse, audit, egne erfaringer og vores teoretiske grundlag udarbejdede vi et sæt spørgsmål, der kunne hjælpe os til at besvare vores problemformulering.

Interviewene gav os mulighed for at finde ud af, hvilke tanker afdelingsledelserne og nøgleinformanterne gør sig i forhold til formålet med vores projekt, da vi ønsker at komme med forslag til, hvordan man kan anvende de kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling.

#### **Om interviewet i et teoretisk perspektiv**

Kvale definerer forskningsinterviewet som et interview, der har til formål at indhente beskrivelser af den interviewedes livsverden med henblik på at fortolke betydningen af de beskrevne fænomener (Kvale 1994, p. 19).

Interviewet er dermed en kvalitativ metode. Til forskel fra den kvantitative forskning er genstanden ikke objektive data, der skal kvantificeres, men meningsfulde relationer, der skal fortolkes (ibid. p. 24).

Kvale beskriver to modsatte metaforer for interviewerens som forsker.

*Minearbejderen*, der leder efter viden (og ikke guld). Nogle minearbejdere søger efter objektive kendsgerninger, mens andre søger efter klumper af essentiel mening. Begge dele er udtryk for, at der findes en viden i interviewpersonens indre, der venter på at blive afdækket. Interviewforskeren skræller overfladen af de bevidste oplevelser, den terapeutiske interviewer graver i de dybe, ubevidste lag (ibid. p. 17).

*Den rejsende* er interviewerens som en fortæller på rejse gennem landskaber, hvor han falder i samtale med de mennesker, han møder. Intervieweren vandrer sammen med de lokale indbyggere, stiller spørgsmål og får interviewpersonerne til at fortælle om deres livsverden. Rejsen kan give anledning til en refleksionsproces,



der fører til nye former for forståelse, og den kan afdække værdier, der hidtil har været taget for givet (ibid. p. 18).

Da vi ønsker viden om et relativt afgrænset område, nemlig anvendelsen af de kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling og de problemstillinger der findes i forhold til dette, ser vi os som minearbejdere, der ønsker at udgrave meningsklumper.

### **Hovedstrukturerne i det kvalitative forskningsinterview**

Kvale gør rede for de forståelsesformer, der er i det kvalitative forskningsinterview, og som gør interviewet egnet til at indhente viden, der relaterer sig til den interviewedes oplevelser og værdier (Kvale 1994, pp. 40-46).

Nedenfor beskriver vi de forståelsesformer, vi har fundet mest relevante for vores undersøgelse af afdelingsledelsernes oplevelser i forhold til arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser.

**Livsverden og mening** – Genstanden for kvalitative interviews er den interviewedes daglige livsverden og hans/hendes forhold til den. Formålet med interviewet er at beskrive og forstå betydningen af centrale temaer i den interviewedes livsverden. Det søger at dække både det faktuelle plan og meningsplanet. Det er i den forbindelse vigtigt at interviewereren er trænet, da det kræver at vedkommende kan fange det der "siges mellem linjerne", formulere det og få den interviewede til at be- eller afkræfte det.

**Deskriptivt og specifikt** – Interviewet søger at opnå åbne, nuancerede beskrivelser af forskellige aspekter ved interviewpersonens verden. Der indhentes beskrivelser af specifikke situationer og handleforløb – ikke generelle opfattelser.

**Bevidst naivitet og fokus** – Intervieweren udviser åbenhed over for nye og uventede fænomener frem for at have færdige kategorier og fortolkningsskemaer. Det er hverken stramt styret eller helt ikke-styret. Intervieweren skal føre den interviewede frem til bestemte temaer, men ikke til bestemte meninger om disse temaer.

**Flertydighed** – De udsagn der gives ved et interview, kan undertiden være flertydige, med mange fortolkningsmuligheder. Interviewpersonen skal så vidt muligt gøre det klart om flertydigheder og modstridende udsagn skyldes kommunikationsvigt i situationen, eller om de afspejler virkelige ambivalenser og modsigelser hos den interviewede (ibid. p. 41-45).

Det, vi vil forsøge at indfange, er afdelingsledelsernes egne beskrivelser, og vi forsøger at finde frem til den mening, de selv lægger i deres arbejde med de kliniske kvalitetsdatabaser. Arbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser er kendetegnet ved i nogle tilfælde at være iværksat efter politisk beslutning, hvilket kunne reducere det lokale ejerskab. Det er vores formodning, at disse ting kan være med til at skabe en bevidst eller ubevidst ambivalens overfor de kliniske kvalitetsdatabaser blandt afdelingsledelserne.

Vi er ikke interesserede i at høre om deres almindelige hverdagsforklaringer, men vil forsøge at få dem til at beskrive specifikke situationer og reflektere højt over, hvad de gør for at fremme kvaliteten på baggrund af de kliniske kvalitetsdatabaser og hvorfor de gør, som de gør, samt hvad der kan gøres bedre og hvordan.

Som interviewere er vi nødt til at være 'bevidst naive' og ikke forfalde til den forforståelse, der ligger i, at vi selv som sundhedsprofessionelle i forskellig grad har arbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser.

### **Planlægning af interviews**

Vi valgte semistrukturerede interviews, fordi vi havde nogle spørgsmål om arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser, som vi ønskede, at interviewpersonerne skulle forholde sig til og diskutere.

Der var dermed en række forhold, vi skulle have belyst, hvorfor det var hensigtsmæssigt at have en interviewguide for at sikre, at vi kom rundt om de givne temaer (Andersen 2005, p. 168). Derudover var vi åbne for alle informationer, der kunne kaste nyt lys over arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser. Der skulle være mulighed for at komme ind på interessante emner, der ikke var omfattet af interviewguiden (ibid.).

#### Afdelingsledelser

For at give afdelingsledelserne mulighed for at planlægge deres deltagelse i interviewet, sendte vi en invitation til dem ca. halvanden måned før afholdelse af interviewet (se Bilag 3).

Vi var bekendt med, at i to af de valgte afdelinger er arbejdet med databaserne formelt uddelegeret til andre personer end afdelingsledelsen. Vi sendte brevet til afdelingsledelserne, men var åbne overfor at tale med de af afdelingsledelserne udvalgte personer. Dette med den begrundelse, at det ikke ville give mening at interviewe personer, der reelt ikke arbejder med databaserne. Desuden fandt vi det forskningsmæssigt forsvarligt at tale med de databaseansvarlige i stedet for afdelingsledelsen. Dette kan begrundes med, at det var afdelingsledelserne, der havde uddelegeret ansvaret, samt at vi ønskede at tale med personer, der var vidende om sygdomsområdets indikatorer og afdelingens anvendelse af databaserne.

Da vi ser afdelingsledelsen som en enhed, valgte vi, i de tilfælde hvor der var tale om en tværfaglig database, at interviewe overlægen og oversygeplejersken sammen. Selv om det ikke kan karakteriseres som et gruppeinterview, så vil der mellem to mennesker skabes en interaktion, der ofte vil føre til spontane og emotionelle udsagn, der ellers ikke vil komme frem (Kvale 1994, p. 108). Den manglende kontrol over interviewsituationen, et gruppeinterview kan medføre, vurderer vi som ubetydeligt i denne situation.

#### Nøgleinformanter

Vi kontaktede de tre nøgleinformanter, som vi ønskede at interviewe. Interviewene kom i stand indenfor 3 uger efter den initiale kontakt.

### **Udarbejdelse af interviewguide**

Vi udarbejdede en interviewguide til de semistrukturerede interviews på baggrund af problemformuleringen, projektets formål, den indledende undersøgelse, audit af indikatorer, egne erfaringer samt det teoretiske grundlag (interviewguiderne fremgår af Bilag 4 og Bilag 5).

Vi havde opbygget vores interviewguide i temaer, der hver indeholdt et antal spørgsmål. Vi vurderede at de forskellige temaer faldt i en naturlig rækkefølge, hvorimod de spørgsmål der hørte til hvert tema, kunne besvares i en vilkårlig rækkefølge afhængig af de svar vi fik.

Temaerækkefølgen var dog ikke så fastlåst, at vi ikke kunne forfølge et svar, der ville bringe os ind på et andet tema.

Vi havde udarbejdet interviewguiden, så den startede med et åbnende spørgsmål, hvor interviewpersonerne kunne fortælle om deres rolle i forhold til arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser. Herefter havde vi opstillet forskellige typer spørgsmål inden for de forskellige temaer. Rammespørgsmål til at få indkredset projektets emne, nøglespørgsmål med direkte relation til problemformuleringen og undersøgelsesspørgsmålene. Vi havde også opstillet nogle enkelte faktuelle spørgsmål, fx om hvorvidt interviewpersonerne har været med til at udarbejde indikatorerne. Godt inde i interviewet, hvor der forhåbentligt var opnået en vis fortrolighed, havde vi også et mere følsomt spørgsmål vedrørende interviewpersonernes reelle prioritering af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser (Riis 2005, pp. 109 -111).

Vi har bestræbt os på at bruge spørgsmål af deskriptiv karakter: "Hvad er årsagen til dette?" "Hvordan ser du på dette?". Spørgsmål af typen "Hvorfor" kan være vigtige, men kan imidlertid føre til et intellektualiseret interview og måske komme til at ligne en mundtlig eksamen. Det er primært vores opgave at finde ud af grundene til og forklaringer på, hvorfor noget er som det er (Kvale 1994, p. 136).

### **Praktisk gennemførelse af begge interviewrunder**

Vi indbød samtlige interviewpersoner til et interview, som vi havde planlagt til at vare maksimalt en time. Såvel ledere som nøgleinformanterne har en travl hverdag, hvor det kan være vanskeligt at afse mere end en time. Det kan desuden være vanskeligt for interviewpersonerne at holde fokus i længere tid (Andersen 2005, p. 170).

Alle interviews blev gennemført på interviewpersonernes adresser, da de dermed ikke skulle bruge tid på at transportere sig til en anden lokalitet. Samtidig var det med i vores overvejelser, at det faktisk at vi alle tre deltog i interviewene, samt at det foregik i et fremmed rum, samlet set kunne skabe en vis utryghed hos interviewpersonerne.

I gruppen valgte vi en person til at være den primære interviewer, en der skulle være sekundær interviewer og den sidste skulle stå for det praktiske omkring tekningen (mp3 optageren), samt tage notater.

Vi valgte den samme primære interviewer til alle syv interviews. Dette blandt andet for at kunne bruge de opsamlede erfaringer fremadrettet, hvilket vi fandt meget vigtigt på grund af vores interviewpersoners faglige stilling. Når man interviewer personer i ledende stillinger eller med speciel indsigt i problemområdet, kræves en ekstra god styring af interviewet, da disse interviewpersoner er vant til at sætte dagsordenen og i højere grad end andre vil forsøge at tale om det, der interesserer dem frem for det, der interesserer os i forhold til projektet (Andersen 2005, p. 143-145).

Det er derfor vigtigt, at intervieweren har et stort kendskab til problemområdet. Vi valgte derfor den person i gruppen, med det største kendskab til de kliniske kvalitetsdatabaser, som primær interviewer. Dette selv om personens daglige arbejde

kan siges at udgøre en vis bias, idet personen er ansat i kvalitetsafdelingen på Bispebjerg Hospital. Det vil sige, at han har et forhåndskendskab til de udvalgte afdelingers arbejde med de kliniske kvalitetsdatabaser. Men dette forhåndskendskab vurderer vi som vigtigt i forhold til at undgå at interviewpersonerne svarer på det de vil, frem for det, vi ønsker de skal svare på. Men især er det vigtigt for os at interviewpersonerne oplever at interviewer/gruppen fremstår som kompetent indenfor problemområdet (ibid.).

Hvert interview startede med en præsentation af gruppens deltagere og projektet. Vi informerede også om forskellige etiske problemstillinger som fx anonymitet og hvorvidt interviewpersonerne ville have vores skriftlige materiale fra interviewet til gennemlæsning. Kvale kalder dette for en briefing (Kvale 1994, p. 132), som skal følges op af en debriefing, når interviewet er slut. I de gennemførte interviews gjorde vi dette ved at slukke for optageren og derefter give interviewpersonerne mulighed for at stille spørgsmål eller komme med kommentarer.

Ingen af de interviewede ønskede anonymitet, mens seks ud af ni interviewpersoner ønskede at få det transskriberede til gennemlæsning. Ved interviewet blev det aftalt, at de skulle svare indenfor en uge. De tre nøgleinformanter ønskede at få tilsendt den del af interviewet, som vi ville anvende i vores projekt. Vi aftalte her samme svarfrist.

Efter interviewene blev optagelserne ændret til lydfiler. Hvert gruppemedlem fik til opgave at transskribere nogle af lydfilerne. Interviewene blev transskriberet fuldt med markering af pauser og verbale udbrud (fnys, grin, støn). De transskriberede interviews blev herefter fremsendt til de interviewpersoner, der havde bedt om dette, med henblik på korrektion af eventuelle misforståelser.

### **8.7.3      *Analysestrategi interviews***

En analyse af et transskriberet interview kan sidestilles med analyse af en tekst (Kvale p. 149). Hvor selve interviewet er en levende dialog mellem mennesker, bliver udskriftet i højere grad et objekt, som er taget ud af den konkrete sammenhæng (Fog 2004, p. 111). I den kvalitative analyse er fokus rettet mod forståelse og fortolkning af det indsamlede materiale. Udgangspunktet er, at vi som forskere skal være fordomsfri og åbne over for andre mulige tolkninger af materialet (Kvale 1994, p. 151). For at imødekomme dette, har vi anvendt følgende fremgangsmåde.

Vi læser teksterne med forskellige "briller" på. Første gennemlæsning sker for at få et overblik over hver enkelt tekst og teksterne som helhed. Her vil vi gennemføre en kodning af udtalelser, der har betydning for vores problemstilling. Herefter analyserer vi ud fra vores teoretiske analyseramme og for at opbygge yderligere teoretiske begreber (Kvale 1994, p. 152).

For at analysere teksternes mening i relation til vores problemformulering og teoretiske ramme, har vi stillet følgende spørgsmål til teksterne i interviewene med de lokale ledelser:

- Hvilke meningskategorier kan vi udlede af hver enkelt tekst og teksterne samlet?
- Hvad siger interviewpersonerne, som kan henføres til nyinstitutionel teori?
- Hvad siger interviewpersonerne, som kan henføres til ledelsesteori?

- Hvad siger interviewpersonerne, som kan henføres til sociale konstruktioner af teknologier?

I interviewene med nøgleinformanterne tager vi udgangspunkt i de fund, vi har gjort i den hidtidige analyse af den indsamlede empiri. Vi har på denne måde mulighed for at komme dybere ned i problemstillingerne og få dem belyst fra andre vinkler, specielt med henblik på at få input til, hvordan data i højere grad kan anvendes til sygdomsspecifik kvalitetsudvikling. De konkrete interesseområder fremgår af analysestrategien for interviewene med nøgleinformanterne på side 83.

For at systematisere og lette bearbejdningen af den indsamlede empiri anvendte vi farvekodning. Alle farvekodninger skete i Microsoft Word.

## Del 1

### 9.0 Kliniske indikatorer til kvalitetsudvikling

I vores forundersøgelse af, hvilke faktorer der kan have indflydelse på anvendelsen af data til kvalitetsudvikling, blev der givet udtryk for at indikatorkvaliteten er svingende.

I afgrænsningen af vores problemstilling har vi fravalgt at beskæftige os med ind-data i sin helhed. Vi har dog fundet det væsentligt at undersøge, hvilke indikatorer, databaserne har valgt som grundlag for kvalitetsmonitorering og –udvikling. Dette valg har betydning for, i hvilken grad data kan anvendes til lokal kvalitetsudvikling. Vi vil derfor i nærværende afsnit gå i dybden med, hvad en indikator er, og hvilke krav en indikator skal opfylde for at kunne anvendes til kvalitetsudvikling.

#### 9.1 Indikator kvalitet

En indikator er "en målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten" (DSKS 2003, p. 11). Indikatoren afspejler kvalitetsniveauer og kan anvendes som et advarselssignal (Knudsen et al. 2001, pp. 39-45, Sundhedsstyrelsen 1999, p. 28). Indikatorer giver et kvantitativt grundlag til klinikere og andre, der ønsker at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsnet.

Kliniske kvalitetsdatabaser dækker sygdomsområder med høj incidens/prævalens, høj mortalitet eller sygdomsområder, der kræver mange ressourcer (Danske Regioner 2007, p. 9). En klinisk kvalitetsdatabase dækker en bestemt og veldefineret patientgruppe indenfor sygdomsområdet. Et eksempel på dette kan være mave-tarm kirurgiske patienter, der har fået fjernet galdeblæren (cholecystektomi). Indikatorerne anvendes til at monitorere de delelementer, der er typiske og vigtige i et samlet patientforløb indenfor det givne sygdomsområde (ibid.).

Kvaliteten af sundhedsvæsnets ydelser kan vurderes i relation til struktur, proces og resultat. Denne opdeling har sin oprindelse i en artikel af Donabedian fra 1966 (Donabedian 2005, p. 691) og er siden blevet anvendt bl.a. i opbygningen af indikatorer i kliniske kvalitetsdatabaser (Knudsen et al 2001, pp. 39-45). Et patientforløb består overordnet af en række processer, der sker indenfor nogle strukturer og medfører nogle resultater:

- Procesindikatorer beskriver processerne i patientforløbet. Et eksempel på en procesindikator er andelen af patienter, der har fået anlagt et epidural kateter til smertebehandling inden operation
- Strukturindikatorer beskriver forudsætningerne for behandling. Et eksempel på en strukturindikator, er antallet af ansatte speciallæger
- Resultatindikatorer beskriver behandlingsresultatet for patienten. Et eksempel på en resultatindikator kan være 30 dages dødelighed efter en blodprop i hjernen.

Når det er besluttet, hvilke dele af patientforløbet, man ønsker at måle kvaliteten af, skal man udarbejde valide indikatorer. I litteraturen er der forskellige meninger om, hvad der skal til, for at man kan betragte en indikator som valid. Danske Regioner har ikke bestemte krav til indikatorerne fraset, at de skal være veldefinerede

og kunne opgøres meningsfuldt på afdelingsniveau. Opgørelsen skal ske på et validt datagrundlag (Danske Regioner 2007, p. 10).

Vi har valgt at anvende de krav, der stilles til udarbejdelse af kriterier i klinisk audit. Kravene er udarbejdet af NICE - National Institute for Clinical Excellence. Kriterier er eksplicitte udtalelser, som definerer hvad der måles på og kriterierne repræsenterer elementer i behandlingen, som kan måles objektivt (NICE 2002, p. 22). Kriterierne kan dermed sidestilles med indikatorer til kvalitetsudvikling. NICE beskriver at indikatorer bør være (ibid. p. 24):

- baseret på evidens,
- relateret til relevante dele af behandlingen og
- målbare.

### Evidensbaserede indikatorer

Det er væsentligt, at indikatorerne har baggrund i videnskabelig evidens. Der findes forskellige skalaer, der viser graden af evidens. Oftest anvendes en form for karaktersystem til at vurdere 1) Evidensniveau og 2) styrken af anbefalinger (Jørgensen et al. 2001, p. 91, Laustsen et al. 2002, p. 6). Evidensniveauerne omfatter 'karakterer' mellem Ia og IV, hvor Ia er det højeste niveau, mens IV er det laveste. Styrken af anbefalingen tager udgangspunkt i evidensniveauerne. Styrke A kræver fx mindst en randomiseret undersøgelse blandt flere gode undersøgelser, som har evidensniveau Ia eller Ib. Tabel 7 viser evidensniveauer for videnskabelige undersøgelser.

Publikationstype	Evidens (1)	Styrke (2)
Metaanalyse	Ia	A
Systematisk oversigt	Ia	A
Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A
Kontrolleret, ikke randomiseret studie	IIa	B
Kohorteundersøgelse	IIb	B
Diagnostisk test (direkte diagnostisk metode)	IIb	B
Case-kontrol undersøgelse	III	C
Diagnostisk test (indirekte nosografisk metode)	III	C
Beslutningsanalyse	III	C
Deskriptiv undersøgelse	III	C
Mindre serier	IV	D
Oversigtsartikler	IV	D
Ekspertvurderinger	IV	D
Ledende artikel	IV	D

Tabel 7 Evidensniveauer (Kilde: Sundhedsstyrelsen 2001, p. 26)

Det er en tidskrævende proces at finde og vurdere evidens for at bestemte processer medfører et bestemt outcome. I nogle tilfælde anvendes kliniske retningslinier fx i form af et referenceprogram, der er udarbejdet på baggrund af god klinisk praksis. Disse har som regel en baggrund i videnskabelig evidens (Kjærgaard et al. 2001, pp. 143-145, NICE 2002 pp. 23-30).

## Relevante indikatorer

De valgte strukturer, processer og resultater skal være relevante i forhold til patientforløbet. Det giver fx kun mening at anvende indikatoren mortalitet i de tilfælde, hvor sygdommen kan resultere i død. Hvis man vil vurdere kvaliteten af en behandling, hvor det værst tænkelige udfald er, at patienten kan blive invalid, giver det således ikke mening at måle mortaliteten (Donabedian 2005, p. 693).

## Målbare indikatorer

En indikator giver kun mening, hvis man kan måle den. Mortalitet er en indikator, der er veldefineret og forholdsvis enkel at måle, mens det kan være vanskeligere at måle andre indikatorer, der er knapt så veldefinerede. Dette kan fx være patienttilfredshed, livskvalitet og rehabilitering (ibid.).

Selve udarbejdelsen af indikatorerne, kræver at det kliniske personale beslutter hvilke data, der er relevante at medtage, samt hvilke data, der er nødvendige for at vurdere graden af målopfyldelse (Jørgensen et al. 2001, p. 133). Ligeledes skal der tages højde for hvilke prognostiske faktorer, der kan påvirke resultaterne. Prognostiske faktorer er faktorer, der kan påvirke et forløb af en sygdom. Prognostiske faktorer for resultatindikatorer kan inddeles i fire områder, som omhandler patienten, sygdommen, behandlingen og organisationen. Prognostiske faktorer vil ofte være fælles for flere resultatindikatorer, og kan fx være alder, køn eller livsstil. Ved at anvende prognostiske faktorer kan man vurdere om et kvalitetsbrist skyldes forhold, som sundhedsvæsenet kan ændre på eller forhold, der er relateret til patienten eller sygdommen (ibid. pp. 133-134).

Prognostiske faktorer anvendes typisk til at risikjustere data, så man kan foretage sammenligninger mellem afdelinger over tid (Danske Regioner 2007, p. 9).

Som det er tilfældet med indikatorer, skal også de prognostiske faktorer have baggrund i evidens (Jørgensen et al. 2001, p. 134). Hvis rygning fx vurderes at påvirke resultatindikatoren mortalitet ved en given sygdom på baggrund af en videnskabelig undersøgelse, skal denne prognostiske faktor således med i grundlaget for data-sættet.

Når man er i gang med at udvikle indikatorer til kvalitetsudvikling indenfor et sygdomsområde, kan det være fristende at vælge at registrere mere end man reelt har brug for. Man skal afgrænse valget af indikatorer, til dem, der er relevante. Dette vil i reglen være forholdsvis få. Antallet af prognostiske faktorer er som regel større (ibid. p. 133).

Det anbefales fra flere sider at man afgrænser antallet af indikatorer til 5-10 for et sygdomsområde (Danske Regioner 2007, p. 10, Mainz et al. 2004, p. i46).

Der skal tænkes grundigt over begreberne, når man udvælger indikatorer og prognostiske faktorer til kliniske kvalitetsdatabaser. Denne del af kvalitetsudviklingsprocessen bliver ofte undervurderet (NICE 2002, p. 24, Kjærgaard et al. 1999, p. 10).

### 9.1.1 *Resultatindikatorer*

Resultatindikatorer er målinger af effekten af en behandling. Resultatindikatorer kan opdeles i indikatorer for slutresultat eller intermediære resultater, som måles i løbet af patientforløbet (NICE 2002, p. 23). Intermediære resultatindikatorer er tæt knyttet til dele af behandlingen, som har betydning for det endelige resultat, men



er nemmere at måle (ibid.). En intermediær resultatindikator kan fx være en blodtryksmåling eller en vægt. Knudsen et al. finder, at slutresultatindikatorerne er særligt vigtige, da de belyser om behandlingen har haft effekt (Knudsen et al. 2001, p. 41). En typisk resultatindikator er mortalitet efter fx 30 dage, et antal måneder eller år. I cancerdatabaser vil man typisk anvende overlevelse baseret på flere år, da resultaterne på langt sigt er væsentlige.

Resultatindikatorer er udviklet på grundlag af kriterier for god behandling og handler ofte om mortalitet, funktionsevne fx GAF-score<sup>3</sup> og evt. patientens subjektive vurdering af behandlingen (Kjærsgaard et al. 1999, p. 6).

Andre eksempler på resultatindikatorer er antal genindlæggelser, indlæggelsesvægt kontra vægt ved udskrivelsen, blodtryk ved udskrivelse.

Fordelen ved resultatindikatorer er, at man forholdsvis enkelt kan måle, om man har nået de ønskede mål, fx lav mortalitet. Der er ingen tvivl om, at resultatet af en behandling er vigtigt i kvalitetssammenhænge (Donabedian 2005, p. 693).

Resultater er ligeledes interessante for fx patienter, pårørende og beslutningstagere.

Ulemperne ved resultatindikatorer skal også nævnes. Der er andre faktorer end patientbehandlingen, der kan påvirke et resultat. Som vi nævnte tidligere kan en række prognostiske faktorer påvirke et resultat. Prognostiske faktorer skal derfor hænge sammen med resultatindikatoren. Man skal samtidig undgå at falde i den fælde, hvor man ender med at formode at alle dårlige resultater kan relateres til prognostiske faktorer (NICE 2002, p. 23).

I nogle tilfælde kan der gå meget lang tid, før man kender resultatet af en behandling. Dette gælder fx en række cancersygdomme, hvor der kan gå 5-10 år før man har et resultat, som er anvendeligt. Resultaterne er derfor ikke til stede, når man vil lave kvalitetsvurderinger, og gør det vanskeligt at lave sammenligninger (Donabedian 2005, p. 693).

Ulemperne ændrer dog ikke ved at resultatindikatorer for nuværende er den ultimative validering af effektivitet og behandlingskvalitet i mange specialer.

I de tilfælde hvor en resultatindikator viser et kontrolpunkt, der er uden for sikkerhedsgrænserne, må man forholde sig til de processer, der har fundet sted i patientforløbet (se Bilag 2). Fx kan en genindlæggelse et udtryk for, at noget ikke er gjort godt nok, men for at kunne forbedre kvaliteten, er det væsentligt at man ved, hvad forskellen er mellem et forløb med genindlæggelse og et forløb uden genindlæggelse. Hvad har man gjort eller ikke gjort? Til dette formål har man en anden slags indikatorer, procesindikatorer.

### **9.1.2 Procesindikatorer**

Hvor resultatindikatorerne beskriver de resultater, der er opnået med patienten, så beskriver procesindikatorerne, hvordan disse resultater er opnået. Denne sammenhæng er væsentlig, da klinikerne hermed får mulighed for at afklare årsagerne til ændringer i de målte resultater.

Procesindikatorer anvendes overordnet til at vurdere om patienterne er tilbudt den "bedst kendte" behandling (Donabedian 2005, p. 694). Procesindikatorerne kan fx være udførsel af fysiske undersøgelser og diagnostiske tests, kirurgisk kompetence,

---

<sup>3</sup> GAF er en forkortelse af "Global Assessment of Function", der angives at være en enkel og hurtig metode til at vurdere en persons psykosociale funktionsniveau på en skala fra 1 - 100, hvor 1 er det laveste og 100 det højeste tænkelige funktionsniveau.

forebyggende tiltag, koordinering af patientens forløb (ibid.). I de tilfælde, hvor der foreligger evidensbaserede kliniske retningslinier, vil procesindikatorerne omhandle efterlevelsen af disse (Knudsen et al. 2001, p. 43).

De procesindikatorer, der vælges, skal handle om processer, som har en effekt på resultaterne (Mainz 2004, p. 17). Procesindikatorerne skal derfor være baseret på videnskabelige undersøgelser og evidens, der viser at en given proces i et behandlingsforløb har en effekt på outcome. Dette er fx tilfældet med mange medicinske behandlinger, såsom trombolyse ved blodprop i hjernen og acetylsalicylsyre ved blodprop i hjertet (ibid. og Davies & Crombie 1995), hvor der foreligger flere systematiske undersøgelser (Cochrane reviews) af behandlingens (processens) effekt på outcome (resultatet). Sådanne systematiske oversigter har evidensstyrke 1a, som det også fremgår af Tabel 7 på side 39.

Procesindikatorer er specielt velegnede i forbindelse med sjældne hændelser, fx en bestemt kirurgisk komplikation. Hvis patienten behandles korrekt, undgås komplikationer. En resultatindikator måler den sjældne begivenhed - komplikationen, fx mortalitet, mens procesindikatoren måler den hyppige begivenhed, den rigtige behandling (Knudsen et al. 2001, p. 44).

Procesindikatorer er mere sensitive til vurdering af behandlingskvaliteten end resultatindikatorer. Dette skyldes bl.a., at fejl eller undladelser i behandlingen ikke nødvendigvis påvirker resultatet (NICE 2002, p. 23, Mant 2001, p. 477). I de tilfælde, hvor resultatet af behandlingen er anderledes end ventet, kan procesindikatorerne lette auditeringsarbejdet med at finde årsagen. Mant nævner et eksempel, hvor en relativ forskel i hospitalsmortaliteten på 10 % (30 % og 27 %) mellem to hospitaler krævede audit på over 3000 patienter på hvert hospital, for at se hvad årsagen til forskellen bestod i. Procesindikatorers større sensitivitet gjorde at man kun behøvede 48 patienter på hvert hospital for at afgøre, at der var forskel i behandlingskvaliteten (Mant 2001, p. 477).

Da procesindikatorer er direkte relateret til den kliniske behandling, vil procesindikatorer kræve tilpasning i takt med at nye teknologier og behandlinger videnskabeligt findes effektive.

Der er ikke beskrevet mange ulemper ved procesindikatorer. Ligesom det var tilfældet med resultatindikatorerne, er der dog en fælde. Man kan fristes til at tolke at forskelle i fx mortalitetsrater mellem to normalt sammenlignelige afdelinger, altid skyldes forskelle i patientbehandlingen, i processerne. Dette er ikke tilfældet. Som nævnt tidligere i dette afsnit er der forskel på patienter, på datakompletheden og på behandlerne. Men hvis disse faktorer ikke giver åbenlyse forklaringer på forskelle i mortalitetsrater, så kan forklaringen ligge i behandlingskvaliteten, og her er procesindikatorer en let tilgængelig måde at undersøge dette på (Mant 2001, p. 477).

### **9.1.3 Strukturindikatorer**

En strukturindikator beskriver nogle grundlæggende forudsætninger relateret til patientbehandlingen. Dette vil i høj grad handle om ressourcer, rammer og den praktiske organisering, og den dokumenterede effekt, disse forudsætninger har på patientforløbet. Dette kan fx være antal ansatte eller kompetencer m.m. (NICE 2002, p. 22).

Det er ofte vanskeligt at påvise sammenhængen mellem strukturen i sundhedsvæsenet og behandlingskvaliteten. Alligevel vil kvalitetsproblemer ofte medføre ændringer i strukturen, fx adskillelse af akut og elektiv kirurgi, eller bemanning med speciallæger i vagterne (Kjærsgaard et al. 1999, p. 14).

#### **9.1.4 Det ønskelige kvalitetsmål**

I nogle sammenhænge sættes der et mål for den ønskede kvalitet. I det Nationale Indikator Projekt (NIP) anvendes begrebet 'standard'. En standard kan defineres som "*Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet.*" (DSKS 2003, p. 10).

NICE anvender begrebet 'performance level', hvilket vi vil oversætte til "ønsket kvalitetsniveau" og anvende i dette projekt, da begrebet 'standard' bruges i mange forskellige sammenhænge i det danske sundhedsvæsen og derfor let kan misforstås (NICE 2002, p. 28).

Et ønsket kvalitetsniveau fastlægger en grænse mellem, hvad der er acceptabelt og hvad der ikke er acceptabelt. Et eksempel kan være, at man beskriver, at man ønsker at 60 % af en population skal have fået tilbud om rygestopkursus inden operation. Mindre end 60 % er uacceptabelt, mens mere end 60 % er fint.

I litteraturen er der dog ingen evidens for at fastlæggelse af et ønsket kvalitetsniveau medfører kvalitetsforbedringer (NICE 2002, p. 28).

#### **9.1.5 Opsamling**

Kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser kan samlet set vurderes i relation til *struktur, proces og resultat*. Dette er på ingen måde en hurtigt overstået opgave, men kræver derimod en grundig gennemgang af den videnskabelige litteratur, som sygdomsområdet normalt anvender. Endvidere er det en fordel, hvis der er en sammenhæng mellem de processer, der måles på og de resultater, man tilstræber. Vi har således beskrevet, hvilken betydning de forskellige indikatorer har og hvordan sammenhængen mellem dem bør være.

Som i mange andre tilfælde kan det være 'spændende' at registrere data på flere indikatorer, end det egentligt er nødvendigt. Problemet med dette er, at man derved skal forholde sig til endnu større mængder data og de data, der er relevante i relation til kvalitetsudvikling kan forsvinde i denne mængde.

## **10 Analyse af indikatorer**

Vi ønskede at finde ud af om de kliniske kvalitetsdatabaser var baseret på indikatorer, der siger noget om:

- Strukturen – beskriver forudsætningerne for behandling
- Processen – beskriver processerne og metoderne i patientforløbet
- Resultatet – beskriver behandlingsresultatet for patienten

Vi vil identificere og tælle de forskellige indikatorer i de udvalgte sygdomsområder for at se om typen af indikatorer kan have indflydelse på, hvordan ledelserne og klinikerne anvender data fra deres kliniske databaser.

For at afgrænse projektet valgte vi i metoden at analysere indikatorerne i de fire sygdomsområder, hvor vi ville interviewe lederne. Det drejer sig om følgende områder:

- Geriatri (KCØ)
- Anæstesi (KCØ)
- Akut mave-tarm kirurgi (NIP)
- Skizofreni (NIP)

For at finde indikatorerne søgte vi på [www.nip.dk](http://www.nip.dk) og [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk) og gennemgik sygdomsområdernes årsrapporter og dokumentalistrapporter/indikatorbeskrivelser.

Der er ikke nogen facitliste for hvilke indikatorer en database skal indeholde. Udvalgelsen af indikatorer vil i høj grad være baseret på, hvad sygdomsområderne betegner som god klinisk praksis. Valide indikatorer skal være evidensbaserede. Der foreligger ikke krav om, at denne evidens skal fremgå af årsrapporter eller dokumentalistrapporter (Danske Regioner 2007, p. 10). Alligevel finder vi det relevant at undersøge i hvilket omfang databaserne har dokumenteret, at der er evidens for de procesindikatorer, man har valgt at måle på. Manglende evidens kan medføre at ledelserne interesserer sig mindre for data fra databasen og kan dermed medvirke til en ringe anvendelse. Vi vil dog samtidig gøre opmærksom på at vi ikke er specialister indenfor de valgte sygdomsområder og vi kan derfor ikke vurdere evidensen yderligere fx i form af gennemgang af randomiserede undersøgelser, der måtte henvises til.

I nogle tilfælde har sygdomsområderne selv defineret, hvilke typer indikatorer deres database er baseret på. Vi vil ikke inddrage disse definitioner i vores analyse.

I det følgende har vi lavet fire tabeller med indikatorerne fra de fire databaser, hvor vi har opgjort om der er tale om proces, resultat eller struktur indikatorer. Efter hver tabel kommer vi med en beskrivelse af sammenhænge.

### 10.1 Anæstesidatabasen DAD2<sup>4</sup> (KCØ)

	Indikatorer – Anæstesi	Proces	Resultat	Struktur
1	Andel vanskelig og opgivet intubation blandt patienter med Mallampati-score 1		x	
2	Andel med vanskelig regional anæstesi		x	
3	Død inden for 48 timer blandt de bedøvede		x	
4	Antal højrisikofaktorer per patient			
5	Andel patienter med komplikation i forbindelse med anæstesi		x	
6	Andel med kombinationsanæstesi blandt patienter med stor abdominalkirurgi	x		
7	Andel (elektive og/eller akutte), der bedøves, uden at der foreligger vægt/højde, ASA scoring og/eller ryge/alkoholoplysninger	x		
8	Indikator for registreringskvaliteten: Manglende patienter (registersamkøring med LPR)			x

DAD2 angiver i årsrapporten for 2006, at have en dækningsgrad på 25 af ca.44 mulige anæstesi-afdelinger. De resterende afdelinger afventer datakonvertering fra lokale databaser (Dansk Anæstesi Database 2007).

<sup>4</sup> DAD2 er i foråret 2008 erstattet med DAD3. I DAD3 er data i højere grad end i DAD2 valideret (Dansk Anæstesi Database 2007, p. 3)

## Gennemgang af indikatorerne

Indikator 1 er en resultatindikator, der kan udsige oplysninger om, hvor mange uventede vanskelige intubationer, der finder sted. Vi har vanskeligt ved at vurdere, hvor ofte intubation viser sig at være uventet vanskelig. Dette har betydning, da mindre hyppige situationer kræver flere data, før man kan udsige noget om kvaliteten og betydningen for patientforløbet.

Indikator 2 angiver, i hvor mange tilfælde anlæggelsen af regional anæstesi har krævet mere end to forsøg. Denne resultatindikator kan med fordel understøttes af en procesindikator for lægens uddannelsesniveau eller om undersøgelse for rygglidelser er foretaget.

Indikator 3 er en klassisk resultatindikator, som omhandler mortalitet indenfor 48 timer efter anæstesiens indledning.

Indikator 4 angiver de højrisikofaktorer, som findes i relation til patienterne. I årsrapporten fremgår indikatoren, som antallet af risikopatienter på hvert hospital. Det kan derfor diskuteres, om dette er en procesindikator eller en resultatindikator. Vores vurdering er at der er tale om prognostiske faktorer, og ikke en egentlig indikator (se side 40 om Prognostiske faktorer ).

Indikator 5 angiver antal anæstesier med komplikationer. Dette er en ren opgørelse af hvor mange anæstesier, der har medført komplikationer og dermed en resultatindikator. Denne indikator kræver en sikker identifikation af, hvad der betragtes som komplikationer og hvad der er forventelige og ønskede effekter af anæstesi. Databasen har i sine dataspecifikationer forsøgt at definere dette, men beskriver visse forbehold i årsrapporten (ibid. p. 25).

Indikator 6 har tydeligt baggrund i videnskabelig litteratur i databasens årsrapport. Det fremgår her, at der foreligger metaanalyser (evidensstyrke A), der påviser færre komplikationer ved anvendelse af kombinationsanæstesi. Dette er derfor en procesindikator, der viser hvor mange patienter, der modtager den optimale anæstesi ved større abdominale indgreb.

Indikator 7 viser, at der er tænkt på case-mix problematikken i og med at en række prognostiske faktorer er medindregnet, fx rygning. Pointen ved denne indikator er, at selve processen omkring risikoanamnese er væsentlig, da en manglende risikoprofil i sig selv er en risiko.

Indikator 8 er en kvalitetsindikator, men specificerer nærmere et rent ledelsesproblem end egentlig kvalitetsmåling relateret til patientforløbet. Vi betragter selve registreringen som en forudsætning for at skabe optimale forløb og indikatoren er dermed en strukturindikator (Knudsen et al. 2001, p. 39).

## Fordeling af indikatorer på typer

I anæstesidatabasen finder vi to procesindikatorer, fire resultatindikatorer og to indikatorer, hvor vi betragter den ene som en prognostisk faktor. Vi finder desuden en indikator, som vi umiddelbart placerer som en strukturindikator, da denne ikke er direkte relateret til den kliniske kvalitet, men nærmere er et kontrolværktøj for ledelsen.

## Er indikatorerne relevante?

Som nævnt i kapitlet om indikatorer, er resultatindikatorer et udtryk for det samlede eller et delresultat af behandlingen. Der kan være mange mulige årsager til mortalitet eller komplikationer i et sygdomsforløb. Anæstesidatabasen angiver i den anvendte årsrapport, at mortaliteten ikke er korrigeret for risikofaktorer i afdelingernes patientklientel (Dansk Anæstesi Database 2007, p. 9 og 12), herunder risikoprofil, operationens art osv.

De to procesindikatorer er relevante, da de har betydning for forløbet på anæstesi-afdelingen

Vi får dog et billede af at indikatorerne er "spredt fægtning", og som det også fremgår af årsrapporten, så er ingen af indikatorerne korrigeret for risikofaktorer, da registreringen af disse er for lav. Vi mener at dette er svært problematisk, da risikofaktorerne i anæstesisammenhæng er meget vigtige.

Vi savner nogle procesindikatorer, der kan vise de processer, som er vigtige i anæstesisammenhæng, og som i den sidste ende har betydning for resultatet.

## Evidens

I årsrapporten angives det, at der foreligger systematiske litteraturoversigter og metaanalyser på indikatoren *kombinationsanæstesi*. Dette svarer til evidensgrad 1a. Der foreligger dermed evidens for at kombinationsanæstesi kan mindske antallet af komplikationer (indikator 5) ved bestemte typer operationer. Der foreligger i årsrapporten og i det øvrige tilgængelige materiale om databasen ikke yderligere eksempler på evidens.

## Ønsket kvalitetsniveau (standard)

Det ønskede kvalitetsniveau fremgår ikke af hverken datasæt eller årsrapport.

## Samlet vurdering

Vi er ikke uddannede anæstesiologer og vi vil derfor ikke gå yderligere i dybden med det faglige bag indikatorerne. Vores umiddelbare vurdering af indikatorerne er, at de er relevante men svært anvendelige, da datakompletheden på risikofaktorerne er for lav og man kan derved ikke korrigere for disse. DAD har selv taget initiativ til at revidere flere af indikatorerne i DAD3 og med denne følger formentlig en beskrivelse af den evidens, der er for at anæstesisprocesserne har en betydning for patientens forløb og dermed for outcome. Samlet set giver indikatorerne et fundament for at diskutere kvalitetsudvikling i specialet, indledningsvis med fokus på risikofaktorerne.

## 10.2 Geriatri-databasen (KCØ)

Indikatorer – Geriatri	Proces	Resultat	Struktur
Score ADL ved indlæggelsen		X	
Score ADL ved udskrivelsen		X	
Difference i score ADL fra indlæggelse til udskrivelse		X	
Score funktionsevne ved indlæggelsen		X	
Score funktionsevne ved udskrivelsen		X	
Difference i score funktionsevne fra indlæggelse til udskrivelse		X	
Score ernæring ved indlæggelsen		X	
Score ernæring ved udskrivelsen		X	
Difference i score ernæring fra indlæggelse til udskrivelse		X	

Den landsdækkende kvalitetsdatabase for geriatriangiver en dækningsgrad på 100 % siden 2006 (Den landsdækkende database for geriatri 2007, p. 7).

### Gennemgang af indikatorerne:

I geriatrien vurderer vi, at alle 9 indikatorer er resultatindikatorer, hvilket kan betragtes som mindre hensigtsmæssigt i forhold til kvalitetsudvikling. Databasen er i høj grad baseret på patienternes resultater ved indlæggelsen og udskrivelsen og differencen mellem disse to værdier. Man har derved mulighed for at se om patienterne får det bedre eller dårligere i relation til en række forhold i løbet af indlæggelsen. Man kan måske betragte indikatorerne som intermediære. Ulempen ved kun at have resultatindikatorer, er at der ikke umiddelbart er mulighed for at se, hvad der er sket i patientforløbet (Kjærgaard et al 2001, pp. 42-43, Freeman 2002, p. 132). Man kunne fx supplere med hvor mange patienter, der har modtaget fysioterapi, hvor mange der er ernæringsscreenet løbende og hvor mange der er tilbudt supplerende diæt. Den nuværende struktur i databasen vil i lighed med Mants eksempel på side 42 kræve en større journalgennemgang, hvis der er afvigelser udenfor sikkerhedsgrænserne. Dette fremgår også af databasens egen konklusion, hvor man skriver, at et faldende BMI **kan** skyldes:

*" kan skyldes afvanding som led i behandlingen, men som måske også er udtryk for en ernæringsindsats, der er mindre end ønskeligt".*

*(Den Landsdækkende kvalitetsdatabase for geriatri 2007, p. 28)*

### Fordeling af indikatorer på typer

Databasen består af 9 resultatindikatorer.

### Er indikatorerne relevante?

Vi finder at indikatorerne er relevante, men ikke særligt anvendelige, da de ikke belyser de processer, som har indflydelse på resultaterne.

## Evidens

Af årsrapporten for 2006 fremgår det at der er evidens for at såvel ADL<sup>5</sup> (Barthel), funktionsevne og Body Mass Index er velegnede måleinstrumenter til at vurdere de geriatriske patienter. Evidensniveauet fremgår ikke.

## Ønsket kvalitetsniveau (standard)

Det ønskede kvalitetsniveau fremgår ikke af hverken datasæt eller årsrapport.

## Samlet vurdering

Man har i databasen ønsket at fokusere på kerneopgaverne i geriatrien, som i høj grad handler om forbedring af patientens funktioner. Man har valgt at fokusere på patientens resultater, men ikke de processer, der kan påvirke disse resultater. Af databasens årsrapport 2006 fremgår det fx at en dårlig ernæringstilstand skal identificeres og forebygges, men der er ingen procesindikatorer, der udsiger noget om andel af patienter, der ernæringsscreenes, eller vejledes af diætist. I afsnittet om indikatorer fremgår det at specielt medicinske behandlinger er veldokumenterede og giver grundlag for procesindikatorer. Dette har ikke givet gennemslag i den geriatriske database. Uden at kunne sige det med sikkerhed, så vil vi tro, at det primært er differencen (bliver patienterne bedre under indlæggelsen) og til en vis grad indlæggelsesværdierne (profilen af de indlagte geriatriske patienter), der er af egentlig betydning, mens udskrivelsesværdierne blot kunne indgå i algoritmen for indikatoren. På denne måde kunne man fjerne tre af indikatorerne. Vi vurderer at det vil være vanskeligt, men ikke umuligt, at gennemføre kvalitetsudvikling på baggrund af disse indikatorer. Det vil dog kræve omfattende journalaudits at finde årsager til afvigende resultater.

## 10.3 Akut mave-tarm kirurgi databasen (NIP)

Indikatorer - Akut mave-tarm kirurgi	Proces	Resultat	Struktur
<b>Blødende</b>			
Andel af patienter, der gastroskoperes indenfor 3 timer	<b>x</b>		
Andel af patienter, der gastroskoperes indenfor 24 timer	<b>x</b>		
Andel af patienter med gastroskopi planlagt indenfor 48 timer	<b>x</b>		
Andel af patienter, der får lavet endoskopisk primær hæmostase	<b>x</b>		
Andel af patienter med reblødning indenfor 72 timer		<b>x</b>	
Andel af patienter med reblødning, der behandles endoskopisk	<b>x</b>		
Andel af patienter, der opereres	<b>x</b>		
Andel af patienter som dør indenfor 30 dage efter første indgreb		<b>x</b>	
<b>Perforeret</b>			
Andel af patienter opereret indenfor 6 timer fra indlæggelsestidspunkt eller tidspunkt for symptomdebut hos en indlagt patient	<b>x</b>		
Andel af patienter med reoperation eller perkutan abscesdrænage	<b>x</b>		
Andel af patienter, der senest 72 timer efter operation har fået seponeret rutinemæssig antibiotika	<b>x</b>		
Andel af patienter med oplysning om vægt 1 gang pr. døgn, de 3 første postoperative døgn	<b>x</b>		
Andel af patienter der får ført væskeregnskab dagligt de 3 første postoperative døgn	<b>x</b>		
Andel af patienter, der får målt BT, puls, temperatur, saturation og bevidsthed minimum 2 gange dagligt de 3 første postoperative døgn	<b>x</b>		
Andel patienter som dør indenfor 30 dage efter første indgreb		<b>x</b>	

<sup>5</sup> Activities of daily living



## Gennemgang af indikatorerne

Databasen består af få resultatindikatorer, der omhandler mortalitet efter henholdsvis blødende og perforeret ulcus. En tredje resultatindikator, der er knyttet til blødende ulcus, er antallet af patienter, der får reblødning. Dette er en intermediær resultatindikator, som udsiger noget om effekten af den foreløbige behandling.

Den eneste indikator der fremstår lidt tvetydigt, er indikatoren, der omhandler gastroskopi *planlagt* indenfor 48 timer. I sygdomsrådets vejledning til indikatorerne, fremgår det, at denne indikator viser, at man ønsker at 80 % af patienterne er gastroskoperet indenfor 48 timer. Indikatoren bliver dermed en procesindikator.

## Fordeling af indikatorer på typer

I NIP databasen for akut mave-tarm kirurgi er indikatorerne fordelt med seks procesindikatorer og to resultatindikatorer i den 'blødende' del og seks procesindikatorer og en resultatindikator i den 'perforerede' del.

## Er indikatorerne relevante?

Procesindikatorerne hænger godt sammen med resultat. Dette baserer vi på at man ved afvigelse i fx mortalitet, har mulighed for at anvende procesindikatorerne til at se, hvad der er foregået i patientens forløb. Dette gælder både indikatorerne for blødende og perforeret ulcus. Mant angiver netop dette som værende en af de store fordele ved procesindikatorer; har patienten fået den rigtige behandling på det rigtige tidspunkt (Mant 2001).

Flere af indikatorerne krævede indgående diskussioner i gruppen, da de blev vurderet forskelligt. Dette gjaldt fx indikatoren vedrørende antibiotika. Denne kunne være en resultatindikator og i databasens vejledning vurderes den som en sådan. Vi mener derimod, at den er en procesindikator, som omhandler en proces, der bør ske i patientens forløb i lighed med gastroskopi indenfor 72 timer. Indikatoren giver mening, da den kan anvendes til at vurdere om patienterne får antibiotika længere end påkrævet.

Databasen består desuden af en række procesindikatorer, der primært er relateret til plejen. Det kan i værste fald medføre døden, hvis disse processer ikke udføres, og man kunne måske med fordel indføre en intermediær resultatindikator. Dette kunne være antal patienter med behov for supplerende iltbehandling, eller antal patienter, der er mere end 2000 ml i væskeoverskud efter 2 døgn.

## Evidens

Evidensniveauer og styrke skal fremgå af dokumentalistrapporten fra sygdomsrådet. I sygdomsrådet akut mave-tarm kirurgi fremgår det således at der foreligger evidens på A til D niveau. Der er evidens på A niveau for alle indikatorer i blødningsdelen, fraset indikatoren om planlagt endoskopi indenfor 48 timer. Her foreligger der evidens på C og D niveau. Processerne og resultaterne er vel understøttet i videnskaben. I årsrapporten fremgår det, at der ikke er evidens for at 3 timer er den maksimale ventetid på akut gastroskopi (den første indikator), men at der er enighed mellem kirurger og anæstesi om, at intervention skal ske hurtigt.

## Standard (ønsket kvalitetsniveau)

Et af grundprincipperne i NIP er, at indikatorerne skal være understøttet af standarder. Standard-angivelsen for resultatindikatorer er for den akutte mave-tarm kirurgi relateret til prognostiske faktorer for de specifikke patientgrupper. Det samme gælder angivelse af standarder for procesindikatorer, hvor processerne tager udgangspunkt i evidensvurderingen relateret til processens selvstændige relevans for det samlede patientforløb (Indikatorgruppen for akut mave-tarm kirurgi 2004, p. 11).

## Samlet vurdering

Vores vurdering af ulcus databasen er, at processerne kan relateres til resultaterne. Databasen indeholder desuden en intermedieær resultatindikator, som gør det muligt at vurdere hvor ofte behandlingen må gentages eller ændres. Procesindikatorerne er i høj grad baseret på tid, fx 3 timer eller 24 timer. Med disse indikatorer er det desuden muligt at vurdere forskellen i behandlingerne (operation eller endoskopi). Vi formoder dog, at dette vil kræve flere års registreringer, da databasens patientgrundlag er det mindste i denne undersøgelse (ca. 100 patienter årligt).

Databasen indeholder tre indikatorer, der er relateret til sygeplejerskernes pleje og observationer postoperativt på trods af at databasen fremstår som værende monofaglig. De tre procesindikatorer, som er relateret til plejen, giver indtryk af at komme fra en form for klinisk plejeplan. Vi mener samlet set at indikatorerne giver et godt grundlag for kvalitetsudvikling.

## 10.4 Skizofreni databasen (NIP)

Indikatorer - Skizofreni (voksen)	Proces	Resultat	Struktur
Andel af incidente skizofrene, der udredes for:			
a. psykopatologi	X		
b. kognitiv funktion	X		
c. sociale støttebehov	X		
d. Varighed af ubehandlet psykose	X		
Andel af skizofrene patienter, der er i kontakt med behandlingssystemet	X		
Andel af patienter som har tilknyttet et fast medlem af behandlerteamet	X		
Andel af patienter, som får ordineret antipsykotisk behandling	X		
Andel af patienter, der bliver undersøgt for bivirkninger	X		
Andel af patienter, hvor pårørende tager imod tilbudet om kontakt	X		
Andel af patienter, der modtager psykoedukation	X		
Andel af patienter der deltager i planlagt støtteforanstaltning efter udskrivelsen	X		
Andel af patienter, der er undersøgt for selvmordsrisiko	X		

## Gennemgang af indikatorerne

I NIP databasen for skizofreni vurderer vi alle 12 indikatorer som procesindikatorer. Umiddelbart virker denne struktur ikke hensigtsmæssig, da der kan argumenteres for, at der mangler et mål for, om processerne har skabt det ønskelige resultat (Mant 2001 pp. 477-478). Procesindikatorerne kan stå alene, såfremt der er evidens for at de processer, der måles på har indvirkning på et positivt resultat og omvendt, at manglende opfyldelse af indikatoren påvirker patientens resultat negativt.

## **Fordeling af indikatorer på typer**

Databasen består af 12 procesindikatorer.

### **Er indikatorerne relevante?**

I NIP databasen for skizofreni har man valgt at fokusere på de processer, som man vurderer, har en betydning i forhold til behandling og forebyggelse af tilbagefald. Når man ser på evidensen i afsnittet nedenfor, fremgår det fx at kontakten til behandlingssystemet kan medføre reducerede omkostninger for skizofrenibehandlingen, bedre prognosen samt øge patienttilfredsheden. Man kunne derfor lave en resultatindikator omkring patienttilfredshed eller lignende for at påvise den betydning processerne har. Indikatorerne er relevante og kan anvendes til kvalitetsudvikling.

### **Evidens**

Der foreligger evidens på A til D niveau for 8 af de 12 indikatorer. For de sidste fire, kognitiv funktion, varighed af ubehandlet psykose, planlagte støtteforanstaltninger og undersøgelse for selvmordsrisiko foreligger der ikke sikker evidens. Der henvises i dokumentalistrapporten til det udarbejdede referenceprogram for udredning og behandling af skizofreni.

Der foreligger fx ikke evidens for at måling af kognitiv funktion (indikator 1b) er af betydning for prognosen for incidente skizofrene (Indikatorgruppen for Skizofreni 2005, p. 9). Man vælger alligevel at medtage denne indikator, da den af indikatorgruppen vurderes til at være en del af udredningen for skizofreni (ibid.). Andre indikatorer har baggrund i evidens på et meget højere niveau, fx effekten af kontakt til behandlingssystemet.

### **Standard (ønsket kvalitetsniveau)**

NIP skizofrenidatabasen indholder standarder for det ønskelige niveau. Det fremgår af vejledningen til databasen, at standarderne er blevet til på baggrund af klinisk evidens. Standarderne svinger mellem ønsket om 50 % til 90 % opfyldelse.

### **Samlet vurdering**

Når der ikke måles på et resultatet, kan det med stor sandsynlighed skyldes, at sådanne målinger ville være behæftet med stor usikkerhed og måske være direkte ubrugelige. Derfor har skizofrenidatabasen i stedet indsamlet evidens for en række processer, der har betydning for patientens samlede tilstand og især har betydning i forhold til at hindre tilbagefald (Indikatorgruppen for Skizofreni 2005, p. 13). På den baggrund giver det god mening at måle på procesindikatorer uden der er en resultatindikator at holde processerne op imod. Som Knudsen et al. har vurderet det, så kan det være relevant kun at anvende procesindikatorer i de tilfælde hvor der er dokumenteret sammenhæng mellem processer og det samlede resultat (Knudsen et al. 2001, p. 43).

## **10.5 Sammenligning mellem NIP og KCØ databaser**

Vi vil yderligere opdele analysen i NIP-databaser og KCØ-databaser, da vi på denne måde bedre kan få overblik over konsistens eller mangel på samme i strukturen af databaserne.

## **NIP databaserne**

I de to NIP databaser, skizofreni og akut mave-tarm kirurgi (ulcus - mavesår), anvendes standarder efter NIP-terminologien, det som vi i dette projekt betegner som det ønskede kvalitetsniveau (se side 43). Teorien har vist, at det ikke har nogen betydning, at man fastsætter et ønsket kvalitetsniveau (NICE 2002, p. 28), men dette er alligevel en integreret del af NIP.

Indikatorerne i NIP databaserne er relateret til en specifik sygdom (skizofreni og ulcus).

Mave-tarm kirurgi databasen (ulcus) er egentlig to databaser samlet under et navn. Den består både af blødende ulcus og den mere alvorlige variant, perforeret ulcus. Hvis man foretager denne opdeling, så indeholder de to underdatabaser hver 7-8 indikatorer, som er et passende antal. Ulcus databaserne består af en kombination af 1-2 resultatindikatorer og seks procesindikatorer hver.

Skizofreni databasen indeholder 12 procesindikatorer og ingen resultatindikatorer.

## **KCØ databaserne**

De to KCØ databaser, anæstesi og geriatri, inkluderer ikke et ønskeligt kvalitetsniveau, hvilket heller ikke er et krav til landsdækkende databaser (Danske Regioner 2007).

De to KCØ-databaser er baseret på stort set lige mange indikatorer. Dansk Anæstesi Database indeholder otte indikatorer, fordelt på fire resultatindikatorer, to procesindikatorer, en strukturindikator og noget der mest minder om prognostiske faktorer. Den geriatriske database indeholder ni resultatindikatorer.

Begge KCØ databaser er relateret til specialer i sundhedsvæsenet.

## **10.6 Delkonklusion på audit**

De fire databaser er opbygget på forskellig vis. En database består udelukkende af resultatindikatorer, en består kun af procesindikatorer og to databaser består af en kombination af resultat- og procesindikatorer. I grundlaget for databaserne under NIP og KCØ fremgår der ikke krav til, at databasen skal have både resultat- og procesindikatorer (NIP – det koordinerende sekretariat 2004, p. 4, Danske Regioner 2007). Endvidere er både NIP og KCØ databaserne indbyrdes opbygget forskelligt, fx indeholder den ene KCØ database kun resultatindikatorer, mens den anden indeholder en kombination af resultat- og procesindikatorer. NIP databaserne er rettet mod en specifik sygdom (fx skizofreni), mens KCØ databaserne er rettet mod specialer (fx anæstesi). Dette påvirker også indikatorerne, som i NIPs tilfælde er meget specifikke, mens de i KCØ er mere generelle. Samlet set rejser disse faktorer et spørgsmål om denne uensartethed har nogen betydning for anvendelsen af data til kvalitetsudvikling. Dette er ikke muligt at besvare ud fra en vurdering af indikatorerne alene.

## Del 2

### 11 Teoretisk analyseperspektiv

Hospitaler befinder sig i en ramme, hvor der er en høj kompleksitet og ønske om hurtige forandringer. Den høje kompleksitet kan begrundes i de mange krav, der stilles til sundhedsvæsenet i form af løsning af mange forskellige opgaver, den voksende mængde af behandlingstilbud, mange forskellige faggrupper, arbejdsdeling og øget behov for informationsudveksling (Borum 1997, p. 266). Kravet om forandringer og øget åbenhed kommer i stigende grad fra politikere og administratorer. Hospitalerne kan ikke længere lukke døren og sige, at vi arbejder professionelt her.

I de indledende kapitler beskrev vi den stigende politiske interesse for at anvende kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling. Mange af de strategier, der lægges i disse år, er en konsekvens af modsætningen mellem begrænsede økonomiske ressourcer og et tiltagende rekrutteringsproblem på den ene side og på den anden side et ønske om større effektivitet og højere kvalitet (Kragh Jespersen 2005, p. 16).

#### 11.1 New Public Management

Den offentlige sektor er kommet under pres for at øge effektiviteten og kvaliteten, samtidig med, at der ikke må komme større røde tal på bundlinjen. Skatteydernes penge skal forvaltes effektivt, og komme borgerne til gode. Der går sjældent en uge i Danmark uden at der rejses spørgsmål vedr. effektiviteten og kvaliteten i det offentlige sundhedsvæsen.

For at imødegå dette udefrakommende pres, har den offentlige sektor i en vis grad adopteret og introduceret styringsformer fra den private sektor efter krav fra politikere og administratorer (Brignall & Modell 2000, p. 283, Vrangbæk 1999, p. 33). Et eksempel på dette er kontraktstyring, men Kragh Jespersen nævner også det Nationale Indikatorprojekt, som et tiltag gennemført på baggrund af politiske beslutninger (Kragh Jespersen 2005, p. 16). Den øgede politiske interesse i det offentlige sundhedsvæsen kan under et betegnes som New Public Management.

NPM er ikke en organisationsteori, men nærmere en overordnet beskrivelse af de trends og ændringer, som organisations- og forvaltningsteoretikere har set i den offentlige sektor i en række OECD-lande<sup>6</sup> (Hood 1995, pp. 93-94 og Vrangbæk 1999, p. 33).

NPM kendetegnes i Danmark af følgende tendenser ifølge Kragh Jespersen (Kragh Jespersen 2005, pp. 17-19):

- Det fagprofessionelle selvstyre anfægtes i kraft af New Public Management strategier, fx i form af øget kontrol med de professionelles arbejde.
- Reformen kommer med kortere mellemrum og de er mere omfattende.
- Der er ofte tale om modstridende signaler. Det medfører et øget konfliktniveau og tendens til modstrid mellem styringssignaler. Fx ønskes både en øget produktivitet og bedre kvalitet.

Det er ikke uden grund, at mange beskriver sundhedsvæsenet som trægt og vanskeligt at forandre. Fordi sundhedsvæsenet er et fagbureaukrati med en kompleks struktur er det vanskeligt at implementere nye NPM-tiltag, da disse ofte vil bryde

---

<sup>6</sup> OECD er en gruppe af ligesindede lande. En forudsætning for medlemskab er et lands vilje til markedsøkonomi og repræsentativt demokrati (kilde: Udenrigsministeriet)

den eksisterende professionelle autonomi og faglighed. Borum betegner dette som en form for institutionel inert, hvor initiativer og idéer kun kan implementeres, hvis de ikke bryder med de etablerede traditioner (Borum 1997, p. 265).

## 11.2 Nyinstitutionel organisationsteori

Den nyinstitutionelle organisationsteori beskriver, hvordan organisationer og aktører reagerer på de krav, der stilles af omgivelserne, fx i form af NPM-tiltag. Den institutionelle teori er oprindeligt udviklet af Philip Selznick i 50'erne og havde fokus på den måde institutioner tilpasser sig værdierne i omverdenen. Teorien er siden blevet videreudviklet og har i dag navnet Nyinstitutionel teori efter de Neo-institutionelle teoretikere, der har arbejdet med teorien, såsom DiMaggio, Powell, Meyer og Rowan (DiMaggio & Powell 1983, Meyer & Rowan 1977).

Scott definerede i 1992 institutionalisering som værende "den proces, hvor handlinger gentages og giver samme mening for en selv og andre" (frit oversat efter Hatch 1997, p. 84).

Krav fra omgivelserne betegnes som institutionel påvirkning, som organisationer og aktører oftest tilpasser sig. Dette er forklaringen på den organisatoriske ensartethed, der ses i sundhedsvæsenet. Institutioner indenfor samme felt vil over tid komme til at ligne hinanden, hvad angår struktur og processer. Dette kaldes af DiMaggio og Powell for isomorfi; et samlebegreb for hvorfor organisationer forandres og bliver homogener (DiMaggio & Powell 1983, p. 149).

Isomorfisk tilpasning medfører den risiko, at man importerer organisationsformer, der ikke passer ind i den traditionelle måde at gøre tingene på. Resultatet af dette kan være at der sker en dekobling (Kragh Jespersen 2005, p. 56, Mejlby et al 1999, pp. 142-146, Nielsen 2007, pp. 250-252).

Dekobling kan defineres som en proces hvor man disintegrerer formelle strukturelle dele i organisationen. På overfladen vil det fremgå at alting fungerer som det skal, at organisationen lever op til de normative krav. I det praktiske arbejde sker der noget ganske andet. Dekobling får med andre ord organisationen til at vedligeholde standardiserede, legitime, formelle strukturer udadtil, mens deres aktiviteter indadtil afhænger af praktiske overvejelser. Udadtil afspejler organisationen måske kvalitet, effektivitet og standardiserede regimer, mens virkeligheden er en ganske anden, hvor de gør som de altid har gjort. Den løse kobling eller dekobling mellem den faktisk adfærd og den formelle struktur er altså en måde at håndtere de modsatte krav fra omverdenen og undgå de konflikter, som følger i kølvandet på fx politiske reformer (ibid. og Meyer & Rowan 1977, pp. 356-357).

En anden måde at håndtere krav fra omgivelser, er ved lokal tolkning. Lokale tolkninger og oversættelser af krav medfører at kravene bliver transformeret og tilpasset, så de i højere grad harmonerer med dagligdagen og bliver sociale konstruktioner. Sociale konstruktioner kan ske helt ned på individniveau og er med til at give institutionelle krav et organisatorisk liv (Kragh Jespersen 2005, p. 57, Nielsen 2007, pp. 250-252).

En tredje måde som man kan håndtere udefrakommende krav på er rationelle myter. Følelsesmæssige ønsker kan omformes til rationelle krav. I hverdagslivet kan det handle om argumentet for at købe en ny pc. I virkeligheden vil man bare have en ny, fordi den er der, men argumenterne er rationelle: Den gamle er for langsom,

der er ikke mere plads på harddisken osv. Det samme kan ske i institutioner. Ikke-rationel logik bliver rationelle argumenter. De tager form som rationelle myter, som ikke kan testes, men er tilpas rationelle, til at alle tage dem for givet (Meyer & Rowan 1977, pp. 347-348). Rationelle myter er en måde at opnå social legitimitet på (Røvik 1998, pp. 36-37). Et eksempel på en mulig rationel myte, kan være de mange fortællinger om, hvor meget mere tid man bruger på elektroniske medicinerings-systemer. Dette er efterhånden blevet en myte, der er ganske svær at teste, da det kræver at man tager tid på udfyldelsen og gen-udfyldelsen af papirskeemaer og under den forudsætning at skemaet vel og mærke bliver anvendt som det var tiltænkt.

### 11.3 Ledelse og Management

Hospitaler som helhed og afdelinger i særdeleshed skal forholde sig til en række krav fra omverdenen. På afdelingsledelsesniveau er det ofte et spørgsmål om at omforme disse krav til processer i dagligdagen. Et krav om en måneds ventetid mod tidligere to måneder vil for eksempel medføre ændringer i arbejdsgange og strukturer. Måske skal der ske en form for opgaveglidning for at frigøre hænder, og det er ikke umuligt at nogle medarbejdere har behov for at få opdateret deres faglige viden indenfor bestemte områder.

Ledelse og management er to forskellige ting. Management er en af grundidéerne i New Public Management, som er nævnt tidligere (Beyer 2006, p. 116). Management er rettet mod strategisk ledelse og dækker overordnet en vedligeholdelse af fx struktur, procedurer eller systemer. Dette kan være at sikre datakomplethed i en database. Management handler om hvad der står på bundlinjen, hvad er resultaterne? I management accepterer man status quo, så længe resultaterne og konkurrencen er acceptable.

Ledelse er relateret til organisationens liv og handler om motivation, at give procedurerne mening og identitet. Lederen har visioner, tænker i processer og accepterer ikke status quo, men innoverer nye procedurer og har hele tiden blikket rettet mod horisonten (ibid. p. 81). Nedenstående tabel viser de overordnede fokusområder i ledelse og management:

Management relateret til struktur	Ledelse relateret til liv
Plan	Vision
Kontrol	Motivering
Giv mål og rammer	Sæt mission og vision
Præciser job, opgaver og kompetencer	Understøtter menneskelige ressourcer
Tænker i resultater	Tænker i processer
Administrerer	Innoverer
Sætter lid til bundlinjen	Baserer sig på tillid
Ser ned på bundlinjen	Ser ud mod horisonten
Accepterer status quo	Udfordrer status quo
Gør ting rigtigt	Gør de rigtige ting
Styrer folk	Leder folk

Tabel 8 Forskellen på management og ledelse (Beyer 2006)

I praksis vil de fleste ledelser formentlig kombinere ledelse og management med en overvægt til en af siderne. I de seneste år har der været en tendens til at managementbegrebet er blevet mere udbredt, som følge af at det offentlige sundhedsvæ-

sen i stigende grad anvender nye styringsmekanismer. Et af de vigtigste begreber, der anvendes i management-tankegangen, er ledelsesteknologier.

Ledelsesteknologier er en overordnet betegnelse for de teknologier, der i bl.a. sundhedsvæsnet, anvendes til at sætte standarder for, hvad der er effektiv produktion, administration og ledelse. Eksempler på ledelsesteknologier er fx benchmarking, Balanced Scorecard, kvalitetscirkler og akkreditering.

Ligesom mange af de andre begreber og ledelsesteknologier, som sundhedsvæsnet er blevet præsenteret for i de sidste 10 år, så vil fx en klinisk kvalitetsdatabase ikke have betydning i sig selv, medmindre den kommer til at indgå som en naturlig del af klinikernes selvforståelse, daglige interaktion og arbejdspraksis (Melanders og Jørgensen 2002, p. 559).

Den viden i form af teorier, regler og rutiner, som er indlejret i ledelsesteknologier såsom kvalitetsudvikling, skal have en umiddelbar betydning for den måde, de berørte klinikere agerer på i deres daglige arbejde. Kvalitetsudviklingen skal være en del af klinikernes oplevede værdier, det daglige sprog, de skabte relationer og den fælles synliggjorte identitet. Den skal forankres.

Melanders og Jørgensen mener, at denne forankring kun finder sted på overfladen og dette kan skyldes flere forhold (ibid. p. 560):

- Begreber som fx kvalitetsudvikling er skabt af administratorer og politikere, jf. NPM, og er i praksis meget vanskelige og tidskrævende at implementere. En tid som klinikere ikke oplever de har og en proces, der kræver stort engagement lokalt.
- Detaljerede løsninger forventes overholdt og implementeret uden lokal tolkning. I stedet får løsningen et, i overført forstand, lukket kontor, hvor den er afgrænset til en isoleret gruppe, og sjældent når ud til de udførende klinikere.
- Reelle forandringer stiller krav om ændrede samarbejdsrelationer, ændret syn på omverdenen osv. Derfor forudsætter iværksættelsen af forandringerne, at der lokalt mobiliseres de nødvendige udviklings- og formidlingsressourcer, der som hovedregel ikke er afsat fra start af.
- Mange års uafbrudte strukturforandringer og forbedringsprojekter i det danske sygehusvæsen har skabt en betydelig 'projekttræthed' lokalt. Dette skyldes ikke mindst, at mange af disse projekter har medført en øget belastning uden tydelige effekter set med klinikernes øjne.

Udviklings- og forandringstiltag skal inspireres, mobiliseres og aktiveres. Melander og Jørgensen anbefaler, at dette i højere grad bør ske gennem andre koncepter og medier end de sædvanlige offentlige autoritetshierarkier og bureaukratiske og systemfikserede regel- og rammemodeller. På den måde forankres forandringerne dybere. Klinikernes faglige værdier og ambitioner skal identificeres og mobiliseres. Dette forudsætter et perspektiv på organisatorisk forandring baseret på fællesskab, strategisk tænkning og åbenhed over for forskelligheder (ibid. p. 562).

#### **11.4 Sociale konstruktioner af teknologi**

På trods af de mange intentioner om hvordan kliniske kvalitetsdatabaser skal anvendes i kvalitetsudvikling, viser vores indledende undersøgelse og vore egne erfa-



ringer, at der er lang vej endnu. En ting er de mange visioner, en anden er om og hvordan databaserne rent faktisk anvendes.

Til at undersøge sådanne kløfter mellem visioner og praksis, anvender man i sundhedsinformatikken i tiltagende grad en socioteknisk tilgang. Sociotekniske analyser giver en god ramme til at forstå årsagerne til manglende accept af, integration af og effektivitet i de systemer, der implementeres i sundhedsvæsenet (Coiera 2007, p. 98). Teknologier er produkter af en lang række faktorer, herunder kompromiser, politiske, sociale, økonomiske, videnskabelige og ressourcemæssige præferencer og uenigheder. Der er fx både forhandling, tillempling og konflikt involveret i konstruktionen af evidens (Vikkelsø & Vinge 2004, p. 51). Teknologien er med andre ord formet af en lang række rationaler, som hver for sig er komplekse. Denne kompleksitet vokser, når rationalerne skal samles under 'et tag' (Olesen 2007, p. 35).

Sociotekniske studier kan anvendes til at studere, hvad der sker, når forskellige rationaler interagerer (fx det medicinske, det teknologiske og det økonomiske). Det forskningsmæssigt interessante er at analysere, hvorfor en teknologi tager en bestemt form og hvorfor og hvornår en teknologi accepteres som stabil.

SCOT beror på begreber, der kan anvendes til at analysere den kontekst en teknologi udvikles og stabiliseres i (Lauritsen 2007, pp. 46-59).

### **Fortolkningsfleksibilitet**

SCOT handler om, at sociale grupper bestemmer betydningen af teknologien i brug. En teknologi er, hvad den er, i forhold til en bestemt gruppe mennesker. Forskellige grupper tillægger den samme teknologi forskellig betydning.

Et eksempel er kliniske kvalitetsdatabaser, som kan have forskellige betydning afhængig af den sociale gruppe. Kirurger bruger dem måske til at måle, hvor mange operationer af en bestemt type, de har udført, kvalitetsfolk betragter dem muligvis som redskaber til kvalitetsmonitorering og -udvikling af patientforløb, politikere betragter dem måske som redskaber til målstyring. Dette kan betegnes som fortolkningsfleksibilitet (Lauritsen 2007, p. 46).

### **Lukningsstrategier**

En ny teknologi vil i starten medføre kontroverser og usikkerhed. Efterhånden som teknologien har været i anvendelse i en tid, vil disse kontroverser aftage og teknologien bliver stabil. Der er i SCOT to måder denne stabilisering kan ske på. Den ene kaldes retorisk lukning. Her forsøger en gruppe at overbevise andre om at teknologien er uproblematisk eller problematisk. Den anden måde er at redefinere problemet. Her stabiliserer teknologien sig, fordi den løser andre problemer end de oprindeligt tænkte (ibid. p. 47).

### **Teknologiske rammer**

De teknologiske rammer gør SCOT til en teori og ikke kun et sæt begreber til at undersøge praksis med. Teknologiske rammer er de elementer, som påvirker den interaktion som forskellige grupper har med teknologien. Dermed bliver det muligt at forklare hvorfor sociale grupper konstruerer teknologien på en bestemt måde. Elementer, der kan påvirke interaktionen med fx kliniske kvalitetsdatabaser, kan fx være ressourcer, politik og reformer.

De teknologiske rammer sætter fokus på de problemer eller muligheder, som forskellige grupper tillægger en teknologi. Dermed påvirkes gruppens kriterier for hvornår en teknologi fungerer eller ikke fungerer (ibid, p. 48). Der er en teknolo-

gisk ramme for hver relevant social gruppe, og den udgøres af gruppens fortolkninger af problemer og løsninger i forhold til teknologien.

## 12 Analyse af interviews med lokale ledelser

Vi gennemførte i alt fire interviews med ledere af de fire sygdomsområder. I de tilfælde hvor ledelsesansvaret for den kliniske kvalitetsdatabase var uddelegeret, interviewede vi denne/disse personer. I alt interviewede vi seks personer, heraf var fire overlæger (to mænd og to kvinder) og to var oversygeplejersker (en mand og en kvinde).

### 12.1 Analysestrategi

I den indledende undersøgelse fandt vi to temaer, som kunne have relevans for anvendelse af data til kvalitetsudvikling. Desuden var vi interesserede i konkrete eksempler på ledernes overvejelser om anvendelse, formidling og fremtidsperspektiver. Vi havde derfor som udgangspunkt fem temaer. Ved hjælp af vores beskrevne fremgangsmåde fandt vi yderligere to temaer, *datakomplethed* og *Analyseportalen* (se metodeafsnittet side 36). Samlet medførte farvekodningerne syv temaer:

- Organisering af arbejdet med den kliniske database
- Indikatorer
- Datakomplethed
- Analyseportalen
- Anvendelse af data
- Formidling
- Muligheder

De syv temaer blev efterfølgende analyseret i forhold til det teoretiske grundlag.

Når vi i analysen af de fire interviews bruger citater, har vi valgt at bruge følgende tre titler på personerne, der udtaler sig.

- Ledende oversygeplejerske
- Ledende overlæge
- Databaseansvarlig overlæge (overlæge der af afdelingsledelsen er udpeget som ansvarlig for databasen).

Denne opdeling er valgt, for at læseren kan få overblik over hvilken beslutningsmæssig kompetence, der ligger bag de forskellige udtalelser.

#### 12.1.1 *Organisering af arbejdet med den kliniske database*

Baseret på vores forundersøgelse rettede vi spørgsmål til den lokale organisering af arbejdet med den kliniske kvalitetsdatabase. I kravene til kliniske kvalitetsdatabaser under KCØ indgår der ikke krav til den lokale organisering, kun til databasen som helhed (Danske Regioner 2007). I NIP er kravet, at der skal være en "NIP-nøgleperson", som skal sikre datakomplethed, fortolkning og formidling af resultater (NIP-sekretariatet 2007a, p. 2).

Organiseringen af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser viste sig at være meget forskellig. I tre tilfælde var ansvaret for den kliniske database uddelegeret af

ledelsen i forskellig grad. Dette drejede sig bl.a. om de to NIP databaser. I begge tilfælde var det overordnede ansvar uddelegeret til en overlæge.

*"Nu har jeg ansvaret, forstået på den måde, at jeg får data tilbage fra NIP databasen om, at sådan ligger afdelingen og dette er blevet sat i værk og nu vil vi gøre det og det, og det rapporterer jeg selvfølgelig videre til mine kolleger ved en fælles morgenkonference".*

*Databaseansvarlig overlæge*

Der var forskel på om denne uddelegering var frivillig eller en udpegning.

*"Jeg blev ansat til det i 2000.....og så udviklede DAD sig ud fra det springbræt sammen med andre it-ting."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"...for det er jo en ledelsesopgave at forholde sig, for selvfølgelig skal ting uddelegeres, men det har jo også været sådan at jeg helst ikke ville det."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Jeg blev peget på!"*

*Databaseansvarlig overlæge*

Uddelegering af ansvaret for de kliniske databaser kan medføre, at ledelsen ikke på samme måde får information om, hvordan afdelingens resultater er, og derfor ikke anvender disse informationer til kvalitetsudvikling.

*"Der er jo ingen tvivl om at hvis ledelserne sad med de der ting, så ville man kunne bruge det lidt mere i sin lokale status."*

*Databaseansvarlig overlæge*

De personer, der har fået uddelegeret ansvaret for databasen, oplever ikke at de har det ledelsesmæssige ansvar, men blot er en form for kontaktperson.

*"Hvis jeg rigtig var leder af det, så ville jeg jo sige, at det ikke går og for fremtiden skal alle pårørende indkaldes til samtale."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Måske er det også lidt symptomatisk at ledelsen her siger, at I hellere må snakke med mig."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Denne lidt forvirrende ansvarsfordeling kan medføre, at der ikke er nogen, der tager handling på afdelingernes resultater, hvis den databaseansvarlige ikke tager ledelsesansvaret og afdelingens ledelse samtidig mener, at de har uddelegeret dette ansvar. Dette flydende ansvar kan være et udtryk for dekobling, jf. den nyinstitutionelle organisationsteori, hvor afdelingen kan sige, at de har en databaseansvarlig overlæge, men hvor denne persons funktioner er så uklare, at funktionen kun har en begrænset effekt.

I et tilfælde havde en afdeling ansat en overlæge til specifikt at være systemadministrator, dataanalytiker og formidler (ikke en NIP database). Det viste sig, at denne person ikke var involveret i udtræk af standardrapporter fra Analyseportalen. I

stedet var det den ledende overlæge, der en gang om måneden udtrak rapporterne og videreformidlede resultaterne. I andre tilfælde lavede den databaseansvarlige overlæge en analyse til den ledende overlæge. Denne opdeling af opgaverne kan gøre det vanskeligt at få overblik over afdelingen. Samtidig er opgaverne ikke entydigt fordelt.

Der var forskel på, hvor mange personer og faggrupper der er involveret i arbejdet med de kliniske databaser. I et speciale var det kun en overlæge og en sekretær til at hjælpe. I en anden afdeling var de fire personer fra fire faggrupper.

*"... vi er en gruppe på fire og XX har et stort arbejde, for hun sørger for alt det tekniske fungerer."*

*Databaseansvarlig overlæge*

I samme afdeling havde de valgt også at involvere det lokale kvalitetsråd. Dette var tilfældet i to af afdelingerne.

*"Vi har jo vores (lokale, red.) kvalitetsråd, som vi bruger og som også har et ansvar for, at vi skal kunne det."*

*Ledende oversygeplejerske*

Den begrænsede involvering af de lokale kvalitetsråd kan skyldes, at den kliniske kvalitetsdatabase ikke relateres direkte med kvalitetsudvikling. Hvis ledelsens kendskab til formålet med og anvendelsen af databasen ikke er stort nok, kan den blive anvendt forkert. I et andet tilfælde blev kvalitetsrådet involveret senere i processen, men først efter at der var blevet taget stilling til data længere nede i organisationen.

*"... det er klart at hvis man på et af lægernes morgenmøder snakker om, at man skal ind og ændre den kliniske retningslinie i forhold til de data der er kommet ud, så kommer det ind i kvalitetsrådet...."*

*"Når den nye retningslinie så skal godkendes, bliver den det i kvalitetsrådet, så på den måde kommer det ind."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Der er dermed ingen generel systematik i, hvordan data formidles rundt i organisationen og hvem, der har ansvaret. Data kan let blive forbeholdt en isoleret gruppe, som beskrevet af Melander og Jørgensen (Melander og Jørgensen 2002). Interviewene kan opfattes således, at hverken ledere eller medarbejdere får respons fra databasen.

NIP databaserne skal forberede sig på audit en gang om året. Tilgangen til denne audit varierer. I et sygdomsområde har man gjort meget ud af denne del af NIP.

*"... det er efterhånden lykkedes for os i den enhed, at bruge NIP data på den måde, de var tænkt, nemlig at man laver de der lokale audits, hvor man kigger på hvordan vi står på de forskellige procesmål."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"... den proces synes jeg er blevet bedre, sådan at vi efterhånden forholder os nogenlunde ansvarligt til det store ansvar, jeg synes der ligger i at der jo bliver indberettet 15.000 patienter til NIP årligt."*

*Samme overlæge*

Den anden NIP database anvender i højere grad audit til at sikre datakomplethed.

*"Den store auditdag, så ser vi jo at der er patienter vi har fanget en gang, som vi nu skal fange en gang til."*

*Databaseansvarlig overlæge*

"NIP nøglepersonen" har ansvaret for at sikre datakomplethed, hvilket forklarer dette fokus. I grundlaget for NIP fremgår det, at den nævnte audit er en klinisk audit, som indebærer en sundhedsfaglig vurdering af kvaliteten (NIP-sekretariatet 2007a, p. 1). Der ses generelt en tendens i interviewene til, at kvalitet handler om datakomplethed uanset om databasen er organiseret under NIP eller KCØ.

Analysen af interviewene viser, at arbejdet med at anvende data fra de kliniske kvalitetsdatabaser ikke er systematiseret. Strukturerne i afdelingerne er forskellige med uklare ansvarsområder og usikre mønstre for informationsudveksling. I nogle afdelinger involveres det lokale kvalitetsråd, i andre ikke. Hele eller dele af ansvaret kan være uddelegeret, både formelt og uformelt, men med begrænset effekt, da de personer, der har fået uddelegeret ansvaret ikke oplever, at de har fået tilsvarende ledelsesbeføjelser. Når dette kombineres med en nærmest ikke-eksisterende organisation af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser, så bliver kommunikation og anvendelse af data vanskelig.

### **12.1.2 Indikatorer**

I vores audit af indikatorer i de fire databaser fandt vi, at de var opbygget meget forskelligt. Nogle kun med resultat- eller procesindikatorer, andre med en kombination af begge. Dette var uafhængigt af, hvor og hvordan databaserne blev administreret.

Vi finder det derfor relevant at undersøge, hvad vores interviewpersoner mener om indikatorerne i den database, de selv rapporterer til og om indikatorerne har betydning for anvendelsen af data til kvalitetsudvikling.

I den database hvor man kun anvender procesindikatorer, mente den databaseansvarlige, at dette gav god mening.

*"Jeg vil godt sige at det er min skyld, at det er procesindikatorer og jeg synes det er rigtig godt, da der jo på den måde er forskellige ting, der faktisk er evidens for."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Samme overlæge medgiver, at man kunne lave en resultatindikator. Databasen har tidligere forsøgt sig med en resultatindikator, som viste sig ikke at give mening.

Vi spurgte også lederne af den database, der kun havde resultatindikatorer om hvad baggrunden var for dette og om de havde overvejet procesindikatorer.

*"Hvis det ligesom skulle modsige det vi blev beskyldt for, at vi bare gik og dikkede de gamle under hagen og gav dem en kop kaffe. Det var der en der skrev et læserbrev om, kan jeg huske. Så det var hårde facts, der skulle på bordet."*

*Ledende overlæge*

*"Der var et stort politisk pres dengang."  
Ledende overlæge*

*"Vi snakkede slet ikke om proces overhovedet - det var alt for bløde data i forhold til geriatrien."*

*Ledende oversygeplejerske*

I dette tilfælde er indikatorerne lavet for at legitimere det arbejde, som sygdomsområdet udfører. Organisationen skal afspejle kvalitet og effektivitet udadtil og retfærdiggøre sin eksistens.

I interviewet giver vores hovedinterviewer et eksempel på de processer, der ligger til grund for fx en vægtstigning under indlæggelse i form af specialdiæt, diætistkontrol, ernæringscreening m.m. Adspurgt om dette var noget man kunne inkludere i databasen, svares der:

*"Men det gør vi vel også indirekte ikk'?"  
Ledende overlæge*

Overlægen giver udtryk for, at resultatindikatorerne er bundet op på nogle processer i det kliniske arbejde, og at resultatindikatorerne dermed afspejler disse processer. Set i relation til den teori, der er udarbejdet om kliniske indikatorer, så kunne afdelingen have fordel af at inkludere nogle af processerne i databasen, da det dermed bliver nemmere at overskue, hvad der har fået en måling til at falde uden for sikkerhedsgrænserne. Endvidere vil det i højere grad afspejle patientforløbet, hvis processer inkluderes. Anvendelsen af resultatindikator kan samtidig være et udtryk for en dekobling. De udefrakommende krav har givet behov for en isomorfisk tilpasning, som er vanskelig at anvende i hverdagen (Kragh Jespersen 2005, p. 56).

To af de undersøgte databaser bestod af en kombination af resultat- og procesindikatorer. I den ene database blev der givet udtryk for, at man havde valgt procesindikatorer, da det var vanskeligt at måle på resultatindikatorerne.

*"Det er svært at måle på outcome, det er svært at måle på lungebetændelse, førlighedsforstyrrelser eller overlevelse, fordi der ikke altid er en lige linie fra anæstesi til outcome."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Vores kvalitet er ikke altid overlevelse, eller ikke overlevelse, eller mindre sygdom."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Sygdomsområdets indikatorer giver altså god mening for klinikerne, i og med at anæstesi er en delproces i et samlet patientforløb. En resultatindikator som mortalitet vil i anæstesiens tilfælde kunne påvirkes af patientens grundsygdom, kirur-

gens kompetence m.m. og man vælger derfor i højere grad at vurdere kvaliteten af de processer, som er relateret til anæstesen.

*"... de har i hvert fald haft betydeligt færre lidelser undervejs og det er så det, vi måler."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Den anden database med en kombination af resultat- og procesindikatorer havde en noget anden tilgang til valget af indikatorer.

*"De der procesindikatorer og resultatindikatorer er jo noget, der allerede er registreret. Det er jo noget, man kunne forvente at kunne trække ud af almindeligt dansk journalmateriale, der er derfor man har valgt dem."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Denne overlæge fortæller, at der ikke nødvendigvis er nogen sammenhæng mellem resultatet og procesindikatorerne, men at det var de indikatorer man kunne blive enige om i det faglige selskab.

*"Og så kunne der sidde nogen og synes de kunne have valgt nogle, der var helt anderledes?"*

*Interviewer*

*"Præcis!"*

*Databaseansvarlig overlæge*

I dette interview kommer det også frem, hvad en tvetydig indikator kan være.

*"... så har det afstedkommet, at nogle af tingene kan man jo forbedre ved, at man bare ændrer den måde, man registrerer og taster og sådan nogle ting. Måske er det makeup, men sagt på en anden måde er det heller ikke snyd."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Overlægen giver et eksempel på en akut behandling, der skal gennemføres indenfor 3 timer, men hvor man registrerer starttidspunktet for behandlingen i stedet for sluttidspunktet, da behandlingen godt kan tage halvanden time. Vi spurgte derfor til, hvad de gjorde andre steder i landet.

*"Det ved jeg ikke noget om... men det er jo ikke at snyde, det er bare at ændre registreringspraksis..."*

*Databaseansvarlig overlæge*

En forsigtig analyse kan være, at dette er udtryk for en lokal tolkning af krav fra omgivelserne, hvor kravene tilpasses hverdagen (Nielsen 2007, p. 251).

Dette ansporede os til at se på de definitioner, som indikatorgruppen bag denne database, har udarbejdet. Her fremgår det at "standarden fastlægges på baggrund af en faglig vurdering af, at endoskopi til patientgruppen skal udføres indenfor 3 timer hos 95 % af de kredsløbslabile patienter." (Det Nationale Indikatorprojekt 2007, Akut mave-tarm kirurgi). Vi må medgive, at denne definition kan tolkes på

forskellig vis, hvilket er uheldigt, da det dermed bliver vanskeligere at sammenligne afdelingerne.

En anden ting der skal tages højde for ved sammenligninger mellem afdelinger er risikofaktorer.

*"Alle risikofaktorerne bruger vi faktisk ikke til noget. Vi ved godt, at når vi sammenligner det her hospital, det område det ligger i, med andre områder af Danmark, så ved vi, at patienterne der bor her, de spiser mere medicin, de ryger mere, de drikker mere og de er lidt mere indlagte, og sådan er det og det ved vi godt. Så for vores skyld, eller for min skyld, behøver vi ikke blive ved med at undersøge det.*

*Databaseansvarlig overlæge*

Formålet med risikofaktorerne er netop, at man kan risikojustere afdelingens resultater, så man kan foretage sammenligninger mellem afdelinger over tid (Jørgensen et al 2001, pp. 132-139).

Samlet set viser analysen af interviewene, at indikatorerne har baggrund i mange forskellige forhold. Et er det politiske pres for at legitimere sygdomsområdet eksistens - er vi effektive nok?, har vi en betydning?, hvilket kan henføres til New Public Management. I den ene database er indikatorerne til dels valgt på denne baggrund.

To af databaserne begrundet valget af indikatorer med, hvad der er faglig evidens for. Den ene af disse har både resultat- og procesindikatorer i databasen og finder at specielt procesindikatorerne giver god mening.

Den databaseansvarlige fra den sidste database giver udtryk for, at der ikke er enighed om valget af indikatorer og endvidere, at de enkelte indikatorer transformeres til lokale forhold. Når transformationen kombineres med ønsket om at fjerne risikofaktorerne, bliver det vanskeligt at sammenligne afdelingerne på et validt grundlag.

### **12.1.3 Datakomplethed**

I vores indledende undersøgelse erfarede vi, at respondenterne generelt ikke oplevede indrapporteringen som et problem. I vores interviews spurgte vi derfor ind til, hvordan de forskellige afdelinger prioriterer indrapporteringen af data og hvad det er, der sikrer en høj datakomplethed. Vi spurgte også ind til, om arbejdet med at indrapportere står mål med det afdelingerne oplever, at de får ud af det.

Blandt de fire afdelinger var der ikke helt enighed om, hvorvidt deres datakomplethed var i orden.

*"Vi har over halvdelen i, men heller ikke mere."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"fx var Bispebjerg Hospital (sygdomsområdet, red.) meget tæt på 100 % indberetning."*

*Databaseansvarlig overlæge*

En af interviewpersonerne giver udtryk for at indrapporteringen bliver prioriteret højt af ledelsen.



*"Dataindsamlingen er faktisk blevet prioriteret højt. Over året er ledelsen blevet ved med at have fokus på om det faktisk fandt sted ..."*

*Databaseansvarlig Overlæge*

Umiddelbart kommer ovenstående overlæge ikke ind på, hvorfor ledelsen prioriterer indrapporteringen af data. Men interviewet kunne pege i retningen af, at det i højere grad skyldes et ønske om at opfylde kravet om datakomplethed frem for ønsket om kvalitetsudvikling.

I to andre interviews kommer det mere direkte frem, at der arbejdes på at få data ind i databasen, ikke for at de skal bruges til kvalitetsudvikling, men fordi man skal.

*"... men da ledelsen fik skæld ud over at data kompletheden ikke var god nok osv., så blev det jo trykket videre ned gennem systemet ..."*

*Databaseansvarlig Overlæge*

En anden interviewperson beskriver det som følger.

*"Ja ja, det kan du sandelig tro, for vi fik et hak i tuden fordi vi havde for dårlig indtastning."*

*Ledende overlæge*

Kravene om datakomplethed kan ses som et led i managementbølgen, hvor man i højere grad vægter at gøre tingene rigtigt (Beyer 2006, p. 81).

Set i et nyinstitutionelt perspektiv kan ovenstående tolkes som et udtryk for de-kobling. For at legitimere sig selv indrapporteres data til en klinisk kvalitetsdatabase og ved at opnå en høj datakomplethed vil afdelingen på overfladen fremstå som om den prioriterer databasen højt (Kragh Jespersen 2005, p. 56). Afdelingerne bliver ikke målt på, i hvor høj grad de anvender data.

Umiddelbart kommer data altså ind i de forskellige databaser, og afdelingerne bruger en del ressourcer på dette arbejde. Det er derfor nærliggende at spørge ind til interviewpersonernes oplevelse af, hvorvidt de ressourcer der bliver brugt på dataindsamling, står mål med det de får ud af databasen.

Med undtagelse af en database hvor interviewpersonerne oplever, at de får cirka det samme ud af databasen, som de lægger i den, så svarer de andre tre, at det gør de ikke.

*"NEJ ... nej vi bruger alt, alt for meget tid på at registrere."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Nej, det mener jeg ikke og jeg vil sige at jeg har haft samvittigheds-kvaler her i sommer da det gik op for mig at der blev indberettet 15.000 mennesker ..."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"... det står ikke mål endnu med, hvordan vi kan bruge den."*

*Ledende oversygeplejerske*

I NIP er der et krav om, at afdelingerne skal have en "NIP-nøgleperson", der blandt andet skal sikre datakompletheden. Analysen af interviewene viser, at de to NIP

databasers arbejde med at sikre datakompletheden ikke adskiller sig fra de to KCØ databaser. Fra en NIP og en KCØ database gives der udtryk for at indrapporteringen af data i et eller andet omfang sker på baggrund af pres "oven fra", som led i management og strategisk ledelse (Beyer 2006, p. 116).

Interviewpersonerne fra tre ud af fire databaser melder klart ud, at det de får ud af databasen ikke står mål med de ressourcer, de bruger på at indrapportere data.

#### **12.1.4 Analyseportalen**

I vores indledende undersøgelse så vi, at flertallet af respondenterne ikke oplevede, at de løbende blev orienteret om resultaterne af deres indrapporteringer til de kliniske kvalitetsdatabaser.

En tilbagemelding kan finde sted på mange måder og en af dem er, at ledelsen, eller personer udpeget af ledelsen, trækker data fra Analyseportalen (AP) i form af brugerdefinerede rapporter. I vores interviews spurgte vi derfor ind til, hvordan de forskellige afdelinger bruger AP.

Umiddelbart synes der at være stor forskel på, hvordan de fire afdelinger bruger AP samt deres oplevelse af brugbarheden.

En af afdelingerne har ansat en overlæge med særlig ansvar for databasen og her giver interviewpersonerne udtryk for, at der ikke er problemer med at bruge AP og hente relevante data frem. På spørgsmålet om hvorvidt der kræves et vist it-niveau for at kunne udnytte AP svarer de, at det gør det helt klart.

*"De fleste ledelser, de vil have brug for, at man løbende kunne få lavet sine rapporter sammen med et it-menneske."*

*Databaseansvarlig overlæge*

På de tre øvrige afdelinger udtrykkes det, at der på forskellig vis er problemer med at bruge AP.

På en afdeling kender den databaseansvarlige ikke til mulighederne i AP.

*"Næ, jeg vidste slet ikke den var der."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Vi havde taget et par brugerdefinerede rapporter med til interviewet og da interviewpersonen ser disse, giver hun udtryk for, at de kunne være brugbare for afdelingen. Umiddelbart er flere personer fra dette speciale undervist i brugen af AP, men organiseringen af arbejdet har altså betydet at mulighederne i AP ikke udbredes.

En anden databaseansvarlig giver udtryk for at han heller ikke bruger AP, fordi han finder den vanskeligt at arbejde med.

*"... den er svær at have med at gøre."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Samme overlæge kommer lidt senere igen ind på brugbarheden af AP og konkluderer

*"... det er jo ikke sværere end, at hvis jeg satte mig ind i det og brugte noget tid på det, så tror jeg godt jeg kunne finde ud af det og jeg tror også jeg kunne finde nogle sjove ting derinde."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Denne overlæge udtrykker en del skepsis overfor den kliniske kvalitetsdatabase, hvilket måske er en medvirkende faktor til, at han ikke er kommet i gang med at bruge AP. Han arbejder med databasen, fordi han skal og ikke fordi det giver mening.

*"Men jeg ved ikke om jeg ville finde noget, der ville være aha og nu må vi ændre på et eller andet, for main data får jeg på papir."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Ledelsen på en anden afdeling synes ligeledes, det kan være vanskeligt at bruge AP. Til tider er det mere basale tekniske problemstillinger, der driller.

*"... så kan jeg ikke engang huske, hvad der er for en 3 gange W, så er den forsvundet fra mit skrivebord. Jamen der er meget galt."*

*Ledende overlæge*

De færreste afdelingsledelser har tid til 'bare' at øve sig i brugen af AP, hvilket kan medføre at man glemmer, hvordan den bruges fra gang til gang.

*"Ja, jeg gjorde det faktisk i starten, men så går der tid og så har jeg i hvert fald glemt det ... "*

*Ledende oversygeplejerske*

Det er dog ikke kun et spørgsmål om øvelse.

*" Det er for kompliceret til at bruge det ordentligt, sådan vil jeg sige det."*

*Ledende oversygeplejerske*

Men når det virker, så er der mulighed for at bruge AP til noget.

*"... der var det jo en stor fornøjelse, at kunne gå ind og trække nogle data ud. Hvor mange patienter får vi, hvor kommer de fra og hvor går de hen i verden og det kunne jeg jo gøre på no time."*

*Ledende overlæge*

Analysen af interviewene viser at vejen ind til og selve brugen af AP, volder en del besvær. Der er tale om flere forskellige problemstillinger og de kan kategoriseres på følgende måde:

- Almen viden om brug af computer
- Undervisning i brugen af AP
- Brugbarheden af selve applikationen
- Mening - giver det mening at udarbejde disse rapporter?

Ud fra vores interviews vil vi konkludere, at ovenstående er medvirkende årsager til at tre ud af fire afdelinger aldrig eller sjældent bruger AP til at udarbejde rapporter. Uanset om den manglende brug skyldes mangel på undervisning, applikationernes brugbarhed, tid/ressourcer eller andet, synes interviewene at vise, at den grundlæggende problemstilling er manglende mening. I afdelingsledelsernes hverdag, der er fyldt med praktiske udfordringer, er det ikke et fremadrettet arbejde med kliniske kvalitetsdatabaser der prioriteres. Når det er tilfældet giver det heller ikke mening at investere ressourcer i at bruge eller lære at bruge AP.

I alle sygdomsområderne er der tale om fortolkningsfleksibilitet i forhold til brugen af AP. Ingen af dem bruger AP som den var tiltænkt. Derimod vælger de at bruge AP på den måde, der giver bedst mening for dem. Dette inkluderer helt at undlade at bruge den eller bruge den som management redskab i form af styring ved hjælp af produktionstal.

### **12.1.5    Anvendelsen af data**

De kliniske kvalitetsdatabaser er tænkt som et værktøj til forbedring af behandlingskvaliteten. I interviewene var der eksempler på anvendelser af databaserne til klinisk kvalitetsudvikling, men endnu flere eksempler på andre anvendelser. Specielt fandt vi eksempler på kontrol, styring og konsekvenser af reformer. Dette er begreber, der kan samles under New Public Management (NPM).

Når det gjaldt behandlingskvaliteten blev databaserne både brugt til overvågning, men også decideret kvalitetsudvikling på baggrund af monitoreringen. Dette stemmer overens med formålene med databaserne (Danske Regioner 2007, p. 3).

I NIP-databaserne anvendes standarder til at markere det ønskede kvalitetsniveau, som nævnt på side 43. Afdelingerne anvender i høj grad disse standarder til at evaluere sig op mod.

*"Og ellers har databasen bare bekræftet os i, at vi yder en god service. Langt de fleste af resultaterne, der ligger vi jo deroppe, hvor man bør ligge. At vi husker at seponere antibiotikaen på det rigtige tidspunkt og patienten bliver kikkertundersøgt indenfor et døgn."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Monitoreringen har i nogle tilfælde vist, at afdelingens resultat afveg fra standarden og medført, at man har forsøgt at udvikle kvaliteten.

*"Jeg ved ikke hvor stor konsekvens det har. Det har jo haft konsekvens i forhold til pårørende, hvor vi troede, vi lå bedre end vi ligger. Det har betydet, at det er blevet deklareret at der skal være fokus på pårørende."*

*Databaseansvarlig overlæge*

I andre tilfælde har afvigelserne fra det ønskede kvalitetsniveau ikke haft nogen effekt.

*"Det er der ikke nogen, der gør noget som helst ved, selvom de ved det står galt til."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Det var ikke tydeligt, hvordan afdelingerne prioriterede de tilfælde, hvor de afveg fra det ønskede niveau. Prioriteringen kan muligvis bero på hvilke indikatorer, der

er mest velegnede til at fremstille afdelingen som isomorfisk tilpasset. Vi kan dog ikke finde grundlag for dette i interviewene.

Afdelingerne med databaser under KCØ sammenlignede sig i højere grad med andre lignende afdelinger. Disse databaser har ikke et ønsket kvalitetsniveau på samme måde som NIP-databaserne og anvender i stedet sammenligningsdiagrammet (se Bilag 2).

*"Vi skubber fx hvor mange regionaler man lægger til fx hoftefrakturer frem for at bedøve folk helt. Andre steder er de måske noget bedre til det end vi er og så skubber vi i den retning.*

*Databaseansvarlig overlæge*

Flere gav udtryk for, at databaserne ikke bringer noget nyt for dagen.

*"Dels bruger vi dem til at den AHA-oplevelse hver gang, der kommer en rapport, at ja dødeligheden er stadig 30 % ... og diskutere om det er fordi vi er dårlige læger eller om det er et specielt dansk fænomen, om det kan gøres bedre eller om det i virkeligheden var nogle urealistiske mål..."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Og det gør det endnu mere meningsløst, at det er det samme man bliver ved med at indrapportere år for år."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Når vi ser på hvad, hvad vi bruger det til, så er det en forudsigelig årlig skideballe, som handler om det samme år efter år, hvor man kan copy-paste fra 2006 til 2007."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Langt størstedelen af interviewpersonerne havde vanskeligt ved at komme med eksempler på, at databasen har medført forbedringer i behandlingskvaliteten. Selvom de blev spurgt direkte til dette, kom der som regel eksempler på anden anvendelse. Et eksempel handlede om, at den databaseansvarlige kopierede data fra databasen over i en anden database. Denne anden database bliver så brugt som et ledelsesværktøj.

*"... sygeplejerskerne vil gerne have at vide: "arbejder vi ikke hele natten?". Neej, siger vi, det er målt hvor mange anæstesitimer, der er brugt pr nat, så det ligger der en kurve over, fordeling pr måned, hvor mange timer man har brugt det hver nat, så det lægger en dæmper på debatten har jeg indtryk af."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Set i et socioteknisk perspektiv kan en anvendelse af databasen som ledelsesværktøj være et udtryk for en fleksibel tolkning. Databasen i denne afdeling eller gruppe giver bedre mening som ledelsesværktøj. Databasen har stabiliseret sig og fungerer i hverdagen, fordi den kan løse andre problemer end de oprindeligt tiltænkte (Lauritsen 2007).

Databaserne blev ofte nævnt som et redskab til at få overblikket over produktionen/aktiviteterne i afdelingen.

*"... jeg skulle sige noget om geriatri for en politiker, der havde meldt sin ankomst....og der var det jo en stor fornøjelse at kunne gå ind og trække nogle data ud – hvor mange patienter får vi, hvor kommer de fra..."*

*Ledende overlæge*

Beregningsgrundlaget i det danske sundhedsvæsen er DRG (Diagnose Relaterede Grupper). Det er meningen, at afdelingernes afregning sker via det patientadministrative system som i det gamle H:S er GS (Grønt System).

Tilsyneladende har afdelingsledelsen brug for at tydeliggøre kvaliteten af denne afregning. Den kliniske kvalitetsdatabase anvendes til at trække lister, hvor manglende registreringer vises. Listerne skal motivere personalet til at blive bedre til at registrere. På den måde kan afdelingen få tilført flere ressourcer.

*"Og så røg Barthellen med i farten, også for at fokusere på at den skulle være lavet for at tjene penge"*

*Ledende oversygeplejerske*

Disse data havde også en klinisk funktion.

*"Vi har et mål, at Barthellen skal stige under indlæggelse"*

*Ledende overlæge*

DRG-afregning er et led i den kontraktstyring, som anvendes i sygehusvæsenet og som sådan en af de styringsformer, der er introduceret af politikere, som led i effektivisering og NPM (Bech 2006, p. 1).

Også i andre økonomiske henseender anvendes databaserne.

*"Det er ikke ligegyldigt om et net til et hernie koster 10.000 eller 30.000, fordi regningen ender i vores afdeling. Der vil vi formodentlig kunne gå ind og se på netop disse case-mix, hvad koster det og hvad kan forklaringen være på, at vi måske laver et voldsomt budgetoverskred."*

*Ledende oversygeplejerske*

Det er fælles for de tre ovennævnte citater, at personerne er ledere og ikke udelukkende databaseansvarlige. Afdelingsledelserne er i højere grad udsat for et pres på at oppebære en produktion og ser dermed meget på bundlinjen, hvilket kendetegner offentlige institutioner under New Public Management (Kragh Jespersen 2005). Vi fandt dog den samme produktionstankegang hos de database-ansvarlige overlæger.

*"... det er også med en vis stolthed man kan se, at kurven den bare stiger i produktionen."*

*Databaseansvarlig overlæge*

I det hele taget var der mange måder at anvende databaserne på, som ikke kunne relateres til decideret kvalitetsudvikling for det specifikke sygdomsområde.

*"... jeg ved at nogle af vores tillidsrepræsentanter hos sygeplejerskerne, de bruger det meget og kigger på udviklingen og bruger det til oplæg og måske til forhandlinger."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Vi bruger data til Lean-projektet." (om skiftetider på operationsstuer, red.)*

*Databaseansvarlig overlæge*

Databaserne anvendes generelt til formål, som præger de ansattes hverdag. Den institutionelle påvirkning i form af fx ledelsesteknologier, såsom Lean-management, medfører at afdelinger tolker databaserne på forskellig vis, alt efter hvad der giver mening i de rammer, der er for teknologien. Databaserne findes velegnede til de eksempler, der er nævnt her ovenfor.

En enkelt databaseansvarlig overlæge gav udtryk for skepsis ved at vurdere den kliniske kvalitet ved hjælp af kliniske databaser.

*"Når man vælger én sygdom ud af 50, så medfører det jo også et eller andet sted, at lige præcis den sygdom bliver behandlet ekstremt godt... Det går ud over nogle andre patienter."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Samlet set er anvendelse af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser noget diffus. Ligesom tilfældet var med organiseringen af arbejdet med databaserne, er anvendelsen uorganiseret og den enkelte afdeling oversætter selv data til lokale forhold. Forhold som vel at mærke ikke er relateret til kvaliteten på sygdomsområdet, men mere er i tråd med de mange reformer og ledelsesteknologier, som afdelingerne skal forholde sig til som led i NPM. I mange tilfælde er det ikke indikatorerne, der anvendes, men de datasæt der ligger bag indikatorerne, fx omkring antal behandlede og operationsstuer. I nogle tilfælde anvendes databaserne til at monitorere kvaliteten, men det er oftere, at de anvendes til at monitorere produktionen. Det kan skyldes, at de værktøjer, som afdelingerne skal anvende til at få overblik over produktionen, ikke er gode nok. Det er en del af det Nationale Indikatorprojekt, at data kan anvendes som en del af afdelingernes ledelsesinformationssystem (NIP-sekretariatet 2007a). Hovedformålet er dog den sundhedsfaglige kvalitet for både NIP og KCØ databaserne.

### **12.1.6 Formidling**

I vores indledende undersøgelse var det tydeligt, at der ikke var enighed mellem ledere og medarbejdere om graden af formidling af data, resultater og analyser fra de kliniske kvalitetsdatabaser til medarbejderne. Derfor var formidling et tema i de fire interviews vi gennemførte. Vi ville undersøge sygdomsområdernes formidling af data fra deres kliniske kvalitetsdatabaser, herunder i hvilket omfang, hvordan, hvad og til hvem der formidles.

Det er tydeligt, at der er store forskelle fra sygdomsområde til sygdomsområde. I nogle af sygdomsområderne bliver data stort set ikke formidlet videre fra ledelsen, eller fra den fagperson, der har fået ansvaret uddelegeret. Data bliver set af ledel-

sen og så kommer det ikke længere eller det bliver kort præsenteret for kollegerne fx en gang om året.

Adspurgt om data formidles videre fra ledelsen svarer en af de databaseansvarlige overlæger:

*"... så stopper det der."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Det bliver nævnt på en morgenkonference. Sådan går det med det, og det ligner sidste år og sådan går det med det og det skal I være bedre til at indberette og hør nu her det er ikke godt nok og husk det der med de tre timer... og så går der et år!"*

*Databaseansvarlig overlæge*

Her er der tale om en lidt tilfældig og ustruktureret måde at præsentere data på. Det er ikke et højt prioriteret område i sygdomsområdet.

Der er sygdomsområder, der formidler data til medarbejderne i en mere systematisk form. Man har valgt at overføre data fra AP til en rapporteringsform, der passer ind i egen organisation. På den måde kan personalet følge med i hvordan det går med fx knivtider og operationstider.

*"Så har vi vores online rapportering, som er lagt an på, at alle kan gå ind og se nogle data, det er sådan mest produktion - hvad bruger vi vores ressourcer til. Her er jeg ikke tvunget til at skulle bruge det der søgesystem, der er i DAD men kan lave nogle filtre og koble en kalender til... Der er opdateringer ugentligt eller hver 14. dag."*

*Databaseansvarlig overlæge*

De sundhedsprofessionelle har på den måde valgt en helt ny løsning, der viser data på en anden måde end med de værktøjer, der er stillet til rådighed. Vi oplever her et eksempel på en social konstruktion af teknologi (SCOT), der her viser hvordan man lokalt beslutter, hvordan teknologien anvendes. Teknologien anvendes i forhold til, hvordan den kan tilpasses netop denne gruppe klinikere. Samtidigt ser vi et eksempel på dekolpling, der i den nyinstitutionelle organisationsteori ses som et udtryk for at man indadtil i organisationen vælger at arbejde på en anden måde end kravene udefra foreskriver. Dette bunder i en række tekniske og praktiske overvejelser. I eksemplet ovenfor har man i sygdomsområdet helt bevidst valgt ikke at anvende de analyse- og formidlingsværktøjer, der er stillet til rådighed, ligesom man har fravalgt at bruge de vedtagne indikatorer i deres oprindelige form.

Man anvender variable fra det bagvedliggende datasæt. Det er i helt overvejende grad data, der knytter sig til produktion, som overlægen også selv gør opmærksom på. Det er tilsyneladende generelt produktionstallene, der opleves som mest brugbare og relevante.

Der er flere sygdomsområder, der formidler gennem det lokale kvalitetsråd, i nyhedsbreve eller på morgenmøder.



*"Vi har jo vores kvalitetsråd, som vi bruger."*

*Ledende oversygeplejerske*

*"Det kan komme i et nyhedsbrev eller på et morgenmøde, vi har møde hver morgen, så bliver det lagt på ..."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Formidling direkte til personalet fik vi kun ét konkret eksempel på.

*"Personalet får jo sådan en månedsudskrift af Barthel og BMI. Hvad er den, når de kommer ind og er den steget? Det er vi begyndt på. Det er jo for at få folk til at lave den."*

*Ledende oversygeplejerske*

En del af motivationen for denne procedure er tildeling af DRG-kroner som i dette sygdomsområde er knyttet til en score på Barthel ved indlæggelsen. Det handler altså ikke om forbedring af den patientrelaterede kvalitet i første omgang, men om en registrering af et funktionsniveau ved indlæggelsen, da dette er afgørende for tildeling af DRG-kroner. En registrering der i praksis afregnes fra diagnoserne i epikrisen.

Der var flere af sygdomsområderne, der nævnte at data kunne formidles på andre måder og i andre sammenhænge. Det blev nævnt, at tillidsrepræsentanter ved forhandling kunne anvende data og som her i forbindelse med resultatkontrakter med hospitalets direktion.

*"Vi kan i hvert fald bruge dem (data, red.) i en diskussion om de tal, der står i vores resultatkontrakt i en debat med direktionen, når vi snakker om ressourcetilførsel."*

*Ledende oversygeplejerske*

Vi hørte flere gange ledelserne snakke om ambitioner og viljen til at blive bedre til formidling af data fra databasen.

*"Vi har jo haft store visioner om at bruge de data og formidle dem ud i langt højere grad end vi har gjort i de år, hvor databasen har eksisteret."*

*Ledende overlæge*

*"Hvis jeg skulle passe det ordentligt, så ville jeg sørge for, at det blev sendt til ledelserne, så de kunne forholde sig til det hver i sær."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Det er altså meget forskelligt, hvordan formidlingen finder sted. Den foregår typisk via nyhedsbreve, opslag, intranet, lokale kvalitetsråd eller slet ikke.

Processerne for formidling er ikke entydige og varierer mellem sygdomsområderne og også indenfor det enkelte område, hvor der heller ikke er konsekvens i formidlingen alle steder. Hvor komplekst formidling er, udtrykkes meget fint af en af overlægerne:

"Det er en meget indirekte proces, som jeg i virkeligheden ikke har fuld indsigt i..."

*Databaseansvarlig overlæge*

### **12.1.7 Muligheder**

I vores forundersøgelse var der flere ledere, der gav udtryk for at arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser og anvendelse af data til kvalitetsudvikling kunne forbedres "hvis bare..."

På den baggrund besluttede vi, at vi ville gøre det til et tema i vores interviews med lederne. Det ville være spændende, hvis vi kunne komme frem til nogle konkrete forslag til hvordan arbejdet kunne blive mere hensigtsmæssigt.

I ingen af de fire sygdomsområder gav spørgsmålet anledning til at gå i forsvar. Der er en generel erkendelse af, at der kan gøres mere for at udnytte data. Der var forskellige forslag til, hvordan det bedst kan gøres. De muligheder, lederne ser, for at komme videre med at anvende data til kvalitetsudvikling, samlede sig om fire hovedkategorier:

- Tekniske
- Personlige
- Organisatoriske
- Datakvaliteten

Den **tekniske** side fylder meget og handler typisk om bedre muligheder for at kunne anvende relevante data.

*"Vi skal jo implementere ORBIT – operationsplanlægningsprogrammet – og meget andet i løbet af 2008 og hvis nogle af de data kunne blive overført så kunne det jo måske blive rigtigt spændende. Så ser man i virkeligheden på hele forløbet på en anden måde."*

*Ledende oversygeplejerske*

*"Der skal simpelthen det til, at vi får et elektronisk anæstesi journal system som automatisk dumper de her data. Det bedrer kvaliteten fordi det er mere online og det gør, at vi faktisk vinder måske 10-15 minutter på hver anæstesi. Så skal vi have opvågningen på. Det betyder at vi får nogle smertescor og kvalmescore som gør, at vi kan måle på noget af vores mere væsentlige kvalitet. Altså kunne koble sammen med nogle andre databaser som registrerer out-come af sygdomsforløb."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Sådan en (rapport, red.) kunne jeg godt tænke mig, man fik ud automatisk."*

*Ledende oversygeplejerske*

*"Så siger jeg, at den er svær at have med at gøre. Så siger jeg at jeg godt kunne tænke mig at man elektronisk hjalp fx mig med mit arbejde."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Eller udtrykt helt præcist:

*"Vi vil have en elektronisk patientjournal!"*

*Databaseansvarlig overlæge*

Ovennævnte citater kan tolkes på flere måder. Man kan anlægge den vinkel på det, at der alene er tale om, at teknikken skal løse praktiske problemstillinger, fx at personalet ikke skal registrere data flere steder. Dette kan fx være baggrunden for at man ønsker at databaserne skal fødes med data fra EPJ og andre elektroniske systemer i stedet for den formålsbestemte indtastning i KMS (se Bilag 2). En anden forsigtig tolkning kan være at disse udtalelser i virkeligheden er udtryk for en rationel myte i form af at man først kan lave kvalitetsudvikling, når data overføres elektronisk. Den irrationelle logik ligger i at man allerede har en masse tilgængelige elektronisk lagrede data, som ikke anvendes til klinisk kvalitetsudvikling. Der er således ingen åbenlys grund til at tro, at dette skulle ændre sig ved at data overføres elektronisk. Irrationel logik bliver dermed til en rationel myte, der er med til at legitimere den begrænsede anvendelse af data (Mejlby et al 1999, pp. 142-146).

De muligheder for forbedringer der er af mere **personlig** karakter handler typiske om at blive bedre til at prioritere arbejdet for at øge udbyttet.

*"Der skal ikke så meget andet til, end at vi to (ledelsen, red.) har fem minutter tilovers – nej, vi skal sætte en eftermiddag af til også at tænke det igennem og sørge for at få sat et eller andet op, så det bliver formidlet ud til dem, der rent faktisk går og arbejder med det."*

*Ledende overlæge*

Eller som denne overlæge udtrykker det, at arbejdet kommer til at påhvile særligt udvalgte og interesserede klinikere:

*"I den bedst tænkelige verden var der måske en der sad og brændte for at sidde og lege."*

*Databaseansvarlig overlæge*

**Organisering** af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser er et tema, der går igen i de fleste sygdomsområder. Der nævnes flere muligheder og et gennemgående emne er graden af central styring.

*"Jeg tror der skal en markedsføring til nationalt fra, for at få sådan noget til at køre. Der tror jeg, at organisationen der er omkring er alt for svag."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Jeg ved ikke om NIP har lavet tilstrækkeligt hjemmearbejde. Hvis man nu skulle sælge sæbe, så ville man jo tænke lidt mere over indpakningen og ikke bare sige, at du kan finde den her webadresse og så skal det nok gå godt. Så ville man jo argumentere for sagen, skal jeg ikke komme ud og forklare det. På den måde kunne man tænke sig at det nationale niveau kunne gøre noget mere for at det faktisk kunne lade sig gøre og så kunne det lokale niveau også opføre sig mere ansvarligt eller hvad skal man kalde det ... bruge nogle flere ressourcer på det, for at udnytte det. Vi har jo mulighederne."*

*Databaseansvarlig overlæge*

NIP databaserne er typisk bygget op med management, der relaterer sig til strukturen. Der er fokus på bundlinien, datakomplethed og efterlevelse af standarder. Beyer beskriver, hvordan ledelse og management som begreber kan have betydning for, hvordan klinikerne og de lokale ledelser forholder sig til de krav og forventninger, der er til at arbejde med data og kvalitetsudvikling. I ovennævnte citater gives der udtryk for, at der lokalt mangler noget motivation og nogle visioner, som man kan forholde sig til. Dette kan også hænge sammen med de fund vi gjorde i analysen omkring organiseringen af databaserne lokalt. Her fandt vi, at de personer, der havde fået uddelegeret ansvaret for databaserne, ikke mente de havde ledelsesansvaret. Netop motivation og visioner er normalt relateret til ledelsesbegrebet (Beyer 2006, p. 81). For at motivere til anvendelse og formidling af data fra databaserne er det derfor nødvendigt at sætte fokus på de ting, som databaserne kan og som klinikerne finder relevante i deres dagligdag (Melander & Jørgensen 2002, p. 560).

Når vi taler om organisering af arbejdet, er der flere der nævner vigtigheden af ejerskab og graden af lokal forankring til den konkrete database.

*"Det tror jeg er rigtig vigtigt, for nogle af de databaser vi allerbedst kan lide det er jo dem der udspringer af kirurgisk selskab eller en gruppe under kirurgisk selskab – Det er noget vi selv har opfundet."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Pres udefra kan virke motiverende for at komme i gang med anvendelse af data:

*"Da vi skulle til at forberede os til akkreditering."*

*Ledende oversygeplejerske*

Det kan være et pres som her i forbindelse med en ekstern vurdering af kvalitetsarbejdet i organisationen. Det kan også være et politisk pres for at kunne sammenligne kvaliteten af behandlingen på forskellige hospitaler. Et sådan pres udefra er i den nyinstitutionelle organisationsteori beskrevet som institutionel påvirkning. Organisationerne og aktørerne vil forsøge at tilpasse sig dette pres, men med risiko for lokale tolkninger.

Datakvaliteten i de kliniske kvalitetsdatabaser skal opleves som relevant og brugbar i kvalitetsarbejdet for, at det giver mening og der opstår en følelse af ejerskab. De sundhedsprofessionelle kan have svært ved at ændre på arbejdsindhold og arbejdsgange. Ifølge nyinstitutionel teori beskriver mange sundhedsvæsenet som trægt og vanskeligt at forandre. Det kan være vanskeligt at sætte nye tiltag i funktion, da disse ofte vil bryde den eksisterende professionelle autonomi og faglighed.

*"Det skal være meningsfuldt det man sidder og laver."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"Vi har længe syntes, at det var forkert at det ikke var en kikkertundersøgelsesdatabase!"*

*Databaseansvarlig overlæge*

Samlet set er der noget der tyder på at de væsentligste faktorer der skal til for at anvende data efter hensigten er:

- En følelse af ejerskab til databasen
- At de der arbejder med data har interesse for det
- At der er støtte og interesse for arbejdet
- At der er en grad af central styring

Vi finder specielt det øverste og nederste punkt interessant, da der ligger en vis modsætning i både at ønske et lokalt ejerskab OG en central styring.

På den ene side giver lederne udtryk for et stærkt ønske om ejerskab og medindflydelse på både valg af sygdomsområde, indikatorer og måde at organisere sig på. På den anden side ønskes der central styring og markedsføring. Vi tolker det som, at de fagprofessionelle helst vil opfinde det hele selv og hvis de ikke har mulighed for det, så vil de ikke tage ansvaret, men overlader det til andre. Borum anvender begrebet 'institutionel inerti' om tiltag, der bryder med traditionerne og det fagprofessionelle selvstyre. Hvis tiltagene ikke udspringer fra de professionelle selv, så får de ikke den fornødne opbakning (Borum 1997, p. 265). Vores analyse viser, at det typisk er de databaser, der er opstået gennem pres udefra eller som følge af politiske beslutninger, der efterspørger dette ejerskab, som synes så vigtigt i professionelle institutioner.

## 12.2 Analyse i lyset af nyinstitutionel organisationsteori

I interviewene fandt vi flere eksempler på, hvordan New Public Management (NPM) tiltag har påvirket sundhedsvæsenet og dermed også anvendelsen af databaserne. I interviewene nævnes DRG-afregning, produktionskurver, budgetter, Lean-projekter. Alle sammen tiltag med henblik på at effektivisere de ydelser, sundhedsvæsenet som helhed skal levere (Vrangbæk 1999).

Som bla. Kragh Jespersen har beskrevet har NPM-tiltagene konsekvenser, da styringsformerne anfægter det professionelle selvstyre (Kragh Jespersen 2005). Interviewene viser dog, at de fagprofessionelle har tilpasset sig disse styringsformer. Endda i så høj en grad at de kun vanskeligt kan anvende de kliniske kvalitetsdatabaser til det egentlige formål, udvikling af den behandlingsmæssige kvalitet. Fx viser følgende citat fra en databaseansvarlig overlæge at produktionen – kvantiteten – er blevet en faktor, som der tænkes meget over.

*"... det er også med en vis stolthed man kan se, at kurven den bare stiger i produktionen."*

*Databaseansvarlig Overlæge*

Interviewene viser også, at nogle af databaserne ikke får den nødvendige opmærksomhed, fordi de udspringer af politiske beslutninger i stedet for et behov i klinikken.

*"... nogle af de databaser vi allerbedst kan lide, det er jo dem, der udspringer af kirurgisk selskab eller en gruppe under kirurgisk selskab..."*

*Databaseansvarlig overlæge*

*"... der var store protester i selskabet over at den database skulle laves overhovedet."*

*Ledende overlæge*

*"Jeg tror det er det bedste, hvis det springer ud af, hvad de faglige selskaber selv synes er et problem, noget de selv synes, det bliver vi nødt til at holde øje med."*

*Databaseansvarlig overlæge*

I disse tilfælde finder man det vanskeligt at anvende databaserne i relation til behandlingen, fordi man ikke oplever at databasen eller indikatorerne er relevante. Nogle af databaserne opleves som endnu et udtryk for en kontrolmekanisme fra politisk og administrativ side. Vi tolker det som at databaserne i disse tilfælde bryder med den fagprofessionelle autonomi, hvilket gør databasens vilkår vanskeligere (Borum 1997).

Eksemplet hvor data trækkes fra databasen over i en anden hjemmelavet database, kan ses som et udtryk for at man ønsker at bevare en vis professionel autonomi.

Selvom dele af management tankegangen er blevet en integreret del af klinikernes hverdag, så medfører denne tankegang, at man på afdelingsniveau dekobler i den forstand, at man på overfladen fremstår som en afdeling, der sætter den faglige kvalitet højt qua man leverer data til en klinisk database. Der arbejdes på at sikre en høj datakomplethed, så man lever op til de formaliserede krav, der udspringer fra Danske Regioner og Det Nationale Indikatorprojekt. Dekoblingen vil som regel medføre, at formelle inspektioner og evalueringer minimeres (Brignall & Modell 2000, p. 290). Man får ikke gennemgået de fremsendte rapporter eller undersøgt årsagerne til afvigelser og dermed kommer kvalitetsudviklingsprocessen ikke i gang.

En overlæge udtalte sig fx om årsrapporten, som for dette speciales vedkommende udkom i sommeren 2007.

*"Jamen jeg har ikke set den før!"*

*Ledende overlæge (Februar 2008)*

På denne baggrund er det vanskeligt at starte en kvalitetsudviklingsproces og hverdagen fortsætter stort set uændret (Nielsen 2007, pp. 253-256).

Vi fandt flere eksempler på lokale oversættelser af databaserne. I et sygdomsområde blev der åbenlyst givet udtryk for, at indikatorerne transformeres til lokale forhold, fordi indikatoren ikke er defineret præcist nok. Igen er transformationen et udtryk for at et udefrakommende krav tilpasses de lokale forhold, så hverdagen ikke påvirkes for meget (Kragh Jespersen 2005). Interviewet viste også at der er sat et øget fokus på denne patientgruppe.

Et andet eksempel på lokal tolkning var den proces, som foregik i en af databaserne med at trække data over i en hjemmelavet database og udarbejde statistikker og grafer omkring nogle strukturer i specialet. I dette tilfælde har man ønsket andre statistikker end dem, som AP kunne levere.

På et mere overordnet plan lader det til at selve organisationen omkring de kliniske kvalitetsdatabaser åbner mulighed for, at anvendelsen af databaserne kan transformeres til lokalt niveau. Der foreligger ikke mange krav til, hvordan organisationen lokalt skal fungere. Dette betyder at afdelingerne frit kan tilpasse organisationen alt efter, hvordan deres hverdag i øvrigt fungerer og hvor højt de vægter databasen. Dette blev tydeligt i analysen af den lokale organisation omkring databaserne.

Databaserne bliver derved sociale konstruktioner, som tilpasses de behov afdelingen har og ikke de krav, der skal opfyldes for at anvende databasen efter hensigten (Kragh Jespersen 2005, Vrangbæk 1999, p. 49).

Det er i sig selv ikke negativt, at databaserne transformeres til lokale forhold, for det betyder at de *bliver* anvendt og giver mening i nogle sammenhænge for de fagprofessionelle, der arbejder med dem. Her er det netop den fagprofessionelle autonomi, der gør at databaserne finder anvendelse til formål, der findes relevante i hverdagen (Borum 1997). Problemet er dog fortsat, at databaserne er bragt til verden med et andet formål.

Vi søgte også efter eksempler på rationelle myter i de fire interviews. Det at databaserne i så høj grad anvendes som midler til at forholde sig til de NPM-inspirerede tiltag som DRG-afregning, betragter vi overordnet som en magtfuld institutionel regel, som er blevet en rationel myte. Databaserne anvendes som midler til at opfylde de politiske og administrative mål på produktionsområdet og er som sådan blevet integreret som et almengyldigt værktøj til dette.

NPM-tiltag er blevet kritiseret for at skabe modsætninger mellem fx produktivitet og kvalitet, således at man skaber en zig-zag kurs, hvor man først forsøger at forbedre en ting, som så medfører at man bagefter skal forbedre noget andet (Vrangbæk 1999, p. 51 og Kragh Jespersen 2005, p. 19). Om dette siger en af interviewpersonerne:

*"Jeg tror ikke det skulle være to forskellige databaser, man skulle taste produktion og kvalitet ind i – jeg tror tingene hænger sammen. Skynder vi os mere, så gør vi også tingene anderledes og så er det måske kvaliteten, det går ud over. Jeg tror det hænger uløseligt sammen."*

*Databaseansvarlig overlæge*

Vores tanker omkring dette dilemma er, at man med en kontinuerlig overvågning af både produktion og kvalitet formentlig vil gøre kursen mere lige. Hvis man kun en gang om året forholder sig til afdelingens resultater, vil disse udsving derfor blive større og få mere karakter af forbedringsprojekter i stedet for en integreret del af klinikernes hverdag. Som Melander og Jørgensen beskriver, er der en betydelig projektræthed i sundhedsvæsnet, fordi sådanne "pludselige indskud" kræver ressourcer og ikke giver de forventede resultater (Melander & Jørgensen 2002, p.560).

Flere af interviewpersonerne gav udtryk for, at nok havde de det lokale ansvar for den kliniske database, men de opfattede sig ikke som ledere. Det fokus, som vi oplevede at der var på fx datakomplethed og produktionstal, er i høj grad inspireret af managementtankegangen. De ledelsesmæssige fokusområder, som motivation, innovation og proces-tænkning fandt vi kun i begrænset omfang (Beyer 2006). Den manglende proces-tænkning kan meget vel tænkes at have betydning for kvalitetsudviklingsprocessen, som netop er en dynamisk og vedvarende proces (Kjærgaard & Hansen 2001, p. 24).

### **12.2.1 Delkonklusion på det nyinstitutionelle perspektiv**

Vi fandt flere eksempler på, at anvendelsen af de kliniske kvalitetsdatabaser påvirkes af de mange reformer og tiltag, der udspringer fra politisk og administrativ side. I nogle tilfælde opfattes selve databasen som et sådan tiltag. Dette medfører dekobling og oversættelser på det lokale ledelsesniveau, som udadtil legitimerer sig ved at kunne præsentere komplette data i en klinisk kvalitetsdatabase. Databaser-

ne har fået en rationel funktion som middel til at overvåge produktion, økonomi og daglig arbejdsfordeling.

Det store fokus på datakomplethed er i sig selv et udtryk for en rationel myte, i og med at der gives udtryk for, at der ikke kan arbejdes med data før disse er komplette. Dette er en socialt skabt konvention, som legitimerer den manglende anvendelse af databaserne til kvalitetsudvikling ved at fremstå som et rationelt udtryk for fakta. Datakomplethed er selvfølgelig væsentlig for at få absolut valide resultater, men den manglende anvendelse af resultaterne kan virke demotiverende, og mindske kompletheden yderligere. Den rationelle myte fører derved ind i en negativ spiral.

### **12.3 Analyse i et socio-teknisk perspektiv**

Ved interviewene fandt vi flere eksempler på at man socialt konstruerede anvendelsen af databaserne.

De fire databaser blev i det daglige tolket på forskellig vis. De interviewpersoner, der var ansat som ledere af afdelingerne, anvendte i mange tilfælde databaserne til processer, der er relateret til økonomi og det billede, man gerne vil vise omverdenen. Vi betragter disse personer, som dele af en social gruppe – en ledelsesgruppe. Denne gruppe er i høj grad påvirket af de politiske tendenser og reformer, hvor fx benchmarking i stigende grad anvendes til at måle præstationer i det offentlige sundhedsvæsen. Denne kontekst og det pres, som ledelserne må fungere i og under, skaber de teknologiske rammer, som teknologien skal fungere indenfor.

De databaseansvarlige overlæger tolkede også databaserne på forskellig vis. Analysen af de forskellige anvendelser viser, at databaserne konstrueres på meget forskellig vis på afdelingsniveau. Eksemplerne spænder fra kvalitetsudvikling hen over produktionsovervågning, økonomisk afregning og til tillidsrepræsentanternes forhandlinger. Eksemplerne viste en overvægt i produktionstankegangen. I disse tilfælde har de sociale organisatoriske systemer fået tekniske konsekvenser. Men omvendt ses det også at det tekniske system har sociale konsekvenser (Coiera 2007, p. 99).

Flere af interviewpersonerne angiver, at de har vanskeligt ved at anvende AP. Dette medfører, at de kun anvender den i begrænset omfang, hvilket igen har betydning for anvendelsen af data fra de kliniske databaser. Samtidig viser interviewene, at ledelserne kan få de ønskede produktionsdata uden det store indblik i AP og derfor ikke har behov for at gå dybere i denne og de kan med rette sige, at den ikke virker til det, de har behov for.

Selvom databaserne er introduceret med det formål at øge behandlingskvaliteten for et sygdomsområde, fremstår de ikke specielt effektive og integrerede i denne sammenhæng. Databaserne har i stedet stabiliseret sig lokalt ved, at de ofte anvendes til at løse andre problemer, end dem, der er relateret til sygdomsområdet. Flere af de processer som er udløst af NPM-tiltag som akkreditering, DRG-afregning og effektivisering i det hele taget, løses ved hjælp af databaserne. Man har med andre ord redefineret det problem, som databaserne skal løse. Denne redefinition er sket på grund af den kontekst, databaserne skal fungere i, også kaldet teknologiske rammer (Lauritsen 2007, p. 48).



Som det fremgår af indledningen til dette projekt, så er hospitalerne i disse år under et massivt pres for at leve op til krav om effektivitet, korte ventetider, færre fejl, bedre økonomi osv. I interviewene fremgår det meget tydeligt at dette mærkes på lokalt niveau og må nødvendigvis smitte af på hvordan databaserne anvendes. Historisk er databaserne skabt for at forbedre behandlingskvaliteten indenfor specifikke sygdomsområder, men udviklingen i sundhedsvæsenet betyder at databaserne anvendes med andre formål. I SCOTs perspektiv betyder det at databaserne har haft et potentiale, som nu anvendes (Lauritsen 2007, p. 45).

De teknologiske rammer er en medvirkende årsag til, at de kliniske kvalitetsdatabaser kun i begrænset omfang anvendes til udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet. I den indledende undersøgelse gav lederne udtryk for en signifikant mere positiv indstilling til anvendelse af data til kvalitetsudvikling end medarbejderne. Hvis vi betragter lederne som en social gruppe, så har de en anderledes teknologisk ramme end medarbejderne som social gruppe. Medarbejderne er formentlig i højere grad orienteret mod kliniske resultater og forstår dermed noget andet ved kvalitetsudvikling.

Det vil være at gå for vidt at sige, at de kliniske kvalitetsdatabaser har stabiliseret sig på nuværende tidspunkt, da der fortsat er ledere og databaseansvarlige, der ikke er bekendt med de muligheder, der er i databaserne. Der er derfor fortsat uforløst potentiale for anvendelse.

### **12.3.1 Delkonklusion på det sociotekniske perspektiv**

De kliniske kvalitetsdatabaser bliver i høj grad fortolket fleksibelt og der er stadig potentiale for yderligere anvendelse, hvilket fremgår af analysen af de muligheder interviewpersonerne ser for fremtidens kliniske kvalitetsdatabaser. De kliniske databaser, set som teknologier, konstrueres i høj grad af de sociale grupper og de sociale grupper, organisationen, påvirkes af databaserne. Vi ser at en kombination af udefrakommende krav fra politisk side og lokale interesser skaber anvendelsen. Opbygningen af KMS og AP er samtidig med til at påvirke de sociale gruppers interaktion med databaserne.

## **12.4 Samlet konklusion på første interviewrunde**

De fire interviews pegede på syv overordnede temaer, der er relateret til anvendelsen af data til kvalitetsudvikling. Af disse syv temaer kan fem relateres til kvalitetsudviklingsprocessen og viser dermed, hvor processen kan have vanskeligt ved at fungere.

### **Kvalitetsudviklingsprocessens 2. trin: Identificere indikatorer**

*Indikatorerne* er udviklet af forskellige årsager og har dermed forskellige formål. Nogle af indikatorerne afspejler patientforløbet, mens andre er lavet for at legitimere et speciales eksistens. Nogle indikatorer var tilsyneladende tilfældigt udvalgt. Andre indikatorer blev konstateret mindre relevante af interviewpersonerne. I tre ud af fire interviews havde interviewpersonerne vanskeligt ved at tage stilling til relevansen af sygdomsområdets indikatorer. Samlet set vurderer vi, at indikatorerne giver grundlag for at skabe kvalitetsudvikling, om end nogle af de valgte indikatorer ikke opfylder de krav, der stilles til valide indikatorer (NICE 2002, p. 24).

### **Kvalitetsudviklingsprocessens 3. trin: Dataindsamling og dataanalyse**

*Datakomplethed* viste sig at være en faktor, som fyldte meget i interviewpersonernes verden. I tre ud af fire interviews blev der givet udtryk for at datakompletheden var på det ønskede niveau. Dette skyldes hovedsageligt at der fra administrativ side bliver lagt mærke til omfanget af datakomplethed og der rettes henvendelse til de relevante afdelinger, hvis der er problemer. Datakompletheden blev således opnået på grund af et udefrakommende pres og der bruges mange ressourcer på at opnå datakomplethed.

*Analyseportalens (AP) brugbarhed* er væsentlig på dette stadie, da det er her at data skal analyseres, hvis man ønsker at anvende andet end de fremsendte rapporter.

I tre af de fire interviews blev der givet udtryk for, at AP var vanskelig at anvende. I de få tilfælde den blev anvendt, blev der trukket produktionsstatistikker ud. Der blev givet udtryk for, at der ikke er den fornødne tid og IT-kendskab til at anvende AP efter hensigten.

De data, der bliver anvendt og analyseret, er ofte relateret til produktion og økonomi. I tre af de fire databaser blev der givet udtryk for at indikatorerne ikke anvendes ret meget, mens data fra de underliggende datasæt ofte anvendes til fx produktionskurver eller andre politiske og administrative behov. Interviewpersonerne kunne kun komme med få eksempler på klinisk kvalitetsudvikling af sygdomsområdet. Databaserne har dermed løst andre problemer på disse afdelinger end dem, der oprindeligt var tiltænkt med kliniske kvalitetsdatabaser.

### **Kvalitetsudviklingsprocessens 4. trin: Kvalitetsvurdering**

Når dataanalysen viste dårlige resultater på en indikator, blev databaserne i nogle tilfælde anvendt til kvalitetsudvikling. Der blev givet udtryk for, at en dårlig måling sjældent resulterede i handling. I mange tilfælde var de dårlige resultater forventede, da man ikke havde taget handling på dem i de foregående år. Dette trin i kvalitetsudviklingsprocessen er særdeles vigtigt for anvendelse af data. Hvis der ikke bliver taget initiativer til at undersøge, hvorfor en måling falder udenfor sikkerhedsgrænserne, vil forbedringer af kvaliteten næppe opnås. Det 5. trin, årsagsanalyse, i kvalitetsudviklingsprocessen vil derfor også blive berørt af de manglende initiativer på dette trin.

### **Kvalitetsudviklingsprocessens 6. trin: Kvalitetsforbedring**

Vi mener at *formidling* af resultater fra de kliniske kvalitetsdatabaser, udover at være en del af kvalitetsvurderingen på 4. trin også har en plads, når der tages initiativer til løsninger. Gode/dårlige resultater og nye procedurer skal formidles i organisationen, så de ansatte kan se at indrapporteringen har en betydning og en konsekvens.

Anvendelsen af databaserne afspejler sig i formidlingen. Der formidles produktionskurver og fx statistikker på skiftetider. Når der formidles resultater på de enkelte indikatorer, er det med det formål at få folk til at være mere omhyggelige med indrapporteringerne. Disse tiltag er ikke uanvendelige i kvalitetsøjemed, men er ikke specielt relateret til den sygdomsspecifikke kvalitet.

I de fire interviews opstod der to temaer, som kan relateres til de vilkår de kliniske kvalitetsdatabaser skal fungere under.

Den lokale *organisering* af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser viste en manglende systematik og uklare ledelses- og ansvarsforhold. Dette har medført ansvarsforflygtigelse og en række lokale tolkninger af kvalitet.

Interviewene viser, at såvel ledere som databaseansvarlige ønsker en mere central styring, således at nogle analyser og rapporter i højere grad leveres færdige til viderebearbejdning i afdelingen. Dette står i kontrast med det behov for lokalt ejerskab, som der samtidig gives udtryk for er så vigtigt.

Kvalitetsudviklingsprocessen kan under disse vilkår ikke fungere optimalt, hvilket giver os svar på de begrænsninger, der ligger for anvendelsen af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

## **13 Analyse af interviews med nøgleinformanter**

Efter analysen med de fire lokale ledelser interviewede vi tre nøgleinformanter, som vi vurderede kunne bringe yderligere aspekter ind i analysen.

### **13.1 Analysestrategi**

Vores analyse af de fire første interviews viste, at kvalitetsudviklingsprocessen har vanskelige forhold, da de temaer som blev dannet i analysen påvirker flere trin i processen.

Vi stillede derfor spørgsmål til

- Baggrunden for de anvendte indikatorer
- Udefrakommende pres for datakomplethed, men ikke for anvendelse
- Anvendelse af data til administrative og kliniske formål
- Struktur og organisering af de kliniske kvalitetsdatabaser
- Den fremtidige anvendelse af kliniske kvalitetsdatabaser.

Vi fandt det nødvendigt at tilpasse interviewspørgsmålene individuelt til de tre nøgleinformanter, da de er placeret på forskellige niveauer i forhold til databaserne. I Bilag 5 ses de tre interviewguides.

#### **13.1.1 Fastsættelse af mål for kvalitet og identificere indikatorer**

Vi spurgte vores nøgleinformanter om deres holdning til baggrunden for valg af indikatorer, fx uenigheder, proces og resultatindikatorer, legitimering af et sygdomsområdes eksistens m.v.

Johan Kjærgaard (JK) fortalte, at udgangspunktet for valget af indikatorer i sin tid var baseret på, at der var en elektronisk patientjournal (EPJ) på vej.

*"...derfor konstruerede vi indikatorerne, de fleste, så de altid tog udgangspunkt i data, der under alle omstændigheder skulle bruges til behandling af den enkelte pt. Altså ting der skulle være i en god journal."*

Johan Kjærgaard

Vi fortalte, at de databaser som vi har set nærmere på har forskellige typer indikatorer og kombinationer. Vi uddybede de fund, vi havde gjort og fortalte, at vi fandt det tankevækkende at den ene database, der kunne komme med konkrete eksem-

pler på klinisk kvalitetsudvikling, er den database, der ikke har nogen resultatindikatorer og at den anden database, der også kunne komme med et eksempel på udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet sætter spørgsmålstegn ved deres resultatindikatorer. Til dette sagde JK:

*"...politisk har det hele tiden lydt, at vi skal have resultatindikatorer. Der er et eller andet mantra om, at vi skal offentliggøre tal, for så begynder folk at vælge det rigtige og hele den der liberalistiske holdning. Så der har været et kæmpe pres på for at få resultatindikatorer. Men vi professionelle, der sidder om dette bord, vi vil hellere se på det der virker. Lad os da sikre at de får profylaktisk antibiotika efter operationer, da vi ved at det halverer dødeligheden."*

*Johan Kjærgaard*

Set fra en anden vinkel så mener Pernille Slebsager (PS) at valget af indikatorer er en diskussion af evidensniveauer og at dette er en, i en vis grad, ufrugtbar diskussion, da det medfører at beslutningerne og dermed databasernes anvendelse trækker ud.

*"Så det er lidt dilemmaet mellem en sådan meget lægefaglig evidens tradition og så det, der er det mere procesprægede, hvor der ikke er den samme grad af evidens."*

*Pernille Slebsager*

Hun fremhæver Enhed for Klinisk Kvalitet (EKK) og deres metode til at vælge indikatorer, fordi den er hurtig og effektiv.

*"...at lave en motorvej uden om landevejen kan man sige og få truffet nogle meget hurtige valg omkring indikatorer og så være lidt mere pragmatisk og lytte lidt mere til bedste mands bedste bud og måske ikke behøve at ha' den der meget meget lange analysefase forud for de valg."*

*Pernille Slebsager*

JK mener, at resultatindikatorer er velegnede til produktionsovervågning, mens procesindikatorer er velegnede til udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet.

*"Hvor det politiske trækker i retningen af resultat og vi sundhedsfaglige, hvis vi tænker os om, vil trække i retningen af proces."*

*Johan Kjærgaard*

JK gav ligeledes udtryk for, at procesindikatorer med A-evidens er at foretrække frem for resultatindikatorer. Steen Werner Hansens (SWH) holdning til dette var, at det skal være evident, at procesindikatorerne har indflydelse på resultatet.

SWH mener, at en af årsagerne til at data fra databaserne ikke anvendes, er at de bliver uaktuelle med tiden. Der er et behov for, at indikatorindholdet bliver mere dynamisk, så man måler på det, der giver mening og det, der er evidens for.

*"... i dag har man lidt indtrykket af, at en del databaser er baseret på at man har opnået en eller anden konsensus om, at det her er indikatorerne. Og det at vi er nået så langt, gør at så kan vi blive ved med at sam-*

*le ind på det niveau. Efter nogle år bliver man nødt til at forholde sig til, er der noget der skal lægges væk, er der noget der skal bruges på en anden måde, er der nogle nye indikatorer?"*

*Steen Werner Hansen*

### **13.1.2 Dataindsamling og analyse**

Det udefrakommende pres for datakomplethed betyder, at der er et meget stort fokus på denne del i klinikken. Der er ikke den samme administrative og ledelsesmæssige bevågenhed, når det gælder anvendelsen af data. Dette kan være en af flere årsager til, at kvalitetsudviklingsprocessens tredje trin kun delvist fungerer. JK redegjorde for, at den oprindelige plan var, at data skulle fødes til databaserne fra EPJ og at det ikke var meningen, at klinikerne skulle taste alle disse data ind.

*"... i virkeligheden bør klinikerne med ansvar for patienter ikke ha' en pind med inddata at gøre. Det er jo det, der er gået totalt galt historisk set."*

*Johan Kjærgaard*

JK mener, at det er spild af klinikernes kompetencer, at de skal taste data ind flere steder. PS sagde at det stadig var idealet og håbet, at databaserne skal fødes med data fra EPJ.

*"... vi når til en eller anden fase, hvor vi har så fuldstændig udbygget EPJ at det er i journaloptagelsen at langt de fleste data fødes og at de så i øvrigt fødes automatisk som led i behandlingsforløb og det der i øvrigt skal ind i en ganske almindelig patientjournal. Det er alle jo enige om at det er der vi skal hen – det er bare ikke lige helt der, vi er endnu."*

*Pernille Slebsager*

Tingene har siden databasernes fødsel taget en drejning, som gør at den højtstrukturerede EPJ, som var tænkt til at føde data til de kliniske kvalitetsdatabaser, er sat på stand-by. Man har i stedet valgt at konsolidere de eksisterende systemer, herunder notatmoduler, som er ustrukturerede. Der er ikke udsigt til en løsning på dette problem de første mange år, så klinikerne er fanget i det dilemma, at selv om de ikke var tænkt til at skulle taste data ind i de kliniske databaser, vil de i de næste mange år alligevel blive nødt gøre det, da en betingelse for databasernes eksistens blandt andet er en høj datakomplethed.

SWH mener, at presset for en høj datakomplethed ikke ville være nødvendigt, hvis afdelingerne brugte data. At der skal lægges pres på afdelingsledelserne er således et symptom på manglende anvendelse.

*"... hvis man brugte dem (data, red.), så ville man også sørge for det. Alle er bekendt med at hvis der ikke er en ordentlig datakomplethed så kan man ikke rigtigt bruge data til noget fornuftigt."*

*Steen Werner Hansen*

Vi spurgte ind til de andre faktorer, der kan have betydning for dette trin, nemlig Analyseportalen og rapporterne. Vi redegjorde for de forskellige meninger, der var om analyseværktøjerne, heriblandt den vanskelige tolkning af diagrammerne og den manglende konsekvens.

PS lagde vægt på, at man med AP har fået en mulighed for at se en konstant opdateret status på afdelingens produktion og kvalitet i stedet for en halvårlig, muligvis uaktuel, papirrapport.

*"... den (AP, red.) er så rigtig og så flot, at der burde man være nået rigtig rigtig langt."*

*Pernille Slebsager*

For at få AP anvendt i højere grad er det vigtigt, at ledelserne lærer systemet at kende og denne opgave skal løses af bl.a. EKK (Enhed for Klinisk Kvalitet i Region Hovedstaden). Dette er et af de punkter, hvor det er muligt centralt at støtte afdelingerne i anvendelse af data, uden at påvirke det lokale ejerskab. Også fordi der i interviewene med lederne blev givet udtryk for problemer med at forstå diagrammerne. Generelt er det nødvendigt med en massiv støtte og undervisning i analyseværktøjerne.

*"... jeg opfatter, at EKK har en undervisningsopgave og en formidlingsopgave hele tiden for at understøtte brugen af det værktøj, som jeg både synes er meget flot og meget vigtigt."*

*Pernille Slebsager*

*"Det er jo et generelt it problem, men jeg synes nu nok at lederne skal lære sig at bruge AP. Men hvis vi taler om egenrapporter (brugerdefinerede, red.), så skal der folk på lige som man har det i økonomiafdelingen. Så de (afdelingsledelserne, red.) skal kunne gå ind og se standardrapporterne og hvis de så falder over et eller andet, så skal de ringe til en eller anden ... kan du ikke lige knække den nød her o.s.v."*

*Johan Kjærgaard*

Fra både PS og JK blev der lagt vægt på, at lederne skal lære at bruge AP og standardrapporterne.

De brugerdefinerede rapporter er vanskelige at arbejde med, og derfor mener JK, at der her er behov for professionel bistand til at sætte rapporter op og analysere tallene, fx i form af sundhedsinformatikere. PS er bestemt ikke afvisende overfor denne tanke.

*"Det synes jeg bare er en spændende tanke og det kunne være rigtig spændende, hvis der var nogen der ville prøve det af, for jeg tror faktisk at hvis man fik sådan en talknuser ind der ikke lavede andet, så kunne man få utrolig meget for de penge."*

*Pernille Slebsager*

På direktionsniveau mener SWH ikke, at dette er løsningen.

*"Jeg ved ikke præcis hvor meget det vil give, andet end at man kan få data ud, men om det så også vil være nok til at få folk til at forholde sig til det, det er jeg lidt mere usikker på. Jeg er usikker på om professionelle uddatamanagere er nok ..."*

*Steen Werner Hansen*

Det er selvfølgelig vanskeligt at vurdere om en sådan hjælp vil ændre på anvendelsen af data, men omvendt så giver lederne udtryk for at have problemer med at anvende analyseværktøjerne.

### **13.1.3 Kvalitetsvurdering og årsagsanalyse**

Som vores interviewpersoner i de første fire interviews fortalte, så sker der ikke meget, når en måling falder udenfor sikkerhedsgrænserne. I interviewene med JK blev dette en samtale om ejerskab og historiske forhold.

*"Førhen var der jo et fagligt engagement, vi lavede jo kliniske databaser fordi vi var helt vilde med det og vi ville vide fagligt, hvordan det gik med vores arbejde. Det var nedefra, det var os det var faglig autonomi, det var faglig stolthed for vi ville være sikre på at vi lavede et ordentligt stykke arbejde. Nu har vi så kørt igennem 15 - 20 års voldsom centraliseringsbølge, hvor det næsten er på regeringsniveau for hver database der skal laves og det skal offentliggøres og det før vi selv har forstået en pind af, hvad der foregår. Det afkobler det sunde engagement og når det så kobles med elendige it systemer, så kan vi meget let komme i en situation, hvor de faglige står helt af - det er der jo allerede nogen der gør, men sådan mere systematisk."*

*Johan Kjærgaard*

Dette stemmer godt overens med de udtalelser, vi hørte i interviewene med lederne, og specielt med de databaseansvarlige overlæger. Det professionelle engagement forsvinder, når der bliver for stor politisk og administrativ involvering i det der betragtes som de fagprofessionelles domæne. I den nyinstitutionelle organisations-teori beskrives netop denne dekopling, som en reaktion på den isomorfe tilpasning, der sker på i sundhedsvæsenet. Her sker det i form af at andre end de fagprofessionelle har fået indflydelse på databaserne og disses anvendelse. Det er ikke længere lysten og erfaringer i institutionen, der driver værket, men udefrakommende bureaukrati (Røvik 1998, p. 147). Vi gik yderligere i dybden med, hvordan man kunne genskabe den lokale interesse for databaserne og dermed få et ejerskab. Om dette sagde JK:

*"Det plejer jo at være i udviklingsfasen man sikrer ejerskab, man har høringer og laver grupper. Men i virkeligheden tror jeg vi stikker os selv blår i øjnene. Det er bare noget vi siger, os der sidder i projektledelsen. Jeg tror vi skal tænke i retningen af at slutbrugeren får gevinst for sin indsats."*

*Johan Kjærgaard*

Det blev i interviewet ikke klart, om det er slutbrugeren som individ eller slutbrugerne som helhed, der skal have udbytte. Databaserne giver mulighed for begge dele. Der er mulighed for at se, hvordan det går med den enkeltes patienter, altså den personlige interesse, mens slutbrugerne som helhed kan få gevinst ved at se, hvordan det går patienterne.

For at få data gjort levende i den kliniske kvalitetsudvikling, skal ledelsen forholde sig til resultaterne og tage initiativer.

*"Hvis der skal være en effekt af alt det arbejde, der bliver brugt på at få data ind, så skal der også være et passende ledelsesmæssigt fokus på resultaterne."*

*Pernille Slebsager*

PS mener, at man kan gøre det nemmere for afdelingsledelserne at få overblik over kvaliteten ved at standardisere mere i analyseværktøjerne. På denne måde skal ledelserne ikke sidde og kæmpe med forskellige filtre, men kan få standardrapporter om det, som har den største betydning. De brugerdefinerede rapporter er forbeholdt dem, som har et behov for at gå yderligere i dybden med årsager m.v.

### **13.1.4 Iværksættelse af kvalitetsforbedringer**

I vores interviews med de fire ledelser blev det tydeligt for os, at data kun sjældent anvendes til direkte kvalitetsforbedring. Dette bekræftede vores indledende undersøgelse, der viste at få medarbejdere oplevede, at data blev anvendt til kvalitetsudvikling. Når kvalitetsvurderingen og årsagsanalysen ikke finder sted, vil konsekvensen blive, at kvalitetsforbedringerne udebliver.

JK erkendte, at det er en stor udfordring overhovedet at nå dertil, hvor det kommer til at handle om forbedringer af den patientrelaterede kvalitet. Om dette sagde han blandt andet:

*"Det er svært, da det er så komplekst at selv folk, der er inde i det og sætter tid af til det har svært ved at forstå det. Så den nyansatte læge kan måske ikke bruge det til noget. Min drøm det var jo, at det sad på opslagstavlen og folk så på, hvordan det gik med kvaliteten."*

*Johan Kjærgaard*

I første omgang er det altså en ambition, at data i det mindste bliver vist til medarbejderne, så de kan følge kvaliteten. Det er en tydelig erkendelse af, at kvalitetsudviklingsprocessen ikke fungerer efter hensigten. På den måde kan der være langt til kvalitetsforbedringerne som konsekvens af de mange indsamlede data.

PS erkendte, at det er et problem med den manglende anvendelse af data, da man dermed ikke opnår de kvalitetsforbedringer, som sammenligninger internt over år, og på tværs, skulle medføre. Hun mener samtidigt, at ansvaret og løsningen helt primært er placeret lokalt på det enkelte hospital:

*"Det her er altså flyttet ind i ledelsessystemerne og det synes jeg er vores opgave at understøtte at det fortsat gør ... der har vi mere en rolle der går på tværs, en rolle i kraft af ledelsessystemet. Meget ofte er det hospitalsdirektionerne, vi mødes med i kvalitetsrådet. Så der ligger et meget stort ansvar på hospitalsdirektionerne"*

*Pernille Slebsager*

På direktionsplan mener SWH at ansvaret for, at data bliver anvendt, ligger hos afdelingsledelserne.

*"Det må være de lokale ledelser sammen med de dataansvarlige."*

*Steen Werner Hansen*



Vi spurgte ind til om direktionen aktivt arbejder på, at databaserne i højere grad integreres i ledelsessystemet.

*"Nej det synes jeg ikke man kan sige. Det må jeg sige, altså.....grunden til jeg tøver lidt, er fordi vi selvfølgelig efterspørger nogle af tingene i kvalitetsrådet."*

*Steen Werner Hansen*

Databaserne og den faglige kvalitet drøftes i kvalitetsorganisationen, hvor der sidder repræsentanter fra afdelingsledelserne. Nøgleinformanterne er enige om, at der ligger en opgave i ledelsessystemet i forhold til databaserne. De er bare ikke enige om på hvilket ledelsesniveau, opgaven ligger. Vi fik indtryk af, at ansvaret skubbes nedad.

Vi drøftede også med nøgleinformanterne om, man kunne understøtte anvendelsen af data ved at stille krav til output på samme måde, som man i dag gør det til input, fx som et led i resultatkontrakterne. De kom med følgende holdninger:

*"Men det man måske skulle tænke over, det er jo at der skal være et output og hvis man i det næste ledelsesniveau stiller krav om eller efterspørger nogle resultater, der viser hvordan man har brugt det eller viser nogle resultater."*

*Johan Kjærgaard*

*"De har altid handlet om økonomi og aktivitet, de skal også handle om kvalitet, der skal være nogle kvalitetsmål i dem. Og tilsvarende når en hospitalsledelse laver aftaler/kontrakter med sine afdelinger om målene for året, så kan det ikke nytte noget, at det kun handler om økonomi og aktivitet så skal det også handle om kvalitet, fordi så kommer det på dagsordenen."*

*Pernille Slebsager*

*"... det kunne godt indgå i de kontrakter vi har med afdelingerne som et specifikt mål. Og der tror jeg godt vi kunne blive dygtigere til som direktion at kigge lige præcis på de elementer. Men vi spørger jo ud til det for at høre om folk selv tager det med og det er egentlig i forbløffende få situationer de gør det, altså som faglig udvikling."*

*Steen Werner Hansen*

Ved at integrere kvaliteten i resultatkontrakterne kan man således påtvinge de fagprofessionelle at forholde sig til den sygdomsspecifikke kvalitet. Spørgsmålet er, hvordan dette vil påvirke kulturen. Som PS udtrykker det:

*"Jo mere central styring, der bliver på kvalitetsarbejdet, jo færre frihedsgrader får afdelingerne"*

*Pernille Slebsager*

Vi spurgte yderligere ind til koblingen mellem kvalitet og produktion. I interviewene med lederne fandt vi, at data ofte anvendes til at få overblik over produktionen og andre aspekter med økonomisk og politisk bevågenhed. Oprindeligt er databaserne tænkt som et værktøj til overvågning og udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet. I ledelsessystemet har man, som påvist i analysen af ledernes udtalelser, kon-

strueret databaserne til at være et værktøj til bl.a. overvågning af produktionen, da man har fundet dem velegnede til dette. Til dette siger JK:

*"Men det skyldes jo, at lederne meget længe har haft budgetansvar, men først for nylig at man også er begyndt at tænke, at de også skal have et fagligt ansvar. Det har de jo altid haft, men de har ikke skullet redegøre for det.*

*Så historisk er det meget nyt, men jeg synes det hænger sammen og når man taler med ledelsen skal det da ikke være ufint at tale om, at vi har da også bestilt noget."*

*Johan Kjærgaard*

SWH var forundret over de alternative anvendelser, da der er andre muligheder for at få overblik over fx produktion.

*"...der må være nemmere mål for produktiviteten end en klinisk database, så det kommer lidt bag på mig. Jeg ville have troet, den blev brugt til decideret at monitorere kvaliteten, for ellers bliver der brugt mange unødige kræfter på kvalitetsdatabaser."*

*Steen Werner Hansen*

Både PS og JK taler for en integration af produktion og klinisk kvalitet i ledelsessystemets brug af databaserne. Det var oprindeligt strategien at holde produktion og klinisk kvalitet adskilt, men både de administrative krav og behovet for klinisk kvalitetsudvikling kan i nogen grad opfyldes i databaserne. Det er også tanken i SDSDs strategi, at effektivitet skal være produktet af kvalitet og produktion (SDSD 2007, p. 13).

JK mener, at man bør gøre koblingen mellem produktion og kvalitet tydeligere, for hvad hjælper det at lave meget/mere, hvis patienterne dør eller mister deres førlighed.

*"Vi har lavet **så** meget og det er **så** godt."*

*Johan Kjærgaard*

Dette er SWH ikke helt enig i. Adspurgt om denne kobling giver han udtryk for bekymring for de matematiske modeller, der ville blive anvendt til at lave denne kobling.

*"Det er jo kun et udsnit af nogle kvalitetsdata og så skal vi ikke begynde og bruge dem til noget helt andet, nemlig at prøve at putte den sammen med volumen og så regne et helt nyt index ud for om vi er gode eller dårlige. Fordi vi mangler så mange data for at få et komplet billede af hvad det egentligt er vi går og laver."*

*Steen Werner Hansen*

### **13.1.5 Organisering af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser**

Interviewene med lederne viste en manglende systematik i de lokale led i kvalitetsorganisationen og uklare ansvarsforhold i relation til kvalitetsdatabaserne.

Vi spurgte derfor nøgleinformanterne om deres syn på dette, og om de havde forslag til den optimale organisering.

*"Jeg vil være bekymret for at stille for store krav til detaljeringen af måden at organisere det i afdelingerne. Når det så er sagt, så kunne man måske godt have nogle minimumskrav til afdelingerne..."*

*Johan Kjærgaard*

PS giver udtryk for at organiseringen af de landsdækkende kliniske databaser kræver en vis struktur, for at der kan sammenlignes på landsplan.

*"I det omfang at vi taler om de store landsdækkende kliniske databaser som jo også indgår i nationale kvalitetsprojekter, der kan det ikke nytte noget, at det er alt for frit."*

*Pernille Slebsager*

Hun er samtidig opmærksom på de problemstillinger, der kan opstå, hvis en organisering/struktur bliver for central.

*"Vi er nede i, hvad afdelingerne magter fordi jo mere, der kommer centralt fra, jo mindre energi har man selv til at få nogle gode ideer og faktisk få gjort noget ved de gode ideer man måtte have. Der er simpelt hen ikke ressourcer til det hele – så slider man sig selv ned."*

*Pernille Slebsager*

På direktionsplan er SWH enig i, at der kan være gode lokale årsager til at afdelingerne organiserer sig som de gør.

*".. der kan være forskellig praksis for, hvordan det fungerer bedst og der tror jeg man må tilrette det til de områder, hvor man skal bruge data."*

*Steen Werner Hansen*

Nøgleinformanterne giver her udtryk for at man altid kan stille flere krav centralt fra, som afdelingerne skal søge at leve op til, men at dette kan have uønskede konsekvenser.

Nøgleinformanterne lægger alle vægt på, at hvis databaserne skal forankres og anvendes til udvikling af den sygdomsspecifikke behandling, så skal forandringerne og initiativerne langt hen ad vejen komme fra de sundhedsprofessionelle og ikke af de bureaukratiske veje. Melander & Jørgensen beskriver, at et pres ned gennem hierarkiet ikke medfører den forankring, JK fx beskriver som faglig stolthed og engagement i databaserne (Melander & Jørgensen 2002, p. 562).

I interviewet med PS er der især en ting der går igen og det er ønsket om at få arbejdet med de kliniske databaser integreret i afdelingsledelsernes hverdag på samme måde som fx produktion. Afdelingsledelserne ser hun som et meget centralt led i kvalitetsarbejdet og dem, der har ansvaret for at data indsamles og derefter bruges.

*" Men jeg tror nu stadigvæk på, at før man ledelsesmæssigt går ud med træsko på og viser det er vigtigt, bliver det ikke til noget."*

*Pernille Slebsager*

## 13.2 Konklusion på interviews med nøgleinformanter

De tre nøgleinformanter repræsenterede forskellige dele af det ledelsesmæssige og kliniske system. Der blev givet udtryk for mange visioner omkring databaserne. Vi vil herunder kort opsummere de fund, som analysen har givet i forhold til muligheder for forbedringer.

### Indikatorer

Omkring valg af indikatorer var der flere samstemmende holdninger. Baggrunden for de valgte indikatorer blev beskrevet som baseret på en konsensus om, hvad der betragtes som god klinisk praksis indenfor et sygdomsområde. Der var enighed om at procesindikatorerne har en vigtig funktion i databaserne, når det er videnskabeligt bevist, at procesindikatorerne påvirker resultatet. Dette indebærer, at indikatorerne løbende skal revideres, når der fremkommer ny evidens. Ulempen ved dette er, at ændringer i indikatorer medfører, at der går et vis tidsrum, før der er nok data til, at man kan anvende dem meningsfuldt.

### Dataindsamling og analyse

Der var lidt divergerende holdninger til, hvordan man kan bedre afdelingsledelsernes brug af Analyseportalen. Der blev givet udtryk for, at man kunne støtte og undervise lederne mere og at man kunne ansætte professionelle til at arbejde med uddata. En nøgleinformant satte dog spørgsmålstegn ved, om dette var nok.

### Kvalitetsforbedringer

Der var enighed om, at man kunne stille nogle overordnede krav til anvendelsen af data, fx et obligatorisk punkt i de årlige kontrakter mellem direktion og afdelingsledelse. Samtidig udtrykte en af informanterne dog skepsis ved såvel kontrakter, som støtte til afdelingsledelserne. Baggrunden for denne skepsis var, at den manglende anvendelse kan skyldes, at indikatorerne ikke er meningsfulde for sygdomsområdet.

### Ledelse og organisation

Nøgleinformanterne understregede alle vigtigheden af, at databaserne forankres lokalt, da det er her ejerskabet skal etableres og anvendelsen af data skal finde sted. Lokalt kunne i denne sammenhæng være på hospitalsplan eller afdelingsplan. Der var lidt divergerende holdninger til dette.

Der var enighed om, at der centralt skal være strukturer og krav for databaserne som dem Danske Regioner (2007) og NIP (NIP-sekretariatet 2007a) har udstukket, da man ellers ikke kan anvende data til sammenligninger. Man kan etablere yderligere krav i kvalitetsorganisationen eller på hospitalet for på denne måde at vise, at anvendelsen af data er vigtig i ledelsessystemet. I mange forandringsstrategier og i vores teoretiske grundlag lægges der vægt på, at forandringer i professionelle miljøer sker mest effektivt bottom-up, men skal inspireres oppefra eller udefra (Beyer 2006, p. 65 og Melander & Jørgensen 2002/2003, p. 562). Afdelingsledelserne er ikke bare ledere, de er også sundhedsprofessionelle og kan derfor bane vejen for anvendelse af data. Afdelingsledelserne skal involvere sig i databaserne og gå forrest.

Vores tre nøgleinformanter havde således flere gode idéer til, hvordan man kan øge anvendelsen af data fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

## 14 Konklusion

Vi har gennem hele projektet undersøgt, hvad der begrænser anvendelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet.

Den indledende undersøgelse understøttede vores egne oplevelser fra klinisk praksis og gav endvidere en pejling på nogle temaer, som kunne have indflydelse på anvendelsen af data. For det første viste undersøgelsen, at der var stor forskel på ledere og medarbejders vurdering af anvendelsen. For det andet kom de 66 respondenter med udsagn, som fik os til at rette fokus mod ledelse og indikatorkvalitet.

I problemformuleringen tog vi derfor udgangspunkt i at kliniske kvalitetsdatabaser ikke anvendes optimalt til kvalitetsudvikling. Vi spurgte:

### **Hvad begrænser anvendelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling og hvordan kan dette ændres?**

For at besvare problemformuleringen har vi undersøgt indikatorerne i fire kliniske kvalitetsdatabaser. Efterfølgende har vi talt med afdelingsledelserne på fire afdelinger, der anvender de samme fire kliniske databaser. Endelig har vi interviewet tre nøgleinformanter for at få deres vinkel på anvendelsen af data.

I det følgende sammenfatter vi de tre delkonklusioner og relaterer resultaterne til det valgte teoretiske analyseperspektiv: indikatorkvalitet, nyinstitutionel organisationsteori, ledelse og management og sociale konstruktioner af teknologier.

### **Variierende typer af indikatorer**

Der foreligger ikke krav til type af indikatorer i databaserne. Dette blev synligt, da vi gennemgik indikatorer i to KCØ databaser og to NIP databaser. Databaserne bestod af resultatindikatorer eller procesindikatorer eller af en kombination af disse. Indikatorerne afspejlede de fire sygdomsområders forskelligheder, som fx et stort medicinsk speciale, eller et lille afgrænset akut kirurgisk område.

### **Indikatorer med varierende relevans og anvendelighed**

Indikatorer bør være baseret på evidens (NICE 2002, p. 24). I de to NIP databaser var evidens beskrevet på A til D niveau. I de to KCØ databaser fandt vi evidens på A niveau beskrevet for to indikatorer i den ene database. I den anden KCØ database var der evidens for de anvendte kliniske metoder til at måle et resultat. Evidensniveauet fremgår ikke.

Indikatorer bør være relevante for den population, man undersøger (ibid). Jo mere afgrænsede databaserne var, des mere specifikke var indikatorerne. De to brede specialedatabaser, anæstesi og geriatri, havde generelle indikatorer, som skulle dække bredere end de to meget specifikke databaser, skizofreni og akut mave-tarm kirurgi (blødende og perforeret ulcus). Vi har ikke fundet et mønster, der viser at denne forskel har betydning for anvendelsen.

Vi fandt, at indikatorerne var relevante, men for nogle af databasernes vedkommende var det vanskeligt at anvende til kvalitetsudvikling.

Vi vurderede, at alle indikatorerne var målbare. Nogle af indikatorerne var reelt risikofaktorer og burde ikke foreligge i indikatoroversigten.

De lokale ledelser havde i tre af fire tilfælde svært ved at forholde sig til indikatorerne. Når de personer vi talte med, ikke selv havde været med til at vælge indikatorerne, var der en tendens til en mere kritisk holdning til indikatorerne. Dette kan begrundes med at tiltag, der kommer fra andre professionelle, anfægter fagligheden og den professionelle autonomi i samme grad som tiltag fra politisk side (Borum 1997, p. 265). En udefrakommende indblanding er dermed ikke kun forbeholdt politikere og administratorer, som beskrevet af Borum og Kragh Jespersen (ibid og Kragh Jespersen 2005, p. 17). De sundhedsprofessionelle vil selv opfinde den dybe tallerken.

Utilfredsheden med indikatorerne kan også skyldes, at de er mindre anvendelige til kvalitetsudvikling. Vi fandt udtryk for lokale oversættelser af indikatorer (SCOT) og i den indledende undersøgelse også usikkerhed om, hvad en klinisk undersøgelse relateret til en indikator egentlig indebar. Dette peger i retning af, at der er et behov for at gå nærmere ind i definitionerne af indikatorerne, da konsekvenserne af ovenstående fænomener vanskeliggør sammenligning, både på tværs og over tid. Der blev også givet udtryk for, at indikatorerne indirekte viste noget andet, fx at en resultatindikator indirekte afspejlede nogle processer, men at man kun havde valgt resultatindikatorer for at legitimere specialets eksistens. Men hvis disse processer er af stor betydning for resultatet, så burde de indgå som indikatorer. Generelt fik vi indtryk af, at der er behov for at indikatorerne vurderes og revideres.

### **Ansvar for anvendelse af data**

Vi fandt, at lederne alle henviste til, at andre skulle tage ansvar for styring og anvendelse af databaserne. På afdelingsniveau ønskede man en mere central styring. På regionsplan ønskede man at direktionen skulle gå forrest og på direktionsplan ønskede man, at afdelingsledelserne selv tog ansvar. På afdelingsledelsesniveau uddelegerede man ansvaret til ansatte, som ikke følte eller tog ansvaret. Vi ser derfor en næsten perfekt cirkel af manglende placering af ansvar.

Afdelingsledelserne har et stort ansvar for at anvende data, da det vedrører deres afdeling og deres patienter. Deres manglende eller utydelige ansvar kan tolkes som et udtryk for, at man accepterer status quo i databaserne, muligvis fordi andre opgaver opfattes som mere presserende og har større offentlig bevågenhed. Vi ser samtidig, at databaserne bliver løst kobled eller dekokled, som beskrevet af bl.a. Kragh Jespersen (2005, p. 56 og Meyer & Rowan 1977, p. 356). Det er forholdsvis simpelt at dekode anvendelsen af data, da man ikke skal redegøre for denne. Man kan alene ved at søge en høj datakomplethed fremstå som en afdeling, der har fokus på den sygdomsspecifikke kvalitet, og dermed fremstå som en isomorf afdeling (DiMaggio & Powell 1983, p. 149). Det er dog vores opfattelse, at man på alle niveauer er klar over, at der er et ledelsesproblem her. Dette bekræftes af vores nøgleinformanter, der alle vægter at ledelsen skal involvere sig i databaserne og at man centralt kan skabe rammerne for denne involvering ved et øget fokus på anvendelse.

### **Manglende ejerskab**

Vi konstaterede hurtigt at andre faktorer også havde betydning for anvendelsen af data. En af disse faktorer var manglende ejerskab. Hvor nogle databaser skabes på baggrund af klinisk interesse, så opfattes andre som en politisk indblanding i de sundhedsprofessionelles domæne. Denne 'indblanding' tvinger de sundhedsprofessionelle til at håndtere databaserne med en mere administrativ tilgang, og medfører både dekobling, oversættelser og rationelle myter, som beskrevet af bl.a. Meyer &

Rowan (1977, p. 347-348) og Kragh Jespersen (2005). Forankringen af databaserne sker derved kun på overfladen og ikke som en integreret del af den kliniske hverdag. Som Melander & Jørgensen beskriver, så sker dette fordi arbejdet med databaserne kræver tid, nye samarbejdsrelationer, nye strukturer og nye måder at gøre tingene på. Det manglende ejerskab kan dermed skyldes, at man ikke har identificeret de ting, der har betydning i de sundhedsprofessionelles hverdag, fx i form af indikatorer og sygdomsområder. Som en databaseansvarlig læge udtrykte det, så var der andre databaser de sundhedsprofessionelle hellere så etableret.

### Anvendelse af data til andre formål

Ved at anvende teorien om sociale konstruktioner af teknologi blev det i analysen af interviewene med afdelingsledelserne tydeligt, at databaserne anvendes til andre formål end de oprindeligt tænkte. Databaserne blev bl.a. anvendt til overvågning af produktionen, variablene bag indikatorerne blev anvendt til Lean-projekter om skiftetider, tillidsrepræsentantforhandlinger m.m. Det har dermed givet mening at anvende data til andre formål. I specielt et sygdomsområde havde anvendelsen af databasen som teknologi stabiliseret sig som begrebet anvendes i SCOT ved, at den blev anvendt til at løse andre problemer (Lauritsen 2007, p. 47). I andre af sygdomsområderne havde anvendelsen af databaserne stabiliseret sig ved, at man havde konstateret at de var problematiske og at indikatorerne ikke gav mening. Denne retoriske lukning medfører, at der ikke er den store debat om databaserne mere (ibid.).

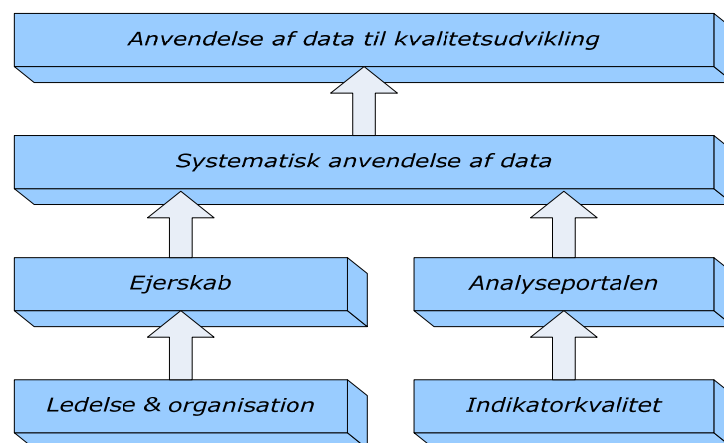
De teknologiske rammer, som databaserne skal fungere i, medfører et mere administrativt fokus på bundlinjen og ikke på den fortløbende dynamik, som kvalitetsudvikling indebærer.

### Analyseportalens brugbarhed

Afdelingsledelserne gav udtryk for, at analyseportalen var vanskelig at anvende, hvis de overhovedet kendte den. Der kan være flere årsager til dette, hvilket vi ikke har haft mulighed for at gå i dybden i dette projekt.

## 14.1 Anbefalinger til øget anvendelse

Vi har videreudviklet Figur 3 på side 24 efter at have gennemført vores undersøgelser. Vi fandt, at også ejerskab og Analyseportalen kan opfattes som grundvilkår for den systematiske anvendelse af data, hvilket betyder, at figuren har fået endnu et lag.



Figur 4 Udvidet sammenhæng mellem grundlæggende vilkår og anvendelse af data

Vi vil i det følgende komme med vores anbefalinger til, hvordan anvendelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser kan forbedres.

### **Indikatorerne skal revurderes**

Indikatorerne skal vurderes og eventuelt revideres. KCØ og NIP bør i samarbejde med styregrupperne/indikatorgrupperne gennemlæse årsrapporterne for de enkelte databaser og gennemgå indikatorerne for at sikre at de er a) baseret på evidens, b) relateret til relevante dele af behandlingen og c) målbare (NICE 2002, p. 24).

De kliniske undersøgelser, der ligger til grund for en indikator, fx en funktionsvurdering, skal være veldefinerede. Ligeledes skal indikatoren som helhed være veldefineret, fx skal det fremgå om gennemførelse af en behandling indenfor et antal timer er relateret til behandlingens start eller afslutning. Definitioner kan med fordel fremgå af registreringskemaet i Klinisk MåleSystem (KMS).

Hvis man ønsker at anvende ønskede kvalitetsmål, så skal disse revideres årligt, da de ellers kan virke som en sovepude.

NIP og KCØ kan med fordel gennemføre undersøgelser af, hvordan indikatorerne tolkes blandt medarbejderne i klinikken, da vores erfaringer er, at der udvikles en vis indforståethed, når man har arbejdet indenfor et område i en periode.

### **Ledelsen skal gå forrest**

Som tingene er i dag er organiseringen uklar. Kvalitetsudvikling via databaserne er ikke integreret i ledelsessystemet, hvilket medfører at ansvaret sendes videre. Der skal udvikles feedbackmekanismer på alle niveauer, så man kan demonstrere en tydelig interesse i den sygdomsspecifikke kvalitet.

- **Regionen**

På regionsplan skal man fortsætte arbejdet med at integrere de kliniske kvalitetsdatabaser i ledelsessystemet. Dette kan fx gøres ved, at dokumenteret anvendelse af data integreres i de aftaler, der foreligger mellem regionen og hospitalsledelserne.

Formidling har også betydning på regionsplan. Man kan bl.a. skrive artikler i regionens personaleblad om, hvad der sker med data indenfor de forskellige sygdomsområder og på lignende måde udbrede kendskabet til visionen og missionen med de kliniske kvalitetsdatabaser.

- **Direktionen**

På direktionsplan er man tættere på klinikken og har her mulighed for at samarbejde med afdelingsledelserne. For at sikre et fokus og et informationsflow skal man integrere anvendelsen af data i resultatkontrakterne. Dette kræver, at direktionen forholder sig til årsrapporterne, så man kan have en aktiv drøftelse af problemområder og resultater.

Også her er formidling vigtig. Man kan bl.a. udsende nyhedsbreve med de opnåede resultater eller de processer afdelingen eller hospitalet har sat i værk for at ændre dårlige resultater eller u hensigtsmæssigheder. Det skal være tydeligt at man på direktionsplan interesserer sig for anvendelse af data og at de kliniske kvalitetsdatabaser har en effekt.

Direktionen skal forsyne regionen med informationer fra de lokale sygdomsområder.



- **Afdelingsledelsen**

Ansvar for den sygdomsspecifikke kvalitet ligger primært hos de fagprofessionelle og lederne i afdelingerne. Hvis årsrapporten viser at afdelingen skiller sig ud i forhold til tidligere år eller fra andre afdelinger, skal der gennemføres en audit og efterfølgende tiltag til ændring af arbejdsprocesser.

Hvis det daglige arbejde med databasen uddelegeres, er det vigtigt at der medfølger ledelsesbeføjelser og at den databaseansvarlige sidder i afdelingens kvalitetsråd. Afdelingsledelsen skal afsætte de nødvendige ressourcer til arbejdet med den kliniske kvalitetsdatabase. Her tænker vi meget konkret, at der udarbejdes en skriftlig aftale om tid, ansvar, løntillæg, beføjelser m.m., da databearbejdet ellers hurtigt risikerer at forsvinde i det daglige arbejdspress.

Vi finder det også vigtigt, at det understreges, at afdelingsledelsen fortsat har det overordnede ansvar og skal kunne anvende Analyseportalen. Når der bruges så meget tid på indrapportering til databaserne, så *skal* afdelingsledelsen vise interesse i både datakomplethed, indikatorer og anvendelse af data. Hvis de kliniske kvalitetsdatabaser skal fungere efter hensigten, så skal man gå forrest som leder og ikke uddelegere ledelseskompetencen (Beyer 2006, p.78). Alt hvad man gør, har betydning, også det man ikke gør.

Ledelsessystemet skal have visioner og se fremad og udbrede kendskabet til data og anvendelse. Hvis der ikke er ledelsesinvolvering, så øges frustrationerne over at bruge tid på noget, som ikke har synlig ledelsesopbakning. Ledelsesinvolvering skaber motivation. Med motivationen bliver effekten af en klinisk kvalitetsdatabase tydeligere og kan medvirke til at genskabe ejerskabet i de databaser, hvor det synes tabt.

## **Analyseportalen**

Vi har som nævnt ikke fokuseret på den praktiske brug af Analyseportalen (AP), men vil på baggrund af de tilbagemeldinger, vi har fået fra vores interviewpersoner komme med nogle anbefalinger.

- **KCØ**

Fem ud af seks interviewpersoner i interviewene med afdelingsledelserne giver i en eller anden grad udtryk for, at AP er vanskelig at arbejde med. Dette er også en erfaring vi selv har gjort, når vi har arbejdet på at lære AP at kende.

Vi vil derfor anbefale KCØ, at der laves en usability test af AP, hvor det tilstræbes at testpersonerne er et repræsentativt udsnit af de faktiske brugere.

Herefter bør KCØ tage initiativ til en informations- og undervisningskampagne, der i samarbejde med hospitalerne når ud til alle afdelinger.

- **Direktionen**

Direktionen skal i samarbejde med KCØ sikre, at alle relevante brugere er bekendt med AP på et grundlæggende niveau. Det skal sikres, at afdelingerne løbende har mulighed for undervisning, fx når der kommer nye medarbejdere eller ved behov for en opfriskning.

- **Afdelingsledelsen**

Afdelingsledelsen skal være bekendt med AP på et grundlæggende niveau og de steder, hvor lederne ikke har mulighed for at arbejde mere indgående med AP, bør de vælge en medarbejder med interesse for kvalitetsarbejde til at varetage dette arbejde (se i øvrigt punktet "Ledelsen skal gå forrest.")

## **Kvalitet og produktion skal integreres**

En kirurgisk afdeling opererer 500 patienter årligt for en given sygdom, har gennem de sidste tre år målt, at ca. 25 af patienterne får en given komplikation. Afdelingen øger produktionen med 100 patienter årligt, men det er nu 60 patienter, der får komplikationen.

Som flere af vores interviewpersoner siger, så hænger produktion og kvalitet tæt sammen. Ved at skabe en større integration mellem disse to begreber, kan man vurdere, om afdelingerne er effektive. Store matematiske modeller er i første omgang ikke nødvendige for at skabe denne integration. Data er jo til stede, så det er muligt at se, hvor mange patienter der har været igennem et specifikt forløb og man kan også se, hvordan det er gået disse. Ved at legalisere de alternative anvendelser og samtidig sætte fokus på anvendelse af sygdomsspecifikke data skabes en

åbenlys indgang til kvalitetsudvikling og samtidig en vej til at finde de indikatorer, det i praksis giver mening at måle på. Måske finder sygdomsområderne, at man mangler nogle data for at kunne vurdere, hvorfor det går bedre eller dårligere, hvilket kan medføre ændringer i indikatorerne og medvirke til en mere dynamisk anvendelse af databaserne.

Det er vanskeligt for os at komme med konkrete bud på, hvordan og af hvem opgaven med at integrere produktion og kvalitet kan løftes. Vores håb og ønske er, at et større fokus på anvendelse af data til sygdomsspecifik kvalitetsudvikling med tiden vil medføre denne integration, som en naturlig udvikling.

## **Samlet konklusion**

Anvendelsen af data begrænses af både tekniske og organisatoriske faktorer. En uklar organisation kombineret med manglende placering af ansvar, manglende ledelsesinvolvering, manglende følelse af ejerskab og uenighed om indikatorerne medfører, at data fra databaserne ikke anvendes til udvikling af den sygdomsspecifikke kvalitet i en grad, der kan retfærdiggøre de store mængder indsamlede data. I stedet anvendes data til andre formål, som giver mening for afdelingerne.

For at ændre dette skal der opbygges en tydelig organisation med placering af ansvar. Der skal i ledelsessystemet lægges mere vægt på feedback på alle niveauer om anvendelsen af data og de tiltag, afdelingerne gør. Endelig skal afdelingerne have støtte til at lære at anvende data, enten i form af professionelle, der kan hjælpe eller i form af en kontinuerlig undervisnings- og opfølgingsindsats.

## 15 Refleksioner over teori og metode

Vi har i løbet af arbejdsprocessen drøftet såvel den teori som den metode, vi har valgt. I det følgende fremlægger vi de refleksioner, vi har gjort os.

### 15.1 Teori

Vi valgte at opdele det teoretiske grundlag, indsamling af empiri og efterfølgende analyse i to dele. I første del anvendte vi den eksisterende viden om indikatorer til kvalitetsudvikling til at gennemføre en audit på indikatorer. I anden del anlagde vi et mere organisatorisk perspektiv på anvendelsen af data ud fra nyinstitutionel organisationsteori, ledelse og management samt sociale konstruktioner af teknologier (SCOT).

#### Indikatorer til kvalitetsudvikling

Der tales meget om indikatorer i sundhedsvæsenet i disse år, bl.a. i forbindelse med Den Danske Kvalitetsmodel. Indikatorer er vigtige for at sige noget om kvalitetsniveauet. Som nævnt deles indikatorerne op i struktur-, proces- og resultatindikatorer, som er en tilsyneladende enkel og ukompliceret måde at skelne mellem forskellige processer. Alligevel er det forbundet med usikkerhed også for de professionelle, at vurdere hvilken type en indikator er. Det er langt fra entydigt. Vores vurdering af indikatorerne er sket ud fra den litteratur vi har valgt, vores forståelse og den kontekst indikatoren indgår i. Havde vi anvendt andre kilder kunne vores kategorisering have set anderledes ud. Det er dog vores vurdering, at det ikke har haft væsentlig betydning for projektet om en enkelt procesindikator er vurderet som en resultatindikator eller omvendt. Det mest væsentlige er, at de anvendes og giver mening for dem, der skal anvende dem. Den teori vi havde opstillet om indikatorerne viste sig at have mest betydning for vores egen forståelse af databaserne, da langt de fleste interviewpersoner havde vanskeligt ved at forholde sig til indikatorerne. Vi kunne således ikke diskutere de enkelte indikatorer i ret mange sammenhænge. Alligevel gav indikator-teorien god mening, da den kunne anvendes til en mere overordnet drøftelse af evidens, processer, resultater og behov. Vores systematiske audit af indikatorerne har givet os en forståelse for, hvor svært og kompliceret feltet er.

#### Nyinstitutionel teori

Den nyinstitutionelle teori har været anvendt i flere forskningsprojekter under det tidligere Forskningscenter for Ledelse og Organisation i Sundhedsvæsenet (FLOS) under Copenhagen Business School (CBS). Nyinstitutionel teori er specielt anvendt i studier af den overordnede ledelse og forandringsprocesser på hospitalerne (FLOS 2004), og i nogle tilfælde også til at analysere det praktiske arbejde længere nede i organisationen (se fx Lundgreen et al 2006). Reformen og eksterne krav påvirker ikke kun ledelsen, men også de sundhedsprofessionelles udførelse af arbejdsopgaver på andre niveauer.

Den nyinstitutionelle teori er anvendelig til at beskrive og forklare en sundhedsprofessionel eller ledelsesmæssig praksis og årsager til, at NPM-tiltag deinstitutionaliseres eller accepteres med tiden. Studier baseret på nyinstitutionel teori har vist at de sundhedsprofessionelles holdning til politiske og administrative krav er af stor betydning for de tolkninger, der sker lokalt (Kragh Jespersen 2005, pp. 268-272). Fænomener som dekolpling eller oversættelse er derfor ikke blot et resultat af modstand mod indblanding i de sundhedsprofessionelles arbejde, men også et spørgs-

mål om, hvorvidt denne udefrakommende indblanding giver mening og støtter de lokale interesser.

Svagheden ved nyinstitutionel teori er, at den ikke indeholder løsningsforslag til imødegåelse af disse lokale fænomener, men primært er anvendelig til at beskrive og forklare fænomenerne som led i institutionelle forandringer. Pointen i den litteratur som vi har læst er, at det er vanskeligt at indføre nye organisatoriske arbejdsformer og tiltag i organisationer med stærke professioner, når de bryder med professionernes autonomi (Nielsen 2007, p. 249). For at ændre klinisk praksis havde værdibaseret eller forandringsledelse muligvis været mere anvendeligt.

Vi forsvarer dog vores valg af nyinstitutionel teori med, at det er væsentligt at vide hvad man vil ændre fra og hvad man vil ændre til. Den nyinstitutionelle teori har dermed vist sig meget anvendelig til at forklare, hvorfor databaserne ikke har større gennemslagskraft og effekt end den oplevede og til at belyse den manglende ansvarsfølelse specielt på afdelingsledelsesniveau.

### **Ledelse og management**

Ligesom tilfældet var med den nyinstitutionelle teori, så er mængden af ledelseslitteratur enorm. Vores valg af ledelsesteori var begrundet i ønsket om, at beskrive konsekvenserne af at være mere manager end leder med en forforståelse om at afdelingsledelserne ikke formåede at omsætte resultaterne til kvalitetsudvikling og motivation i organisationen, men blot forholdt sig til bundlinjen. Melander & Jørgensens beskrivelse af problemerne med forankring af ledelsesteknologier gav god mening i forhold til vores egne oplevelser af lukkede kredse og ildsjæle.

Vores valg af ledelseslitteratur har ikke kunnet anvendes direkte i forhold til placering af ansvar. Til gengæld gav den nyinstitutionelle teori god mening der. For konkret at beskrive en mere hensigtsmæssig ledelsesstruktur, skal man anvende teori om magtrelationer og motivation. Vi overvejede tidligt i processen at anvende 'værdibaseret ledelse' som analysegrundlag, men valgte at fokusere på forskellen mellem ledelse og management. Set i bakspejlet så kunne værdibaseret ledelse have været anvendeligt til at beskrive processen med at skabe ejerskab og værdifølelse.

Set i forhold til nyinstitutionel teori har vores valg af ledelsesteori givet mening, da det netop er de udefrakommende krav, som medfører managementtankegangen og den manglende forankring af ledelsesteknologier på afdelingsniveau.

### **Sociale konstruktioner af teknologier**

SCOT er en socioteknisk-inspireret metode og teori. Vi valgte at anvende SCOT som teori. Metodedelen kritiseres for at være for fastlåst og kræver en detaljeret beskrivelse af de aktører (grupper) der bruger teknologien (Lauritsen 2007, p. 50). Da vores formål med projektet var at se på de anvendelser, der fandt sted, og ikke på gruppernes karakteristik fravalgte vi metodedelen. SCOT viste sig anvendelig til at forklare de forhold og den mening, der ligger til grund for den alternative anvendelse.

### **Opsamling**

Når vi ser på projektet som helhed, så har vores valg af teori vist sig anvendeligt til at beskrive og forklare organisatoriske begrænsninger for anvendelse af data til klinisk kvalitetsudvikling. Vi vurderer, at den nyinstitutionelle teori har været mest

værdifuld i den sammenhæng, mens SCOT har været anvendelig til at forklare, hvorfor databaserne socialt konstrueres som påvist. Den eksisterende viden om indikatorer medvirkede til at komme i dybden med afdelingsledelsernes forståelse og anvendelse af data, samt til væsentlige konklusioner i analysen af interviewene med nøgleinformanterne.

## 15.2 Metode

I problemformuleringen stillede vi en række spørgsmål om, hvilken betydning de anvendte indikatorer har for kvalitetsudviklingsprocessen, og hvordan man lokalt har organiseret og kan organisere sig for at anvende indikatorerne. Dette betød at vi først måtte afklare, hvilke indikatorer, der var i databaserne. Efterfølgende rettede vi fokus mod afdelingernes anvendelse af data og hvilke udfordringer dette gav for ledelserne.

### Undersøgelsesstrategien

Vi valgte indledningsvis at lave en undersøgelse, der skulle underbygge vores egen forforståelse af anvendelsen af data, samt give os en idé om hvordan problemformuleringen skulle se ud. Vi gennemførte denne undersøgelse som strukturerede interviews med mulighed for at komme med kommentarer. Dette viste sig at være en meget anvendelig metode til formålet. Fordelene var, at vi på en forholdsvis hurtig måde kunne indhente mange holdninger. Ulemperne var, at flere af interviewpersonerne havde relationer til mere end en database. Konsekvensen af dette er, at disse interviewpersoner, ubevidst eller bevidst, muligvis har lavet en sammenligning mellem de databaser, de anvender. Dette kan have haft indflydelse på deres svar. Da det drejer sig om ganske få af interviewpersonerne vurderer vi dog, at det samlet ikke har betydning for den videre proces.

Rent analytisk diskuterede vi gradinddelingen i spørgeskemaerne og valgte at medtage en "ved ikke" kategori, da vi havde en forforståelse om, at nogle af respondenterne muligvis ikke vidste, hvad en klinisk kvalitetsdatabase er, selvom de indrapporterer data til en (Koch & Vallgård 1996, p. 85).

I indsamling af empiri valgte vi at starte med en audit på indikatorer i fire databaser. Dette viste sig at være en mere omfattende opgave end forudset. Vi måtte gå meget dybt i det offentligt tilgængelige materiale for at finde sygdomsområdernes anvendelse af indikatorerne, da indikatornavnene var meget lidt beskrivende. Er et blodtryk målt på 3. dagen efter en operation en proces eller et intermediært resultat? Hvis det angives at der er målt blodtryk, så er det en proces, hvis blodtrykket angives i mmHg, så er det et resultat. Vi kom overens, men forventer at sygdomsområderne nok ikke vil være enige med os på alle punkter.

Interview som metode kan anvendes til at undersøge hvad folk siger de gør, men ikke hvad de rent faktisk gør. Databaserne adskiller sig her fra kliniske it-systemer, som anvendes dagligt, da det ikke er praktisk muligt at observere anvendelsen af data i et naturligt miljø. Analyseportalen anvendes simpelthen ikke ofte nok til at man kan observere anvendelsen, som det også fremgår af vores empiri.

Valget af semistrukturerede interviews er først og fremmest et praktisk og et interviewteknisk valg. Praktisk fordi vi vurderer det som meget usandsynligt, at vi ville kunne finde et tidspunkt, hvor de udvalgte personer alle ville kunne samles. Interviewteknisk fordi den læste teori om interview af ledende personer beskriver den fare, der er for at interviewpersonerne overtager styringen. Det kræver derfor stor

rutine og dygtighed at forestå et sådan interview. Så selv om vi har erfaringer med interviews, ville vi ikke løbe den risiko et fejlslagent fokusgruppeinterview kunne være.

De semistrukturerede interviews med afdelingsledelser og nøgleinformanter viste sig at være en frugtbar fremgangsmåde, fordi vi på denne måde bevægede os mellem meningsdele til meningshelheder. Meningsdelene kan kun forstås rigtigt, når man kender den helhed de indgår i. Vores erkendelsesproces tog dermed form som en hermeneutisk spiral som bl.a. beskrevet af Bach Nielsen & Lunde (2003, p. 83) og medvirker til at gøre projektet validt.

### **Betydningen af undersøgelsesernes orden**

Vi valgte på et meget tidligt tidspunkt i vores undersøgelse, at foretage en indledende undersøgelse med mange deltagere og få, præcise spørgsmål. Vi ønskede at få vores egne forforståelser be- eller afkræftet. Siden valgte vi at gå i dybden med ledere og nøgleinformanter. Vi er klar over, at hvis vi havde gjort dette i en anden rækkefølge, fokuseret mindre på ledelserne eller stillet nogle andre spørgsmål, kunne vores undersøgelse have taget en anden drejning.

### **Genstandsfeltet**

Vi har valgt at undersøge fire sygdomsområder på Bispebjerg Hospital (BBH), et af fire områdehospitaler i Region Hovedstaden som genstandsfelt til dette projekt. Vi er bevidste om, at det kunne have været et andet projekt med en anden konklusion, hvis vi havde valgt et andet hospital, flere hospitaler, eller andre, flere eller færre sygdomsområder. Vi kunne også have valgt at se på den samme kliniske kvalitetsdatabase på forskellige hospitaler, men dette fravalgte vi, da vi ønskede at se på eventuelle forskelle i organiseringen i NIP og KCØ.

Når vi valgte BBH var det også af praktiske årsager. Det var logistisk lettere at udføre de fleste interviews på ét hospital. Her tænkes især på den indledende undersøgelse. Det er ligeledes vores vurdering, at adgangen til afdelingsledelserne blev lettet på grund af to af gruppens medlemmers tilknytning til hospitalet.

Vi er af den overbevisning, at vores fund er en del af sandheden om brugen af kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling på Bispebjerg Hospital.

### **Uddelegeret ansvar**

I to af de specialer vi valgte at fokusere på, blev vi af afdelingsledelsen henvist til en databaseansvarlig overlæge. Argumentationen var, at ledelsen ikke følte, de havde den fornødne viden om databasen og det derfor ikke gav mening at blive interviewet.

Det har betydet, at vi reelt har interviewet personer i to sygdomsområder uden formel ledelseskompetence. Det ligger fast, at ansvaret for de kliniske kvalitetsdatabaser ligger hos afdelingsledelsen. Dette kan være problematisk for vores undersøgelse, idet de svar vi har fået ikke står i relation til ansvar og opgavevaretagelse. Vi ønskede at se på anvendelsen af data til kvalitetsudvikling og vurderede på baggrund af afdelingsledelsernes udmeldinger, at de udpegede personer havde en væsentlig større viden om dette.

## Risiko for bias

Respondenterne ved den indledende undersøgelse blev valgt tilfældigt. Vi spurgte dem der var at træffe, da vi kom forbi. Andre respondenter kunne have andre holdninger. Med i alt 66 respondenter mener vi, at svarene er brugbare.

Vi valgte sygdomsområderne ud fra nogle kriterier (se side 25), samt, hvad der var praktisk muligt. Da to af gruppens medlemmer på det tidspunkt arbejdede på Bispebjerg Hospital, kan det ikke udelukkes, at vi har valgt én afdeling frem for en anden på grund af en ubevidst forestilling om lettere tilgængelighed.

Som primærinterviewer valgte vi den person i gruppen med størst kendskab til arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser. Dette var for at sikre kompetence i interviewet, hvilket i litteraturen er beskrevet som vigtigt, især når det gælder interview med ledende personer. Samtidig har denne person også et forhåndskendskab til interviewpersonerne, der ville kunne påvirke spørgsmål og svar. Vi tillagde altså kompetence en større vægt end forhåndskendskabet, hvilket giver en risiko for bias.

## Opsamling

Vores valg af metoder og anvendelsen af disse har haft stor betydning for det endelige projekt. Vi har forsøgt, at lade os lede af problemformuleringen og været meget stringente i anvendelsen af metoderne. Audit og interviews har vist sig meget velegnede til at afdække anvendelsen af data fra kliniske kvalitetsdatabaser og den organisation, ansvarsfølelse, omverden, holdning og mening, der danner grundlaget for anvendelse.

## 16 Perspektivering

Vi finder det bemærkelsesværdigt og meget imponerende, at det er lykkedes at få mange sygdomsområder til at arbejde med kliniske kvalitetsdatabaser. Sygdomsområderne har valgt indikatorer og der er udarbejdet standardiserede værktøjer til både ind- og uddata. De tekniske systemerne virker i det store hele, data er velkendte og til stede, der er hjælp at hente og alligevel anvendes data endnu ikke helt efter hensigten og i en grad der retfærdiggør det store fokus på indsamling.

### Databaserne som ny metode til kvalitetsudvikling

At arbejde med kliniske kvalitetsdatabaser er en ny måde at arbejde med kvalitet på. I sundhedsvæsenet kan det tage tid at skifte kurs og fokus samt finde nye arbejdsgange i en travl klinisk hverdag. Der kan være tekniske, organisatoriske eller faglige barrierer. Det er naturligt, at nye tiltag tager tid at implementere i sundhedsvæsenet, som er en yderst kompleks organisation præget af stor autonomi. I mange specialer og sygdomsområder føler man, at der er styr på den faglige kvalitet. Måske har man endda selv etableret en lokal klinisk database, som fungerer tilfredsstillende. På den baggrund kan det være vanskeligt at implementere noget nyt og politisk bestemt.

### Akkreditering som parallelt eksempel

Akkreditering er introduceret som et andet og relativt nyt redskab til kvalitetsudvikling i sundhedssektoren i Danmark. Det har tydeligvis haft en helt anden gennemslagskraft og opmærksomhed fra både medarbejdere og ledelse på alle planer. Det er det generelle og organisatoriske, der underkastes et grundigt eftersyn. Hvorfor

gælder den samme opmærksomhed ikke for den kliniske kvalitet? Er det fordi der med akkreditering er tale om et eksternt tilsyn? Er det for svært at udstille og sammenligne den kliniske kvalitet eller er det ikke vigtigt nok?

Det handler om den patientnære kvalitet i daglig klinisk praksis. Det er så trivielt at efterspørge ledelsesopbakning, alligevel mener vi det er et centralt anliggende.

## **Ledelsesopbakning**

I vores teorigrundlag er en leder en motivator, en frontløber og en rollemodel. Hospitalsvæsnet har igennem tiden forsøgt at implementere organisationsopskrifter, der har givet gode resultater i andre private og offentlige organisationer, fx TQM, værdibaseret ledelse og den lærende organisation. Disse har ikke haft den store konsekvens, men i stedet bidraget til den projektræthed, som Melander & Jørgensen beskriver.

Ledelse skal inspireres og inspirere. Der ligger derfor en opgave på alle niveauer i regionen med at gå i takt og gå samme vej. Ellers kan situationen blive som nævnt i en FLOS-rapport, at hospitalsvæsnet og kliniske kvalitetsdatabaser beskrives som "en gruppe joller i stormvejr" i stedet for "en supertanker på urokkelig kurs" (FLOS 2004, p. 6).

## **EPJ som dataleverandør**

Fra starten var det meningen at data til de kliniske kvalitetsdatabaser skulle fødes automatisk fra en EPJ. Men nu 7-8 år efter det strukturerede arbejde med landsdækkende databaser tog sit afsæt, er en EPJ stadig langt fra i sigte. Vi vurderer, at det har haft stor indflydelse på, hvordan klinikerne og lederne har forholdt sig til databaserne og hvordan data har været anvendt. Energien og opmærksomheden har lokalt været lagt i inddata, da det er her den store offentlige og ledelsesmæssige bevågenhed har været. Konsekvensen er efter vores vurdering, at der ikke er energi, lyst og vilje til at lægge samme arbejde og engagement i uddata, til skade for kvalitetsudviklingen. Lidt provokerende kan man spørge, om det giver mening, at klinikerne bruger mange ressourcer på noget der var tænkt som en it applikation og til gengæld bruger få ressourcer på at anvende uddata til kvalitetsudvikling?

## **Usability**

Analyseportalen (AP) som værktøj beskrives af mange som svært at anvende. Vi tænker det kunne være en idé at gennemføre usabilitytests for at identificere de steder, hvor klinikernes brug af AP bliver besværliggjort.

Sundhed.dk er et af de steder, hvor data kan genfindes i form af årsrapporter. Det har imidlertid ikke været helt let at finde frem til de ønskede informationer, hvorfor en usability test af denne del af Sundhed.dk formentlig ville vise uhensigtsmæssigheder. En ændring af Sundhed.dk kunne medføre en lettere adgang til informationerne og dermed måske et øget brug.

## **Offentliggørelse af data**

Fra den politiske vinkel er en vigtig del af arbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser, at der kan offentliggøres tal for kvaliteten af den patientrelaterede behandling. Men spørgsmålet er om det er rimeligt, da der helt tydeligt er nogle problemer med dette.

En af vores nøgleinformanter udtalte at befolkningen ikke ønsker tal for kvaliteten, men derimod tal for ventetid og antal udførte behandlinger.



*"De vil gerne et sted hen, hvor de laver meget og ha' en kort ventetid, det med kvaliteten, det er bare i orden."*

*Johan Kjærgaard*

### **En gordisk knude**

Med projektet har vi blandt andet udstillet den Gordiske knude, som opstår når afdelingerne ønsker mere central styring og samtidig har et meget stort ønske om lokalt ejerskab.

Man kan betragte denne problemstilling fra flere vinkler. En løsning kunne være, at der kom en mere central styring med krav til både datakvalitet og opfølgning på resultaterne.

En anden og diametral modsat løsning kunne være, at man overlod det til afdelingerne/hospitalerne selv, hvordan de ville sikre kvalitetsforbedringer i den patientrelaterede behandling. Det kan forhindre sammenligning på landsplan, men nogle ville påstå at det ville give en bedre kvalitet.

Politisk vil der næppe være lydhørhed overfor den meget decentrale løsning og vores bud er, at rigtig mange klinikere vil modsætte sig den meget centrale løsning. Så når alt kommer til alt, er det mest sandsynlige nok at anvendelsen af databaserne fortsætter, som den er nu og derfor kan vores anbefalinger til forbedringer i anvendelsen af data på side 95 måske være et skridt på vejen til øget anvendelse af data til kvalitetsforbedring i det danske sundhedsvæsen.

## 17 Referencer

- Andersen I 2005, *Den skinbarlige virkelighed – om vidensproduktion inden for sundhedsvidenskaberne*, Samfundslitteratur, ISBN 87-593-1140-1
- Andreasen J 1999, Kvalitetsvurdering på videnskabeligt grundlag, *ugeskr læger* (50), 13.dec, 6961-6964
- Bach Nielsen K & Lunde IM 2003, Teoriers betydning i forskningsprocessen, I: Lunde IM & Ramhøj P, *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*, Akademisk Forlag, ISBN 87-500-3280-1
- Bech M 2006, Kontraktstyring af sygehusene – Fra blød til hård kontraktstyring, *Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen* 82. årgang, Nr. 10, december 2
- Berg M & Goorman E 1999, The contextual nature of medical information, *International Journal of Medical Informatics*, 56, 51-60
- Beyer P 2006, *Værdibaseret ledelse*, 2.udgave, Thomson A/S, 87-619-1563-7
- Blomhøj G et al. 2001, Audit. I: Kjærgaard J et al. (red.) 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Munksgaard
- Blomhøj G & Mainz J 2000, *Audit - en metode til kvalitetsudvikling af klinisk praksis*. Dansk selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS). Klaringsrapport nr.9
- Borum F 1997, Inerti og forandringsmuligheder i sygehusfeltet, I: Hildebrandt S & Schultz M 1997. *Fokus på sygehusledelse*. Munksgaard. ISBN 87-16-11946-0
- Brignall S & Modell S 2000, An institutional perspective on performance measurement and management in the 'new public sector'. *Man Acc Res*, 11, 281-306.
- Coiera E 2007, Putting the technical back into socio-technical systems research, *International Journal of Medical Informatics* 76S, pp. 98–S103
- Dansk Anæstesi Database 2007, *Årsrapport 2006*, November. [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk) (lokaliseret 20.02.2008)
- Danske Regioner 2007, *Basiskrav for landsdækkende kliniske databaser*, Notat 11.5.2007.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) 2003, *Sundhedsvæsnets kvalitetsbegreber og – definitioner*, januar, [www.dsks.dk](http://www.dsks.dk) (lokaliseret 09.04.08)
- Davies HTO & Crombie IK 1995, Assessing the quality of care, Editorials. *BMJ*; 311: 766.
- Dehlholm-Lambertsen B & Maunsbach M 1998. *Kvalitative metoder i empirisk sundhedsforskning – fem artikler fra Nordisk Medicin 1997*. Forskningsenheden for Almen Medicin, Aarhus universitet.

Den landsdækkende kvalitetsdatabase for geriatri 2007, *Årsrapport 2006*, [www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk) (Lokaliseret 20.02.2008)

Det Nationale Indikatorprojekt 2007. *Akut mave-tarm kirurgi. National auditrapport 2007*. November. [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) (Lokaliseret 01.03.2008)

Det Nationale Indikatorprojekt 2007. *Skizofreni. National auditrapport 2007*. Juni. [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) (Lokaliseret 01.03.2008)

DiMaggio PJ & Powell WW 1983, The iron cage revisited – institutional isomorphism and Collective rationality in Organizational fields, *Am Soc Rev*, Vol. 48, No. 2. (Apr.), pp. 147-160.

Donabedian A 2005, Evaluating the Quality of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, Vol. 83, No. 4, pp. 691–729 (genoptryk)

Fog J 2004, *Med samtalen som udgangspunkt*, 2. udgave, Akademisk Forlag, ISBN 87-500-3837-0

Forskningscenter for Ledelse & Organisation i Sygehusvæsenet (FLOS) 2004, *Forskning i sygehuse under forandring*, Nyt fra samfundsvidenskaberne

Freeman T 2002. Using performance indicators to improve health care quality in the public sector: a review of the literature, *Health Service Management research*, 15; pp. 126-137

Fuglsang L & Olsen PB (red.) 2004, *Videnskabsteori i samfundsvidenskaberne på tværs af fagkulturer og paradigmer*, 2. udgave, Roskilde Universitetsforlag, ISBN 87-78-67278-3

Hall E 2003, Relationen mellem interviewer og informant i det kvalitative forskningsinterview, I: Lunde IM & Ramhøj P, *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*, 3. oplag, Akademisk forlag

Hatch MJ 1997, *Organization theory – Modern symbolic and postmodern perspectives*, Oxford University press

Hood C 1995, The "New Public Management" in the 1980s: variations on the theme, *Accounting, Organizations and Society*, vol. 20, no. 2/3

Holstein B 2003, Triangulering – metoderedskab og validitetsinstrument. I: Lunde IM & Ramhøj P, *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*, 3. oplag, Akademisk forlag

H:S 2003, *Plan for implementering i H:S 2003-2004 med handlingsplan*, juli

H:S Direktion 2003, *Klinisk kvalitetsstyring i H:S*, marts

H:S driftcenter for kliniske databaser, EKK & KCØ 2003, *Analyseportal til kvalitetsstyring – Brugerdefinerede dynamiske rapporter*, brugervejledning 1.4

Høstgaard AM 2004. Organisationer, mennesker og sundhedsinformatiske systemer i et historisk perspektiv, I: Nøhr C & Høstgaard AM, *Håndbog i organisatoriske forandringer i forbindelse med implementeringen af elektroniske patientjournaler på sygehuse*, En håndbog fra EPJ-observatoriet, Virtuelt Center for Sundhedsinformatik, Aalborg

Indenrigs- og sundhedsministeriet 2003. *National IT-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007*. Maj. [www.im.dk](http://www.im.dk)

Indikatorgruppen for akut mave-tarm kirurgi 2004, *Akut mave-tarm kirurgi - Standarder, indikatorer, prognostiske faktorer og datadefinitioner*, Det Nationale Indikatorprojekt, [www.nip.dk](http://www.nip.dk) (lokaliseret 15.05.2008)

Indikatorgruppen for Skizofreni 2005, *Skizofreni - Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer*, Det Nationale Indikatorprojekt, [www.nip.dk](http://www.nip.dk) (lokaliseret 15.05.08)

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) 2008, *Den Danske Kvalitetsmodel – akkrediteringsstandarder for sygehuse*, februar, [www.kvalitetsinstitut.dk](http://www.kvalitetsinstitut.dk) (lokaliseret 12.5.2008)

Jensen CB, Lauritsen P & Olesen F 2007, *Introduktion til STS*, Hans Reitzels forlag, ISBN 978-87-412-5028-1

Jensen LP & Kjærgaard J 2001, Kliniske databaser til kvalitets- og risikostyring, Statusartikel, *Ugeskr Læger*; 163(39):5346

Jørgensen PS 2003, Generalisering – i kvalitativ forskning. I: Lunde IM & Ramhøj P, *Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab*, 3. oplag, Akademisk forlag

Jørgensen T et al. 2001, Kliniske databaser til overvågning af kvalitet. I: Kjærgaard J et al. (red.) 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Munksgaard, ISBN 87-16-12320-4

Kjærgaard J & Hansen MN 2001, Kvalitetsudviklingsprocessen: Begreber og terminologi, I: Kjærgaard et al., *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Munksgaard, ISBN 87-16-12320-4

Kjærgaard J, Mainz J & Jørgensen T 1999, *Overvågning og forbedring af lægefaglige kerneydelser, Brug af indikatorer*, Klaringsrapport nr.12, ISSN 1398-1560

Kjærgaard J et al. (red.) 2001, *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Munksgaard

Kjærgaard J et al. 2002, Kliniske indikatorer og kvalitetsdatabaser - en oversigt, *Ugeskr Læger* ; 164(38):4392

Knudsen JL, Hundrup YA & Jørgensen T 2001, Problemidentifikation, kvalitetsmål og indikatorer, I: Kjærgaard et al., *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*, Munksgaard, ISBN 87-16-12320-4

Koch L & Vallgård S 1996, *Samfundsmedicinske forskningsmetoder*, Munksgaard, ISBN 87-16-116691-7

- Kragh Jespersen P 2005, *Mellem profession og management – ledelse i danske sygehuse*, Handelshøjskolens forlag, ISBN 87-629-0229-6
- Kvale S 1994, *Interview - En introduktion til det kvalitative interview*, Hans Reitzels Forlag, ISBN 87-412-2816-2
- Lauritsen P 2007, SCOT – teknologi som social konstruktion, I: Jensen CB, Lauritsen p & Olesen F, *Introduktion til STS*, Hans Reitzels Forlag, ISBN 978-87-412-5028-1
- Laustsen S et al. 2002, *Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet - Brug af kvalitetsmål og indikatorer*, Sygeplejefaglig klaringsrapport, Dansk Sygeplejeråd
- Lorenzi NM & Riley RT 2004, *Managing Technological Change – Organizational Aspects of Health Informatics*. ISBN 03-879-854-84
- Lundgreen et al. 2006, *Tværfaglighed og dobbeltdokumentation I EPJ*, Aalborg Universitet
- Madsen I 2002, Lidt om det Nationale Indikatorprojekt (NIP), EPJ-Observatoriet
- Mainz J et al. 2004, Nationwide continuous quality improvement using clinical indicators: The Danish National Indicator Project, *Int J Qual Health Care*; 16 (1), pp. i45-i50
- Mant J 2001, Process versus outcome indicators in the assessment of Quality of Health care, *Int J Qual Health*; 13; 6, pp. 475-480
- Maunsbach M & Lunde IM 2003, Udvælgelse i kvalitativ forskning I: Lunde IM & Ramhøj P, *Humanistisk forskning indenfor sundhedsvidenskab*, 3. oplag, akademisk forlag
- Mejlby P, Nielsen KU & Schultz M 1999, *Introduktion til organisationsteori – med udgangspunkt i Scotts perspektiver*, Samfundslitteratur, ISBN 87-593-0785-4
- Melander P & Jørgensen S 2002/2003, Når fornuft, faglighed, fællesskab og fascination går op i en højere enhed - En fornyelsesstrategi for ressource- og kompetenceudvikling belyst med billeder fra danske sygehuse, *Økonomistyring & Informatik*. 18. årgang, nr. 5
- Meyer JW & Rowan B 1977, Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony, *Am J Soc*, vol. 83, no. 2 (sep.), pp. 340-363
- Moth G et al. 2004, Akkreditering i medicinsk teknologivurderingsperspektiv. *Ugeskr Læger* ; 166(19): 1800
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2002, *Principles for Best Practice in Clinical Audit*, Radcliffe Medical Press Ltd, ISBN 1-85775-976-1
- Nielsen K (red.) 2007, *Institutionel teori – en tværfaglig introduktion*, 2. udgave, Roskilde Universitetsforlag, ISBN 978-87-7867-318-3

NIP – det koordinerende sekretariat 2004, *Det Nationale Indikatorprojekt til måling og forbedring af de sundhedsfaglige kerneydelser*, Det Nationale Indikatorprojekt [www.nip.dk](http://www.nip.dk) (Lokaliseret 15.05.08)

NIP-sekretariatet 2007a. *Det Nationale Indikatorprojekt: Hvad er det? Hvad får man? Hvad skal der ydes på afdelings-/sygehus- og regionalt niveau?*. December

NIP-sekretariatet 2007b, *NIP-håndbogen*, 1.version, august

Olesen F 2007, SSK – Det sociologiske studie af videnskabelig viden, I: Jensen CB, Lauritsen P & Olesen F 2007, *Introduktion til STS*, Hans Reitzels forlag, ISBN 978-87-412-5028-1

Rasmussen L, Bonnevie B & Quist P 2003, Effekten af gentagne målinger af generelle kvalitetsindikatorer, *Ugeskr Læger*; 165(39):3724

Region Hovedstaden 2007a, *Kvalitetsstrategi for Region Hovedstaden 2007-2009*, Januar, [www.regionhovedstaden.dk](http://www.regionhovedstaden.dk) (Lokaliseret 05.09.2007)

Region Hovedstaden 2007b, *Sundheds-IT-strategi*, Koncern IT, September, [www.regionhovedstaden.dk](http://www.regionhovedstaden.dk) (Lokaliseret 14.10.2007)

Region Hovedstaden 2007c, *De sundhedspolitiske erklæringer for Region Hovedstaden*, Bilag 1, <http://www.regionhovedstaden.dk>

Riis O 2005, *Samfundsvidenskab i praksis, introduktion til anvendt metode*, 1. udgave, 1. oplag, Hans Reitzels Forlag, ISBN 87-412-0363-1

Røvik KA 1998, *Moderne organisasjoner*, Fakkbokforlaget, ISBN 82-7674-315-3

Sammenhængende Digital Sundhed i Danmark 2007 (SDSD). *National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 – 2012*, december, [www.sdsd.dk](http://www.sdsd.dk) (Lokaliseret 20.02.2008)

Sundhedsstyrelsen 1999, *Patientforløb og kvalitetsudvikling*, ISBN 87-90765-35-4

Sundhedsstyrelsen 2000, *Udvalget for Kvalitetsmåling i Sygehusvæsenet*, kapitel 6, version 1.0, [www.sst.dk](http://www.sst.dk) (Lokaliseret 18.5.2008)

Sundhedsstyrelsen 2001, *Kliniske kvalitetsdatabaser. Status 2000*, Del 1, Sundhedsstyrelsen, ISBN 87-91093-41-4. [www.sst.dk](http://www.sst.dk) (Lokaliseret 30.09.2007)

Sundhedsstyrelsen 2002, *National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Fælles mål og handleplan 2002-2006*, Sundhedsstyrelsen, ISBN 87-91232-19-8. [www.sst.dk](http://www.sst.dk) (Lokaliseret 04.10.2007)

Sundhedsstyrelsen 2004, *Den Danske Kvalitetsmodel for sundhedsvæsenet - modelbeskrivelse*, version 1.3, ISBN 87-7676-046-4

Vikkelsø S & Vinge S 2004, *Hverdagens arbejde og organisering i sundhedsvæsenet*, Handelshøjskolens forlag

Vingtoft S et al. 2002, It-systemer til kliniske kvalitetsdatabaser – status og perspektiver, *Ugeskr Læger*; 164(38): 4398

Vrangbæk K 1999, New Public management i sygehusfeltet – udformning og konsekvenser, i: E Zeuthen Bentsen et al.: *Når styringsambitioner møder praksis – den svære omstilling af sygehus- og sundhedsvæsenet i Danmark og Sverige*, Handelshøjskolens forlag

## 18 Abstract

### High Quality Clinical Databases - by name or by fact?

Anja Lundgreen, Troels Roesbjerg, Bjørn Hesselbo

*Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Aalborg, Denmark*

#### Introduction

At the present time, there is considerable political pressure to improve the quality of treatment in the health service. The nation-wide clinical quality databases are often mentioned in connection with the many proposed strategies, as a means of achieving this goal.

In this project, we have chosen to investigate which factors limit the use of data from the clinical quality databases in efforts to improve clinical quality. At the same time, we intend to forward some recommendations, as to how this may be achieved.

#### Methods

We performed an initial investigation at Bispebjerg Hospital, where we interviewed 66 leaders and staff covering 10 disease areas, where clinical quality databases were in use. These investigations confirmed our own experiences and lead us to the following problem formulation.

#### Which factors limit the use of data from clinical quality databases in efforts to improve quality and how can this be changed.

In order to examine this question more closely, we carried out an audit of indicators in four selected disease areas. We followed this up with semi-structured interviews with department managers in selected disease areas and with three key informants.

#### Results

We discovered a series of barriers to the use of data in quality improvement. The most important of these were as follows: a feeling of lack of ownership of the databases; large differences in the manner in which databases were organized; lack of clear placement of responsibility on several levels; the use of indicators, which were not completely suitable to quality developments; and the fact, that databases generally are used more for gathering information about productivity than for quality improvement.

We put forward a series of solutions aimed at improving the use of the data. The most important of these were suggestions to encourage a more critical approach to the organization of databases and chosen indicators; that results should be requested of management at all levels and that massive support must be given to the use of the databases.

#### Discussion

The project demonstrated several problems in the use of clinical quality databases. Amongst others, we find it relevant to suggest, that the health service poses itself the question, whether the relatively small quality improvements, which the use of these databases facilitate can justify the great use of resources involved.

The project has also underlined a dilemma amongst the health professionals in their work with clinical quality databases, which seems difficult to resolve. Both clinical workers and leaders seek increased central control of the databases, while, at the same time, there is a desire for greater "local ownership".

#### Acknowledgments

We would like to thank all the staff, leaders and key personnel, who agreed to be interviewed by us. We also owe a debt of gratitude to our guide and tutor Sten J. Christophersen.

#### Address for correspondence

Anja Lundgreen, mail: anlun@geh.regionh.dk

Troels Roesbjerg, mail:

troels.roesbjerg@psv.regionh.dk

Bjørn Hesselbo, mail: bjoern@hesselbo.net



## **19 Bilagsfortegnelse**

Bilag 1	Spørgeguide til den indledende undersøgelse
Bilag 2	Kliniske kvalitetsdatabaser, fakta og funktioner
Bilag 3	Brev til afdelingsledelserne
Bilag 4	Interviewguide til interview med afdelingsledelserne
Bilag 5	Interviewguide til interview med nøgleinformanter

## Bilag 1 Spørgeguide til den indledende undersøgelse

Hospital: \_\_\_\_\_

Speciale: \_\_\_\_\_

Faggruppe: \_\_\_\_\_

### Spørgsmål til lederne:

- 1 Er du bekendt med de data, der registreres i databasen (Klinisk MåleSystem) i din afdeling?

Ja i høj grad  Ja i nogen grad  Ja i mindre grad  Nej slet ikke  Ved ikke

- 2 Oplever du, at personalet har tid til at registrere/indsamle data til den kliniske database?

Ja i høj grad  Ja i nogen grad  Ja i mindre grad  Nej slet ikke  Ved ikke

- 3 Er det din oplevelse, at de data, der indtastes kan genfindes (i AnalysePortalen)?

Ja i høj grad  Ja i nogen grad  Ja i mindre grad  Nej slet ikke  Ved ikke

- 4 Bliver afdelingens personale løbende orienteret om resultaterne af de analyser der udarbejdes?

Ja i høj grad  Ja i nogen grad  Ja i mindre grad  Nej slet ikke  Ved ikke

- 5 Anvender afdelingen analyserne/resultaterne fra den kliniske database til at arbejde systematisk med kvalitetsudvikling i afdelingen?

Ja i høj grad  Ja i nogen grad  Ja i mindre grad  Nej slet ikke  Ved ikke

Ovenstående spørgsmål har været meget strukturerede, hvorfor du her til slut har mulighed for at komme med generelle betragtninger, eller kommentarer i forhold til arbejdet med kliniske databaser.

---

---

---

Hospital: \_\_\_\_\_

Speciale: \_\_\_\_\_

Faggruppe: \_\_\_\_\_

**Spørgsmål til personalet:**

1 Er du bekendt med de data (der registreres i databasen), der måles på i din afdeling?

Ja i høj grad

Ja i nogen grad

Ja i mindre grad

Nej slet ikke

Ved ikke

2 Oplever du, at der er tid til at registrere/indsamle data til den kliniske database?

Ja i høj grad

Ja i nogen grad

Ja i mindre grad

Nej slet ikke

Ved ikke

3 Bliver du løbende orienteret om de analyser, der udarbejdes på baggrund af jeres registreringer?

Ja i høj grad

Ja i nogen grad

Ja i mindre grad

Nej slet ikke

Ved ikke

4 Oplever du, at afdelingen bruger analyserne fra den kliniske database til et systematisk arbejde med kvalitetsudvikling i afdelingen?

Ja i høj grad

Ja i nogen grad

Ja i mindre grad

Nej slet ikke

Ved ikke

Ovenstående spørgsmål har været meget strukturerede, hvorfor du her til slut har mulighed for at komme med generelle betragtninger, eller kommentarer i forhold til arbejdet med kliniske databaser.

---

---

---

## Bilag 2 Kliniske kvalitetsdatabaser, fakta og funktioner

### Overordnet organisering af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser

De landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser organiseres under det Nationale Indikatorprojekt (NIP) og under de nationale kompetencecentre for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

Danske Regioner etablerede i 2002 disse tre kompetencecenter for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. De er beliggende i Århus (nord - KCN), Odense (syd - KCS) og København (Øst - KCØ). Etableringen af kompetencecentrene skete for at støtte de kliniske databaser med epidemiologisk ekspertise, it-opbakning, statistiske analyser, hjælp til formidling og sparring og for at sikre et mere ensartet output fra databaserne ([www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)). Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) blev etableret i 1999.

For alle disse kliniske kvalitetsdatabaser gælder nogle grundlæggende forhold. Data skal ind i databaserne, data skal bearbejdes og komme retur til brugerne i form af forskellige rapporter. I det følgende vil vi beskrive, hvordan de landsdækkende databaser administreres under henholdsvis NIP og i KCØ. Derefter vil vi se på indikatorer, data ind og data ud.

### Landsdækkende databaser administreret af NIP

Der er i dag otte sygdomsområder under NIP. De grundlæggende principper var, at fagpersoner udarbejdede kvalitetsmål og indikatorer og at de fortolker og vurderer resultater inden offentliggørelse (Sundhedsstyrelsen 2000). Såvel standarder, som indikatorer, er beregnet til intern brug i de enkelte sundhedsinstitutioner med henblik på kvalitetsudvikling, samt til ekstern brug i offentligheden. Standarder og indikatorer er udarbejdet på evidensbaseret grundlag og er diagnose- og sygdoms-specifikke (NIP-sekretariatet 2007b).

Målet for projektet var at forbedre den sundhedsfaglige kvalitet, opnå en dialog med henblik på prioritering og give indsigt til borgerne (Sundhedsstyrelsen 2000).

De sygdomsområder, der rapporterer til NIP får forskellige typer af data retur centralt fra NIP. Afdelingerne får typisk (NIP-sekretariatet 2007a, p. 2):

- Månedlige tilbagemeldinger på indrapporterede kvalitetsdata (indikatorer)
- Halvårlig til årlig tilbagemelding på analyserede data
- Webbaseret program til indrapportering (Klinisk MåleSystem, KMS)
- Bistand fra centralt sekretariat i forhold til dataindberetning
- Undervisning

### Landsdækkende databaser administreret af KCØ

Der er i dag 22 landsdækkende databaser under kompetencecenter for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, region øst (KCØ), som dermed er det kompetencecenter, der administrerer flest databaser. KCØ er en virtuel organisation som drives og ledes i fællesskab mellem Enhed for Klinisk Kvalitet (EKK) og Forsknings-Center for Forebyggelse og Sundhed (FCFS). Begge er decentrale enheder i Koncern Plan og Udvikling i Region Hovedstaden ([www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)).

Ydelserne til de enkelte databaser er mere individuelt tilrettelagt end i NIP. Der bliver hvert år indgået aftaler med de enkelte databaser om, hvilke ydelser KCØ skal levere, og prisen herfor. Som udgangspunkt leveres statistiske og epidemiologiske

ydelser og ydelser vedrørende dataindsamling, datamanagement og datapræsentation specifikt fra EKK (ibid.).

Det overordnede formål for EKK er, at understøtte arbejdet med vurdering og udvikling af den sundhedsfaglige kvalitet. Hovedopgaven er i praksis at bistå og servicere Region Hovedstadens sundhedsfaglige råd og landsdækkende kliniske kvalitetsdatabasers bestyrelser ved prioritering og valg af indikatorer og med at stille central database, datamanagement, statistisk bearbejdelse og opdateret feed-back om kvalitetsniveauet til rådighed for klinikker og afdelinger (ibid.)

De væsentligste opgaver for EKK har været at:

- Udvikle Klinisk MåleSystem (KMS)
- Etablere de nødvendige indtastningsflader i KMS, så klinikerne har adgang til dem direkte via intranet eller sundhedsdatanettet
- Udvikle Analyseportalen (AP), som er et afrapporterings-system til kliniske databaser
- Sikre tidstro og let overskuelige tilbagemeldinger til afdelingerne om kvalitetsniveauet over tid i AP
- Bidrage til udbredelse af forståelse for statistisk proceskontrol, der kan sikre tidlig varsel ved statistisk signifikante afvigelser fra tidligere kvalitetsniveau eller fra planlagt kvalitetsniveau
- Deltage i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i en fremtidig monitorering af kræftpakkerne via AP (ibid.).

## Opsamling

Vi vil her nøjes med at beskrive de forskelle, vi ser mellem databaserne under NIP og under KCØ. De væsentligste synes at være:

- Standarder – NIP har standarder for alle indikatorerne
- Værktøjer – EKK stiller flere interaktive værktøjer til rådighed for brugerne. Det er online standardrapporter, kontrolkort og sammenligningsdiagrammer med mulighed for at klikke sig ind og få flere oplysninger om de patienter der indgår rapporter
- Styring – der er højere grad af styring af data i NIP, i form af en fastlagt auditproces, standarder for indikatorerne og rapporter sendt direkte til lederne.

## Indikatorer

Ifølge Terminologigruppen, der blev nedsat af Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren og Sundhedsstyrelsen er en indikator "en målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten" (DSKS 2003, p. 11). Der skelnes mellem struktur-, proces- og resultatindikatorer.

For at opnå information om den sundhedsfaglige kvalitet skal indikatorerne være meningsfulde og afspejle kvaliteten af ydelserne. Valget af indikatorer er styrende for dataindsamlingen, ligesom de danner grundlag for den efterfølgende analyse. En anden vigtig forudsætning er, at indikatorerne bliver beregnet og præsenteret på en overskuelig måde, der "begrænser den tid en kliniker skal afse for at følge med i kvaliteten af arbejdet i en afdeling" (H:S Direktionen 2003, p. 6). Til dette formål er der udarbejdet en række værktøjer, som vil blive beskrevet i det følgende.

## Data ind – Klinisk MåleSystem

Kilderne til dette og de følgende afsnit er dels egne erfaringer med Klinisk MåleSystem (KMS) og Analyseportalen (AP) samt de manualer, der er til rådighed for KMS og AP (H:S driftcenter for kliniske databaser EKK og KCØ 2003, H:S Direktionen 2003)

En forudsætning for at kunne sige noget om den kliniske kvalitet ud fra data, er at data er meningsfulde og at de indsamles i et omfang, der retfærdiggør, at der kan drages slutninger om det generelle; Det valgte datasæt kan omsættes til meningsfulde indikatorer. Data samles ind via KMS enten ved at:

- Klinikeren selv taster data direkte eller
- Data samles på særlige skemaer som efterfølgende testes af fx en sekretær eller
- Journaler gennemgås og relevante data indtastes.

KMS er et klinisk databasesystem til registrering af kliniske data med henblik på måling af sundhedsfaglig kvalitet. KMS anvender generelle skabeloner som muliggør opbygning af nye databaser relativt hurtigt og billigt. KMS bygger endvidere på en sikker webbaseret teknologi, som tillader brugere at indtaste data via enhver PC tilsluttet sundhedsdatanettet ([www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)).

KMS understøtter en korrekt dataindsamling, idet der er indarbejdet en række valideringsregler. Disse er udarbejdet i samarbejde med faglige eksperter fra de enkelte sygdomsområder. Der vil fx komme en advarsel, hvis en testværdi ligger udenfor et defineret normalområde.

The screenshot shows a web-based data entry form for a geriatric patient. The form is organized into several sections:

- Heldøgn**: Includes fields for 'Indlæggelsesdato' (G30B) and 'Afsnit(?)' (G30B).
- Indlægger fra(?)**: A list of radio buttons for location selection: AMA, Ambulatorie, Anden afdeling, Andet hospital, Eget hjem, Dagafsnit, Plejehjem, and Andet.
- Generel eksklusion(?)**: Radio buttons for 'Ja' and 'Nej'.
- MMSE(?)**: A dropdown menu set to 'Ikke målt'.
- ADL(?)**: A dropdown menu set to 'Indgår, test gennemført'. Below it are several dropdown menus for activities: Spisning (2), Forflytning (3), Personlig hygiejne (3), Toiletbesøg (0), Tage bad (1), Gangfunktion/kørestol (3), Træpegang (0), Påklædning (2), Tarmkontrol (5), and Blærekontrol (0).
- SFT(?)**: A dropdown menu set to 'Indgår, test gennemført'. Below it are fields for 'SFT score, rejse-sætte sig' (1) and 'Dato SFT score' (15-08-05).
- TUG(?)**: A dropdown menu set to 'Indgår, test gennemført'. Below it are fields for 'TUG score' (39) and 'Dato TUG score' (15-08-05).
- BMI(?)**: A dropdown menu set to 'Indgår, test gennemført'. Below it are fields for 'Højde' (158), 'Vægt' (50), and 'Dato BMI score' (16-08-05).

At the bottom of the ADL section, there is a red text prompt: 'Tryk på gem for beregning af ADL score'.

Figur 6 KMS datasæt (delmængde) fra geriatri

Systemet tilbyder brugerne en række muligheder, som fx at rette i allerede indtastede og indleverede skemaer og en række søgefunktioner.

## Data ud

De fire sygdomsområder vi har valgt til vores interviews har følgende til rådighed:

	Type	Årsrapport	Bruger-definerede rapporter	Kontrol diagrammer	Sammenlignings diagrammer	Nationale standarder
Geriatrici	EKK	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Anæstesi	EKK	Ja	Ja	Ja	Ja	Nej
Ulcus	NIP	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja
Skizofreni	NIP	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja

Tabel 6 Oversigt over de fire valgte sygdomsområder

Der er forskel på, hvordan data ud præsenteres i NIP og under KCØ.

Alle sygdomsområderne har adgang til samme slags dynamiske brugerdefinerede rapporter i Region Hovedstaden. Denne fælles funktionalitet beskrives på side 119.

De faste rapporter, standardrapporterne, er bygget forskelligt op under KCØ og i NIP og har forskellige funktionaliteter. Vi vil for overskuelighedens skyld se på dem hver for sig på side 120 og 122.

### Brugerdefinerede rapporter

For at data kan præsenteres for ledelser og klinikere på en meningsfuld måde er der i udarbejdet et analyseværktøj, Analyseportalen (AP). AP er et SAS baseret rapporteringsværktøj<sup>7</sup> som tilbydes databaser der drives af Kompetencecenter Øst. I AP har brugeren umiddelbart adgang til alle data fra den afdeling som brugeren arbejder på. ([www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)).

De brugerdefinerede rapporter er baseret på, at klinikerne har overblik over sit datasæt (sine variable) og har en forestilling om, hvilke analyser, der giver mening i det pågældende speciale. Data opdateres en gang i døgnet og er tilgængelige online. Der er mulighed for at generere krydstabeller, lister og simple statistiske tests. En filterfunktion gør det muligt at definere præcist, hvilke data der ønskes. Data kan eksporteres til fx Word, Excel og herfra til et statistikprogram som SAS eller SPSS. En given rapportopsætning kan gemmes i systemet som enten en fast rapport der låses med de data der er når rapporten genereres eller en dynamisk rapport hvor nye data løbende tilføjes (ibid.)

<sup>7</sup> SAS er ifølge egen hjemmeside ([www.sas.com](http://www.sas.com)) verdens største privatejede softwarevirksomhed. SAS leverer software og serviceydelser, der gør det muligt for virksomheder at omforme data fra alle forretningsområder og datakilder til værdiskabende, tværgående viden.

## Standard rapporter – KCØ databaser

Standardrapporterne indeholder flere valgmuligheder. Der er en Klinisk Indikator Rapport (med indikatoroversigt, kontroldiagrammer, sammenligningsdiagrammer og en oversigt over datakvaliteten), fejl og opfølgning samt årsrapport.

Når Klinisk Indikator Rapport åbnes, vil Indikatoroversigten give et hurtigt overblik over data. Rapporterne er baseret på de indikatorer, der er relevante for det specifikke sygdomsspeciale. I

Figur 7 ses et eksempel på en indikatoroversigt. De røde felter indikerer, at der i den pågældende måling er en værdi, der ligger udenfor sikkerhedsgrænserne (+/- 3SD).

Indikatoroversigt						
Indikator Navn	Seneste indikatorværdi	Datakvalitet Korrekt i %	Egen Kontrol Diagram	Sammenligning Diagram og Rangstilling	Datakvalitet Tabel og graf	
Almindelig Daglig Livsførelse (ADL) - Modifieret Barthel InIndlæggelse	59.06	100 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Almindelig Daglig Livsførelse (ADL) - Modifieret Barthel InUdskrivning	72.87	89.5 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Almindelig Daglig Livsførelse (ADL) - Modifieret Barthel InForskel	6.47	89.5 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Funktionsevne Indlæggelse	23.71	52.6 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Funktionsevne Udskrivning	22.45	68.4 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Funktionsevne Forskel	-5.00	52.6 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Ernæring Indlæggelse	20.15	68.4 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Ernæring Udskrivning	20.33	73.7 %	Kontrol	Sammenligning	Data	
Ernæring Forskel	-0.43	57.9 %	Kontrol	Sammenligning	Data	

Figur 7 Eks på indikatoroversigt (delmængde) fra geriatri i Analyseportalen

Det kan være en positiv eller negativ afvigelse. Ideen er, at ledelsen eller den kliniker, der har ansvaret, let kan overvåge kvaliteten og reagere på eventuelle afvigelser. Oversigten indeholder de seneste værdier, et kontroldiagram (se Figur 8), et sammenligningsdiagram (se Figur 9) og en fremstilling af datakvaliteten.

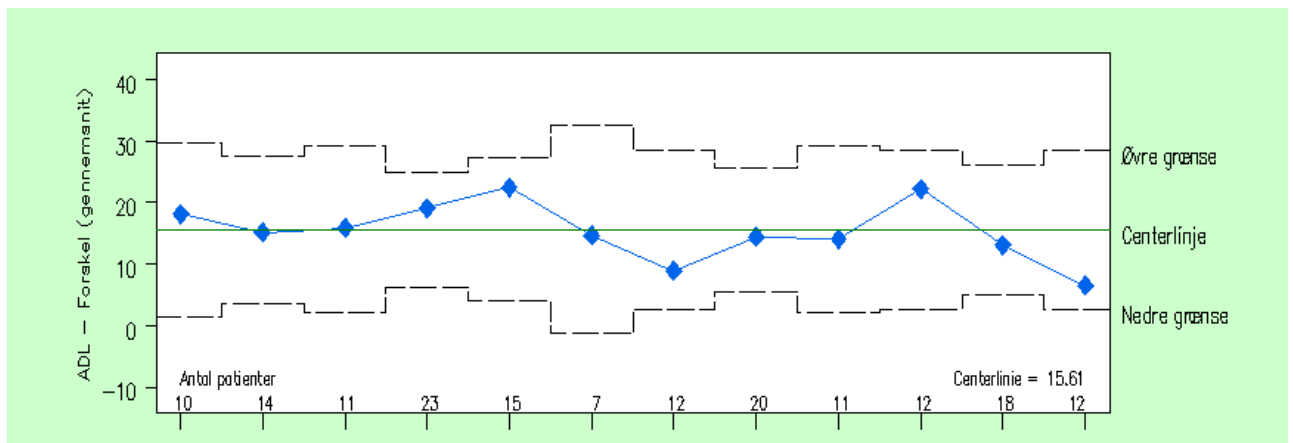
## Kontroldiagrammer

Kontroldiagrammer bruges til statistisk proceskontrol. Det er en intern egenkontrol i en given afdeling.

Et kontroldiagram er bygget op med:

- Indikatorakse (y) der angiver de værdier indikatoren kan angive
- Periodeakse (x) der angiver de tidsperioder hvert sæt målinger omfatter
- Kontrolpunkter der viser periodens værdi
- Centerlinie der ofte er middelværdien af den hidtil målte kvalitet. Kan ellers udtrykke det ønskede kvalitetsniveau
- Kontrolgrænser der viser, at hvis kontrolpunktet ligger mellem den øvre og nedre grænse, så adskiller den observerede indikatorværdi sig ikke (statistisk sikkert) fra centerlinjens værdi, altså er kvaliteten (med meget stor sandsynlighed) hverken værre eller bedre end standarden. Kontrolgrænserne er beregnet med 3 standarddiviationer.





Figur 8 Kontrolldiagram fra geriatri med forskel i score (0-100) Almindelig Daglig Livsførelse (ADL = Barthel Indeks) fra indlæggelse til udskrivelse. I dette tilfælde er alle målinger i kontrol. Det er dog ikke det samme som at sige, at niveauet nødvendigvis er i orden.

Kontrolldiagrammer bruges til at overvåge om de kliniske processer er statistisk stabile eller statistisk ustabile. (H: S Direktionen, 2003 pp. 10-11). Det betyder ikke i sig selv, at processen har et klinisk tilfredsstillende niveau. Gennem at arbejde med statistisk proceskontrol sikres en tidlig varsling ved statistisk signifikante afvigelser fra tidligere kvalitetsniveau eller fra et planlagt kvalitetsniveau ([www.kliniskedatabaser.dk](http://www.kliniskedatabaser.dk)).

På den måde kan man identificere en gruppe af patienter, der indgår i en given måling og er udenfor statistisk kontrol (positiv eller negativ outlier). Punktet falder udenfor kontrolgrænserne. Journaler kan findes frem og auditeres. Kontrolldiagrammet kan vise flere processer, der ikke er stabile og derfor udenfor statistisk kontrol. Ovenfor nævnes en situation hvor en enkelt måling falder udenfor sikkerhedsgrænserne – en outlier. Der er andre situationer, der viser af en klinisk proces er statistisk ustabil. Her to af de mest almindelige:

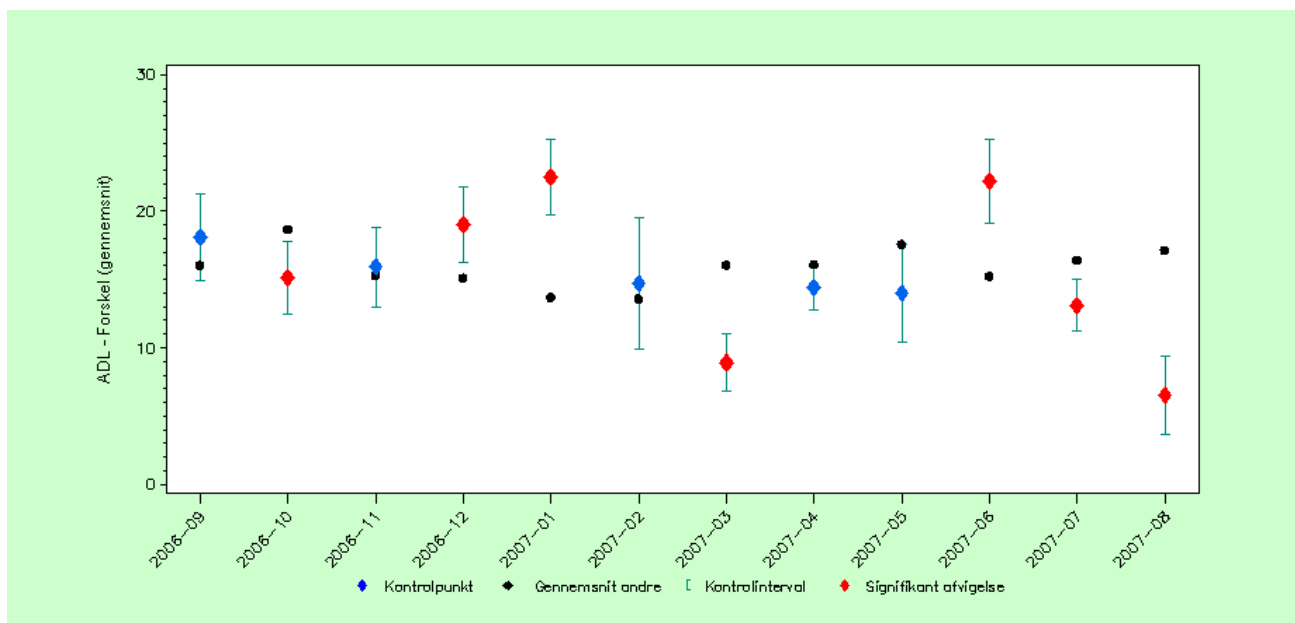
- Seks på hinanden følgende kontrolpunkter, der har en tiltagende eller aftagende værdi
- Otte på hinanden følgende kontrolpunkter der ligger over eller under centerlinien

Forudsætningen for at arbejde med statistisk proceskontrol og kontrolldiagrammer er, at der er mindst 12 kontrolpunkter (H: S Direktionen 2003, p. 11).

Sikkerhedsgrænserne i kontrol- og sammenligningsdiagrammerne er fastlagt efter +/- 3 standarddeviationer (SD). Det betyder, at der er under 1 % sandsynlighed for at en måling der falder udenfor sikkerhedsgrænserne er fremkommet ved en tilfældighed. På den måde skal ledelse og klinikere ikke reagerer så ofte, der vil være færre målinger, der falder udenfor end hvis man fx havde valgt en grænse på 1SD.

### Sammenligningsdiagrammer

Et sammenligningsdiagram viser kvaliteten i egen afdeling i forhold til andre lignende afdelinger over tid.



Figur 9 Sammenligningsdiagram fra geriatri med de samme målinger som i figur 5, nu sammenholdt med de andre geriatrike afdelinger

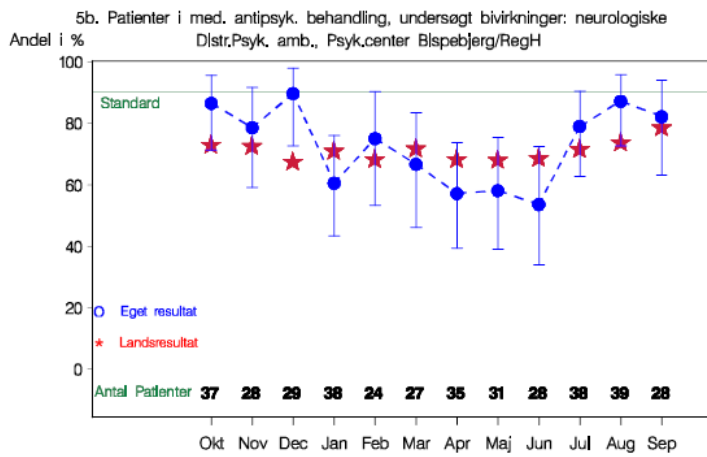
De røde markeringer betyder at målingerne er ude af statistisk kontrol. Egen afdeling ligger signifikant lavere eller højere end de andre afdelinger. Ønskes en mere detaljeret oversigt kan man klikke på en af målingerne og få vist en sammenligningstabel. Tabellen kan være med til at give flere vigtige informationer om patienterne målt på de andre indikatorer eller baggrundsvariable som alder, køn og indlæggelsestid.

## Rapporter - Det Nationale Indikator Projekt

Rapporterne er på mange måder bygget op på samme måde, som beskrevet ovenfor. Forskellen er helt primært, at rapporterne udkommer med længere intervaller, der er ikke kontrolprogrammer og de er ikke tilgængelige i elektronisk form. Det betyder, at der ikke er mulighed for at klikke sig nærmere ind i data.

Indikator	Standard	Antal patientforløb som opfylder indikator (tæller)	Antal patientforløb relevante for indikator (nævner)	Andel i %, som opfylder indikator (95% CI)	Andel i %, som opfylder indikator (95% CI)
5b. Andel af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af neurologiske bivirkninger	90	87	105	83 (74-90)	74 (72-76)
5c. Andel af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af sedation	90	96	111	86 (79-92)	77 (75-79)
5d. Andel af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af vægtøgning	90	91	108	84 (76-91)	70 (68-72)
5e. Andel af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af seksuelle bivirkninger	90	40	87	46 (35-57)	35 (32-37)
5f. Andel af patienter i medicinsk antipsykotisk behandling, der har fået foretaget en undersøgelse af blodsukker	90	47	98	48 (38-58)	37 (35-39)

Figur 10 Oversigt indikatorer fra NIP, Skizofreni



Figur 11 Eksempel fra skizofreni på sammenligningsdiagram

### Standarder

Alle sygdomsområder under NIP har standarder på alle valgte indikatorer.

## Bilag 3 Brev til ledelserne

Til ledelsen

Som sundhedsinformatikstuderende på tredje år er vi i gang med at udarbejde vores master projekt, hvor emnet er:

### **Brugen af kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling**

I den forbindelse vil vi gerne gennemføre et interview med jer, som ansvarlige for XXX-databasen.

Interviewet vil vare ca. en time og vi vil deltage med tre personer. For at kunne arbejde grundigt med den efterfølgende analyse, vil vi optage interviewet.

Vi planlægger at interviewe fire afdelingsledelser, der dækker fire forskellige databaser. Formålet med projektet er en nærmere undersøgelse af, hvilke ledelsesmæssige udfordringer der er i relation til anvendelse af data fra kliniske kvalitetsdatabaser til kvalitetsudvikling.

Vi er meget bevidste om, at I som afdelingsledelse oplever en meget travl arbejdsdag, hvor det kan være svært at afsætte tid til et sådan interview. Men da vi regner med at gennemføre interviewet i slutningen af januar/start februar 2008, håber vi, at du/I har mulighed for at planlægge således, det bliver muligt.

Hvis vi ikke har hørt fra jer inden fredag den 7. december 2007, vil vi tillade vi os at rette henvendelse igen.

Med venlig hilsen

Anja Lundgreen  
Bjørn Hesselbo  
Troels Roesbjerg

Sundhedsinformatikstuderende ved Aalborg universitet.

Vi kan kontaktes her:

Bjørn Hesselbo på xx xx xx xx eller mobil xx xx xx xx og på mail [bh07@bbh.regionh.dk](mailto:bh07@bbh.regionh.dk)  
Troels Roesbjerg på xx xx xx xx eller mobil xx xx xx xx og på mail [tr03@bbh.regionh.dk](mailto:tr03@bbh.regionh.dk)  
Anja Lundgreen på xx xx xx xx eller mobil xx xx xx xx og på mail [anlun@geh.regionh.dk](mailto:anlun@geh.regionh.dk)

## Bilag 4 Interviewguide til interview med afdelingsledelserne

### Præsentation (briefing):

- Fortælle om vores uddannelse
- Afklare informants rolle hvor det er som ledelsesrepræsentant.
- Afklaring af etiske spørgsmål
  - Må vi bruge citater fra interviewet i projektet?
  - Ønskes det skriftlige materiale vi udarbejder på baggrund af interviewet til gennemlæsning? (Transskribering eller meningskondensering)

### Noter til brug ved behov:

- Vores undren samt understøttelse af denne undren (som indledning eller oplæg til spørgsmål)
  - **De forskellige kvalitetsstrategier**  
Regeringens kvalitetsreform og Region H's kvalitetsstrategi
  - **Vores forundersøgelse**  
45 % af 49 medarbejdere svarer at de slet ikke bliver orienteret om resultaterne af deres indberetninger.  
57 % af 49 medarbejdere svarer at de slet ikke oplever at data fra de KKDB bliver brugt til kvalitetsudvikling.
  - **Artikel i Dagens Medicin** med udtagelser fra:  
overlæge Henrik Harling BBH "vi har aldrig fået ressourcer til at høste data på afdelingsniveau...".  
overlæge Leif Panduro Jensen GH: "... lige nu er der store mangler i mange af databaserne, og redskaberne til at viderefremde resultaterne til offentligheden er for dårlige."  
professor Henrik Kehlet RH: "Selv inden for kirurgien,..., har vi ikke noget overblik over kvaliteten af behandlingen."

### Indledende spørgsmål:

- Hvordan oplever du/I din/jeres rolle i forhold til arbejdet med databasen?

### Generelle spørgsmål (rækkefølgen ikke afgørende):

- Er der personer i afdelingen, der specifikt arbejder med kvalitetsudvikling?
- Arbejder nogle af disse personer sammen med dig omkring databasen? Hvad er årsagen til dette?
- Man har i såvel den danske kvalitetsmodel, som i Regionens sundheds-it-strategi og kvalitetsstrategi valgt at kliniske databaser i meget højere grad skal danne grundlag for kvalitetsudvikling. Hvordan ser du generelt på dette?
- Med tanke på jeres kliniske database som den er bygget op i dag, hvordan mener du så, at den kan understøtte jeres kvalitetsudvikling?
- Vi har kigget på datasættene og indikatorerne bag jeres database. Jeres database er, som vi vurderer det, opbygget af X indikatorer. Hvilken betydning mener du, dette har for kvalitetsudvikling i jeres afdeling?

- Mener I at de ressourcer I anvender på registrering i databasen, svarer til det udbytte I får? Begrund venligst svaret.
- I hverdagen, hvor højt mener du at I prioriterer databasen og anvendelsen af data fra dem, set i forhold til de mange krav ledelser konstant skal forholde sig til? Burde dette være anderledes? (potentielt farligt spørgsmål)

#### **Implementering af databasen:**

- I teorien tales der for at implementering af kliniske databaser sker med stor involvering af de klinikere, der skal arbejde med den? Hvordan er databasen blevet implementeret i jeres afdeling?
- Har I (du) selv været med til at udvikle indikatorerne?

#### **Rapportdelen:**

- Hvordan får I data tilbage fra databasen?
- Hvem i afdelingen læser de rapporter, der automatisk fremsendes? Årsrapporter? Hvilke overvejelser giver den grundlag for?  
  
(hvis vi kan komme med et eksempel fra årsrapporten kan vi spørge specifikt til dette)
- Laver I yderligere rapporter, hvor I selv trække data ud? Hvis nej, hvad er da grunden til dette? (Bjørns eksempler)
- Hvordan anvender I rapporternes resultater? Fx det lokale kvalitetsråd, formidling af resultaterne til klinikerne?
- Sammenligner I jer med andre?
- Sammenligner I jer med jer selv over tid?

#### **Spørgsmål til de specifikke indikatorer:**

Spørgsmål herom stilles ud fra vores audit på de enkelte databasers indikatorer.

- Hvordan oplever I relevansen af de indikatorer der måles på i databasen? Er der indikatorer der burde fjernes eller nye der burde tilføjes?

#### **Fremadrettet:**

- Hvad mener du, at der skal til for, at jeres sygdomsområde i højere grad kan anvende jeres kliniske database til kvalitetsudvikling?

#### **Debriefing:**

- Har du/I mere du/I gerne vil sige før vi stopper?

## Bilag 5 Interviewguide til interview med nøgleinformanter

### Spørgsmål til samtalen med Johan:

Analysen af interviewene viser at arbejdet med at anvende data fra de kliniske kvalitetsdatabaser overordnet ikke er systematiseret.

Strukturerne i afdelingerne er forskellige med uklare ansvarsområder og usikre mønstre for informationsudveksling. I nogle afdelinger involveres det lokale kvalitetsråd, i andre ikke. Hele eller dele af ansvaret kan være uddelegeret, både formelt og uformelt, men med begrænset effekt, da de personer, der har fået uddelegeret ansvaret ikke oplever, at de har fået tilsvarende ledelsesbeføjelser.

Når dette kombineres med en nærmest ikke-eksisterende organisation omkring arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser, så bliver kommunikation og anvendelse af data vanskelig.

Vi har ligeledes fundet at der ikke er enighed om hvad klinisk kvalitet er. Flere steder refereres til produktionstal eller akkreditering.

### **Vurderer du at der skal være en mere ensartet struktur/organisering og i givet fald hvem skal have ansvaret for at sikre dette?**

I projektet har vi set at datakompletheden i høj grad opnås på baggrund af udefrakommende pres. Dette illustreres bl.a. af følgende citater:

*"... vi fik et hak i tuden." og*

*"... da X fik skæld ud over datakompletheden ikke var god nok, så blev der trykket videre ned gennem systemet."*

### **Hvilke tanker gør du dig, når der primært indrapporteres på grund af pres og ikke på baggrund af et ønske om kvalitetsudvikling?**

For at blive ved kvalitetsudvikling så viser vores analyse at databaserne bliver brugt, men for det meste til andre formål end kvalitetsudvikling. Dette illustreres bl.a. af følgende citater:

*"Og så røg Barthellen med i farten, også for at fokusere på at den skulle være lavet for at tjene penge" og*

*"... sygeplejerskerne vil gerne have at vide: "arbejder vi ikke hele natten?". Neej, siger vi, så er det målt på hvor mange anæstesitimer, der er brugt pr nat, så det ligger der en kurve over, fordeling pr måned, hvor mange timer man har brugt det hver nat, så det lægger en dæmper på debatten har jeg indtryk af." og*

*"Det er ikke ligegyldigt om et net til et hernie koster 10.000 eller 30.000, fordi regningen ender i vores afdeling. Der vil vi formodentlig kunne gå ind og se på netop disse case-mix, hvad koster det og hvad kan forklaringen være på, at vi måske laver et voldsomt budgetoverskred."*

### **Hvad er din umiddelbare reaktion på, at de data der bliver anvendt, ofte er relateret til produktion eller økonomi?**

I vores interviews med de fire afdelinger, er flere kommet ind på, at arbejdet med databaserne er en af mange opgaver de bliver pålagt uden der følger økonomi med.

*" Det går ud over nogle andre patienter ... det er pludselig blevet bedre at have lige præcis denne her sygdom (end fx hul på tyktarmen)."*

**Er problematikken vedrørende krav og ressourcer noget man var opmærksom på da man begyndte arbejdet med databaserne?  
Hvilke konsekvenser kan det have?**

Analysen gjorde os opmærksom på et interessant paradoks vedrørende arbejdet med de kliniske databaser.

På den ene side giver interviewpersonerne udtryk for at der ønskes en mere central styring, men samtidig er det meget vigtigt for dem at der eksisterer et lokalt ejerskab.

*"Det er noget vi selv har opfundet..."*

*"Det tror jeg er rigtig vigtigt, for nogle af de databaser vi allerbedst kan lide det er jo den der udspringer af kirurgisk selskab eller en gruppe under kirurgisk selskab."*

*"Jeg tror der skal en markedsføring til nationalt fra, for at få sådan noget til at køre. Der tror jeg at organisationen, der er omkring er alt for svag."*

**Hvordan ser du på dette paradoks?**

I analysen af indikatorerne i de fire sygdomsområder fandt vi at *Indikatorerne* er udviklet af forskellige årsager og har dermed forskellige formål. Nogle af indikatorerne afspejler patientforløbet, mens andre er lavet for at legitimere et speciales eksistens.

Et sygdomsområder har kun procesindikatorer mens et andet kun har resultatindikatorer.

Med baggrund i den litteratur vi har læst (Bl.a. National Institute for Clinical Excellence 2002, p. 24) vil vi mene at nogle af databaserne kunne gøres bedre ved at ændre på deres indikatorer.

**Kunne du forestille dig at en central myndighed gik ind og tilpassede indikatorer, hvor de blev vurderet mindre hensigtsmæssige eller bør det alene være op til databasebestyrelsen?**

I bogen *"Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsnen"* fra 2001 skriver I om hvor vigtigt det er med kvalitetsmål (kriterier og standarder). Det er kun i sygdomsområderne under NIP der opereres med kvalitetsmål – ikke i KCØ-databaserne.

**Kan du sige noget om prioritering af kvalitetsmål i arbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser?**

**Er det en forudsætning?**

**Når vi nu har muligheden vil vi gerne høre dine definitioner på:**

Datakomplethed

Datakvalitet

Dækningsgrad

Nu har vi været rundt om forskellige aspekter af det nuværende arbejde med kliniske databaser. Så det sidste spørgsmål skal lyde:

**Er du overrasket over de fund vi har præsenteret for dig i dag?**

**Hvilke visioner har du for fremtidens brug af kliniske kvalitetsdatabaser?**



## **Spørgsmål til samtalen med Pernille:**

Analysen af interviewene viser at arbejdet med at anvende data fra de kliniske kvalitetsdatabaser overordnet ikke er systematiseret.

Strukturerne i afdelingerne er forskellige med uklare ansvarsområder og usikre mønstre for informationsudveksling. I nogle afdelinger involveres det lokale kvalitetsråd, i andre ikke. Hele eller dele af ansvaret kan være uddelegeret, både formelt og uformelt, men med begrænset effekt, da de personer, der har fået uddelegeret ansvaret ikke oplever, at de har fået tilsvarende ledelsesbeføjelser.

Når dette kombineres med en nærmest ikke-eksisterende organisation af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser, så bliver kommunikation og anvendelse af data vanskelig.

Vi har ligeledes fundet at der ikke er enighed om hvad klinisk kvalitet er. Flere steder refereres til produktionstal eller akkreditering.

### **Vurderer du at der skal være en mere ensartet struktur/organisering og i givet fald hvem skal have ansvaret for at sikre dette?**

I projektet har vi set at datakompletheden i høj grad opnås på baggrund af udefrakommende pres. Dette illustreres bl.a. af følgende citater:

*"... vi fik et hak i tuden." og*

*"... da X fik skæld ud over datakompletheden ikke var god nok, så blev der trykket videre ned gennem systemet."*

### **Hvilke tanker gør du dig, når der primært indrapporteres på grund af pres og sekundært på baggrund af ønsket om kvalitetsudvikling?**

**Johan Kjærgaard gav udtryk for at det slet ikke var meningen at klinikerne skulle bruge deres tid på inddata, disse skulle komme fra EPJ systemerne. Hvad er din holdning til dette?**

For at blive ved kvalitetsudvikling så viser vores analyse at databaserne bliver brugt, men for det meste til andre formål end kvalitetsudvikling. Dette illustreres bl.a. af følgende citater:

*"Og så røg Barthellen med i farten, også for at fokusere på at den skulle være lavet for at tjene penge" og*

*"... sygeplejerskerne vil gerne have at vide: "arbejder vi ikke hele natten?". Neej, siger vi, så er det målt på hvor mange anæstesitimer, der er brugt pr nat, så det ligger der en kurve over, fordeling pr måned, hvor mange timer man har brugt det hver nat, så det lægger en dæmper på debatten har jeg indtryk af." og*

*"Det er ikke ligegyldigt om et net til et hernie koster 10.000 eller 30.000, fordi regningen ender i vores afdeling. Der vil vi formodentlig kunne gå ind og se på netop disse case-mix, hvad koster det og hvad kan forklaringen være på, at vi måske laver et voldsomt budgetoverskred."*

### **Hvad er din umiddelbare reaktion på at de data der bliver anvendt, ofte er relateret til produktion eller økonomi?**

**Vi oplever at der flere steder bare registreres for at registrere. De data der er i databasen bliver derfor ikke brugt til noget – og slet ikke til kvalitetsudvikling. Hvad tænker du om dette?**

**Johan Kjærgaard gav udtryk for at der på afdelingsniveau skulle ansættes nogle 'dataknusere' for at få bearbejdet og brugt uddata. Hvordan forholder du dig til dette?**

I vores interviews med de fire afdelinger, er flere kommet ind på, at arbejdet med databaserne er en af mange opgaver de bliver pålagt uden der følger ressourcer/hjælp med (fx til organisering og prioritering).

*" Det går ud over nogle andre patienter ... det er pludselig blevet bedre at have lige præcis denne her sygdom end fx hul på tyktarmen."*

**Er problematikken vedrørende struktur, krav, prioriteter og ressourcer noget man er opmærksom på i regionen?**

Analysen gjorde os opmærksom på et interessant paradoks vedrørende arbejdet med de kliniske databaser.

På den ene side giver interviewpersonerne udtryk for at der ønskes en mere central styring, men samtidig er det meget vigtigt for dem at der eksisterer et lokalt ejerskab.

*"Det er noget vi selv har opfundet..."*

*"Det tror jeg er rigtig vigtigt, for nogle af de databaser vi allerbedst kan lide det er jo den der udspringer af kirurgisk selskab eller en gruppe under kirurgisk selskab."*

*"Jeg tror der skal en markedsføring til nationalt fra, for at få sådan noget til at køre. Der tror jeg at organisationen, der er omkring er alt for svag."*

**Hvordan arbejder man i Region Hovedstaden (RH) med dette paradoks?**

I analysen af indikatorerne i de fire sygdomsområder fandt vi at *Indikatorerne* er udviklet af forskellige årsager og har dermed forskellige formål. Nogle af indikatorerne afspejler patientforløbet, mens andre er lavet for at legitimere et speciales eksistens. Et sygdomsområde har kun procesindikatorer mens et andet kun har resultatindikatorer. Med baggrund i den litteratur vi har læst (Bl.a. National Institute for Clinical Excellence 2002, p. 24) vil vi mene at nogle af databaserne kunne gøres bedre ved at ændre på deres indikatorer.

**Er det noget der bruges tid på i RH?**

Nu har vi været rundt om forskellige aspekter af det nuværende arbejde med kliniske databaser. Så det sidste spørgsmål skal lyde:

**Hvilke overvejelser gøres der i RH for fremtidens brug af kliniske kvalitetsdatabaser?**

**Har de fund vi har præsenteret i dag overrasket dig?**

**Spørgsmål til samtalen med Steen Werner:**

Analysen af interviewene viser at arbejdet med at anvende data fra de kliniske kvalitetsdatabaser overordnet ikke er systematiseret.

Strukturerne i afdelingerne er forskellige med uklare ansvarsområder og usikre mønstre for informationsudveksling. I nogle afdelinger involveres det lokale kvalitetsråd, i andre ikke. Hele eller dele af ansvaret kan være uddelegeret, både formelt og uformelt, men med begrænset effekt, da de personer, der har fået uddelegeret ansvaret ikke oplever, at de har fået tilsvarende ledelsesbeføjelser.

Når dette kombineres med en nærmest ikke-eksisterende organisation af arbejdet med de kliniske kvalitetsdatabaser, så bliver kommunikation og anvendelse af data vanskelig.

### **Vurderer du, at der skal være en mere ensartet organisering/strukturering af de forskellige kliniske databaser her på hospitalet?**

Det samme spørgsmål til PS gav et både og svar, men dog helt entydigt at det var et lokalt (på hospitals niveau) ansvar.

### **Hvem bør her på BBH have ansvaret for at sikre en bestemt organisering af arbejdet med de kliniske databaser?**

PS giver meget tydeligt udtryk for, at skal arbejdet med de kliniske databaser blive succesfuldt, så kræves der, at kvaliteten kommer ind og bo i ledelsessystemet. Hun udtaler bl.a.:

"Men jeg tror stadigvæk på, at før man ledelsesmæssigt går ud med træsko på og viser det er vigtigt, bliver det ikke til noget." og

*"Hospitalsdirektionen har en enorm vigtig rolle i at sikre at det her bliver sat på dagsordenen og italesat som vigtigt også overfor en afdelingsledelse."*

### **Hvordan er jeres rolle med det her på Bispebjerg Hospital? Hvordan arbejder I med det?**

PS giver udtryk for at hun ser det som en naturlig udvikling at den faglige kvalitet på samme måde som produktionstal kommer med i kontrakterne mellem RH og hospitalerne. Og tilsvarende når der skal laves kontrakter mellem direktionen og afdelingerne.

### **Hvad er din holdning til dette?**

I projektet har vi set at datakompletheden i høj grad opnås på baggrund af udefrakommende pres. Dette illustreres bl.a. af følgende citater:

*"... vi fik et hak i tuden."* og

*"... da X fik skæld ud over datakompletheden ikke var god nok, så blev der trykket videre ned gennem systemet."*

### **Hvilke tanker gør du dig, når der primært indrapporteres på grund af pres og sekundært på baggrund af ønsket om kvalitetsudvikling?**

For at blive ved kvalitetsudvikling så viser vores analyse at databaserne bliver brugt, men for det meste til andre formål end kvalitetsudvikling. Dette illustreres bl.a. af følgende citater:

*"Og så røg Barthellen med i farten, også for at fokusere på at den skulle være lavet for at tjene penge" og*

*"... sygeplejerskerne vil gerne have at vide: "arbejder vi ikke hele natten?". Neej, siger vi, så er det målt på hvor mange anæstesitimer, der er brugt pr nat, så det ligger der en kurve over, fordeling pr måned, hvor mange timer man har brugt det hver nat, så det lægger en dæmper på debatten har jeg indtryk af."* og

*"Det er ikke ligegyldigt om et net til et hernie koster 10.000 eller 30.000, fordi regningen ender i vores afdeling. Der vil vi formodentlig kunne gå ind og se på netop disse case-mix,*

*hvad koster det og hvad kan forklaringen være på, at vi måske laver et voldsomt budget-overskred."*

**Hvad er din umiddelbare reaktion på at de data der bliver anvendt, ofte er relateret til produktion eller økonomi?**

**Vi oplever at der flere steder bare registreres for at registrere. De data der er i databasen bliver derfor ikke brugt til noget – og slet ikke til kvalitetsudvikling. Hvad tænker du om dette?**

Hvis datakompletheden ikke er i orden kommer der meldinger om dette fra RH til jer i direktionen, der så igen tager fat i afdelingsledelserne. Der bliver altså taget hånd om at få data ind i databaserne.

Dette er ikke på samme måde gældende for hvad der sker med disse data. I interviewet med JK giver han udtryk for at hospitalsledelsen kan stille krav om, eller efterspørge resultater der viser hvordan afdelingerne har brugt data til kvalitetsudvikling.

**Hvordan tænker du, at I i hospitalsdirektionen kan fremme brugen af data til kvalitetsudvikling?**

**JK foreslår ansættelse af professionelle (fx SI) på afdelingsniveau – hvad tænker du om det?**

I vores interviews med de fire afdelinger, er flere kommet ind på, at arbejdet med databaserne er en af mange opgaver de bliver pålagt uden der følger ressourcer/hjælp med (fx til organisering og prioritering).

*" Det går ud over nogle andre patienter ... det er pludselig blevet bedre at have lige præcis denne her sygdom end fx hul på tyktarmen."*

**Er problematikken vedrørende struktur, krav, prioriteter og ressourcer noget man er opmærksom på i direktionen?**

Analysen gjorde os opmærksom på et interessant paradoks vedrørende arbejdet med de kliniske databaser.

På den ene side giver interviewpersonerne udtryk for at der ønskes en mere central styring, men samtidig er det meget vigtigt for dem at der eksisterer et lokalt ejerskab.

*"Det er noget vi selv har opfundet..."*

*"Det tror jeg er rigtig vigtigt, for nogle af de databaser vi allerbedst kan lide det er jo den der udspringer af kirurgisk selskab eller en gruppe under kirurgisk selskab."*

*"Jeg tror der skal en markedsføring til nationalt fra, for at få sådan noget til at køre. Der tror jeg at organisationen, der er omkring er alt for svag."*

**Hvordan arbejder man i direktionen med dette paradoks?**

Nu har vi været rundt om forskellige aspekter af det nuværende arbejde med kliniske databaser. Så det sidste spørgsmål skal lyde:

**Hvilke overvejelser gøres der på BBH for fremtidens brug af de kliniske kvalitetsdatabaser?**

Har de fund vi har præsenteret i dag overrasket dig?