

Prototype af et ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker



AALBORG UNIVERSITET

Sundhedsteknologi
9-10. semester
Aug. 2007- Juli 2008
Feb. 2009- Marts 2009

Lykke Andersen
Gruppe 1080a

Titel:

**Prototype af et ledelsesinformationssystem
til afdelingssygeplejersker**

Projektperiode:

9-10. semester
1. August 2007 - 1. Juli 2008
1. Februar 2009 - 12. Marts 2009.

Projektgruppe:

Lykke Burmølle Andersen
gruppe 1080a

Vejleder:

Pia Elberg

Antal kopier: 3

Hovedrapport sideantal: 83

Total sideantal: 201

SYNOPSIS

I Danmark er der fokus på it-systemers anvendelighed til strukturering og generering af informationer, der kan bidrage til vurdering af sundhedsydelsers kvalitet.

For afdelingssygeplejersker gælder, at der ikke foreligger et formelt krav om dokumentation for, hvordan ledelsesopgaver i klinisk praksis sikres. Dette betyder, at der ikke eksisterer et dokumenteret grundlag, der kan bidrage til at belyse kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis.

I dette projekt er det analyseret, hvorledes et it-baseret ledelsesinformationssystem (LIS) kan generere ledelsesinformation som kan bidrage til synliggørelse og kvalitetssikring af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis.

Dette er gjort ved at analysere hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver indeholder, definering og kvantificering af ledelsesopgavens kvalitet samt design og udvikling af en prototype af et LIS.

Prototypen indeholder et ledelsesredskab til afdelingssygeplejersker og afsnittets introduktions og oplæringssygeplejerske. De informationer der indtastes i ledelsesredskabet, anvender prototypen til at generere klinisk ledelsesinformation.

Title:

**A prototype of a management information system
for the use of department nurses**

Project period:

9-10th semester
1th August, 2007 - 1th July, 2008
1th February, 2009 - 12th March, 2009

Project group:

Lykke Burmølle Andersen
group 1080a

Supervisor:

Pia Elberg

Number of copies: 3

**Main report,
number of pages: 83**

Total number of pages: 201

ABSTRACT

In Denmark the focus is on the use of IT-systems for structuring and generating information which can contribute to evaluation of the quality of health performance. It applies for department nurses that there is no formal demand concerning documentation on how the management tasks in clinical practise is secured. This means that there is no documented foundation which can contribute to shed light on the quality of management practice for department nurses.

In this project it is analysed how an IT-based management information system (MIS) can generate management information which can contribute to visualising and quality assuring of management practice for department nurses.

This is done by analysing what the content of management tasks for department nurses are, defining, and quantifying the quality of management tasks also design and development of a prototype of a MIS. The prototype contains a management tool for the department nurses, and the section's introduction- and trainee nurse. The informations which are typed into the management system use the prototype to generate clinical management information.

Forord

Denne rapport er udarbejdet af Lykke Burmølle Andersen (gruppe 1080a) på 9-10. semester i uddannelsen til civilingeniør i sundhedsteknologi med speciale i medicinsk informatik på Aalborg Universitet i perioden 1. august 2007 - 1. juli 2008 og 1. februar 2009 - 12. marts 2009. Temaet for disse semestre er sundhedsteknologi.

Rapporten er udarbejdet på baggrund af, at der aktuelt er fokus på formulering af klare mål for ledelsespraksis samt løbende opfølgning herpå i det danske sundhedsvæsen. Formålet hermed er at bidrage til vurdering af sundhedsydelsers kvalitet. Der eksisterer imidlertid ingen initiativer i 2009, der har fokus på synliggørelse af kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. Derfor er denne ukendt.

Rapporten er udarbejdet med henblik på at bidrage med viden om hvorledes det er muligt at definere og kvantificere kvalitet for afdelingssygeplejersker således, der dannes grundlag for at generere klinisk ledelsesinformation, som kan bidrage til:

1. Strukturering af drift og administration i klinisk ledelsespraksis og samtidig bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne.
2. Synliggørelse af kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis

Rapporten henvender sig til leverandører af it til sundhedssektoren, ansatte i de danske regioner som arbejder indenfor sundhedsdokumentation, ansatte i de danske sygehuse som arbejder med strategi og udvikling, vejledere, medstuderende og andre med interesse i ledelsesinformation der kan anvendes af ledelsen i det danske sundhedsvæsen.

Der rettes en tak til:

Anette Riisom, der er ansat indenfor sundhedsdokumentation i Region Syddanmark, for at deltage i interview om indholdet i SydLIS samt iscenesættelse af muligheden for eksplorativt at undersøge SydLIS. Kennet Serup Jørgensen, som er administrationschef på vejle sygehus, for at deltage i interview og deling af erfaringer om implementerede ledelsesinformationssystemer og ledelsesinformation, der kan anvendes af afdelingsledere. Thomas Hanberg Sørensen, der er ansat i strategi- og udviklingsafdelingen på Århus universitetshospital, for deltagelse i interview om implementering af DDKM, standardernes indhold samt iscenesættelse af muligheden for eksplorativt at undersøge TAK-systemet. Dorte Tilsted, som er kvalitetschef for kvalitet og udvikling i Region Midtjylland, oversygeplejerske Elin Petersen - Odense sygehus, ledende overlæge Søren Jakobsen - Sygehus Fyn, for deltagelse i interview og bidrag med viden om hvilke ledelsesopgaver der eksisterer på afsnitsniveau i de danske sygehuse samt deling af synspunkter i forhold til, hvordan ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer anvendes eller *ikke* anvendes til ledelse af sygehusenes afsnit. Jutta Jørgensen, Regionmidtjylland og Anne Mette

Kjeldsen, Regionsyddanmark for fremsendelse af materiale om henholdsvis InfoRm og SydLIS. Henrik Ohlsen og Per Jensen, SAS institute, for at bidrage med viden om baggrunden for udvikling af ledelsesinformationssystemer og kortlægning af ledelsesinformationssystemer i de jyske regioner.

En særlig tak rettes til de afdelingssygeplejersker, der har deltaget i interviews og delt ud af personlige erfaringer i forhold til at sikre varetagelse af klinisk ledelsespraksis. Endelig rettes en tak til min vejleder, lektor Pia Elberg, Aalborg Universitet for kyndig vejledning igennem projektperioden.

Lykke Burmølle Andersen

Læsevejledning

Denne rapport er overordnet opdelt i 4 dele.

Del I

I første del kan problemformulering læses. Ligeledes gælder det for metoden, der har bidraget til løsning af problemformuleringen.

Del II

Del to er problemløsningen. Denne munder ud med realisering af en prototype af LIS til afdelingssygeplejersker.

Prototypen er vedlagt bagerst i rapporten på en CD.

Foruden prototypen er der på cd'en en java fil samt et pdf, der beskriver hvordan prototypen kan køres på en computer.

Del III

Del 3 er syntese. Her kan diskussionen og konklusionen læses. I diskussionen diskuteres de metoder, der er anvendt i projektet. I konklusionen konkluderes der problemformuleringen.

Del IV

Den 4 indeholder appendiks. Her iblandt er en detaljeret beskrivelse af, hvordan viden er indsamlet under projektets forløb. *En* metode har været interview med repræsentanter for de ledelsesniveauer, der eksisterer i det danske sundhedsvæsen. Transskriberingen af disse interview kan ligeledes læses i appendiks.

Indhold

I	1
1 Indledning	3
1.1 Afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis	4
1.2 Manglende it-systemer med ledelsesinformation	6
1.3 Projektets aktualitet	8
1.4 Delkonklusion	10
1.5 Problemformulering	11
2 Metode	13
2.1 Overblik	13
2.2 Projektets overordnede ramme	14
2.3 Afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver	17
2.4 Definering og kvantificering af kvalitet	19
2.5 Design og prototype af LIS	24
II Problemløsning	27
3 Identificering af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver	29
4 Definering og kvantificering af ledelsesopgavers kvalitet	33
4.1 Analyse af standarderne i DDKM	34
4.2 Kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring	41
5 Ledelsesinformationssystemets design	47
5.1 Designovervejelser ud fra krav til ledelsesinformation	47
5.2 Illustration af LIS's funktionalitet	53
III Syntese	67
6 Syntese	69
6.1 Diskussion	69
6.2 Konklusion	72
Appendiks	83

IV	Appendiks	83
A	Afdelingssygeplejerske 1: Repræsentant for afsnitsledelsen	85
A.1	Interviewguide & Transskribering	85
B	Afdelingssygeplejerske 2: Repræsentant for afsnitsledelsen	89
B.1	Interviewguide & Transskribering	89
C	Afdelingssygeplejerske 3: Repræsentant for afsnitsledelsen	95
C.1	Interviewguide & Transskribering	95
D	Afdelingssygeplejerske 4: Repræsentant for afsnitsledelsen	105
D.1	Interviewguide & Transskribering	105
E	Repræsentant for afdelingsledelsen	109
E.1	Interviewguide & Transskribering	109
F	Repræsentant for afdelingsledelsen	115
F.1	Interviewguide & Transskribering	115
G	Repræsentant for sygehusledelsen/administrationen	117
G.1	Interviewguide & Transskribering	117
H	Repræsentant for sygehusledelsen/administrationen	125
H.1	Interviewguide og Transskribering	125
I	Repræsentant for sygehusledelsen/administrationen	129
I.1	Interviewguide & Transskribering	129
J	Repræsentant fra Regionen	143
J.1	Interviewguide & Transskribering	143
K	Analyse af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver	151
K.1	Analyse baseret på interview	151
L	Case om introduktion og oplæring	167
L.1	Introduktion	167
M	Metode til indsamling af viden	171
M.1	Litteraturstudie	171
M.2	Kvalitativ forskningsinterview	173
M.3	Eksplorativ undersøgelse af systemer	178
N	International litteratursøgning	181
N.1	Videnskabelige tidsskrifter	181

O	UML: Use-Case	185
P	Review	189
P.1	Indledning	189
P.2	Hospitals-Information-Systemer	189
P.3	HIS: - Datid, Nutid og Fremtid	191
P.4	Information og informationssystemer i det danske sygehusvæsen	194
P.5	Regionale ledelsesinformationssystemer	200

Del I

I denne del er indledningen samt projektets metode.

I indledningen beskrives øverst hvordan klinisk ledelsesinformation er defineret i dette projekt. Endvidere belyser indledningen problemer, som afdelingssygeplejersker beskriver i forbindelse med at varetage drift og administration i klinisk praksis samt aktualiteten for dette projekt. På baggrund af indledningen er problemformuleringen opstillet sidst i del I.

Indledning

På de danske sygehuse forekommer en ledelsesorganisation der typisk består af en sygehusledelse, Ledende overlæge/oversygeplejerske, overlæger og afdelingssygeplejersker. En afdelingssygeplejerske skal sikre varetagelse af ledelsesopgaver på et specifikt sygehusafsnit, eksempelvis akut modtagerafsnit.

I dette kapitel belyses, at det er problematisk for afdelingssygeplejersker at varetage den del af ledelsespraksis der omhandler drift og administration.

Endvidere belyses det, at der ikke forefindes et redskab, der kan generere klinisk ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker. Klinisk ledelsesinformation er data sammensat således, at det giver mening i forhold til at tjene til sikring af at varetage ledelsesopgaver[Vingtoft et al., 2003].

Begrebet "ledelsesinformation" er ikke entydigt defineret idet det er, situationsbestemt og stillingsafhængig [Gottschalk, 2001]. Informationen kan imidlertid genereres, når ydelser kvalitetssikres

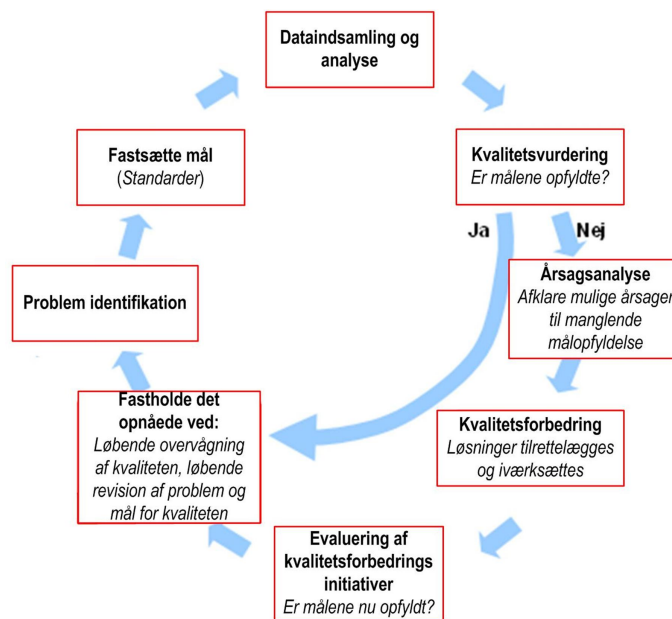
[Vingtoft et al., 2003][tilsted, 2008][Jørgensen, 2008][Jakobsen, 2008].

Figur 1.1 på den følgende side illustrerer kvalitetssikringsprocessen som omfatter: Problemidentifikation, dataindsamling og kvalitetsvurdering på baggrund af specificerede standarder og indikatorer, årsagsanalyse ved kvalitetsbrud og iværksættelse af kvalitetsforbedringstiltag ved svigtende kvalitet[Mainz et al., 2003].

Med udgangspunkt i denne viden defineres klinisk ledelsesinformation i dette projekt som:

Information der genereres på baggrund af definerede og målte kvalitetsmål, som bidrager med information om målopfyldelse samt mulige årsager til manglende målopfyldelse.

Endvidere skal informationen genereres minimum en gang i døgnet og være sammensat således, at det bidrager som den information, afdelingssygeplejersker må have for at udføre en ledelsesopgave og/eller den information afdelingssygeplejersker må have for, at vide opgaven bliver udført.



Figur 1.1: figuren illustrerer, at kvalitetssikring er en kontinuerlig proces. Her består kvalitetssikring af optil 8 faser som (eksempelvis afdelingssygeplejersker) gennemgår når en ydelse skal kvalitetsikres. Disse er: Dataindsamling og analyse, Kvalitetsvurdering, Årsagsanalyse, Kvalitetsforbedring, Evaluering af kvalitetsforbedringsinitiativet, Fastholde det opnåede, Problemidentifikation og Fastsætte mål.[Vingtoft et al., 2003][Kjærgaard et al., 2001].

1.1 Afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis

Afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis kan anskues som værende deltagende i klinisk praksis og omhandle drift og administration.

Deltagelse i klinisk praksis er involvering i sygeplejefaglige opgaver som udføres på lige fod med det øvrige personale. Eksempelvis, tildeling af patienter og/eller gruppelederfunktionen. Som følge af uoverensstemmelse mellem ressourcer og krav til afsnittet er det en nødvendighed, at afdelingssygeplejersken deltager i denne praksis. Det er imidlertid problematisk for afdelingssygeplejersker at få afsat tid hertil. Årsagen er, at det administrative arbejde er ressourcekrævende tidsmæssigt. Klinisk praksis bliver derfor nedprioriteret i forhold til drift og administration.[Sørensen, 2007]

Drift og administration af et sygehusafsnit beskrives til at tage op til 80 procent af afdelingssygeplejerskens tid[3, 2008]. Varetagelse af denne praksis er problematisk. En årsag til hertil er, at de handlinger, der ligger til grund for løsning af ledelsesopgaverne er uplanlagte og baseret på tilfældigheder[EC, 2006].

Nedenstående er der opstillet fem citater fra interview med afdelingssygeplejersker. Disse belyser nogle problematikker, der forekommer i et sygehusafsnit når drift og administration bygger på tilfældigheder:

Citat 1: *Det generelle problem er alle de afbrydelser der unødvendige. Hermed mener*

jeg eksempelvis afbrydelser, hvor nogen ikke lige har fået fat i en specifik information. Det gælder ikke bare hos mig, men alle personale grupper her.[2, 2008]

Citat 2: *Vi får mange informationer rundt omkring fra (også fra ledelsen ovenover) og det går ofte i glemmebogen, fordi alt går så stærkt her. Det næste nye påbegyndes, inden man har fået det sidst nye ind under huden.*[2, 2008]

Citat 3: *Vi bruger også nøglepersoner og der mangler vi nok en ajourført liste over hvem, der er nøgleperson på de forskellige områder. Også i forhold til at nogle er på barsel og nogen er på orlov osv. Så vi sikrer os, at der hele tiden er nøglepersoner for hygiejne og ernæring med videre.*[4, 2008]

Det er afdelingssygeplejerskerne der bestemmer hvem der skal på kursus. Denne beslutning tages på baggrund af en mundtlig levering til det/de pågældende personer. Endvidere har afdelingssygeplejersken uddelegeret udarbejdelse af tjenestetidsplanen til en nøgleperson. På baggrund heraf stilles afdelingssygeplejersken spørgsmålet: Hvordan kan nøglepersonen sikre sig, at vagten ikke påbegyndes underbemandet?

Følgende citat er svaret herpå:

Citat 4: *Det kan hun heller ikke. Det er ud fra min tavse viden, der gør, at jeg cirka ved hvor mange, jeg kan sende af sted af gangen. Jeg kan ikke sende mere end 4 af sted i dagtiden. Er det noget der går ud over et helt døgn, kan jeg måske kun sende to af sted. Jeg mener et kursus skal ligge i arbejdstiden. Men det er rigtigt, at der ikke er nogen sikkerhed, for jeg siger jo bare til hende, at den og den dag og mine 17 små sedler og hvad jeg ellers kan huske, og så plotter hun det ind i vagtskemaet.*[4, 2008]

Sidste citat er et svar på følgende spørgsmål:

Er det organiseret sådan i afsnittet, at de opgaver den ene leder slipper, har den næste en udførlig drejebog over, så der er vished over hvilke opgaver der foreligger?

Citat 5: *Nej, og det er jo det, der er farligt. Hvis jeg sagde farvel og tak i morgen, er der mange ting folk ikke vidste.*[4, 2008]

Virkeligheden forholder sig således, at danske afdelingssygeplejersker dagligt skal sikre drift og administration i et geografisk afgrænset afsnit, der eksempelvis har 45 fastansatte samt, elever, studerende, og øvrigt tværfaglig personale, der udfører ydelser i afsnittet.

Dette kan sammenlignes med en selvstændig virksomhed i sygehuset. Uanset virksomhedens størrelse er det en kendsgerning, at aktiviteten ikke kan overskues af en person uden anvendelse af ledelsesredskaber[Skovhaug, 2007].

Ud fra interview er det identificeret, at de ledelsesredskaber afdelingssygeplejersker anvender til ledelse i de danske sygehusafsnit er baseret på hukommelsen, usystematiske huskelister nedskrevet på enkelt dokumenter, der ligger i skrivebordsskuffen, personalebøger hvor aftaler mellem enkelte personer nedfældes, breve

på opslagstavlen, dokumenter der forefindes på afdelingssygeplejerskens computer, håndskrevne tilføjelser på ugeplanen, uplanlagte ”stikke-hovederne-sammen” møder, noter på papir, i kalender og små huskesedler.

[2, 2008][3, 2008][1, 2008][4, 2008]

Der findes således ikke en ensartet og struktureret metode til at anvende ledelsesredskaber, der kan bidrage til varetagelse af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. Således bliver disse ledere i det danske sundhedsvæsen, i et vist omfang, overladt til sig selv.[Juhl, 2007][Lau et al., 2004]

Ligeledes bevirker dette, at der ikke eksisterer en evidens base hvor ud fra, der kan indsamles viden om kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis.[Willmer, 2007]. Således er kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis i de danske sygehuse ukendt.

1.2 Manglende it-systemer med ledelsesinformation

Informationsteknologi blev i 1980’erne introduceret i sygehusorganisationen, og computere blev et alment anvendt redskab på sygehusene.[Bernstein et al., 2007][Wainwright og Waring, 2000]

I 1990’erne eskalerede udviklingen i forhold til udvikling af kliniske informationssystemer og systemer til beslutningsstøtte[Austin og Boxerman, 2003]. Den almene tilgang til internettet bevirkede, at sundhedsvæsenets brugere blev mere informeret om symptomer og sygdomme, medikamenter, medicin dækning og kvaliteten af den service de kunne forvente at få.

Således var informationsteknologien, i begyndelsen af det 21. århundrede, en af de drivende kræfter bag forbedring og levering af sundhedsydelser. [Bernstein et al., 2007]

Internationalt anvendes Healthcare/Hospital Informations Systems (HIS) som et begreb der betegner de computerbaserede informationssystemer hvorfra data i sundhedsvæsenet administreres. Dette gælder data, der både anvendes af ledere og øvrige udøvere i sundhedsvæsenet.

[Berg, 1999][de Velde, 2000][Anderson, 2003]

HIS kan karakteriseres efter deres funktion, informationsindhold og den service der kan ydes via dem[Winter et al., 2001].

Et HIS, der kan bidrage med generering af klinisk ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker, omtales hverken i international eller national litteratur.

I 2009 er der fokus på at lagre data i kliniske kvalitetsdatabaser med henblik på, at anvende disse data til kvalitetsmonitorering[Mainz, 2009]. Udtræk fra eksisterende databaser kan imidlertid primært anvendes i praksis af læger og til administrativ ledelse på sygehus/regionsniveau. Dette er gældende selvom de systemer, der er implementeret på de danske sygehuse anvendes af såvel afdelingssygeplejersker som øvrigt tværfagligt personale og indeholder informationer om sygehusenes struktur, processer og resultater. En årsag hertil er, at det er lægefaglige, der oprindeligt har, kunne se fordelene ved at anvende it-systemer i klinisk praksis og, som aktivt har deltaget i udvikling og implementering

heraf[Kjærgaard et al., 2002][Kjærgaard og Jensen, 2001].

På figur 1.2 på næste side er de nationale it-systemer angivet, som afdelingssygeplejersker kan anvende i praksis. Endvidere er det angivet, til hvilken praksis der kan forekomme et behov for generering af ledelsesinformation, som kan anvendes som bidrag til at varetage ledelsespraksis.

Ud fra figuren kan det ses, at det nationalt er obligatorisk at dokumentere i og anvende It-systemer som kliniske kvalitetsdatabaser (KDB), Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling (TAK) og den Elektroniske patientjournal (EPJ).[Deloitte, 2002].

Om der eksisterer data i disse systemer, der kan anvendes til at generere klinisk ledelsesinformation ud fra, er ikke undersøgt og beskrevet i litteratur.

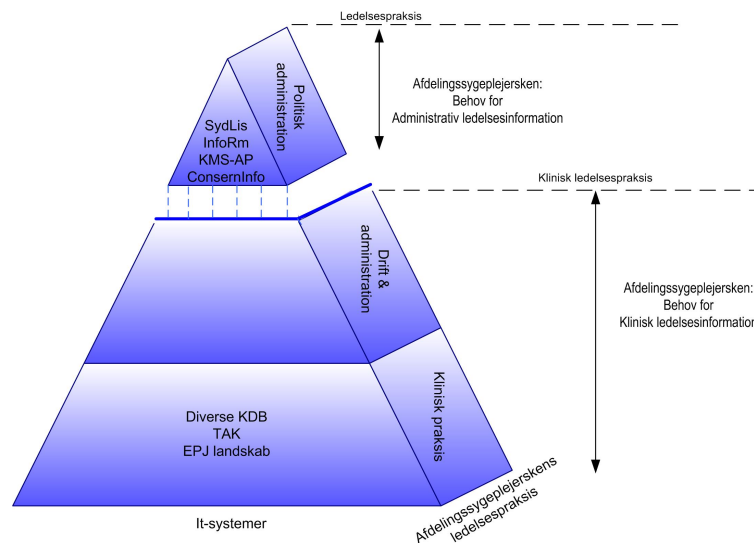
Undersøgelse og identificering heraf kræver viden om: Hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har i forbindelse med drift og administration i et sygehusafsnit. Hvordan ledelsespraksis udspilles. Hvilke krav der er til afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. Hvem og hvad har afdelingssygeplejersker ansvar for drift og administration af.

Denne viden kan heller ikke tilegnes gennem national og international litteraturstudie. Årsagen hertil er, at information, om afdelingssygeplejerskens ledelsespraksis, ikke formelt dokumenteres[EC, 2006]. Ligeledes forefindes der ikke et empirisk grundlag hvori det konkret og detaljeret er beskrevet, hvad afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis indeholder[Sørensen, 2007]. Denne problematik omhandlende manglende synliggørelse af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis vil et it-baseret ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker kunne imødegå.

Nedenstående gives nogle eksempler på hvorfor, it-systemer er vigtige at anvende og hvilket udbytte dette kan give:

- En effektiv og innovativ leder er god til at planlægge tid. Den moderne måde at opnå dette gennem er ved at bruge informations og kommunikations teknologi[Willmer, 2007].
- It-systemer kan give forbedret informations støtte til klinisk beslutningsstøtte [Willmer, 2007][Anderson et al., 2002].
- Effektiv administrering af information er afgørende for sygeplejerskens aktiviteter [Willmer, 2007].
- klinisk information i it-systemer kan anvendes som en evidens base for sygeplejerskens ledelsespraksis[Willmer, 2007].
- Det er en kendsgerning, at aktiviteten i en virksomhed ikke skal være stor, før den ikke kan overskues af en person. It-systemer kan bidrage til både at give et overblik og fokus på det væsentlige.[Skovhaug, 2007]
- It-systemer kan bidrage til at distribuere informationer til alle medlemmer i et sundhedsfagligt team[Anderson et al., 2002].

- It-systemer kan bidrage til ensartethed og vidensdeling[Anderson et al., 2002].



Figur 1.2: Figuren illustrerer de it-systemer afdelingssygeplejersken kan anvende i sin ledelsespraksis. Øverst ses ledelsespraksis: Politisk administration. Til denne ledelsespraksis findes it-systemer som SydLis, InfoRm, KMS-AP og ConsernInfo der kan generere administrativ ledelsesinformation. Nederst ses klinisk ledelsespraksis: Klinisk praksis. Til klinisk praksis er der et behov for generering af klinisk ledelsesinformation. Data til denne praksis kommer fra it-systemer som KDB, TAK og EPJ. Midterst ses klinisk ledelsespraksis: Drift og administration. Til denne praksis har afdelingssygeplejersker behov for klinisk ledelsesinformation. Hertil forefindes der imidlertid ikke nationale it-systemer, der kan bidrage med data til sikring af afsnittets drift og administration.

1.3 Projektets aktualitet

Med et ønske om stadig bedre kvalitet og højere effektivitet i det danske sundhedsvæsen er det essentielt med kontinuerlig udvikling af it-systemer[Deloitte, 2002]. Af igangværende initiativer, der både indirekte og direkte skal bidrage til synliggørelse af kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis er: Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) med den tilhørende it-løsning TAK (Tværgående Akkreditering og Kvalitetsudvikling) og udvikling af ledelsesinformationssystemer (LIS) til sygehussektoren.

DDKM er udarbejdet i regi af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) og omfatter 103 standarder med tilhørende indikatorer¹ inden for 36 temaer i relation til henholdsvis generelle og sygdomsspecifikke patientforløb samt organisatoriske aktiviteter. Implementering af DDKM får den konsekvens for afdelingssygeplejersker, at kvaliteten af ledelsespraksis skal måles og akkrediteres.[IKAS, 2008a].

TAK systemet skal anvendes til løbende vurdering af status for opfyldelse af akkrediteringsstandarder og indikatorer[IKAS, 2008b]. Det forholder sig imidlertid

¹ En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.[Mainz et al., 2003]

sådan, at de data/informationer der vil forefindes i TAK systemet, ikke er tænkt til afsnitsniveau hos afdelingssygeplejerskerne[Sørensen, 2008]. Dette betyder, at DDKM og TAK systemet *ikke* er et bidrag til klinisk ledelsespraksis, i forhold til at understøtte afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis ved, at give et overblik og sætte fokus på de daglige ledelsesopgaver, der kræver at afdelingssygeplejersker umiddelbart iværksætter planlagte handlinger.

Nationalt forekommer der forskellige tiltag i forhold til udvikling af LIS, som skal bidrage med ledelsesinformation til sygehussektoren. Aktualiteten for denne "udvikling" ses også i National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 - 2012.

Det er den første strategi hvori ledelsesinformation nævnes. I et underpunkt til målsætningen om Digitalisering-et værktøj for medarbejderen til at skabe kvalitet og produktivitet, skrives[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2008]:

Implementering af ledelsesinformationssystemer skal forbedre ledelsesinformationen. Formålet hermed er blandt andet, at skabe et bedre grundlag for vurdering af sundhedsydelsernes kvalitet hos de forskellige udbydere til gavn for ledelsen, patienterne og klinikerne.

Den information afdelingssygeplejersker kan indhente i LIS benævnes Administrativ ledelsesinformation. Denne form for information består af statistikker og rapporter om nøgletal inden for økonomi, aktivitet og kvalitet, som er udarbejdet på baggrund af den information, it-systemer arbejder med[Deloitte, 2002][Kjeldsen, 2004].

Eksempelvis præsenteres status over et afsnits økonomi kvantitativt ud fra målopfyldelse af de kvalitetsmål, der er blevet stillet fra politisk side.

Administrativ ledelsesinformation bidrager ikke til iværksættelse af kvalitetsforbedring i klinisk ledelsespraksis. Dette betyder eksempelvis, at information om, at afsnittets budget er overskredet i 2009, ikke bidrager med viden om hvilke handlinger afdelingssygeplejersker skal iværksætte for at forbedre budgettet i 2010. Dette kan klinisk ledelsesinformation derimod bidrage med. Derfor har afdelingssygeplejersker behov for klinisk ledelsesinformation idet, det kan anvendes til at tjene til sikring af at varetage ledelsesopgaver.

Aktualiteten for udvikling af et ledelses-informationssystem/redskab til generering af klinisk ledelsesinformation, der kan anvendes af afdelingssygeplejersker, skal ses i konteksten til realisering af krav om formulering af klare mål for ledelsespraksis samt løbende opfølgning herpå.

Ledelsesinformationssystemer skal i fremtiden ikke "kun" anvendes til aktivitets- og budgetmål, men også bidrage med information, der er tilpasset hvert ledelsesniveau. [Juhl, 2007]

Betydningen af at få genereret klinisk ledelsesinformation til klinisk ledelsespraksis beskrives i følgende citat [Steensen, 2002]:

Det er i krydsfeltet mellem patient, den faglige kunnen og de professionelles indsats,

at sygehusenes ydelser skabes. Det er først og fremmest den ledelsesopgave, det er vigtigt at få indkredset og udviklet for at få løst problemerne i sygehusvæsenet.

1.4 Delkonklusion

I indledningen er det belyst, at der er problematisk for afdelingssygeplejersker at sikre varetagelse af den del af klinisk ledelsespraksis der omhandler drift og administration. Det er imidlertid ikke muligt at få en viden om årsagen hertil. Dette begrundes med:

- Der forefindes hverken international eller national litteratur der beskriver:
 - Hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har i forbindelse med drift og administration
 - Hvordan ledelsespraksis udspilles af afdelingssygeplejersker
 - Hvilke krav der stilles til afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis
 - Hvem og hvad har afdelingssygeplejersker ansvar for drift og administration af.
- Der forefindes intet formelt krav om, at afdelingssygeplejersker skal dokumenterer hvordan ledelsespraksis sikres. Dette betyder, at der ikke forefindes en database, der kan bidrage med evidens om afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis

Denne problematik omhandlende manglende synliggørelse af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis vil et it-baseret ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker kunne imødegå.

Dette betyder, at udbyttet ved at anvende et sådan system, vil kunne bidrage som redskab til:

- Dokumentation af kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis
- At frigive ressourcer, i form af tid, ved at strukturere den del af ledelsespraksis, der omhandler drift og administration således, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger
- At sikre kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis
- At bidrage til synliggørelse af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis.

Dette ”mål” forudsætter imidlertid:

- En detaljeret beskrivelse af hvad det er for nogle ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har, når drift og administration et sygehusafsnit skal sikres.
- Definering af kvalitetsmål for afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis som omhandler drift og administration af afsnittets personale. Formålet hermed er at danne grundlag for generering af ledelsesinformation som er information om målopfyldelse samt mulige årsager til manglende målopfyldelse.

På baggrund af ovenstående opstilles problemformuleringen, som besvares i dette projekt.

1.5 Problemformulering

Problemformuleringen der besvares i dette projekt er opdelt i tre spørgsmål. For at besvare denne, er det en forudsætning først, at besvare første spørgsmål i problemformuleringen inden andet spørgsmål kan besvares. Ligeledes er det en forudsætning, at første og andet spørgsmål er besvaret, inden tredje spørgsmål kan besvares.

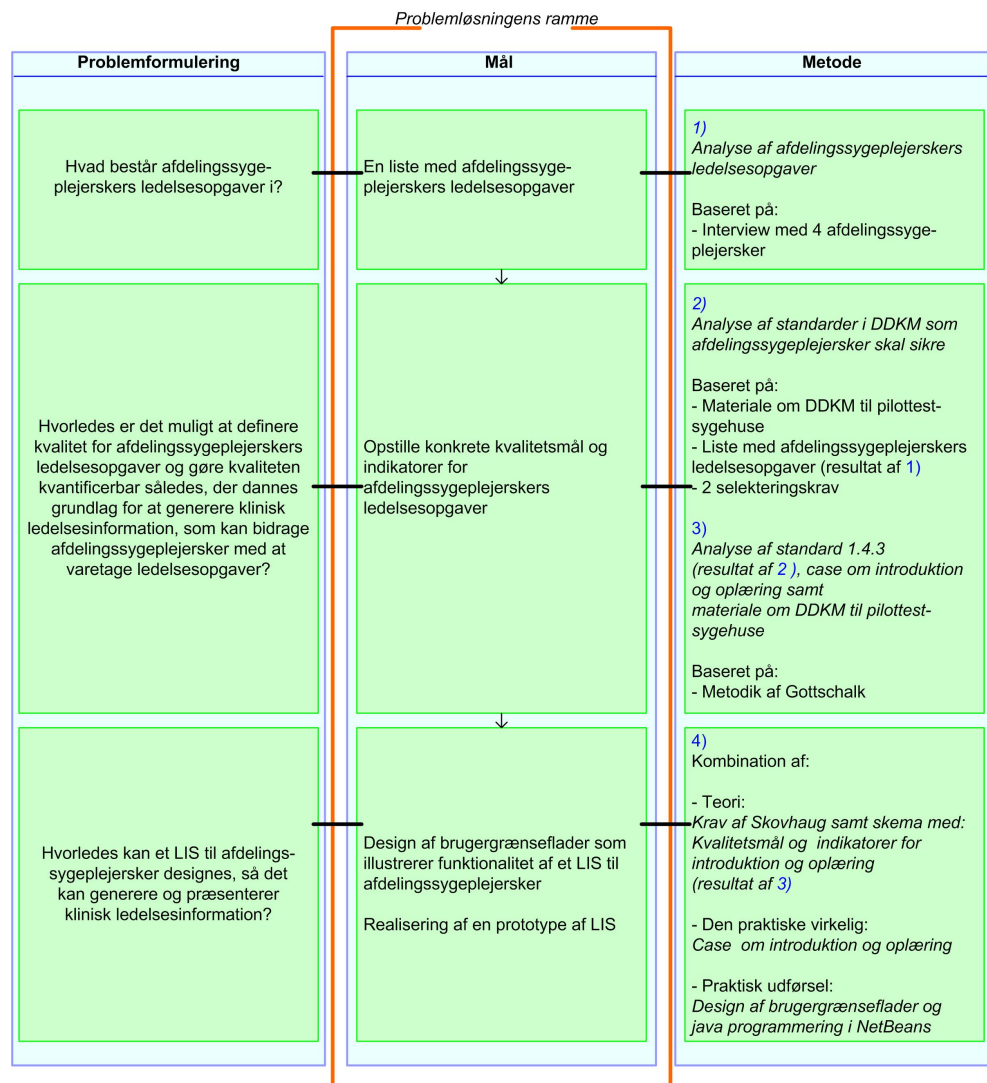
Problemformuleringen er som følger:

1. *Hvad består afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i?*
2. *Hvorledes er det muligt at definere kvalitet for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver og gøre kvaliteten kvantificerbar således, der dannes grundlag for at generere klinisk ledelsesinformation, som kan bidrage afdelingssygeplejersker med at varetage ledelsesopgaver?*
3. *Hvorledes kan et ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker designes, så det får den funktionalitet, at det kan generere og præsenterer klinisk ledelsesinformation som kan bidrage til:*
 - *At strukturere den del af ledelsespraksis, der omhandler drift og administration og samtidig bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne.*
 - *At synliggøre kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis*

Metode

2.1 Overblik

Et overblik over den metode der er anvendt til at besvare problemformuleringen er illustreret på figur 2.1.



Figur 2.1: I venstre "kasse" er problemformuleringens tre spørgsmål listet. I midterste "kasse" er målene der skal nås for at besvare problemformuleringen listet. Endvidere er det illustreret at der er en ramme hvor indenfor løsningen, der ligger til grund for efterlevelse af målene, skal være. Rammen skal indirekte bidrage til, at en prototype af et LIS til afdelingssygeplejersker kan realiseres. I sidste "kasse" er den metode der er anvendt til at besvare problemformuleringen illustreret.

Som illustreret er målene for hvert af de tre spørgsmål i problemformuleringen opstillet efterfulgt af den metode, der er anvendt til at nå målene.

Endvidere illustreres det, at der er opstillet en ramme for projektets problemløsning. Rammen består af 3 krav som problemløsningen har opfyldt. Denne ramme har bidraget til mulighed for realisering af en prototype af LIS.

Rammen beskrives yderligere i næste afsnit.

Målet er at opstille afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i en liste således, første spørgsmål i problemformuleringen kan besvares. Metoden hertil er analyse af interview med 4 afdelingssygeplejersker.

Målet er at opstille konkrete kvalitetsmål og indikatorer for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver således, andet spørgsmål i problemformuleringen kan besvares. Metoden hertil er analyse af standarderne i DDKM sammenholde analysens resultat med en liste over afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver samt omstille to krav til selektering af standarderne.

Resultatet heraf har bidraget til, at der er afgrænset til den ledelsesopgave afdelingssygeplejersker har, som omhandler introduktion og oplæring. Afgrænsningen samt interview med afdelingssygeplejerske 3 har bidraget til en case fra klinisk praksis, som omhandler praktisering af introduktion og oplæring i et sygehusafsnit. Casen, standard 1.4.3 - introduktion og oplæring samt materiale om DDKM til pilottestsygehuse er analyser ved at anvende en metodik fra en lærebog som er skrevet af Gottschalk.

Målet er design af brugergrænseflader som illustrerer funktionalitet af et LIS til afdelingssygeplejersker samt realisering af LIS i en prototype således, tredje spørgsmål i problemformuleringen kan besvares. Metoden hertil er, for det første, at anvende teori baseret på Skovhaugs artikel der beskriver 20 krav til ledelsesinformation samt de konkrete kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring der er opstillet i skemaer i problemløsningen. For det andet, at anvende casen som belyser den praktiske virkelighed for introduktion og oplæring. For det tredje, design af prototypens brugergrænseflader samt java programmering i NetBeans IDE 6.0.1 contactEditor.

2.2 Projektets overordnede ramme

Projektet er "styret" ud fra en overordnet ramme, der er baseret på 3 krav, som problemløsningen skal efterleve. De 3 krav kan ses i skema 2.1 på side 16.

Dette er med henblik på, at danne et grundlag for, at projektets resultat/resultater kan bidrage med viden, der kan anvendes af målgruppen, som projektet er henvendt til. Hermed menes eksterne interessenter med interesse i afdækning af

kvalitetsindikatorer for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver og design af LIS til generering af klinisk ledelsesinformation.

Kravene er udarbejdet på baggrund af den viden, der er opnået via litteratursøgning og interview. Metoden der er anvendt til indsamling af viden i dette projekt er detaljeret beskrevet i appendiks M på side 171.

Den teori kravene er opstillet på baggrund af omhandler teori om institutionalisering af kvalitetssikring, kvalitetssikring i sundhedsvæsenet, it i organisationer og virksomheder, ledelsesinformation, informationssystemer i sundhedsvæsenet, nationale strategier for sundhedsvæsenet og sygeplejefaglig praksis.

Af argumenter for hvorfor de 3 krav er relevante at anvende som "ramme" for dette projekt er:

- Fagfolk der beskæftiger sig med generering af ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer i sundhedsvæsenet omtaler, at ledelsesinformation kan genereres, når kvalitet vurderes i forbindelse med kvalitetssikring.
[Vingtoft et al., 2003][Jørgensen, 2008]
- Ledelsesinformation der genereres, i eksisterende LIS, i det danske sundhedsvæsen, er baseret på monitorering af kvalitetsmål (se appendiks J på side 143 [Anette Riisom, 2008])
[Anne Mette Kjeldsen, 2007][visedirektør regionsøkonomi, 2007].
Det samme er gældende for øvrige nationale kvalitetssikringsprojekter, som eksempelvis det Nationale indikatorprojekt [NIP, 2009].
- Teori, der tager højde for den organisatoriske kompleksitet i det danske sundhedsvæsen og som er baseret på national og international viden og erfaring om hvordan kvalitetsudvikling skal anvendes, planlægges og gennemføres siger, at kvalitetssikring er en proces der indeholder definering, måling og forbedring af kvalitet. Dette synspunkt delses af Dansk Selskab for Kvalitet i sundhedssektoren. [Kjærgaard et al., 2001][Silimperi et al., 2002][et al, 2003]
- Der er fundamentalt i det danskes sundhedsvæsen, at tiltag der bruges økonomiske ressourcer på, skal medføre kvalitetsforbedringer for sundhedsvæsenets brugere [Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2008]. Derfor skal det være muligt at benchmarke og offentliggøre kvaliteten af de ledelsesopgaver der kvalitetsmonitoreres i ledelsesinformationssystemet. Herunder ligger der indirekte krav om, at ledelsesinformationen skal være: Præcis, generaliserbar, kvantificerbar, relevant med mere.

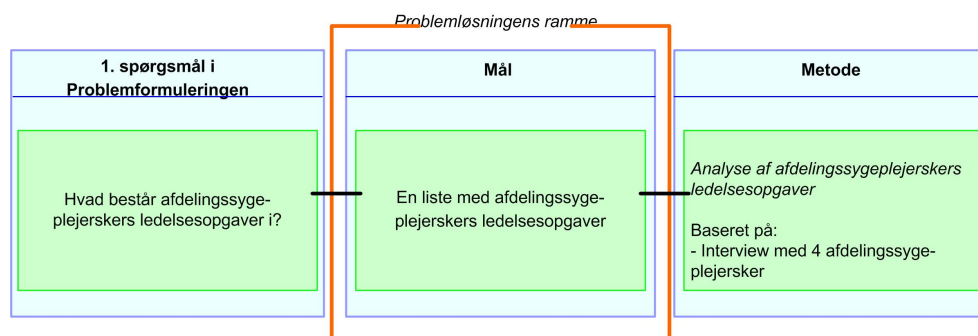
Krav	Understøttende teori
1) Kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver skal defineres og kvantificeres inden ledelsesinformation kan genereres i et IT-system.	Til kvalitetssikring af en, specifik opgave skal der anvendes et redskab til systematisk generering af information. Mulighed for generering af information til en specifik ledelsesopgave opstår ved både at: Definere mål for kvaliteten ud fra den specifikke ledelsesopgave og måle kvaliteten. [Silimperi et al.][Kjærgaard]
2) Den specifikke ledelsesopgave skal ikke være resultatet af enkelte afdelingssygeplejerskers definition på hvilke ledelsesopgaver der skal sikres. Der skal derfor tages højde for, at den konkrete ledelsesopgave også forefindes hvis andre afdelingssygeplejersker, både på det specifikke sygehus og i landets øvrige regioner, interviewes.	Det er en forudsætning for at implementere et ledelsesinformationssystem til generering af ledelsesinformation, at kvaliteten i en organisation er organiseret. [Silimperi et al.][Kjærgaard] Det er vigtigt, at man ikke baserer informationsbehov til sikring af ledelsesopgaver på enkelte personers udsagn. [Gottschalk]
3) Tilhørende et specifik kvalitetsmål skal det være muligt at generere ledelsesinformation, som kan opfylde Skovhaugs krav til ledelsesinformation.	Ledelsesinformation der genereres i et ledelsesinformationssystem skal opfylde 20 krav som er grupperet i følgende kategorier: - Krav til ledelsesinformationens formål, indhold, præsentation og kvalitet. [Skovhaug]

Tabel 2.1: I venstre kolonne er de tre krav opstillet. I højre kolonne er de teoretikeres teorier beskrevet, som understøtter kravene. Præsentation af de teoretikere der er angivet som kilde forefindes i appendiks M på side 171

2.3 Afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver

På figur 2.2 er det illustreret, at for at identificere hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i, er der under projektets forløb foretaget 4 kvalitative interview med afdelingssygeplejersker. Efterfølgende er transskriberingen analyseret med henblik på at få belyst hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i. Analysen kan ses i appendiks K på side 151.

Hvordan interviewene er udført og analysen udarbejdet beskrives yderligere i nedenstående afsnit.



Figur 2.2: I venstre "kasse" er problemformuleringens første spørgsmål listet. I midterste "kasse" er målet der skal nås for at besvare første spørgsmål opstillet. Endvidere er det illustreret at der er en ramme hvor indenfor løsningen, der ligger til grund for efterlevelse af målet, skal være. I sidste "kasse" er den metode der er anvendt til at besvare første spørgsmål i problemformuleringen beskrevet.

2.3.1 Interview med afdelingssygeplejersker

Fordi eksisterende viden, som kan indhentes ud fra teori baseret på videnskabelig litteratur, stillingsbeskrivelser for afdelingssygeplejersker med mere, ikke giver en detaljeret beskrivelse af hvilke opgaver, afdelingssygeplejersker har i forbindelse med klinisk ledelsespraksis, er denne viden indhentet ved interview.

De interviewede personer består af fire repræsentanter for afsnitsledelsen i form af: En afdelingssygeplejerske fra henholdsvis ortopædkirurgisk og akutmodtagerafsnit samt to afdelingssygeplejersker fra to forskellige medicinske afsnit.

Det er relevant at interviewe afdelingssygeplejersker, fordi det er dem der har primær viden om hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har, hvordan ledelsesopgaverne udføres i klinisk praksis og hvilke udfordringer der opstår i forbindelse med at sikre varetagelse af ledelsesopgaverne.

Det er valgt at anonymisere afdelingssygeplejerskerne i projektet. Begrundelsen herfor er, at disse skal have mulighed for at udlevere forhold fra egen ledelsespraksis uden konsekvenser heraf. Afdelingssygeplejerskerne er i stedet

adskilt ved numrene 1-4.

Afgrænsningen til 4 afdelingssygeplejersker skyldes, at variationen i svarene ikke skyldes indhold som bidragede med ny viden men uddybelse.

Interviewguiden til de fire interviews kan ses i appendiks D.1 på side 105 mens transskribering af interviewene kan ses i appendiks A på side 85 til D på side 105.

Metoden til interviewene er baseret på det kvalitative forskningsinterview. Dette er med henblik på, at få mulighed for at opnå fleksibilitet. Dette gælder både i interviewguiden, der indeholder ”temaer” og nogle åbne spørgsmål, der danner udgangspunkt for en dialog og selve afviklingen af interviewet, hvor nye og ikke planlagte spørgsmål kan komme op.

2.3.2 Analyse af ledelsesopgaver

Ud fra stillingsbeskrivelser for afdelingssygeplejersker og interview med henholdsvis Tilsted og Petersen (se afsnit M.2.1 på side 175) er der erhvervet viden om, at afdelingssygeplejersker udfører ledelsesopgaver indenfor følgende betegnelser:

Obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål, udarbejdelse af tjenestetidspplan, daglig planlægning og udførsel af sygepleje, samtaler med personalet, sygeplejefaglig ressourceperson, formidling og information, udvikling af personalets kompetencer samt uddannelse af studerende og elever.

Med udgangspunkt i disse betegnelser over ledelsesopgaver er de transskriberede interview analyseret. Dette er gjort ved at identificere, hvad det er for nogle ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker udfører for at sikre varetagelsen af de ledelsesopgaver, der er betegnet ovenstående.

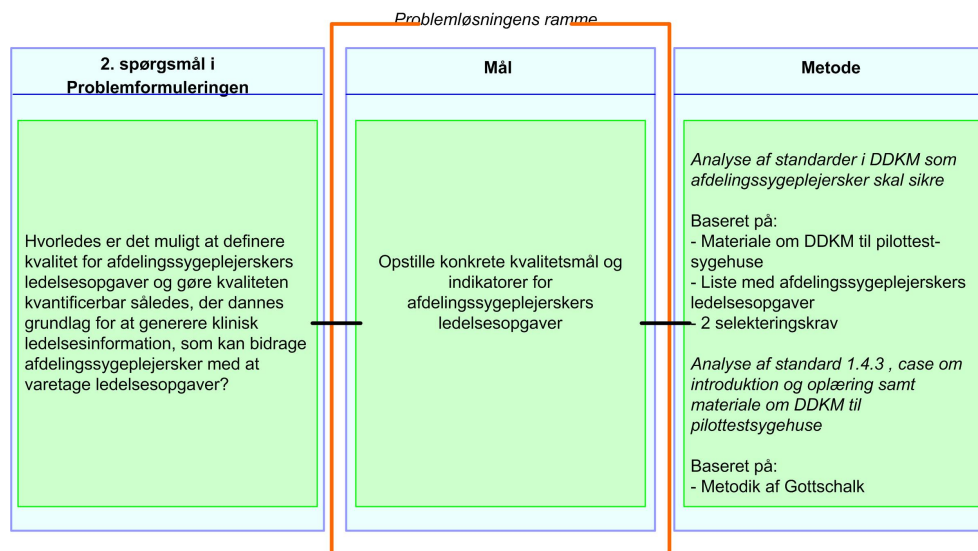
Analysen er først beskrevet tekstuel hvorefter analysens resultater er opstillet i skemaer. Analysen kan ses i appendiks K på side 151. Opstilling i skemaer er gjort med henblik på, at danne et grundlag for at få et visuelt overblik over analyses resultater. Et eksempel på et skema der hører til analysen af obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål kan ses i skema 2.2 på næste side.

Afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver	1	2	3	4
<i>Kvalitetsmål: Obligatoriske</i>				
Ernæringspolitik				
NIP				
UTH				
DDKM				
<i>1. Kvalitetsmål: ikke Obligatoriske:</i>				
Indlæggelse max. 4 døgn				
Personaletilfredshed				

Tabel 2.2: I tabellens venstre kolonne ses områder hvor inden for der, i interviewene, blev nævnt at være obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål. Obligatoriske kvalitetsmål er politisk eller ledelsesvedtaget på højere niveau I på side 129. Et eksempel kan være, at udskrivningsbrevet til egen læge skal foreligge inden for to dage. Ikke obligatoriske kvalitetsmål kan være kvalitetsmål afdelingssygeplejersken har vedtaget. Eksempelvis, at der skal være to hygiejne nøglepersoner i afdelingen.

De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der refereres til. Ved at sætte krydser i det tomme felter kan det indikeres hvilken afdelingssygeplejerske, der har nævnt hvad under interviewet.

2.4 Definerings og kvantificering af kvalitet



Figur 2.3: I venstre "kasse" er problemformuleringens andet spørgsmål listet. I midterste "kasse" er målet der skal nås for at besvare andet spørgsmål opstillet. Endvidere er det illustreret at der er en ramme hvor indenfor løsningen, der ligger til grund for efterlevelse af målet, skal være. I sidste "kasse" er den metode der er anvendt til at besvare andet spørgsmål i problemformuleringen beskrevet.

For at gøre afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver kvantificerbare således, der dannes grundlag for at generere klinisk ledelsesinformation, som kan bidrage afdelingssygeplejersker i at varetage ledelsesopgaver er standarderne i DDKM analyseret.

Ligeledes er standard 1.4.3 i DDKM, en case som omhandler introduktion og oplæring i klinisk praksis samt materiale til pilottest sygehuse analyseret.

Dette er illustreret på figur 2.3 på forrige side og beskrives yderligere i de næste tre afsnit.

2.4.1 Analyse af standarderne i DDKM

Med henblik på at få viden om hvad kvalitet er for afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis samt hvilke indikatorer der kan anvendes til at måle kvaliteten, er der søgt litteratur som omhandler kvalitetssikring og kvalitetsindikatorer i sundhedsvæsenet.

Det er valgt at tage udgangspunkt i DDKM fordi, modellen indeholder standarder, der skal efterleves af afdelingssygeplejersker. Disse standarder indeholder nogle kvalitetsmål og indikatorer, der skal bidrage til at belyse kvaliteten på afsnitsniveau [IKAS, 2008a].

Standarderne er analyseret ud fra materiale om DDKM til pilottest sygehuse. I hver standard forefindes en beskrivelse af standardbetegnelse, standard, standard formål og målgruppe. Ud fra disse fire punkter er det identificeret om afdelingssygeplejersker har ansvar for efterlevelse af den konkrete standard. Dette er med henblik at selektere i standarderne og munde ud med de standarder, afdelingssygeplejersker har ansvar for efterlevelse af.

De standarder afdelingssygeplejersker har ansvar for efterlevelse af, er sammenholdt med de ledelsesopgaver det er identificeret, afdelingssygeplejersker skal sikre i klinisk ledelsespraksis (beskrevet i afsnit 2.3.2 på side 18). Dette er med henblik at udvælge de standarder, der indeholder kvalitetsmål og indikatorer, der kan bidrage til at belyse kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver.

Endelig er der opstillet 2 selekteringskrav som de udvalgte standarder skal efterleve. Kravene er udarbejdet på baggrund af den viden, der er opnået i projektforsøget ud fra teori og interview.

Første krav lyder:

Tilhørende en specifik ledelsesopgave skal der kunne genereres ledelsesinformation, som er bestemt af, hvad der er behov for, ikke hvad der er tilgængelig.

Dette krav er opstillet således, at standarder ikke fravælges fordi de er mangelfulde i forhold til kvalitetsmål og indikatorer. Vigtigheden heri skal

ses i konteksten til, at der ikke eksisteret tiltag, der har til hensigt, at belyse kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. En årsag til at udviklingen (i forhold til at anvende it-systemer til strukturering og generering af informationer, til vurdering af sundhedsydelsers kvalitet) ikke er "nået" hertil kan være, at der ikke umiddelbart foreligger dokumentation for hvad kvalitet af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis er.

For at tage "hul" på denne problematik i dette projekt, skal der tages udgangspunkt i de ledelsesopgaver, der ikke i forvejen eksisterer redskaber til. Hermed menes redskaber, som kan bidrage med information, der kan anvendes af afdelingssygeplejersker til løsning af ledelsesopgaver.

På baggrund heraf er det andet krav opstillet.

Det andet krav lyder:

Tilhørende en specifik ledelsesopgave skal der være mangel på et ledelsesredskab, der bidrager til varetagelse af opgaven.

Hvilke ledelsesopgaver der *ikke* eksisterer et ledelsesredskab til, som kan bidrage med information, der kan anvendes af afdelingssygeplejersker til løsning af ledelsesopgaver, er analyseret på tilsvarende vis, som analyse af ledelsesopgaver er beskrevet i afsnit. 2.3.2 på side 18. Analysen kan ses i appendiks K på side 151.

Det vil sige med udgangspunkt i det transskriberede interviews, er der både lavet en tekstuel beskrivelse hvorefter resultaterne heraf er opstillet i skemaer. Et eksempel på et skema der hører til analysen af obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål kan ses i skema 2.3.

1.Kvalitetsmål: Obligatoriske og ikke obligatoriske	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Mangel: redskab til obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål				
Feedback fra NIP hver 3. måned (anvendes ikke)				
Feedback fra UTH. Opfølgning på personalemøde hver 6. uge				
Mangle: redskab og viden om DDKM				

Tabel 2.3: I tabellens venstre kolonne ses områder hvor inden for, i interviewene, ledelsesredskaber (eller mangel på samme) blev nævnt. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der refereres til. Ved at sætte krydser i det tomme felter kan det indikeres hvilken afdelingssygeplejerske, der har nævnt hvad under interviewet.

2.4.2 Case om introduktion og oplæring fra ledelsespraksis

Indikatorerne, i de udvalgte standarder i DDKM ((1.4.3)- Introduktion af nyt personale og (1.4.5)- Uddannelse og kompetenceudvikling), er ikke omfattende og kvantificerbare. Endvidere eksisterer der ikke er viden om, hvilke opgaver, i forhold til disse standarder, der skal være retningsgivende for nationale kvalitetsparametre[Sørensen, 2008].

Derfor er der truffet et valg om at afgrænse projektet til introduktion og oplæring og tilføje en case, der beskriver hvordan introduktion og oplæring praktiseres på et sygehusafsnit.

I dette projekt danner casen, sammen med standard (1.4.3) og materiale om DDKM til pilottestsygehuse grundlaget for at identificere kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring.

Casen kan ses i appendiks L på side 167 og er udarbejdet ud fra interview med afdelingssygeplejerske 3. Dette interview er anvendt fordi, det belyser forhold som:

- Hvilke problemer afdelingssygeplejersken oplever i forbindelse med introduktion og oplæring af personale
- Hvordan problemer løses og hvad ville den gode løsning på problemet vil være
- Hvordan information kan bidrage til en løsning af problemet
- Hvilke vigtige ledelsesopgaver/beslutninger afdelingssygeplejersken skal træffe i forbindelse med introduktion og oplæring
- Hvilke informationer der kan anvendes som støtte til at træffe disse beslutninger

Dette er forhold der er søgt beskrevet i udarbejdelsen af casen fordi, disse kan danne grundlag for at identificere kvalitetsmål og indikatorer hvor ud fra, det er muligt at generere information som lederen (afdelingssygeplejersken) må have for at udføre en opgave og/eller den information ledere må have for, at vide opgaven bliver udført[Gottschalk, 2001].

2.4.3 Kvalitetsmål og indikatorer

Der er søgt litteratur der beskriver hvordan kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer udformes. Ud fra søgningen er det valgt at anvende en metodik opstillet af Gottschalk til analyse af kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring.

Gottschalk repræsenterer en lærebog med et internationalt fagperspektiv med indhold om ledelsesinformation, IT-ledelse, IT i organisationer og virksomhedsledelse. Argumentet for at bogen kan anvendes i et projekt, der omhandler generering af kliniske ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker

på det kliniske ledelsesniveau er, at den ikke har fokus på bestemte organisationer, og kan benyttes af alle personer med ledelses ansvar. I bogen præsenteres teorier, modeller, metoder og eksempler på lederudfordringer og strategisk brug af informationsteknologi.[Gottschalk, 2001]

Formålet med at identificere kvalitetsmål og indikatorer i dette projekt er, at danne et grundlag for design af et ledelsesinformationssystem der kan generere og præsenterer klinisk ledelsesinformation for afdelingssygeplejersker, Metodikken er relevant at anvende til analysen fordi den har til formål at identificere, hvilken information ledere må have, inden et informationssystem udvikles med henblik på at generering af informationer[Gottschalk, 2001].

Metodikken består i, at identificere: kvalitetsmål-information, Mål-effektivitet-information og Middel-produktivitet-information.

Begrebet kritisk succesfaktor anvendes i dette projekt som synonym for kvalitetsmål mens "information" i Mål-effektivitet-information, anvendes som synonym for indikator. Årsagen hertil er at "information" i denne sammenhæng skal ses som information, der er nødvendig for at vurdere kvaliteten[Gottschalk, 2001].

Metodikken er således anvendt til, at analysere casen, standard (1.4.3) samt materiale om DDKM til pilottestsygehuse. Analysens resultater er udarbejdet i skemaer (se illustration på figur 2.4). Resultaterne kan ses i skema 4.2 på side 43, 4.3 på side 44 og 4.4 på side 45.

Kritisk succesfaktorer	Information
Introduktionsprogrammet skal...	Tidspunkt for revurdering af intro...

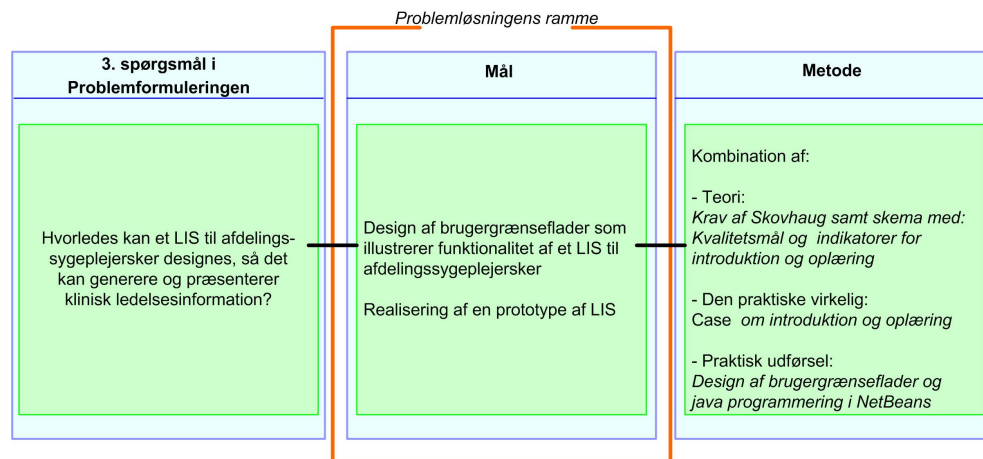
Figur 2.4: Figuren illustrerer de skema der er udarbejdet for kritisk succesfaktorer, det vil sige kvalitetsmål og information. Der er udarbejdet tilsvarende skemaer for Mål-effektivitet-information og Middel-produktivitet-information

Selvom standard (1.4.3)-Introduktion af nyt personale, er mangelfuld, har denne kunnet bidrage med nogle obligatoriske kvalitetsmål som afdelingssygeplejersken skal sikre i forbindelse med introduktion og oplæring. Da disse er obligatoriske, er de anvendt som kritiske succesfaktorer og analyseret efter Gottschalks metodik.

Ligeledes gælder det for Materialet om DDKM til pilottestsygehuse. Dette er anvendt fordi der står, at det er obligatorisk at alle retningsgivende dokumenter skal revurderes hvert 3. år. Denne viden har også bidraget til opstilling af en kritisk succesfaktorer.

I Analysen er det angivet med kilde, hvilke kritiske succesfaktorer der er identificeret ud fra henholdsvis casen, standard (1.4.3) og materiale om DDKM til pilottestsygehuse.

2.5 Design og prototype af LIS



Figur 2.5: I venstre "kasse" er problemformuleringens tredje spørgsmål listet. I midterste "kasse" er målet der skal nås for at besvare tredje spørgsmål opstillet. Endvidere er det illustreret at der er en ramme hvor indenfor løsningen, der ligger til grund for efterlevelse af målet, skal være. I sidste "kasse" er den metode der er anvendt til at besvare tredje spørgsmål i problemformuleringen beskrevet.

For at få viden om hvordan et ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker kan designes, så det får den funktionalitet, at det kan generere og præsenterer klinisk ledelsesinformation som kan bidrage til:

- *At strukturere den del af ledelsespraksis, der omhandler drift og administration og samtidig bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne.*
- *At synliggøre kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis*

Er en kombination af teori, den praktiske virkelighed og praktisk udførsel anvendt.

Teorien består af Skovhaugs 20 krav til ledelsesinformation samt et skema udarbejdet i projektet med Kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring. Den praktiske virkelighed er belyst ud fra Case om introduktion og oplæring.

Den praktiske udførsel er design af brugergrænseflader og java programmering i NetBeans IDE 6.0.1 contactEditor.

Dette er illustreret på figur 2.5 og beskrives nærmere i nedenstående afsnit.

2.5.1 Design af LIS

Formålet med at design af brugergrænseflader som illustrerer funktionalitet af et LIS til afdelingssygeplejersker er, at danne grundlag for generering af klinisk ledelsesinformation der kan anvendes i klinisk ledelsespraksis som bidrag til, at afdelingssygeplejersker kan varetage ledelsesopgaver. Viden om ledelsesinformation i en kontekst til klinisk ledelsespraksis i sundhedsvæsenet, kan ikke erhverves via litteratursøgning.

For at verificere at den information projektet bidrager med generering af *er* ledelsesinformation, er det valgt at anvende Skovhaugs 20 krav til ledelsesinformation og sætte dem i kontekst til design af et LIS til afdelingssygeplejerskers.

Skovhaugs krav er beskrevet i en artikel[Skovhaug, 2007]. Argumenterne for at artiklen er anvendelig i dette projekt er, at den ikke er en "salgs artikel" der har til formål at få læser til at købe ydelser hos Price Waterhouse Management konsulenter. Endvidere er artiklen virksomheds/organisationsuafhængig, henvender sig til beslutningstagere på alle organisatoriske ledelsesniveauer og er beskrevet med en sådan detaljeringsgrad, at det er muligt at anvende den til at indlede en proces med udvikling af et ledelsesinformationssystem.

De 20 krav omhandler krav til ledelsesinformationens formål, indhold, præsentation og kvalitet. Disse er sat i kontekst til design af et LIS til afdelingssygeplejerskers ved, at beskrive hvilken funktionalitet et LIS skal have for at, understøtte afdelingssygeplejersker i at udføre ledelsesopgaver, der omhandler introduktion og oplæring og samtidig generere ledelsesinformation der opfylder de 20 krav. Fordi casen (beskrevet i afsnit 2.4.2 på side 22) beskriver hvordan introduktion og oplæring praktiseres på et sygehusafsnit, er de beskrevne funktionaliteter identificeret herudfra.

2.5.2 Prototype af LIS

For at verificere, at det er muligt at omsætte teori om design af et LIS til afdelingssygeplejersker til praksis, er designet af LIS realiseret i en prototype. Prototypen er programmeret i NetBeans IDE 6.0.1 contactEditor, der er et java program, der både anvender grafiske komponenter og kildekode i tekstlinjer til at lave applikationer.

Den ledelsesinformation prototypen er programmeret til at generere, er identificeret ud fra skema 4.2 på side 43, 4.3 på side 44 og 4.4 på side 45 (se metodeafsnit 2.4.3 på side 22).

Programmet er valgt til at udforme prototypen fordi det giver mulighed for

at designe en grafisk brugergrænseflade (GUI) hvorigennem, brugeren kan interagere med systemet.

Endvidere bidrager adskillelse mellem grafiske komponenter og kildekode med en "lethed" i forhold til at dokumentere de beslutninger der er truffet. Et eksempel herpå kan ses i appendiks O på side 185, hvor UML er anvendt til at udarbejde et Use-Casediagram og et aktivitetsdiagram.

Designet er illustreret ud fra screenshot af prototypens brugergrænseflader i afsnit 5.2 på side 53.

Del II

Problemløsning

Denne del indeholder en liste hvori afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver er listet. Skemaer hvori kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring er opstillet samt, hvilken information et LIS skal generere om introduktion og oplæring, er ligeledes i denne del.

Endelig er brugergrænseflader af et LIS til afdelingssygeplejesker designet. Disse er illustreret sidst i denne del.

Problemløsningen har dannet grundlag for realisering af en prototype af LIS til afdelingssygeplejersker.

Identificering af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver

I dette kapitel er afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver identificeret og opstillet i en tabel. Tabellen er resultatet en analyse af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver, der er udarbejdet i appendiks K på side 151.

Identificering af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver er en forudsætning for at kunne definere kvaliteten og gøre denne målbar. Herved danner dette afsnit grundlag for opfyldelse af 1. krav i tabel 2.1 på side 16 som lyder:

Kvaliteten af specifikke ledelsesopgaver skal defineres og kvantificeres inden ledelsesinformation kan genereres.

Afdelingssygeplejerskerne udfører ledelsesopgaver indenfor 5 overordnede ledelsesområder: Kvalitetsudvikling, daglig drift, personale ledelse, kompetenceudvikling og forandringsledelse[tilsted, 2008][Petersen, 2008]. Disse benævnes A-E og kan ses i skema K.1 på side 152.

Ledelsesområde A-D kan udspecificeres således, de indeholder i alt 8 ledelsesopgaver. Disse kan ligeledes ses i skema K.1 på side 152.

Inddeling i 8 ledelsesopgaver, i stedet for 5 ledelsesområder, er gjort for at tage hensyn til varians inden for områderne.

Eksempelvis under ”kompetenceudvikling” er afdelingssygeplejersker leder for det fastansatte personale og i en periode for studerende og elever.

Disse deles op i to grupper idet ledelsesopgaven er på 2 forskellige niveauer.

1. Udvikling af de fagprofessionelle kompetencer det uddannede personale har
2. Uddannelse af studerende og elever således disse, efter endt uddannelse, har fagprofessionelle kompetencer.

Endvidere er ledelsesområde E (forandringsledelse) ikke udspecificeret i en ledelsesopgave. Dette betyder ikke, at afdelingssygeplejersker ikke arbejder med forandringsledelse men, at dette begreb anses for at være for ukonkret i forhold til at kunne gruppere det i konkrete ledelsesopgaver.

I appendiks K på side 151 er der udarbejdet en analyse af hvilke ledelsesopgaver

Afdelingssygeplejerskers overordnede ledelsesområder
A) Kvalitetsudvikling: 1. Kvalitetsmål
B) Daglig drif: 2. Udarbejdelse af tjenestetidsplan 3. Daglig planlægning og udførelse af sygeplejen
C) Personaleledelse: 4. Samtaler med personale 5. Sygeplejefaglig ressourceperson 6. Formidling af information
D) Kompetenceudvikling: 7. Udvikling af personalets kompetencer 8. Uddannelse af studerende/elever
E) Forandringsledelse

Tabel 3.1: De 5 overordnede områder afdelingssygeplejersker har ledelsesopgaver indenfor er opstillet og benævnt A-E. Efterfølgende er disse udvidet til i alt 8 overordnede ledelsesopgaver.

afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis indeholder.

Til hver af de 8 overordnede ledelsesområder er der udarbejdet et tekstuel analyseafsnit. Under hvert afsnit forefindes et tilhørende skema hvor ledelsesopgaverne er listet. Ligeledes er det i skemaet indikeret hvilken/hvilke af de fire interviewede afdelingssygeplejersker, der er den tilhørende reference (se eksempel for obligatoriske kvalitetsmål i tabel 3.2). Det samlede analyseresultat kan ses i tabel 3.3 på modstående side.

Ledelsesopgaver	1	2	3	4
<i>1. Kvalitetsmål: Obligatoriske</i>				
Ernæringspolitik		x		
NIP		x		
UTH		x		
DDKM	x	x	x	x
<i>1. Ledelse og Kvalitetsmål: ikke Obligatoriske:</i>				
Indlæggelse max. 4 døgn		x		
Personaletilfredshed	x	x		

Tabel 3.2: I tabellens venstre kolonne ses områder hvor inden for der, i interviewene, blev nævnt at være obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der er den tilhørende reference.

Afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver
<i>1a) Obligatoriske kvalitetsmål</i>
Sikre sygehusets ernæringspolitik
Sikre, at der kvalitetsudvikles i henhold til standarder og referenceprogram for NIP
Sikre indrapportering af UTH
Implementering af standarder og målepunkter i henhold til DDKM
<i>1b) Ikke obligatoriske kvalitetsmål</i>
Eksempel: Indlæggelsestid i maksimalt fire døgn
Eksempel: Personaletilfredshed
<i>2) Udarbejdelse af tjenestetidsplan</i>
Sikre udarbejdelse af tjenestetidsplan
<i>3) Daglig planlægning og udførelse af sygeplejen</i>
Normering og personale sammensætning
Overblik over patienter i afdelingen
Indkaldelse af vikarer og personale
Ugentlig arbejdsplan
Fordeling af sygeplejefaglige arbejdsopgaver
Sygeplejeopgaver forud for udskrivelse
<i>4) Samtaler med personalet</i>
Ansættelsessamtaler
Medarbejderudviklingssamtaler
Fraværssamtaler
Introduktionssamtaler
<i>5) Sygeplejefaglig ressourceperson</i>
Uddelivering af administrative pædagogiske og fagspecifikke opgaver
Ansvar for at uddelegerede opgaver udføres
<i>6) Formidling af information</i>
Videregivelse af information til afdelingsledelsen, samarbejdspartnere nøglepersoner og den øvrige personalegruppe
<i>7) Udvikling af personalets kompetencer</i>
Prioritering af kurser og uddannelse for personalet
Ressourceperson for personalet
Introduktion og oplæring af nyt personale
Ansvarlig for supervision
Faglig udvikling af personalet
Udarbejdelse af uddannelsesstrategi
Daglig udvikling af sygeplejen
<i>8) Uddannelse af studerende/elever</i>
Ansvar for kvaliteten i uddannelse af studerende/elever:
Sikre mulighed for oplæring
Koordinering mellem studerende og personale med faglige og pædagogiske evner

Tabel 3.3: Tabellen er en oversigt over de ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har. De 8 overordnede ledelsesområder står med kursiv og er angivet med nummer. Kvalitetsmål er i skemaet opdelt i 1a) obligatoriske kvalitetsmål og 1b) ikke obligatoriske kvalitetsmål.

Definering og kvantificering af ledelsesopgavers kvalitet

Dette afsnit munder ud i definering og kvantificering af kvalitet for de ledelsesopgaver, som afdelingssygeplejersker har i forbindelse med introduktion og oplæring. Således er 1. krav i tabel 2.1 på side 16 opfyldt.

Endvidere opfylder dette afsnit 2. krav i tabel 2.1 på side 16. Kravet lyder således:

Den specifikke ledelsesopgave skal ikke være resultatet af enkelte afdelingssygeplejerskers definition på hvilke ledelsesopgaver der skal sikres. Der skal tages højde for, at den konkrete ledelsesopgave også forefindes hvis andre afdelingssygeplejersker, både på det specifikke sygehus og i landets øvrige regioner, interviewes.

Dette krav er efterlevet ved at inddrage standarderne i DDKM. DDKM er et nationalt og obligatorisk kvalitetsudviklingssystem, som skal bidrage til synliggørelse af kvaliteten i de danske sygehuse. Modellen omfatter 103 standarder med tilhørende indikatorer inden for 36 temaer i relation til henholdsvis generelle og sygdomsspecifikke patientforløb samt organisatoriske aktiviteter[IKAS, 2008a]. Blandt disse standarder er der en, der omhandler introduktion og oplæring. Denne standard skal afdelingssygeplejersker sikre efterlevelse af.

Afsnittet består af fire underafsnit. I det første afsnit kan analyseresultatet af standarderne i DDKM ses. Standarderne er analyseret med henblik på selektering blandt modellens 103 standarder. Dette har belyst, at der "kun" er to standarder ((1.4.3) og (1.4.5)), som omhandler afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i forbindelse med sikring af at varetage drift og administration af klinisk praksis.

I det andet afsnit er standard (1.4.3) og (1.4.5) analyseret. Dette har belyst, at standarderne ikke er færdigudarbejdede. De kan imidlertid anvendes til at identificere nogle kvalitetsmål for introduktion og oplæring. For fortsat at efterleve 1. og 2. krav i tabel 2.1 på side 16, er der foretaget en afgrænsning blandt afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver således, at projektet efterfølgende omhandler de ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har i forbindelse med introduktion og oplæring.

For at supplere med viden om hvilke ledelsesopgaver, der ønskes kvalitetssikret i forbindelse med introduktion og oplæring, er der, på baggrund af et interview med afdelingssygeplejerske 3, udarbejdet en case som kan læses i appendiks L på side 167. Casen belyser hvorledes klinisk ledelsespraksis udspilles, når nyt personale skal introduceres og oplæres.

I det sidste afsnit er det beskrevet hvilke kvalitetsmål, der kan opstilles for ledelsesopgaver, som omhandler introduktion og oplæring, samt hvilke indikatorer der kan danne grundlag for at måle kvaliteten. Analysen er udarbejdet ud fra standard (1.4.3), casen og materiale om DDKM til pilottest sygehuse.

4.1 Analyse af standarderne i DDKM

Der er analyseret hvilke standarder afdelingssygeplejersker skal sikre efterlevelse af. Analysen af standarderne kan inddeles i en grov og finsortering som beskrives nærmere nedenstående.

Grovsortering

Det er identificeret om afdelingssygeplejersken tilhører den målgruppe, der har ansvaret for at, den konkrete akkrediteringsstandard efterleves. Målgruppen står altid defineret som fjerde øverst punkt på standarderne, se figur 4.1.

Når der under målgruppe står, at det er "alle ledere" der har ansvar for standarden, inkluderes standarden som værende en, der skal efterleves af afdelingssygeplejersker.

Ofte er det konkretiseret under målgruppe hvem der har ansvar for standarden. Eksempelvis: Ledere med budgetansvar, Ledere med ansvar for sikkerhed, forsyninger, vedligeholdelse og forbedring og Ledere med ansættelseskompetence. I disse tilfælde er det individuelt vurderet om standarden inkluderes som en, der skal efterleves af afdelingssygeplejersker.

Processen for grovsorteringen er illustreret på figur 4.2 på side 36.

Standardbetegnelse	Beskriver akkrediteringsstandardens tema og titel samt nummer ud af det samlede antal akkrediteringsstandarder inden for det pågældende tema.
Standard	Beskriver det samlede mål for akkrediteringsstandard.
Standardens formål	Beskriver formålet med akkrediteringsstandard.
Målgruppe	Beskriver, hvem der har ansvaret for, at akkrediteringsstandard efterleves. Initiativet til at implementere akkrediteringsstandard påhviler ledelsen. Medarbejderne har et selvstændigt ansvar for, at akkrediteringsstandard efterleves.

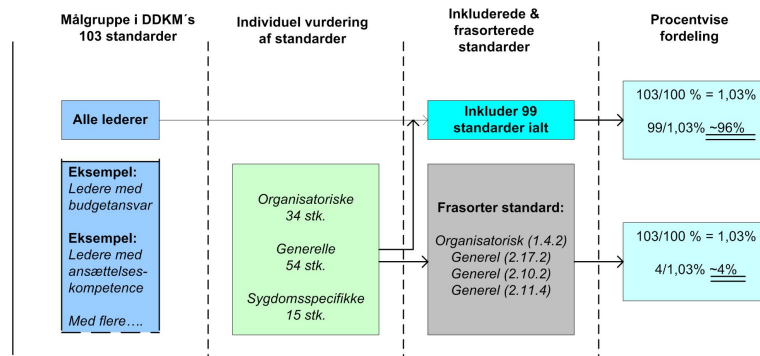
Figur 4.1: I skemaets til venstre er de fire øverste punkter i akkrediteringsstandarderne (standardbetegnelse, standard, standard formål og målgruppe). Til venstre står det beskrevet hvad disse fire øverste punkter indeholder.

4.1 Analyse af standarderne i DDKM

Resultatet af analysen har belyst, at afdelingssygeplejersker har ansvaret for, at approksimativt 96 procent af standarderne efterleves. Se i tabel 4.1.

Ansvar for efterlevelse af standarder	Antal standarder
<i>Organisatoriske standarder</i>	
Afdelingssygeplejersker	33
Andre (lægen)	1 (1.4.2)
Organisatoriske standarder ialt:	34
<i>Generelle standarder</i>	
Afdelingssygeplejersker	51
Andre (lægen)	3 (2.17.2) (2.10.2) (2.11.4)
Generelle standarder ialt:	54
<i>Sygdomsspecifikke standarder</i>	
Afdelingssygeplejersker	15
Andre	
Sygdomsspecifikke standarder ialt:	15
Total antal standarder i DDKM:	103
Ansvar for efterlevelse af standarder	Procentvis fordeling
Afdelingssygeplejersker	96 pct.
Andre	4 pct.

Tabel 4.1: I skemaet ses resultatet af analysen over hvilke og hvor mange (både antal og procentvis fordeling) af standarderne i DDKM afdelingssygeplejersken skal sikre efterlevelse af. Endvidere vises resultatet af, hvor mange (både antal og procentvis fordeling) og hvilke af standarderne afdelingssygeplejersken ikke skal sikre efterlevelse af. Disse er betegnet som "Andre" og standardens nummer er angivet i parentes.



Figur 4.2: Figuren illustrerer hvordan der er foretaget en grovsortering i modellens 103 standarder (34 Organisatoriske standarder, 54 Generelle standarder og 15 Sygdomsspecifikke standarder). De standarder hvor målgruppen er "alle ledere" er inkluderet som omhandlende afdelingssygeplejersker. Øvrige standarder, hvor det er specifikke ledere der er målgruppen, vurderes individuelt om afdelingssygeplejersken er en del af målgruppen. Er de dette inkluderes standarden. Er den ikke dette fraserteres standarden. Der blev i alt fraserteret 4 standarder ((1.4.2)(2.17.2)(2.10.2)(2.11.4)). Yderst til højre er det beregnet, at afdelingssygeplejersker skal efterleve 96,12 pct. af standarderne

Finsortering

Det er ikke alle standarderne (af de 96 procent), der er relevante, i forhold til at belyse kvaliteten af de ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har i forbindelse med sikring af at varetage klinisk ledelsespraksis. Analyse af disse standarder har belyst, at der forefindes to relevante standarder.

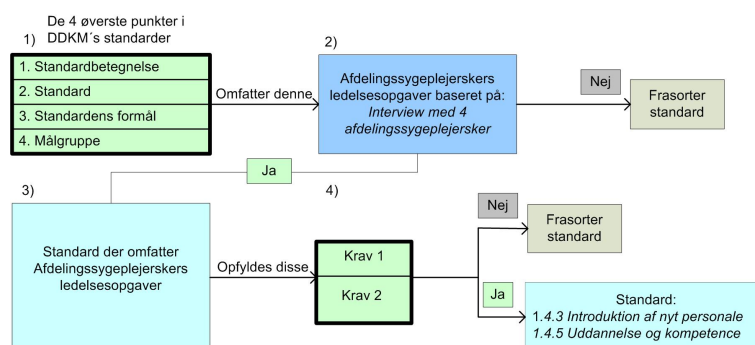
Analysen er udarbejdet ved, at sammenholde de fire øverste punkter i standarderne (standardbetegnelse, standard, standardens formål og målgruppe, se figur 4.1 på side 34) med afdelingssygeplejerskernes ledelsesopgaver. Er der konsensus mellem standard og ledelsesopgave vælges standarden. Denne sammenholdes efterfølgende med de to selekteringskrav, der er beskrevet i skema 2.5.a. Kan standarden opfylde kravene vælges den.

Hvordan der er finsorteret i de 99 resterende standarder, ses på figur 4.3 på næste side.

Selekteringskrav
1)Tilhørende en specifik ledelsesopgave skal der kunne genereres ledelsesinformation, som er bestemt af, hvad der er behov for, ikke hvad der er tilgængelig.
2)Tilhørende en specifik ledelsesopgave skal der være mangel på et ledelsesredskab der bidrager til varetagelse af opgaven. Ved "mangel" menes, at der ikke er udviklet og implementeret et redskab på sygehuset (som eksempelvis modul tjenestetid) der er beregnet til anvendelse af alle afdelingssygeplejersker.

Tabel 2.5.a: I skemaet er de 2 selekteringskrav til afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver, der har bidraget til, at det er: standard 1.4.3 Introduktion af nyt personale og 1.4.5 Uddannelse

og kompetence, der er valgt.



Figur 4.3: Figuren illustrerer at de fire øverste punkter i DDKM's standarder er analyseret/sammenholdt med afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver. Hvis standarden omfatter en af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver vælges den. Herefter er det undersøgt om den udvalgte standard opfylder de 2 selekteringskrav, der beskrevet i tabel 2.5.a. Hvis standarden gør dette vælges den endeligt. De valgte standarder er: 1.4.3 Introduktion af nyt personale og 1.4.5 Uddannelse og kompetence

Resultat af analysen

Resultatet af analysen er således, at standard (1.4.3) og (1.4.5), kan bidrage med viden om hvilke kvalitetsmål og indikatorer, der er relevante at anvende, når der skal genereres klinisk ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker.

Standarderne indeholder ledelsesopgaver som omhandler: Introduktion af nyt personale samt uddannelse og kompetenceudvikling. Disse opgaver stemmer overens med de ledelsesopgaver som afdelingssygeplejersker har i henhold til tabel 3.3 på side 31 i kapitel 2. Se tabel 2.5.b.

Standarderne opfylder endvidere de to krav til ledelsesopgaven, som skal være opfyldt for standarden inkluderes. Hvorledes kravene er opfyldt beskrives nedenstående.

- 1. Krav lyder således: *Tilhørende en specifik ledelsesopgave skal der kunne genereres ledelsesinformation, som er bestemt af, hvad der er behov for, ikke hvad der er tilgængelig.*

som nævnt i indledningen 1 på side 3 er det problematisk for afdelingssygeplejersker at sikre del af ledelsespraksis, der omhandler drift og administration i klinisk praksis. Som bidrag til at sikre varetægelse af drift og administration, kan ledelsesinformation anvendes.

De to standarder som er udvalgt til at danne grundlag for generering af ledelsesinformation, omhandler introduktion af nyt personale samt uddannelse og kompetenceudvikling. - Opgaver som hører ind under drift og administration af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. Derfor opfylder disse to standarder kravet om, at kunne generere ledelsesinformation der er behov for.

- 2. Krav lyder således: *Tilhørende en specifik ledelsesopgave skal der være mangel på et ledelsesredskab der bidrager til varetagelse af opgaven. Ved "mangel" menes, at der ikke er udviklet og implementeret et redskab på sygehuset (som eksempelvis modul tjenestetid) der er beregnet til anvendelse af alle afdelingssygeplejersker.*

At dette krav kan opfyldes begrundes med:

1. Der forefindes ikke et ledelsesredskab, der er udviklet og implementeret på de danske sygehuse, som kan bidrage til sikring af at varetage: Introduktion af nyt personale samt uddannelse og kompetenceudvikling.
2. TAK-systemet er det system, der i fremtiden skal anvendes til at måle på standardernes indikatorer. Dette system skal imidlertid ikke anvendes af afdelingssygeplejersker [Sørensen, 2008]

Ledelsesopgave	Standard
Samtaler med personale	(1.4.3) Introduktion af nyt personale (1.4.5) Uddannelse og kompetenceudvikling
Formidling af information	(1.4.3) Introduktion af nyt personale (1.4.5) Uddannelse og kompetenceudvikling
Udvikling af personalets kompetencer	(1.4.3) Introduktion af nyt personale (1.4.5) Uddannelse og kompetenceudvikling
Uddannelse af af studerende/elever	(1.4.3) Introduktion af nyt personale (1.4.5) Uddannelse og kompetenceudvikling

Tabel 2.5.b: Til venstre de ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har i forbindelse med drift og administration i klinisk praksis. Til højre er de standarder listet, som ledelsesopgaverne hører under.

4.1.1 Analyse af standard: (1.4.3) & (1.4.5)

Som tidligere nævnt anvender DDKM den grundlæggende model for systematisk kvalitetsudvikling, som tager udgangspunkt i kvalitetscirklen. Kvalitetscirklen indeholder i dette tilfælde fire trin: Planlægge, udføre, vurdere og handle. Se figur 4.4 på side 40.

At "**Planlægge**" vil sige at:

Der i institutionen skal findes retningslinjer eller andre retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard skal nås [IKAS, 2008a].

Dette svarer til, at afdelingssygeplejerskers kvalitet defineres, se figur 4.4 på side 40. Definerings af kvalitet betyder, at der fastlægges forventninger eller standarder, som er det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet [Kjærgaard et al., 2001].

At "**Udføre**" vil sige at:

Institutionen skal sikre implementeringen af retningslinjerne[IKAS, 2008a].

At ”**Undersøge**” vil sige at:

Institutionen skal overvåge kvaliteten af institutionens strukturer og processer samt de leverede ydelser[IKAS, 2008a].

I dette trin skal afdelingssygeplejersker måle kvaliteten. Dette kræver, at kvaliteten forinden er gjort målbar ved, at definere en indikator, som er en målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten[et al, 2003][IKAS, 2008a]. Måling af kvalitet inkluderer således registrering af indikatorværdier samt analyse og fortolkning af resultaterne[Silimperi et al., 2002]. Dette betyder, at der er under dette trin kvaliteten vurderes og ledelsesinformation kan genereres(se figur 4.4 på den følgende side).

Indikatorer, der er/skal udarbejdes på trin 3, skal danne grundlag for at overvåge kvaliteten af institutionens strukturer og processer. Derfor skal disse indikatorer også kunne anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten på trin 1 og 2.

At ”**Handle**” vil sige at:

Institutionen skal vurdere resultaterne af overvågningen samt prioritere og iværksætte tiltag, hvor der er kvalitetsbrist[IKAS, 2008a].

Under dette trin skal kvaliteten forbedres. Dette består i at anvende kvalitetsudviklingsmetoder og -værktøjer for at sikre overensstemmelse mellem det eksplicite kvalitetsmål (de fastlagte standarder) og det faktisk opnåede kvalitetsniveau (de målte indikatorværdier).[Silimperi et al., 2002]

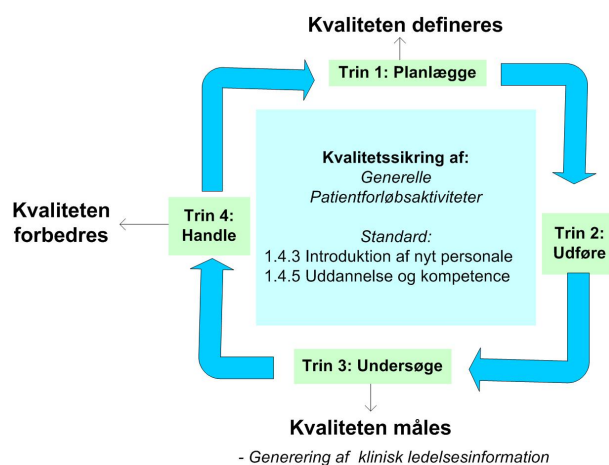
På figur 4.5 på side 41 ses de indikatorer, der er udarbejdet i standarderne, og som skal anvendes til at overvåge kvaliteten af og generere ledelsesinformation til sikring af: Introduktion af nyt personale samt Uddannelse og kompetenceudvikling. Eksempler er der fem indikatorer til standard (1.4.3). Disse er:

1. Individuelt introduktionsprogram til enheden tilpasset den nyansattes specifikke behov .
2. Introduktionssamtale.
3. Nyt personale deltager i introduktionen.
4. Ledelsen dokumenterer ved lister, at nyt personale har deltaget i introduktionen på institutions- og enhedsniveau.
5. På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer.

[IKAS, 2008a]

Fælles for disse indikatorer og indikatorer til standard (1.4.5) er, at de ikke anvendes i praksis til kvalitetsudvikling fordi, de ikke er målbare. Det betyder, at det der benævnes ”indikatorer” i DDKM, er ikke indikatorer i henhold til DDKM’s egen definition¹.

Endvidere er standardernes indikatorer ikke er færdigudarbejdet. For at færdig udarbejde standarderne, er det en forudsætning med viden om, hvad afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis indeholder. Denne viden har afdelingssygeplejersker. Problemet er, at denne viden er tavs og derfor ikke umiddelbar er til at anvende for de personer, der skal udarbejde standarderne.[Sørensen, 2008]



Figur 4.4: Figuren illustrerer at kvalitetsudviklingsmodellen anvendes i fire trin. Disse er 1) Planlægge hvor kvaliteten defineres, 2) udføre, 3) undersøge - her måles kvaliteten og 4) Handle, hvor kvaliteten vurderes. Endvidere er det illustreret, at klinisk ledelsesinformation genereres under trin 4, hvor kvaliteten vurderes.[IKAS, 2008a]

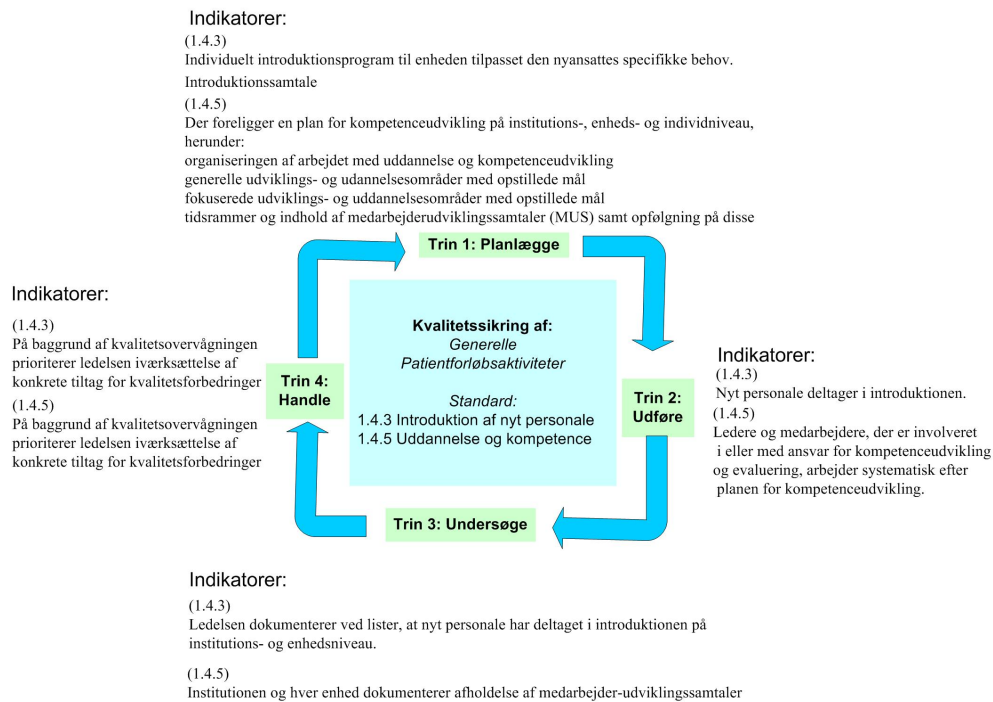
4.1.2 Afgrænsning

Som supplement til at identificere kvalitetsmål og indikatorer der kan danne grundlag for at generere ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker, anvendes en case fra klinisk ledelsespraksis der omhandler introduktion og oplæring (se appendiks L på side 167).

Dette betyder, at projektet afgrænses til at have omdrejningspunkt i den ledelsesopgave, afdelingssygeplejersker har, som omhandler introduktion og oplæring.

¹ En målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten[IKAS, 2008a]

4.2 Kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring



Figur 4.5: Figuren illustrerer at der skal kvalitetsudvikles ud fra de 2 standarder: (1.4.3) Introduktion af nyt personale og (1.4.5) Uddannelse og kompetenceudvikling. Endvidere vises at de fire trin i kvalitetsmodellen skal vurderes med indikatorer. Yderst er de indikatorer, der er beskrevet i standarderne. [IKAS, 2008a]

4.2 Kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring

I dette afsnit er det analyseret, hvilken kvalitetsmål og indikatorer der kan danne grundlag for at generere ledelsesinformation, som omhandler introduktion og oplæring i klinisk praksis.

Resultatet af analysen kan ses i tabel 4.2 på side 43, 4.3 på side 44 og 4.4 på side 45, hvor der er opstillet henholdsvis: Kritisk succesfaktor-information, Mål-effektivitet-information og Middel-produktivitet-information.

Kritisk succesfaktor-information.

Begrebet kritisk succesfaktor anvendes i dette projekt som synonym for kvalitetsmål. Eksempelvis: Afsnittets introduktionsprogram skal revurderes hvert 3 år.

I tabel 4.2 på side 43 er der, efter hver kritisk succesfaktor, angivet hvilken kilde den er identificeret ud fra (materiale om DDKM til pilottestsygehuse (DDKM), standard (1.4.3) og/eller casen). Den tilhørende information er således information, der er nødvendig for afdelingssygeplejersker, for at få viden om, at kvalitetsmålet er sikret [Gottschalk, 2001]. Eksempelvis: Information om tidsperiode for opdateret

introduktionsprogram.

Mål-effektivitet-information.

Med "mål" menes, hvad er formålet med opgaven eller processen[Gottschalk, 2001]. Eksempelvis er formålet med revurdering af introduktionsprogrammet, at sikre høj kvalitet i afsnittet.

Efterfølgende er effektiviteten identificeres. Det vil sige, hvad er formålet med effektivitet i forhold til at sikre opgaven eller processen[Gottschalk, 2001]. Dette er i dette tilfælde, at bidrage til sikring af varetagelse af afdelingssygeplejerskens ledelsespraksis.

Sidst efterlyses informationen. Hermed menes, hvilken information der er nødvendig for at bidrage til sikring af varetagelse af afdelingssygeplejerskens ledelsespraksis. Dette kan eksempelvis være, information om tidspunkt for revurdering af introduktionsprogrammet. Begrebet information anvendes i denne sammenhæng som synonym for indikator.

Middel-produktivitet-information.

Med "middel" skal forstås midler eller processer der er vigtige i forhold til opgaven eller processen[Gottschalk, 2001]. I dette tilfælde gælder det, at det er vigtigt, at afdelingssygeplejersken vurderer kvaliteten.

Efterfølgende er det overvejes hvad der repræsenterer produktivitet i forhold til opgaven eller processen[Gottschalk, 2001]. Dette kan eksempelvis være, at der ikke forekommer tilfælde, hvor afsnittet har haft et forældet introduktionsprogram.

Sidst er den information, der er nødvendig for at evaluere produktiviteten identificeres. Dette kan eksempelvis være rapportering om kvaliteten.

4.2 Kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring

Nr.	Kritisk succesfaktor	Information
1	Der skal afholdes introduktionssamtale med den nyansatte [Standard (1.4.3)]	Information om at der er afholdt introduktionssamtale ved ansættelsestidspunkt.
2	Nyt personale deltager i afsnittets introduktionsprogram [Standard (1.4.3)], [case]	Information om, at nyt personale har deltaget i afsnittets introduktionsprogram efter de første 6 måneder af ansættelsestiden
3	Ledelsen dokumenterer ved lister, at nyt personale har deltaget i introduktionen på institutions og enhedsniveau [Standard (1.4.3)]	Information, efter 6 måneder fra ansættelsestidspunkt, om at ledelsen har dokumenteret i lister når nyt personale har gennemført introduktionsprogrammet på institutions og enhedsniveau
4	Introduktionsprogrammet skal revurderes hvert 3. år [DDKM]	Information om tidsperiode for opdateret informationsprogram.
5	Afsnittet skal have 1 introduktions og oplærings-sygeplejerske [case]	Information om tidsperiode hvor afsnittet har en introduktion og oplæringssygeplejerske
6	Nyansat personale skal have gennemført introduktions og oplæringsprogrammet efter 6 måneder[case]	Information om at den nyansatte har gennemført introduktions og oplæringsprogrammet efter 6 måneder
7	Der skal afholdes medarbejdersamtale med den nyansatte efter 1 måned fra ansættelsestidspunkt. [case]	Information om at der er afholdt samtale med den nyansatte, når denne har været ansat i 1 måned på afsnittet Information om, at oplæringssygeplejersken har deltaget ved samtalen
8	Der skal afholdes medarbejdersamtale med den nyansatte efter 3 måneder fra ansættelsestidspunkt. [case]	Information om at der er afholdt samtale med den nyansatte, når denne har været ansat i 3 måneder på afsnittet Information om, at oplæringssygeplejersken har deltaget ved samtalen
9	Der skal afholdes medarbejdersamtale med den nyansatte efter 6 måneder fra ansættelsestidspunkt. [case]	Information om at der er afholdt samtale med den nyansatte, når denne har været ansat i 6 måneder på afsnittet Information om, at både oplærings og afdelingssygeplejersken har deltaget ved samtalen

Tabel 4.2: I anden kolonne er afsnittets kritiske succesfaktorer (kvalitetsmål) opstillet. Under hvert mål, er der angivet en kilde hvorfra, målet er identificeret. I tredje kolonne er den information afdelingssygeplejersken skal have som bidrag til sikring af varetagelsen af den kritiske succesfaktor.

4. Definerer og kvantificering af ledelsesopgavers kvalitet

Nr.	Mål	Effektivitet	Information
1	Høj kvalitet	At bidrage til sikring af at varetage afdelingssygeplejerskens ledelsespraksis.	Information om, tidspunkt for introduktionssamtale. Information om overskridelse af tidspunkt for introduktionssamtale
2			Information om, at nyt personale ikke har deltaget i afsnittets introduktionsprogram efter de første 6 måneder af ansættelsestiden
3			Information efter 6 måneder fra ansættelsestidspunkt om, at ledelsen ikke har dokumenteret i lister når nyt personale har gennemført introduktionsprogrammet på institutions og enhedsniveau
4			Information om tidspunkt for revurdering af informationsprogrammet
5			Information om tidspunkt for mangel på introduktion og oplæringssygeplejerske i afsnittet
6			Information hvis nyansat personale ikke har gennemført introduktions og oplæringsprogrammet efter 6 måneder
7			Information om manglende samtale med den nyansatte, når denne har været ansat i 1 måned på afsnittet
8			Information om manglende samtale med den nyansatte, når denne har været ansat i 3 måned på afsnittet
9			Information om tidspunkt for samtalen. Information om manglende samtale med den nyansatte, når personen har været ansat i 6 måneder.

Tabel 4.3: I anden kolonne er "målet" opstillet. Målet er altid at sikre høj kvalitet af ledelsespraksis. I tredje kolonne er effektiviteten opstillet. Dette er, at bidrage til sikring af varetagelse af afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver. Sidst er den information der er behov for, for at vurdere effektiviteten opstillet.

4.2 Kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring

Nr.	Middel	Produktivitet	Information
1	Vurdering af kvaliteten	At der forekommer tilfælde hvor nyt personale ikke har været til introduktionssamtale ved ansættelse i afsnittet	Rapportering af ledelsesinformation
2		At der forekommer tilfælde, hvor nyt personale ikke følger afsnittets introduktionsprogram	
3		At der forekommer tilfælde, hvor ledelsen ikke har dokumenteret ved lister, når nyt personale har gennemført introduktionsprogrammet	
4		At der ikke forekommer tilfælde, hvor afsnittet har haft et forældet introduktionsprogram	
5		At der forekommer tilfælde hvor afsnittet ikke, har haft en introduktions og oplæringssygeplejerske	
6		At der forekommer tilfælde, hvor nyt personale ikke har gennemført introduktionsprogrammets opgaver, når personen har været ansat i afsnittet i 6 måneder	
7		At der forekommer tilfælde, hvor nyt personale ikke har været til medarbejdersamtale, når personen har været ansat 1 måned i afsnittet At det sikres, at introduktion og oplæringssygeplejersken (som har kendskab til introduktionsprogrammet) deltager i samtalen	
8		At der forekommer tilfælde hvor nyt personale, ikke har været til medarbejdersamtale, når personen har været ansat 3 måned i afsnittet At det sikres, at introduktion og oplæringssygeplejersken (som har kendskab til introduktionsprogrammet) deltager i samtalen	
9		At der forekommer tilfælde, hvor nyt personale ikke har været til medarbejdersamtale, når personen har været ansat 6 måned i afsnittet At det sikres, at både afdelingssygeplejersken og introduktion og oplæringssygeplejersken deltager i samtalen	

Tabel 4.4: I anden kolonne er "midlet" opstillet. Det vigtige middel for at generere ledelsesinformation er altid kvalitetsvurdering. I tredje kolonne står "produktivitet". Det er det, der skal ses som fordelene ved kvalitetsvurderingen. Sidst er informationen opstillet. Her er der overalt skrevet "Rapportering". Dette skyldes, at det er nødvendigt med rapportering for at vurdere produktiviteten.

Ledelsesinformationssystemets design

Dette kapitel indeholder to afsnit som omhandler design af LIS i forhold til funktionalitet.

I det første afsnit er det beskrevet, hvordan LIS er designet, så det efterlever Skovhaugs 20 krav til ledelsesinformation.

Det andet afsnit er en illustration af systemets brugergrænseflader, som illustrerer fem forskellige scenarier, der kan forekomme i forbindelse med introduktion og oplæring i klinisk ledelsespraksis.

I afsnittene er der taget højde for: Hvilke kvalitetsmål systemet skal kunne generere ledelsesinformation i forhold til og hvorledes informationerne kan genereres, samtidig med systemet understøtter afdelingssygeplejersken i at sikre varetagelse af introduktion og oplæring af personale i klinisk ledelsespraksis. Dette er identificeret ud fra:

- skema 4.2 på side 43 og 4.3 på side 44 i afsnit 4.2 på side 41. Skemaerne er analyseresultatet over kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring.
- En case om introduktion og oplæring fra en afdelingssygeplejerskes ledelsespraksis (appendiks L på side 167).

Designet er realiseret i en prototype. Herved er det tredje krav i skema 2.1 på side 16 opfyldt. Kravet lyder således:

Tilhørende et specifikt kvalitetsmål skal det være muligt at generere ledelsesinformation, som kan opfylde Skovhaugs krav til ledelsesinformation.

5.1 Designovervejelser ud fra krav til ledelsesinformation

Krav til ledelsesinformationens formål

- 1. *Ledelsesinformation skal give lederen overblik over resultatet inden for dennes ansvarsområde*

Afdelingssygeplejerskers har behov for et ledelsesinformationssystem, der kan bidrage med ledelsesinformation én gang i hvert døgn. Hermed menes, at systemet skal vurdere hver enkelt kvalitetsmål en gang hvert døgn og initiere generering af ledelsesinformation ved at besvare spørgsmålet: Er eller bliver kvalitetsmålet opfyldt?

Årsagen til, at ledelsesinformationen skal genereres én gang i hvert døgn er, at systemet danner grundlag for, at afdelingssygeplejerskens fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der umiddelbart iværksættes planlagte handlinger.

For at efterleve kravet tages der udgangspunkt i retningslinjer for design af GUI til sygehussektoren. I henhold til denne skal alle oplysninger som er relevante for en typisk arbejdssituation, præsenteres i *et* vindue. Hvis omfanget af oplysninger er for stort hertil, skal supplerende oplysninger kunne fremvises i et separat vindue eller en dialogboks[Molich, 2003].

Endvidere skal udseendet af knapper på brugergrænsefladen der signalerer, at der er sket noget væsentligt for et objekt, som er fastlagt og standardiseret være visuelt markeret[Molich, 2003].

Således skal designet af ledelsesinformationssystemets brugergrænseflade være således at:

Afdelingssygeplejersken skal kunne danne sig et overblik ved at ledelsesinformationen bliver præsenteres i *et* vindue. Supplerende informativ tekst kan fremvises i en separat dialogboks ved at udforme tilhørende informationsknapper.

Endvidere skal ledelsesinformationen visuelt præsenteres således, at en knap markeret med en rød farve angiver, at der er afvigelse fra et kvalitetsmål, mens farven grøn angiver, at alt forholder sig efter hensigten.

- **2. Ledelsesinformation skal give lederen overblik over hvilken vej udviklingen går**

I informationssystemer som SydLIS, InfoRM og TAK-systemet vises resultater for langtidsmonitorering. Et eksempel herpå kan være det procentvise antal af indlæggelser for de sidste 6 måneder, hvor indlæggelsestiden er mere en tre døgn.

Derfor kan informationen i disse systemer anvendes til at give et overblik over hvilken vej udviklingen går.

Dette vil den ledelsesinformation der genereres til afdelingssygeplejersker også kunne bidrage med. Eksempelvis vil det være muligt at beregne, antal dage i hvert kvartal hvor, et afsnit har været foruden en introduktions og oplæringssygeplejerske. Ved at sammenligne eksempelvis fire kvartaler er det muligt, for afdelingssygeplejersken, at danne sig et overblik over hvilken vej udviklingen går.

Således skal der i designet af ledelsesinformationssystemets brugergrænseflade sikres, at der er mulighed for at opsætte og tilgå statistisk information over monitorerede data for hvert kvalitetsmål. Dette kan gøres både i forhold til historik, den nutidige trend og belysning af hvordan fremtiden vil se ud, hvis udviklingen fortsætter som hidtil. Statistisk information kan præsenteres både i form af tal, tekst, figurer og grafik.

- **3.** *Ledelsesinformationen skal give lederen inspiration til aktiv handling*

Den ledelsesinformation, der vil blive genereret i informationssystemet, er en vurdering af det enkelte kvalitetsmål. Dette betyder at den vil formidle information om, det enkelte kvalitetsmål er sikret eller ej. Når et kvalitetsmål ikke er sikret, skal systemet kunne bidrage med viden om årsagen hertil. Eksempelvis: Systemet generere ledelsesinformation der illustrerer, at kvalitetsmålet om, at introduktions og oplæringsprogrammet skal revurderes hvert tredje år, ikke er opfyldt. Så skal der være muligt for afdelingssygeplejersken at vælge kvalitetsmålet på brugergrænsefladen, hvorefter systemet skal formidle årsagen til kvalitetsmålet ikke er opfyldt. Dette kan eksempelvis være en dialogboks hvori der skrives: Det er tre år siden introduktionsprogrammet er revurderet. I henhold til kravet skal informationen give afdelingssygeplejersken inspiration til aktiv handling. For at efterleve dette krav, skal systemet i dette konkrete eksempel designes således, at afdelingssygeplejersken får mulighed for at revurdere introduktions og oplæringsprogrammet.

- **4.** *Ledelsesinformationen skal støtte lederen i kritiske beslutninger*

Ledelsesinformationssystemet vil kunne støtte lederen i kritiske beslutninger fordi:

Systemet generere ledelsesinformation når et kvalitetsmål ikke er sikret. Det vil sige, at der er forekommet en situation i afsnittet hvor, der er difference mellem det ønskede kvalitetsniveau og det faktiske kvalitetsniveau i afsnittet. En sådan situation kan være kritisk. Ved at systemet får den funktionalitet som beskrives i 4. krav, støttes afdelingssygeplejersken til at træffe beslutninger i forhold til at sikre kvalitetsmålet fremover.

- **5.** *Ledelsesinformationen skal kunne fortælle lederen, om han bidrager til virksomhedens succes eller ej*

I det danske sundhedsvæsen er det en fundamental forudsætning, at der er et højt kvalitetsniveau i sygehusenes ydelser.[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007b] Den måde hvorpå det er muligt at måle kvaliteten i sygehusenes ydelser og dermed få viden om succesniveauet, er ved at kvalitetssikre ydelser. Ledelsesinformationssystemet skal derfor designes sådan, at det får funktionalitet, at det kan bidrage til: Dataindsamling og analyse, kvalitetsvurdering, årsagsanalyse, evaluering af kvalitetsforbedringsinitiativet, problemidentifikation og fastholdelse af det opnåede ved at overvåge kvaliteten.

Krav til ledelsesinformationens indhold

- **6.** *Ledelsesinformationen skal være bestemt af, hvad der er behov for, ikke hvad der er tilgængelig*

I kapittel 4.2 på side 41 er det analyseret hvilke kvalitetsmål og indikatorer, der kan bidrage til sikring af at varetage introduktion og oplæring af personale i et sygehusafsnit. Da disse danner grundlaget for generering af ledelsesinformation,

vil den ledelsesinformation systemet generere være det, der er behov for.

Ledelsesinformation er traditionelt data, der er udarbejdet på baggrund af den information, der kan hentes i it-systemer.[Deloitte, 2002][Jørgensen, 2008] Eksisterende it-systemer kan imidlertid ikke bidrage med information, som kan danne grundlag for generering af ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker. Derfor skal der i designet af ledelsesinformationssystemet tages højde for, at informationer manuelt kan indtastes i systemet. Det er disse informationer systemet skal anvende til at generere ledelsesinformation.

Der forholder sig således, at varetagelse af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i klinisk praksis er et samarbejde mellem afdelingssygeplejersken og afsnittets nøglepersoner. Derfor skal der i designet af systemet tages højde for, at både afdelingssygeplejersker og relevante nøglepersoner kan indtaste data i systemet.

- *7. Ledelsesinformationen bør omfatte historik, aktuel information og analyse af fremtiden*

Jævnfør 2. krav.

- *8. Ledelsesinformation bør omfatte intern såvel som ekstern information*

I 6. krav står, at ledelsesinformationen skal være bestemt af, hvad der er behov for. Afdelingssygeplejersker har behov for intern information fordi denne, skal bidrage til sikring af de kvalitetsmål afdelingssygeplejersker skal efterleve i afsnittet.

Det kunne imidlertid ses som en fordel hvis afdelingssygeplejersker kunne benchmarke kvalitetsmål og indikatorer med lignende sygehusafsnit. Dette kunne være et perspektiv for et fremtidigt implementeret ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker.

- *9. Ledelsesinformation bør omfatte økonomiske såvel som ikke-økonomiske størrelser*

Ledelsesinformationssystemer som er implementerede i landets regioner indeholder administrativ ledelsesinformation. Dette betyder, at ledelsesinformation om økonomi og ressource data (Afholdte udgifter, Personaleforbrug og DRG) forefindes i disse systemer[Kjeldsen, 2004][Deloitte, 2002]. Da der samtidig ikke er identificeret kvalitetsmål i kapitel 4.2 på side 41 som omhandler økonomiske forhold, findes det ikke relevant, at der i designet af ledelsesinformationssystemet tages hensyn til, at systemet skal kunne præsentere ledelsesinformationen som omfatter økonomiske forhold.

Krav til ledelsesinformationens præsentation

- **10.** *Ledelsesinformationen skal være intuitiv og enkel at gå til*

For at ledelsesinformationen skal blive intuitiv og enkel at gå til, skal systemet udvikles med en Graphic User Interface (GUI). Herved opnås en "betjeningslethed" idet, afdelingssygeplejersken kan "vælge" sig vej gennem systemet, udelukkende ved at "pege og klikke" på givne områder på skærmen.

Til brugergrænsefladens visuelle design skal således opfylde:

1. Grundreglerne som omhandler:

- **Nærhed**

Symboler der er anbragt nær hinanden, opfattes som sammenhørende. Derfor skal vinduesobjekter, der logisk set hører sammen, placeres tæt ved hinanden.

- **Lukkethed**

Symboler der står i samme ramme opfattes, som om de hører sammen. Derfor skal vinduesobjekter, der logisk set hører sammen, placeres i lukket omrids.

- **Design efter gitter**

Designrammen skal ansues som et todimensionelt gitter af usynlige vandrette og lodrette linjer. Her ud fra skal vinduesobjekters kanter placeres, så de flugter med flest mulig af de øvrige vindueobjekter. [Molich, 2003]

2. Udseendet af knapper der signalerer, at der er sket noget væsentligt for et objekt, er fastlagt og standardiseret. Således angiver en rød farve, at der er afvigelse fra et kvalitetsmål, mens farven grøn angiver, at forholder sig efter hensigten[Molich, 2003].
3. Så vidt det er muligt, skal alle oplysninger som er relevante for en typisk arbejdssituation, præsenteres i *et* vindue. Hvis omfanget af oplysninger er for stort hertil, skal supplerende oplysninger kunne fremvises i et separat vindue eller en dialogboks[Molich, 2003].
4. Beslægtede vinduer skal ligne hinanden mest muligt[Molich, 2003].

- **11.** *Ledelsesinformation skal være overskuelig*

Jævnfør 10. krav.

- **12.** *Ledelsesinformation bør præsenteres i en kombination af tal, tekst, figurer og grafik*

Jævnfør 2. krav.

- **13.** *Ledelsesinformation bør præsenteres i en kombination af papir og skærm*

Som beskrevet hidtil præsenteres ledelsesinformationen i en brugergrænseflade. Der skal endvidere tages højde for i designet af systemet, at der skal være mulighed for at lave udtræk af relevant ledelsesinformation. Med relevant ledelsesinformation menes den information, der kan bidrage til sikring af en planlagt handling. Eksempelvis kan afdelingssygeplejersken have den strategi, at visning af afsnittets gode resultater til det øvrige personale, kan være en motivationsfaktor til at fortsætte med kvalitetssikringstiltag i afsnittet. Derfor skal der foreligge en mulighed for at udskrive disse resultater.

- **14.** *Ledelsesinformation bør præsenteres i en kombination af oversigts-, undtagelser og detailrapporter*

Jævnfør 13. krav.

Krav til ledelsesinformationens kvalitet

- **15.** *Ledelsesinformation skal være korrekt*

Under 6. krav står, at der i designet af ledelsesinformationssystemet skal tages højde for, at afdelingssygeplejersken og afsnittets nøglepersoner manuelt kan indtaste informationer i systemet. Da det er disse informationer, systemet skal anvende til at generere ledelsesinformation, er det vigtigt at informationerne er korrekte. Dette skal der i designet af systemet bidrage til ved at tage højde for tre ting:

1. Systemet gør brugeren opmærksom på ukorrekt indtastning via:
 - En handlingsmeddelelse som fortæller, at der er opstået et problem, og at brugeren er nødt til at foretage en korrigerende handling
 - En advarende meddelelse eller forespørgsel som advarer om, at et problem sandsynligvis er ved at opstå. Brugeren kan vælge at ignorere meddelelsen og fortsætte. Anmod om en bekræftelse, hvis der er risiko for utilsigtet tab af data, eksempelvis ved afslutning af systemet.
 - En informativ meddelelse som orienterer om det normale resultat af en kommando.

[Molich, 2003]

2. Systemet monitorere tid automatisk For alle kvalitetsmål i systemet gælder, at disse kan opfyldes, hvis bestemte handlinger er udført inden for en fastlagt tidsperiode. Når systemet første gang modtager information, der skal danne grundlag for generering af ledelsesinformation, skal systemet gemme datoen. Hvis opfyldelse af et kvalitetsmål kræver, at en specifik handling skal være udført inden for eksempelvis tre måneder, skal systemet automatisk kunne genkende den dato, der er forekommet præcis tre måneder efter den første gemte dato. På denne dato skal systemet kunne vurdere kvaliteten. Det vil sige, vurdere om kvalitetsmålet er opfyldt eller

ej og umiddelbart herefter generere den tilhørende ledelsesinformation til afdelingssygeplejersken.

3. Alle informationer der kan hentes i eksisterende systemer i sygehuset, skal systemet kunne kunne tilgå, indsamle og anvende.

- **16. *Ledelsesinformationen skal være fyldestgørende***

Dette krav søges efterlevet ved, at der *ikke* i systemet skal forekomme information, som eksempelvis vises grafisk, som det ikke er muligt at få en tekstuel beskrivelse af. Der tages højde for, at beskrivelsen er forklarende.

- **17. *Ledelsesinformationen skal være forklarende***

Jævnfør 16. krav.

- **18. *Ledelsesinformation skal være begrænset og relevant***

Som tidligere nævnt, er der i kapittel 4.2 på side 41 analyseret hvilke kvalitetsmål og indikatorer der kan bidrage til sikring af at varetage introduktion og oplæring af personale i et sygehusafsnit. Da disse danner grundlaget for generering af ledelsesinformation, vil den ledelsesinformation systemet generere, være det der er behov for. Således vil ledelsesinformationen også være begrænset og relevant.

- **19. *Ledelsesinformation skal komme til tiden***

Jævnfør 15. krav.

- **20. *Ledelsesinformation skal opdateres med passende mellemrum***

For at ledelsesinformationen kan opdateres skal der i designet tages højde for, at det er muligt at tilføje og monitorere nye kvalitetsmål og redigere i eksisterende.

5.2 Illustration af LIS's funktionalitet

I dette afsnit er der, med udgangspunkt i systemets brugergrænseflader, beskrevet og illustreret 5 scenarier fra klinisk praksis. For at illustrere hvilken funktionalitet systemet har, er brugergrænsefladerne forbundet med pile.

Pilene er vist på figur 5.1 på næste side og betyder følgende:

- 1. pil illustrere, at afdelingssygeplejersken har mulighed for at navigere fra en brugergrænseflade til en anden.

- 2. pil illustrere, at afdelingssygeplejersken kan navigere frem og tilbage mellem to brugergrænseflader.
- 3. pil illustrere, at introduktions og oplæringssygeplejersken kan navigere frem og tilbage mellem to brugergrænseflader.
- 4. pil (stiplet) illustrere, at information ændres (via control¹) på brugergrænsefladerne ved at skifte farven i dioden til enten rød eller grøn. Hvilken information der gives feedback om, afhænger af den information, afdelingssygeplejersken og/eller introduktions og oplæringssygeplejersken har indtastet i systemet.



Figur 5.1: Figuren illustrerer de 4 forskellige pile der forbinder brugergrænsefladerne. Pilen illustrerer henholdsvis mulige navigerings veje mellem brugergrænsefladerne (pil: 1, 2 & 3) og den information (pil: 4) der via control, ændre den information der præsenteres på brugergrænsefladerne. Afd. og Intro referere til, om det er henholdsvis afdelingssygeplejersken eller introduktions og oplæringssygeplejersken, der kan foretage en bestemt navigering i systemet

På figur 5.2 på side 56 ses en brugergrænseflade (A1). Denne benævnes: Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik.

Fra denne brugergrænseflade har afdelingssygeplejersken mulighed for at danne sig et visuelt overblik over hvilke ledelsesopgaver, fokus skal rettes mod den pågældende dag. Muligheden herfor gives ved hjælp af dioder som visuelt angiver "status" på brugergrænsefladen. Status er en vurdering af afsnittets aktuelle kvalitet.

Dioderne kan anskues som en besvarelse af spørgsmålet: Er eller bliver kvalitetsmålet sikret?

Lyser dioden rød er svaret nej mens, en grøn diode betyder ja.

Afdelingssygeplejersken skal således "kun" rette fokus mod den/de dioder der lyser rød.

På hver brugergrænseflade er det øverst angivet om brugergrænsefladen hører til afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik eller introduktion og oplæringssygeplejerskens.

Afdelingssygeplejersken kan tilgå alle introduktion og oplæringssygeplejerskens brugergrænseflader via egne brugergrænseflader. Dette gælder ikke modsat for introduktion og oplæringssygeplejersken.

¹ Control er eksekveringskoden, som ikke kan tilgås fra brugergrænsefladen

5.2.1 1. Scenarie

1. scenarie illustreres på figur 5.2 på næste side og omhandler kvalitetssikring af afsnittets obligatoriske kvalitetsmål. Afsnittets obligatoriske kvalitetsmål er:

Mål for det ønskede kvalitetsniveau i afsnittet som er vedtaget enten politisk eller på et højere ledelsesniveau.

Det tilhørende Use-Case diagram kan ses i appendiks O på side 185.

Denne beskrivelse fremkommer i systemet, når der trykkes på informationsknappen (i) til venstre for knappen: 1. obligatoriske kvalitetsmål (se figur 5.2 på næste side brugergrænseflade A.1).

Scenariet initieres, når afdelingssygeplejersken modtager visuel ledelsesinformation ved at dioden, til højre for knappen "Den Danske Kvalitetsmodel", lyser rød. En rød diode indikerer, at et kvalitetsmål ikke er opfyldt. Dette betyder, at afdelingssygeplejersken skal have belyst årsagen hertil og efterfølgende iværksætte handlinger således, kvalitetsmålet kan opfyldes.

Ved at trykke på knappen "Den Danske Kvalitetsmodel" fremkommer brugergrænseflade A.2. Her er afsnittets obligatoriske kvalitetsmål, som er omfattet af DDKM, listet. En rød diode indikerer, hvilket kvalitetsmål der ikke er sikret. Dette er:

Oplærings og introduktionsprogrammet skal revurderes hvert 3. år.

Ved at markere i feltet til højre for kvalitetsmålet og trykke på "OK" fremkommer årsagen til, at kvalitetsmålet ikke er opfyldt (brugergrænseflade A.3). På A.3 står:

Det er 3 år siden afsnittets oplærings og introduktionsprogram er revurderet

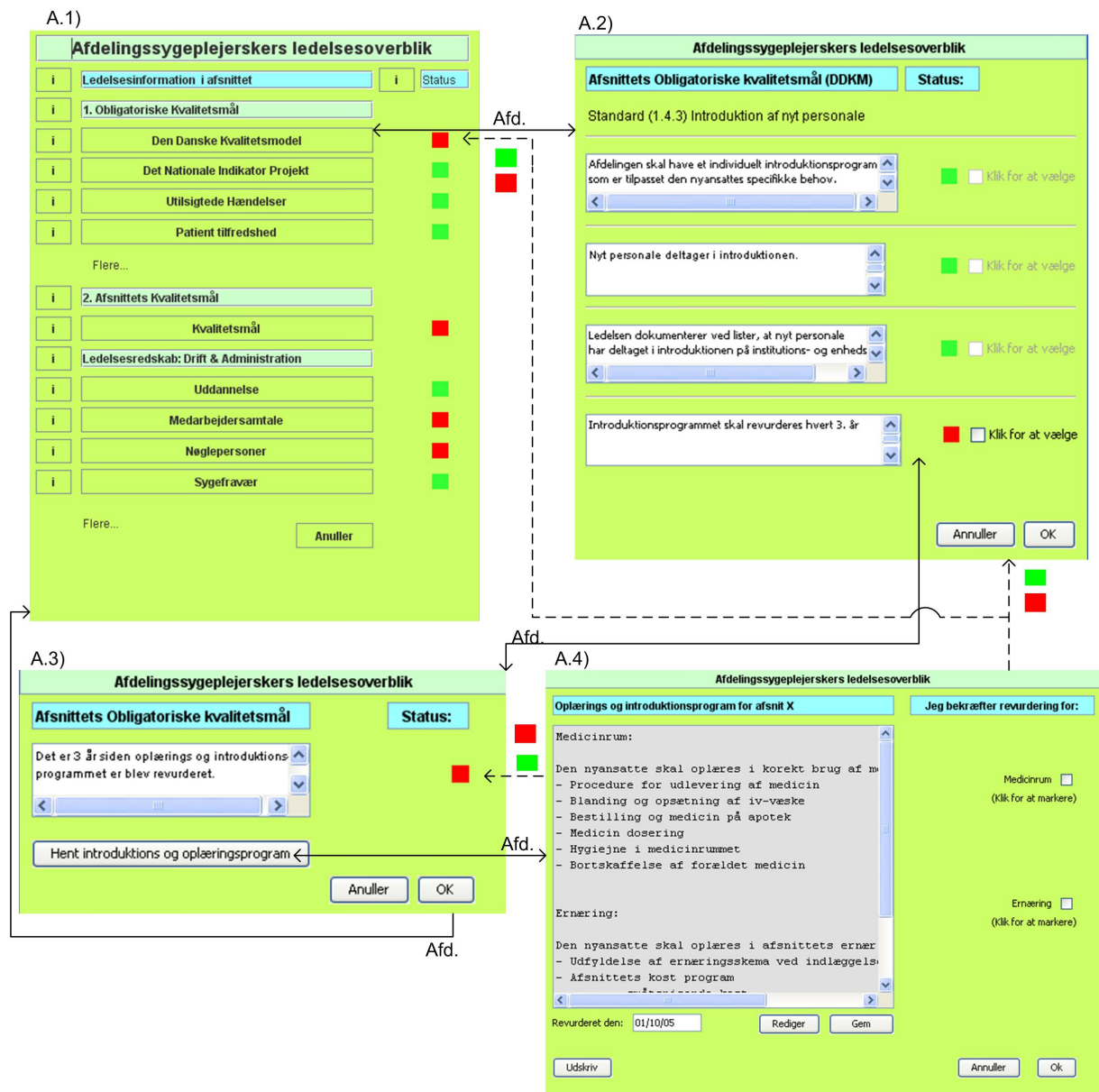
Ved at trykke på knappen "Hent oplærings og introduktionsprogram" fremkommer dette (se brugergrænseflade A.4).

Her er dato for sidste revurdering af programmet angivet. Afdelingssygeplejersken kan revurdere programmet ved at trykke på "Rediger".

Når programmet er redigeret, skal afdelingssygeplejersken dokumentere, at introduktionsprogrammet er revurderet. Dette gøres ved at markere i felterne til højre. Afslutningsvis skal det indtastede gemmes. Trykkes der på "OK" uden at der er trykket på "gem" kommer en informationsboks frem. Denne indikerer, at indtastede informationer skal gemmes inden der kan trykkes på "OK". Når der trykkes på "OK" fremkommer den nye dato for revurdering af introduktionsprogrammet. Samtidig kommer afdelingssygeplejersken tilbage til ledelsesoverblikket (A.1) hvor dioden nu er grøn.

Denne sceance vil initieres igen 3 år efter dato for revurdering.

Endeligt skal det være muligt at udskrive introduktionsprogrammet hvis, eksterne personer skal se det.



Figur 5.2: Figuren illustrerer hvordan LIS understøtter afdelingssygeplejersken i kvalitetssikring af afsnittets obligatoriske kvalitetsmål (1. scenarie). Scenariet omfatter brug af fire brugergrænseflader, som benævnes: A.1 - A.4. Hele pile illustrerer hvorledes afdelingssygeplejersken kan navigere mellem brugergrænsefladerne. Stiplede pile illustrerer information mellem brugergrænsefladerne, der foregår via systemets kontrol.

5.2.2 2. Scenarie

2. scenarie illustreres på figur 5.3 på side 59 og omhandler afsnittets kvalitetsmål. Afsnittets kvalitetsmål er:

Mål for det ønskede kvalitetsniveau i afsnittet, som er defineret af enten afdelingsledelsen eller afdelingssygeplejersken.

Denne beskrivelse fremkommer i systemet, når der trykkes på informationsknappen (i) til venstre for knappen: 2. Afsnittets kvalitetsmål (se figur 5.3 på side 59 brugergrænseflade B.1).

Scenariet initieres, når afdelingssygeplejersken modtager visuel ledelsesinformation ved at dioderne, til højre for knapperne "Kvalitetsmål" og "Nøglepersoner", lyser rød.

Ved at trykke på knappen "Kvalitetsmål" (B.1) fremkommer brugergrænseflade B.2.1. En rød diode indikerer, hvilket kvalitetsmål der ikke er sikret. Dette er:

Afsnittet skal have 1 introduktions og oplæringssygeplejerske.

Ved at markere i feltet til højre for kvalitetsmålet og trykke på "OK" fremkommer årsagen til, at kvalitetsmålet ikke er opfyldt (brugergrænseflade B.3). Denne brugergrænseflade omfatter afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik over afsnittets introduktions og oplæringssygeplejerske.

Havde afdelingssygeplejersken i stedet trykket på "Nøglepersoner" på B.1, var der fremkommet en liste over afsnittets nøglepersoner (B.2.2). Her indikere en rød diode, hvilken af nøglepersonerne afdelingssygeplejerskens fokus skal rettes mod. Ved at markere ud for introduktions og oplæringssygeplejersken (Birthe Hansen) og trykke "OK" fremkommer ledelsesoverblik over afsnittets introduktions og oplæringssygeplejerske (B.3).

På B.3 indikerer en rød diode, at Birthe Hansen går på barsen d. 10/02 2009. Endvidere informeres afdelingssygeplejersken om, af Birthe mener Thilde (en af afsnittets sygeplejersker) vil være en kandidat til at overtage jobbet som introduktions og oplæringssygeplejerske.

Herfra er det muligt at trykke "OK" hvorefter der returneres til afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik (B.1).

Ligeledes er det muligt for afdelingssygeplejersken at komme ind på brugergrænsefladen for introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik (B.4). Dette gøres ved at trykke på "Tryk for at se ledelsesoverblik for" Birthe Hansen.

På B.4 har afdelingssygeplejersken mulighed for at ændre og gemme data. Eksempelvis skal Thilde oprettes som introduktions og oplæringssygeplejerske kan dette gøres øverst. Herved får systemet information om, at afsnittet ikke længere mangler en introduktion og oplæringssygeplejerske. Dette medfører at alle dioder ændres til grøn.

Hvis der afslutningsvis trykkes på "ok" uden at der er trykket på "gem", fremkommer en informationsboks. Denne indikerer, at indtastede informationer skal gemmes, inden der kan trykkes på "OK". Når dette er gjort og der trykkes "OK" returneres der til brugergrænsefladen for afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik (B.1).

B.1)

Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik

i Ledelsesinformation i afsnittet i Status

i 1. Obligatoriske Kvalitetsmål

i Den Danske Kvalitetsmodel ■

i Det Nationale Indikator Projekt ■

i Utløst Hændelser ■

i Patient tilfredshed ■

Flere...

i 2. Afsnittets Kvalitetsmål

i Kvalitetsmål ■

i Ledelsesredskab: Drift & Administration

i Uddannelse ■

i Medarbejder samtale ■

i Nøglepersoner ■

i Sygefravær ■

Flere...

Anuller

B.2.1)

Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik

Afsnittets kvalitetsmål Status:

Afsnittet skal have 1 introduktions og oplæringssygeplejerske ■ ☐ Klik for at vælge

Introduktionsprogrammet er implementeret i afd. (90% eller flere af de nyansatte har gennemført indenfor de første 6 måneder) ■ ☐ Klik for at vælge

Flere...

Anuller OK

B.2.2)

Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik

Afsnittets nøglepersoner Status:

Introduktions og oplæringssygeplejerske: Birthe Hansen ■ ☐ Klik for at vælge

Klinisk vejleder: Karen Messer ■ ☐ Klik for at vælge

Hygiejne sygeplejerske: Berit Christensen ■ ☐ Klik for at vælge

Flere...

Anuller OK

B.3)

Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik

Introduktions og oplæringssygeplejerske Status:

Tryk for at gå til ledelsesoverblik for:

Nøgleperson: Birthe Hansen

Er ikke tilstede fra den: 10/10/08 til den: 01/01/09 ■

I denne periode er der indgået følgende aftale/aftaler:

Er denne aftale overholdt den: 17/10/08 (06/02/2006) ☒ ja ☐ Nej

Er denne aftale overholdt den: Dg/Md/År ☐ ja ☐ Nej

Flere...

Tryk for at se statistik ■

Introduktions og oplæringssygeplejerske: Birthe Hansen ■

Frætræder til: Barsel ■

Dato: 10/02/09

har følgende forslag til ny nøgleperson: Thilde

Anuller OK

B.4)

Introduktions og oplæringssygeplejerskers ledelsesoverblik

Navn: Birthe Hansen Stilling: Sygeplejerske

Forventer du ændring i din nuværende stilling? Vælg og gem: Fra dato: 10/02/09

Er der en eller flere af afsnittets ansatte, du mener vil være relevant til at overtage din stilling som nøgleperson?

Indtast navn og gem:

Navn 1: Thilde

Navn 2:

Navn 3:

Jeg forventer ikke at være tilstede på afdelingen den: 10/10/08 til den: 01/01/09 (06/02/08)

Nyansat personale: Intro slut:

Navn 1: Pia Husted 08/03/09 ☐ Klik for at se og indtaste data ■

Navn 2: Lone Hjorth 17/04/09 ☐ Klik for at se og indtaste data ■

Med flere...

Anuller OK

Figur 5.3: Figuren illustrerer hvordan LIS understøtter afdelingssygeplejersken i kvalitetssikring af afsnittets kvalitetsmål (2. scenarie). Scenariet omfatter brug af fem brugergrænseflader, som benævnes: B.1, B.2.1, B.2.2, B.3 og B.4. Hele pile illustrerer hvorledes afdelingssygeplejersken kan navigere mellem brugergrænsefladerne. Stiplede pile illustrerer information mellem brugergrænsefladerne, der foregår via systemets kontrol

5.2.3 3. Scenarie

3. scenarie illustreres på figur 5.4 på den følgende side. Dette initieres af introduktion og oplæringssygeplejersken via dennes ledelsesoverblik (C.1).

Nederst på ledelsesoverblikket er nyansat personale listet. Navnene herpå skal automatisk hentes i sygehusets system for ansatte. Ligeledes skal den dato, hvor introduktionen på afsnittet skal være afsluttet, genereres automatisk (6 måneder fra ansættelsestidspunkt).

Introduktions og oplæringssygeplejersken har mulighed for at indtaste og se data for nyansat personale (Pia Husted). Det gøres ved at markere i "Klik for at se og indtaste data" efterfulgt af "OK". Således fremkommer skærm C.2.

På C.2 vises afsnittets introduktions og oplæringsprogram. Dette skal den nyansatte have gennemført inden for de første 6 måneder af ansættelsestiden.

Ud fra hvert delmål i programmet (eksempelvis introduktion til medicinrummet) kan introduktions og oplæringssygeplejersken oprette et notat ved at trykke "Opret". Herved fremkommer et dokument for introduktion til medicinrummet.

I dokumentet har introduktions og oplæringssygeplejersken mulighed for at skrive og gemme fritekst som omhandler: Aftaler indgået mellem nyansatte og introduktions og oplæringssygeplejersken samt evaluering af introduktion af medicin rum. Ligeledes kan dato for aftalen indtastes og gemmes.

Endvidere skal introduktions og oplæringssygeplejersken have mulighed for at korrespondere med nøglepersonen for medicinrummet nederst på brugergrænsefladen.

Dokumentet kan udskrives således, den nyansatte har dokumentation på indgåede aftaler samt, at introduktion til medicinrummet er gennemført.

C.1)

Introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik

Navn: Stilling:

Forventer du ændring i din nuværende stilling? Vælg og gem:

Fra dato:

Er der en eller flere af afsnittets ansatte, du mener vil være relevant til at overtage din stilling som nøgleperson?
 Indtast navn og gem:
 Navn 1:
 Navn 2:
 Navn 3:

Jeg forventer ikke at være tilstede på afdelingen den: til den: (06/02/08)

Nyansat personale:
 Navn 1: Intro slut: ☐ Klik for at se og indtaste data ☐
 Navn 2: ☐ Klik for at se og indtaste data ☐

Med flere...

C.2)

Introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik

Navn:

Dato for samtale efter 1 md. kl.
 Dato for samtale efter 3 md. kl.
 Dato for samtale efter 6 md. kl. ☐

Introduktions og oplæringsprogram:

Nyansatte skal introduceres til medicinrummet

	Opfyldt:	Notat:	Aftale overholdt:
Tekst 2	☐	Opret	☐ Ja ☐ Nej
Tekst 3	☐	Opret	☐ Ja ☐ Nej
Tekst 4	☐	Opret	☐ Ja ☐ Nej
flere...	☐	Opret	☐ Ja ☐ Nej

C.3)

Introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik

Ang: Introduktion til medicinrummet

Dato for aftale:

Følgende aftale er indgået:
 Den 19/02/09 er det aftalt med Pia Husted, at hun skal oplæres i medicinrummet den 23/02/09.
 Her skal der primært være fokus på, hvordan proceduren er, når der skal blandes intra venøs medicin.

Evaluering af samtale:

Korrespondance mellem:
 Introduktions- oplæringssygeplejerske og nøgleperson for medicinrummet
 Jeg har afsat tid til oplæring af Pia i intravenøs medicin d. 23/02/09
 Evaluering af oplæringen sendes til dig d. 23/02/09

Figur 5.4: Figuren illustrerer hvordan introduktion og oplæringssygeplejersken anvender ledelsesredskabet i LIS i forbindelse med introduktion og oplæring af den individuelle nyansatte på afsnittet (2. scenarie) Scenariet omfatter brug af tre brugergrænseflader, som benævnes: C.1-C.3 Pilene illustrerer hvorledes introduktions og oplæringssygeplejersken kan navigere mellem brugergrænsefladerne.

5.2.4 4. Scenarie

4. scenarie illustreres på figur 5.5 på næste side. Dette initieres ved at introduktions og oplæringssygeplejersken har indtastet, i sit ledelsesoverblik (brugergrænseflade D.1), at hun ikke er tilstede i afsnittet fra den 01/01 2009 til den 01/03 2009.

På figur 5.5 på den følgende side ses afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik (D.2). Her lyser en diode rød ud for "Nøglepersoner". Ved at trykke herpå fremkommer fremkommet en liste over afsnittets nøglepersoner (D.3). Her indikere en rød diode, hvilken af nøglepersonerne afdelingssygeplejerskens fokus skal rettes mod. Ved at markere ud for introduktions og oplæringssygeplejersken (Birthe Hansen) og trykke "OK" fremkommer afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik over Birthe Hansen (D.3).

Til venstre for den rød diode på D.3, informeres afdelingssygeplejersken om, at Birthe Hansen ikke er tilstede fra den 01/01 2009 til den 01/03 2009. Endvidere er det muligt at se hvilken/hvilke aftaler Birthe Hansen har i denne periode ved at trykke på "Se aftale" (D5). De aftaler Birthe Hansen har i forhold til introduktion og oplæring af afsnittets ansatte, skal afdelingssygeplejersken varetage i den periode Birthe Hansen ikke er tilstede.

På brugergrænseflade D.5 fremkommer et dokument for introduktion til medicinrummet.

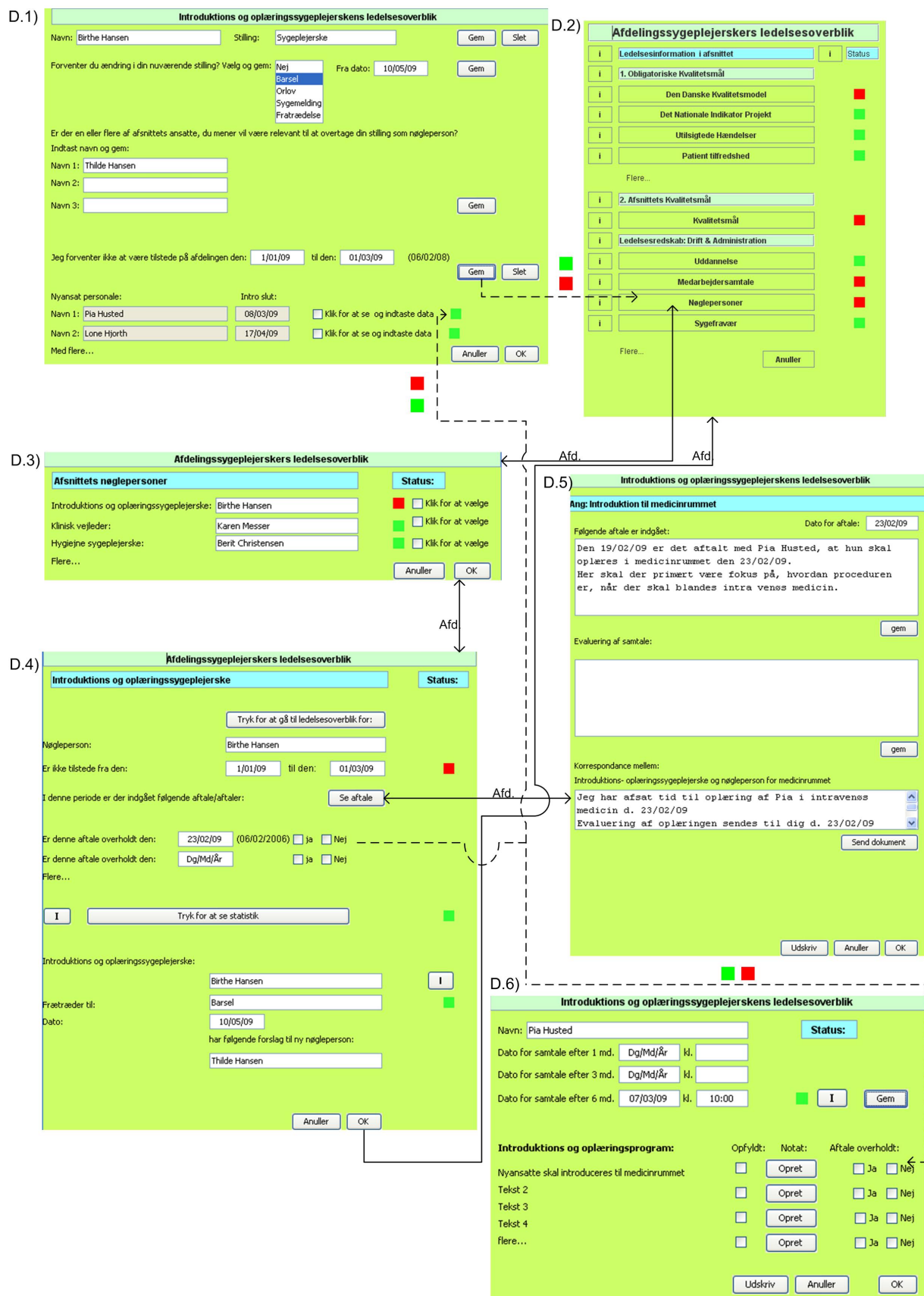
I dokumentet har afdelingssygeplejersken både mulighed for at læse eksisterende tekst og tilføje fritext som omhandler: Aftaler indgået mellem nyansatte og afdelingssygeplejersken samt evaluering af introduktion af medicin rum.

Endvidere har afdelingssygeplejersken mulighed for at korrespondere med nøglepersonen for medicinrummet nederst på brugergrænsefladen.

Dokumentet kan udskrives således, den nyansatte har dokumentation på indgåede aftaler samt, at introduktion til medicinrummet er gennemført.

Ovenstående giver mulighed for, at enten afdelingssygeplejersken eller introduktions og oplæringssygeplejersken kan tilgå den nyansattes data, via introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik (D.1), og dokumentere ved lister når delmålene i introduktionsprogrammet er nået (D.6).

Hvis afdelingssygeplejersken ikke har gjort dette mens introduktions og oplæringssygeplejerskens ikke er tilstede i afsnittet, vil der blive gjort opmærksom herpå ved at en rød diode lyser, når introduktions og oplæringssygeplejersken igen lokker på eget ledelsesoverblik (D.1).



Figur 5.5: Figuren illustrerer hvordan LIS understøtter afdelingssygeplejersken i at varetage introduktion og oplæring når, introduktion og oplæringssygeplejersken ikke er tilstede i afsnittet (4. scenarie) Scenariet omfatter brug af seks brugergrænseflader, som benævnes: D.1-D.6 Hele pile illustrerer hvorledes afdelingssygeplejersken kan navigere mellem brugergrænsefladerne. Stiplede pile illustrerer information mellem brugergrænsefladerne, der foregår via systemets kontrol

5.2.5 5. Scenarie

Dette scenarie illustreres på figur 5.6 på næste side. Dette initieres når introduktions og oplæringssygeplejersken via eget ledelsesoverblik (E.1) arbejder med data for nyansatte (Pia Husted) på brugergrænseflade E.2.

På E.2 er det muligt at indtaste dato og tidspunkt for afholdelse af obligatoriske samtaler i afsnittet, som det illustreres på E.2 har introduktions og oplæringssygeplejersken indtastet dato: 07/03/09 kl.: 10 som tidspunkt for 6 måneders samtale. Til denne samtale skal både afdelingssygeplejersken, introduktions og oplæringssygeplejersken og Pia Husted være tilstede. Ved at trykke på "Gem" lyser en rød diode til højre for "Medarbejdersamtale" på afdelingssygeplejerskens ledelsesoverblik (E.3).

Trykker afdelingssygeplejersken på "Medarbejdersamtale" fremkommer brugergrænseflade E.4.

På denne brugergrænseflade er der modtaget information om, at introduktions og oplæringssygeplejersken ønsker at afholde 6 måneders samtale den 07/03/09 kl.: 10. Dette har afdelingssygeplejersken mulighed for at give svar retur på. Hvis tidspunktet er passende markerer afdelingssygeplejersken i "ja" og trykker "ok". Markeres der i stedet i "Nej" efterfulgt af et "OK" vil introduktions og oplæringssygeplejersken få returneret en rød diode ud for tidspunkt for 6 måneders samtale E.2. Denne indikerer, at der skal findes et nyt tidspunkt for samtalen.

Når der er enighed for tidspunkt for samtalen lyser dioden ud for "Medarbejdersamtale" grøn (E.3). Denne vil igen lyse rød den dag, hvor samtalen skal afholdes. På den måde gøres afdelingssygeplejersken opmærksom på, at hun skal forberede en 6 måneders med Pia Husted.

E.1)

Introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik

Navn: Birthe Hansen Stilling: Sygeplejerske

Forventer du ændring i din nuværende stilling? Vælg og gem:

 Fra dato: 10/05/09

Er der en eller flere af afdelingens ansatte, du mener vil være relevant til at overtage din stilling som nøgleperson?
 Indtast navn og gem:
 Navn 1: Thilde Hansen
 Navn 2:
 Navn 3:

Jeg forventer ikke at være tilstede på afdelingen den: 1/01/09 til den: 01/03/09 (06/02/08)

Nyansatte personale:
 Navn 1: Pia Husted Intro slut: 08/03/09 ☐ Klik for at se og indtaste data ☐ Intro
 Navn 2: Lone Hjorth 17/04/09 ☐ Klik for at se og indtaste data ☐ Intro
 Med flere...

E.2)

Introduktions og oplæringssygeplejerskens ledelsesoverblik

Navn: Pia Husted Status:

Dato for samtale efter 1 md. Dg/Md/År Kl.
 Dato for samtale efter 3 md. Dg/Md/År Kl.
 Dato for samtale efter 6 md. 07/03/09 Kl. 10:00 ☐ ☐

Introduktions og oplæringsprogram:
 Nyansatte skal introduceres til medicinrummet ☐ ☐ Ja ☐ Nej
 Tekst 2 ☐ ☐ Ja ☐ Nej
 Tekst 3 ☐ ☐ Ja ☐ Nej
 Tekst 4 ☐ ☐ Ja ☐ Nej
 Flere...

E.3)

Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik

Ledelsesinformation i afsnittet Status

1. Obligatoriske Kvalitetsmål
 Den Danske Kvalitetsmodel ☐
 Det Nationale Indikator Projekt ☐
 Utlisgittede Hændelser ☐
 Patient tilfredshed ☐
 Flere...

2. Afsnittets Kvalitetsmål
 Kvalitetsmål ☐
 Ledelsesredskab: Drift & Administration ☐
 Uddannelse ☐
 Medarbejdersamtale ☐
 Nøglepersoner ☐
 Sygefravær ☐
 Flere...

E.4)

Afdelingssygeplejerskers ledelsesoverblik

Medarbejder samtaler Status:

Ansættelsesamtale med: Dato: Dg/Md/År Kl.
 evt. flere... Dg/Md/År
 6 md. samtale med: Pia Husted Dato: 07/03/09 Kl. 10:00 ☐ Ja ☐ Nej
 evt. flere... Dg/Md/År
 (OBS: Du modtager også en reminder den pågældende dag)
 MUIS-samtale med: Dato: Dg/Md/År Kl.
 Dato: Dg/Md/År
 evt. flere...

Figur 5.6: Figuren illustrerer hvordan ledelsesredskabet i LIS understøtter afdelingssygeplejersken i at sikre samtaler med nyansatte på afsnittet (5. scenarie). Figuren illustrerer 5. scenarie. Scenariet omfatter brug af fire brugergrænseflader, som benævnes: E.1-E.4. Hele pile illustrerer hvorledes afdelingssygeplejersken eller introduktions og oplæringssygeplejersken kan navigere mellem brugergrænsefladerne. Stiplede pile illustrerer information mellem brugergrænsefladerne, der foregår via systemets kontrol

Del III

Syntese

Denne del indeholder diskussion af den metode der er anvendt i projektet og som har mundet ud i en prototype af LIS til afdelingssygeplejersker. Diskussionen efterfølges af konklusionen hvori, der konkluderes på problemformuleringen.

Syntese

6.1 Diskussion

I dette afsnit diskuteres den metode der er anvendt i projektet og som har mundet ud i en prototype af LIS til afdelingssygeplejersker.

Således diskuteres:

- *Udarbejdelse af de 3 krav der danner "rammen" for problemløsningen*
- *Analyse af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver*
- *Analyse hvormed definering og kvantificering af kvalitet er udarbejdet*
- *Prototypen af et LIS til afdelingssygeplejersker*

6.1.1 De 3 krav der danner "rammen" for problemløsningen

Det kan diskuteres, om de 3 krav der danner rammen for problemløsningen i projektet, er fyldestgørende og brugbare i et projekt, der overordnet omhandler anvendelse af it-baseret værktøjer til kvalitetssikring af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver i de danske sygehusafsnit.

Dette er også gældende selvom, der eksisterer teoretikere, hvis teori understøtter de 3 krav.

På den ene side, kan der argumenteres for, at disse krav ikke kan danne en "ramme" der skal "styre" problemløsningen i et videnskabeligt projekt fordi, der ikke eksisterer et videnskabeligt grundlag herfor.

Fakta er, at første gang et videnskabeligt grundlag skabes, bygger det på resultater der opstår ved at anvende metoder, til at belyse en bestemt hypotese. Dette gør sig også gældende for de krav, der danner rammen for problemløsningen. Derfor kan der på den anden side argumenteres for, at metoden har været god fordi, den har "styret" problemløsningen mod resultater, der kan anvendes af den målgruppe, som projektet er henvendt til. Hermed menes, at der er dannet et grundlag for, at projektets resultat/resultater kan bidrage med viden, der kan anvendes af eksterne interessenter med interesse i afdækning af kvalitetsindikatorer for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver og design af LIS til generering af klinisk ledelsesinformation.

6.1.2 Analyse af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver

Metoden til at identificere hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i har været, at udføre kvalitative interview med 4 afdelingssygeplejersker.

På den ene side kan der argumenteres for, at denne metode har været relevant samt, at det var nok med 4 interviews.

Dette begrundes, for det første med, at metoden har resulteret i opfyldelse af formålet. For det andet skyldes afgrænsningen til 4 afdelingssygeplejersker, at der ikke var variation i svarenes indhold, som kunne bidrage med ny viden, men uddybelse.

På den anden siden kan der argumenteres for, at metoden kan forbedres. Dette kan ses ud fra transskriberingen af interviewene idet, der både er forskel på interviewene i forhold til detaljeringsgrad og mangelfuldhed i de svar, der i henhold til interviewguiden, skal kunne identificeres i det transskriberede.

Forbedring af metoden kan realiseres ved at jeg (interviewer) bliver mere "kritisk" i forhold til de "rammer" interviewet skal holdes indenfor og som skal bidrage til et interview bliver succesfuldt. Eksempler herpå er:

- At øge den tid der er afsat til interviewene således, der er tid til at reflekterer over svar og sikre sig, at der konsekvent bliver stillet kontrapørgsmål, hvis svaret ikke er uddybet nok.
- At afholde interviewene "væk" fra afsnittet, så der ikke kommer periodemæssige afbrydelser i form af alarmer, telefoner, personlig henvendelse med mere.
- At afholde et fokusgruppe interview, når listen med ledelsesopgaver *er* udarbejdet. Interviewet skal således tage udgangspunkt i listen. De personer der skal deltage, kan både være de afdelingssygeplejersker der tidligere blev interviewet og afdelingssygeplejersker, der ikke har stiftet bekendtskab med opgaven tidligere.

Endvidere vides det ikke, om den anvendte metode kan anvendes med det formål at resultaterne bliver repræsentative. Hermed menes, at det ikke vides om de ledelsesopgaver, som metoden har resulteret i identificering af, også omfatter de ledelsesopgaver andre afdelingssygeplejersker, både på det specifikke sygehus og i landets øvrige regioner, har.

6.1.3 Definerings og kvantificering af kvalitet

Ved at tage udgangspunkt i Gottschalks metodik til identificering af, hvilken information afdelingssygeplejersker må have for at opfylde kvalitetsmål og anvende denne til at analysere materiale om DDKM til pilottestsygehuse, standard 1.4.3 (introduktion og oplæring af nyt personale) samt en case om introduktion og oplæring, er 9 kvalitetsmål med tilhørende indikatorer defineret.

På den ene side kan der argumenteres for, at denne metode har været god i forhold til at opfylde det formål, den skulle bidrage til i dette projekt. Formålet var at opstille konkrete kvalitetsmål og indikatorer for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver således, der dannes grundlag for at generere klinisk ledelsesinformation, som kan bidrage til sikring af at varetage introduktion og oplæring på et sygehusafsnit.

På den anden side kan der argumenteres for at materiale om DDKM til pilottestsygehuse, standard 1.4.3 og casen ikke er materiale nok til, at give et realistisk

billede af, om det nationalt kan praktiseres, at få defineret og kvantificeret kvalitet af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis ud fra denne metode.

En forudsætning for at få afdækket definering og kvantificering af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis, så det bliver repræsentativt, er at arbejdet organiseres på lokalt, regionalt og nationalt niveau. Eksempelvis ved at danne grupper der har en faglig indsigt i afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. - En metode der minder om den, der er anvendt i forbindelse med NIP og DDKM.

6.1.4 Prototypen af et LIS til afdelingssygeplejersker

Prototypen er designet med udgangspunkt i Skovhaugs 20 krav til ledelsesinformation, skemaet med konkrete kvalitetsmål og indikatorer for introduktion og oplæring samt casen som omhandler introduktion og oplæring i klinisk ledelsespraksis.

Designet er realiseret i NetBeans, som er et java program, der både anvender grafiske komponenter og kildekode i tekstlinjer til at lave applikationer.

På den ene side kan der argumenteres for, at metoden har bidraget til opfyldelse af formålet fordi prototypen kan generere og præsenterer klinisk ledelsesinformation som bidrager til:

- strukturering af drift og administration i klinisk ledelsespraksis og samtidig bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne.
- At sikre og synliggøre kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis

Endvidere kan der argumenteres for at metoden bidrager med den fordel, at prototypen kan præsenteres ud fra brugergrænsefladerne. Det vil sige, at prototypen vil kunne tages med ud til brugeren som således har mulighed for vurdere på systemets funktionalitet ved udelukkende ”pege og klikke” på givne områder på skærmen.

På den anden side kan der argumenteres for, at metoden er mangelfuld. Nedenstående er der opstillet begrundelser herfor:

- Metoden inddrager ikke brugeren af systemet.

”Målet” med systemet er, at det skal anvendes af sygeplejefaglige i klinisk praksis. Derfor skal det identificeres, hvordan systemet kan blive brugervenligt for denne faggruppe.

Dette kræver eksempelvis, at der skal træffes beslutninger om systemets funktionaliteter herunder opbygning samt hvilke grafiske elementer der skal anvendes. Dette har metoden ikke bidraget til. I metoden er der ”kun” taget højde for hvordan, designet skal tage hensyn til funktionalitet i forhold til at understøtte afdelingssygeplejersker i at udføre ledelsesopgaver.

- Metoden inkluderer ikke dokumentation af systemet.

Det er ikke muligt at aflevere prototypen til en leverandør af it til sundhedssektoren med henblik på umiddelbart at udvikle systemet til anvendelse i klinisk praksis. Begrundelsen herfor er, at det "kun" er brugergrænsefladernes funktionaliteter der vises i prototypen. Udvikling af systemet kræver viden om blandt andet: Hvordan funktionaliteten er designet med hensyn til systemets statiske struktur og dynamiske udførsel samt hvorledes koden er organiseret og den aktuelle eksekverings kode.

6.2 Konklusion

I dette afsnit konkluderes der på problemformuleringen.

Konklusionen er struktureret ved først at opsummere baggrund og mål for projektet. Næst opsummeres den anvendte metode og det resultater denne har medført. Efterfølgende opsummeres metodens styrker og svagheder og sidst gives forslag til videre arbejde.

6.2.1 Opsummering af baggrund og mål

I det danske sundhedsvæsen bestræbes der mod kontinuerlig forbedring af sundhedsydelsers kvalitet.

I 2009 forefindes igangværende initiativer som DDKM og udvikling af ledelsesinformationssystemer der, blandt andet, skal bidrage til synliggørelse af kvalitetsniveauet på sygehusenes afsnit hos afdelingssygeplejersken. Ingen af disse eller eksisterende initiativer har fokus på synliggørelse af kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis. Derfor er denne ukendt.

De informationer der nu og i fremtiden genereres på baggrund af kvalitetsmonitorering rapporteres til afdelingssygeplejersker med månedlige eller årlige intervaller. Denne information kan afdelingssygeplejersker anvende til at få viden om, hvordan det eksempelvis står til med afsnittets økonomi.

Information af denne type afdækker imidlertid ikke det behov for information, afdelingssygeplejersker har for klinisk ledelsesinformation, som kan bidrage til at tjene til sikring af at varetage ledelsesopgaver.

Dette skal ses i konteksten til, at det er problematisk for afdelingssygeplejersker at sikre varetagelse af drift og administration i klinisk ledelsespraksis. En årsag til hertil er, at de handlinger, der ligger til grund for løsning af ledelsesopgaverne er uplanlagte og baseret på tilfældigheder. Endvidere eksisterer der ikke egentlige ledelsesredskaber på de danske sygehuse, som kan anvendes af afdelingssygeplejersker. Dette betyder, at de redskaber afdelingssygeplejersker anvender som bidrag til sikring af ledelse i de danske sygehusafsnit er baseret på hukommelsen, usystematiske huskelister nedskrevet på enkelt dokumenter, der ligger i skrivebordsskuffen, personalebøger hvor aftaler mellem enkelte personer nedfældes, breve på opslagstavlen, dokumenter

der forefindes på afdelingssygeplejerskens computer, håndskrevne tilføjelser på ugeplanen, uplanlagte ”stikke-hovederne-sammen” møder, noter på papir, i kalender og små huskesedler.

Ledelsesinformation er ikke entydig defineret, idet det er stillings og situation-safhængig. Hverken international eller national litteratur kan bidrage med viden om hvad klinisk ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker er, hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har i forbindelse med drift og administration, hvordan ledelsespraksis udspilles af afdelingssygeplejersker eller hvilke krav der stilles til afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis.

Derfor har målet med dette projekt for det første været, at få belyst hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i.

For det andet at danne grundlag for at generere klinisk ledelsesinformation ved at definere konkrete kvalitetsmål og indikatorer for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver.

For det tredje, at designe brugergrænseflader et LIS til afdelingssygeplejersker skal have for, at det får den funktionalitet, at det kan generere og præsenterer klinisk ledelsesinformation. Endvidere skal den ledelsesinformation systemet kan generere bidrage til to formål. Den første er strukturering af drift og administration i klinisk ledelsespraksis og samtidig bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne. Den anden er at bidrage til synliggørelse af kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis.

6.2.2 Opsummering af metode og resultater

Projektet er overordnet blevet ”styret” af en ramme der består af følgende 3 krav:

1. *Kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver skal kvantificeres inden ledelsesinformation kan genereres i et it-system.*
2. *Der skal tages højde for, at den konkrete ledelsesopgave også forefindes hvis andre afdelingssygeplejersker, både på det specifikke sygehus og i landets øvrige regioner, interviewes.*
3. *Tilhørende et specifikt kvalitetsmål skal det være muligt at generere ledelsesinformation, som kan opfylde Skovhaugs krav til ledelsesinformation.*

Kravene er opstillet på baggrund af viden om institualisering af kvalitetssikring, kvalitetssikring i sundhedsvæsenet, it i organisationer og virksomheder, ledelsesinformation samt fokus på, at tiltag der bruges ressourcer på i det danske sundhedsvæsen, skal være til gavn for patienter og pårørende.

Kravene er opfyldt i dette projekt.

For at belyse hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i, er der ud fra analyse af kvalitative interviews med fire afdelingssygeplejersker, udarbejdet en liste hvori afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver er opstillet.

Resultatet af denne metode har belyst at afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver omhandler: Obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål, udarbejdelse af tjenestetidsplan, daglig planlægning og udførsel af sygepleje, samtaler med personalet, sygeplejefaglig ressourceperson, formidling og information, udvikling af personalets kompetencer samt uddannelse af studerende og elever.

Endvidere har metoden resulteret i, at der tilhørende hver af ovennævnte "overskrifter" (eksempelvis: Samtaler med personalet) er udspecificeret hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i. Eksempelvis omfatter planlagte samtaler med personalet: Ansættelsessamtaler, medarbejdersamtaler, introduktionssamtaler og fraværssamtaler.

For at få belyst hvorledes det er muligt at gøre afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver kvantificerbare således, der dannes grundlag for at generere klinisk ledelsesinformation, som kan bidrage afdelingssygeplejersker i at varetage ledelsesopgaver er en metodik, opstillet af Gottschalk, anvendt. Metodikken har til formål at danne grundlag for at identificere hvilken information ledere har behov for. Det kan både være den information, ledere må have for at udføre en opgave og/eller den information ledere må have for, at vide opgaven bliver udført. Med udgangspunkt heri er materiale om DDKM til pilottestsygehuse, standard 1.4.3 (introduktion og oplæring af nyt personale) samt en case som omhandler introduktion og oplæring af personale i klinisk praksis, analyseret.

Resultatet af denne metode har afdækket kvalitetsindikatorer for den ledelsesopgave som afdelingssygeplejersker har i forbindelse med introduktion og oplæring.

Det er belyst hvorledes et ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker kan designes, så det får den funktionalitet, at det kan generere og præsenterer klinisk ledelsesinformation som kan bidrage til:

- *At strukturere den del af ledelsespraksis, der omhandler drift og administration og samtidig bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne.*
- *At synliggøre kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis*

Dette er belyst ved at, at beskrive designet tekstuel så det både kan opfylde Skovhaugs 20 krav til ledelsesinformation og får den funktionalitet, der efterlyses af afdelingssygeplejersker i interviewene. Ligeledes er skemaer med konkrete kvalitetsmål og indikatorer anvendt. Dette har bidraget til, at den ledelsesinformation der genereres er specifik i forhold til at kunne anvendes af afdelingssygeplejersker i forbindelse med introduktion og oplæring. Endvidere er designet realiseret i en prototype som er udviklet i NetBeans IDE 6.0.1 contactEditor.

Resultatet af denne metode er realiseret i en prototype af et LIS, der kan generere ledelsesinformation om kvaliteten af et sygehusafsnits introduktion og oplæring af personale. Generingen af ledelsesinformation initialiseres ved at systemet dagligt

vurderer hvert enkelt kvalitetsmål. Når et specifikt kvalitetsmål ikke er opfyldt gøres afdelingssygeplejersken opmærksom herpå via brugergrænsefladen. Dette kan bidrage til, at afdelingssygeplejerskens fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger. Når afdelingssygeplejersken har "handlet", så det konkrete kvalitetsmål igen opfyldes i afsnittet, skal information herom indtastes i systemet.

Prototypen kan således bidrage til at synliggøre kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis fordi, konceptet for generering af klinisk ledelsesinformation *er* baseret på måling af kvalitet.

Prototypens brugergrænseflade er struktureret således, at der er en opdeling mellem obligatoriske og ikke obligatorisk kvalitetsmål som afdelingssygeplejersken skal sikre opfyldelse af. Endvidere indeholder systemet et fælles ledelsesredskab for afdelingssygeplejersken og introduktion og oplæringssygeplejersken. Dette redskab understøtter det administrative arbejde, der er i forbindelse med introduktion og oplæring. Samtidig er det de informationer, som afdelingssygeplejersken og introduktion og oplæringssygeplejersken indtaster i ledelsesredskabet, der anvendes af systemet i forbindelse med vurdering af kvalitetsmålene.

6.2.3 Metodens styrker og svagheder

I afsnit 6.2.2 på side 73 er de 3 krav, som problemløsningen har opfyldt, beskrevet. Kravene kan ses som en komprimeret sum af viden, der er opnået i projektforløbet, ud fra teori om institutionalisering af kvalitetssikring, kvalitetssikring i sundhedsvæsenet, it i organisationer og virksomheder, ledelsesinformation, informationssystemer i sundhedsvæsenet, nationale strategier for sundhedsvæsenet og sygeplejefaglig praksis.

En styrke ved at anvende denne metode er, at den bidrager som "ramme" hvor indenfor problemløsningen holdes. En svaghed ved metoden er imidlertid, at den ikke er baseret på et videnskabeligt grundlag.

Metoden til at identificere hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i har været, at analysere fire kvalitative interview med afdelingssygeplejersker.

Der eksisterer ikke et dokumenteret grundlag, der kan bidrage med viden om hvad afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver består i. Viden herom omtales alment som hørende til den "tavse" viden afdelingssygeplejersker besidder. Derfor er en styrke ved denne metode, at den kan bidrage til, at afdelingssygeplejersker sætter ord på hvad ledelsesopgaverne består i samt dokumentation herom.

En svaghed ved denne metode er, at den er tidskrævende, hvorfor den indirekte begrænser antallet af interview, der kan udføres i et projekt, der skal strække sig over en begrænset projektperiode.

Styrken ved at anvende Gottschalks metodik til at afdække kvalitetsindikatorer for afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver er, for uden at den har virket efter hensigten i dette projekt, at den bidrager til at identificere hvilken information, informationssystemer skal generere for at kvalitet kan belyses. Dette gør metoden god at anvende i projekter som dette, der overordnet omhandler anvendelse af it-baseret værktøjer til kvalitetssikring af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver.

Svagheden ved at anvende denne metode i dette projekt opstår på baggrund af det materiale, den anvendes som metodik til analyse af. Hermed menes materiale om DDKM til pilottestsygehuse, standard 1.4.3 (introduktion og oplæring af nyt personale) samt en case fra en afdelingssygeplejerskes ledelsespraksis.

En årsag hertil er, at standard 1.4.3 endnu ikke er færdig udarbejdet. Dette betyder, at det kan være helt andre kvalitetsindikatorer, der skal anvendes til at måle kvaliteten af introduktion og oplæring, i en endelig udgave af DDKM.

Metoden til at designe et LIS til afdelingssygeplejersker har været, at beskrive designet tekstuel så det både kan opfylde Skovhaugs 20 krav til ledelsesinformation og får den funktionalitet, der efterlyses af afdelingssygeplejersker i interviewene.

En styrke ved denne metode er, at der er fokus på, at den information der genereres i LIS opfylder krav om formål, indhold, præsentation og kvalitet.

Endvidere er designet realiseret i NetBeans, som er et java program der både anvender grafiske komponenter og kildekode i tekstlinjer til at lave applikationer.

En styrke ved denne metode er, at den giver mulighed for at designe brugergrænsefladerne inden den eksekverbare kode sammensættes. Det betyder, at det er muligt at tage den tekstuelle beskrivelse af designet og, punkt for punkt, sikre at brugergrænsefladerne danner grundlag for at efterleve den funktionalitet der ønskes.

En svaghed ved metoden er, at den ikke overskueliggøre, hvorledes kildekoden skal struktureres under programmeringen. Dette medfører, at programmøren bruger ekstra ressourcer i form af tid, fordi programmet skal "køres" for at få visualiseret sammenhængen mellem klasserne.

6.2.4 Forslag til videre arbejde

Prototypen anses som et grundlag for videreudvikling af et produkt i form af et LIS til afdelingssygeplejersker.

Overordnet kan prototypen anskues som et system, der bidrager med 3 formål.

Det første er at generere ledelsesinformation, ud fra kvalitetsmål der er vedtaget politisk. Denne information vil være relevant at "fodre" regionernes eksisterende LIS med i fremtiden. Årsagen hertil er, at ledelsesinformationen i prototypen danner grundlag for statistisk præsentation, ligesom administrativ ledelsesinformation

præsenteres i LIS.

Det andet formål er at generere klinisk ledelsesinformation til afdelingssygeplejersker. Det vil sige, information der minimum genereres en gang i hvert døgn ud fra afsnittets egne kvalitetsmål. Denne information skal anvendes af den individuelle afdelingssygeplejerske til at kvalitetssikre og synliggøre kvaliteten af egen ledelsespraksis. Derfor skal der i det endelige produkt tages højde for, at afdelingssygeplejersker har mulighed for at tilføje nye kvalitetsmål i systemet og fravælge eksisterende kvalitetsmål.

Det tredje formål er at strukturere afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis og bidrage til, at afdelingssygeplejerskers fokus rettes mod de ledelsesopgaver, der kræver, at der iværksættes planlagte handlinger, som skal ligge til grund for løsning af opgaverne. Til dette formål er der i prototypen et fælles ledelsesredskab, der skal anvendes af afdelingssygeplejersken og introduktions og oplæringssygeplejersken. De informationer der indtastes i ledelsesredskabet har endvidere til hensigt, at danne grundlag for vurdering af de kvalitetsmål prototypen skal vurdere på og generere ledelsesinformation ud fra.

Perspektiverne, for et endeligt produkt af et LIS der kan "favne" alle afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver i forbindelse med klinisk praksis er, at der skal udarbejdes et ledelsesredskab for afdelingssygeplejerskens øvrige nøglepersoner, der forefindes i afsnittet.

Disse skal have hver deres ledelsesredskab i systemet. Afdelingssygeplejersken skal imidlertid kunne tilgå nøglepersonernes brugergrænseflader via egne brugergrænseflader. Endvidere skal der oprettes et login for at tilgå LIS. Dette skal fungere som en underskrift således, det er muligt at dokumentere, hvem der har indtastet hvilke informationer og hvornår.

Et fremtidigt LIS skal være web-baseret. En årsag hertil er, at det skal være muligt at sende information mellem nøglepersonerne internt og nøglepersonerne og afdelingssygeplejersken.

Endvidere skal systemet kunne tilgå afsnittets dokumenterede retningslinjer (eksempelvis introduktion og oplæringsprogrammet) så afdelingssygeplejersker kan revidere disse på egne computere og oploade dem til ekstern brug.

Ligeledes skal den information, der er genereret ud fra vurdering af obligatoriske kvalitetsmål kunne sendes til regionernes administrative LIS. Fordelen herved er, at disse systemer har implementeret redskaber til udarbejdelse af statistisk information. Endelig skal LIS kunne tilgå og anvende de data fra eksisterende systemer, der også skal anvendes i LIS.

For at de informationer der indtastes i produktet, af nøglepersonerne, kan anvendes til at generere ledelsesinformation ud fra, er der en forudsætning at kvalitet for alle ledelsesopgaver er defineret og kvantificeret. Dette kræver overvejelser om hvorledes definering og kvantificering af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver kan organiseres på lokalt, regionalt og nationalt niveau.

Selvom et ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker kan bidrage til at synliggøre kvaliteten af klinisk ledelsespraksis og selvom, der i Danmark er der fokus på it-systemers anvendelighed til strukturering og generering af informationer, der kan bidrage til vurdering af sundhedsydelsers kvalitet, er det vigtige at overveje, hvad informationerne skal bruges til.

De obligatoriske kvalitetsmål systemet indeholder, er politisk vedtaget. Dette betyder, at disse skal anvendes til at generere ledelsesinformation ud fra, som skal formidles til sundhedsvæsenets brugere. Genereringen af denne ledelsesinformation kan et ledelsesinformationssystem til afdelingssygeplejersker bidrage med.

Et budskab er, at de øvrige informationer der kan genereres i ledelsesinformationssystemet, ikke ukritisk anvendes til at belyse kvaliteten af afdelingssygeplejerskers ledelsespraksis for sundhedsvæsenets brugere. Årsagen hertil er, at informationerne genereres til sundhedsfagligt personale, som kan anvende informationerne, fordi de kender til den kontekst, de er genereret ud fra og skal anvendes i. Dette gør sundhedsvæsenets brugere ikke.

Litteratur

- [1, 2008] 1, A. (2008). Interview med afdelingssygeplejerske, medicinsk afsnit. Interview kan ses i appendiks.
- [2, 2008] 2, A. (2008). Interview med afdelingssygeplejerske ortopædkir. afdeling. Interview kan ses i appendiks.
- [3, 2008] 3, A. (2008). Interview med afdelingssygeplejerske akutmodtagerafsnit. Interview kan ses i appendiks.
- [4, 2008] 4, A. (2008). Interview med afdelingssygeplejerske medicinsk afsnit. Interview kan ses i appendiks.
- [Anderson, 2003] Anderson, A. (2003). *Management Information Systems in Process-oriented Healthcare Organisations*. Institute og technology, Linköping university. ISBN 91-7373-654-6.
- [Anderson et al., 2002] Anderson, A., Vimarlund, V. og Timpka, T. (2002). Management demands on information and communication technology in process-orientated healthcare organisations. *Journal of Management in Medicine*, 16.
- [Anette Riisom, 2008] Anette Riisom, S. (2008). Interview med sekretær i region syddanmark. Interview kan ses i appendiks.
- [Anne Mette Kjeldsen, 2007] Anne Mette Kjeldsen, s. S. r. (2007). Oversigt over sydlis.
- [Arah et al., 2003] Arah, O., Klazinga, N., Delnoij, D., Asbroek, A. T. og Clusters, T. (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International journal for quality in health care*, 42(15):377–398.
- [Association, 2007] Association, I. M. I. (2007). URL <http://www.imia.org/about.html>.
- [Austin og Boxerman, 2003] Austin, C. J. og Boxerman, S. B. (2003). *Information systems for healthcare management*. Chicago: Health Administration Press, 6. udgave.
- [Ball et al., 2003] Ball, M. J., Garets, D. E. og Handler, T. J. (2003). Leveraging information technology towards enhancing patient care and a culture of safety in the us. *Methods of Information in Medicine*, 42:503–508.
- [Berg, 1999] Berg, M. (1999). Patient care information systems and health care work: a sociotechnical approach. *International Journal of Medical Informatics*, 55.
- [Bernstein et al., 2007] Bernstein, M. L., McCreless, T. og COTE, M. J. (2007). Five constants of information technology adoption in healthcare. 85(1):17–25.
- [Dario et al., 2003] Dario, Giuse, A., K. og Kuhn (2003). Health information systems challenges: the heidelberg conference and the future. *International Journal of Medical Informatics*, 69.

- [de Velde, 2000] de Velde, R. V. (2000). Framework for a clinical information system. *International Journal of medical information*, 57:57–72.
- [Deloitte, 2002] Deloitte (2002). Strategiske udviklingsveje for epj.
- [EC, 2006] EC, B. (2006). Improving information management in ward nurses practice. *art & science information technology*, 20(50):43–48.
- [Eriksson et al., 2004] Eriksson, H.-E., Penker, M., Lyons, B. og Fado, D. (2004). *UML 2 Toolkit*. Wiley Publishing, Inc, 1. udgave. ISBN 0-471-46361-2.
- [et al, 2003] et al, M. (2003). Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. URL <http://www.sst.dk/publ/Publ2003/pb/kvalitetsbegreber.pdf>.
- [Folketinget, 2007] Folketinget (2007). Forslag til folketingsbeslutning. URL <http://www.ft.dk/doc.aspx?samling/20061/Beslutningsforslag/B145>.
- [Gottschalk, 2001] Gottschalk, P. (2001). *Informasjonsledelse fra strategiutvikling til gevinstrealisering*. Universitetsforlaget, 1. udgave. ISBN 82-15-00512-8.
- [Haux, 2006] Haux, R. (2006). Health information systems – past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75:268–281.
- [Hermansen, 2007] Hermansen, J. (2007). Orientering om afregning af kommunal medfinansiering af sundhedsområdet. URL www.regionsyddanmark.dk/dwn40379.
- [IKAS, 2008a] IKAS (2008a). Den danske kvalitetsmodel, akkrediteringsstandarder for sygehuse. URL <http://www.kvalitetsinstitut.dk/graphics/ddkm/ddkm\%20akkrediteringsstandarder\%20til\%20pilottestsygehuse\%20februar\%202008.doc>.
- [IKAS, 2008b] IKAS (2008b). Den Danske Kvalitetsmodel, vejledning i tak-systemet for akkrediteringskoordinatorer. Set 10/4-2008. URL <http://www.kvalitetsinstitut.dk/Akkrediteringskoordinator\%200\%209.pdf>.
- [Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007a] Indenrigs og Sundhedsministeriet (2007a). Info om kommunalreformen. URL <http://www.im.dk/im/site.aspx?p=188&t=visartikel&Articleid=4088>.
- [Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007b] Indenrigs og Sundhedsministeriet (2007b). National it-strategi for sundhedsvæsenet 2003-2007. URL http://www.sst.dk/upload/nat_itstrategi03_07.pdf.
- [Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2008] Indenrigs og Sundhedsministeriet (2008). National strategi for digitalisering af sundhedsvæsenet 2008 – 2012 – til fremme af befolkningens sundhed samt forebyggelse og behandling. URL http://www.sdsd.dk/arch/_img/9080664.pdf.
- [Jakobsen, 2008] Jakobsen, S. (2008). Interview med ledende overlæge, geriatrisk afdeling g, sygehus fyn. Interview kan ses i appendiks.
- [Jørgensen, 2008] Jørgensen, K. (2008). Interview med administrationschef i regionsyddanmark. Interview kan ses i appendiks.
- [Juhl, 2007] Juhl, E. (2007). Rundrejse i det danske sygehusvæsen, statsministerens personlige repræsentant erik juhn juni 2007. URL http://www.kvalitetsreform.dk/multimedia/Erik_Juul_1.pdf.

- [Kjeldsen, 2004] Kjeldsen, S. (2004). Epj som dataleverandør til administrativ ledelsesinformation. URL <http://www.epj-observatoriet.dk/konference2004/PowerPoints/KjeldKjeldsen.pdf>.
- [Kjærgaard og Jensen, 2001] Kjærgaard, J. og Jensen, L. P. (2001). Kliniske databaser til kvalitets- og risikostyring. *Ugeskr Læger*, 39.
- [Kjærgaard et al., 2002] Kjærgaard, J., Jensen, L. P., Frølich, A. og Nørgaard, L. (2002). Kliniske indikatorer og kvalitetsdatabaser - en oversigt. *Ugeskr Læger*, 164(38):4392.
- [Kjærgaard et al., 2001] Kjærgaard, J., Mainz, J., Jørgensen, T. og Willaing, I. (2001). *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet - en lærebog*. Munksgaard, 1. udgave. ISBN 87-16-12320-4.
- [Kvale, 1998] Kvale, S. (1998). *InterView, en introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. Hans Reitzels, 2. udgave. ISBN 87-412-281-2.
- [Landsforening og Videnskabsministeriet, 2007] Landsforening, K. og Videnskabsministeriet (2007). Regionernes opgaver. URL <http://borger.dk/forside/borger-og-samfund/politik-og-demokrati/styreform/stat-regioner-og-kommuner/regionernes-opgaver>.
- [Lau et al., 2004] Lau, F., Jepsen, J., Kloborg, P., Jensen, K., Willemand, J., Christoffersen, M. og Bøgh, J. (2004). *Ledelsesinformation for virksomheder i vækst og personerne bag dem*. BDO ScanRevision, 1. udgave.
- [Mainz, 2009] Mainz, J. (2009). National kvalitetsudvikling i danmark på grundlag af kliniske databaser. URL <http://www.helse-nord.no/getfile.php/SKDE/Konferansefiler/Mainz.pdf>.
- [Mainz et al., 2003] Mainz, J., Krøll, V., Abildgaard, T., Bartels, P. D., Blomhøj, G., Burgaard, J., Christensen, M., Foged, B., Gaub, M., Hermann, N., Kjærgaard, J., Kverneland, A., Mortensen, H., Rasmussen, L., Qvist, P., Schiøler, T., Sivertsen, B., Sørensen, M. R., Thystrup, S. og Jensen, E. B. (2003). Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. URL <http://www.sst.dk/publ/Publ2003/pb/kvalitetsbegreber.pdf>.
- [Molich, 2003] Molich, R. (2003). Hovedstadens sygehusfælleskab gui standard. Rapport, DialogDesign udarbejdet for Jan Staack og Klaus Z. Hansen.
- [Moyer, 2007] Moyer, H. (2007). Fra kaos til information management. Set 10/11-2007. URL www.v2-html-handbooks.borsenforum.com.
- [nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, 2007] nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, D. (2007). National strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. URL http://www.sst.dk/Tilsyn/Kvalitetsforbedring/Den_Danske_Kvalitetsmodel.aspx.
- [NIP, 2009] NIP (2009). Nip - Det Nationale Indikatorprojekt. URL <http://www.nip.dk/>.
- [Petersen, 2008] Petersen, E. (2008). Interview med oversygeplejerske regionsyddanmark. Interview kan ses i appendiks.
- [Reichert, 2006] Reichert, P. L. (2006). Hospital information systems - past, present, future. *International Journal of Medical Informatics*, 75:282-299.

- [Silimperi et al., 2002] Silimperi, D. R., Franco, L. M., Zanten, T. V. V. og Macaulay, C. (2002). A framework for institutionalizing quality assurance. *International Journal for Quality in Health Care*, 14:67–73.
- [Skovhaug, 2007] Skovhaug, A. (2007). Ledelsens informationssystemer. URL <http://www.v2-html-handbooks.boersenforum.com>.
- [Sørensen, 2007] Sørensen, E. E. (2007). Ledelsespraksis i det danske sygehusvæsen. URL <http://www.v2-html-handbooks.boersenforum.com>.
- [Sørensen, 2008] Sørensen, T. H. (2008). Interview med udviklingskonsulent i strategi- og udviklingsafdelingen Århus universitetshospital. Interview kan ses i appendiks.
- [Standard, 2007] Standard, D. (2007). Ny version af hl7-standard for sundhedsinformatik under luppen. URL <http://www.ds.dk/2728>.
- [Steensen, 2002] Steensen, J. P. (2002). Den kliniske ledelse skal i fokus. *Ugeskrift for læger*, 164(26).
- [sygehusfælleskab, 2009] sygehusfælleskab, H. (2009). Analyseportal til kvalitetsstyring. URL http://www.kliniskedatabaser.dk/doks/Analyseportal_print_4.pdf.
- [Thomas et al., 1994] Thomas, R., Wainwright, D., Robinson, J., Waring, T. og Maguire, S. (1994). Information management. has hiss run out of steam. *The Health service journal*, 104(5413):24–26.
- [tilsted, 2008] tilsted, D. (2008). Interview med kvalitetschef for kvalitet og udvikling, region midtjylland. Interview kan ses i appendiks.
- [Vingtoft et al., 2003] Vingtoft, S., Glindvad, J., Brown, P. og Mikkelsen, J. H. (2003). Klinisk ledelsesinformation/forskning.
- [visedirektør regionsøkonomi, 2007] visedirektør regionsøkonomi, G. P. (2007). Inform. InfoRM-projektbeskrivelse.
- [Wainwright og Waring, 2000] Wainwright, D. og Waring, T. (2000). The information management and technology strategy of the uk national health service a determining progress in the nhs acute hospital sector. 13:241–259.
- [Wikipedia, 2007a] Wikipedia (2007a). List of basic information technology topics. URL http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_basic_information_technology_topics.
- Wikipedia (2007b). Management information systems. URL http://en.wikipedia.org/wiki/Management_information_systems.
- Willmer, M. (2007). How nursing leadership and management interventions could facilitate the effective use of ict by student nurses. *Journal of Nursing Management*, 15:207–213.
- Winter, A., Ammenwerth, E., Bott, O., Brigl, B., Buchauer, A., Graßler, S., Grant, A., Halber, A., Hasselbring, W., Haux, R., Heinrich, A., Janssen, H., Kock, I., Penger, O.-S., Prokosch, H.-U., Terstappen, A. og Winter, A. (2001). Strategic information management plans: the basis for systematic information management in hospitals. *International Journal of Medical Informatics*, 64:99–109.

Del IV
Appendiks

Afdelingssygeplejerske 1: Repræsentant for afdelingsledelsen

Dette kapittel ideholder 2 afsnit. I det første ses den interviewguide, der er anvendt under interviewet. Spørgsmålene i interviewguiden er nummereret. I det andet afsnit er det transkriberet interview. Det er indikeret med numre magen til dem i interviewguiden, hvilke spørgsmål svarene hører under.

A.1 Interviewguide & Transskribering

Interviewguide

1) Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker indenfor?

- Daglig drift, herunder arbejde tilrettelæggelse. (1.A)
- Personale ledelse (1.B)
- Forandringsledelse (1.C)
- Kompetenceudvikling herunder uddannelse og udvikling af personale (1.D)
- Kvalitetsudvikling, at de får brugt de rigtige retningslinjer mv.(1.E)

2) Hvilke redskaber har du til at sikre dig, at de opgaver bliver udført?

3) Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Transskribering

1.A) Der har jeg et selvstændigt ansvar i forhold til at få døgnet til at hænge sammen. Jeg har også en souchef som kan erstatte mig når jeg er væk et par timer til møde, på ferie mv. Selve grundudarbejdelsen af tjenestetidsplanen er delegeret ud til hende. Der ligger jo en hel del ledelse i at være souchef. Vi snakker så sammen om, hvad der skal være i tjenesteplanen og den skal så afspejle at vi er enige.

Det er mit daglige ansvar at personalet bliver fordelt i de grupper de skal arbejde i om dagen. Men det er nødvendigvis ikke mig der fordeler personalet, det kan lige så godt være souchefen.

(1.A, 1.B, 1.D, 2)

Der er kursus virksomhed hvor ansvaret ligger ved mig. Det er både langtidssplanlægning i forhold til at jeg ved allerede nu, at jeg skal have sendt to på kliniskvejlederkursus til oktober og jeg vil gerne have to andre med til februar næste år. Den viden har jeg givet videre til min oversygeplejerske og jeg har snakket med de fire sygeplejersker der skal på kursus og også sat den ind i sådan et overordnet skema hvor jeg skal se, hvad er det der vil komme til at strække sig i lang tid. - Det

er jo 6 ugers kurser. Så har jeg sådan en kørende over: prik, prik, prik. Hvis alt kører som planlagt så er der en der gerne vil i gang med at tage nogle moduler i forhold til diplomuddannelsen til Cardiologisk rehabilitering. Så de længere kurser tager jeg hurtigt ind og har plottet ind, dels på papir, men også i mit hoved så jeg ved de kommer. Så har vi også en gang om året et otte dages kardiologi kursus, i Skejby. Det spotter jeg også lynhurtigt hen over året. Hvem er det jeg skal have øje for der skal med til Januar. Så jeg får lagt en lidt bedre bemanning ind. Omkring hvad jeg har af bemanning til den tid er noget jeg har i hovedet og så skriver jeg det på et kursus dokument, jeg har lavet på computeren. Dem der er helt specifikke for vores afsnit, dem behøver jeg ikke have på dokumentet, for dem kan jeg altid huske.

Så kommer der også for sos assistenter, at de er begyndt at være selvstændige som praktik vejledere. Så der prøver jeg også at være lidt foran og have uddannet flere end jeg skal bruge fordi jeg lever i en foranderlig verden, hvor jeg ikke kan være sikker på, at dem jeg skal bruge er her til oktober.

Så ligger der bevidstheden om, at der er nogle sygeplejersker der er nøglepersoner for hygiejne, kost, forflytnings ansvarlige, samarbejde med klinisk biokemisk, apoteket, en samarbejdsgruppe internt i medicinsk afdeling for at tage læring af, hvad er det der er god i den ene afdeling og for at identificere hvad er der af overgange hvis man kommer fra det ene afsnit til det andet. Så har vi også nøglepersoner i forhold til dokumentation af sygepleje. Det er sådan at nogle af dem har rimelig faste datoer, altså den sidste onsdag i måneden er de af sted ud af afdelingen. Som dokumentation og hygiejne er man af sted til en hel temadag en dag om året. Så det skriver jeg også ind i mit dokument.

Lykke: Hvordan forbereder du dig hvis der en temadag med en fast dagsorden i forhold til hygiejne. Hvor du modtager noget information forud for temadagen. Hvordan får du formidlet denne kontakt videre til personalet/nøglepersonerne?

Der er sådan, at når der kommer indkaldelser, bliver den sendt både til nøglepersonen og jeg. Så tager jeg kontakt til nøglepersonen eks. til hygiejne så vi får aftalt at stikke hovederne sammen inden temadagen, for vi får os forberedt til temadagen.

Så har vi også aftalt, at vi bruger to timer bagefter for at få aftalt ud fra det vi fik med fra temadagen, hvilken strategi vi vil forfølge efterfølgende.

Lykke: Aftaler i så i skal snakkes ved ex. en måned efter for evaluerer på hvordan det gik med at forfølge strategien?

Vi holder ikke faste møder men stikker ofte hovederne sammen og snakkes ved om det. Men nøglepersonerne er meget aktive.

Vores hygiejne sygeplejerske kikker også forbi på afdelingen et par gange om måneden og tager fat i mig og noget af det øvrige personale.

Jeg har en stor personale gruppe, så samtaler med dem fylder enormt meget. Dels har vi jo et oplæringsprogram hvor en introduktions/oplærings sygeplejerske følger tæt på den nyansatte indtil denne har været her i 9 måneder, hvor vi holder en kompetencesamtale og en MUS samtale. (mellem 6-9 måneder). Der ud over har jeg Mus samtaler, sygefraværssamtaler, barselssamtale. Vi har jo fået et par og 30 babyer siden januar 2007, så planlægning om barsel fylder rigtigt meget.

Lykke: når du har haft folk til samtale, hvordan holder du så styr på hvad du har snakket med dem om sidst og hvad du skal gøre i forholdt til et vagtskema når der er en der kommer og siger, om 3 måneder skal jeg på barsel.

Vi har en helt fast procedure om barsel. De er meget hurtige til at komme og fortælle når de er gravide. Ud af de par og 30 der er gået fra til barsel er der kun fire der er gået af før tiden. Det er fordi vi laver aftaler om hvordan man trives bedst med vagter når man er blevet gravid og de sidste 2 måneder kan man ikke have 12 timers vagt og den sidste måned er man rent dagvagt og undgår også weekend vagt. Sådan at man kan skånes når man er her. Det gør at vi har meget lavt sygefravær pga. barsel.

(1.E)

Vi er begyndt at arbejde med DDKM og der er jeg blevet koblet på to temaer: Hygiejne og kommunikation med patienten. Men vi skal først til arbejder med DDKM. Vores udviklingssygeplejerske sidder nu og arbejder med de konkrete standarder og målepunkter og så skal vi så begynde lige så stille at have dem implementeret efter sommerferien. Det er så nyt. Så jeg kan ikke fortælle dig, hvordan det vil blive implementeret.

Lykke: Jeg kan også spørge i forhold til NIP

Det eneste vi har af NIP her er hjerte insufficiens og det er lægen, der har den opgave i forhold til at registrere førstegangs hjerte insufficiens ellers bliver det fulgt via hjerteklinikken. Vores sygeplejersker der registreres sidder i hjerteklinikken.

Lykke: Andre obligatoriske kvalitetsmål?

Der kommer masser af kvalitetsmål med DDKM.

(1.E, 1.C)

Vi har i nogle kvalitetsmål i forhold til personale tilfredshed en sprit ny idé som vi vil i gang med hen over forår. Når dagen er forbi tager man et af fire kort skriver sit navn og propper det i en postkasse. De kort har så hver deres karakteristika i forholdt til hvordan dagen har været i forhold til personalet. Der gør vi fordi, vi vil til at arbejde med personale trivsel tilfredshed og være hurtige til spotte: er der noget der er ved at skride nu. Eller få muligheden for at gå tilbage og analysere hvilke faktorer der

kan bevirke, at personalet kan blive ved med at snakket om en specifik dag, der har været specielt forfærdelig. Det er for at bremse det der med, at man kan huske noget for to måneder siden og når jeg så får det fortalt er det som om det var i forgårs. Så har jeg svært ved at skeldne de fra hinanden. Det er det der med at holde hinanden fast på, hvad det er der giver god energi og hvad er det vi (både personalet og jeg) kan bruge fremadrettet.

Siden jeg er blevet afdelingssygeplejerske i 1999 har jeg gjort det, at jeg sidder mig et kvarter søndag aften og siger til mig selv: hvad er det for en uge jeg skal til at i gang med og hvad er det der skal fylde i den kommende uge.

3) Lykke: Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Nej

Afdelingssygeplejerske 2: Repræsentant for afdelingsledelsen

Dette kapittel ideholder 2 afsnit. I det første ses den interviewguide, der er anvendt under interviewet. Spørgsmålene i interviewguiden er nummereret. I det andet afsnit er det transkriberet interview. Det er indikeret med numre magen til dem i interviewguiden, hvilke spørgsmål svarene hører under.

B.1 Interviewguide & Transskribering

Interviewguide

1) Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker indenfor?

- Daglig drift, herunder arbejde tilrettelæggelse. (1.A)
- Personale ledelse (1.B)
- Forandringsledelse (1.C)
- Kompetenceudvikling herunder uddannelse og udvikling af personale (1.D)
- Kvalitetsudvikling, at de får brugt de rigtige retningslinjer mv.(1.E)

2) Hvilke redskaber har du til at sikre dig, at de opgaver bliver udført?

3) Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Transskribering

(1.A)

Med hensyn til den daglige drift skal vi dels (rent fysisk) have plads til patienterne, jeg skal vide hvem der kommer, hvilket personale der er dvs. jeg tilrettelægger jo det daglige fremmøde efter hvor mange indkaldelser der kommer.

Så er der om morgenen: er der plads til patienterne og er der personale til dem. Skal der kaldes nogen ind eller er der brug for vikarer.

Selve arbejdstilrettelæggelsen. Der skal jeg se på hvilke patienter der er i de forskellige grupper, fore personalets kompetencer skal passe sammen med det patienterne kræver. - Dette gør jeg om morgenen.

Jeg kender som regel patienterne og dem jeg får mandag morgen, dem har jeg læst om, om fredagen (dem der møder fastende mandag morgen- der møder mellem 6-10 patienter mandag morgen).

Så læser jeg på indlæggelseslisten og journalen hvad det er for nogle patienter og om der er nogle særlige forhold der er gældende for dem.

Med særlige forhold mener jeg, at der kan være nogle af patienterne der eksempelvis skal have en specifik sårbehandling. Det kan være patienten skal lejres på en bestemt måde i forhold til trykaflastning, så uddeligerer jeg den opgave, så jeg er sikker på, at der er en seng til dem.

Der er nogle funktioner, eksempelvis indlæggelsessamtaler, som det kun er sygeplejersker der skal varetage. Vi har nogle sos assistenter som kan varetage mange opgaver, så sygeplejerskerne fra fritages til andre specifikke opgaver.

Det vil sige, at jeg om morgenen opdeler personalet i grupper (rød og grøn), alt efter hvilke patienter der er og hvilke kompetencer personalet har.

Så har vi også vores studerende vi skal tage hensyn til. Der skal være nogle patienttyper i grupperne der passer til de opgaver de studerende skal kunne varetage.

Vagtskema. Her i afsnittet har vi en nøgleperson der udarbejder vagtskemaet/tjenestetidsskemaet ud fra nogle forudsætninger som jeg har defineret. Der hvor skemaet ofte er mangelfuldt er der daglige ændringer der kommer løbende som vi så går ind og retter. Ellers kører der rimeligvis nemt, fordi vi kører med et 12 ugers rul.

De ændringer der kan komme til tjenestetidsskemaet er kurser og barsel. Men vi benytter jo modul tjenestetid til det, det er der adgang til fra computeren på kontoret her og ikke andre computere. Det betyder vi må printe tjenesteplanen ud og hænger den op så personalet kan se den.

Der nogle funktioner der skal til for at få patienter igennem systemet. Der er koordinering i forhold til røntgen, OP osv. Der er nogle af de ting der er nogle automatikker i, men der skal jo være en opfølgning i forhold til om de har været i røntgen og om de har fået information om hvad der skal ske efterfølgende. Det vil ofte være gruppelederen der sikrer sig dette og dokumenterer det i sygeplejejournal.

(1.B)

Personaleledelse foregår jo hele tiden. Det er både i forholdt il at holde styr på, om de har mulighederne for at løse de opgaver de bliver stillet. Både formaliserede og uformelt hvor jeg følger arbejdet i afsnittet. Det det drejer sig om for mig er jo at se hvordan personalet har det. Kan de løse de opgaver de skal eller render de rundt med håret strittende ud til alle sider. Et er man laver planlægning om morgenen så patienter og personale kompetencer passer sammen. Et andet er at se hvordan opgaverne så bliver afviklet.

Så er der noget med udvikling af personalet. Vi skal sikre de får nye opgaver. Der

foregår også i det daglige f.eks. holder vi medarbejdersamtaler med jævne mellemrum. Der laver vi nogle aftaler om nye undordringer og der skal opgaverne jo gerne passe med, at personalet bliver udfordret spm aftalt under møderne. Vi laver gerne en form for kontrakt hvor der står, at vi udvælger nogle opgaver, hvordan vi udvælger dem og ofte vælger vi også en mentor der skal lære/vise dem det. Så skal vi jo sikre, at de har mulighed for at arbejde sammen.

(2)

Jeg får ingen feedback i forhold til hvordan det går med opgaverne, det er op til det enkelte personale medlem at sikre sig at opgaverne fås og udføres. Vi har ikke noget med afkrydsning, det er vi ude over med fast ansatte personale. Vi bruger afkrydsning i forhold til oplæringsskemaerne.

Lykke: Hvordan identificerer du hvis der er nogle mangler i afdelingen der gør at personalet ikke kan udføre deres opgaver. Eksempelvis blodtryksapparater mv?

Jeg ved jo hvad vi har og jeg får en melding fra personalet hvis der er noget der ikke fungerer. Det gælder jo uanset om det er forbindinger sårsæt mv.

Vi bestiller jo ting hjem vha. briksystemet. Vi ved, hvad vi bruger, og hvad vi har og så bestiller nyt hvis der er noget der mangler. Serviceassistenterne henter det så til og hvis vi mangler nye remedier.

(1.D)

Lykke: Hvordan sikrer du dig at der sker kompetenceudvikling i afdelingen?

Der er to måder at gøre det på. Kompetenceudvikling er en del af den daglige funktion vi har i forhold til personale ledelse. Så er der nogle formaliserede samtaler. Så er der nogle oplæringssamtaler i en opstartsfase som nyansat. - Hvor vi laver noget opfølgning via introduktionsprogrammet, men de planer vi ligger ved udviklingssamtaler, er dem både jeg og personale forfølger.

Forud for temadage mv. har vi en diskussion af hvad det er vi vil sende folk på kursus til i dette år. Det kan være inden for service, kvalitetsmodeller mv. og det formidles ud i afsnittet

For tiden har jeg en sygeplejerske som er på diplomuddannelse i klinisk sygepleje. Hvis jeg for eksempel har 5 personale medlemmer der er på kursus så er det beskrevet på enkelt dokumenter der ligger i skrivebordsskuffen og i min hukommelse. - Der er ikke en speciel systematik over det.

Når vi laver samtaler, for eksempel at en sygeplejerske skal på kursus, så har vi en personalebog vi skriver aftaler i senest 4 uger før man skal noget. Den bog, kikker den person, der laver tjenesteplanen i så der bliver taget højde herfor i udarbejdelse af tjenesteplanen.

(1.E)

NIP er specielt i forhold til hofter (men det er B7). Men der er også et referenceprogram/standard i forholdt il knæ alloplastik som vi følger, ligeledes er der en standard for center for periooperative sygepleje.

Kvalitetsmodellen er jo relativ ny og den kan jeg ikke sige noget om endnu. Men jeg er da spændt på hvordan jeg skal sikre mig dokumentation i forholdt til 103 standarder. Men vi gør det jo i forholdt til de kliniske standarder. så jeg forventer da, det bliver noget i forhold hertil.

Jeg har ikke nogen specifik database jeg skal melde ind til. Jo selvfølgelig, vi skal altid meldt ind til UTH. Den skal vi også gøre opmærksom på relativt tit, for der er en tendens til at sige i personale gruppen at det er ikke nødvendig. Så det med at får rapporteret UTH skal der holdes i gang, ellers er man utilbøjelig til at indrapportere tilstrækkeligt. Det alt det man selv gør, det alle andre gør og det der er relateret til patienterne er svært at rapportere.

Lykke: Hvordan gør du personaler opmærksom herpå og hvordan sikrer du dig i får indrapporteret UTH.?

For det første holder vi personale møde hver 6 uger hvor vi lige tager det op hvad eksemplet kunne være og hvis vi diskuterer noget til vores daglige konference er vi opmærksom på om det er en UTH.

Der er jo en fast organisation her i huset der giver os fast feedback (pr. mail) på hvad det er vi rapporterer. Så tager jeg den op på personalemødet eller til konference hvis det er et her og nu problem.

Lykke: Kvalitetsmål i afdelingen

På huset er der en ernæringspolitik og kvalitetsmål vi følger. Den går jeg ind og kikker på, at den bliver opfyldt. På afsnittet er der kvalitetsmål om en gennemsnitlig liggetid på fire døgn.

Det generelle problem er alle de afbrydelser der unødvendige. Hermed mener jeg eksempelvis afbrydelser hvor nogen ikke lige har fået fat i en specifik information. Det gælder ikke bare hos mig, men alle personale grupper her.

Lykke: Kan du nævne nogle områder, jeg ikke har stillet dig spørgsmål indenfor som du mener, at der også er en del af de ledelsesopgaver jeg har.

Videreformidling af informationer. Jeg bruger jo at lave nyhedsbrev og sådan et kunne jo godt laves elektronisk. Men det bliver det ikke og der er ikke nogen fast procedure herfor. Vi har en opstagsstavle hvor vi informerer hinanden. Vi har også en kontaktbog vi benytter. Men der forekommer jo informationer der både har kortsigtede og langsigtede mål. Ved de langsigtede mål, er det jo vigtigt at personalet bliver gjort opmærksom herpå over en længere periode. Eksempelvis:

Når vi skifter regime i forhold til knæalloplastik. Her er vi for nylig gået over til en anden smertebehandling og gjort det sådan at patienterne fast møder ind fastende om morgenen.

Det gælder jo lang tid fremover og målet er at reducere liggetiden og reducere nogle af spildedagene.

Sårpleje vi har tit folk med stor sår der skal transplanteres har vi sådan en regel om at de har vaccum på i to gange to dage eller tre gange to dage afhængigt af hvor dybt såret er. Aftraning af epidural smertebehandling til vores amputerede hvor de bliver køret med en bestemt dosis i et døgn hvor de skal ligge inden for en bestemt vasscore, hvis det kan reduceres yderligere kan de være ude i løbet af en 5-6 dage. I øjeblikket har vi fast nogle vikarer og der smutter de ting her altså. Normalt er det der faste personale der vurderer smerteskemaer og vasscore, men den indsigt har man jo ikke som vikarer.

Så er der skulder patienterne der får lagt blokader i forbindelser med indgreb i skulderne. De vågner op der ved omkring midnat og der er det jo ingen grund til at det kommer som en overraskelse hver gang. De fleste får smertestillende inden de ligger sig til at sove, men det kunne jo lige så godt være en fast procedure i afdelingen.

Lykke: Oplever du det kan være et problem at lave procedureændringer hos dit personale? Jo jeg tror de fleste er godt til procedure ændringer. Der er nogle enkelte som ikke har de ressourcer, men de fleste går ind og læser på deres groupvice, så det tror jeg ikke er noget problem. Men igen, det er jo den der information man skal søge og ikke forvente man bliver præsenteret for den hele tiden. Der ligger en kulturskifte til selv at være opsøgende i stedet for at få det serveret. Der er jo lidt spændende. Men vi har jo meget motiveret personale her.

Vi får mange informationer rundt omkring fra (også fra ledelsen ovenover) og det går ofte i glemmebogen fordi alt går så stærkt her. Det næste nye påbegyndes inden man har fået det sidstnye ind under huden.

3) Lykke: Er du bekendt med eksistensen af InFoRM?

Nej

Afdelingssygeplejerske 3: Repræsentant for afdelingsledelsen

Dette kapittel ideholder 2 afsnit. I det første ses den interviewguide, der er anvendt under interviewet. Spørgsmålene i interviewguiden er nummereret. I det andet afsnit er det transkriberet interview. Det er indikeret med numre magen til dem i interviewguiden, hvilke spørgsmål svarene hører under.

C.1 Interviewguide & Transskribering

Interviewguide

1) Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker indenfor?

- Daglig drift, herunder arbejde tilrettelæggelse. (1.A)
- Personale ledelse (1.B)
- Forandringsledelse (1.C)
- Kompetenceudvikling herunder uddannelse og udvikling af personale (1.D)
- Kvalitetsudvikling, at de får brugt de rigtige retningslinjer mv.(1.E)

2) Hvilke redskaber har du til at sikre dig, at de opgaver bliver udført?

3) Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Transskribering

Lykke: Hvilke ledelsesopgaver har du?

(1.A)

Fra morgenstunden er det meget hvilke kompetencer jeg har, hvad har jeg af pladser og hvad kan jeg flytte ud inden jeg skal mødes med resten af afdelingens sygeplejersker og afdelingssygeplejerske gruppen som jeg mødes med kl. 8.00 For vi er ligesom omdrejningspunktet herfra. Det er afgørende for hvor mange patienter der skal ud i stamafdelingen. Vi udskriver ca. 55. pct herfra resten går til stamafdelingen. Det er vigtigt for mig at få et overblik inden for den første time, at finde ud af hvor mange patienter kan vi få ud.

Dette finder jeg ud af ved, at jeg snakker med gruppelederne allerede en halv time efter de er mødt samt med de to følgehjemsygeplejersker jeg har. Deres primære opgave er, at tages sig af alt med udskrivelse. Jeg snakker med gruppelederne fra

7.40 til 7.45. så orienterer jeg mig om hvad der ligger på A3 (intensiv) og hvad de har af pladser på Grenå. Det skal jeg have nået, samtidig med jeg skal have nået (som her til morgen hvor der er 7 syge) at få organiseret og flyttet rundt, med de så kompetencer der er til stede. Så det er både patientmæssigt og personalemæssige ledelsesopgaver.

(1.A, 2)

Sygemeldinger skriver vi ned på en fordelingsseddels som jeg laver og udskriver og ligger en ny af hver dag. Ud fra vagtplanen laver jeg en fordelingsseddel i to grupper, hvor jeg fordeler de arbejdsressourcer vi har til rådighed.

(1.A)

Det er ikke mig der laver vagtplanen, det har jeg uddeligeret til en af sygeplejerskerne. Jeg går så ind og kikker på hvad har jeg så (det kan være i forhold til en introduktion og oplæringssygeplejerske) i forhold til de kliniske vejledere. Det kan være i forhold til dem som har falckredderelever og skal finde ud af hvem det er der skal gå stuegang, hvem er det der skal oplæres til stuegangsfunktionen, hvor langt er det. Hvem skal have noget oplæring i forhold til oplæringsprogrammet. Selvom det ligger hos oplæringssygeplejersken, er det alligevel mig der skal sikre mig at, jamen i morgen der skal Julie introduceres til alt i medicin for eksempel. Så det er meget organisatoriske opgaver jeg laver. Det er jo sådan noget jeg ikke har nogle redskaber til, det er jo noget jeg bare holder styr på i hovedet.

Lykke: Har du lavet dig nogle procedurer

(1.A, 2)

Jeg har uddeligeret til min introduktions og oplæringssygeplejerske at der er et fast oplæringsprogram. I det program skal de alle inden for 6 måneder igennem programmet. Så er der nogle kontaktpersoner i afdelingen der har nogle specielle ansvarsområder. Det er oplæringssygeplejerskens ansvar at sætte nyansatte sammen med Hanne som har noget med medicinrummet eller UTH. Det plotter hun så på tjenestetidsplanen, ud fra de samtaler hun har med sygeplejerskerne (hun har en aftale med sygeplejerskerne efter 1,3 og 6 måneder). Det kan hun jo godt gøre en måned i forvejen og så er der 6 sygemeldinger på selve dagen. Så kan de ikke nå at blive introduceret til medicinrummet. Min oplæringssygeplejerske er her kun 18 timer om ugen fordelt på mandag, onsdag og fredag. På den måde er jeg den der skal fange alle trådene når der er sygemeldinger eller når de ikke har nået deres aftaler, selvom det jo egentligt er deres eget ansvar at lave nye aftaler om, at så gør vi det i morgen.

Lykke: Hvis der nu kunne laves et system, der kunne støtte disse procedurer med at generere informationer. Kan du så give eksempler på, hvad systemet skulle bidrage med?

Der kunne jeg godt bruge et system, der kunne give et overblik med en reminder hvis

aftaler eksempelvis mellem oplæringssygeplejersken og den nyansatte i overholdt. Jeg tror sådan en system også vil kunne bruges af nogle af de nogle sygeplejersker jeg har. Jeg har uddeligeret meget til andre fordi jeg har et så stort et personale. Så meget af det ansvar ligger ved den enkelte ansvarlige sygeplejerske. Eksempelvis kører oplæringssygeplejersken fuldstændig selvstændig oplæringsprogrammet med den nyansatte sygeplejerske. Jeg er kun med i ansættelsessamtalen og 6 måneders samtalen . ugesamtaler 1 og 3 måneders samtaler kører hun selv. Så lægger der nogle aftaler om hvad de skal nå. Jeg bliver først koblet på at: nu er julie klar til at lære stuegangsfunktionen. Så bliver jeg koblet på fordi det er mig der skal udtænke hvordan gør vi det her praktiskmulig.

Hermed menes, hvem skal gøre det, hvem har kompetencerne til det og hvem har de pædagogiske evner. Hvem er på arbejde 3 hverdage i træk, hvor hun så skal gå stuegang.

Nøglepersoner: henriette der er oplæringsansvarlig, dokumentationsansvarlig, ernæring, 2 følgehjem sygeplejersker som meget fungerer som mentor, som går ind sammen med mig om morgenen og screener alle patienter i forhold til om vi forventer den enkelte patient kan gå hjem i dag. Mellem kl. 8-9.00 kontakter hun visitatorer, hvad er der af hjem der hjemme, kan vi udskrive patienten til eget hjem, skal patienten have mere hjælp, skal udskrivelsen varsles. - De er jo også nøglepersonen for de har jo også et overblik i forhold til, skal de udredes yderligere på stamafdelingen. De ringer mellem 8-9 til alle de 4 store kommuner vi samarbejder med.

Lykke: Laver i ikke en indlæggelsessamtale når patienten indlægges her? Hvor man for klargjort, hvad er det for ressourcer du har i hjemmet mv.

Jo det gør vi. Det følgehjem sygeplejersken gør er at gå ind og læse om hver patient. I første omgang er det mig ud fra en seddel vi har over det patienter vi har indlagt. Det er et oldnordisk system med to sedler hvor alt står på. Der laver jeg lige et overblik og siger det her er de patienter jeg kan forvente vi kan sende hjem. Den dame er 78, hun bor i eget hus, har hjælp en gang om ugen til rengøring. Så kan det godt være vi har brug for at vide lidt mere. - Er der trapper i hjemmet, kan hun klare sig med den hjælp hun har, har hun noget netværk. - Det er ikke sikkert de har fået skrevet det i indlæggelsessamtalen. Det gør vi for at sikre og, at vi få påbegyndt udskrivelsen allerede på førstedagen, så vi ikke skal spille 3 dage på at varsle.

Lykke: Dvs. du kunne også godt bruge et redskab, der kan fortælle noget om, det er de patienter vi har og så en lille note hvor alle informationer der er relevante for udskrivelser er tilføjet?

JA!

Jeg kunne også godt bruge et ledelsesredskab i forhold til styring af patienter ind og ud. Der bruger vi et almindeligt regneark som vi printer ud 3 gange i døgnet og

retter til. Så har vi en gammel sitograf hvor vi har overblikket. - Det er også rigtig dårligt ledelsesmæssigt i og med vi (ja i dag har vi fået 19 patienter). På en eller anden måde noget elektronisk hvor vi har en skærm, der viser patienterne når de kommer ind og hvor vi kan flytte rundt på patienter som vi gør nu. (Eksempelvis patienten her skal flyttes fra stue 0 til stue 8).

Nøglepersoner for mig er dem der har et specielt ansvar for et specielt område, som jeg har defineret sammen med dem. Feks. Har jeg defineret: hvad er ansvaret i forhold til vores medicin. Der er et kæmpe medicinforbrug. Der er så nogle farmakonomer som sørger for alt med at fylde op, at det ikke er for gammelt og fylde op. Men mere i forhold til men hvad gør man når man bliver ansat som batchler sygeplejersker, hvordan er det så det fungerer på afdelingen her. Hvordan blander man de forskellige drops, hvad gør man hvis der kommer en og siger, jeg vil gerne have 10 ampuller morfin. Eller jeg vil gerne låne et eller andet. Hvad gør jeg så? Der går nøglepersonen ind og vejleder alle. Det samme gør sikkerhedsrepræsetanten : hvad gør du ved en stikskade, hvordan anmeldes en arbejdsskade, hvordan anmeldes en UTH. Hvad er en UTH.

Der er hygiejne nøglepersonerne. Forflytning ansvarlig, EPJ ansvarlig.

Lykke: Er det nedskrevet på et stykke papir hvad deres ansvarsområde er?

Nej, vi har lige holdt en møde for en måned siden hvor vi har lavet et skema hvori hver nøgleperson skal nedskrive hvad mine arbejdsopgaver er. Så det bliver ens for alle i forhold til DDKM.

Lykke: Hvad har de af deadline for at de beskrivelser skal være færdig gjort?
Ingen!

Lykke: Hvordan får du så fulgt op på skemaerne?

Jamen det er igen en af de opgaver hvor, når jeg lige har 5 minutter, så huske jeg at jeg skal lige nå at følge op skemaerne. Men det kunne også være rart hvis sådan en reminder automatiseres.

Lykke: Hvordan husker nøglepersonerne at komme rundt til hele personalegruppen?

Det gør de heller ikke. Det er mig der holder styr på det.

Lykke: Hvordan gør du det?
I hovedet.

Lykke: Hvordan kan du vide hvem de har snakket med?
(1.B)

Det kan jeg fordi jeg har været med til 6 måneders samtalen, og der ligger i introduktionsmappen et skema hvor de skal krydse af hvad de har været igennem, hvilke opgaver de på nuværende tidspunkt selvstændigt kan udføre. Nu har de snakket med forflytningsvejlederne mv.

Men det viser sig jo, at når vi når til 6 måneders samtalen er der ikke meget af det der ikke er nået. Fordi de er vant til at få det hele serveret. De er ikke vant til selv at sige, det skal jeg i dag for det nåde jeg ikke i går. Ellers er det fordi vi har så mange specialer at de kan rumme der,- de ved ikke hvad det er det ikke ved.

Lykke: Så systemet kunne også være en reminder til dem om hvad ved du og hvad mangler du at vide noget om.

Ja bestemt. Man kan jo også sige, hvorfor skulle det være mere end et stykke papir, de kan jo bare åbne mappen. De få sådan en meget fin mappe. Selvfølgelig skal vi også lære at stille nogle krav til dem. Vi tilbyder meget i forholdt til nyansatte, i forhold til oplæring, introduktion, følgevagter og det første år får de fire temadage. Men det kræver også at vi stiller nogle krav om at vi forventer at når det halve år er gået har du været igennem oplæringsprogrammet og det er dit ansvar at nå det.

Lykke: Du har ikke nogle møder efter de 6 måneder?

Jo til samtalen bliver der lavet konkrete aftaler hvis de ikke har været igennem de ting de skal. Eksempelvis at det grønnesystem skal være kørt igennem inden for den næste måned. Du mangler stadigvæk at vide hvordan man indberetter en UTH. Du tager selv fat i Anette og laver en aftale. - Så bliver jeg meget konsekvent. De er som om i afdelingen de tror det er mit ansvar og det mener jeg ikke det er. Efter 6 måneder slipper vi dig, men jeg forventer at du er en mulig medarbejder hvor nye kan følge dig og du kan mestre de mest gængse opgaver i afdelingen.

Lykke: tilføjelse til personale?

Jeg har mange fraværssamtaler da vi har et rigtig højt fravær og detkører efter personal politikken med personaleafdelingen. Dem der er langtids sygemeldt kommer til samtale en gang om måneden hvor vi laver aftaler om, hvad forventer du, hvor længe kan vi forvente du er væk.

80 pct af min tid går med daglig drift.

Lykke: kompetenceudvikling?

(1.D)

Alt nyuddannede personale får afvide at de først 2 år får de den gængse oplæring 4 kursusdage som er lavet på huset hvor vi har været med til at bestemme indholdet, så laver jeg noget med indhold der er specifikt for A4, så kommer de på et volds og konflikt håndteringskursus som er sådan et to dages kursus som er specielt designet

for folk på skadestuen og så kommer det ikke på flere eksterne kurser. De får afvide, at det er hvad vi kan tilbyde, fordi du har brug for at finde din fagidentitet hvordan er der at indgå i vagter, hvordan er det at have et familieliv ved siden af?

Når du har været her i 2 år kører det efter MUS samtalerne som vi afholder hvert 2. år som handler om hvad du gerne vil. Der er det sådan jo højere kompetence du har, jo mere længerevarende uddannelse. De længste har været kliniskvejleder kurser som varer 8 uger, så er der efteruddannelse til lungesygeplejerske, der har vi haft 4 afsted. Dem der er mest eftertragtet: Traumekurserne som ligger på Flystationen Aalborg hvor der kommer mellem 4-6 afsted om året. Det vurderer jeg om den individuelle ansatte vil få noget ud af at komme afsted. Jeg er meget store i forhold til kurser også fordi det kan være en Motivationskilde. Vi sender også tit folk af sted på enkelt dagskurser fx fremtidens sygepleje, hvor jeg sender nogen af dem af sted der ikke er så unge. Jeg går ud og spørger kunne du tænke dig at komme af sted?

Lykke: I forhold til hende der udarbejder vagtskemaet. Har du så nogle samtaler med hende omkring hvilke variabler der skal tilføjes skemaet? Det gør du mundligt..

(2)

Ja, hun gør det manuelt. Hun bruger ikke modul tjenestetid fordi der har hun ikke overblikket over alle. Hun kan kun se 10 personer af gangen. Da vi har 45 ansatte kan vi ikke gennemskue det. Vi kan godt se 7 dage frem, men kun 10 personer ned. - Så vi bruger stadigvæk hånden!

Lykke: Jamen kan hun ikke trykke de variabler ind der måtte være og så printe det ud, så hun har en skabelon til hvordan det kan udformes?

Jo det gør hun jo også bare ikke modul tjenestetid. Hun bruger en anden skabelon hvor alle ansatte er opstillet med navn, og så laver hun den for 6 uger af gangen. Hun kører efter ønskeplan hvor personalet ønsker. Det første hun gør er at plotte ønskerne ind først. Derefter kursusdage.

Lykke: Hvordan kan hun så sikre sig at hun ikke står med en dag hvor der er underbemandet?

Det kan hun heller ikke. Det er ud fra min tavse viden der gør at jeg cirka ved hvor mange jeg kan sende af sted af gangen. Jeg kan ikke sende mere end 4 af sted i dag tiden. Er der noget der går ud over et helt døgn, kan jeg måske kun sende to af sted. Jeg mener et kursus skal ligge i arbejdstiden.

Men det er rigtigt, at der ikke er nogen sikkerhed for jeg siger jo bare til hende, at den og den dag og mine 17 små sedler og hvad jeg ellers kan huske, og så plotter hun det ind i vagtskemaet.

Det der er bedst struktureret er det de kliniske vejledere laver med de studerende og vores oplæringsplan.

Lykke: Er det fordi de har lavet nogle faste procedurer for hvad det er det gør?

Ellers er det fordi de altid er her i dag tiden.

Lykke: Hvad gør du så når en tager på barsel for eksempel? Foreligger der så en fast procedure for hvad den der kommer og overtager skal gøre?

De laver hver især nogle procedurer, da Camilla gik på barsel havde hun et overlap til Anette på 14 dage, men alligevel er der jo meget der lå på Camillas drev som Anette står og manglede.

Lykke: Så det er ikke sådan noget der er organiseret sådan i afdelingen, at det den ene leder slipper, har den næste en udførlig drejebog i forhold til hvilke opgaver der foreligger.

Nej og det er jo det der er farligt. Hvis jeg sagde farvel og tak i morgen er der mange ting folk ikke vidste.

Der er noget af det man sagtens kunne strukturere ind og sige det kunne sagtens køre automatisk. Noget kan ikke

Lykke: Kan du give et eksempel herpå?

I og med jeg kun har MUS samtaler hvert andet år er min dør altid åben så jeg har mange Ad hoc samtaler hvor vi snakker om hvis nogen har det sårligt, eller hvis ungen skrider om natten eller
Så ligger der meget i forhold til mødeaktiviteter. Der er jo fastlagte møder 2 gange om ugen og der ud over alt det man skal på huset..

Lykke: Så tænker jeg hvorfor er der ikke nogen der kan overtage det?

Mange af møderne er ledelsesmøder. I og med jeg ikke har nogen chef er der ikke nogen der kan tage over og deltage i møderne. Når jeg ikke er her er der ingen der går med til tværfaglige møder eller afdelingssygeplejersker møder.

Der udgives referater for hver møde der sendes ud på mail og det skal vi selv huske og huske at lægge dem ud til sygeplejerskerne.

Lykke: Hvad hvis de står i det tilfælde hvor sygehusledelsen mener der skal være en selvevaluerings temadag. Hvorefter de sender manualer og spørgsmål ud, der skal kunne besvares på temadagen. Hvordan sikrer du dig at den information kommer ud til dine nøglepersoner og du får snakket med dem så du er forberedt til møderne? Hvordan sikrer du dig det?

Hvis jeg skal være helt sikker på at de læser det udsendte og kommer med feedback, skal jeg ud og snakke med dem ansigt til ansigt. Jeg kan også gå ud og spørge mit personale om de har læst referatet jeg hængte op fra sidste uge. Svaret vil blive: nej.

Lykke: hvorfor tror du der forholder sig sådan?

Fordi der er så ekstrem meget information der ikke er relevant for den enkelte ansatte.

Lykke: Vil det sige at de ansatte kunne godt have behov for noget der fortalte dem, at der her information det omhandler lige præcis dig ansvarsområde?

Det gør jeg allerede. I forhold til hvad er relevant og hvad er ikke. Alt information sendes ud på papirform. Nogle gange er jeg også nødt til at gå ud til de nøgle personer, hvor jeg ved det har modtaget noget information elektronisk, og spørge: har du kommenteret på det du har fået tilsendt. Der er svaret ofte: gud nej det har jeg ikke.. Jeg mener bare hvis man er indkaldt til noget skal man være velforberedt, og det gør jeg dem også opmærksom på.

Lykke: Et ledelsesoverblik til sådan en afdeling her, tænker jeg, skal jo ikke bare laves til dig, da du har uddelegeret flere ledelsesopgaver.

Nej

Lykke: kunne det være en hjælp men en elektronisk tilbagemelding fra nøglepersonerne, det bekræfter når noget er læst og fulgt op på.

JA, men hvorfor skulle de blive mere ansvarlige af den grund, det har jo allerede modtaget det på mail.

Lykke: Ja men når man har lukket en mail op indikeres det bare at mailen er åbnet. Men man bliver jo ikke, efterfølgende, mindet om det, der står i mailen.

Jo det kan godt være, men det er jo ikke et spørgsmål om at de ikke har tid til det, enten er det fordi de ikke har taget opgaven alvorlig eller også har de ikke bedt om at få tid til at løse den.

På A4 er der så mange ressourcer at man altid kan få en time eller to om ugen til at lave ekstraopgaver. Så nogle gange handler det også om, at vi som kvinder må spørge os selv hvad er det vi har travlt med.

Lykke: Så tænker jeg systemet også kunne være et redskab der kunne hjælpe dig med at visualiserer over for dine medarbejdere: prøv at se, du har ikke nået det her hverken første, anden eller tredje gang. Jeg har en udskrift fra dit skærm billede, det drejer sig om at du kun har de her fire opgaver og du har 37 timer om ugen.

Jo det kunne helt sikkert hjælpe det til at gøre det mere synligt.

(1.E)

I forbindelse med DDKM er vi jo allerede blevet trætte. Vi gik jo med på operation leje og der besluttede vi at bruge nogle af udviklingssygeplejerskens timer til der, så der er vi egentlig nået til baseline og ikke længere.

I forhold til DDKM er vi nået til de fire områder vi skulle ind over her, hvor jeg har indsamlet det materiale jeg skal bruge. Det ligger ved vores kvalitetskoordinatorer og så venter vi derfra. På den måde er vi ikke ret langt og der ligger rigtig meget arbejde.

NIP skemaer er det beskrevet helt klart, hvem der skal udfylde dem og det er den ansvarlige overlæge, den læge der modtager patienterne og terapeuterne. Sygeplejerskernes opgave er at sørge for, at der ligger et NIP skema i journalen med en lille label på.

Lykke: Få vi meldt ind til NIP som i skal.

Ja det gør vi og jeg får så nogle udskrifter hver tredje måned. Men det er ikke noget jeg bruger meget tid på, for det er ikke interessant for mig. Det der er interessant for mig er, hvad er den basale sygepleje dvs. får vi scannet patienterne inden for 24 timer, for vi lavet vandtest på dem, overholder vi de aftaler vi har med billedediagnostisk afsnit, og så den lille akutte. Det er en bog der ligner lægernes instruksbog meget, men indeholder hvad er det man skal kunne som akutsygeplejerske. - Lidt ligesom en kvalitetskontrol: er der taget blodsukker, er de scannet osv.

Lykke: Har i nogle kvalitetsmål i har sat her på afdelingen?

Nej, det har vi ikke. Vi er nu blevet bedt om at kikke på den gode afdeling. Sygehusledelsen og afdelingsledelsen afholdte et seminar hvor de gerne ville snakke god service. Det er måden vi fremtræder foran patienterne, måden hvorpå vi fremtræder i forhold til hinanden altså siger godmorgen mv.

Lykke: UTH, kører det automatisk for de individuelle tilfælde? Jeg tænker på Æ pneumonier Æ eksempel med rød, gul og grøn seddel. Hvilke variabler kunne fortælle noget om det?

Det evige tilbagevendende spørgsmål er, hvorfor sygefraværet er så højt. Man ved at det er højere inden for det akutte område end det stationære. Det er stigende. Det kunne være interessant at finde ud af, hvad er det der gør at folk ikke trives. Det kunne være, er det fordi vores gamle senge, at vi knokler med dem, er det fordi vi som i dag har 32 patienter er nummeret til 22, er det fordi vi presser hinanden hele tiden

fordi vi skal have nogle patienter igennem. Hvad er det for faktorer der gør at vi hele tiden føler os presset, Er det fordi vi ikke har dropstativer. Jeg har nogle hypoteser om, at det kunne være nogle af de ting der gjorde at folk blev trætte. Noget af det jeg har strammet op omkring er vores frokost. Når der er frokostpause holder vi pause. Det vil sige vi snakker om alt andet end arbejde. Vi skal også stramme op omkring medicingivning, at man ikke lige går hend og forstyrrer den der doserer medicin. Hvor mange gange bliver læger og sygeplejersker forstyrret under en stuegang mv. Der er mange faktorer man sagtens kunne gå ind og måle på, som jeg tror, i sidste ende, er med til at folk bliver trætte.

Jeg tror der skal en kulturændring til. Når der holdes MUS samtaler bliver vi enige om hvad den pågældende sygeplejerske skal have af ekstra opgaver (hvad hun ønsker). Der tror jeg vi skal blive bedre til at spørge, hvad er det både du og jeg kan gøre for at det lykkedes at lave opgaverne. Hvad skal jeg som leder tilbyde dig hvis du skal på 7 ugers kursus for eksempel. Hvordan vil du implementere det du har lært i afdelingen når du kommer tilbage. Hvad forventer du at få ud af kurset osv.

Lykke: Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Nej

Afdelingssygeplejerske 4: Repræsentant for afdelingsledelsen

Dette kapittel ideholder 2 afsnit. I det første ses den interviewguide, der er anvendt under interviewet. Spørgsmålene i interviewguiden er nummereret. I det andet afsnit er det transkriberet interview. Det er indikeret med numre magen til dem i interviewguiden, hvilke spørgsmål svarene hører under.

D.1 Interviewguide & Transskribering

Interviewguide

1) Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker indenfor?

- Daglig drift, herunder arbejde tilrettelæggelse. (1.A)
- Personale ledelse (1.B)
- Forandringsledelse (1.C)
- Kompetenceudvikling herunder uddannelse og udvikling af personale (1.D)
- Kvalitetsudvikling, at de får brugt de rigtige retningslinjer mv.(1.E)

2) Hvilke redskaber har du til at sikre dig, at de opgaver bliver udført?

3) Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Transskribering

(1.A)

Jeg skal dagligt have overblikket af personalet, patienterne og lungeklinikken. Jeg har sådan set to afsnit under mig. De er dog meget selvkørende i lungeklinikken, så de passer meget sig selv.

Har de kliniske vejledere styr på eleverne, så jeg er sikker på eleverne for et udbytte ud af deres ophold.

Lykke: Hvordan sikrer du det?

(2)

Jeg bruger meget papir kalender, små huskesedler og hovedet.

Hvis der er nogle bestemte ting jeg skal huske at gøre, skriver jeg det ofte på vores ugeplan. Det skal helst være tilgængeligt for mit personale at se hvad jeg laver.

Jeg laver altid en ugeplan ugen før den uge hvor vagtplanen skal benyttes, og der laver jeg en vagtplan for hvem der skal være gruppeleder, hvem der skal være i de forskellige grupper og i forhold til de kliniske vejledere har jeg sat på hvad eleverne skal så jeg kan medtænke det i fordelingen af personalet.

Så kan der jo godt komme ændringer i forhold til sygdom, hvis patientfordelingen pludselig bliver anderledes, hvis der er to tosengsstuer i den ene gruppe og det passer bedre til patienterne i den anden gruppe.

Lykke: Du siger du skal have overblikket over hvad de studerende skal i den kommende uge. Er den opgave ikke uddelegeret til den kliniske vejleder?

(1.A)

Jo, men det er jo stadig mig der er ansvarlig for at vi kan opfylde de krav der er i deres studieordning. Men jeg kan jo godt fornemme hvis der er et problem med en af de studerende og så er mit job jo også at gå ind og være støttende og vejledende i forhold til hvordan det går. - hvis det ikke går hensigtsmæssigt.

Hvis jeg er i tvivl om hvordan det går med eleverne kan jeg jo altid gå ind i deres mapper, der står jo nedskrevet hvad det har nået og hvad de mangler.

Men vores kliniske vejleder er ny, så hun har jo også behov for er jeg er der til vejledning, men det kan jo være det er anderledes om et halvt år, for så er hun godt inde i sit arbejde.

Lykke: Personale ledelse?

(1.B)

Der er møder, kurser, MUS samtaler, fraværssamtaler, graviditetsorlovssamtaler med mere.

Lykke: Hvordan sikrer du dig de bliver holdt, eksempelvis er det fastlagt ved at du skriver det ned, hvad du skal huske?

(1.B, 2)

Nej, hvad sygedage angår, får jeg jo statistikker fra min oversygeplejerske i forholdt til hvor mange sygedage Mathilde har og så er der en fast aftale om, at hvis man har mere end 60 sygedage, så skal man kaldes ind.

Lykke: Hvad så med MUS samtaler.

Der er lavet nogle skemaer her på huset hvor der er nedskrevet en handlingsplan for sygeplejerskerne og sos- assistenterne skal udfylde efter samtalerne i forhold til hvad de gerne vil arbejde videre på. Den får jeg så en kopi af og så laver vi en opfølgende samtale efter et års tid. Så skal både hende og jeg være opmærksom på, hvis der kommer nogle kurser inden for det område hun gerne vil arbejde videre med. Eksempelvis smertebehandling.

Nøglepersoner:

Vi bruger også nøglepersoner og der mangler vi nok en ajourført liste over hvem der er nøgleperson på de forskellige områder. Også i forhold til at nogle er på barsel og nogen er på orlov osv. Så vi sikrer og at der hele tiden er nøglepersoner for hygiejne og ernæring med videre.

Lykke: Hvordan foregår kommunikationen mellem dig og nøglepersonerne?

Vi samler op sådan en gang imellem og afdelingssygeplejerskerne bliver også informeret en gang imellem, om diverse møder.

Lykke: Hvilke kvalitetsmål har i på afsnittet?

1.E

Der har vi fået indført for KOLD til det Nationale Indikator projekt, i forhold til lungecanser udredning og vores 48 timer patienter.

NIP skemaerne skal udfyldes af lægen og den sygeplejerske der har med patienten at gøre. - Det er mest ovre i lungeklinikken vi kører. Planen er så vi skal have løbende feedback på det.

Lykke: Hvad med DDKM?

Der er der inden for medicinering og det er D8 der er udvalgt hertil. Vil har ikke noget der er specifikt for vores afdeling.

Lykke: Hvad så med egne kvalitetsmål, er i opstillet nogen eksempelvis indenfor nøglepersonernes områder?

Nej det har vi ikke.

Lykke: Er du bekendt med eksistensen af InfoRM?

Nej

Appendiks E

Repræsentant for afdelingsledelsen

E.1 Interviewguide & Transskribering

E.1.1 Interviewguide

1. Hvad er for dig ledelsesinformation?
2. Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker?
3. Hvilke problemer er der i forbindelse med sikring af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver?
4. Hvilke ledelsesopgaver har læger?
5. Hvilke problemer er der i forbindelse med lægers ledelsesopgaver?
6. Tillægsspørgsmål til spørgsmål 3-6. Er dette noget I har undersøgt eller haft på dagsordenen i DSKL? Hvad og Hvordan?
7. Har du viden om internationale publikationer hvor ledelsesmæssige problemer eller løsninger på problemer er beskrevet? Hvilke?
8. Kan du se et It-system både kan være et redskab til at få fokus på ledelsesopgaver og til at løse ledelsesmæssige problemstillinger? Hvordan?
9. Kan du give et eksempel på, hvor du har oplevet et behov for et redskab til at løse en utraditionel ledelsesopgave som eksemplet de postoperative pneumonier efter thoraxkirurgi i perioden 1999-2003? Hvilket?

Transskribering

1. Hvilke ledelsesopgaver har læger?

Lykke: Hvilke ledelsesopgaver har du i en afdeling?

Den ledelsesmæssige opgave jeg har, er delt i to: faglig ledelse og management ledelse (personale ledelse).

Sidstnævnte fylder mere og mere idet vi i dag hedder ledende overlæger og ikke administrerende overlæger. - Det er der jo en grund til.

Administrerende overlæger sidder og administrere nogle informationer. Som ledende overlæge har man også en forpligtigelse i forhold til at kunne rekrutere personale, man har en ordnet kultur og værdigrundlag i sin afdeling. Alle i afdelingen ved hvad værdigrundlaget er.

Den faglige ledelse gør at jeg skal sikre mig at det faglige niveau er i orden, for hvis der er noget der går galt, hænger det jo på mine skuldre.

Hvis vi gør det færdigt for den? Det er selvfølgelig klart at den faglige ledelse har jeg selvfølgelig også, det er klart jeg skal jo stå til ansvar for myndighederne deslige i forhold til at det faglige er i orden, men det kan jeg jo sikre ved at ansætte nogle overlæger der inden for områder har en større viden end jeg har. Jeg skal bare sikre, at jeg inden for min faggruppe har de fornødne faglige kompetencer.

Lykke: hvordan kommer du ud til alle i afdelingen?

Du spørger mig hvordan jeg kommer du ud til alle i afdelingen. Den faglige viden sikre jeg mig ved, at vi har ugentlige møder, der er rent lægeorienterede. Her tager vi nogle punkter op som jeg forinden har sikret mig, at der lavet instruks for. Instruktions skal revideres en gang om året, hvor den kommer gennem ledelses dvs. oversygeplejersken og den ledende overlæge. Vi er forpligtet til at orienterer både læger og sygeplejersker i afdelingen om at instrukserne findes. - Hvad er der kommet på, hvad skal man

forholde sig til osv. Eksempelvis instruks om at foretage lumbalpunktur. I instruksen står der, at patienten ikke må gå hjem før vi har set svar på leukocytterne.

Lykke: Hvordan finder du så ud af, hvis der er et problem i forhold til at overholde den procedure. Eksempelvis at 7 patienter er smuttet inden leukocyt svaret er kommet retur?

Det sikre jeg mig ikke, den opgave uddelegerer jeg til afdelingssygeplejersken. Mange af de opgaver vi uddelegerer., altså vi tilstræber at lave en afsnitsledelse forstået på den måde, at de to afsnit vi har er ledet af en afdelingssygeplejerske og en overlæge, samtidig har vi et lederforum som mødes hver anden måned, hvor vi rapporterer og tænker visionært.

Lykke: Hvordan sikrer du dig, at alle dem der er med til afholdte møder er informeret om mødet, at alle har input til de emner der skal tages op mv.?

Det kommer an på hvilke møder du snakker om. Hvis vi opstiller det hierarkisk og tænker egen lille afdeling, så har vi jo vores lederforum som er en sparringsgruppe for os der sidder i afdelingsledelsen dvs. afdelingssygeplejersken og jeg. Til møde i lederforum indkalder vi med en dagsorden, og folk har lov til at komme med input til dagsordenen, og vi skriver referat. Men der skal også være mulighed for i dette forum, at man kan bringe ting op og det forbliver for lukkede døre, uden det bliver nedskrevet ordret i et referat. Det bliver gennemgået næste dag, hvad der var på referatet, er der nogen der har tilføjelser i forhold til det eller det.

2. Hvilke problemer er der i forbindelse med lægers ledelsesopgaver?

Lykke: Oplever du et problem i forhold til, at hvis I på et møde har sagt, at der er en eller anden opgave eksempelvis at kvaliteten af hygiejne skal højnes- Det kan godt være, at i siger det til møderne, men oplever til næste møde er der ikke handlet

herefter?

Jo, det kan jeg godt opleve, der hvor problemet er, er at den information vi sender ud, den er måske. Vi forventer, at de personer der sidder i forskellige udvalgsgrupper eks for hygiejne, at de går videre med opgaverne. Men det er et enormt problem, hvordan den information kommer videre ud i leddene og det har vi da også diskuteret meget, altså hvordan får vi information i inderkredsen ud i afdelingen. Det er svært. Vi har jo en EPJ, så alle kan komme til en computer, vi kan lægge referater ind på det der hedder groupvice, men personalet åbner og læser det ikke. Der er ikke tradition for det. Vi siger meget her, at alle medarbejdere skal gå på det der hedde groupwise, så vi kan sende information ud elektronisk, men det tør vi faktisk ikke. Der er nogen gange vi er nødsaget til at sende på papir også, og problemet opstår ikke nødvendigvis hos dem der er dårligst uddannet, det kan lige så godt være hos lægerne. - og vi er ikke mere en 8 læger!

Er der noget, jeg absolut skal have ud, må jeg simpelthen printe det ud og lægge det i deres dueslag. - Så det er et problem.

Så vi er nødt til at dobbeltinformere hermed menes, både uploade det elektronisk, tage det med på morgenkonference hvor læger og sygeplejersker mødes og lægge det i deres dueslag.

Ofte er det ikke engang nok. Jeg kan blive nødsaget til at sidde face til face med medarbejdere og informere dem, før jeg er sikker på de får informationen af vide.

I mit eget regi er jeg jo pisket til at læse min mails, det er jo forventet fra min ledelses side, at jeg gør det, ellers kan jeg ikke følge med. Jeg forventer at mine kollegaer fører deres kalender ajour, de få en PDA så de bare skal opdatere kalenderen dvs. at hvis jeg skal holde møde med dem, kan jeg gå ind og se hvornår de er ledige og booke mødet, men det er meget svært at få dem til.

Det vil tage 15 min hver morgen at føre sin kalender ajour, men holdningen er, at der er for besværligt.

Det er en kultur ændring der skal til, og det kommer da langsomt!

Lykke: Hvem har det job, at skal arbejde med at påskynde denne kulturændring.

Jeg ser det ansvar ligge på afdelingssygeplejersken men også mig selv. Vi er jo rollemodeller. Afsnitsledere bliver set på som værende rollemodel, og det skal alle i ledelsesfunktioner være opmærksom på.

Der skal være en kultur på en afdeling som gør, at personalet føler, det er morsomt at være der og de kan udvikle sig, de kender kommandovejen og det er nemt at komme igennem.

Lykke: Er du engang imellem med til afdelingens personale møder?

Hver onsdag har vi sådan et møde, hvor alt personale kan komme til møde. Det ligger i dagstiden og det er vores udviklingssygeplejerske som skal styre mødet og lave programmer herfor. Der er alt vi snakker om der eks. hvordan vi anlægger kateter og information i forhold til ledelsen, så hver 4-6 uge har vi ledelsen overe og informere om hvad der foregår på afdelingen.

Lykke: Hvordan sikre i jer, at der bliver fulgt op på møderne. Hvordan når i rundt til hele personalegruppen og får respons på hvordan det så et gået efterfølgende eks. i forhold til proceduren for anlæggelse af kateter?

Det er et enormt problem, når vi arbejder på en arbejdsplads hvor vi er 24 timer i døgnet, hvordan vi får informeret alt personalet. Det første vi kan gøre er, at ligge møderne om eftermiddagen i afslutningen af dagsvagten, så kan aftenvagterne møde ind lidt før, deltage og få honorering for det. Men hvordan får natpersonalet det så afvide? Der ligger en bog hvor afdelingssygeplejersken simpelthen skriver i, hvad der er foregået på mødet, hvad der er besluttet mv. igen så skal det jo også ligge elektronisk, men det gør det jo ikke.

Lykke: Har i så status ugen efter, hvor man tager op hvordan det er gået i den forgangne uge?

Nej, det er udviklingssygeplejerskens opgave at følge op, hvis der er noget der skal følges op på. Det er hende der har teten der.

Det er afdelingssygeplejerskens opgave, at en procedure for kateter anlæggelse kommer rigtigt ud til personalet. Vi får ikke feedback på at alt personale har set de forskellige instrukser og det kunne være rigtig rart, hvis vi kunne følge op på det.

Lykke: Har du læst det eksempel med antal pneumonier? Kan du nævne et lignende eksempel hvor du har oplevet sådan et problem?

Søren:

Vi har jo det der hedder utilsigtede hændelser som personalet rapporterer om. Vi samles en gang hver 3 måned og laver udtræk i forhold til hvilke faldgrupper UTH er indenfor. -Det er ofte indenfor medicin dosering. Men jeg vil jo ikke kunne finde et øget antal af pneumonier eksempelvis.

Et eksempel kunne være, at vi havde på et tidspunkt gastroinfektion (Roskildesyge) på afdelingen. Det dræned afdelingen, fordi det smitter meget. Det kunne vi ikke magte, og vi spurgte os selv: hvorfor er det det kører løbsk? Det irriterede os, og vi kunne have det i en periode på over 14 dage, hvor vi var nødt til at nedlægge afdelinger. Så fik vi fat i hygiejnesygeplejersken, og det endte med vi var nødt til at sige, at personalet skulle blive hjemme indtil de havde været symptomfri i to døgn. - Det har hjulpet.

Hygiejne sygeplejersken havde været inde og se på, om vi gør det rigtigt. Det gjorde vi jo, for det ligger jo på nettet, hvad vi skal gøre. Vi var også omkring rengøringspersonaler og deres procedurer. Men det har vi ikke lagt i system, vi er rundt at spørge afdelingssygeplejersken: Hvordan sikre i, at den seng patienten ligger i er blevet rengjort? Og det har hun så en fast procedure for hvordan det gøres på afdelingen.

3. Hvad er for dig ledelsesinformation?

Lykke: Hvad er ledelsesinformation for dig?

Det er flere ting. Information er i princippet ikke afleveret før man får en tilbagemelding om, at den er modtaget og forstået. Når vi snakker ledelsesinformation, snakker vi om, hvad det er at være en synlig ledelse. Er det fysisk synligt eller er det "bare" at man organisatorisk kan se, at der er en ledelse der har nogle holdninger. Informationsniveauet er også svært, jeg skal suturer i hvor meget af den information jeg får er relevant for andre, og hvad der skal videregives. Hvordan skal informationen ud? Skal den afleveres mundtligt på et onsdagsmøde, eller skal den sendes ud til alle elektronisk eller papribaseret.

Ledere bliver jo ofte klandret, af personalet under dem, for, at de aldrig får noget afvide. Jeg tror nogle gange, at personalet tror vi har en større information, end vi måske har. Så det er jo også vigtigt at få informeret ud, at vi faktisk ikke ved mere end som så. Det er vigtigt, personalet ikke går og tror, vi har en viden som vi ikke vil dele med dem, for så begynder de at føle sig utrygge.

Appendiks F

Repræsentant for afdelingsledelsen

F.1 Interviewguide & Transskribering

F.1.1 Interviewguide

1. Hvad er for dig ledelsesinformation?
2. Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker?
3. Hvilke problemer er der i forbindelse med sikring af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver?
4. Hvilke ledelsesopgaver har læger?
5. Hvilke problemer er der i forbindelse med lægers ledelsesopgaver?
6. Tillægsspørgsmål til spørgsmål 3-6. Er dette noget I har undersøgt eller haft på dagsordenen i DSKL? Hvad og Hvordan?
7. Har du viden om internationale publikationer hvor ledelsesmæssige problemer eller løsninger på problemer er beskrevet? Hvilke?
8. Kan du se et It-system både kan være et redskab til at få fokus på ledelsesopgaver og til at løse ledelsesmæssige problemstillinger? Hvordan?
9. Kan du give et eksempel på, hvor du har oplevet et behov for et redskab til at løse en utraditionel ledelsesopgave som eksemplet de postoperative pneumonier efter thoraxkirurgi i perioden 1999-2003? Hvilket?

Transskribering

Der gøres opmærksom på, at nedenstående er en skriftlig besvarelse af spørgsmålene i interviewguiden.

Sygeplejersker har -afhængig af ledelsesniveau- forskellige ledelses- og administrationsopgaver (for din egen skyld, skal du nok definere forskellen på ledelse og administration) jeg har nævnt opgaverne i flængfor eksempel for afdelingssygeplejersken:

-
- vagtplanlægning, indberetning af arbejdstider, planlægning af ferie, afspadsering, både for den enkelte og hele afsnit.
- økonomi styring i forhold til normeringer og øvrige drift forbrug.
- MUS
- Rollemodel i det daglige i fht kommunikation, coaching og ekspertten i klinisk arbejde (hvis afsnittet ikke er for stort)
- Gå foran i forandringsprocesser

- Adfærdsregulering: problemsamtaler
- Fraværssamtaler, omsorgssamtaler
- Kompetenceudvikling: udvikle - sammen med andre-, profiler
- Kvalitetssikring: audits på udvalgte områder, utilsigtede hændelser: indberetninger, kliniske retningslinier (sørge for at andre får dem lavet og revideret)
- Oplæringsprogrammer
- Ansættelsessamtaler på basisniveau
- Diverse mødeaktiviteter

Oversygeplejersker, har som ovenfor, men også møder og planlægning på det strategiske, tværfaglige og tværsektorielle niveau.

Informationssystemer:

- Modul Tjenestetid (Silkeborg Data) for arbejdstidsplanlægning og indberetning
- For oversg pl: Silkeborg Data Datawarehouse
- Hygiejne instrukser/retningslinier: "gule håndbøger" på intranet
- Områdeledelsens orienteringer ligger på intranet, ligeså beslutningsreferater fra diverse møder (direktion, hovedsamarbejdsudvalg mm)
- Generelle retningslinier feks i fht ansættelser, afskedigelser mm fra HR staben
- Økonomisystem: PRISMA, hvor regnskab hele tiden kan følges.
- Der udsendes hele tiden målopfyldelsestal fra direktionen: antal pt'er, DRG afregning, mm osv. osv

Det er ikke systemer, der mangler men koordination af dem! Vi skal lukke ned og op i så mange forskellige ting: FPAS, COSMIC, PRISMA. Systemerne "taler ikke samme sprog" osv. Det tager tid! Sekretærer skal udstyres med to skærme for at kunne bruge ventetiden rationelt.

Repræsentant for sygehusledelsen/administrationen

G.1 Interviewguide & Transskribering

G.1.1 Interviewguide

Jeg har været ved at undersøge Tak systemet ud fra den Vejledning i TAK-systemet for akkrediteringskoordinatorer, der kan tilgås på nettet. Jeg står imidlertid tilbage med nogle spørgsmål.

Når jeg nævner "Standarder" refereres der til Standard (1.4.3) Introduktion af nyt personale, (1.4.4) Arbejdstilrettelæggelse (1.4.5) Uddannelse og kompetence.

Spørgsmål:

De standarder der er i systemet, er det de samme som jeg kan finde i materialet om 1. version af DDKM? Har I videreudviklet dem, eller er der planer herom? Eksempelvis har I på sygehusniveau/afdelingsniveau tilføjet nogle indikatorer?

Dette spørger jeg om, da det forventes at der skal kvalitetsudvikles efter 4 trin: Planlægge, udføre, undersøge og handle. I alt er der to indikatorer på trin 3 (hvor kvaliteten overvåges), dette tænker jeg umiddelbart ikke kan være nok i forhold (ud fra kvalitetsmålene - retningsgivende dokumenter der er udarbejdet på trin 1) at skulle analysere og vurdere om der skal iværksættes kvalitetstiltag (trin 4.).

Er det noget i har tænkt over?

Hvordan sikrer I jer, at afdelingssygeplejersken får kvalitetsudviklet efter ydelserne? Altså at hun ikke bare sidder med indikatorerne i TAK systemet og ud fra hukommelsen "vinger" af om indikatorerne er opfyldt eller ej?

Eksempelvis skriver de i 1. version af DDKM at det kan være der skal laves redskaber til dataindsamling og dataanalyse.

Hvilke indikatorer er der ud over dem i standarderne? - Hvis der er noget kan jeg tilgå dem på nogen måde?

Når der skal laves journalaudit. Er de spørgsmål der skal besvares de samme som ved selvevaluering? Hvordan er de eventuelt anderledes? Er det muligt jeg kan tilgå de spørgsmål der stilles til de 3 standarder?

Journal audit skal gøres ud fra 20 journaler. Hvem har/får den opgave? Hvordan udvælges journalerne?

Angående Rapporter. Hvordan ser de ud og er det blot en feedback af det der er skrevet i selvevalueringen, journalaudit den tilhørende statistik? Hermed menes genereres der ekstra ledelsesinformation afdelingssygeplejersken kan bruge?

Afslutningsvis:

Da jeg gerne vil designe og udvikle et ledelsesinformationssystem (med klinisk ledelsesinformation, der kan være et redskab til afdelingssygeplejersken under udførsel af ledelsesopgaver i henhold til DDKM), har jeg behov for de data der er i systemerne. (I forhold til de 3 standarder: (1.4.3) Introduktion af nyt personale, (1.4.4) Arbejdstilrettelæggelse (1.4.5) Uddannelse og kompetence)

Jeg vil derfor spørge, er det muligt at jeg kan tilgå materiale om:

- *Retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard skal nås?*
- *De tilhørende indikatorer.*
- *Et selvevalueringskema. - så jeg kan se hvad personalet bliver spurgt om*
- *Et skema over hvad der spørges om ved journalaudit.*
- *Et eksempel på hvordan en genereret rapport ser ud.*

G.1.2 Transskribering

Interview:

Thomas:

Anden høringsudgave, januar 2008 er den nyeste udgave af DDKM. Det er den vi har benyttet til at pilotteste efter.

Vi har pilottestet enkelte standarder og det er meget spredt hvilke af standarderne, vi har testet.

Lykke:

Hvordan har i pilottestet ud fra standarderne?

Thomas:

Det vi har gjort er at lave en selvevaluering. Det vil sige, lever vi op til de standarder, vi har pilottestet? Det vil sige, vi er først gået ind på den enkelte afdeling og spurgt: Har I det retningsgivende dokument? Det er ikke så enkelt at gøre, for der er ikke et overblik over hvilke dokumenter afdelingerne er i besiddelse af. - Jo nogen steder men ikke alle.

Måske ligger det på ryggraden hvad de skal gøre i de enkelte situationer. Den enkelte kvalitetskoordinator har så været ude at undersøge: Har I de retningsgivende dokumenter liggende? De har altså ikke lavet nogen nye dokumenter, hvis de var der i forvejen. Pilottesten er jo gået ud på om standarderne er til at forstå (er de anvendelige som de er for det kliniske personale).

Vi har spurgt:

1) Har vi dokumentet?

2.) Bruger I dokumentet.

Svaret herpå er enten fået ved interview eller observation. Man har eksempelvis spurgt sygeplejersken: Ved du hvilke informationer, du skal give til patienten ved første møde i ambulatoriet?

Så kan et svar være: Nej men vi plejer det og det.

Så kan der spørges: Ved du hvor dokumenterne står henne?

Så kan det være hun svarer: ja eller nej.

Trin 2 i kvalitetsmodellen er jo: Kender og anvender du dokumenterne.

En tredje mulighed er observation. Man kan observere om de anvender retningslinjerne. De har vi også lavet i pilottesten under trin 2.

Trin 3 som hedder monitorering (audit), har vi ikke lavet i pilottesten heller ikke trin 4. Det giver jo ofte ikke mening at lave fra trin 2, fordi vi ikke har det retningsgivende dokument.

Lykke:

Er det sådan du kan finde ud af, om I har materiale om resultatet af pilottesten, så vi kan finde ud af om I har de tre dokumenter omhandlende: Introduktion af nyt personale, Arbejdstilrettelæggelse og Uddannelse og kompetence, liggende?

Thomas:

Ja, det kan vi godt finde ud af. Det er noteret i TAK systemet.

Lykke:

Jeg skal jo gerne bruge dokumenterne, for de må jo kunne anvendes som kvalitetsmål?

Thomas:

De retningsgivende dokumenter er et mål eller gylden standard. Standardens formål (hvad går det ud på og hvorfor skal vi gøre det). Eksempelvis oplysning om allergi skal være angivet i patientjournalen. - Det er formålet. Retningsgivende dokumenter beskriver hvad vi skal gøre for at nå derhen. Indikatorerne skal så anvendes på de forskellige trin.

Lykke:

Ja lige præcis og ud fra dokumenterne der udarbejdes på trin 1, tænker jeg, at det skal analyseres, hvad det drejer sig om. Er det, at der skal være 2 hygiejne sygeplejersker pr. afdeling? Hvis ja kan det være de indikatorer, jeg kan måle på og vurderer kvaliteten ud fra. - Er de to personalemedlemmer tilstede, hvis nej, så er der mulighed for at kvalitetsudvikle.

Thomas:

Ja. Jeg har kun ganske få af dokumenterne, ellers forekommer de ude på afdelingen. Den måde vi organiserer det på er, at der sidder en central projektleder (mig). Jeg er ansvarlig for hele huset. Dem der laver det konkrete arbejde med at sørge for retningslinjerne, sidder decentralt. Det er ikke noget jeg kontrollerer at de laver. Eksempelvis skal gynækologisk afdeling sikre sig, at de har standarden. Jeg kan gå ind i TAK systemet og se om de har retningslinjen, men kontrollerer den ikke, for det er jeg ikke faglig kompetent til.

Lykke:

Det vil sige, vi kan se, i TAK systemet, hvem der har været inde og anvende de pågældende 3 dokumenter som jeg efterlyser?

Thomas:

JA, hvis der er nogen der har dem.

Lykke:

Er I kommet der til, at I kan sige noget om hvordan afdelingssygeplejerskerne skal kunne kvalitetsudvikle egne ydelser ud fra standarderne?

Thomas:

Hm (der tænkes). Joe men altså sådan ligefrem at sige, at afdelingssygeplejersken skal kvalitetsudvikle ydelserne ud fra standarderne. Der er dokumentation i patientjournalen. På baggrund af kvalitetsovervågningen prioriterer ledelsen konkrete tiltag til kvalitetsforbedringer. Det her system ender jo ud med kvalitetsmonitorering og der ud fra prioriteres der så hvor der skal laves kvalitetstiltag. Prioriteringen kan tages af sygehusledelsen, det kan også være afdelingsledelsen der prioritere, men det kan jo selvfølgelig også være den enkelte afdelingssygeplejerske det gør det og siger, vi skal have fokus på et bestemt område.

Lykke:

Ja i standarderne står der jo, det er personalet på alle ledelsesniveauer.

Thomas:

Ja det er rigtigt.

Lykke:

Jeg tænker så i forbindelse med TAK systemet, at det blot viser de indikatorer, der hører til hver trin hvorefter de så manuelt skal vurderes af den enkelte afdelingssygeplejerske ved, at hun skal vinge af, om de er opfyldte eller ikke.

Hvordan gør de det? Gør de det ud fra hukommelsen eller anvender de hver gang journaler til at gå ind og se om indikatorerne er opfyldte?

Thomas:

Dem der udfylder TAK systemet bliver folk i kvalitetsorganisationen. Vi har kvalitetsrådet, det er topledelsen dvs. sygehusledelsen og så nogle afdelingsledelsesrepræsentanter. I forhold til akkreditering, er der mig, der er projektleder og på hver afdeling er der 1-2 kvalitetskoordinatorer. Det er dem der skal ind og vinge af i TAK systemet. Afdelingssygeplejersken kan blot gå ind og se resultaterne. - Det er sådan jeg forventer det bliver.

Lykke:

Jamen hvordan, når det nu er hele organisationen, der skal implementere standarderne, hvordan kan de to personer så finde ud af hvordan det efterleves i afdelingen på det kliniske niveau.

Thomas:

JA det er et udmærket spørgsmål. Hele akkrediterings tanken baserer sig på, hvis vi eksempelvis tager det engelske og amerikanske akkrediteringssystem, så er det baseret på survey. Så kommer der eksempelvis 4 personer som går rundt og interviewer personerne på gangen. Det stopper folk og spørger eksempelvis om: Ved du hvad du skal gøre i tilfælde af hjertestop? Hvis du vil læse noget om hjertestop, ved du så hvor du kan indhente informationen? Hvis de ting så er opdateret siger survey folkene: okay det har de styr på.

Det suppleres med observation i forhold til: Hvad gør personalet i givende situationer? Der ud over benytter de sig af ordit data. Det slår mig lige, at når du spørger.. Her i bilaget kan vi se i hvilke systemer informationerne og data (til de forskellige standarderne) kan indhentes.

I de systemer vil man så kunne gå ind og se eksempelvis patienttilfredshedsundersøgelser. Hvis personalet siger, at patienterne er blevet informeret og hvis patienterne så svarer i patienttilfredshedsundersøgelser, at det er de ikke, jamen så er der jo noget der ikke stemmer overens.

Lykke:

Dvs. man "glemmer" lidt afdelingssygeplejerskerne, for de får ikke et redskab, de skal til at anvende i praksis. De vil i forbindelse med den danske kvalitetsmodel få feedback via nogle rapporter, som de så kan vælge at forholde sig til. Og det her survey der forekommer, er jo kun hvert 2-3 år!

Thomas:

Ja men vi skulle jo gerne løbende lave selvevaluering. Hvor vi siger, hvor langt er vi.

Lykke:

Jamen det gør afdelingssygeplejerskerne jo ikke!

Thomas:

Nej det gør kvalitetskoordinatoren, det er rigtig at det gør en afdelingssygeplejerske på afsnitsniveau ikke.

Data i TAK systemet er ikke tænkt til afsnitsniveau hos afdelingssygeplejersken. Eller, det kan godt være de er tænkt til det i starten, men jeg har fundet ud af i pilottesten, at det er helt totalt vanvittigt, at bruge dem på afdelingsniveau.

Lykke:

Ja altså, jeg er jo kommet frem til, at tre af standarderne godt kan bruges på afdelingsniveau. Det er introduktion af nyt personale, arbejdstilrettelæggelse og uddannelse og kompetence. Som jo omfatter en stor del af de ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har. Så jeg tænker egentlig, at en videreudvikling af standarderne dvs. udarbejdelse af retningsgivende dokumenter på trin 1. der beskriver, hvad afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver skal sikre (i forbindelse med introduktion af nyt personale, arbejdstilrettelæggelse og uddannelse og kompetence) samt en analyse i forhold til, hvordan kan det måles (via indikatorer) dvs. om praksis og beskrivelsen i det retningsgivende dokument stemmer overens. På den måde tænker jeg, det kan gøres brugbart for afdelingssygeplejersken til daglig.

Problemet som jeg ser ved de standarder her er, at der i alt er to indikatorer på trin 3 fordelt på to af standarderne.

Thomas:

Ja, der er mange der ikke er indikatorer udover trin 1 og to.

Lykke:

Ja og så tænker jeg, at det kan være et spørgsmål om, at processen ikke har været i gang længe nok til at få gennemarbejdet både hvad er det så for nogle indikatorer vi skal måle på, og ikke mindst specificering af hvilke retningsgivende dokumenter er det, der hører under introduktion af nyt personale, arbejdstilrettelæggelse og uddannelse og kompetence.

Jeg kan godt se, at hvis det ikke er planen at afdelingssygeplejersken skal bruge TAK systemet, så kan det jo være videreudvikling af systemet, hvor der kan indhentes information om de ting, der skal måles på i TAK i dag. På den måde er kvalitetskoordinatoren fri for at lave løbende selvevalueringer af de standarder, og der skal så heller ikke laves et eksterne survey hvert 2-3 år af de standarder.

Thomas:

Det der med, at TAK systemet skal anvendes på afdelingsniveau. Et hurtigt regnestykke er, at der ca. 210 indikatorer (hvis hvert afsnit får tildelt 70 standarder) hvor man skal ind i TAK systemet og vinge af. Det er jo meget i sig selv. Hvis hver enkelt lille afdeling så skal gøre det også, så vil der være 1260 steder i TAK systemet, hvor kvalitetskoordinatoren skal gå ind og følge kvaliteten. Det gør man ikke.

Lykke:

Nej det er jeg helt med på, at det bliver alt for omfattende. Derfor har jeg udvalgt tre standarder. Mit mål med projektet er jo at finde ud af, hvilke kliniske

ledelsesinformationer afdelingssygeplejersken skal have for at få et redskab til at kvalitetssikre sine ydelser (ledelsesopgaver). Derfor er jeg også kun interesseret i 3 standarder af DDKM. For de tre standarder ser jeg (på baggrund af en analyse jeg har lavet af afdelingssygeplejerskens ledelsesopgaver) kan dække størstedelen af de ledelsesopgaver afdelingssygeplejersken har.

Thomas:

Okay, nu er jeg med. Ja okay, du er jo så med på at afdelingssygeplejersken ikke har en ledelsesopgave på hele det her felt der bliver dækket af standarderne.

Lykke:

Nemlig, det er derfor jeg er kommet ned på 3 standarder.

Thomas:

Ja som du syntes er relevante på afsnitsniveau hos afdelingssygeplejersken.

Lykke:

Lige præcis

Thomas:

JA okay!

Lykke:

Kan du følge hvad jeg mener?

Thomas:

Ja nu kan jeg sagtens følge dig.

Lykke:

Igen kunne det jo være rart at se de dokumenter der hører til de her 3 standarder.

Thomas:

Umiddelbart tænker jeg, at det er en mulighed at spørge de afdelingssygeplejersker, du har interviewet.

Lykke:

Ja jeg tror bare, at det er et lille problem. For de ved endnu mindre om standarderne i DDKM. De er ikke kommet så langt som I er. I har jo haft mulighed for at reflektere over DDKM, da I har pilottestet den.

Thomas:

Ja, men det er vel også en mulighed at lave en case ud fra det du har i interviewene. Du må tænke på, at vi ikke er begyndt at arbejde med dokumenterne, så egentlig er vi ikke længere end de er.

Lykke:

Skal vi gå ind og studere TAK systemet og se om I tilfældigvis har dokumenter til de 3 standarder, samt undersøge hvordan rapporterne ser ud osv?

Thomas:

Ja det kan vi godt prøve, men vi har ikke arbejdet med journal audit. Det er et særligt modul i TAK systemet.

Altså, jeg tror faktisk ikke at de dokumenter du har behov for behøver at leve op til standarderne i DDKM. Hvis afdelingssygeplejerskerne "bare" har et eller andet dokument liggende, kan du jo bruge det. Men de er jo lidt spookie de tre standarder, for hvad ligger der i arbejdstilrettelæggelse?

Lykke:

Ja det kan jeg sagtens se, men jeg har jo netop spurgt afdelingssygeplejerskerne i et interview hvordan de tilrettelægger deres arbejde.

Thomas:

Ja det må du kunne bruge til at udarbejde en case.

Repræsentant for sygehusledelsen/administrationen

H.1 Interviewguide og Transskribering

H.1.1 interviewguide

1. *Hvad er for dig ledelsesinformation?*
2. *Hvilke ledelsesopgaver har sygeplejersker?*
3. *Hvilke problemer er der i forbindelse med sikring af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver?*
4. *Hvilke ledelsesopgaver har læger?*
5. *Hvilke problemer er der i forbindelse med lægers ledelsesopgaver?*
6. *Tillægsspørgsmål til spørgsmål 3-6. Er dette noget I har undersøgt eller haft på dagsordenen i DSKL? Hvad og Hvordan?*
7. *Har du viden om internationale publikationer hvor ledelsesmæssige problemer eller løsninger på problemer er beskrevet? Hvilke?*
8. *Kan du se et It-system både kan være et redskab til at få fokus på ledelsesopgaver og til at løse ledelsesmæssige problemstillinger? Hvordan?*
9. *Kan du give et eksempel på, hvor du har oplevet et behov for et redskab til at løse en utraditionel ledelsesopgave som eksemplet de postoperative pneumonier efter thorækirurgi i perioden 1999-2003? Hvilket?*

Transskribering

Når vi snakker om en afdelingsledelse er der en oversygeplejerske og en ledende overlæge og til hvert afsnit er der en afdelingssygeplejerske. Arbejdsopgaver indenfor klinisk ledelse hører under afdelingssygeplejersken.

Der er tradition for at ledelsesinfosystemer retter sig mod topledelsen og deres krav (sygehusledelsen og regionen). Parametrene i systemerne er primært økonomiske og som noget relativt nyt er kvalitet parametre kommet med i systemerne.

Jeg tror, at hvis du går rundt til afdelingssygeplejerskerne i Region Midtjylland og spørger om de har været inde og kikke på InfoRM, vil de svare nej. Grunden hertil er, at der er en generel opfattelse af, at den opgave hører under ledelsen over dem. Det syntes jeg er ærgerligt og et problem. De skal tage et ansvar herfor, for det er dem der er nærmest det sidste led (klinisk personale og patienterne) og dermed dem der kan ændre driften, arbejdsgangen mv.

Det handler om at påtage sig ledelse. Ledelsen over skal hjælpe med at skabe ledelseskompetencer hos afdelingssygeplejerskerne. Jeg tror afdelingssygeplejersker er

ubevidst inkompetente. De reflekterer ikke: får jeg noget feedback jeg kan bruge til noget, fordi det generelt er noget der skal bruges på niveauet over dem. Ledere på driften skal forholde sig til den ledelsesinformation de har i forhold til, hvordan kan jeg ændre praksis.

Der skal en kulturændring til, og den skal nok komme med den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). DDKM indeholder 103 standarder. En omhandler: økonomistyring og ledelse der ud over er der nogle kvalparametre. Fælles for alle standarder gælder, at der er opbygget som retningslinjer for noget, der skal sikres i praksis ved at måle på det Dvs. vi få noget ledelsesinformation. Det betyder afdelingssygeplejersken skal vende sig til at få data tilbage og forholde sig til dem.

I en række år har afdelingsledere bare indsamlet data fordi det skal de. Ikke fordi de vil forholde sig dertil. - Ledelsen skal ikke bare være på topniveau.

Afdelingssygeplejerskens opgaver indbefatter:

- *Daglig drift, herunder arbejde tilrettelæggelse.*
- *Personale ledelse*
- *Forandringsledelse*
- *Kompetenceudvikling herunder uddannelse og udvikling af personale*
- *Kvalitetsudvikling, at de får brugt de rigtige retningslinjer mv.*

Der er mange dimensioner af ledelse.

Ledende overlægers opgaver indbefatter: Faglig ledelse.

Hos lægerne er der ikke noget, der modsvarer de ledelsesopgaver som afdelingssygeplejersken har. Lægen behandler patienter samtidig med, han er leder og fokuserer primært på det faglige. Fokus er ikke på udvikling, måske lidt indenfor kvalitet i forhold til NIP, men ikke på personale.

Ledelsestraditionen grundlægges i studietiden hvor sygeplejeuddannelsen ligger op til, at man kan blive leder. Mens det under lægestudiet er faglighed og karriere der står på spil. Fra en lægestuderende starter på universitetet til denne er speciallæge går gennemsnitlig 22 år, så det er ens egen karriere, der står på spil.

Lykke: *Hvad er ledelsesinformation?*

I vores verden er økonomi grundlag for forretningens eksistens, patienternes tilfredsstillelse, ledelsesinformation om hvordan medarbejderne har det, kvalitetsdimensionen med produkterne/ydelseerne vi leverer og fagligheden.

Det vil være en god idé at gå ud og spørge afdelingsledere hvordan de anvender ledelsesinformation. Kommunikationsvejen fra Region, sygehusledelse, afdelingsledelse og ud til personalet er lang. Information skal gennem 4 led inden

det når der ud.

Et konkret eksempel hvor svært der er at nå ud er:

Det er sådan at på en afdeling er der et antal nøglepersoner, der referer til afdelingssygeplejersken. I min afdeling har vi ansvar for alle nøglepersoner indenfor patient sikkerhed, hygiejne og ernæring. Vi har for nylig haft en temadag for nøglepersonerne. Vi stillede dem et spørgsmål som omhandlede, at vi på hele sygehuset fra november-januar har været ude og lave en selvevaluering, hvor vi har været ude at spørge til 10 kvalitetsområder. - Hvor langt de var med områderne, hvad de havde af data og hvad de brugte det til. De 10 kvalitetsområder har vi arbejdet meget med, og temadagen var meget velforberedt. På hver afdeling fik de en hel manual og skemaer med de spørgsmål vi ville stille. På den måde kunne de forberede sig i god tid til temadagen. Manual og skemaer blev sendt ud til kvalitetsudvalget, det vil sige en fra afdelingsledelsen ofte afdelingssygeplejersken og folk fra kvalitetsudvalget. Ud af de 10 områder vi arbejde med, er der to der omhandler hygiejne. Jeg forventer, når der er to områder der omhandler hygiejne, at de i deres forberedelses tid har taget fat i deres kontaktperson, vist dem spørgsmålene og rådspurgt sig om hvordan spørgsmålene skal besvares. Det viste sig imidlertid, at ud af de 50 nøglepersoner var der 7 der overhovedet havde hørt om, at de havde fundet sted.

Det er gået op for mig, at uanset hvor meget jeg informerer og hvor begejstrede og positive afdelingslederne er for de ting jeg kommer med. Mangler de at forstå, at det sidste led, der er det vigtige. Informationen skal ikke stoppe ved dem der sidder på ledelsen. I stedet skal informationerne ud til klinikerne (plejepersonalet) for det er der hygiejnen håndteres og kan blive forbedret.

Vi snakker igen om manglen på kultur for, at man inddrager det der har med almindelig ledelse at gøre: medindflydelse, inddragelse, muligheder mv. I forhold til hvordan vi når der til kan et ledelsesinformationssystem jo være et godt supplement. Men noget der står på en computer, får jo ikke folk til at ændre deres tankegang, men det kan jo være en godt støtte.

Der er et behov for at lave en ledelsesreform som kan være støttet af et system og det tror jeg ikke man undgå. Man er nødt til at forholde sig til ledelse og alle andre dimensioner af ledelse.

Det er også vigtigt at bemærke, at dem der sidder i topledelsen, går på arbejde for at lede og fordele og forholde sig til dette. Herimod går afdelingsledere og plejepersonalet på arbejde for at arbejde med patienterne mv. og det vi kræver af dem om at forholde sig til ledelsesinformation mv. er ikke det de går på arbejde for. - Det er vigtigt at have stor respekt for dem.

Repræsentant for sygehusledelsen/administrationen

I.1 Interviewguide & Transskribering

Interviewguide

Indledning:

Lykke: Indledningsvis vil jeg gerne høre lidt om hvem Kenneth er, så jeg efterfølgende kan vurdere, hvordan jeg skal henvende mig til ham i den efterfølgende dialog. Når jeg stiller de efterfølgende spørgsmål, er det en forudsætning for en god dialog at tage højde for Kennets faglige kompetencer.

- *Hvad beskæftiger du dig med til daglig?*
- *Hvordan/Hvorfor har du fået interessen for ledelsesinformation/systemer, der kan anvendes af afdelingsledere (dem der primært skal agere på informationen)?*

Foretningsbehov:

Lykke: What: Jeg har det sidste stykke tid haft fokus på ledelsesinformationssystemer og er blevet bevidst om, at Region Syddanmark skal have et og kun et ledelsesinformationssystem implementeret (SydLis). Det er jo heller ikke noget nyt, at det kan være en fordel at få indført teknologier som redskab i forbindelse med dokumentation mv. Men det er jo ret nyt med et ledelsesinformationssystem. Jeg ser et ledelsesinformationssystem som værende et system, der skal kunne benyttes af alle ledere i organisationen dvs. et system som kan anvendes til at træffe ledelsesmæssige beslutninger.

- *Hvad er et ledelsesinformationssystem for dig?*
- *Hvad er ledelsesinformation?*
- *Hvem har efter din mening behov for et ledelsesinformationssystem? (Eksempelvis sundhedsfaglige, en delmængde af de sundhedsfaglige og sygehusledelsen)*

WHY: Efter at have set indholdet SydLis oplevede jeg, at systemets data primært skulle anvendes til økonomisk administrative formål. Det skal dog nævnes, at der i systemet er påbegyndt et analyseredskab, hvor det i fremtiden skal blive muligt for fagligt interesserede, at logge ind og foretage analyse efter eget valg.

Lykke: Jeg ser det som om at behovene er forskellige alt efter hvor i organisationen ledelsesinformationssystemet skal anvendes.

Hvis man kan dele det op i region, sygehusledelse og afdelingsledelse. Region og Sygehus: har behov for de rapporter der er i SydLis med faktuelle tal om drift og økonomi. Afdelingsledelse: De kan kun bruge rapporter til at benchmarke, men det fortæller jo kun noget om status og giver ikke et redskab på det kliniske niveau til at træffe ledelsesmæssige beslutninger om eksempelvis strukturændringer i afdelingen.

- Hvordan ser du behovene for ledelsesinformationssystemer på de forskellige niveauer.
- Ser du forskellige behov alt efter om det er læger eller sygeplejersker, der skal anvende systemerne, hvordan?

Lykke: Jeg er jo blevet bekendt med, at du tidligere har haft og lige har fået et ledelsesinformationssystem der skal benyttes på afdelingsniveau.

- Hvorfor ser du et behov herfor? (Eksempelvis et organisatorisk behov, fordi der er flere ydelser der skal dokumenteres)
- Har du hørt afdelingsledere efterlyse sådan en teknologi? Hvem, hvornår og hvordan? Forekommer der noget dokumentation herpå?

Lykke: Jeg skrev til dig i den mail jeg sendte, at jeg tidligere har arbejdet med hvilke informationer/data der skal være til rådighed i et system, så de kan sammensættes med forskellige formål. Eksempelvis at det er vigtigt, der både dokumenteres en afdelings struktur, proces og resultat.

- Hvilke overvejelser har du gjort dig i forhold til hvilke data, der skal være i systemet?
- Hvordan er du kommet frem til at det er de data, du skal have til rådighed, som du har valgt at få præsenteret i systemet?
- Har du anvendt en bestemt metode (er denne forskellig alt efter hvilken afdeling systemet skal udarbejdes til), hvem er adspurgt, forekommer der noget dokumentation herpå, har du læst international litteratur der beskriver ledelsesinformationssystemer i praksis?
- Er der både data indenfor struktur proces og resultat i dit ledelsesinformationssystem? Hvilke?

Lykke: Det er jo fra centralt hold besluttet at indføre ledelsesinformationssystemer (Regionen og der er for første gang også kommet et afsnit i den nationale it-strategi)

- Hvorfor tror du, at der central fokus på implementering af ledelsesinformationssystemer?

Lykke: Jeg har ikke set en entydig og utolkbar forklaring på, hvad der menes med ledelsesinformationsystem eller ledelsesinformation. Men der er enighed om, at de skal kunne anvendes af alle i organisationen også klinikerne.

- Hvad tror du der menes hermed? Anvendes hvordan, som benchmarking eller til specifikke ledelsesopgaver?

Informationsbehov:

Lykke: Der er jo krav til afdelingsledere om at kunne dokumentere ressourceforbrug, antal kunder mv.

- Hvordan foregår den dokumentation i praksis?
- Jeg har jo set hvordan den bliver opstillet i SydLis men indtaster personalet manuelt, eller sker rapporteringen automatisk?

Lykke: Jeg har set i SydLis at der er et "emne" der hedder kvalitet, samt at der på nuværende tidspunkt er nogle indikatorer fra NIP der skal dokumenteres.

- Hvem beslutter hvilke informationer der skal i systemet? Jeg mener hvorfor lige NIP og ikke DDKM eller hvorfor er hjertekar databasen ikke en obligatorisk del af SydLis?

Lykke: Jeg vil jo gerne undersøge hvilke behov henholdsvis sygeplejersker og læger har til ledelsesinformation.

- Kan du nævne hvilke arbejdsopgaver henholdsvis læger og sygeplejersker har, der kan generere ledelsesinformation.
- Hvilke ledelsesmæssige arbejdsopgaver har afdelingssygeplejersken og den administrerende afdelingslæge?
- Hvad er det for noget information afdelingslederen (både sygeplejerske og læge) skal have for at udføre ledelsesopgaver?

Lykke: Ligesom de i regionen laver nogle arbejdsgrupper til indhold i SydLis, har du så været en del af en arbejdsgruppe der har fundet ud af hvilken information der skal være i afdelingens ledelsesinformationsystem?

- Hvem har deltaget i gruppen?
- Hvad er der blevet besluttet - dataindhold, brugergrænseflade, hvordan der interageres med systemet mv.?

Lykke: Jeg har, her efterfølgende, tænkt mig at undersøge hvilke ledelsesmæssige opgaver afdelingsledere har og derud fra lave en analyse til hvilken ledelsesinformation der kunne være relevant for dem. Det har jeg tænkt mig at gøre ved for det første at

afgrænse til enten (kirurgiske eller medicinske afsnit), snakke med 3 afdelingsledere (både sygeplejersker og læger). Se om der er gentagelser i der de siger hvor ud fra jeg vil se om det er muligt at lave en større spørgeskemaundersøgelse.

- *Hvordan mener du det vil være mest hensigtsmæssig (hvilken metode) at undersøge hvilke informationsbehov en afdelingsleder har til et ledelsesinformationssystem?*

Informationssystemers-infrastruktur.

Lykke: *Jeg er jo, som nævnt, bekendt med, at du tidligere har haft og lige har fået et ledelsesinformationssystem, der skal benyttes på afdelingsniveau. Det gør mig jo lidt nysgerrig.*

- *Hvilket software og hardware har afdelingsledelsen til rådighed? Hermed menes om der er software i alle rum eller i specielle rum. Kan alle ansatte tilgå alle programmer mv?*
- *Hvordan indsamles, analyserer, bearbejder og formidler henholdsvis læger og sygeplejersker informationen i systemet?*
- *Er det muligt at se de systemer du benytter? (foreligger der noget materiale herom jeg kan tilgå?)*
- *Hvilke systemer der er integreret i ledelsesinformationssystemet og hvorfor? (Eksempelvis PAS, løn. Økonomi mv.)*
- *Hvilke systemer har du til rådighed og er det nok, eller er der begrænsninger på hvilke du kan få tilkoblet systemet?*
- *Hvad er det du søger løst med et ledelsesinformationssystem? Eller hvad er fordelene ved systemet? (salgsargumentet) (Eksempelvis minimer ressourceforbrug, præcisdata, redskab til dokumentation mv.)*
- *Hvorfor er det vigtigt at have et ledelsesinformationssystem, der kan anvendes af afdelingsledelsen?*

Lykke: *Som jeg skrev i mailen til dig har jeg tidligere analyseret mig frem til, at de fleste informationer, der kan være relevant i et ledelsesinformationssystem, allerede er indsamlet, så det drejer sig ikke om, at der skal bruges ekstra tid på at indsamle data, men om at lave systemer, der præsenterer de data der allerede er, så de dækker brugerens behov.*

- *Hvordan oplever du det med ledelsesinformationssystemet her? Skal informationerne hentes fra andre systemer, skal personalet daglig bruge tid på at taste informationer ind mv?*
- *Hvad er fordelene ved at implementere en teknologi i forhold til tidligere?*

Databaser:

***Lykke:** I mit forrige projekt lavede vi et "proof of concept"system, der viser hvordan data kan sættes sammen og anvendes i forbindelse med UTH (i det generelle tilfælde). Der var der en tidsstempling på struktur og hændelse så man over en periode (eksempelvis en måned) kunne gå ind og grafisk se hvilke strukturændringer havde været i en afdeling, når der samtidig havde været et udsving i antallet af postoperative pneumonier.*

- *Hvordan ser du det hensigtsmæssigt at data/information lagres i et ledelsesinformationssystem således, en afdelingsleder kan foretage en analyse ud fra den information/de data der er lagret i informationssystemet? Eksempel? (skal det måde være muligt at skrive fritext, skal data opstilles kvantitativt mv.)*
- *Hvordan skal data/information vises for at en afdelingsleder kan foretage en analyse ud fra den information/de data der er lagret i informationssystemet? Eksempel? (grafer, tekst, kvalitativ, kvantitativt)*
- *Er det forskelligt hvilke databaser der kan være relevante at tilkoble et ledelsesinformationssystem, hvordan?*

I.1.1 Transskribering

Jeg har arbejdet med ledelsesinformation i mange år. Jeg arbejdede oprindeligt uddannet i nykredit. Jeg var en af de allerførste der fik en pc og lavede ledelsesrapportering under finanskrisen i 1980'erne.

Det har fyldt en del i mit arbejdsliv, at kunne give præcise informationer på en meget nem måde, og det bærer vores rapporteringer i det gamle vejle amt også præg af.

Fra at være budgetbisse i finansverdenen, har min jobbeskrivelse ændret sig en hel del. Da jeg kom til i denne stilling for 9,5 år siden på vejle sygehus, var man i gang med at indføre ledelsesrapportering. Det var sådan noget med store manualer og mapper og 3dages kurser for afdelingsledere. Det ville jeg ikke være med til. Jeg ville ikke være bekendt at pådutte afdelingsledere værktøjer, der var så lidt brugbare for nogen, der ikke arbejder med ledelsesrapportering hver dag.

Det der ligger mig på sinde er, at jeg har nogle systemer, som kan bruges intuitivt nemt med det samme. Fordi de fleste ledere i den her branche sidder for det første ikke sidder ved et skrivebord hele tiden, for det andet er ledelsesgerningen en blanding af deres fagprofession og det at være leder, og dermed at have styr på hvordan det står til i afdelingen. Hvis vi forsøger at give dem et kompliceret ledelsesrapporteringssystem som kræver vedligeholdelse af viden, kan de ikke bruge det. Hermed menes, hvad man skal gøre for at komme ind og bruge systemet. Udfordringen er at meget af rapporteringen er månedligt og at man sikre ledere får de forskellige relevante tal og statistikker. Det kan være en måned siden man sidst har benyttet systemet, derfor er det vigtigt, det er nemt og brugbart med det samme og man ikke skal slå op i manualer for at bruge det. Det vil være en hindring for at det bliver brugt overhovedet.

Vi skal forsyne vores hus, med informationer der kan bruges til noget.

Lykke: *du siger bruges til noget, nu nævner du rapporter dermed mener du færdige rapporter*

Vi har bygget vores sygehus op således, det er administrationens ansvar at lave analyserne på en række områder. Det er dem og deres fagprofession der kan det. Det er ikke en ledendeoverlæge eller oversygeplejerskes opgave eller ansvar. Deres støttepersonale i afdelingen er for det meste sekretærer, som ikke har den indgang til at lave ledelsesrapportering eller analysere på tal og den slags. Det er os der skal kunne bruge systemerne og kunne gå længere ned i de data der er til rådighed, hvis der er behov for at levere de tal der er knækket i forvejen.

Lykke: *Jeg har været i regionen og set at SydLis skal anvendes til økonomiske og administrative formål. Der er også det du siger ikke? Kan ledelsesinformation på en afdeling ikke være mere specifikt f.eks. Normering, jeg har det her personale, hvordan kan jeg fordele mit personale bedst med mere?*

Jo men det er jo ikke Æ produktionsstyringsmæssigt har vi en række systemer der holder styr på hvilke patienter vi har og hvor de ligger osv. Vi har jo også personale systemer, hvor vi har styr på hvem der er i vagt og hvem der ikke er i vagt, og jo det er da ønskeligt, at de informationer i de systemer hang bedre sammen, så man havde et beslutningsstøtte værktøj til at optimere sin indsats.

Når jeg taler ledelsesrapportering, er det lidt noget andet. Mens produktionsstøtte er noget andet for mig. Ledelsesrapportering er, hvordan de mål der er stillet op for en afdeling er nået og hvordan proformer man i forhold til dem

Lykke: *hvem har behov for systemerne. Nu har du sagt afdelingsledelsen det er afdelingssygeplejerske, afdelingslæge Æ*

Det laveste ledelsesniveau er afd. Sygeplejersken. De har også behov for at kunne følge med i: hvordan ser det ud hos os. De har behov for at se på nogle af tallene. Men det er primært afdelingsledelsen dvs. den ledende overlæge og oversygeplejersken som skal og bør bruge ledelsesrapporteringen. De næste i kæden er administrationerne og sygehusledelsen på et sygehus. Hvor vi i administrationen har behov for ledelsesrapportering, både i de enkelte afdelinger, men også på tværs af hele sygehuset. For at følge med i, om der er noget der hænger. Regionen har også behov for ledelsesrapportering i forhold til, hvordan står det til på sygehusene. Jo højere op gennem organisationen, jo flere støttepersoner er der til at analysere flere områder. Derfor kan ledelsesrapporteringen godt tillade sig at blive mere og mere kompleks eller detaljeret jo længere væk fra "virkeligheden" man kommer. Men der er for mange af os der glemmer, hvad vi er ansat til. Vi er her jo for patienterne og skal sørge for, at dem der er tættest på patienten har det så nemt som muligt og kan se de tal de

har behov for.

Et af mine yndlingsslides er pyramiden. Det øverste i hierarkiet er vores ledelsesoverblik dvs. vi skal kun kikke på et skærmside for at se hvordan det går. Hvis der kun er grønne smileys eller hvad nu, skal læger og sygeplejersker ikke gå ud og bruge sin tid på noget andet. Hvis de er nødt til det, har vi ikke været dygtige nok administrativt, nej tingene skal været tilgængelige hele tiden og ikke på papir, for papir bliver væk. Vores ledere skal have et intuitivt nemt, og med et enkelt blik kunne sige, at det er lige dér problemet er. Man må også gerne have mulighed for at grave et enkelt spadestik ned og lave en enkelt rapport eks. om hvorfor ser mit sygefravær sådan ud, hvordan er det lige det hænger sådan sammen og hvilke personalegrupper er det, der har genereret der største sygefravær. Således har vi mulighed for at tage aktion på det ting, der er at gøre.

Et ledelsesoverblik er for mig primært et enkelt skærmbillede, det sekundære er enkelte faste rapporter, for der er jo nogen ting der skal følges tættere end andre. - Men så stopper det også. Hvis man gerne vil vide mere, så er der ansat nogle administrative medarbejdere på et sygehus til at hjælpe en.

Lykke: *Hvis nu en afdelingssygeplejerske finder ud af jeg har et sygefravær på 10pct. Hvordan kan du som administrator finde ud af hvad grunden hertil er? Er det ikke afdelingens job at gå rundt til personalet, og opklare hvad grunden hertil er?*

Jo, vi skal bare stille tal og baggrundsviden til rådighed for afd. Sygeplejersken. Hvis man ikke ved hvorfor personalet er sygt, og man har set i ledelsesindeformationssystemet, det ser sådan ud, så skal man have mulighed for at lave en fast rapport hvori der vises, at det eks. er sos. assistenterne der har det største fravær, - eller sygeplejerskerne. Vil man gerne finde ud af mere, hvem det er osv. Så er der nogle konsulenter i personaleafdelingen, der skal lave de specifikke rapporter og lave ledelsesindeformationen.

Lykke: *ligger rapporterne elektronisk i systemet og kan man tilføje en note.*

Nej det kan man ikke. Ledelsesrapporteringssystemer på Vejle-Give sygehus har ligget stille i 3,5 år fordi man i regionsmæssigsammenhæng sagde, at nu skal vi finde ud at lave fælles rapportering for de fire gamle amter, og finde ud af hvilken vej vi skal gå. Der blev så truffet en beslutning om, at man skulle til at starte forfra, - fuldstændig håbløst og grotesk. Hele 2007 har vi faktisk ikke haft nogen ledelsesrapportering. Vi har kørt sygehuse med bind for øjnene. Der ud over valgte man i regionen en dobbelt leverandør- strategi med to leverandører: Refeldt partners og SAS-institute. Et dårligt valg, for flere ting kunne falde ned mellem de to leverandører.

Det er Jens Elkjær der har truffet beslutningen, men vi var nogle arbejdsgrupper eller styregrupper med repræsentanter fra hver af de gamle amter hvor jeg bla. var

med fra det gamle Vejle amt. Det endte med at vi tabte kampen om, hvilket system der skulle benyttes i fremtiden.

I dag er vi tilbage, som vi anbefalede, at man benytter SAS-institute og et ordentligt datawarehouse derfra.

Lykke: Alle regioner i Jylland har valgt SAS og samme grundplatform, er det tilfældigt eller har det været i udbud af flere omgange.

Nogen har været i udbud og nogen har ikke. Nogen af de gamle amter havde kontrakt med SAS i forvejen, som man så har udvidet, så det er meget tilfældigt, at vi alle er endt ud med at vælge SAS.

Der ligger imidlertid en forklaring langt tilbage herpå Æ. Vi fandt, for år tilbage, på at lave nogle prototyper sammen med SAS (det er det der i dag hedder ledelsesoverblik i Sydlis) det var der flere af de gamle amter der så, og vi var rundt omkring og fortælle hvad vi gjorde og hvorfor vi gjorde det. Denne model og tænkning var der mange rundt omkring i andre amter der syntes godt om, så det endte med, at Viborg og Nordjylland og Århus købte vores idé.

Psykatri på sjælland arbejder sammen med SAS ud fra samme filosofi.

Det er tænkningen om, at vi skal lave et ledelsesrapporteringsværktøj for vores afdelinger, som jeg kæmper jeg en kamp for. Det er der mange der glemmer i regionshuset. De ser ikke så mange vide kitler. Du skal altid huske, hvem din kunde er.

Lykke: og så er der Ad- hoc analysen, men den var jo ikke færdigudviklet Æ

Man burde lave den færdig, for der er brugt over 1,5 år på at lave noget og det er smæk fuld af fejl. Og de kan ikke levere varen.

Kenneth introducerer det "gamle" ledelsesoverblik:

Der er vores gamle ledelsesoverblik: Det er bygget op, så når man ser en graf og en tabel, og det er altid ens repræsenteret. Lige meget hvilken af nøgletallene man vil kikke på, så er det altid ens repræsenteret. Genkendelsens glæde er til, så folk har en chance.

Lykke: Da jeg sad og legede med Target delen i Sydlis kunne man vælge flere forskellige repræsentationsmetoder!

Ja det er utrolig sødt, men hvad giver det, hvis det ses på tre forskellige måder, 3 gange i træk og hvis man er sygeplejerske eller læge og bare lige skal se, hvordan det står til hos mig, så skal det altså være ens hver gang.

Dette er en service rapport der siger noget om, hvordan der ser ud med max otte dage. Nogle kan bedst lide at se tal og grafer.

Vi vil have tingene tilgængeligt, så alle kan komme ind og se hvordan det står til. Der skal være åbenhed og transparente tal og data. Der skal ikke være noget med password. Hvis der er en rengøringsassistent der har lyst til at bruge 5 minutter på at se, hvordan det står til med sygefraværet i rengøringsenheden, må hun meget gerne det. Derfor er det tilgængeligt via vores intranet. Det princip har vi også kæmpet for, vi vil ikke have password og dermed en ekstra administration, hvorfor skulle vi det, der er jo ikke nogen af tallene, der er hemmelige. Det er regionen ved at få ødelagt på nuværende tidspunkt.

Lykke: *Hvad er det du har fået ekstra tilføjet til sydlis?*

Det er to ting: Vi har brugt en del energi på at sige, at I skal holde det gamle system for vejle amt ajour, indtil sydlis bliver tro mod de beslutninger der er taget. Så sydlis kommer til at indeholde en række fantastiske ting, når det engang kommer til at virke.

Det er kun hvad jeg tror, for der er et ikke nedskrevet en målsætning for, hvad systemet skal indeholde i fremtiden. Projektstyring er ikke deres stærke side. Der sidder en referencegruppe, hvor jeg er medlem i den for vejle-give sygehus. Da jeg skulle arbejde med at finde tal for kvalitet, økonomi og personaleområdet

Båndet vendes

Vi har brugt kræfter på at sige, at vi skal have så mange data med som muligt. I dag er det sådan, at vi reelt ikke ved hvad ting koster på et sygehus. Jo vi kender DRG værdien, med det er nok ca. sådan det koster. Men vil vi gerne lave 20 mere af slagsene eks. operere nogle flere pt. Ved vi ikke hvad det koster. Jo flere data vi har fra produktionssystemer, der bliver puttet i datawarehouse, jo tættere kommer vi på at kunne lave ABC. Så vi kan finde ud af præcist hvad omkostningerne er.

En hel masse forskellige data, der med til at sige noget om aktivitet og hvad koster det

Lykke: *Et af mine spørgsmål til dig er, hvilke modersystemer er koblet op til systemet.*

Ledelsesrapporteringssystemet for mig er bare en top på datawarehouse, og vores forskellige produktionssystemer skal bare sørge for at kaste data ind i datawarehouse som så overordnet er struktureret. Vi har en masse data i PAS (grøn system fra CSC) kliniske data, så vi kan sige noget om kvalitet, så vores EPJ skal også kaste

data af sig og silkeborg data dvs. vores lønsystem , vores 2300 ansatte skal vi gerne kunne sige noget om, dvs. hvor mange er der her, hvor meget er de på kurser, så vi har det til ledelsesrapporteringen, hvis der pludselig er noget, der ser mærkelig ud. Vi har en række andre personaledata, som fortæller hvor mange der ansøger til job, for at kunne sige: hvis det ændre sig, er det så fordi, vi er blevet en mere eller mindre attraktiv afdeling. - Det er nogle vigtige nøgletal både som afdeling men også som sygehus.

Så har vi også andre vigtige data, hvis der indgået særlige aftaler med sygehusledelsen dvs. hvis en afdeling har fået lov til et eller andet. I stedet for at have det liggende på et stykke papir, ligger de også som en del af vores ledelsesrapportering. Særlige opgørelser med statestikker om behandlingsgarenti mv. ligger også som særøpgørelser.

På ledelsesoverblikket er der nogle kvalitetsmål - gør vi det, vi skal i forhold til vores patienter, der var nogle tal i forhold til aktiviteten. Nu er der fjernet nogle rapporter herfra om eks. noget om baseline.

Telefon ringer..

Vi har besluttet, at venstresiden er identisk for samtlige af de sygehuse, der var en del af vejle amt, dvs. de rapporter vi ligger op (der ligger jo rapporter for hvert tal). Højresiden er individuel for hvert sygehus. Hvert sygehus har jo nogle forskellige måder at gøre ting op på og rapportere på. Den sidste del af siden, er de steder, man kan ligge særskilte ting ind dvs. ting der er afdelingsspecifikke. Eks. på onkologisk afd. var der nogle problemer, fordi strålebehandlingen er så vital at følge med i. Derfor lavede vi nogle særskilte regneark/oversigter, som viste hvordan det så ud med behandling kontra udvikling.

Lykke: Hvem beslutter hvad der skal ligge under hver afdeling..

På venstre siden er det en gruppe i amtet, på højresiden er det en gruppe på sygehuset. Eksempelvis en aftale mellem økonomi/plan og afdeling. Men vi har haft en strategi, der har sagt, vi ikke vil sende ting ud på papir. Så hvis der er nogle informationer, der går igen, vil vi gerne uploade dem på den her side således, tallene altid er tilgængelig. På alle kliniske afdelinger er der altid to i afdelingsledelsen (ledende overlæge og oversygeplejersken). Skal vi så sende to rapporter af de samme ud? - Det er noget bøv, så det er op til dem selv at gå ind og kikke.

Lykke: inde under emneoverblikket ligger eksempelvis NIP's kvalitetsparametre

JA, det vi gjorde fordi, på et tidspunkt måtte vi sige, jamen desværre kan vi ikke have alle det ekstra data, vi har på ét skærmbillede. Så vi gik på kompromis med os selv og sagde: vi må have en side, der fortæller om de hårde data og en der fortælle om de bløde. De hårde er aktivitet, DRG mv. mens venstre er kvalitetsmålene. Vi skal

have en side, der siger noget om kvalitetsmålene, men det skal være repræsenteret på samme måde, så vi kan følge med. Onkologisk afd. er eksempelvis med på den der hedder lungecanser, hvor der var nogle tal og grafer på det.

Lykke: *dvs. en hjerte afd. der altid skal dokumenterer til en hjertekar database, den vil være relevant at tilkoble hjerteafdelingens højreside, og det kan man gøre.*

JA

Selvom man siger, man altid først tænker afdelingsledelser, så sygehusledelser og til sidst region, er det blevet sådan, at man tænker i kuber, og til sidst engang får vi lavet ledelsesoverblikket, så det er vendt den vej, det ikke burde. Vi er også selv hoppet i fælden engang, og har lavet en masse smarte rapporter, men så kom vi til at tænke på: det er vældig fint men er det vigtigt?

Lykke: *Jeg har tænkt mig at gå ud og interviewe nogle læger og afdelings sygeplejersker her efterfølgende. Hvad har I gjort for at finde ud af, hvad afdelingsledelsen har behov for.*

Det er en god ide. Vi har engang imellem snakket om det på vores ledelsesrådsmøder. Snakket om der er en række af nøgletallene, der ikke er til diskussion fordi, de enten er politisk besluttet eller ledelsesvedtaget på højere niveau. Eks. at udskrivningsbrevet til egen læge skal foreligge inden for to dage. Det kan godt være, nogen siger det er uinteressant, men det er der ikke noget at gøre ved, for det er organisatoriske kvalitetsmål, der er vedtaget, og som skal følges op på.

Lykke: *Jeg kunne jo godt tænke mig at se hvilke mål og parametre der skal dokumenteres i forhold til i systemet.*

Der er ikke nedskrevet noget om aktivitetsmål. Vi har ikke nedskrevet noget på papir dvs. ingen dokumentation derpå. Det er bare blevet besluttet på et møde, hvad der skulle i systemet og så kom det efterfølgende. Den model fungerede tidligere. I dag er der kommet flere sygehuse end tidligere, så beslutningsprocessen er længere en tidligere, så projektledelse mangler lidt.

I det gamle amt var der en lille gruppe med repræsentanter for sygehusene som tog referater

Telefonen ringer

Man skal ikke bruge tid på at dokumenterer på afdelingerne, det der er lagt ind i det gamle system, er ting der er vedtaget, så det eneste personalet skal gøre, er at gå ind og reflektere på de data der er, og finde ud af om der er noget, der skal handles på.

Vi har individuelle stillingsbeskrivelser. Vi introducerer nyt personale ved en tur

rundt på sygehuset, hvor de møder nøglepersoner på administrationen og bliver sat ind i ledelsesrapporteringen osv. Der får vi også fortalt, hvad vi forventer af dem på styringsområder, og hvad vi kan være behjælpelige med.

Lykke: hvis jeg nu beslutter mig for at afgrænse til medicinsk afd. Er det så muligt, at vi kan gå ind i systemet, og se hvilke parametre der er i systemet.

Vi kan vælge vejle sygehus, medicinskafdeling, men som du kan se er der er meget få data, fordi der for det første er nogen, der er fjernet og fordi, de ikke er opdateret. Det er jo ikke opdateret fordi vi skal anvende SydLis i fremtiden. Vi kan se hvor mange medarbejdere de må være og hvor mange der er.

I systemet kan man læse om hvert mål, hvad det går ud på og derefter lave en individuel rapport. Næste step i pyramiden. Se nu har jeg ledelsesoverblik, men jeg vil gerne vide noget mere om et af nøgletallene, så kan jeg gå ned i nøgletallet. Hvis jeg vil endnu længere ned, skal jeg tage fat i nogle af nørderne/ superbrugerne. Det er administrativt personale, som nogle af afdelingerne har ansat udover sekretærer, ellers er det administrationen.

Vi ser på ledelses overblikket for medicinsk afdeling. - Der DRG og DAGS der var fjernet fra den anden. Man kan se det ser fornuftig ud for dem i 2007.

Lykke: kan vi gå ind i sydlis for jeg ser jo, at der er oplistet alle afdelinger eksempelvis teknisk afdeling.

Der er tomt under teknisk afdeling, for de har jo ikke nogen produktionsmål i DRG forstand. Under de fleste af tallene for service og kliniske afdeling, vil der ikke være nogle dokumenteret.

Lykke: Det syntes jeg der er ærgerlig for der er mit sidste projekt 25 pct. flere pneumonier, rengørig og de fandt ud af at teknisk afdeling havde udskiftet ventilationssystem.

Det vil være god information at have. Det er 100 pct. sikkert, at vi gerne vil have så mange forskellige typer af data som muligt, for det er de typer af data, der er med til at sige noget om, hvad der er galt. Vores kreativitet for at komme videre med systemudviklingen, den har været ligmed nul, fordi vi indtil nu har kæmpet bare for at få det nuværende informationssystem til at virke. Denne videreudvikling og kreativitet mangler, det nyeste som vi har (hvilket er lidt pinligt) er de NIP tal vi har.

Lykke: Hvorfor ligger DDKM ikke inde i systemet? De har jo 103 standarder der skal dokumenteres i forhold til?

Den skal også på, ellers drukner vi, hvad skal vi ellers gøre for at følge op på de kvalitetsparametre? Det er åbenlyst og naturligt, at det skal være tilgængeligt. Jeg

tror også der sidder mange og tænker: hvad stiller vi op med DDKM? Der sidder også folk i de arbejdsgrupper, og er klar over denne problemstilling, men der sker ikke nogen ændringer.

Det vil være super hvis du vil være lidt kreativ

Lykke: *hvad har i af hardware på afdelingerne.*

Rundt på sygehuset her har vi 1900 computerarbejdspladser, og vi er 2300 ansatte, så vi har computere stort set overalt (også på gangene) er der computere til rådighed. Det er for at folk, lige meget hvem man er, skal have mulighed for at gå ind og se, hvordan det står til hos os. Der er noget andet i det, det var i det gamle system muligt at gå ind og se hvor meget der var brugt af afdelingsbudgettet.

Repræsentant fra Regionen

J.1 Interviewguide & Transskribering

J.1.1 Interviewguide

Overordnet formål:

At få kendskab til SydLis og de informationer der er i SydLis.

Brugere

- *Hvem skal anvende SydLis? (Alle ledelsesniveauer i organisationen - hvem er det?)*
- *Hvem skal systemet understøtte og hvordan? (Afdelingslederes beslutningsprocesser, styringsgrundlaget for regionen?)*
- *Hvem kan se hvilke informationer? (kan kirurgerne og psykiatrien se informationer fra medicinske afsnit? Hvis Ja, er det så alle informationer?)*

Systemets formål

- *Hvad skal systemet understøtte? (økonomi, aktivitet, kvalitet, DRG regnskab, servicemål, henvisning og forundersøgelse, behandling, kontinuitet, decentraler rapporter)*
- *Findes der et nedskrevet formål?*

Systemets funktion

- *Kan der inddrages flere systemer i SydLis ved behov?*
- *Hvordan er det muligt for den enkelte leder at arbejde med systemets data? (sammensættes som det ønskes, tidspunkt-event)*
- *Tilkobles specifikke databaser der kan være relevante for den enkelte afdeling? (hvis kvalitet er en del af systemet, ligger der jo nogle kvalitetsparametre i de enkeltes databaser)*

Implementering af systemet

- *Er der lagt en strategi for hvordan systemet skal implementeres og laves opfølgning ifht. Eventuelle mangler? Hvordan?*
- *Er der kørt pilottest på systemet? Skal der det? Eller hvordan skal det implementeres?*
- *Hvordan tilgås SydLis af brugeren? (Ligger noget på intranettet og så har hver leder i de enkelte afsnit specielle login?)*
- *Hvordan er systemet købt hjem? Hermed menes, har det været i udbud af flere omgange hvorefter de forskellige regioner har købt ved behov? Har der været en fælles strategi om at et fælles system skal benyttes og så er det købt af en omgang Af SAS-institute?*

Data/informationer i systemet

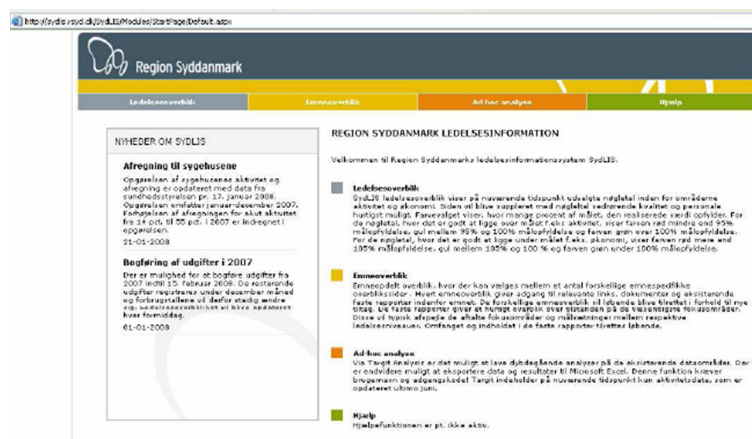
- *Hvilke data hentes fra PAS mv? Er det muligt at få en udskrift eller elektronisk kopi heraf?*

J.1.2 Transskribering

SydLis ligger som et program alle ansatte i regionen kan tilgå. Det er ikke et logon, heller ikke for de enkelte afdelinger. Dette er ikke nødvendigt, da der ingen personfølsomme data forefindes i SydLis.

J.1.3 Systemets overordnede opbygning

Her er indgangsbilledet/Startsiden i SydLis. Der er en lille boks til venstre vi selv kan ligge nyheder ind. Herfra er der mulighed for at vælge ledelsesoverblik (indeholder nøgletal), emneoverblik (hvor man gå mere i dybden med de forskellige emner og danne rapporter) og ad hoc analyse (her er der begrænset adgang, idet brugeren skal have licens hertil og oprettes som bruger for at kunne oprette sine egne rapporter med de data man har brug for), se figur J.1



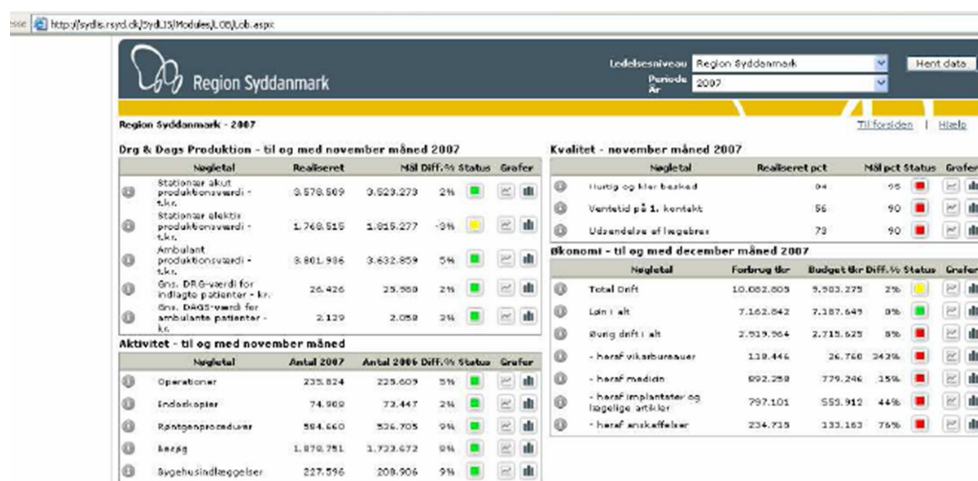
Figur J.1: Øverst på startsiden kan vælges: Ledelsesoverblik, emneoverblik, ad hoc analyse og en hjælpefunktion. Til venstre kan nyheder om SydLis læses og til højre, er der givet en forklaring på hvad henholdsvis Ledelsesoverblik, emneoverblik og ad hoc analyse indeholder. Hjælpefunktionen er endnu ikke aktiv.[Anette Riisom, 2008][Anne Mette Kjeldsen, 2007]

Ledelsesoverblik

Startsiden i ledelsesoverblikket med en nøgletalsoversigt for aktivitet, kvalitet (mål opsat af regionsrådet) og økonomi for hele regionen. Øverst i højre hjørne er det muligt selv at vælge periode og ledelsesniveau (afdeling på de enkelte sygehuse). Se figur J.2 på modstående side

Det er muligt at udbygge ledelsesoverblikket med flere kasser. Der er på nuværende tidspunkt planer om en kasse indeholdende data om personale, hvor det eksempelvis er muligt at se personalenomering med videre.

I kassen med Drg og Dags produktion kan det ses, at der angives Nøgletal (eksempelvis akut produktionsværdi), Realiseret (20377 kr. er realiseret), mål (målet var 18659), Differencen procent er 9pct. og Status (en grøn kasser indikerer det er et positivt udfald, havde kassen været rød fra udfaldet uønsket negativ). Efterfølgende er det muligt at få en grafisk visning. Den første viser kroner på y-aksen og måneder på x-aksen, Spredningsgrafien viser kroner på y-aksen om geografiske områder på x-aksen. Ved at trykke på I (informationsknappen) ud fra nøgletallet, fremkommer en tekst hvad nøgletallet indeholder.[Anette Riisom, 2008]



Figur J.2: Den er inddelt i forskellige kasser: DRG og DAGS Produktion, Aktivitet, kvalitet og økonomi[Anne Mette Kjeldsen, 2007]

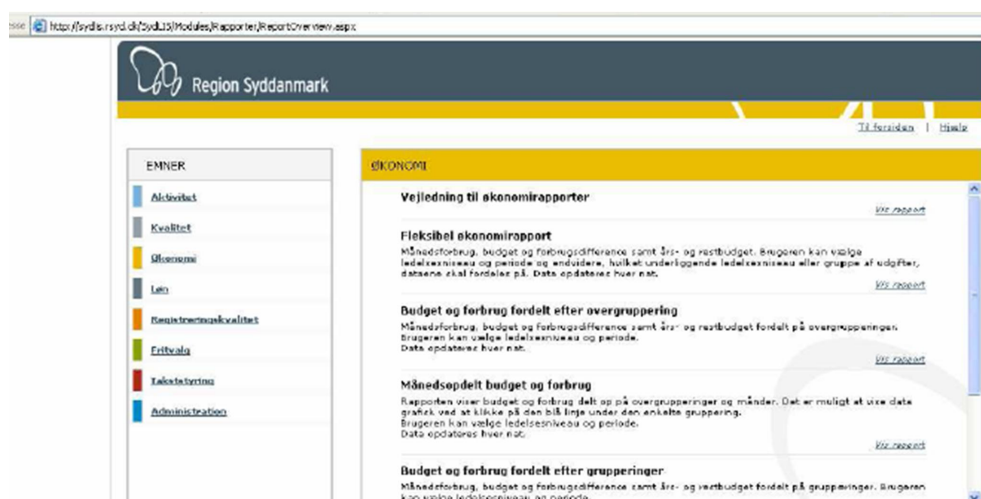
Emneoverblik

Startsiden i emneoverblikket. Emneoversigten i venstre side viser på hvilke områder, det er muligt at hente data.

Inden for hver emne oprettes et antal rapporter, der kan tilgås[Anette Riisom, 2008]. Se eksempel på figur J.3 på næste side.

På figur J.4 på side 147 ses et eksempel med månedsfordelt takstafregning i 2007. I menuen i venstre side er det blandt andet muligt at vælge år, sygehus og afdeling alt afhængig af, hvilke data der søges (og som er tilgængelige)[Anette Riisom, 2008].

Under emnet: Kvalitet ligger på nuværende tidspunkt de kvalitetsmål der er sat af regionsrådet (førstekontakt fra henvendelse til feedback, epikrise- antal dage, kontaktperson). Eksempelvis er det muligt at vælge en afdeling i sygehus Sønderjylland og se at i januar måned er målene opfyldt 9 gange ud af 39 mulige. Af øvrige kvalitetsmål er 4 af NIP's indsatsområder (hjerter, hofte, mavetarm og apopleksi) repræsenteret, til hvert område er de tilhørende kvalitetsmål repræsenteret. Endeligt er der et kvalitetsmål i forhold til patienttilfredshed. Her har en mængde patienter besvaret spørgsmål i en landsdækkende undersøgelse, hvor indenfor der



Figur J.3: På figuren ses at emnet økonomi er valgt. Til højre beskrives en vejledning til de enkelte økonomirapporter hvorved det er muligt at vælge en rapport.[Anette Riisom, 2008][Anne Mette Kjeldsen, 2007]

er opstillet nogle kvalitetsmål. Eksempelvis: Oplevede du, at der var 1-2 læger på sygehuset, der havde særligt ansvar for din behandling?

[Anette Riisom, 2008]

På figur J.6 på side 149, J.6 på side 149, J.7 på side 149 ses eksempler på rapporter trukket fra SydLis emneoverblik.

Der er mange valgmuligheder indenfor hver rapport. Rapporterne indeholder faktuelle oplysninger om det pågældende område, men de giver ikke umiddelbart nogen forklaring på, hvorfor det ser ud, som det gør. Hvis der er behov for at få belyst årsagen til en bestemt udvikling, må fagpersoner analysere forholdene.

Ad hoc analyse

Dette er et target (analyseredskab) hvor bestemte personer med brugernavn kan gå ind og oprette egne rapporter og gemme rapporterne på et fælles drev, så andre kan se dem. Licenserne hertil betales centralt i regionen, og belaster derfor ikke sygehusenes økonomi.

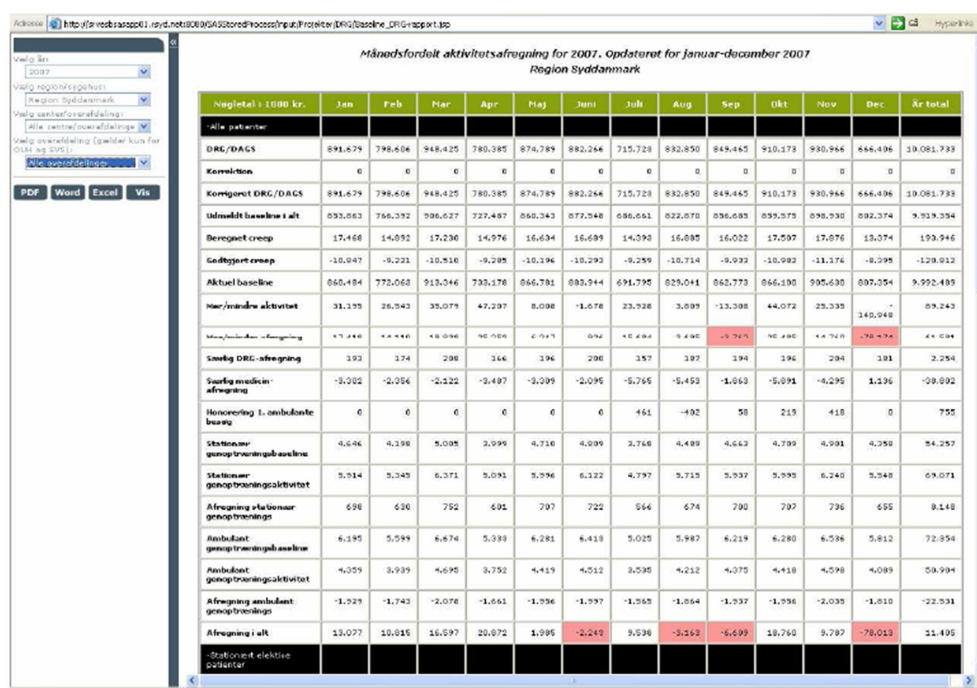
Hvad Target delen kommer til at indeholde af muligheder i fremtiden vides ikke, da den ikke færdig udarbejdet. I dag findes der ikke aktuelle data i Target-delen, så der kan ikke laves analyser med aktuelle tal.[Anette Riisom, 2008]

Nedenstående vises nogle print screen billeder af skærmen i Target. Der gøres igen opmærksom på, at Target ikke er færdigudviklet hvorfor det billeder kun kan give en idé om hvad Target kommer til at indeholde i fremtiden.

Andet om SydLis

Systemet anvendet de officielle SKS-koder.

Brugerne af systemer er administrationen i Region Syddanmark og sygehusene.

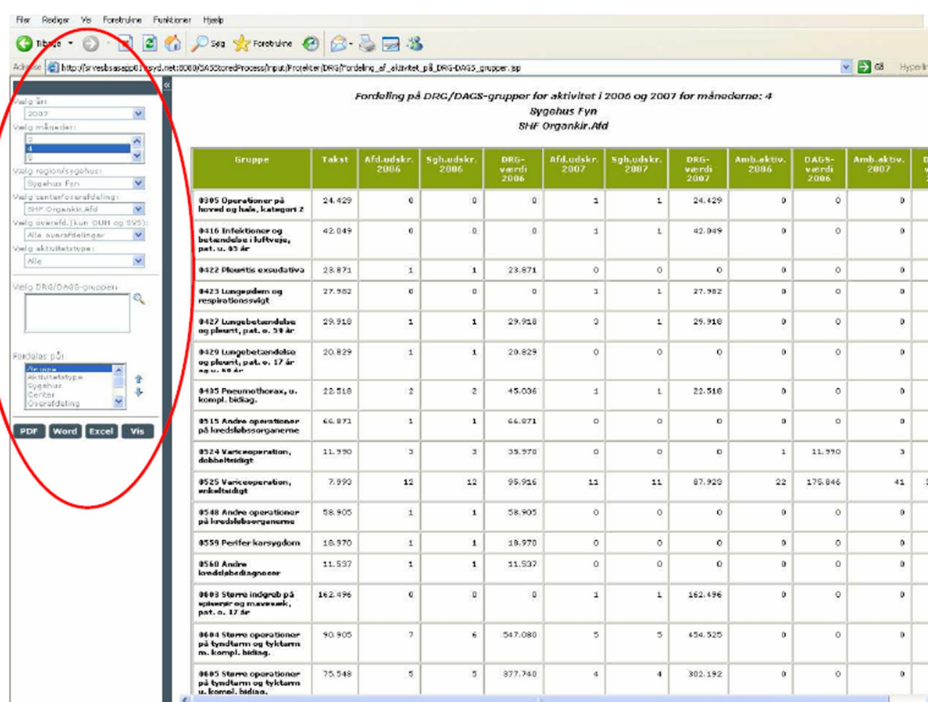


Figur J.4: På y-aksen er nogletallene for takstafregning angivet. På x-aksen er månederne repræsenteret og sidst er den totale status pr. år angivet.[Anette Riisom, 2008][Anne Mette Kjeldsen, 2007]

Systemet er under stadig udvikling i forhold til behovet. Vi har en referencegruppe med folk fra: regionens kvalafdeling, sundhedsøkonomiafdelingen, dokumentationsafdelingen og repræsentanter fra hvert sygehus. Disse holder møder hver anden måned hvor det diskuteres, hvad der er på bedding og relevant for hvert sygehus at få med i systemet.

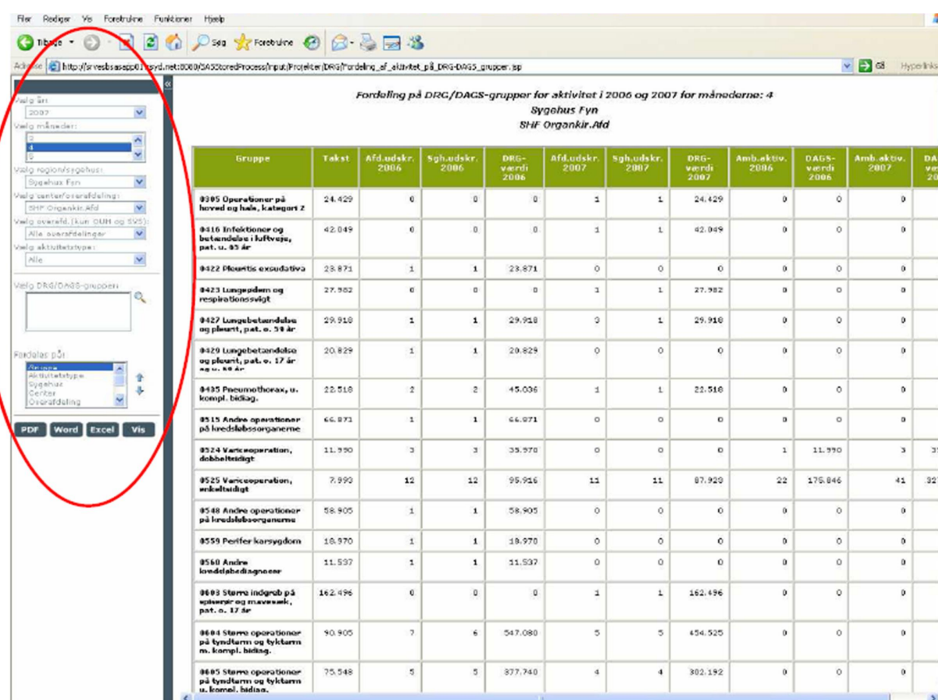
Systemet modtager data fra forskellige kilder, f.eks. Landspatientregistret, DOSA, Silkeborg Data med videre.

[Anette Riisom, 2008]



Figur J.5: I menuen til venstre ses at der er valgt at se en rapport om fordeling af DRG/DAGS-grupper for aktivitet i 2007, måned 4. Endvidere er Sygehus Fyn, SHF organkirurgisk afdeling valgt [Anne Mette Kjeldsen, 2007]

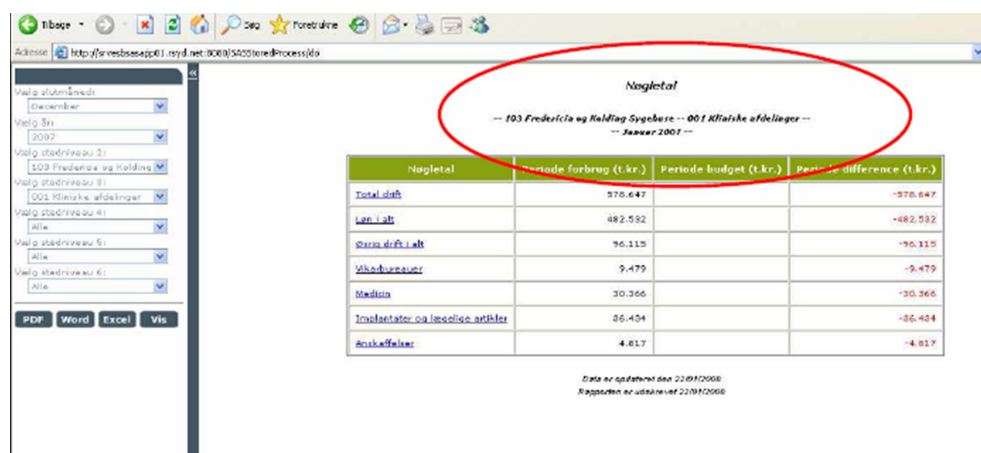
J.1 Interviewguide & Transskribering



Fordeling på DRG/DACS-grupper for aktivitet i 2006 og 2007 for månederne: 4
Sygehus Fyn
SHF Ørganskir.Rtd

Gruppe	Takst	Afdr. udskr. 2006	Sgh. udskr. 2006	DRG-værdi 2006	Afdr. udskr. 2007	Sgh. udskr. 2007	DRG-værdi 2007	Amb. aktiv. 2006	DADS-værdi 2006	Amb. aktiv. 2007	DADS-værdi 2007
8385 Operationer på hoved og hals, kategori 2	24.429	6	0	0	1	1	24.429	9	0	9	0
8410 Infektioner og betændelser i luftveje, pat. n. 95 år	42.049	6	0	0	1	1	42.049	9	0	9	0
8422 Hæmatis eksudativa	25.871	1	1	25.871	0	0	0	9	0	9	0
8423 Lungepatier og respirationsmøgt	27.982	6	0	0	1	1	27.982	9	0	9	0
8427 Lungebetændelse og pleur, pat. n. 74 år	29.910	1	1	29.910	0	1	29.910	9	0	9	0
8429 Lungebetændelse og pleur, pat. n. 17 år og n. 74 år	20.829	1	1	20.829	0	0	0	9	0	9	0
8435 Pneumothorax, u. kompl. bldg.	22.510	2	2	45.036	1	1	22.510	9	0	9	0
8515 Andre operationer på luftrøsrør og bronkier	64.871	1	1	64.871	0	0	0	9	0	9	0
8524 Vævsoperationer, dobbeltstige	11.990	3	3	35.970	0	0	0	1	11.990	3	31
8525 Vævsoperationer, enkeltstige	7.990	12	12	95.916	11	11	87.920	22	175.846	41	321
8548 Andre operationer på luftrøsrør og bronkier	58.905	1	1	58.905	0	0	0	9	0	9	0
8555 Perifer karsygdom	16.970	1	1	16.970	0	0	0	9	0	9	0
8560 Andre luftrørsoperationer	11.537	1	1	11.537	0	0	0	9	0	9	0
8693 Stærke indgreb på væv og muskel, pat. n. 17 år	162.496	0	0	0	1	1	162.496	9	0	9	0
8694 Stærke operationer på luftrøsrør og luftrør m. kompl. bldg.	90.905	3	6	547.080	5	5	454.525	9	0	9	0
8695 Stærke operationer på luftrøsrør og luftrør u. kompl. bldg.	75.548	5	5	377.740	4	4	302.192	9	0	9	0

Figur J.6: På y-aksen er nøgletallene for takstafregning angivet. På x-aksen er månederne repræsenteret og sidst er den totale status pr. år angivet.[Anne Mette Kjeldsen, 2007]



Nøgletal

103 Fredericia og Kolding Sygehuse - 001 Kliniske afdelinger -
Januar 2007

Nøgletal	Periode forbrug (t.kr.)	Periode budget (t.kr.)	Periode difference (t.kr.)
Totalt alt	576.647		-576.647
Leg i alt	482.532		-482.532
Overdrt i alt	96.115		-96.115
Vikaroverer	9.479		-9.479
Medicin	30.366		-30.366
Implanter og lægeforretninger	26.404		-26.404
Ansættelser	4.817		-4.817

Data er opdateret den 22/01/2008
Rapporten er udarbejdet 22/01/2008

Figur J.7: På y-aksen er nøgletallene for takstafregning angivet. På x-aksen er månederne repræsenteret og sidst er den totale status pr. år angivet.[Anne Mette Kjeldsen, 2007]

Analyse af afdelingssygeplejerskers ledelsesopgaver

I dette kapittel analyseres, for det første, hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har. For det andet analyseres der hvilke ledelsesredakaber (eller mangel på samme) afdelingssygeplejersker anvender som redskab til sikring af ledelsesopgaverne, se afsnit K.1. Analysen udarbejdes på baggrund af transskriberede interview med afdelingssygeplejerske 1-4, se A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105

Formålet med analysen er at danne grundlag for prioritering af et sygeplejefagligt "ledelsesfelt", der kan analyseres yderligere således, det identificeres hvor indenfor afdelingssygeplejersken har behov for ledelsesinformation.

K.1 Analyse baseret på interview

Ud fra interview med afdelingssygeplejerske 1-4, se A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105 analyseres der i dette afsnit:

- 1. Hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har.*
- 2. Hvilke ledelsesredakaber (eller mangel på samme) afdelingssygeplejersker anvender som redskab til sikring af ledelsesopgaverne.*

K.1.1 Aanalysens struktur

I interviewguiden D.1 på side 105 for Afdelingssygeplejerske 1-4 kan det ses, at afdelingssygeplejerskerne er blevet stillet spørgsmål om ledelsesopgaver indenfor 5 overordnede områder: Kvalitetsudvikling, daglig drift, personale ledelse, kompetenceudvikling og forandringsledelse.

Disse benævnes A-E og kan ses i skema K.1 på den følgende side.

Ud fra de transskriberede interview er det identificeret, at ledelsesområde A-D kan udspecificeres således, de indeholder i alt 8 ledelsesopgaver. Disse kan ligeledes ses i skema K.1 på næste side.

Inddeling i 8 ledelsesopgaver, i stedet for 5 ledelsesområder, er gjort for at tage hensyn til varians inden for områderne.

Eksempelvis under "kompetenceudvikling" er afdelingssygeplejersker leder for det fastansatte personale og i en periode for studerende og elever.

Disse deles op i to grupper idet ledelsesopgaven er på 2 forskellige niveauer.

- 1. Udvikling af de fagprofessionelle kompetencer det uddannede personale har*
- 2. Uddannelse af studerende og elever således disse, efter endt uddannelse, har fagprofessionelle kompetencer.*

Endvidere er ledelsesområde E (forandringsledelse) ikke udspecificeret i en ledelsesopgave. Dette betyder ikke, at afdelingssygeplejersker ikke arbejder med forandringsledelse men, at dette begreb anses for at være for ukonkret i forhold til at kunne gruppere det i konkrete ledelsesopgaver.

Til hver af de 8 ledelsesopgaver, er der lavet en tekstuel analyse ud fra de fire

Afdelingssygeplejerskers overordnede ledelsesområder
A) Kvalitetsudvikling: 1. Kvalitetsmål
B) Daglig drif: 2. Udarbejdelse af tjenestetidsplan 3. Daglig planlægning og udførelse af sygeplejen
C) Personaleledelse: 4. Samtaler med personale 5. Sygeplejefaglig ressourceperson 6. Formidling af information
D) Kompetenceudvikling: 7. Udvikling af personalets kompetencer 8. Uddannelse af studerende/elever
E) Forandringsledelse

Tabel K.1: De 5 overordnede områder afdelingssygeplejersker har ledelsesopgaver indenfor er opstillet og benævnt A-E. Efterfølgende er disse udspecificeret til ialt 8 overordnede ledelsesopgaver.

interview. Dette er med henblik på, at få sepcificeret hvilke ledelsesopgaver disse indeholder.

Ligeledes er det samtidig analyseret hvilke/hvilket ledelsesredskab der anvendes (eller ikke anvendes) til disse ledelsesopgaver, således det er muligt at kvalitetssikre ledelsesydelserne. I analysen henvises til det/de interview det beskrevde står i.

For at overskueliggøre analysen er der et skema efter hvert analyseafsnit hvor, henholdsvis ledelsesopgaver og ledelsesredskaber kort beskrives med efterfølgende indikering af, hvilken/hvilke af de fire afdelingssygeplejersker der har nævnt disse under interviewet.

K.1.2 Analyse: Ledelsesopgaver og ledelsesinformation

1. Kvalitetsmål: Obligatoriske og ikke Obligatoriske

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for, indenfor givne rammer, at iværksætte sygeplejefaglig kvalitetssikring og udviklingstiltag i afdelingen. Herunder implementering af kvalitetsmål som både kan være obligatoriske og ikke obligatoriske.

Obligatoriske kvalitetsmål:

obligatoriske kvalitetsmål er her mål, der er vedtaget enten politisk eller på et højere ledelsesniveau.

- *Et eksempel kan være kvalitetsmål i forhold til at sikre sygehusets ernæringspolitik, B.1 på side 89*
- *At afdelingsledelsen/sygeplejersken skal sikre, at der kvalitetsudvikles i henhold til standarder og referenceprogram for NIP B.1 på side 89*
- *At afdelingsledelsen/sygeplejersken skal sikre der indrapporteres UTH B.1 på side 89*
- *Afholdte interview har belyst, at efter sommerferien 2008 skal standarder og målepunkter i henhold til DDKM implementeres. A.1 på side 85 B.1 på side 89 C.1 på side 95 Således bliver afdelingssygeplejersken ansvarlig for dokumentation af kvalitet og kvalitetssikring ud fra sundhedsstyrelsens krav. Dette betyder, at afdelingssygeplejerskerne i efteråret 2008 skal have feedback på ledelsesinformation således, de kan forholde sig til/reflektere, i forhold til, hvordan de kan ændre praksis.*

Ikke Obligatoriske kvalitetsmål:

Et ikke obligatorisk kvalitetsmål er et mål, der er sat af enten afdelingsledelsen eller afdelingssygeplejersken, eksempelvis i forhold til at sikre opfyldelse af afdelingens standarder, B.1 på side 89.

- *Et eksempel kan være kvalitetsmål i forhold til, at patienternes indlæggelsestid maksimalt må være fire døgn, B.1 på side 89.*
- *personalets tilfredshed, A.1 på side 85 B.1 på side 89.*

Ledelsesopgaver	1	2	3	4
1. Kvalitetsmål: Obligatoriske				
Ernæringspolitik		x		
NIP		x		
UTH		x		
DDKM	x	x	x	x
1. Ledelse og Kvalitetsmål: ikke Obligatoriske:				
Indlæggelse max. 4 døgn		x		
Personaletilfredshed	x	x		

Tabel K.2: I tabellens venstre kolonne ses områder hvor inden for der, i interviewene, blev nævnt at være obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Ledelsesredskab:

- *Der forefindes ikke et redskab som muliggør en systematisk vurdering af om obligatoriske eller ikke obligatoriske kvalitetsmål opfyldes. I forhold til, at vurdere om der sikres en patientliggetid på fire døgn, skal der læses i journaler, B.1 på side 89.*
- Nedenstående gives et eksempel på, hvor et smerteproblem er identificeret, B.1*

på side 89:

Skulder patienterne får lagt blokader i forbindelse med indgreb i skulderen. De vågner med smerter omkring midnat. Der er der jo ingen grund til, at det skal komme som en overraskelse hver gang. Dette skyldes, at der ikke er en fast procedure i afdelingen for, at give fast smertestillende inden patienterne lægger sig til at sove.

Ovenstående er der indtastet et problem, men der mangler resten af kvalitetsudviklingsprocessen med at fastsætte mål, dataindsamle/analyse og kvalitetsvurdering. Hvis målene er opfyldt skal det opnåede fastholdes. Hvis kvalitetsmålene ikke er opfyldt skal der laves en årsagsanalyse, kvalitetsforbedres og evaluering af kvalitetsforbedringsinitiativet for at fastholde det opnåede.

- *Der kommer feedback på NIP hver tredje måned, med det findes ikke relevant for afdelingssygeplejersken. Det der er relevant for afdelingssygeplejersken hører under den basale sygepleje: Får vi scannet patienterne inden 24 timer, får vi lavet vandtest, overholder vi vores aftaler med billedediagnostisk afsnit og den lille akutte, C.1 på side 95.*
- *Der kommer fast feedback på indrapporterede UTH. Det foreligger imidlertid ikke et hverktøj til hvordan eller hvornår afdelingssygeplejersken følger op på UTH. I et interview fortælles, at der følges op på UTH på et personalemøde hver 6. uge, hvis der er forekommet et problem i forhold hertil. Der forekommer et problem i forhold til at få indrapporteret UTH, B.1 på side 89.*
- *I februar 2008 har afdelingssygeplejerskerne ingen kendskab til konkrete standarder og målepunkter i henhold til DDKM*
Ligeledes foreligger der ikke en løsning i forhold til hvilket værktøj afdelingssygeplejersken i fremtiden skal anvende, således det bliver muligt at sikre en systematisk vurdering af om målene i henhold til DDKM opfyldes, A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105.

1. Ledelse og Kvalitetsmål: Obligatoriske og ikke obligatoriske	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Mangel: redskab til obligatoriske og ikke obligatoriske kvalitetsmål		x		
Feedback fra NIP hver 3. måned (anvendes ikke)			x	
Feedback fra UTH. Opfølgning på personalemøde hver 6. uge		x		
Mangel: redskab og viden om DDKM	x	x	x	x

Tabel K.3: I tabellens venstre kolonne ses områder hvor inden for, i interviewene, ledelsesredskaber (eller mangel på samme) blev nævnt. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

2. Ledelse og Udarbejdelse af tjenestetidsplan

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for udarbejdelse af tjenestetidsplanen under hensyn til de økonomiske og personalemæssige ressourcer. Gældende for de fire interviews med afdelingssygeplejerskerne er, at selve udførslen af denne opgave er uddeligeret til souchef eller anden nøgleperson, A.1 på side 85 B.1 på side 89 og C.1 på side 95.

Ledelsesredskab:

2. Ledelse og Udarbejdelse af tjenestetidsplan	1	2	3	4
Ledelsesopgaver				
Udarbejdelse af tjenestetidsplan (opgave uddeligeres)	x	x	x	

Tabel K.4: I tabellens venstre kolonne ses at udarbejdelse af tjenestetidsplanen uddeligeres til andet personale. Det er imidlertid stadig afdelingssygeplejerskens ansvar at denne udarbejdes. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

De afdelinger der arbejder i rul af eksempelvis 12 uger, kan anvende systemet: Modul Tjenestetid til udarbejdelse af tjenestetidsplanen. En mangel i systemet er for disse personaler, at det ikke er muligt at indtaste daglige ændringer. Endvidere kan systemet ikke tilfredsstille et behov for koordinering af tilstedeværende personale og vagtskema. Dette bevirker, at afdelingssygeplejersken kan risikere, at der en dag ikke er personale nok i afdelingen, eksempelvis fordi afdelingssygeplejersken har sendt folk på kursus. Information om hvem der skal på kursus hvornår gives mundtligt og nedskrives på små huskesedler, B.1 på side 89.

Afdelinger der ikke arbejder i rul anvender ikke Modul Tjenestetid. Af grunde hertil nævnes: Mangel på overblik da skærm billedet er ikke stort nok (det er kun muligt at se 10 personer af gangen, hvilket ikke er nok, når der eksempelvis skal være 50 personer i skemaet), Det er mangel på variabler i systemet, med mere. I disse afdelinger udarbejdes tjenestetidsplanen manuelt på papir, hvor møder med mere, der skal huskes i løbet af ugen nedskrives på vagtplanen, C.1 på side 95

2. Ledelse og Udarbejdelse af tjenestetidsplan	1	2	3	4
Ledelsesredskab				
Modul tjenestetid		x(anvendes)	x(anvendes ikke)	

Tabel K.5: I tabellens venstre kolonne ses at modul tjenestetid er det redskab hvori tjenestetidsplanen kan udarbejdes. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet. Ligeledes er det illustreret, afdelingssygeplejerske 2 anvender dette redskab mens afdelingssygeplejerske 3 ikke gør.

3. Ledelse, Daglig planlægning og udførelse af sygeplejen

Ledelsesopgaver:

Dagligt har afdelingssygeplejersken ansvar for:

- at vurdere afsnittets behov for normering og personalesammensætning For at sikre dette skal der både være et generelt og dagligt overblik over, hvilke patienter der ankommer til afdelinge og hvilket personale der er i afdelingen. På den måde identificeres det, hvordan tyngden af patientgrupper er og hvilke behov patienterne har. Derved identificeres det ligeså, hvilket personale afdelingen har behov for, A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105.

Det daglige overblik over patienterne bevirker at der kan konkluderes på, om der er fysisk plads til patienterne i afdelingen samt hvilke muligheder der er for omstrukturering, B.1 på side 89.

Er status om morgenen, at der ikke er personale nok i afdelingen, skal kaldes nogen ind eller hentes vikarer, B.1 på side 89 og C.1 på side 95.

Endvidere skal der ugentligt udarbejdes en ugeplan herunder: hvem skal være gruppeleder, hvilket personale skal være i de forskellige grupper og hvad skal eleverne nå (dette skal medtænkes i forhold til fordeling af personale), A.1 på side 85 og D.1 på side 105.

- at arbejdsopgaverne fordeles ud fra plejepersonalets kvalifikationer og kompetence, B.1 på side 89 og C.1 på side 95.

Denne opgave kan være uddeligeret til souchefen eller anden nøgleperson. Denne opgave kræver et overblik over hvilke patienter der er i afdelingen, således særlige patientbehov identificeres. Forekommer der særlige patientbehov skal specifikke sygeplejeopgaver kan uddeligeres til personalet tilsvarende kompetencer, B.1 på side 89.

3. Ledelse, Daglig planlægning og udførelse af sygeplejen	1	2	3	4
Ledelsesopgaver				
Normering og personale sammensætning	x	x	x	x
Overblik over patienter i afdelingen	x	x	x	x
Indkaldelse af vikarer og personale		x	x	
Ugentlig arbejdsplan	x			x
Fordeling af sygeplejefaglige arbejdsopgaver		x	x	
Sygeplejeopgaver forud for udskrivelse			x	

Tabel K.6: I tabellens venstre kolonne ses at de ledelsesopgaver afdelingssygeplejerskerne nævnte indenfor daglig planlægning og udførsel af sygepleje. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Ledelsesredskab:

Der foreligger intet ledelsesredskab der kan hjælpe afdelingssygeplejersken til at vurdere afsnittets behov for normering og personalesammensætning. Dette gøres ud fra den daglige erfaring og "den tavse viden".

Til at få et dagligt overblik over, hvilke patienter der ankommer til og er i

afdelinge, læser afdelingssygeplejersken i journaler samt snakker sammen med gruppelederne, B.1 på side 89.

En tilbagevendende og tidskrævende opgave, er at læse i journaler og afholde patientsamtaler i forhold til hvilke sygeplejeopgaver der foreligger inden udskrivelse. (Dette kan bevirke at patienterne bliver stillet de samme spørgsmål flere gange) C.1 på side 95.

Identificering af hvilket personale der er i afdelingen den pågældende dag foregår manuelt ud fra tjenestetidsskemaet. Sygemeldinger (Uforudset personale mangel) skrives dagligt på en seddel som af afdelingssygeplejersken dagligt udskriver, B.1 på side 89.

Overblik over hvad der er af bemanning om eksempelvis 6 uger holdes styr på i hukommelsen og nedskrives i eget dokument på computeren. Til at holde styr på hvornår nøglepersoner og andet personale er på kursus, er der udarbejdet et kursusdokument som forefindes i afdelingssygeplejerskens computer, A.1 på side 85.

Der forekommer en mangel på planglægningsværktøj, der kan give et overblik over hvad der kan forventes af den kommende uge af planlagte udfordringer. Et eksempel herpå kan være, hvad eleverne skal nå (dette skal medtænkes i forhold til fordeling af personale) A.1 på side 85.

3. Ledelse, Daglig planlægning og udførelse af sygeplejen	1	2	3	4
Ledelsesredskab				
Mangel: redskab til vurdering af behov for numering og personalesammensætning		x		
Overblik over patienter anvendes: Journalen og samtale med gruppeleder		x		
Sygeplejeopgaver forud for udskrivelse: Journalen			x	
Overblik over mødt personale: Tjenestetidsskema			x	
Overblik over sygemeldinger: Papirark			x	
Mangel: redskab til ugentlig arbejdsplan	x			

Tabel K.7: I tabellens venstre kolonne ses de redskaber (eller mangel på samme), der anvendes til udførsel af ledelsesopgaver inden for daglig planlægning og udførsel af sygepleje. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

4. Ledelse og udvikling af personalets kompetencer

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for:

- at personalet indenfor afdelingens aktuelle muligheder prioriteres til rele-

vante kurser/uddannelse i henhold til afdelingens uddannelsesstrategi, A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og B.1 på side 89.

- at varetage de ledelsesmæssige opgaver samt være ressourceperson både sygeplejefagligt og ledelsesmæssigt for personalet i afdelingen, D.1 på side 105.
- introduktion og oplæring af nyt personale, samt ansvarlig for supervision og udvikling i forhold til personalets faglige udvikling, B.1 på side 89 og C.1 på side 95.
- at udarbejde/ajourføre uddannelsesstrategi i afdelingen, D.1 på side 105.
- den daglige udvikling af sygeplejen, B.1 på side 89.

Ansaret for ovenstående punkter er i forhold til egen personalegruppe inden for pleje og omsorg, det vil sige: (elever/studerende i et vist omfang, se afsnit K.1.2 på side 163) Hjælpere, Social og Sundhedsassistenter og Sygeplejersker.

Afdelingssygeplejersken har kompetence til at uddelegere opgaver, som relaterer til det administrative-, pædagogiske- og fagspecifikke virksomhedsområde. Dette gøres i forhold til, at afdelingssygeplejersken udvælger sig nogler nøglepersoner. Nøglepersoner er de personer, der har et specielt ansvar for et specielt område som er defineret i samråd med afdelingssygeplejersken, C.1 på side 95.

Af nøglepersoner kan nævnes:

- hygiejne person, A.1 på side 85 og C.1 på side 95
- kost ansvarlig, A.1 på side 85
- forflytnings ansvarlige, A.1 på side 85 og C.1 på side 95
- samarbejde med klinisk biokemisk, A.1 på side 85
- en samarbejdsgruppe i medicinsk afdeling, der sammenligner afdelingerne i forhold til hvad er godt i den ene afdeling og hvad er der af overgange, hvis man kommer fra det ene afsnit til det andet, A.1 på side 85.
- introduktions og oplæringssygeplejerske, C.1 på side 95.
- klinisk vejledere, C.1 på side 95
- personale der har falckredderelever, C.1 på side 95
- dokumentationsansvarlig C.1 på side 95
- følgehjem sygeplejersker, C.1 på side 95
- medicin ansvarlig, C.1 på side 95
- sikkerhedsrepræsentant, C.1 på side 95
- EPJ ansvarlig, C.1 på side 95

Ledelsesredskab:

Der findes ingen redskab der kan hjælpe afdelingssygeplejersken med at vurdere om personalet prioriteres til relevante temadage/kurser/uddannelse.

Når der holdes MUS samtaler laves en afklaring af hvilke ønsker personalet har til kurser og uddannelse. Det ses således som et gensidigt ansvar, at være opsøgende i forhold til hvilke kurser der kommer samt tilmelding hertil. Hvis det bliver besluttet, at

4. Ledelse og udvikling af personalets kompetencer	1	2	3	4
<i>Ledelsesopgaver</i>				
Prioritering af kurser og uddannelse for personalet	x	x	x	x
Ressourceperson for personalet				x
Introduktion og oplæring af nyt personale. Ansvarlig for supervision. Faglig udvikling af personalet		x	x	
Udarbejdelse af uddannelsesstrategi				x
Daglig udvikling af sygeplejen		x		

Tabel K.8: I tabellens venstre kolonne ses de ledelsesopgaver afdelingssygeplejerskerne nævnte indenfor udvikling af personalets kompetencer. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

personalet skal på kurser, skrives det i et dokument der ligger i skrivebordsskuffen. I de tilfælde der ikke udarbejdes et dokument, husker afdelingssygeplejersken at personalet skal på kursus. B.1 på side 89 og D.1 på side 105

Ligeledes forefindes der ikke noget redskab der kan hjælpe afdelingssygeplejersken med at vurdere udbyttet af eksempelvis temadage. Dette betyder, at der ikke er noget værktøj i forhold til at sikre, at der bliver fulgt op eksempelvis nye strategier, der skal implementeres efter en nøgleperson har været på temadag. Dette foregår ved løse aftaler om at afdelingssygeplejersken og pågældende personale stikker hovederne sammen. D.1 på side 105

Der følges et fast introduktionsprogram til oplæring af nyt personale. Denne opgave er uddeligeret til introduktions og oplæringssygeplejersken. Når et nyt personale medlem har været ansat i afdelingen i 6 måneder, forventer afdelingssygeplejersken, at den pågældende person har været gennem hele introduktionsprogrammet. Det forekommer imidlertid ofte, at dette ikke er tilfældet. Dette inditificeres ved en samtale afdelingssygeplejersken deltager i. Herefter tager afdelingssygeplejersken over i forhold til af sikre, at personen kommer gennem introduktionsprogrammet. Der findes et papirskema hvori, det nye personalemedlem undervejs skal skrive, hvor meget af introduktionsprogrammet der er gennemført. Gøres dette, har afdelingssygeplejersken et redskab hvori det er muligt at vurdere inden de 6 måneder, hvor langt det pågældende personalemedlem er nået i forhold til introduktionsprogrammet. Der foreligger imidlertid intet fælles redskab for afdelingssygeplejersken og introduktions og oplæringssygeplejersken. Dette betyder, at afdelingssygeplejersken ikke har et redskab til at vurdere, eksempelvis hvilke mål introduktions og oplæringssygeplejersken har stillet i forhold til at sikre introduktionsprogrammet indenfor de 6 måneder. Ligeledes har hun heller ikke et redskab til hjælp til at vurdere, hvordan det går med at nå de opstillede mål, hvad gøres for at opnå målene. Det vil eksempelvis sige: hvem mangler oplæring til stuegangsfunktionen og hvor langt er de. Eller, at i morgen skal Julie introduceres til medicinrummet, hvorfor det er vigtig hun kobles sammen med

den medicinansvarlige sygeplejerske. Dette er til trods for, at afdelingssygeplejersken har ansvar for introduktion og oplæring af nyt personale. C.1 på side 95

Hvad ansvar for supervision og udvikling i forhold til personalets faglige udvikling angår foreligger der heller ikke et redskab til. Dette betyder eksempelvis, at nøglepersonerne selv må definere de ledelsesmæssige opgaver der stilles dem. C.1 på side 95

Mangelen på et redskab, der kan hjælpe afdelingssygeplejersken i forhold til at vurdere personalets kompetencer bidrager til et manglende overblik. Et eksempel herpå er, at afdelingssygeplejersken kan komme i en situation hvor der mangler vejledere eller andre nøglepersoner i afdelingen fordi disse er på barsel med videre. Sådanne situationer skal hun være på forkant med. Eksempelvis sikre, at der er flere vejledere uddannet end der er behov for, da det ikke vides om vejlederen pludselig ikke er i afdelingen mere. A.1 på side 85, C.1 på side 95 og D.1 på side 105

4. Ledelse og udvikling af personalets kompetencer	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Mangel: redskab til vurdere om personalet prioriteres til relevante temadage		x	x	x
Af redskab til styring af tilmelding af kurser anvendes: papirdokument og hukommelse		x		x
Mangel: redskab til opfølgning af nye strategier	x			
Til oplæring af nyt personale anvendes: introduktionsprogram (uddeligeret de første 6 måneder)			x	
Opfølgning på introduktionsprogram: Papirskema til nyansatte			x	
Mangel: redskab til koordinering af opgaver melle afdelingssygeplejersker og nøglepersoner			x	
Mangel: redskab i forbindelse med oplæring af nyt personale. Ansvarlig for supervision. Faglig udvikling af personalet			x	
Mangel: redskab til vurdering af personalets kompetencer	x		x	x

Tabel K.9: I tabellens venstre kolonne ses de redskaber (eller mangel på samme), der anvendes til udførsel af ledelsesopgaver inden for udvikling af personalets kompetencer. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

5. Ledelse og Samtaler med personale

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken har ansvar for:

- *at medvirke til ansættelse af plejepersonale i forhold til afdelingens retningslinier og behov. C.1 på side 95*
- *Medarbejderudviklingssamtaler (MUS) A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105*
- *fraværssamtaler: sygdom, barsel, kursus og uddannelse A.1 på side 85, B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105*
- *introduktionssamtaler C.1 på side 95*

5. Ledelse og Samtaler med personale	1	2	3	4
Ledelsesopgaver				
Ansættelsessamtaler			x	x
Medarbejderudviklingssamtaler	x	x	x	x
Fraværssamtaler	x	x	x	
Introduktionssamtaler				x

Tabel K.10: I tabellens venstre kolonne ses de ledelsesopgaver, afdelingssygeplejerskerne nævnte, der er indenfor. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Ledelsesredskab:

De fastlagte rammer der forefindes er, at oversygeplejersken giver besked til afdelingssygeplejersken i forbindelse med sygefravær. Hvis det er mere en 60 dage, skal det enkelte personalemedlem kaldes ind til samtale. Ligeledes er der på huset er der en handlingsplan i form af nogle skemaer hvor sygeplejersker og sos. assistenter skriver ned efter en MUS samtale, hvad de gerne vil arbejde videre med. Ud fra denne laves en opfølgende samtale efter et års tid. D.1 på side 105

Der findes ingen redskab i forhold til eksempelvis sikring af regelmæssige samtaler med nøglepersoner eller vurdering af status i forhold til, hvordan det går for personalet, i forhold til at få opfyldt de ønsker der er til specifikke arbejdsområder D.1 på side 105. Hvis et personalemedlem (Karin) eksempelvis gerne vil arbejde inden for medicin, kunne det være oplagt, at Karin skulle være i vagt sammen med den ansvarlige for medicin. Da det er afdelingssygeplejersken og eller en nøgleperson der udarbejder tjenesteplanen og en anden nøgleperson der sammensætter personalefordelingen, vil dette kræve, at de for det første skal ind og læse at Karin arbejder med medicin og for det andet, skal de spørge Karin hvor langt hun er nået i henhold hertil. Dette skal gøres før det er muligt at identificere, om Karin og den medicinansvarlige skal være på vagt samtidig og i samme gruppe eller, om det stadig er en relevant arbejdsopgave for dem der udarbejder tjenestaplan og fordeler personalet at sikre. A.1 på side 85 og C.1 på side 95

6. Ledelsesmæssig og sygeplejefaglig ressourceperson

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken har ansvar for at varetage de ledelsesmæssige opgaver samt være ressourceperson både sygeplejefagligt og ledelsesmæssigt for personalet i afdelingen.

Da der i en afdeling er mange sygeplejefaglige områder med en tilhørende

5. Ledelse og Samtaler med personale	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Sygefravær: Oversygeplejersken giver besked ved sygdom mindre end 60 dage				x
Medarbejderudviklingssamtaler skema hvor personalet skriver hvad de ønsker at arbejde videre med				x
Mangel: sikring af regelmæssige samtaler med nøglepersoner	x		x	x

Tabel K.11: I tabellens venstre kolonne ses de redskaber (eller mangel på samme), der anvendes til udførsel af ledelsesopgaver inden personalesamtaler. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

ledelsesmæssig dimension har afdelingssygeplejersken kompetence til at uddelegere opgaver, som relaterer til det administrative-, pædagogiske- og fagspecifikke virksomhedsområde.

Dette gøres ved at uddeligere opgaver til nøglepersoner, se afsnit K.1.2 på side 157. B.1 på side 89 og C.1 på side 95

Af eksempler kan nævnes:

- *introduktions og oplæringssygeplejerske.*

Der er hendes opgave at sikre, at den studerende/eleven bliver koblet sammen med den ansvarlige for medicinrummet, når eleven skal introduceres til medicinrummet. Dette gøres manuelt ved at plote inde i vagtplanen, at de to skal følges ad.

Endvidere kører hun selvstændigt oplæringsprogrammet og afholder ugesamtaler samt 3 måneders samtalen.

koordinering af information til afdelingssygeplejersken skal hun sikre. Eksempelvis når eleven er klar til stuegangsfunktionen, skal afdelingssygeplejersken informeres herom, idet det er hende, der skal sikre, at dette bliver praktisk muligt. C.1 på side 95

- *medicin ansvarlig.*

For denne person er det eksempelvis en opgave at oplære nyansatte i hvordan medicinrummet fungerer i afdelingen, hvordan forskellige drop blandes, hvordan skal man forholde sig hvis en person kommer og siger: Jeg vil gerne have 10 ampuller morfin med mere. C.1 på side 95

- *sikkerhedsrepræsentant.*

Denne person har ansvar for at oplære personalet i eksempelvis i: Hvad er en UTH og hvordan anmeldes den C.1 på side 95

Selvom disse opgaver er uddeligeret til personalet, er det imidlertid afdelingssygeplejerskens ansvar, at sikre de ledelsesmæssige opgaver (eksempelvis at de kliniske vejledere har styr på de studerende/eleverne). Samtidig skal afdelingssygeplejersken

være ressourceperson både sygeplejefagligt og ledelsesmæssigt for personalet i afdelingen. Dette betyder, at afdelingssygeplejersken til enhver tid skal kunne overtage arbejdet og/eller være en ressource for både nøglepersonerne og det øvrige personale. Dette gælder både inden for de sygeplejefaglige og det ledelsesmæssige felt. C.1 på side 95

6. Ledelsesmæssig og sygeplejefaglig ressourceperson	1	2	3	4
Ledelsesopgaver				
Uddeligering af administrative pædagogiske og fagspecifikke opgaver		x	x	
Ansvar for at uddeligerede opgaver udføres			x	

Tabel K.12: I tabellens venstre kolonne ses de ledelsesopgaver, afdelingssygeplejerskerne nævnte, der er som sygeplejefaglig ressourceperson. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Ledelsesredskab:

Manglen på et fælles ledelsesredskab for afdelingssygeplejersken og nøglepersonerne er beskrevet i henhold til introduktion og oplæringssygeplejersken i afsnit K.1.2 på side 157.

Nedenstående opstilles de steder afdelingssygeplejerskerne har identificeret mangler i forhold til et ledelsesredskab og koordinering:

- Ingen fast mødeplanlægning, citet A.1 på side 85:
vi stikker hovederne tilfældigt sammen. Eksempelvis kommer hygiejne sygeplejersken forbi på afdelingen et par gange om måneden og snakker med mig og noget af det øvrige personale
- Der foreligger intet værktøj der sikrer, at afdelingssygeplejersken får feedback fra personalet eksempelvis i forhold til hvordan det går med udførsel af faglige opgaver i afdelingen. B.1 på side 89 og C.1 på side 95
- Der er intet redskab til identificering af hvilke opgaver nøglepersonerne har. Alligevel skal afdelingssygeplejersken kunne sikre, at nøglepersonernes opgaver bliver udført. C.1 på side 95
- Der er intet redskaber, der giver en reminder om, at der skal følges op på nøglepersonernes opgaver. A.1 på side 85 og C.1 på side 95
- Der findes ingen redskab i forhold til sikring regelmæssige samtaler med nøglepersoner. A.1 på side 85

7. Ledelse og uddannelse af studerende/elever

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for kvaliteten i uddannelsen for studerende/elever i henhold til mål for praktikperioden.

Det betyder, at afdelingssygeplejersken skal sikre mulighed for oplæring af

6. Ledelsesmæssig og sygeplejefaglig ressourceperson	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Mangel på et fællesredskab til afdelingssygeplejersken og nøglepersoner til:				
Fast mødeplanlægning	x			
Feedback på udførte opgaver		x	x	
Identificering af nøglepersoners opgaver			x	
Opfølgning på nøglepersoners opgaver	x		x	

Tabel K.13: I tabellens venstre kolonner ses indenfor hvilke områder der blev nævnt en mangel på et fællesredskab til afdelingssygeplejersken og nøglepersoner. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

studerende og elever B.1 på side 89. Eksempelvis når eleven er klar til stuegangs-funktionen skal hun sikre, at eleven får mulighed herfor i forbindelse med: find et personalemedlem der har kompetence hertil (både faglige og pædagogiske evner) og samtidig arbejde 3 hverdage i træk. C.1 på side 95 og D.1 på side 105

7. Ledelse og uddannelse af studerende/elever	1	2	3	4
<i>Ledelsesopgaver</i>				
Ansvar for kvaliteten i uddannelse af studerende/elever:				
Sikre mulighed for oplæring		x		
Koordinering mellem studerende og personale med faglige og pædagogiske evner			x	x

Tabel K.14: I tabellens venstre kolonne ses de ledelsesopgaver, afdelingssygeplejerskerne nævnte, der er i forbindelse med uddannelse af studerende/elever i afdelingen. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Ledelsesredskab:

Elever og studerende har mapper hvori der står, hvad de har nået og hvad de mangler D.1 på side 105. Der findes ingen redskaber til eksempelvis, at i morgen skal Julie introduceres til medicinrummet. Men det er en organisatorisk opgave afdelingssygeplejersken har ansvar for kan og bliver opfyldt. - Dette holder hun styr på i hovedet. C.1 på side 95

Sikring af, at de kliniske vejledere har styr på eleverne, sikres ved brug af papirkalender, små huskesedler, og hukommelsen. D.1 på side 105

7. Ledelse og uddannelse af studerende/elever	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Hvor langt er den studerende de studerende har mapper				x
Mangel: redskab der fortæller at planlagte aktiviteter for den studerende			x	
Sikring af at klinisk vejleder har styr på studerende: papirkalender, små huskesedler og hukommelse				x

Tabel K.15: I tabellens venstre kolonner ses indenfor hvilke områder der blev nævnt en mangel på et ledelsesredskab til sikring af uddannelse af studerende og elever. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

8. Ledelse og Formidling af information

Ledelsesopgaver:

Afdelingssygeplejersken er ansvarlig for at videregive relevant information og beslutning til plejepersonalet, samt at give relevant information til afdelingsledelsen, kollegaer og tværfaglige samarbejdspartnere.

Dette gælder også sikring af, at nøglepersonerne får formidlet information om deres område ud til den øvrige personalegruppe. B.1 på side 89, C.1 på side 95 og D.1 på side 105

8. Ledelse og Formidling af information	1	2	3	4
<i>Ledelsesopgaver</i>				
Videregivelse af information til afdelingsledelsen, samarbejdspartnere nøglepersoner og den øvrige personalegruppe		x	x	x

Tabel K.16: I tabellens venstre kolonne ses de personer afdelingssygeplejersken skal formidle information til. De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Ledelsesredskab:

Af redskaber (eller mangel på samme) til formidling af information kan nævnes:

- *En lille bog der er tilgængelig for hele personalegruppen anvendes til information. Aftaler mellem personalet og afdelingssygeplejersken skrives således i bogen senest 4 uger inden aktualiteten for aftalen. B.1 på side 89*

- *Der er ikke fast procedure for videregivelse af informationer i form af et nyhedsbrev. Videregivelse af information foregår på en opslagstavle og ved at skrive i en kontaktbog. B.1 på side 89*
- *videregivelse af referater, eksempelvis fra møder med sygehusledelsen, sendes på mail til personalet C.1 på side 95.*
- *Afdelingssygeplejersken holder styr på, at nøglepersonerne får information om deres område ud til den øvrige personalegruppe. Redskabet hertil er hukommelsen samt 6 måneders samtalen, hvor der i et skema er afkrydset hvis personalet har talt med eksempelvis forflytningssygeplejersken. Der foreligger imidlertid intet redskab i forhold til hvad der er talt med forflytningssygeplejersken om. Ofte forekommer det, at eksempelvis den nyansatte (Birthe) ikke har nået de punkter i introduktionsprogrammet hun skal. Det vil sige, hun har stadig har behov for at samarbejde med introduktions og oplæringssygeplejersken. Da dette er et ikke opfyldt ansvar afdelingssygeplejersken har, er det afdelingssygeplejersken, der skal sikre, at Birthe når resten af punkterne i introduktionsprogrammet. Dette har hun ingen redskaber til. C.1 på side 95*
- *Information fra eksempelvis nøglepersoner til afdelingssygeplejersken sker tilfældigt, idet der ikke er lavet faste rutiner for mødeplanlægning, citat A.1 på side 85:
vi stikker hovederne tilfældigt sammen. Eksempelvis kommer hygiejne sygeplejersken forbi på afdelingen et par gange om måneden og snakker med mig og noget af det øvrige personale*

8. Ledelse og Formidling af information	1	2	3	4
<i>Ledelsesredskab</i>				
Lille bog hvori aftaler mellem personalet og afdelingssygeplejersken skrives i		x		
Referater fra møder sendes på mail til personalet			x	
Anvendelse af opslagstavle og kontaktbog		x		
Mangel: nyhedsbrev		x		
Info fra nøglepersoner til personalet sikres ved: hukommelsen via skema ved 6 måneders samtalen			x	
Mangel: redskab der kan give info om samtale indhold mellem nøglepersoner og personalet			x	

Tabel K.17: I tabellens venstre kolonner ses indenfor hvilke områder der blev nævnt anvendelse af ledelsesredskaber (eller mangel på samme). De efterfølgende kolonner (1-4) angiver hvilken afdelingssygeplejerske der nævnte dette under interviewet.

Case om introduktion og oplæring

Denne case er udarbejdet på baggrund af interview med Afdelingssygeplejerske 3, se appendiks C på side 95.

Casen skal bidrage til at identificere afdelingssygeplejerskers behov for information om introduktion og oplæring. For at danne grundlag for, at casen kan bidrage hertil, er kapitlet udarbejdet med tanke om, at det skal kunne belyse problem-løsning-information og beslutning-information i henhold til Gottschalk metodik. Dette betyder, at indholdet i dette kapitel skal bidrage til at belyse:

- *Hvilke problemer afdelingssygeplejersken oplever i forbindelse med introduktion og oplæring af personale?*
- *Hvordan løses de problemer og hvad ville den gode løsning på problemet være?*
- *Hvordan kan information bidrage til en løsning af problemet?*
- *Hvilke vigtige ledelsesopgaver/beslutninger skal afdelingssygeplejersken træffe i forbindelse med introduktion og oplæring?*
- *Hvilke informationer kan anvendes som støtte til at træffe disse beslutninger?*

[Gottschalk, 2001]

Kapitlet er opdelt i to dele. I det første introduceres afdelingssygeplejerskens ledelsespraksis. Dette belyser, at der foreligger et behov for et ledelsesredskab der kan bidrage til - Udførelse og sikring af de ledelsesopgaver, der forudsætter en fælles koordineringsstrategi mellem afdelingssygeplejersken og afsnittets nøglepersoner.

I den sidste del er casen udarbejdet. Casen omhandler introduktion og oplæring i klinisk praksis.

L.1 Introduktion

På akutmodtagerafsnit omhandler 80 procent af afdelingssygeplejerskens arbejdstid drift og administration af afsnittet.

Afsnittet har 45 ansatte personalemedlemmer. Dette bevirker, at de ledelsesmæssige opgaver der skal løses, er så altomspændende, at de ikke kan overskues og sikres af afdelingssygeplejersken alene. Derfor har hun uddelegeret nogle ledelsesopgaver til udvalgte nøglepersoner i afdelingen.

En nøgleperson er en person, der har et specielt ansvar for et specifikt område (eksempelvis introduktion og oplæring).

Afsnittets nøglepersoner består af:

- 1 introduktion og oplæringssygeplejerske
- 1 klinisk Vejleder
- 1 der udarbejder vagtplan
- 1 med ansvar for medicinrummet
- 1 sikkerhedsrepræsentant
- 2 følgejem sygeplejersker
- 1 dokumentationsansvarlig
- 1 ernæringsansvarlig
- 1 hygiejneansvarlig
- 1 EPJ ansvarlig
- 1 forflytningsansvarlig

Det er således et stort ansvar og kompetenceområde der er uddelegeret til nøglepersonerne.

Selvom ledelsesopgaverne er uddelegeret til nøglepersonerne, er det afdelingssygeplejersken der har ansvaret for, at de opgaver, der skal løses af nøglepersonerne, bliver udført.

Afdelingssygeplejersken beskriver, at dette giver problemer i praksis fordi, det kan være problematisk at gennemskue hvilke og hvordan opgaverne udføres i forhold til det øvrige personale. Et andet problem er, at selvom nøglepersonerne står for den praktiske udførsel af opgaverne, har afdelingssygeplejersken den organisatoriske opgave, der skal sikre rammerne for, at nøglepersonernes opgaver kan praktiseres.

Der forefindes i 2008 intet organisatorisk ledelsesredskab, der kan bidrage som redskab til koordinering og planlægning af de opgaver, der kræver en fælles strategi mellem afdelingssygeplejersken og hver af nøglepersonerne.

Sikring af disse opgaver er baseret på hukommelsen, Ad hoc samtaler med nøglepersonerne og i nogle tilfælde ark hvor hvert personale medlem har mulighed for at skrive, hvad de har opnået eksempelvis i forbindelse med introduktion og oplæring.

L.1.1 Introduktion og oplæring

Dette afsnit indeholder to underafsnit. I det første beskrives et kvalitetsproblem. Problemet opstår på grund af manglende opfyldelse af et kvalitetsmål. Dette være sig gældende for det kvalitetsmål som omhandler, at nyansat personale skal være introduceret for/oplært i de opgaver, som er beskrevet i introduktionsprogrammet, inden for de første seks måneder af ansættelsestiden.

I det andet afsnit beskrives hvordan introduktions og oplæringssygeplejersken planlægger praksis og hvilket problem, der kan opstå her ved. Ligeledes beskrives det hvilken ledelsesopgave afdelingssygeplejersken har i forhold til sikring af, at introduktion og oplæringssygeplejerskens opgaver bliver til ende bragt. Endelig står

der, at tjenestetidsplanen er det redskab afdelingssygeplejersken har, som kan bidrage til sikring ledelsesopgaven.

- **Beskrivelse af et kvalitetsproblem**

Afdelingssygeplejerskens ledelsespraksis, som omhandler introduktion og oplæring af nyansatte i afsnittet, indeholder overordnet sikring af, at nyt personale i et afsnit følger enhedens introduktionsprogram. Introduktionsprogrammet indeholder en liste af opgaver som eksempelvis introduktion og oplæring af stuegangsfunktionen.

I afsnittet er det et "mål", at den nyansatte er introduceret for/oplært i de opgaver, som introduktionsprogrammet indeholder, når der er gået 6 måneder. Sikring af opfyldelse af dette mål er en ledelsesopgave, som afdelingssygeplejersken har uddelegeret til afsnittets oplærings og introduktionssygeplejerske (Birthe). Birthe skal således sikre, at nyt personale gennemgår oplæringsprogrammet inden for de første 6 måneder af ansættelsestiden.

Når den nyansatte har været i afsnittet i 6 måneder, er det obligatorisk, at der afholdes en "seks måneders samtale". Til samtalen deltager afdelingssygeplejersken, Birthe og den nyansatte.

Her vurderes det om målet (som omhandler at nyt personale skal have gennemgået oplæringsprogrammet og erhvervet sig de kompetencer, om introduktionsprogrammets opgaver kræver, inden for de første 6 måneder af ansættelsestiden) er nået.

Der forekommer et problem i afsnittet, idet udfaldet af vurderingen ofte er, at den nyansatte ikke har nået målet. Derfor har praksis foregået således, at afdelingssygeplejersken overtager introduktions og oplæringsopgaver indtil den nyansatte har nået målet.

- **Beskrivelse af klinisk praksis:**

Birthe skal sikre, at nyt personale oplæres i de opgaver der står i oplæringsprogrammet. For at planlægge dette bedst muligt, afholder Birthe samtaler med den individuelle nyansatte sygeplejerske efter 1 og 3 måneder. Her laves nogle aftaler om hvad de skal nå inden næste samtale.

For at give den nyansatte en forudsætning for følge med i antallet af opgaver der, i henhold til introduktionsprogrammet, skal læres inden for de første 6 måneder af ansættelsestiden, har personen fået udleveret en introduktionsmappe. Heri er der skema, hvor den nyansatte kan afkrydse, hvor langt denne er nået i introduktionsprogrammet.

Når den nyansatte eksempelvis skal oplæres/introduceres for medicinrummet eller UTH, er det Birthes ansvar, at sikre, at den nyansatte og nøglepersonen

(som står for medicinrummet eller UTH) får den tid sammen, som det tager den nyansatte at blive oplært/introduceret.

Denne opgave løses ved at skrive de tidspunkter på tjenestetidsplanen, hvor den nyansatte og den pågældende nøgleperson skal følges i afdelingen.

Problemet ved denne metode er, at hvis der den pågældende dag kommer, eksempelvis, seks sygdommeldinger, kan den ikke praktiseres.

Ovenstående problematik er ofte en årsag til, at det nyansatte personale, ikke når at blive introduceret til medicinrummet eller UTH inden for de første 6 måneder. Begrundelsen herfor er, at det er Afdelingssygeplejersken der skal "fange alle trådene" når der eksempelvis er sygdommeldinger, eller når de (den nyansatte og nøglepersonen) ikke har nået deres aftaler.

Dette betyder at afdelingssygeplejersken skal sikre, at den nyansatte og Birthe får lavet nye aftaler. Dette er en problematisk opgave, idet afdelingssygeplejersken nødvendigvis ikke ved, hvilke aftaler Birthe og den nyansatte har lavet.

Denne manglende viden skyldes, som tidligere nævnt, at der ikke forelægger en fast procedure for hvordan koordinering og planlægning af de opgaver, der kræver en fælles strategi mellem afdelingssygeplejersken og Birthe, udføres.

Afdelingssygeplejersken indhenter sin viden om, hvad Birthe har planlagt ved at se på tjenestetidsplanen.

Tjenestetidsplanen fungerer som det koordineringsredskab afdelingssygeplejersken anvender i praksis. Her ud fra kan afdelingssygeplejersken eksempelvis se, om Birthe er på afdelingen en bestemt dag. Ligeledes kan den give et overblik over, om den person, der skal oplæres i en specifik sygeplejeopgave, er på afdelingen, samtidig med det personalemedlem, der skal sikre den praktiske oplæring.

Metode til indsamling af viden

Til udarbejdelse af problemanalyse, -formulering og -løsning er der foretaget vidensindsamling i forhold til ledelse, ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer i sundhedsvæsenet.

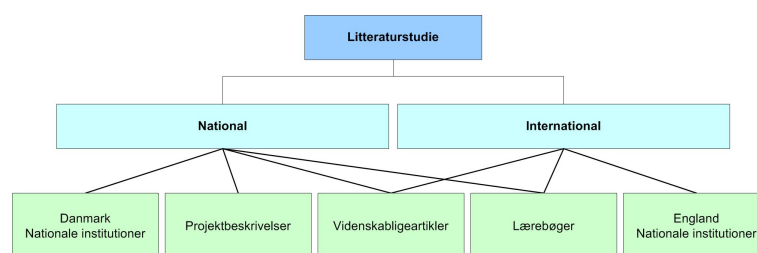
Den anvendte metode er baseret på litteraturstudie, interview og eksplorativ undersøgelse af ledelsesinformationssystemet SydLIS og TAK systemet.

Metoden består af:

- *Nationalt og internationalt litteraturstudie af kilder fra: Nationale institutioner, videnskabelige artikler, projektbeskrivelser og lærebøger. Se mere om metoden og argumentationen herfor i afsnit M.1 samt N på side 181.*
- *Besøg i Region Syddanmark hvor en eksplorativ undersøgelse af SydLIS er foretaget. Se mere om metoden og argumentationen herfor i afsnit M.3 på side 178 og M.2 på side 173*
- *Besøg på Århus Universitetshospital, Skejby hvor en eksplorativ undersøgelse af TAK-systemer er foretaget. Se mere om metoden og argumenterne herfor i afsnit M.3 på side 178 og M.2 på side 173*
- *Kvalitativt forskningsinterview med repræsentanter fra: Region, sygehusledelse/administration, afdelingsledelse og afsnitsledelsen. Se mere om metoden og argumentationen herfor i afsnit M.2 på side 173*

M.1 Litteraturstudie

Anvendt viden der er indhentet ved litteraturstudie og som benyttes til at opstille det initierende problem (baggrundsviden) og problemformuleringen er baseret på samme metode. Metoden er illustreret på figur M.1 og beskrives i de nedenstående afsnit.



Figur M.1: Oversigt over de kilder (videnskabelige artikler, projektbeskrivelser, nationale institutioner (Danmark og England) og lærebøger) hvor der er søgt viden til det nationale og internationale litteraturstudie.

M.1.1 Danmark

For at finde ud af:

- *Hvilke nationale initiativer der er i forhold til implementering af ledelsesinformationssystemer og ledelsesinformation til sikring af opgaver i sundhedsvæsenet.*
- *Hvordan nationale strategier forholder sig til disse emner*

er der anvendt litteratur, som er udgivet af nationale institutioner. Disse er fundet ved at søge på internetsøgemaskinen google.

Endvidere er der rekvireret projektbeskrivelser med indhold om mission, vision, strategi i forhold til InfoRM og SydLIS. Disse er rekvireret ved at tage kontakt til nøglepersoner, der sidder i henholdsvis Region Midtjylland og Syddanmark, som beskæftiger sig med implementering af It og kvalitetsudvikling i forhold til regionens sygehuse.

M.1.2 England

Det er undersøgt, om der i England er fokus på ledelsesinformationssystemer og ledelsesinformation (se afsnit N.1.4 på side 184). Endvidere er det undersøgt, om der er fokus på generering af ledelsesinformation, der kan anvendes på det kliniske niveau hos afdelingssygeplejersken. Argumentet for at søge viden fra England er, at der kan drages paralleller mellem det engelske og danske sundhedssystem. Eksempelvis er sundhedsvæsenet i begge lande offentligt finansieret, og på nationalt plan er man aktiv indenfor udvikling af kvalitetsinitiativer [Arah et al., 2003].

For at finde viden om nationale initiativer i England er der søgt på hjemmesider for nationale institutioner og i Medicine, der indeholder links til og beskrivelser af en række websider med sundhedsvidenskabelig elektronisk information. Se desuden appendiks N på side 181, hvor den udførte litteratursøgning er beskrevet detaljeret.

M.1.3 Videnskabelig litteratur

For at undersøge, om der er forskning, der beskæftiger sig med ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer der skal anvendes af ledere på det kliniske niveau, er der søgt i specifikke videnskabelige tidsskrifter og på Medline.

De specifikke internationale tidsskrifter er tidsskrifter, der omhandler kvalitet, medicinsk informatik og ledelsesinformation. Disse blev udvalgt ved at søge efter elektroniske tidsskrifter omkring disse emner.

På Medline blev der søgt inden for områderne "kvalitet" og "information management", samt på kombinationer af disse områder. Søgeord, der blev benyttet i selekteringen af relevante artikler var: Information management, Health Care Sector, Quality Assurance, Health Care, Integrated Advanced Information Management

Systems, Quality of Health Care, Health Care Evaluation Mechanisms, Management Information Systems, Organization and Administration og Practice Management.

Med viden om, at ovenstående søgeord kan være upræcise eller mangelfulde er der, når en relevant artikel blev fundet, søgt efter andre artikler, der citerer den relevante artikel. Dette er med henblik på at finde andre artikler inden for samme område. Denne søgning blev foretaget i "Web of Science" databasen, da denne database - i modsætning til Medline - har en funktion, der gør dette muligt. Se desuden appendiks N på side 181, hvor den udførte litteratursøgning er beskrevet detaljeret.

Danske videnskabelige tidsskrifter, der er tilgængelige fra Aalborg Universitets Bibliotek, er tidsskrifter der indeholder artikler, der kan identificeres ved at benytte følgende søgeord: sygehusvæsenet, sundhedsvæsenet, ledelse, information, ledelsesinformation, systemer, informationssystemer og ledelsesinformationssystemer.

Review

På baggrund af videnskabelig litteratur er der endvidere udarbejdet et review, se appendiks P på side 189. Her er det blandt andet muligt at læse om den internationale historiske udvikling af, forholdene omkring og anvendelsesmuligheder for systemer, der bliver anvendt til ledelsesformål (Management Information Systems).

Reviewet ses som en forudsætning for at forstå den internationale og nationale udvikling, eller mangel på samme, af ledelsesinformationssystemer samt hvordan ledelsesinformationssystemer anvendes i Danmark i 2008.

M.1.4 Lærebøger

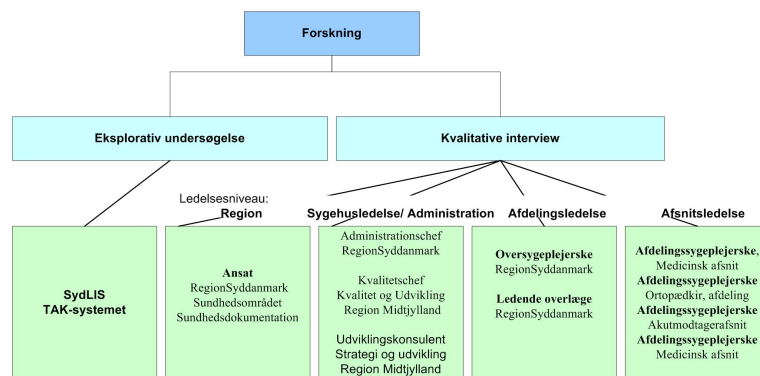
Viden om ledelse, ledelsesinformation, ledelsesinformationssystemer, kvalitetsudvikling og metodik i forhold til det kvalitative forskningsinterview er tilegnet gennem internationale og nationale lærebøger, der er tilgængelige fra Aalborg Universitets Bibliotek.

M.2 Kvalitativ forskningsinterview

Metoden er illustreret på figur M.2 på den følgende side

Fordi litteraturstudie ikke kan bidrage med viden om:

- *Hvordan ledelsesinformation præsenteres for sundhedsfagling i det danske sygehusvæsen*
- *Hvordan og hvem der anvender ledelsesinformation*
- *Hvilke ledelsesopgaver afdelingssygeplejersker har*



Figur M.2: Oversigt over de forskningsmetoder (eksplorativ undersøgelse af SydLIS og Kvalitativ interview med personer fra følgende ledelsesniveauer: Region, administration/sygehusledelse, afdelingsledelse og afsnitsledelse) der er anvendt til indsamling af supplerende viden til litteraturstudiet.

- Hvilken ledelsesinformation afdelingssygeplejersker har behov for som bidrag til sikring af at varetage klinisk ledelsespraksis

er denne viden erhvervet ved kvalitative forskningsinterview af:

- 1 person, der er ansat på regionen indenfor Sundhedsområdet, Sundhedsdokumentation.
- 2 personer der repræsenterer sygehusledelsen/administrationen (1 kvalitetschef og 1 administrationschef).
- 2 repræsentanter for afdelingsledelsen (1 oversygeplejerske og 1 ledende overlæge)
- 4 repræsentanter for afsnitsledelsen (afdelingssygeplejersker)

Argumentet for, at denne viden kan indhentes gennem interview er, at de interviewede fagpersoner samlet præsenterer hele ledelsesorganisationen (politiske - forvaltningsmæssige niveau, over sygehusledelsen til afdelingsledelsen og afsnitsledelsen) samtidig med, at personerne (enten administrativt eller praktisk) beskæftiger sig med ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer. Se mere herom i præsentationen af interviewpersonerne.

Argumentet for at anvende det kvalitative forskningsinterview som metode er, at få mulighed for at:

- Opnå en dybere forståelse af de forhold, som interviewpersonerne udtaler sig om i den dialog, der finder sted under det kvalitative interview.
Eksempelvis når der tales om manglende tradition for at anvende ledelsesinformation, giver det kvalitative interview mulighed for stille kontraspørgsmål som eksempelvis: Hvad menes der med "anvendelse" på de forskellige niveauer?

- *Få de specielle forhold frem, der gælder for de interviewede personer i forhold til ledelse, ledelseinformation og ledelsesinformationssystemer. Eksempelvis er der en entydig begrebsforståelse af ledelseinformation?*
- *Opnå fleksibilitet. Dette gælder både i interviewguiden, der indeholder temaer og nogle åbne spørgsmål, der danner udgangspunkt for en dialog og selve afviklingen af interviewet, hvor nye og ikke planlagte spørgsmål kan komme op.*
- *Få mulighed for, at bearbejdningen af interviewene bliver en fortolkende analyse med åbne tolkningsmuligheder*

M.2.1 Præsentation af interviewede personer

- **Repræsentant fra regionen**

Repræsentant for regionen som ledelsesniveau er Anette Riisom (Riisom), som er ansat i regionshuset Syddanmark indenfor Sundhedsområdet - Sundhedsdokumentation.

Argumentet for, at det var relevant at interviewe Riisom er, hun "sidder" i en organisation der beskæftiger sig med prioriteringer og udvælgelse af indhold i SydLis.

Spørgsmålene i interviewguiden er struktureret således, at der er spurgt til: Systemets brugere, formålet med systemet, systemets funktion, implementering af systemet og data/informationer i systemet.

Dette er med henblik på at tilegne en viden om:

- *Er SydLIS udviklet med henblik på anvendelse af afdelingssygeplejersker*
- *Kan SydLIS anvendes til at understøtte klinisk ledelsespraksis hos afdelingssygeplejersken*
- *Vil det være muligt at tilkoble flere databaser til SydLIS, hvis det viser sig, at afdelingssygeplejersker har behov for andre data i systemet, end dem der forefindes.*
- *Kan SydLIS tilgås af alle regionens afdelingssygeplejersker*
- *Er SydLIS udviklet sådan, at data kan sammenlignes med data i de øvrige regioners ledelsesinformationssystemer.*
- *Hvilke specifikke data anvender systemet*

Denne viden er relevant at have, i forhold til om der eksisterer en mulighed for at anvende SydLIS enten nu eller i fremtiden til at generere og præsenterer ledelseinformation, som afdelingssygeplejersker har behov for.

Interviewguide og transskribering af interviewet kan ses i appendiks J på side 143.

- **Repræsentanter for sygehusledelsen/administrationen**

Den første person der repræsenterer sygehusledelsen/administrationen som ledelsesniveau, er administrationschef Kenneth Serup Jørgensen (Jørgensen).

Argumentet for, at Jørgensen kan repræsentere sygehusledelsen/administrationen er, at han har interesse i og beskæftiger sig til dagligt med ledelsesinformation, der kan anvendes af afdelingsledere (dem der primært skal agere på informationen). Endvidere har Jørgensen (inden opdeling i regioner og dermed inden vedtægterne om implementering af SydLIS) haft implementeret et ledelsesinformationssystem, der kunne anvendes af afdelingsledere.

Spørgsmålene i interviewguiden er struktureret efter Gottschalks linjelederperspektiv. Dette er relevant, da linjelederperspektivet er model til at få kortlagt aspekterne af det engelske begreb "information management". Det betyder at interviewguiden indeholder spørgsmål, der afdækker alle aspekter i forhold til at få afklaret hvordan informationsteknologi og informationssystemer kan fremskaffe information og hvordan systemet er egnet til at tilfredsstille informationsbehov. På den måde er der anvendt en struktureret metode til at indsamle viden om information management i forhold til det danske sundhedsvæsen. - Viden som ikke er beskrevet i litteratur. Den anvendte interviewguide kan ses i appendiks I på side 129 og transskribering af interviewet i afsnit I.1 på side 129.

Den anden person der repræsenterer sygehusledelsen/administrationen er kvalitetschef for kvalitet og udvikling, Dorte Tilsted (Tilsted).

Argumentet for at Tilsted er repræsentativ for sygehusledelsen er foruden hendes fagprofession, at hun er formand for Dansk Selskab for Klinisk Ledelse (DSKL). DSKL har fokus på ledelsesopgaver på det kliniske niveau, hvorfor Tilsted præsenterer en fagperson, der til daglig befinder sig i og har fokus på spændingsfeltet mellem det politiske - forvaltningsmæssige niveau, over sygehusledelsen til center og afdelingsledelsen.

Interviewet med Tilsted er foretaget over telefonen. Argumentet for, at et telefoninterview var en oplagt metode er, at i et projekt (som dette) hvor der ikke foreligger dybdegående viden på skrift, findes det nødvendigt at foretage interviews med udvalgte personer. Problemet herved er, at det er tidskrævende, hvorfor det er vigtigt at selekttere i, hvornår det er muligt med et telefoninterview, en skriftlig tilbagemelding og/eller et interview hvor involverede parter mødes [Kvale, 1998].

Interviewguiden indeholder i alt 9 spørgsmål hvoraf spørgsmål 1-5 var need to know spørgsmål, mens 6-9 var nice to know spørgsmål. Dette betød, at der reelt kun var spørgsmål 1-5, der kunne være udfaldsgivende for, at Tilsteds svar kunne anvendes i projektet. Da dette er relativt få spørgsmål, blev det prioriteret at foretage et telefoninterview.

Interviewguide og transskribering af interview kan ses i appendiks H på side 125.

Den tredje person er udviklingskonsulent i Strategi- og udviklingsafdelingen, Thomas Hanberg Sørensen (Sørensen)

Argumentet for at interviewe Sørensen er for det første fordi, at Århus Universitetshospital, Skejby er et af de sygehuse i landet, der er nået længst med

implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel. For det andet arbejder Sørensen til daglig med implementering af Den Danske Kvalitetsmodel idet, han er projektleder for akkreditering af standarderne på sygehuset.

Formålet med at interviewe Sørensen var at finde ud af, om der i Skejby er videreudviklet på de tre standarder: (1.4.3) Introduktion af nyt personale, (1.4.4) Arbejdstilrettelæggelse og (1.4.5) Uddannelse & kompetenceudvikling. Hensigten var for det første at identificere, om der er flere indikatorer end dem der umiddelbart kan findes i standarderne.

For det andet, om der er udarbejdet nogle konkrete kvalitetsmål til standarderne således, det er muligt at definere nogle indikatorer, så det bliver muligt at vurdere kvalitetsmålene.

For det tredje om der er påbegyndt overvejelser om, at afdelingssygeplejersker skal have nogle ledelsesredskaber til dataindsamling og dataanalyse af standarderne?

Den anvendte interviewsguide samt transskribering af interviewet kan ses i afsnit G på side 117.

• Repræsentanter for afdelingsledelsen

Der er to repræsentanter for afdelingsledelsen. Dette er henholdsvis oversygeplejerske Elin Petersen (Petersen) og ledende overlæge Søren Jakobsen (Jakobsen). Argumentet for at disse kan præsentere afdelingsledelsen i projektet er, ligesom ved Tilsted, at foruden deres fagprofession er de medlemmer af (DSKL). Dette bevirker, at disse præsentere en fagpersoner, der til daglig befinder sig i og har fokus på spændingsfeltet mellem det politiske - forvaltningsmæssige niveau, over sygehusledelsen til center og afdelingsledelsen.

For Petersen gælder, at formen blev en skriftlig feedback på spørgsmål 1-5 i interviewguiden mens der blev foretaget et telefoninterview med Jakobsen. Begrundelsen herfor er den samme, som er beskrevet ovenstående i forbindelse med interview af Tilsted.

Interviewguiden til disse interviews er ligeledes den samme, som er anvendt under interview med Tilsted. Denne kan ses i afsnit H.1.1 på side 125. Transskribering af interview med Petersen kan læses i appendiks F på side 115. Ligeledes kan Transskribering af interview med Jakobsen læses i appendiks E på side 109.

• Repræsentanter for afsnitsledelsen

Der er fire repræsentanter for afsnitsledelsen. Disse består af én afdelingssygeplejerske fra henholdsvis Ortopædkirurgisk og akutmodtagerafsnit samt to afdelingssygeplejersker fra to forskellige medicinske afsnit.

I modsætning til de øvrige interviewpersoner er det valgt at anonymisere interviewene med afdelingssygeplejerskerne. Begrundelsen herfor er, at de øvrige interviewpersoner er personer, der har valgt at deltage i udvalg, selskaber med mere, hvor

holdninger ønskes ytret og hørt i forhold til ledelse, ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer i sundhedsvæsenet.

Dette har de interviewede afdelingssygeplejersker ikke, hvorfor disse skal have mulighed for at udlevere forhold fra egen praksis uden konsekvenser. Afdelingssygeplejerskerne adskilles ved numrene 1-4.

Argumentet for at interviewe denne gruppe af afdelingssygeplejersker er, for det første, at de ikke har fokus på ledelsesinformation i traditionel forstand, men dagligt forholder sig til og løse forskellige ledelsesopgaver på det kliniske niveau. Dette ”upolitiske” fokus gør dem unbiased i forhold til, at anvende dem som en gruppe, hvor det undersøges, afdelingssygeplejerskers behov for ledelsesinformation til udførsel af ledelsesopgaver.

Afgrænsningen til 4 afdelingssygeplejersker skyldes, at variationen i svarene ikke skyldes indhold som bidragede med ny viden men uddybelse.

Interviewguiden til de fire interviews kan ses i appendiks D.1 på side 105 mens transskribering af interviewene kan ses i appendiks A på side 85 til D på side 105.

M.3 Eksplorativ undersøgelse af systemer

For at erhverve viden om, hvordan ledelsesinformation præsenteres for sundhedsfaglige i det danske sygehusvæsen er der foretaget en eksplorativ undersøgelse af henholdsvis ledelsesinformationssystemet SydLIS og TAK-systemet.

M.3.1 SydLIS

SydLIS er tilgængeligt via en tilkobling i regionshuset i Region Syddanmark. Med eksplorativ undersøgelse menes, at studere systemet ved at agere bruger af systemet og manuelt ”klikke” gennem de forskellige skærbilleder. Herved er det muligt at undersøge:

- Hvordan ledelsesinformationssystemet er opbygget
- Hvilke datavariabler er der i systemet
- Hvordan kan data sammensættes til ledelsesinformation
- Er det muligt at kombinere variabler efter behov
- Er det forudbestemt hvordan data er sammensat (Hvis dette er tilfældet, er det prædefineret hvad ledelsesinformation er).
- Hvordan præsenteres informationen, benyttes der illustrationer i forhold til grafer og farver

- Genererer systemet ledelsesinformation om fremtiden ud fra data og hvordan

M.3.2 TAK-systemet

Under ovennævnte interview med Sørensen, var det muligt at foretage en eksplorativ undersøgelse af TAK-systemet.

Foruden at få et indblik i, hvordan TAK-systemet skal anvendes af brugeren, var formålet at undersøge:

- Hvordan data præsenteres i systemet. Kan det anvendes som klinisk ledelsesinformation? Er det, som det kendes fra Ledelsesinformationssystemer som SydLIS, præsentation af målopfyldelse ud fra kvantitative indikatorer hvor ud fra afdelingssygeplejersker selv skal vurdere kvaliteten og generere ledelsesinformation?
- Hvordan er indikatorerne opstillet for de tre standarder: (1.4.3) Introduktion af nyt personale, (1.4.4) Arbejdstilrettelæggelse og (1.4.5) Uddannelse & kompetenceudvikling når, indikatorerne i standarderne ikke er kvantitative?

International litteratursøgning

I dette appendiks beskrives hvordan der blev søgt international litteratur.

N.1 Videnskabelige tidsskrifter

For at undersøge, hvad der i videnskabelige tidsskrifter skrives om ledelsesinformation, ledelsesinformationssystemer og kvalitetssikring inden for sundhedsvæsenet, blev der søgt informationer om dette i relevante tidsskrifter. Desuden blev en mere generel søgning udført på Medline. Endelig blev der søgt i "Web of Science" databasen efter hvilke artikler, der citerer relevante fundne artikler. Hvordan disse søgninger blev udført beskrives i de følgende afsnit.

N.1.1 Søgning i relevante tidsskrifter

Relevante tidsskrifter blev fundet ved at søge efter elektroniske tidsskrifter på aalborg universitets biblioteks hjemmeside (www.aub.aau.dk) med følgende søgeord:

- quality
- medical informatics
- Information management

Derved blev følgende relevante tidsskrifter fundet, og disse blev der søgt i efterfølgende:

- Quality management in health care
- Journal of nursing care quality
- Quality assurance
- Quality in health care
- International journal for quality in health care
- Accreditation and quality assurance
- International Journal of Health Care Quality Assurance
- Information technology and management
- The journal of information systems
- Journal of the American Medical Informatics Association
- International journal of medical informatics

Ved søgning i ovenstående tidsskrifter blev der anvendt følgende søgeord samt kombinationer af disse:

- quality
- information
- management
- system
- health care

N.1.2 Søgning i Pubmed Medline

I Medline har hver artikel tilknyttet en række emneord, der er beskrivende for indholdet i artiklen. Disse emneord kaldes i Medline for MESH-termer (Medical Subject Heading Terms). MESH-termerne er organiseret i en træstruktur, som det er muligt at tilgå via MESH-databasen. En overordnet MESH-term inkluderer alle de underordnede termer. Det vil sige, at artiklerne, som hører til en underordnet term, er en delmængde af artiklerne, som hører til en overordnet term.

For at finde artikler, der omhandler ledelsesinformation og ledelsesinformationssystemer, blev der søgt i MESH-databasen efter MESH-termer inden for følgende to hovedområder:

1. Information management
2. quality

I de følgende punktopstillinger er de relevante MESH-termer vist. Tallet i parentes ud for hver MESH-term angiver antallet af artikler inden for denne. For de søgeord, hvor der stadig er for mange artikler til, at det er muligt at kigge dem igennem, blev søgningen indsnævret ved at kombinere MESH-termer, så en artikel skal indeholde alle de valgte MESH-termer for at blive inkluderet. Tallet i parentes ud for hver MESH-term i underpunkterne angiver antallet af artikler for den konkrete MESH-term i kombination med de ovenstående MESH-termer.

Relevante MESH-termer fundet i forbindelse med søgning på "Information management":

- Information management (2165)
 - Health Care Sector (57)
 - Quality Assurance, Health Care(371)
- Integrated Advanced Information Management Systems (262)
 - Health Care Sector (0)
 - Quality Assurance, Health Care (23)

Relevante MESH-termer fundet i forbindelse med søgning på "quality":

- Quality of Health Care (3240514)
 - Health Care Evaluation Mechanisms (2870558)
 - * Management Information Systems (11965)
 - * Organization and Administration (11965)
 - * Practice Management (706)
- Quality of Health Care (3240514)
 - Health Care Evaluation Mechanisms (2870558)
 - * Organization and Administration (11965)
 - * Practice Management (7218)
- Quality of Health Care (3240514)
 - Information management(1145)
 - * Quality Assurance, Health Care (336)
 - * Health care (11)
- Management Information Systems (28235)
 - Delivery of Health Care (4849)
 - Health Care Sector OR Quality Assurance, Health Care(760)
 - * Information Management(14)

Søgningerne på de enkelte MESH-termer kan være meget brede. For at gøre søgningerne så præcise som mulige er det vigtigt at vurdere på hvilket niveau i træstrukturen, der skal søges. For eksempel er der 2870558 artikler inden for MESH-termen "Health Care Evaluation Mechanisms", hvorfor det i stedet blev valgt at søge på nogle af de underordnede og mere specifikke MESH-termer. Dette er for eksempel "Practice Management", hvor der er 706 artikler.

Der blev søgt på kombinationer af MESH-termer inden for de to hovedgrupper (kvalitet og information management), men også på tværs af disse grupper for at finde artikler, der både omhandler "quality" og "information management".

N.1.3 Søgning i "Web of Science"

Når en relevant artikel blev fundet ved hjælp af de metoder, der er beskrevet ovenfor, blev der søgt efter andre artikler, der citerer den relevante artikel for at finde andre artikler inden for samme område. Dette blev gjort i "Web of Science" databasen (<http://www.isiknowledge.com/wos>), da denne database - i modsætning til Medline - har en funktion, der gør det muligt.

Det blev undersøgt, hvilke nationale initiativer der er i England omkring registrering og anvendelse af strukturinformationer i forbindelse med kvalitetsudvikling. Herunder om man i England har samme problemstilling vedrørende årsagsanalyse, som er beskrevet i indledningen, og om man eventuelt har fundet en løsning på denne.

N.1.4 Søgning efter nationale initiativer i England

Da flere artikler omhandlende informationssystemer i sundhedsvæsenet har reference til England samtidig med, at der er paralleller mellem det danske og engelske sundhedsvæsen blev der endvidere søgt information om de nationale initiativer i England, blev der søgt på hjemmesider for følgende offentlige institutioner:

- The National Health Service - NHS (www.nhs.uk)
- The National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (www.nice.org.uk)
- Department of health (www.dh.gov.uk)
- The Healthcare Commission (www.healthcarecommission.org.uk)

I søgningen blev følgende søgeord samt kombinationer af disse anvendt:

- quality
- Information management
- Hospital information systems
- management

Ud over søgningen på hjemmesider for de offentlige institutioner i England blev der også søgt i Medicine (<http://www.intute.ac.uk/healthandlifesciences/medicine/>), hvilket er en service, der tidligere hed OMNI. Dette er en parallel til den danske klininfo, som er en database, der indeholder links til og beskrivelser af en række websider med sundhedsvidenskabelig elektronisk information. Ved søgning i Medicine blev ovenstående søgeord også anvendt.

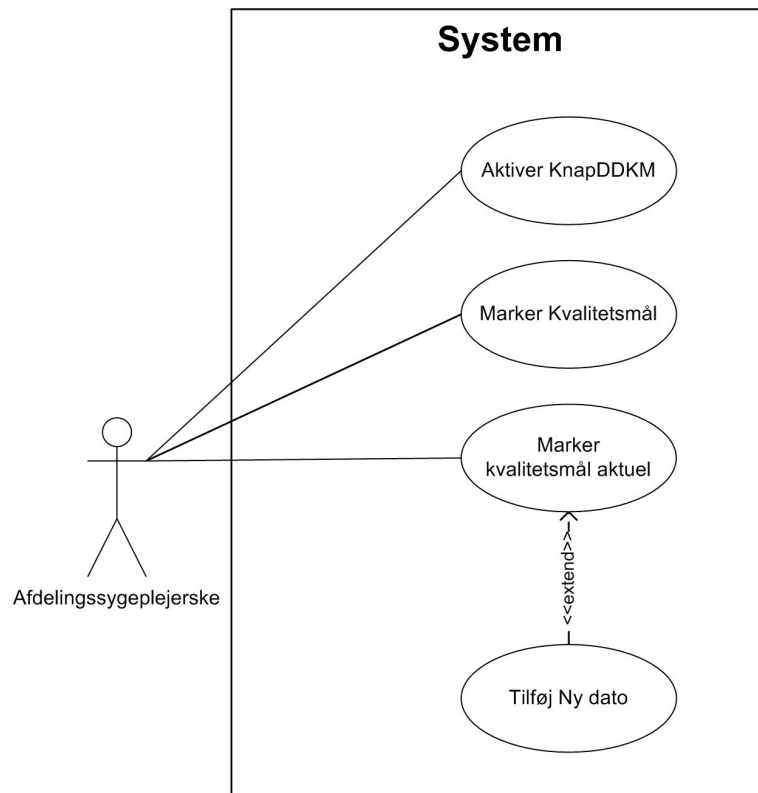
UML: Use-Case

I dette afsnit er der udarbejdet et Use-Casediagram og et Aktivitets diagram over den del af systemet, der genererer ledelsesinformation, som kan bidrage til sikring af at afsnittets introduktionsprogram opdateres hvert tredje år.

Diagrammerne er udarbejdet i henhold til en lærebog med titlen UML 2 Toolkit[Eriksson et al., 2004].

Use-casediagram

I Use-casediagrammet er systemets aktør (afdelingssygeplejersken) identificeret og de handlinger som aktøren kan udføre på systemet, bliver gennemgået.



Figur O.1: I Use-Casediagrammet aktiverer afdelingssygeplejersken alle Use-cases. Via Use-Casen "Marker kvalitetsmål aktuel" inddrages Use-Casen "Tilføj Ny dato" hver det er muligt for afdelingssygeplejersken at indtaste og gemme en dato.

Aktiver KnapDDKM

Når der genereres ledelsesinformation, om afvigelse fra kvalitetsmålet, kan afdelingssygeplejersken aktivere Use-Casen: *Marker Kvalitetsmål*. Dette gøres ved "klikke" med musen på knappen: DDKM.

Marker Kvalitetsmål

På skærmbilledet hvor kvalitetsmålene er listet, kan afdelingssygeplejersken vælge at arbejde med det konkrete kvalitetsmål ved at sætte en markering ud fra kvalitetsmålet. Trykkes der efterfølgende på: Ok aktiveres Use-Casen *Marker Kvalitetsmål aktuel*. Trykkes der istedet: annuller aktiveres Use-Casen *Aktiver KnapDDKM*.

Marker Kvalitetsmål aktuel

Afdelingssygeplejersken får af systemet feedback om, at det er 3 år siden introduktionsprogrammet er revurderet. Endvidere skal hun besvarer, om introduktionsprogrammet stadig er aktuelt. Her kan hun vælge at markere i: Ja og trykke ok. Gøres dette aktiveres Use-Casen: *Tilføj Nydato*

Markeres der istedet i: Nej aktiveres Use-Casen: *Aktiver KnapDDKM*

Tilføj Nydato

Afdelingssygeplejersken skal i denne Use-Case indtaste en dato for hvornår introduktionsprogrammet er revurderet. Efterfølgende skal der trykkes: Ok hvorved Use-Casen *Aktiver KnapDDKM* aktiveres. Trykkes der istedet Annuller aktiveres Use-Casen *Marker Kvalitetsmål aktuel*.

O.0.5 Aktivitetsdiagram

Aktivitetsdiagrammet er en detaljeret beskrivelse af arbejdsgangen i Use-Casen. Diagrammet er grupperet i Boundary og Control swimlanes. På den måde kan aktiviteter og handlinger, der er knyttet til hver swimlane identificeres og følges.

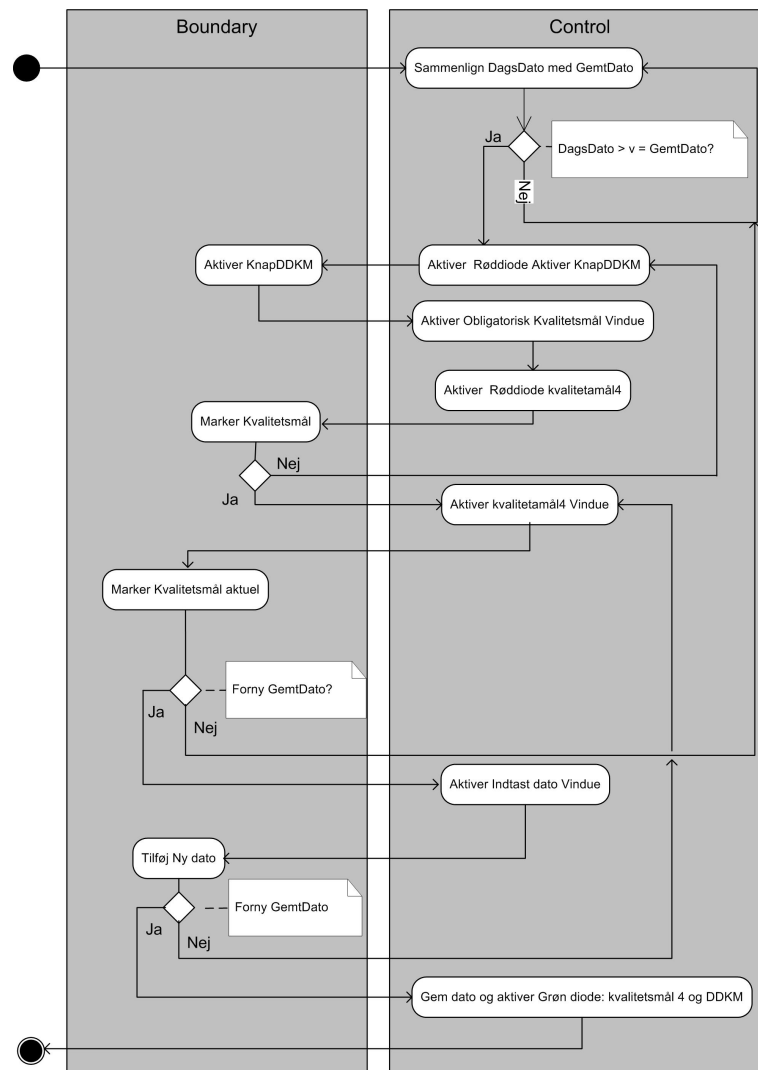
Initialisering påbegyndes når control (der monitorerer kvalitetsmålene) registrerer, at tiden for sidst revurderet introduktionsprogram er overskredet 3 år. Således lyser dioden (Boundary) tilhørende KnapDDKM Rød og *Aktiver KnapDDKM* aktiveres.

Ved at "klikke på KnapDDKM initialiseres Use-Case *Marker Kvalitetsmål* via en funktion i control som ligeledes bevirker, at dioden (Boundary) tilhørende kvalitetsmålet lyser rød.

Ved at vælge det aktuelle kvalitetsmål aktiveres Use-Case

Marker Kvalitetsmål aktuel

via control. På boundary kan det vælges at indtaste en ny dato for revurderet introduktionsprogram. Således aktiverer control Use-Casen *Tilføj Nydato*.



Figur O.2: Aktivitetsdiagram over sammenhængen mellem Use-Case: Aktiver KnapDDKM, Marker Kvalitetmaal, Marker Kvalitetmaal aktuel og Tilføj Nydato.

Når boundary afsluttet efter at have indtastet en dato, gemmes datoen, de førnævnte dioder ændres til grønne og alle Use-cases slttes via control.

Review

P.1 Indledning

Siden 1970 har udviklingen i computerteknologi skabt en industri hvorved serviceprodukter udvikles. Disse er i dag en integreret del af sundhedsvæsenet.[Bernstein et al., 2007] Informationsteknologi i sundhedsvæsenet har været under kontinuerlig udvikling fra primært at have været benyttet til administration til mere klinisk orienteret systemer, der i dag benyttes daglig i klinisk praksis.[Dario et al., 2003] Som eksempler på anvendelse af informationsteknologi i sundhedsvæsenet kan nævnes: vedligeholdelse af elektroniske patientjournaler, planlægning af administrative opgaver, fakturering og regnskabsføring, administrering af materiale forbrug og styring af den kliniske produktion.[Bernstein et al., 2007]

Gennem 1980'erne blev informationsteknologi introduceret i sygehusorganisationen, og computere blev et alment anvendt redskab på sygehusene.

[Bernstein et al., 2007][Wainwright og Waring, 2000]

Endvidere bevirkede det elektronisk datanetværk, at data kunne deles på decentralt niveau.

Software forhandlere begyndte at se en forretning i at udvikle produkter primært til sundhedsvæsenet hvorfor produkter, med henblik på at udvikle metoder til at forbedre effektiviteten på sygehusene, begyndte at syne i sundhedsvæsenet. Gennem 1990'erne eskalerede udviklingen i forhold til udvikling af kliniske informationssystemer og systemer til beslutningsstøtte.[Austin og Boxerman, 2003] Det skal dog understreges, at udvikling og integration ikke fulgtes ad i samme tempo. Eksempelvis har en undersøgelse af IT systemer i NHS (United Kingdom National Health Service) vist: i 1993 havde 75 pct. af hospitalerne en eller anden form for elektronisk netværk, og der var næsten 100 pct. der havde et PAS (Patient Administrativ System). Dårligere så det ud indenfor ledelsesinformation - og beslutningsstøtte systemer, fordi mangel på integration hindrede adgang til information. I 1994 besad kun 13 procent en eller anden form for kommunikationssystem som var en integreret del af et informationssystem. Ligeså havde kun 8 procent af sygehusene anskaffet IT informations system.[Thomas et al., 1994][Wainwright og Waring, 2000]

I 1990'erne bevirkede den almene tilgang til Internettet endvidere, at sundhedsvæsenets brugere blev mere informeret om symptomer og sygdomme, medikamenter, medicin dækning og kvaliteten af den service de kunne forvente at få. Således var informationsteknologien, i begyndelsen af det 21. århundrede, en af de drivende kræfter bag forbedring og levering af sundhedsydelser. [Bernstein et al., 2007]

P.2 Hospitals-Information-Systemer

I international literaturen nævnes computerbaserede informationssystemer både Healthcare/Hospital Informations Systems (HIS), Information and Communication

Technology (ICT) og Management Information Systems (MIS)[Anderson, 2003]. Information og kommunikations teknologi (ICT), også kendt som Informations Teknologi, (IT) er betegnelsen for anvendelsen af teknologi til at administrere og bearbejde information specielt i større organisationer. Med begrebet teknologi menes computere og software til at konvertere, gemme, beskytte, bearbejde, sende og modtage information.[Wikipedia, 2007a]

Management Information Systems (MIS), er det begreb der er opstået i takt med udviklingen Oprindeligt kunne computere i forretningsverdenen primært bruges til at holde styr på lønningslisten og konti i forhold til indtægter og udgifter. Sidenhen fik ledere systemer, der kunne give information om salg, investeringer og andre data der kunne hjælpe med at bestyre virksomheden. Begrebet MIS opstod for at kunne beskrive systemer, der kunne benyttes til ledelsesformål. I dag anvendes begrebet i andre kontekster for eksempel i forbindelse med beslutningsstøtte systemer, i administrationen af ressourcer og persondata samt projektledelse. [Wikipedia, 2007b]. HIS er som tidligere nævnt en fælles betegnelse for et system, hvormed alle former for data i sundhedsvæsenet administreres. Det vil sige, data der både anvendes af både ledere og øvrige udøvere i sundhedsvæsenet.[Berg, 1999][de Velde, 2000][Anderson, 2003]

Det kan derfor udledes, at HIS er et begreb der både dækker over ICT og MIS blot afgrænset i anvendelse i sygehusvæsenet.

HIS kan karakteriseres efter deres funktion, informationsindhold og den service de kan ydes via dem. For at støtte undersøgelse, pleje og behandling samt den tilhørende administration, er det en forudsætning at HIS kan bidrage med:

- Korrekte, relevante og opdaterede, informationer om patienter. Endvidere skal informationerne være tilgængelige og i et sådan format, at informationerne kan anvendes af de retmæssige brugere på de rigtige lokalisationer på sygehuset. Ligeledes skal informationerne være korrekt indsamlet, gemt, bearbejdet og dokumenteret.
- Viden/kendskab til sygdomme og eksempelvis medikamenters interaktion og bivirkning, således læger kan anvende informationerne i diagnose udredning.
- Information om kvaliteten af sygehusets ydelser, resultater og ressourceforbrug.

[Winter et al., 2001] [12]

HIS kan således give mulighed for at fremskaffe, analysere og formidle information om patienten samt faglig viden. Ligeledes være et middel til at fremme overordnede kvalitetsmål for sundhedsvæsenet herunder:

- Høj sundhedsfaglig kvalitet
- Klar besked og korte ventetider
- Høj brugertilfredshed
- Bedre information om service og kvalitet
- Effektiv ressourceanvendelse

- Frit valg

[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007b]

Endvidere kan HIS give mulighed for at kvalitetsvurdere nationale kvalitetsmål i forhold til: Høj professionel standard, Effektiv ressourceudnyttelse, Minimal patientrisiko, Høj patienttilfredshed og Helhed i patientforløbet. Muligheden forekommer, idet HIS kan anvendes som dokumentationsredskab på alle niveauer i sundhedsvæsenet (mere herom i P.4 på side 194), hvorefter lagrede data kan opsamles og struktureres således det kan lagres i kliniske kvalitetsdatabaser [nationale råd for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, 2007] og senere give organisationen feedback på eksempelvis økonomi, kvalitet, kompetence og brugerens tilfredshedsniveau.

Ud fra ovenstående kan det tolkes, at der eksempelvis ikke et enkeltstående mål om høj produktion (mængden af patienter der kommer ind og ud af sygehusene), men også viden om blandt andet strukturen, processen og resultatet. Dette kan opnås ud fra evnen til at anvende viden og informationer. Udfordringen for virksomheder som landets sygehuse ligger i, at kunne understøtte deres medarbejdere bedst muligt ved at give dem rette ressourcer, værktøjer og information til at være succesfulde i deres job. Derfor er virksomheder nødt til at gøre al relevant information tilgængelig og anvendelig - nemme at finde og nemme at bruge. [Moyer, 2007] Foruden faglig professionalisme er det et politisk administrativt synspunkt, at succes/kvalitet i sundhedsvæsenet også er ensbetydende med sundhedsprofessionelles efterlevelse af de krav, der blandt andet stilles til forbedring af kvaliteten af ydelser og korrelation mellem udgifter og forbrug af ressourcer i sygehusvæsenet [Sørensen, 2007] [Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007b]. For dette er muligt, er det en forudsætning, de har tilgang til information fra flere niveauer i organisationen. For at kunne administrere store mængder af data mellem ledere og øvrige udøvere i sundhedsvæsenet, er det en forudsætning at anvende HIS. [Berg, 1999] [de Velde, 2000] [Anderson, 2003]

P.3 HIS: - Datid, Nutid og Fremtid

For at få belyst, blandt andet, hvornår i historien Hospital Information Systems (HIS) blev implementeret i sundhedsvæsenet, er der blandt andet taget udgangspunkt i en arbejdsgruppe under International Medical Informatics Association (IMIA). IMIA er en organisation der markedsfører og fremmer anvendelsen af informationsvidenskab i det moderne samfund inden for, blandt andet, sundhedsvæsenet [Association, 2007]. Gruppen specialiserer sig i HIS og har periodevis etableret konferencer hvor internationale eksperter samles for at diskutere emner lige fra politik til system arkitektur og etik i forbindelse med teori, design, implementering og anvendelse af HIS. [Dario et al., 2003] Når der i nedenstående afsnit refereres til debatterede konference emner, menes emner debatteret på konferencer afholdt af IMIA.

1960-1980'erne: Små informationssystemer med begrænset funktionalitet, placeret

i afgrænsede specialenheder på sygehuset såsom: laboratoriet, radiologi eller administration.[Haux, 2006]

Under en international conference i 1979, blev en ide om et hospitals informations system, som skulle håndtere alle aspekter af information i større sundhedsorganisationer, fremlagt. Denne tankegang var langt fra, hvad man dengang mente var realistisk.

Endvidere blev emner som patient sikkerhed, anvendelse af teknologi som værktøj til at forbedre kliniske resultater og det essentielle i samtidigt at prioritere integrering heraf med organisationen, blev debatteret. Disse emner er i dag, stadig centrale i debatten og udviklingen af HIS.[Dario et al., 2003]

1970-1990'erne: Her blev det muligt at få et større overblik, idet informationssystemer blev computerbaserede. Dette bevirkede, det var muligt at lagre sygehusets information samlet.[Reichertz, 2006]For computerbaserede informationssystemer var der et stort fokus på tekniske problemer).[Haux, 2006]

På en conference i 1988 gik debatten på behovet for en kliniskdatabase der kunne anvendes globalt. Hertil skulle hver kliniker indsende relevant data, via individuelle kliniske systemer som skulle forbindes centralt og anvendes til klinisk beslutningsstøtte, administrative funktioner, finansiel analyse og klinisk forskning.

1990'erne: I 1991 gik debatten på sammenhængen mellem den elektroniske patientjournal og HIS. Klinisk information opnås via CPR og dermed muligheden for at anvende HIS i et større perspektiv end hidtil. Integrerbar systemarkitektur ansås som værende vigtig for anvendelse og integration af HIS.

1994:Regionale elektroniske patientjournaler blev anset som værende en vigtig for udvikling i fremtiden. Disse skulle være grundstenen til at støtte/udbygge kliniske og patientsystemer. Håbet for fremtidens HIS var, at disse skulle blive en integreret del af den elektroniske patientjournal således, data ukompliceret kunne tilgås og anvendes til beslutningsstøtte.[Dario et al., 2003]

2000-2007 Efter succesfulde implementeringer af HIS debatteres under en conference i 2002 hvor vidt, HIS opfylder hvad der forventes af dem og hvordan de kan anvendes til forbedring af kvaliteten i sundhedsvæsenet.[Dario et al., 2003]

Med udgangspunkt i HIS Øges forskningen. Fokus er på det praktiske arbejde i forhold til informationsbearbejdning i sundhedsvæsenet, -både i lokal og global henseende. Data lagret i informationssystemer gør det muligt at udforske patientrelateret information.

Endvidere satte anvendelsen af HIS fokus på organisatoriske problemstillinger og ledelsesmæssige omstruktureringer. Samtidig blev man klar over at der var et behov for administrering af informationssystemer. Dette var specielt den strategiske og længerevarende administrering af information.

En af årsagerne til, at det blev muligt, succesfuldt, at implementere HIS, var standarder som HL7. Denne har, for eksempel i Danmark, England, Canada, Holland og Tyskland, været anvendt og hjulpet integrationen på det syntaktiske

niveau[Standard, 2007].

Fordelen ved HIS var gode bearbejdnings/administrative muligheder, omfattende opbevaringssted til patientdata og anvendelige klient-baserede brugergrænseflader.

I 2003 var det udpræget, at HIS kun koncentrerede sig om et aspekt af informations bearbejdning. Eksempelvis, enten den elektroniske journal, give ordre adgang eller håndtering af laboratorie prøver. Dette resulterede i delvise løsninger, som kun opnåede moderat brug.[Dario et al., 2003]

Elektroniske patientjournaler var, ligeledes i 2003, implementeret nogle steder i sundhedssektoren mens andre arbejdede mod at få dem implementeret. Isolerede HIS til intern anvendelse var alment anvendt og patient data samlet i disse systemer, var generelt ikke tilgængelige. Denne situation er med perspektivering i fremtiden uønsket, da det er en såvel national som international målsætning, at data skal kunne tilgås mellem forskellige organisationer, regioner og på nationalt plan[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007b][Dario et al., 2003]. Endvidere besværliggør isolerede systemer udarbejdelse af både nationale og lokale dataanalyser, hvilke der kunne medvirke til forbedring af ressource anvendelsen, kvaliteten af plejen, og epidemisk sygdomskontrol. Endelig begrænser manglen på tilgængelige databaser mellem institutioner muligheden for at foretage klinisk og forsknings spørgsmål.[Dario et al., 2003]

Manglende deling af oplevelser med design, implementering og brugen af HIS var ligeså en hindring for udviklingen. Selvom forskning i standardiseret terminologi havde åbnet nogle muligheder for integration, var der stadig mangel på systemer der kunne kortlægge fra fri tekst til kodet observationer. Dette skyldes, at mange systemer stadig var forbundet til interne databaser og deres data definitioner er ikke var transparente nok til at støtte en funktionel integration.[Dario et al., 2003]

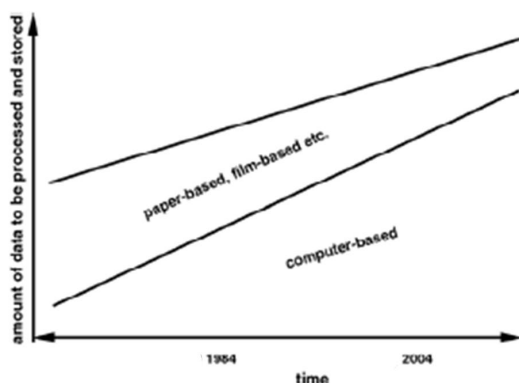
Oprindeligt var hensigten med computer støttede informationssystemer, at de skulle være et redskab for læger og administrative ledere på sygehusene. Senere blev fokus, at systemerne også skulle være et redskab for sygeplejerskerne. I dag kan systemerne også anvendes af patienter, deres pårørende og andre brugere af sundhedsvæsenet. [Ball et al., 2003]. I dag anvendes HIS primært til patient pleje og behandling, til administrative opgaver og forskning .[Haux, 2006]

I 2007 dominerer de computerbaserede informationssystemer på sygehusene, dog eksistere der stadig papirbaserede systemer. Ulempen herved er, at informationen dobbeltregistreres idet registreringen foregår i begge former for informationssystemer. Dette giver både en flerdobling af de udgifter, der er i forbindelse med registrering og flere bestræbelser for sundhedsprofessionelle i forhold til at tilgå og anvende data.[Haux, 2006] For at nærme sig kvalitetsmålet om effektiv ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet, skal dobbeltregistreringer ophøre.

For at få et indblik i, både, hvor meget papirinformation der produceres på et

sygehus og hvorfor dobbeltregistrering (både på papir og computerform) er en tung arbejdsburde tages et eksempel fra et Tysk medicincenter. På centret er der 6000 ansatte, 60 afdelinger, 1500 sengepladser og 100 ambulante afdelinger. I alt produceres 6 millioner papirbaserede dokumenter på centret pr. år, se tabel P.3. Disse dokumenter skal ofte være arkiveret på centret i 30 år. Digitalt vil den samme mængde af data fylde cirka 5 terabytes. Mængden af computerbaseret redskaber på sådan et medicincenter svarer til cirka 100 computerbaserede applikationer, tusinde arbejdsstationer og andre terminaler samt 100 servere.[Haux, 2006].

70papirI skemaet er angivet fordelingen af den mængde af papirbaseret information der produceres, på et typisk Tysk medicincenter, pr. år.[Haux, 2006] Fremtidsudsigterne for ændring heraf er illustreret på figur P.1. På figuren ses, at mængden af information der skal gemmes i sundhedsvæsenet konstant vil stige, mens det først er i 2025 de computerbaseret informationssystemer vil være eneste sted informationer registreres og opbevares 100 procent. Når HIS skal



Figur P.1: Visualisering af tendensen fra papir- til computerbaseret redskab til informationsbearbejdning. Der ses en konstant stigning i mængden af data i sundhedsvæsenets informationssystemer.[Haux, 2006]

udarbejdes, stilles i dag spørgsmål som: Teknisk tilgængelighed, kvaliteten af data, henvisningsintegriteten af patientdata, data modeliering, interfacet, kvaliteten af funktionaliteterne (specielt omhandlende støtten af sundhedsrelaterede processer og problemer med transskriberingen). Sidst, men ikke mindst, at lette brugen af de computerbaserede redskaber omhandlende data input og brugbarheden for sundhedsprofessionelle i deres daglige arbejde med patienter.[Haux, 2006]

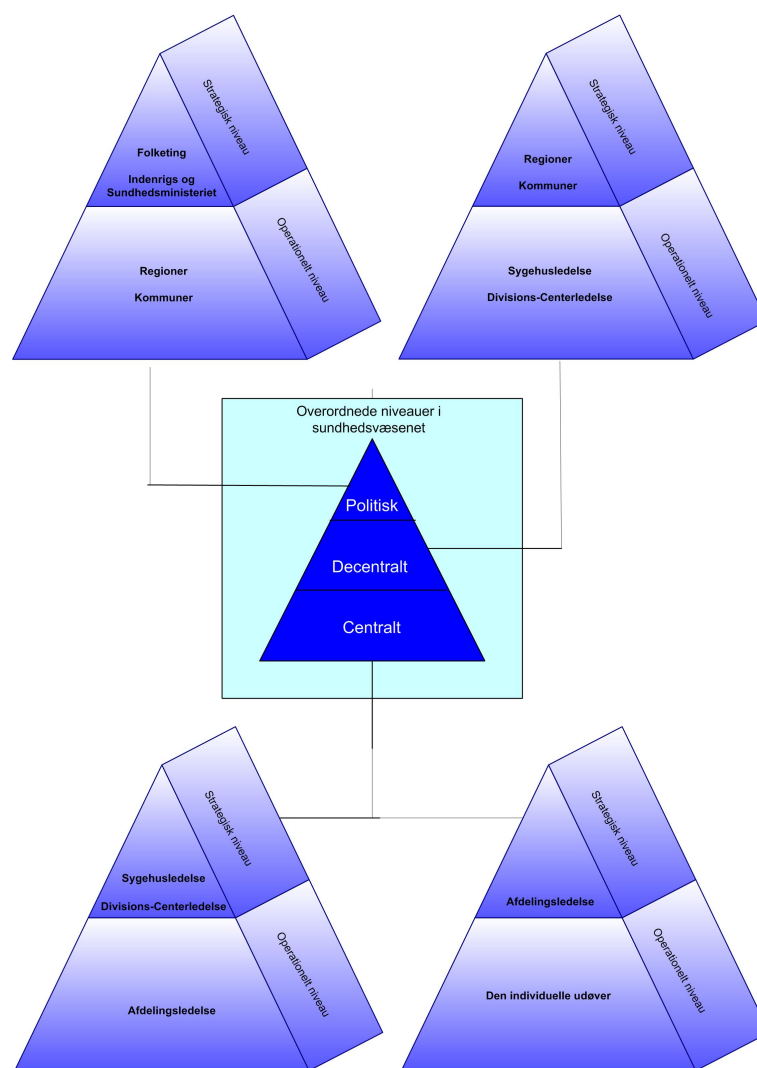
P.4 Information og informationssystemer i det danske sygehusvæsen

Information er blevet enhver virksomheds vigtigste råstof. Dette gælder også for sundhedsvæsenet. I afsnit P.3 på side 191 og P.2 på side 189 blev det nævnt, at sundhedsvæsenets informationer i fremtiden primært vil blive lagret i HIS samt, at HIS kan anvendes som på alle niveauer i sundhedsvæsenet. Der skelnes imidlertid

ikke, begrebsmæssigt, i den danske litteratur mellem, hvilke systemer der anvendes hvor i organisationens niveauer.

For at give et overblik over hvilke 'niveauer' der er i det danske sundhedsvæsen og hvor HIS anvendes direkte eller indirekte, er der nedenstående, se figur P.2, udarbejdet en hierarkisk struktur, der overordnet er opdelt i et politisk, decentralt og centralt niveau. Hvert overordnet niveau er efterfølgende inddelt i et strategisk og operationelt niveau.

Det strategiske niveau er hvor den overordnede administration, strategi og



Figur P.2: *Pyramiden i midten viser de overordnede niveauer (Politisk, decentralt, centralt) i sundhedsvæsenet. Fra hvert niveau er der trukket streger til en eller to pyramider. Disse illustrere, at hvert overordnet niveau, kan inddeles i yderligere to niveauer: et strategisk og operationelt niveau. Under hvert niveau er beskrevet hvilken (hvilke)instans i sundhedsvæsenet der tilhører det pågældende niveau*

koordinering varetages i forhold til den sikring af den daglige produktion. Arbejdsopgaverne på dette niveau er forskelligt alt efter, om de udøves på det politiske, decentrale eller centrale niveau, se figur P.4. Til hvert strategisk niveau

Niveau i sundhedsvæsenet:	Politisk	Decentral	Central
Indstans:	Folketing Indenrigs og Sundhedsministeriet	Regioner Kommuner	Sygehusledelse Division – centerledelse Afdelingsledelse
Strategiske arbejdsopgaver på sygehuse eller sundhedsområdet	Specieplanlægning Systematisk opfølgning på kvalitet, effektivitet og IT-anvendelse Forebyggelse og analyse. - sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme, - befolkningens sundhedstilstand, - Sundhedsudgifter, forbrug af sundhedsydelser, - aktivitets- og produktivitetstendenser i sundhedsvæsenet, - forskning, - ventetidsinformation og operationsstatistik. Behandlerne i sundhedsvæsenet. - sundhedsvæsenets struktur, styring og finansiering, - kvalitetssikring, medicinsk informatik og sundhedspersonalets videreuddannelse, - patienters og sundhedspersonales retsstilling, - psykiatri, - sygesikring, - lægemidler og apotekervæsen.	Regioner: - Sygehuse - Behandlerne i psykiatri - Sygesikring (praktiserende læger, speciallæger og medicintilsyn) Kommuner: - Sundhedsområdet - Forebyggelse, pleje og genoptræning der ikke foregår under indlæggelse og specialindlæggelse - Hjemmesygepleje - Behandling af alkohol- og stofmisbrug	Administration, planlægning og drift

Figur P.3: *Strategiske arbejdsopgaver på sygehuse eller sundhedsområdet på henholdsvis det politiske, decentrale og centrale niveau*[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007a][Sørensen, 2007]

hører et operationelt niveau. Arbejdsopgaverne på det operationelle niveau er dem der skal udføres på baggrund af en langt strategi. Ligeledes er arbejdsopgaverne på dette niveau forskelligt alt efter, om de udøves på det politiske, decentrale eller centrale niveau, se figur P.4 på næste side [Sørensen, 2007] [Deloitte, 2002] Ud fra de strategiske og operationelle arbejdsopgaver der er opstillet i figur og P.4 på modstående side kan det udledes, at kravet til information er forskelligt alt efter hvilket niveau der er tale om. Se eksempelvis figur P.5 på næste side I afsnit P.4.1 er opstillet et eksempel på hvorledes information kan anvendes til at iværksætte forskellige arbejdsopgaver på de forskellige ledelsesniveauer i sundhedsvæsenet.

P.4.1 Informationssystemer i de danske sygehuse

Alle sygehuse i Danmark råder over nogle parakliniske og administrative systemer. Som minimum råder hvert sygehus over et patientadministrativt system (PAS). Udover PAS, systemer der dækker områderne notat, medicin, booking og rekvisi-

Niveau i sundhedsvæsenet:	Politisk	Decentral	Central
Indstans:	Regioner Kommuner	Sygehusledelse Division – centerledelse	Afdelingsledelse Den individuelle udøver
Operationelle arbejdsopgaver på sygehuse eller sundhedsområdet:	Eksempelvis: - Problemidentifikation - Sagsoplysning og vurdering - Træffe afgørelser - Henstille indsatsen og følge op på effekten af denne	Deltagelse i klinisk praksis. Eksempelvis: - Aftensning af en afdelingsleder - Ledelse af den kliniske proces - Dialoger med ledere og medarbejdere omhandlende indledning, afvikling og afslutning af klinisk praksis.	Daglig og direkte involvering i opgavernes udførelse. Eksempelvis: - Tildeling af patienter og udførsel af klinisk pleje - Gruppelider

Figur P.4: Operationelle arbejdsopgaver på sygehuse eller sundhedsområdet på henholdsvis det politiske, decentral og centrale niveau[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007a]

Behov	Sygehusledelsen	Afdelingsledelsen	Kliniske ledere
Primære mål	Omkostningseffekten Patient bemyndigelse	Patienten i fokus Beslutninger foretaget af klinikere	Kompetence udvikling Klinisk dygtighed
Systemfunktioner	Kvalitetskontrol Kontrol af omkostninger	Måling af: Patient og klinikernes tilfredshed Omkostninger Ressourceforbrug Resultater	Klinisk beslutningsstøtte Støtte til ensartethed
Forventede fordele	Forbedret information på hospitalet Forbedret beregning af økonomiske udgifter	Patient og klinik tilfredshed Deling af informationer Økonomisk effektivitet Koordination	Vidensdeling
Risiko der forhindres	Misforhold i organisationsstrukturen	Begrænset afstand mellem økonomiske ressourcer og den aktuelle udgift	Informations barrierer Prioriterings konflikter

Figur P.5: Sygehus- og afdelingsledelsen samt kliniske lederes behov ved indførslen af computer-baserede informationssystemer opstillet.[Anderson et al., 2002]

tion/svar. Nedenstående gives en kort forklaring på, hvad hvert system indeholder. Dette gøres med henblik på, at kunne analysere hvilke informationer der er i hvilke systemer og hvor i sygehusvæsenets organisation informationen kan anvendes. Se skema P.6 på næste side:

PAS: Et system til administration af patientoplysninger med oprindelse i 70'erne. Heri registreres oplysninger om den enkelte patient. Eksempelvis: Adresse, cave, diagnose, indlæggelsestid og andre ydelser, såsom operationer og medicin. Af øvrige centrale systemer og servicesystemer der benytter data fra PAS er:

- Landspatientregisteret (LPR). Her anvendes oplysningerne fra PAS, blandt andet, til statistik både nationalt og internationalt.
- Diagnose Relaterede Grupper og Dansk Ambulant GrupperingsSystem (DRG/DAGS).

DRG anvendes i forhold til afregning for region og amter. Dette system er afgørende i forhold til håndteringen af finansieringen i sekundærsektoren. Når der er foretaget databehandling i DRG/DAGS leveres data til Afregningsdatabanken (ADB) hvor afregning mellem amter og nu regioner administreres.

- Sundhedsdatabanken (SDB). Herfra er det muligt, uafhængig af GS-installation, for at læger og andre klinikere se informationerne i PAS. Sundhedsstyrelsen henter endvidere betalingsdata til region- og kommuneafregning herfra.

Notat: Heri er det muligt at understøtte de notater, som benyttes i den kliniske proces. Dette drejer sig eksempelvis om anamnese, objektiv undersøgelse, diagnoser og kontinuationer.

Medicin: Herfra er det muligt at håndtere ordination, dispensere og administrere medicin. Der kan være en interaktionsdatabase, der understøtter ordinationen. På nuværende tidspunkt forefindes to til tre moderne systemer i Danmark.

Booking: Anvendes til planlægning af patientens tilstedeværelse. Dette gøres med hensyn til den fysiske kapacitetsenhed med tilhørende personale og eventuelle varer.

Rekvitation/svar: Dette er en funktionalitet, der understøtter bestilling af varer eller tjenesteydelser, og som understøtter informationsformidling om tjenesteydelsers resultat. Eksempler herpå er LABKA, som er et laboratoriesystem, der understøtter data vedrørende blod-prøver og Mikrobiologiske systemer, som håndterer prøver ved undersøgelser i mikrobiologiske afdelinger, herunder understøttelse af rekvisition, dyrkning og svar. [Deloitte, 2002]

I skemaet P.6 ses at både Folketing, Indenrigs og sundhedsministeriet, Regioner,

	PAS	MEDICIN	NOTAT	BOOKING	REK/SVAR
Folketing	S				
Indenrigs og Sundhedsministeriet	S				
Regioner	S				
Kommuner	S				
Sygehusledelse	S,O	O	O	O	O
Afdelingsledelse	S,O	O	O	O	O
Individuelle behandler	O	O	O	O	O

Figur P.6: I skemaet er de anvendte systemer på de danske sygehuse listet hvorefter det ud fra indstans i organisationen er analyseret om informationen i systemet kan anvendes på de O (Operationelle niveau) og/eller S (Strategiske niveau)

Kommuner, Sygehusledelse og afdelingsledelse kan anvende informationerne i PAS til strategiske arbejdsopgaver, mens Sygehusledelse, afdelingsledelse og den individuelle behandler kan anvende alle systemer til operationelle arbejdsopgaver. Nedenstående gives eksempler herpå.

Overordnet skal det nævnes, at ledelsesinformation i form af statistikker og rapporter kan udarbejdes med udgangspunkt i data primært fra PAS. Det skal imidlertid nævnes at den information der anvendes i de øvrige systemer (Medicin, Notat,

Booking og Rek/Svar) anvendes indirekte, idet data herfra også findes i PAS. Eksempelvis ses Booking anvendt indirekte af både Folketinget, Indenrigs og sundhedsministeriet, Regioner og Kommuner fordi afregningssystemet tilknyttet PAS og Booking har en fælles kontakt funktion. Dette betyder, at når en kontakt, (eksempelvis patientindlæggelse) registreres, registreres blandt andet afregning, antal indlæggelsesdage og hvilke undersøgelser der bookes[Deloitte, 2002]. Disse informationer benyttes til ledelsesinformation af både Folketinget, Indenrigs og sundhedsministeriet, Regioner og Kommuner.

Folketinget, Indenrigs og sundhedsministeriet vil indirekte anvende information der oprindeligt er lagret i PAS og Booking. Eksempelvis foretages målinger og benchmarking på sundhedsområdet, herunder sundhedsudgifter, finansieringsformer, aktivitetsopgørelser, ventetid, produktivitet, kvalitetsindikatorer og effektivitet[Indenrigs og Sundhedsministeriet, 2007a]. På baggrund heraf er det muligt at udarbejdes ledelsesinformation, det vil sige statistikker og rapporter, som kan anvendes til strategiske arbejdsopgaver som eksempelvis forslag til folketingsbeslutninger eller udarbejdelse af budgetter med henblik på fordeling af ressourcer til eksempelvis regionerne.

Regioner anvender også information der er lagret i PAS. Eksempelvis via E-sundhed som er et system, der stilles til rådighed af Sundhedsstyrelsen for regionerne og som indeholder de data, der er blevet bearbejdet af DRG/DAGS-gruppering på basis af LPR data[Deloitte, 2002].

Kommuner kan ligeledes indirekte anvende information fra PAS. Eksempelvis via den kommunale medfinansiering som består af grundbidrag samt aktivitetsbestemte bidrag til behandling og genoptræning under indlæggelse. Endvidere finansierer kommunerne fuldt ud ambulant genoptræning. I forhold til færdigbehandlede patienter, der ikke kan hjemtages af kommunen, betales en dagstakst. Afregning foregår automatisk via Sundhedsstyrelsens Offentligt Betalings System (OBS). Kommunal afregning af sygehusaktivitet finder ofte sted 1-2 måneder efter den faktiske aktivitet, idet sygehusregistreringen til Landspatientregistret danner grundlag for generering af regning.[Hermansen, 2007]

Sygehusledelse, afdelingsledelse og den individuelle behandler eller dele heraf, kan have operationelle arbejdsopgaver, som eksempelvis deltagelse i klinisk praksis hvor både PAS, Medicin, Notat, Booking og Rek/Svar anvendes. Som baggrund for strategiske arbejdsopgaver er det ligeledes muligt, for sygehusledelse og afdelingsledelse, at anvende ledelsesinformation udarbejdet fra PAS. Eksempelvis til planlægning af normeringsforhold eller hvis der skal udarbejdes afdelingsbudgetter.

En strategisk beslutning i folketetinget kan både give strategiske og/eller operationelle arbejdsopgaver i sygehusvæsenets øvrige instanser (se figur P.6 på forrige side). Det kan derfor tolkes, at alle instanser i sygehusvæsenet indirekte kan anvende information lagret i PAS.

Et konkret eksempel herpå er et forslag til folketingsbeslutning om ret til gratis

fødselsforberedelse, ret til at have en jordemoder til stede under fødslen, ret til en efter fødselssamtale og om etablering af en følgejordemoderordning som kompensation for de ofte store afstande i de nye regioner. Resultatet heraf blev, at folketinget pålægger regeringen inden den 1. november 2007 at fremsætte lovforslag der sikrer ovenstående. Ligeledes vil der blive afsat 16 millioner kroner til regionerne.[Folketinget, 2007] Regionerne har ansvaret for sygehusene og dermed er det dem, der skal sikre den overordnede administration, strategi og koordinering i forhold til hvordan forslaget kan efterleves. Endvidere skal regionerne sikre igangsættelse af indsatsen på hvert af regionens sygehuse.

Eftersom det er kommunernes ansvar at sørge for blandt andet sundhedsfremmende forebyggelse og pleje af borgere, er kommuner og regioner forpligtede til at samarbejde om sundhedsområdet via sundhedskoordinationsudvalg[Landsforening og Videnskabsministeriet, 2007].

Et eksempel kan være, at kommuner og regioner i fællesskab søger at skabe sammenhæng mellem sygehusenes behandling af fødende kvinder og den efterfølgende opfølgning i kommunerne. På det individuelle sygehus er det en kombination af et samarbejde mellem sygehusledelsen og afdelingsledelsen, at udarbejde en strategi for at implementere procedurer for eksempelvis efter fødselssamtale mellem jordemoder og patient. Endvidere har disse operationelle opgaver i forhold til at samtalen realiseres. Dette kan eksempelvis være i forhold til undervisning i hvorledes en samtale afvikles. Ligeledes er det en ledelsesopgave i afdelingen, at sikre koordinering således samtalen planlægningsmæssigt kan realiseres.

P.5 Regionale ledelsesinformationssystemer

I Danmark er der identificeret fire ledelsesinformationssystemer der anvendes i regionerne. Disse er Region Hovedstadens kliniske målesystem-analyseportalen, Region Syddanmarks SydLIS, Region Midtjyllands InfoRM og Region Nordjyllands ConcernInfo. Disse beskrives kort i dette afsnit.

P.5.1 Region Hovedstaden: Analyseportalen

Analyseportalen (AP) er et SAS baseret rapporteringsværktøj som tilbydes databaser (21 stk.[Mainz, 2009]) der drives af Kompetencecenter Øst. I AP har brugeren umiddelbart adgang til alle data fra den afdeling som brugeren arbejder på. Data i AP opdateres en gang i døgnet. Ved hjælp af peg - og klikværktøj kan der foretages udtræk af patientlister, tabeller, grafer, statistiske test og overlevelsestabeller.[sygehusfælleskab, 2009]

P.5.2 SydLIS, InfoRM & ConcernInfo

Disse ledelsesinformationssystemer er under udvikling af SAS.

Foruden nøgletal om økonomi har ansatte i regionerne mulighed for at søge løbende information om aktivitet og kvalitet. Indenfor kvalitetsområdet, er det muligt at søge information, der er statistisk behandlet for blandt andet ventetider, patienttilfredshed, den sundhedsfaglige kvalitet, det vil sige: NIP, kliniske databaser,

DGMA med flere