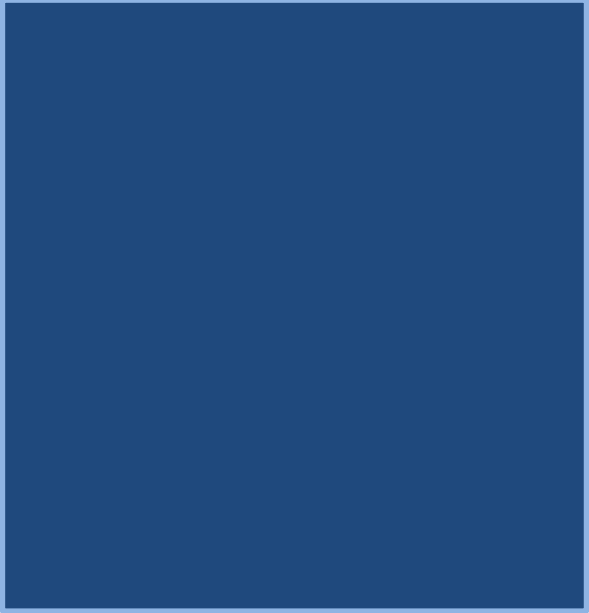




Ledelses- information og sundheds- informatik



Udarbejdet af: Sigbritt Dam

Master of Technology med specialisering i Sundhedsinformatik

Efter- og videreuddannelse, Aalborg Universitet, 3. årgang

Vejledere: Rolf Nikula og Ann Bygholm

Årstal: 2014

Indhold

Figuroversigt	4
Tabeloversigt.....	4
Forord.....	5
Resumé.....	6
1 Indledning	7
2 Problemfelt	9
2.1 Baggrund for valg af emne	9
2.1.1 Hvad er ledelsesinformation.....	10
2.1.2 Hvilke regler findes i Fællesindholdet.....	11
2.1.3 THS på Færøerne	12
3 Beskrivelse af undersøgelsesfeltet	16
3.1 Om Landsygehuset.....	16
3.1.1 Organisationen.....	17
3.1.2 Samarbejdspartnere	17
3.1.3 Medarbejdergrupper	18
4 Afgrænsning.....	18
4.1 Processkort.....	19
5 Problemformulering.....	28
6 Metode.....	28
6.1 Tilladelse.....	28
6.2 Forforståelse	28
6.3 Litteratursøgning.....	29
6.4 Triangulering	29
6.5 Interview	30
6.5.1 Valg af respondenter	32
6.5.2 Bearbejdning af interviewdata	33
6.6 Audit	36
6.6.1 Fastlæggelse af given problemstilling.....	37
6.6.2 Indsamling og strukturering af data	38
6.6.3 Vurdering af data, herunder årsagsanalyse.....	38

6.6.4	Kvalitetsforbedring og evaluering af effekten heraf	38
7	Teori	38
7.1	Leavitt's organisationsmodel	40
7.1.1	Teknologi.....	41
7.1.2	Opgaver.....	41
7.1.3	Struktur	41
7.1.4	Aktører	42
7.1.5	Omgivelserne	42
7.2	Kurt Lewins 3-trins forandringsmodel.....	42
7.2.1	Unfreeze (optøning).....	44
7.2.2	Transition / Change (forandring)	44
7.2.3	Freeze (frys)	45
7.3	Ledelse gennem forståelse.....	45
8	Analyse.....	47
8.1	Præsentation af audit.....	47
8.1.1	Akut henvisning.....	48
8.1.2	Planlagte aktiviteter.....	50
8.1.3	Besøgslisten	52
8.1.4	Opsummering – Audit.....	55
8.2	Præsentation af interviewdata	56
8.2.1	Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?.....	56
8.2.2	Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?	60
8.2.3	Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering? 62	
8.2.4	Har personale svært ved at se meningen med registreringen?	65
8.2.5	Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en uhensigtsmæssig registreringspraksis? 67	
8.2.6	Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?	73
8.2.7	Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?	74
9	Diskussion	77
9.1	Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?	78

9.1.1	Opsummering - Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?	79
9.2	Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?.....	80
9.2.1	Opsummering - Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?	81
9.3	Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering? ...	81
9.3.1	Opsummering - Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?	83
9.4	Har personale svært ved at se meningen med registreringen?.....	84
9.4.1	Opsummering – Har personale svært ved at se meningen med registreringen?	85
9.5	Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en u hensigtsmæssig registreringspraksis?	85
9.5.1	Opsummering - Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en u hensigtsmæssig registreringspraksis?	87
9.6	Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?.....	88
9.6.1	Opsummering - Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?	88
9.7	Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?.....	88
9.7.1	Opsummering - Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?	90
10	Konklusion.....	91
11	Refleksion af anvendt metode og teori	95
11.1	Audit	96
11.2	Interview.....	96
11.3	Teori.....	97
12	Perspektivering	98
13	Abstract.....	100
14	Litteraturliste	101
15	Bilag.....	105

Figuroversigt

Figur 1 - Implementeringsmodel	14
Figur 2 – Integreret Klinisk Arbejdsplads (IKA)	15
Figur 3 - organisationsdiagram	17
Figur 4 - Den patientadministrative processmodel	27
Figur 5 – Den hermeneutiske cirkel	30
Figur 6 - Kvaales 7 undersøgelsesstadier	31
Figur 7 - Leavitt's udvidede model	40
Figur 8 - Lewins forandrings model	43

Tabeloversigt

Tabel 1 - Kodning af interviewdata	35
Tabel 2 – Beskrivelse af felterne i kodningsarket	36
Tabel 3 - Oversigt over henvisninger efter type	49
Tabel 4 - Planlagte aktiviteter - status 2011	51
Tabel 5 - Planlagte aktiviteter - status 2013	51
Tabel 6 - Besøgslisten status 2011	53
Tabel 7 - Besøgslisten status 2013	54

Forord

Denne rapport tager udgangspunkt i problemfeltet omkring interaktionen imellem det daglige brug af sundhedsinformatiske systemer og oplysninger til ledelsesinformation.

Rapporten er udarbejdet på 3. studieår på masteruddannelsen i informationsteknologi med specialisering i sundhedsinformatik, Aalborg Universitet.

Temaet på 3. studieår er ifølge studieordningen "Sundhedsinformatik i et videnskabeligt perspektiv".

Undersøgelsen foregår i det færøske sygehusvæsen foråret 2012 og en enkelt undersøgelse er fra efteråret 2013. Af årsager blev projektrapporten ikke afleveret i 2012 og er dermed udsat et par år.

Jeg vil hermed takke de personer, der er medvirkende til, at jeg har haft mulighed at skrive denne projektrapport, en særlig tak til informanterne: lægesekretærene og de ledende lægesekretærer på henholdsvis kirurgisk og medicinsk center på Landsygehuset, Færøerne.

Desuden vil jeg takke vejlederne, først Rolf Nikula og efterfølgende Ann Bygholm for, at I har gjort det muligt at jeg kan aflevere projektrapporten.

Resumé

Projektet tager udgangspunkt i udfordringerne at få anvendelsen af det sundhedsinformatiske system til at understøtte oplysningerne til ledelsesinformation. Interessen udspringer fra egen formodning om, at der foregår en uhensigtsmæssig anvendelse af systemet som har påvirkning på reliabiliteten i oplysningerne til ledelsesinformation. Formålet med projektet er at undersøge hvilke faktorer kan have betydning for om systemet anvendes korrekt set i forhold til den patientadministrative registreringspraksis.

Metode: Til undersøgelsen anvendes metodetriangulering i form af audit af enkelte patientadministrative registreringsoversigter og en interviewundersøgelse, der undersøgte hvilke faktorer kunne være medvirkende til, at systemet ikke anvendes hensigtsmæssigt i forhold til retningslinierne. Interview, ved hjælp af meningskondensering og audit blev analyseret og diskuteret ud fra problemformuleringens forskningspørgsmål ved hjælp af teknologisk ramme om forandringsledelse og forståelse af Leavitt og Lewin og Sandberg og Targama.

Konklusion: Undersøgelsen, ved hjælp af audit, viste, at der er sket en forbedring i registreringspraksis med hensyn til hvordan akutte henvisninger oprettes, men at registreringspraksis i forhold til registreringsoversigterne "Planlagte aktiviteter" og "Besøgslisten" er ikke forbedret. Interviewundersøgelsen viste at de faktorer som kan være årsag til at personale ikke registrerer korrekt, selv om informanterne mener, at de kender processmodellens delelementer og fokuserer på registrering, er i form af artefakter: Ufuldstændige arbejdsgangsbeskrivelser, uhensigtsmæssig og manglende grundlæggende og opfølgende undervisning samt manglende support og støtte. Undersøgelsen viste også, at der ikke er kendskab til de retningslinier, som man fra Heilsumálaráðið ønsker at følge og at der fra ledelsens side ikke er fokus på input i systemet i form af retningslinier og opfølgning af korrekt anvendelse.

Resultaterne i undersøgelsen kan være et fundament for forbedringer af anvendelse af systemet med henblik kvalitet og understøttelse af oplysninger til ledelsesinformation.

1 Indledning

Dette projekt tager udgangspunkt i interaktionen der er i den daglige anvendelse af sundhedsinformatiske systemet i klinikken og valide oplysninger til ledelsesinformation.

Interessen for emnet udspringer fra mit daglige arbejde med sundhedsinformatik som ansat i THS-kjarnin¹ i Heilsumálaráðið² som THS³-konsulent, hvor vi i øjeblikket står overfor optimering af anvendelsen af det sundhedsinformatiske system, særlig med fokus på forbedring af datakvaliteten.

I Europa har der i mange år været et samarbejde mellem OECD⁴ og Europa-Kommissionen om fremlæggelse af statistiske data om sundhed. I dette samarbejde deltager 31 europæiske lande, de 27 EU-medlemsstater, samt Island, Norge, Schweiz og Tyrkiet. [1] I 2001 påbegyndte OECD et projekt, kaldt Health Care Quality Indicator (HCQI), hvor det langsigtede mål har været at udvikle et sæt indikatorer, der afspejler et robust billede af kvalitet i sundhedsvæsenet, som kan opgøres pålideligt og rapporteres på tværs af landene ved hjælp af sammenlignelige data [1].

Her i Norden blev NOMESKO⁵ oprettet i 1966, som følge af anbefalinger fra Nordisk Råd. [2]. I 1979 blev komitéen gjort til en permanent komité under Nordisk Ministerråd.

Målsætningen for komitéen er:

- At være ansvarlig for koordinationen af helsestatistikken i de nordiske lande.
- At tage initiativer til nye projekter, der delvist forbedrer grundlaget for sammenlignelig statistik mellem landene og delvist sikre den bedste brug af nordisk ekspert viden indenfor feltet.
- At informere om Nordisk statistik, hovedsagligt ved at publicere årlig statistik såvel som resultater af specialprojekter, surveys, mv.
- At koordinere og deltage i internationalt statistisk samarbejde

¹ THS-kjarnin (sundhedsinformatisk afdeling i Heilsumálaráðið)

² Heilsumálaráðið (det færøske sundhedsministerium)

³ THS (Talgild heilsuskipan) = Elektronisk sundhedssystem

⁴ OECD: Organisation for Economic Cooperation and Development

⁵ NOMESKO: Nordisk Medicinalstatistisk Komité

Til forskel fra OECD, hvor kun de selvstændige nordiske lande indberetter sundhedsinformatiske oplysninger, så indberetter de ikke-selvstændige nordiske lande, som Færøerne, Grønland og Åland, også til NOMESKO.

Danmark, som Færøerne er i rigsfællesskab med og som er Færøernes tætteste samarbejdspartner, er underlagt krav om indberetning af sundhedsinformatiske oplysninger til landspatientregisteret (LPR), LPR ligger under Sundhedsstyrelsen, som dermed har ansvaret. Gruppen "Koordineringsgruppen for individbaseret patientregistrering" fastlægger reglerne for indberetning af data til LPR. Gruppens medlemmer er udpeget af de enkelte regioner, som hver har repræsentanter, derudover har Demografisk Institut i Århus, Danske regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen repræsentanter i gruppen. Endvidere er Kommunernes Landsforening (KL) med som observatør. [3]

Når der er tale om sygehus, så er basisreglerne for indberetning beskrevet i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" [4], denne publikation revideres og udkommer hvert år.

Færøerne er ikke underlagt krav om indberetning til LPR på samme måde som de danske sundhedsmyndigheder er, der er kun nogle helt få lovmæssige krav om indberetning, som for eksempel cancerregistrering, dødsfald og fødsler, se interview, bilag 6.

Der har dog i en årrække været ført statistik med nogle udvalgte emner. Disse er mest blevet til på grund af efterspørgsel fra for eksempel Hagstova Føroya⁶, som har bemyndigelse og ansvar at indhente og monitorere statistik, fra landslægen og fra Rigsombudsmanden. Disse har alle ud fra deres bemyndigelse efterspurgt statistiske oplysninger fra Heilsumálaráðið, som har indhentet disse fra sygehusene, se bilag 6.

Et væsentligt argument for indførelsen af THS på Færøerne var, at sygehusledelserne har brug for data til "aktivitets og budgetstyring" og at forvaltningen og den politiske myndighed har brug for data som grundlag for prioritering og styring. De data som man taler om, er patientadministrative data samt kliniske patientdata. Heri ligger, at THS ikke kun er tænkt som et klinisk system, der skal understøtte de kliniske arbejdsgange, men også som et

⁶ Hagstova Føroya = Færøernes statistik

styringsredskab for ledelsen, både med hensyn til prioritering af midler og overfor det politiske system.

I 2008 lavede det skandinaviske konsulentfirma Valcon⁷ en budgetanalyse af det færøske sundhedsvæsen. Undersøgelsen var rekvireret af Heilsumálaráðið [5]. Årsagen til at analysen blev iværksat var, at udgifterne var steget voldsomt de senere år. I rapporten påpeges, at på grund af manglende data fra aktiviteter på sygehusene er det svært at budgettere, og der træffes politiske beslutninger på mangelfuldt grundlag. Faktisk ved politikerne ikke, hvad de siger ja til og hvilke aktiviteter de kan regne med fra sygehusene, når de bevilliger penge til sygehusvæsenet. Problemet for sygehuset og Heilsumálaráðið er også, at når der er krav på besparelser, så har hverken sygehusene eller Heilsumálaráðið tal at henvise til, og de har derfor svært ved at argumentere for det, som de har brug for.

I rapporten står, at:

“Valcon anbefaler, at man hurtigst muligt får etableret et datasystem, hvor aktivitetsdata løbende kan udtrækkes fra. Der er igangsat et arbejde med indførelse af elektroniske patientjournaler (THS), og systemet er allerede taget i brug på visse afdelinger. Det er afgørende, at dette system indeholder såvel statistiske som patientadministrative funktioner” [5].

2 Problemfelt

2.1 Baggrund for valg af emne

I takt med at man på Færøerne er færdig med at implementere ét standard sundhedsinformatisk system, i projektet kaldt THS⁸, på de 3 sygehuse på Færøerne samt ude i de praktiserende lægers enheder, stilles der nu krav om, at systemet skal levere valide data til blandt andet ledelsesinformation.

Som ansat i THS-kjarnin, hvor opgaverne både omfatter implementering og drift af det sundhedsinformatiske system samt kvalitetssikring af samme, er jeg bekendt med, at der er noget der tyder på, at systemet leverer ikke valide data. Vi har en mistanke om, at brugerne

⁷ Valcon er et skandinavisk konsulentfirma www.valcon.dk

⁸ Talgild Heilsuskipan

af systemet ikke altid anvender systemet hensigtsmæssigt i forhold til de processer, som systemet lægger op til og som de er blevet undervist i. Spørgsmålet om det kan være, at organisationen ikke har været parat til de store forandringer, som det medfører at implementere et sundhedsinformatisk system, har også været oppe og vende.

En anden mistanke er om rapporterne som i dag udvikles til at trække data fra systemet er rigtige, det vil sige, om rapporterne er korrekt definerede.

Ud fra ovenstående sættes spørgsmålstejn ved to grundlæggende faktorer som bør være tilstede for at kunne sikre valide oplysninger til ledelsesinformation samt til kliniske statistikker.

I dette projekt vil jeg undersøge, hvorfor det er så svært for personale at registrere hensigtsmæssigt i det sundhedsinformatiske system i følge de foreliggende retningslinier. jeg fravælger på grund af omfanget at beskæftige mig med selve rapporterne til udtræk fra systemet.

2.1.1 Hvad er ledelsesinformation

Men hvad er ledelsesinformation så for noget. I dag er der generelt stigende fokus på ledelsesinformation i virksomheder og den betragtes som et centralt element i styring og implementering af en virksomheds strategi.

I vejledningen "Ledelsesinformation i staten" [6] defineres ledelsesinformation som:

"Alle former for information, som understøtter ledelsens vurderinger og beslutninger"

Ledelsesinformation er lige så gammelt som menneskets evne til at organisere sig, og har været brugt af konger, krigsherrer, handelsfolk mv. gennem tiderne. I dag er det dog blevet til et selvstændigt fokusområde i takt med professionalisering af organisationer og opfattes i dag som den information, der er nødvendig for at træffe de bedst mulige beslutninger i medarbejdernes daglige arbejde. Det vil sige, at ledelsesinformation er noget, der bruges af beslutningstagere på alle niveauer, og ikke kun af virksomhedens ledelse.

Behovet for god ledelsesinformation er central for styringen med de stigende krav til kvalitet og effektivitet.

God ledelsesinformation betyder, at beslutningstagerne løbende kan følge op på, om der er sammenhæng mellem virksomhedens målsætninger og den service, der reelt leveres

Software til implementering af Ledelsesinformationssystemer kaldes ofte Business Intelligence software. I dag betragtes Ledelsesinformation bredt som en del af - eller måske ligefrem synonymt med - Business Intelligence (BI).

Business intelligence, kan beskrives som: *Anvendelse af data til at forbedre virksomhedens indtjening og konkurrenceevne* [7]

Wikipedia definerer Business Intelligence som: *et bredt spektrum af softwareløsninger, som typisk trækker data ud af et eller flere kildesystemer, transformerer dem til noget enklere, og indsætter dem i en ny database eller struktur som er lettere for slutbrugere at anvende til rapportering og statistik* [8]

Som nævnt bygger ledelsesinformationssystemer på data, der trækkes fra flere forskellige operationelle delsystemer. En retvisende ledelsesinformation forudsætter derfor, at data fra disse systemer er pålidelige og rigtige. Kontrolleren kan medvirke til at sikre pålidelighed og rigtighed af data fra delsystemerne

I den færøske THS-løsning er der tilkøbt et business intelligence modul, i THS-løsningen kaldt Cosmic Intelligence (CI). I januar 2014, efter opgradering af Cosmic til en nyere version.

2.1.2 Hvilke regler findes i Fællesindholdet

Som nævnt i indledningen så har man besluttet på Færøerne at holde sig så tæt op ad de danske basisregistreringer som muligt. Når vi taler om sygehus, så er reglerne for basisregistrering til indberetning beskrevet i "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter" [4], denne publikation revideres hvert år.

Fællesindholdet fastlægger registrering af indlagte, ambulante og skadestuepatienter og der er taget hensyn til de erfaringer, der er høstet under arbejdet med registreringerne på lokalt plan og i Landspatientregisteret (LPR) siden registerets start i 1977 og fra den psykiatriske centralregistrering som er helt fra 1969. Registreringsgrundlaget er gjort så ensartet som muligt.

Oplysninger, beskrevet i FI, er fælles for de lokale patientregistreringssystemer og LPR. LPR ajourføres ved dataoverførsel fra de lokale patientregistreringssystemer. Fællesindholdet binder således LPR og de lokale patientregistreringssystemer sammen med nogle basale data, men Fællesindholdet forhindrer ikke sygehusene i at registrere flere oplysninger i de lokale registreringssystemer [4].

Formålet med beretningen af data til LPR er at den bliver så ensartet og korrekt som muligt, idet LPR anvendes til analyse af sygehusenes aktiviteter og resultater i mange sammenhænge.

Derudover får LPR også en større rolle i arbejdet med kvalitetsudviklingen af sygehusvæsenet. Det er en realistisk vision, at LPR i de kommende år vil finde yderligere direkte anvendelse i kvalitetsarbejdet.

2.1.3 THS på Færøerne

2.1.3.1 Vision

“Et sundhedsvæsen som samarbejder, hvor patienten oplever et sammenhængende sundhedsvæsen med fælles hukommelse” [9]

Ovenstående vision var en del af hovedformålet i forbindelse med anskaffelse af et sundhedsinformatisk system i det færøske sundhedsvæsen. Den er også opfyldt i forhold til fælles sammenhæng imellem primær sektoren i form af praktiserende læger og sekundær sektoren i form af sygehusene.

2.1.3.2 Strategi og THS-løsning

Færøernes sundhedsvæsen har i kraft af sin størrelse og struktur god mulighed for at realisere visionen om et samarbejdende sundhedsvæsen, hvor:

- Patientforløb koordineres fra start til slut over faggrænser og organisatoriske skel
- Patient og behandler oplever et sundhedsvæsen med en hukommelse
- Opgaver løses, hvor det er bedst og billigst
- Systemarkitekturen støtter denne vision ved at:
- Skabe kommunikationsveje – ikke barrierer
- Minimere antallet af systemgrænseflader

- Tilbyde en integreret klinisk arbejdsplads til hele sundhedsvæsenet
- Etablere en fælles hukommelse for patientinformation [9]

Strategien var, at man ønskede et system som var:

- Tværorganisatorisk system
 - Indbefatter alle instanser i sundhedsvæsenet
- Tværfagligt system
 - Indbefatter alle kliniske faggrupper i sundhedsvæsenet
- Integreret system
 - Indbefatter så mange moduler som overhovedet muligt
- Standardsystem
 - Fremtidsforsikret løsning, som
- Økonomisk til at overkomme
 - Systemet er implementeret og i brug [9]

EPJ er en forkortelse af Elektronisk Patient Journal. Som beskrevet i indledning så bruges i projektet benævnelsen THS, som er Færøernes svar på EPJ. THS oversættes direkte som elektronisk sundhedssystem. Løsningen, der er implementeret, hedder Cosmic⁹.

2.1.3.3 Beslutningen

Beslutningen om implementering af en THS-løsning i det færøske sundhedsvæsen blev truffet tilbage i 2003. Første fase var at definere og fastlægge krav til løsningen. Næste fase var at få bevilget penge til anskaffelse af en THS-løsning. Da denne sag var på plads, startede en udbudsforretning, hvor fem leverandører af THS-/EPJ-løsninger blev indbudt til at give tilbud på levering af en THS-løsning i henhold til den udarbejdede kravspecifikation [10].

Planen var, at implementering af løsningen skulle starte januar 2005 og være færdig ved udgangen af 2006. Det holdt ikke stik. Planen er ændret og forlænget af et par omgange og den endelige implementering endte 1. april 2011.

⁹ Cosmic er en forkortelse af Compliant Open Solutions for Modern Integrated Care

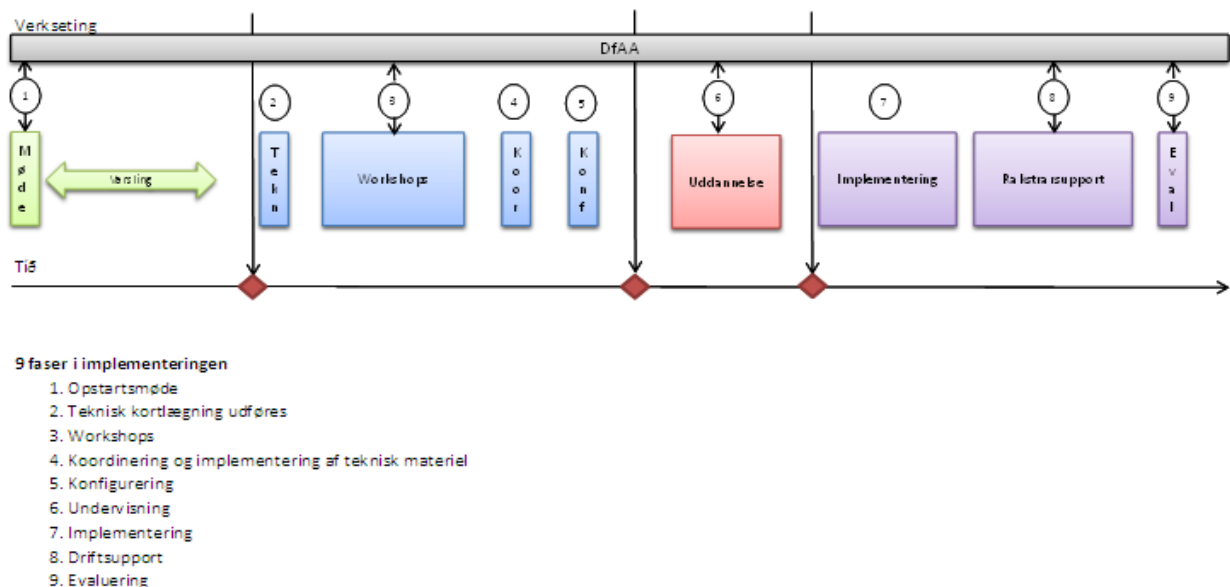
Et andet centralt punkt i forbindelse med anskaffelsen var, at løsningen skulle være et velafprøvet standardssystem udbudt af en stabil leverandør [10].

2.1.3.3.1 Ressourcer

Implementeringen af THS krævede en oprustning rent personalemæssigt, både af brugerne af systemet samt behov for ressourcer, der kunne være med til at implementere Cosmic, der kunne uddanne brugerne i Cosmic, der kunne yde support til dem og som kunne styre og lede implementeringsprocessen.

2.1.3.3.2 Implementeringsmetode

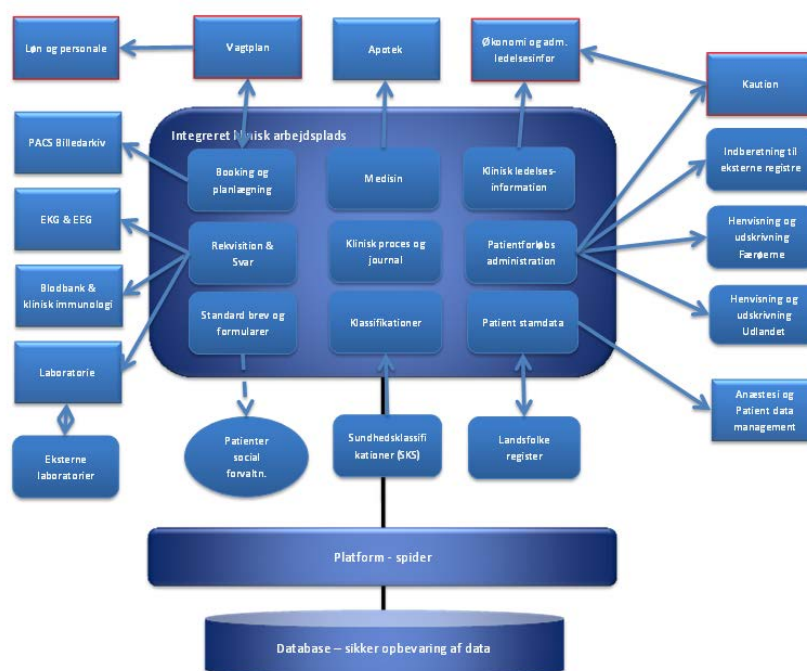
Udrulningen på de enkelte afdelinger er sket ud fra en "big bang"-tilgang. Det vil sige hele Cosmic suiten blev rullet ud på én gang. Der er et velbeskrevet og struktureret koncept for udrulning af Cosmic. Den beskrevne udrulningsmodel er fra 2008 se Figur 1. Den afløste en løssere model med knap så kraftig vægt på det lokale engagement. Inden 2008 blev Cosmic også i en periode efter pilot implementeret modulvist, og altså ikke som et 'big bang' [10].



Figur 1 - Implementeringsmodel

2.1.3.3.3 Cosmic Suiten

Cosmic suiten er et standarddrammesystem, se Figur 2, udviklet af det svenske firma Cambio. Cosmic har integreret funktionaliteter til at understøtte processer på både sygehusene og hos de praktiserende læger. Denne integration er implementeret på Færøerne. De praktiserende læger er koblet på den samme løsning, som anvendes på sygehusene.



Figur 2 – Integreret Klinisk Arbejdsplads (IKA)

Der udbydes en ret omfattende funktionalitet i den færøske Cosmic løsning, blandt andet: Fælles journal, henvisninger og epikriser mellem kommunelæge og sygehusene, bestilling og svar i forhold til klinisk kemi og røntgen, samt afsendelse af e-recept til apoteksystemet, desuden har man også tilkøbt et business intelligent modul [10].

Sammenlignet med de EPJ-implementeringer, der indtil nu har været gennemført i Danmark, så er den færøske udgave mere omfattende, både hvad angår funktionalitet og omfang. Det vil sige, Cosmic løser flere opgaver, end hvad der typisk gøres i en dansk EPJ-løsning. Man kalder også hele pakken for Cosmic suiten [10].

En suite defineres som:

“A group of related things intended to be used together; a set. [11]”

Indenfor computer science beskrives den som: *“A group of software products packaged and sold together, usually having a consistent look and feel, a common installation, and shared macros”*

Tanken bag en suite er at skabe en: *“Truly Integrated Applications”*

Den færøske Cosmic suite indeholder nedenstående moduler, punkterne markeret med **fed** er de moduler som der arbejdes med i dette projekt:

- **Elektroniske henvisninger**
- **Visitering, planlægning og booking, kontakt-/indlæggelsesregistrering**
- Registrering af medicinordinationer, medicinadministration og e-recept
- Tværfaglig Journal
- Bestilling og beskrivelser af analyser og undersøgelser
- En mail-funktionalitet
- Levering af epikrise
- Cosmic Intelligence (Business Intelligence)

I dette projekt vil fokus være på den patientadministrative del af systemet. Derfor vil jeg kun komme ind på punkter, som er markeret med **fed** ovenover. I bilag 3 uddybes de enkelte delelementer af processmodellen: Henvisning, visitering, planlægning, booking og kontaktregistrering.

3 Beskrivelse af undersøgelsesfeltet

Jeg vælger at beskæftige mig med Landsygehuset på Færøerne på grund af dets beliggenhed, størrelse og repræsentation af specialeområder og idet det var det første sygehus som blev implementeret og derfor der hvor der findes mest tilgængeligt datagrundlag.

Derudover vælger jeg at beskæftige mig med den patientadministrative del (PAS og booking) af systemet som er implementeret på Færøerne.

Jeg mener at denne afgrænsning er repræsentativ for de problemstillinger medarbejdere og ledelse på alle sygehuse står overfor med hensyn til den daglige kliniske anvendelse af systemet og oplysninger klinisk anvendelighed i SI-systemet.

3.1 Om Landsygehuset

Landsygehuset er Færøernes Centralsygehus, med omkring 20 specialområder og 200 sengepladser. Med omkring 850 medarbejdere fordelt på omkring 30 faggrupper er sygehuset et af landets største arbejdspladser.

Visionen er at kunne tilbyde en god service på Færøerne. Når dette ikke er muligt, vil man sikre patienter behandling ved godt samarbejde med udenlandske sygehuse [12].

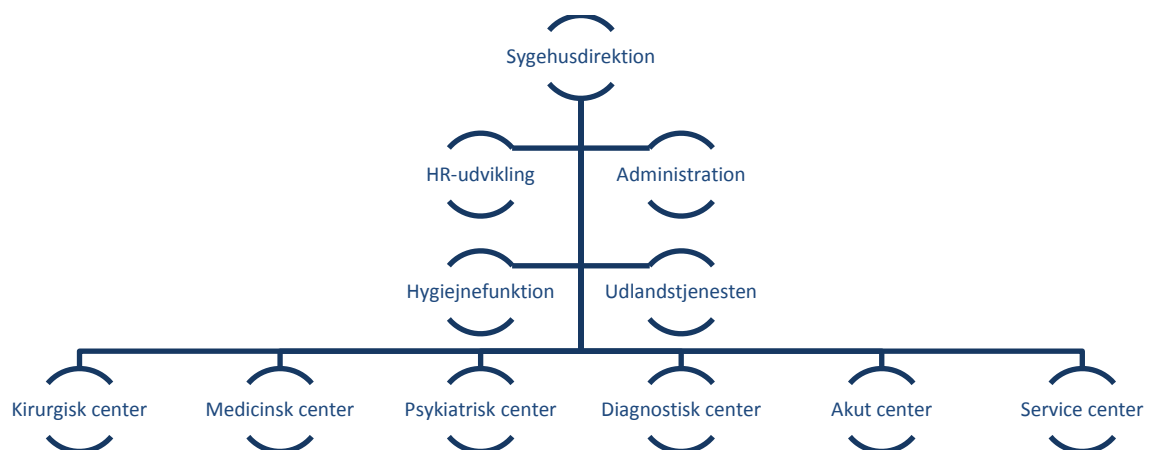
3.1.1 Organisationen

Organisationen er opdelt i Direktion, Administration og 6 centre, henholdsvis Kirurgisk Center, Medicinsk Center, Psykiatrisk Center, Diagnostisk Center, Akutcenter samt Service Center.

Sygehusdirektionen er sammensat af en sygehusdirektør og to vicedirektører med henholdsvis lægelig og sygeplejefaglig baggrund. Det er sygehusdirektøren som står med ansvaret overfor sundhedsministeren. I følge bogen "tre kulturer i hospitalssektoren" [13] kaldes denne ledelsesform for Enhedsmodellen:

Enhedsmodellen defineres som: *Her er den administrerende direktør eneansvarlig. Som stabsfunktion har direktøren de fleste steder en lægechef, enten valgt af lægelige kolleger for en tidsbegrænset periode eller ansat af administrationen, samt en fastansat forstanderinde (chefsygeplejerske)*

Nedenfor ses et organisationsdiagram over organisationen.



Figur 3 - organisationsdiagram

3.1.2 Samarbejdspartnere

Langt den største samarbejdspartner er Rigshospitalet i København og Landspítali í Reykjavík på Island, derudover samarbejdes også en del med Lund i Sverige.

3.1.3 Medarbejdergrupper

Som sagt i tidligere afsnit så er omkring 30 faggrupper på Landsygehuset. I dette projekt vil jeg kun nævne dem som anvender THS.

De kliniske faggrupper, som i dag anvender THS, er: læger, sygeplejersker, social og sundhedsassistenter, lægesekretærer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske diætister, psykologer, socialrådgivere, patientkoordinatorer, derudover findes der nogle klinikere som har en administratoropgave i forhold til medicin, laboratorie og røntgen.

I dette projekt vil fokus være på lægesekretærerne, idet det typisk er dem der udfører de administrative registreringer i THS, både med hensyn til PAS og booking. Det andet personale har også dels den opgave, men ikke i lige stor grad som lægesekretærerne har.

4 Afgrænsning

Jeg vælger i dette projekt at tage udgangspunkt i de patientadministrative delelementer i form af registreringer som foretages i PAS/booking modulet i THS, da de fleste administrative basisregistreringer foretages i netop disse moduler.

Der stilles, som før nævnt, krav fra ledelserne om, at det implementerede sundhedsinformatisk system skal levere valide data til ledelsesinformation. Men hvad er valide data og er det godt nok at systemet leverer data ledelsesinformation, som måske ikke er korrekte? Er man ikke nødt til at sikre sig, at de data som indtastes i systemet er korrekte? Hvis ikke personale registrerer hensigtsmæssigt i forhold til de retningslinier som er gældende, så kan det meget vel være, at man får data ud af systemet, spørgsmålet er bare hvor pålidelige/valide disse data er.

Som skrevet i afsnittet "Baggrund for valg af emne", så har THS-medarbejderne en mistanke om at systemet ikke anvendes korrekt i forhold til de processer som systemet og arbejdsgangene lægger op til og som brugerne er blevet undervist i. Jeg undrer mig over hvad årsagen er til at det er svært for personale at registrere hensigtsmæssigt i systemet i forhold til det som systemet og reglerne lægger op til. Er det manglende viden om og forståelse for nødvendigheden af patientadministrative registreringer, det vil sige manglende kendskab til hvordan man skal registrere i systemet og / eller manglende

kendskab til reglerne. Har undervisningen ikke været dækkende eller har der været manglende eller for dårlig udmelding fra ledelsen og hvordan er det med opgaverne, har de ændret sig.

For at hjælpe mig lidt på vej hen imod en problemformulering og en mere konkret undersøgelse, har jeg først lavet en analyse i form af et processkort og efterfølgende et flowdiagram over arbejdsgangen i Cosmic. Sådan som arbejdsgangen bør foregå ifølge retningslinierne i processmodellen på tværs af organisationer og i den rækkefølge, som registreringer bør foregå. Processmodellen er udarbejdet i samarbejde med leverandøren af systemet og THS-kjarnin.

Jeg peger desuden på nogle kritiske punkter, hvor jeg, ud fra mit kendskab til systemet, arbejdsgangene og erfaring, har en mistanke om, hvor fejlregistreringer kan forekomme.

I nedenstående processkort ses alle kontaktflowets delelementer. Delelementernes handling beskrives kort i nedenstående beskrivelse, en grundigere beskrivelse af funktionerne er uddybet i bilag 3. Fejlene beskrives, hvor jeg formoder at fejlene kan opstå.

4.1 Processkort

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
1	Henvisning oprettes	I forbindelse med besøg hos praktiserende læge eller anden specialelæge afgøres, at patienten skal henvises til sygehuset til nærmere undersøgelse / behandling	
2	Henvisning sendes	I systemet oprettes, såvel en elektiv som akut, henvisning af typen udgående til det speciale, som sygdommen hører ind under. Henvisningen ligger i specialets uvisiterede henvisninger lige efter afsendelse. Der er lagt op til, at	Fejl 1: I forbindelse med akutte henvisninger til sygehuset opstår der typisk fejl, idet de praktiserende læger vælger ikke at afsende henvisningen med det samme, men vælger hellere at have nogle patienter igennem inden de afsender henvisningerne. Det at lægen vælger at vente medfører, at patienten står i akut modtagelsen inden henvisningen er dukket op i systemet på

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
		henvisningerne oprettes tidstro Flowet med hensyn til henvisning er også, at man anvender samme henvisning til at sende svar/epikrise tilbage til henvisende læge,	skadestuen. Dette indebærer problemer for skadestuepersonalet, idet der skal foreligge en henvisning i systemet inden man får lavet de videre registreringer inde på hospitalet. Dette medfører så igen, at skadestuepersonalet, typisk sekretæren i dagtimerne, men ellers sygeplejerskerne i vagten, må oprette en "fiktiv" henvisning på vegne af patientens praktiserende læge, som der så arbejdes videre med. Sidenhen sker det, at henvisningen fra praktiserende læge dukker op. Nu ligger der så to henvisninger til samme kontakt og der skal kun være en. I og med at henvisningen oprettes inde på hospitalet, på vegne af praktiserende læge, har man ikke mulighed for at sende elektronisk svar, som man ellers har, hvis det er den henvisende læge selv som har oprettet og sendt henvisningen. Epikrise havner derfor ikke i lægens indbakke som svar
3	Henvisning modtages	Henvisningen fra praktiserende læge havner i specialets indbakke med uvisiterede henvisninger. Her skal der holdes øje med at henvisningerne visiteres	
4	Henvisning visiteres	Det er specialelægens ansvar og opgave at visitere alle henvisningerne. Der tages stilling til om henvisningen skal accepteres eller afvises.	

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
5	Henvisning afvises	Vælger man at afvise henvisningen skal man skrive en begrundelse til praktiserende læge. Årsagerne for at afvise en henvisning kan være manglende oplysninger, henvist til forkert speciale og patienten kan i forvejen have et forløb af samme type som den nye henvisning og man vælger at køre videre på det gamle forløb	
6	Afvisnings-årsag til henvisende læge	Når specialelægen af en af ovenstående årsager har valgt at afvise en henvisning, ender svar på denne i den praktiserende læges indbakke, hvor han kan se begrundelse for afvisning.	
7	Henvisning accepteres	Vælger man at acceptere en henvisning oprettes et nyt forløb og besøg/ene planlægges. Det er muligt at lade henvisning blive liggende accepteret, afventende på evt. supplerende oplysninger eller undersøgelser.	
8	Henvisning planlægges	Når henvisningen er accepteret planlægger specialelægen og/eller evt. anden kliniker hvad patienten skal møde til og prioriterer cirka hvornår patienten skal møde, dette gøres ved hjælp af, det som systemet kalder, bookinggrundlaget. Her er muligt at planlægge til indlæggelse, ambulatorie aftale	

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
		og operation.	
9	Intern henvisning	Som løsning på, at systemet ikke direkte håndterer en funktionalitet hvor man kan sende interne henvisninger, det vil sige henvisninger som en kliniker fra et speciale inde i samme organisation sender til et andet speciale har leverandøren lagt op til, at man bruger samme bookinggrundlag, som når man planlægger egne aftaler, det væres sig operation, indlæggelse eller ambulatorie aftale. Hvad man må og ikke må er beskrevet i en udenfor systemet liggende instruks. Man må kun planlægge (sende intern henvisning) til ambulante aftaler.	Fejl 2 Denne løsning gør det svært for modtagende enhed at fremfinde de interne henvisninger. Det er svært at se forskel på hvilke planlagte aktiviteter på ventelisten er fra en intern henvisning, det vil sige et andet speciale og hvilke planlagte aktiviteter er aktiviteter som man selv / eget speciale har planlagt.
10	Besøg står på venteliste	Efter planlægning står patienten på planlagt-/vente-listen, i Cosmic kaldt "Planlagte aktiviteter". I oversigten "Planlagte aktiviteter" er det muligt at se planlagte ikke bookede og bookede besøg (en slags venteliste) ud fra nogle foruddefinerede kriterier, for eksempel ud fra behandlende enhed, medicinsk ansvarlig enhed, prioritering, aktivitet med mere. Der er dog begrænsning på, så man kun ser 3 måneder ad gangen. Herfra booker man patienterne til planlagte besøg, indlæggelser,	Fejl 3 Igennem tiderne, hvor THS-kjarnin har været i forbindelse med brugerne af systemet, er der flere gange blevet bemærket, at det er svært at have overblik i oversigten "Planlagte aktiviteter". Herudover har de igennem mange år været vant til at styre planlægninger af besøg ved hjælp af kalendere, hvor de har flyttet patienterne frem og tilbage, som det passer. Min hypotese er, at disse indarbejdede gamle vaner blandt andet er årsagen til at systemet anvendes forkert. Istedet for at bruge den tiltænkte funktionalitet, hvor den planlagte aktivitet

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
		operation og ambulatorie besøg. I denne oversigt er meningen, at man har overblikket over fremtidige besøg og det er her man (typisk en sekretær) vedligeholder og rydder op og flytter de patienter som ikke kan komme til planlagt tidspunkt og at patienterne først bookes, når ambulatoriet ligger fast.	står på "Planlagte aktiviteter" og først bookes i kalenderen når man skal til at indkalde patienten, så vælger personale at booke patienten i kalenderen med det samme, for sidenhen at flytte det planlagte besøg frem og tilbage så det passer med det endelige program. Denne flytning af patienter frem og tilbage kan have flere uhensigtsmæssigheder med sig. Det er umuligt at se hvor mange patienter står og venter på at de skal komme til planlagt besøg. I og med at både praktiserende læger og alle sygehusene kører med et system, så er listen over planlagte og bookede besøg tilgængelige for alle og alle kan se, hvornår en patient har et booket besøg. Hvis systemet var reliabelt, så kunne et speciale planlægge og booke i forhold til for eksempel en anden aftale et andet sted, men idet man ikke kan vide om de bookede tider er reelle eller fiktive, så kan man ikke gøre brug af denne fordel. En uhensigtsmæssighed man har oplevet med at patienterne står bookede på fiktive tidspunkter er at for eksempel en praktiserende læge har sagt til patienter, hvornår de har tid i det og det ambulatorium. Det er så sket at patienterne er dukket op i ambulatoriet og da har der været tale om en fiktiv booket tid. Når patienternes besøg bliver flyttet frem og tilbage i kalenderen, så anvendes endten ombookning eller aflysning. Når disse funktionaliteter anvendes, ses tiden efterfølgende som makuleret i systemets CI, det resulterer i at der er relativt mange

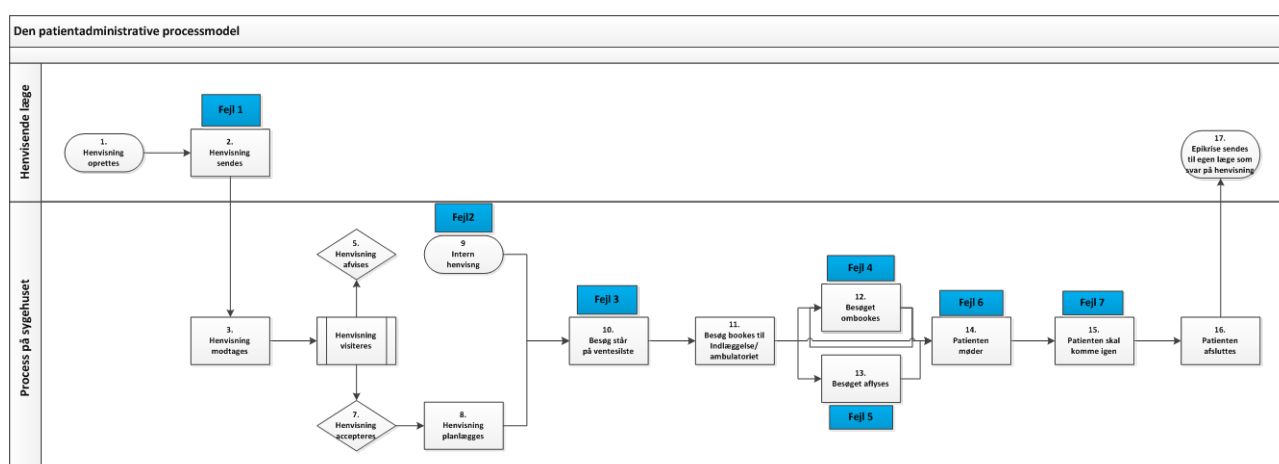
Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
			besøg som makuleres. En anden problemstilling sygehusledelsen står overfor i og med at kalenderen bliver brugt til venteliste, er at de har indkøbt et sms-system, som er integreret i det sundhedsinformatiske system som gør det muligt, at patienterne får en sms-besked dagen inden de skal møde til et planlagt besøg. I og med at tiderne bliver booket i kalenderen og derfra flyttes frem og tilbage, så har pilottest vist, at patienterne får en sms-besked for hver gang en tid bliver flyttet. Det har så resulteret i, at patienternes forvirrede ringer ind på sygehuset og forstår ikke den sms som de har modtaget. Det har så medført, at det er umuligt at implementere sms-systemet.
11	Besøg bookes til indlæggelse /ambulatorium	Indlæggelser planlægges og bookes af/sammen med afdelingssygeplejersken som har ansvaret for at patienterne bookes til indlæggelse og typisk en det sekretær som booker de ambulante besøg i henhold til visiteringen/planlægningen. Sekretæren indkalder patienten vha. standardindkaldelsesbreve som findes i systemet.	
12	Besøg ombookes	Det kan ske at besøget af en eller anden årsag skal ombookes. Det betyder at den tidligere planlagte tid skal ombookes til et andet tidspunkt. Det kan både være patienten som ringer ind og beder om få tiden ændret eller ambulatoriet som bliver nødt til	Fejl 4 Her viser det sig, at personale har tendens til ikke at anvende den tiltænkte arbejdsgang. Istedet for at gå ind, finde den bookedede tid, vælge ombook for siden at booke til det nye tidspunkt, så går personale ind i

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
		at lave om på planlægningen.	kalenderen, finder en ledig tid, booker tiden. Herefter kan det ske at de vælger at finde den gamle tid frem, vælge aflys og derefter sætte aktiviteten tilbage på venteliste. Dette er en fejl, idet de allerede har booket patienten et nyt tidspunkt. En anden fejl dette medfører er at nu kan man ikke længere følge den planlagte aktivitet som lægen har planlagt ud fra henvisningen, som har stået på venteliste og som er blevet booket før, men booker direkte og uden planlægning direkte i kalenderen. Ved at lave denne handling bryder man med hele ideen at kunne følge hele kontaktflowet. Derudover skal nævnes, som også beskrevet i fejl 3, så anvendes ombook til at flytte patienter frem og tilbage i kalenderen og har det den u hensigtsmæssige konsekvens, at de gamle besøg får status makuleret i oversigten.
13	Besøg aflyses	Det kan ske at besøget af en eller anden årsag skal aflyses. Det kan både være patienten som ikke kan møde det pågældende tidspunkt eller ikke ønsker at møde. Det kan også være ambulatoriet eller afdelingen som bliver nødt til at aflyses besøget. Det betyder at man i systemet skal gå ind i kalenderen, finde den bookede aftale og tage stilling til om den skal sættes tilbage på ventelisten eller om aftalen skal	Fejl 5 Fejlen som sker her er, at hvor personale burde have ombooket et besøg, så bruger de aflysning i stedet for, se fejl 4. Herudover når de skal aflyse, så går personale ind i kalenderen, finder en fiktiv cirka tid og går først herefter ind og aflyser den gamle tid. Tit bliver der ikke lagt mærke til, at et flueben står i at aktiviteten skal tilbage på ventelisten, så det ender med at personale både har fundet patienten en ny fiktiv tid, samt sat patienten tilbage på venteliste, således at

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
		aflyses helt.	han nu har to aktiviteter som patienten skal møde til. Her er tale om næsten det samme som ved fejl 4. Derudover skal nævnes, som også beskrevet i fejl 3, så anvendes aflys til at flytte patienter frem og tilbage i kalenderen og har det den u hensigtsmæssige konsekvens, at de gamle besøg får status makuleret i oversigten.
14	Patienten møder	Når patienten møder bliver kontakten besøgsregistreret som først ankommet og siden som udført når han tager afsted igen.	Fejl 6 Der er nogle steder, at patienterne ikke får skiftet status fra "booket" til "ankommet" og efterfølgende til "udført". Ej heller er det alle steder som registrerer et besøg for "udeblevet" hvis patienten ikke møder. Det medfører at flere patienter står med status "booket" i al evighed og man ved derfor ikke, om en patient har været til et besøg eller ej. Det må man så ind i journalen for at finde ud af. Der er også flere steder hvor patienten bliver ved med at stå med status ankommet, så han ser ud til at han fortsat er igang. Selv om arbejdsgangen siger, at de skal registreres som udførte, så sker det ikke.
15	Patienten skal komme igen	Systemet og arbejdsgangen lægger op til, at patienten i tilfælde af at han skal komme igen sættes på planlagt-/vente-listen "planlagte aktiviteter" med notifikations-/bookingdato, som viser cirka hvornår patienten skal møde igen. Når man så planlægger og prioriterer ambulatoriet bookes	Fejl 7 Det som sker her er, at personale har tendens til at booke patienten direkte ind i kalenderen på det tidspunkt hvor patienten skal møde, for eksempel til kontrol om 1 år. I de fleste ambulatorier er ambulatorieret ikke planlagt 1 år frem i tiden og kan det derfor højst sandsynlig ske, at den aftalte

Nr	Handling	Beskrivelse	Formodede fejl
		patienten ind i kalenderen	tid flyttes, måske et par gange.
16	Patienten afsluttes	Efter endt behandling/udredning og evt. kontroller afsluttes patienten til endten praktiserende læge, anden sygehusafdeling m.m.	
17	Svar sendes til henvisende læge	Efter hvert besøg sendes et del svar til henvisende læge og efter endt behandling sendes et slut svar til henvisende læge.	

På nedenforstående Figur 4 - Den patientadministrative processmodel ses flowdiagram visualiseret ud fra ovenstående processkort; fra oprettelse af henvisning, visitation, planlægning, booking, aflysning/ombooking og svar tilbage til henvisende læge.



Figur 4 - Den patientadministrative processmodel

Ud fra ovenstående foranalyse/processkort samt illustration af processmodellen vil jeg ved hjælp af problemformuleringens forskningsspørgsmål, undersøge om ovenstående analyse og problemformuleringen kan give svar på hvilke faktorer som kan være medvirkende til om et systems funktionalitet anvendes hensigtsmæssigt eller ej, som for eksempel organisatoriske forandringer og undervisning. Jeg vil lave undersøgelsen i form af interview og audit. Dette beskrives nærmere i afsnittet om "Metode".

5 Problemformulering

Hvilke faktorer kan være årsag til, at det er svært for personale at registrere korrekt, i forhold til nogle af processmodellens delelementer?

For at få svar på ovenstående problemformulering vil jeg lave min undersøgelse ved hjælp fra nedenstående forskningsspørgsmål

- Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?
- Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?
- Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?
- Har personale svært ved at se meningen med registreringen?
- Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en uhensigtsmæssig registreringspraksis?
- Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?
- Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?

6 Metode

“Ordet “metode” betød oprindeligt: Vejen til målet. Uden et erklæret mål er det vanskeligt at vise vejen til det” [14]. Udfra det erklærede mål vil jeg i dette afsnit komme ind på hvilke metoder og hvordan de anvendes i dette projekt.

6.1 Tilladelse

Til at udføre undersøgelsen er der søgt om tilladelse til at tilgå data i det sundhedsinformatiske system fra undersøgelsesfeltet, Landsygehuset. Der er søgt om tilladelse til at foretage audit i selve systemet samt at tilgå ressourcer til interviews i form af lægesekretærer samt ledende lægesekretærer i organisationen. Se ansøgning bilag 1, samt tilladelsen bilag 2.

6.2 Forforståelse

Det bemærkes, at der i projektet nok vil forekomme nogle beskrivelser som vil være påvirket af forforståelse, dels på grund af min stilling som THS-konsulent, hvorfor jeg har en stor kendskab til selve systemet og på grund af min grunduddannelse som lægesekretær,

hvor jeg i en kortere periode har anvendt systemet som lægesekretær og derved har afprøvet arbejdsgangene i praksis. I mit stilling som THS-konsulent har jeg haft med konfigurerings at gøre, udtænkt arbejdsgange og lavet tilrettelser i disse, både sammen med leverandøren og sammen med klinikerne. Således er min forforståelse for system og organisation stor.

Fordelen med denne forforståelse kan være, at jeg er bekendt med terminologien, det fælles sprog og har derved nemmere ved at forstå klinikernes verden. Ulempen med forforståelsen kan være, at der kan være enkelte processer man glemmer at tage med, at man ikke er åben overfor forskellige synspunkter og muligheder. For at afhjælpe disse forhold vil jeg forsøge at være bevidst om dem.

6.3 Litteratursøgning

Litteratursøgning sker hovedsagligt på internettet, men også enkelte bøger og tidsskrifter. Google er blevet anvendt mest som søgemaskine, men også google scholar og pubmed har været anvendt. Derudover er der også blevet søgt på biblioteker, mest på Aalborg Universitets bibliotek, www.aub.aau.dk

Nedenfor ses et udvalg af de søgeord som har dannet grundlag for litteratursøgning: Ledelsesinformation, Business Intelligence, standardsystem, forandringsparathed, usability, datakvalitet, OECD, NOMESKO, Landspatientregister, Fælleshold for basisregistrering for sygehuspatienter, Hagstova Føroya, Rigsombudsmanden, Landslæknin, sensemaking, suite, Truly Integratet Applications, læringsteori, forandringsledelse, forandringsteori, forståelse i organisationer.

6.4 Triangulering

Der anvendes triangulering som analysemetode i projektet. Det betyder at den indsamlede empiri holdes op imod teoretikere i analysen samt der tages stilling til fremsatte hypoteser.

Triangulering kan udføres på forskellig vis, som:

- Metodetriangulering
- Kildetriangulering
- Forskertriangulering
- Teoritriangulering

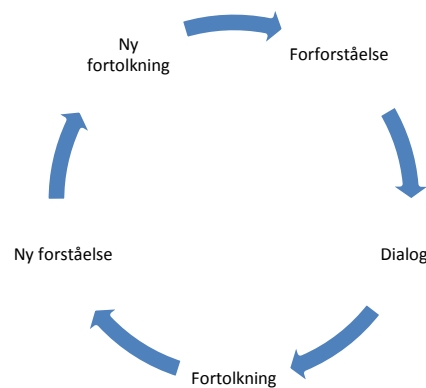
Grundlæggende handler triangulering om at kombinere forskellige metoder. Metoden triangulering kan bestå af både kvalitative og kvantitative metoder. I dette projekt anvendes metodetriangulering, udelukkende som kvalitative metoder. I dette projekt vil dataindsamlingen opnås fra interview og audit.

6.5 Interview

I dette afsnit beskrives interview som metode. Den mest almindelige form for interview er ansigt til ansigt interview imellem to personer, men det kan også foregå i grupper [15]. I dette projekt udføres både gruppeinterview samt interview imellem to personer.

Interview gennemføres både som led i at danne baggrund for problemanalysen og til at besvare projektets problemformulering: ***Hvilke faktorer kan være årsag til, at det er svært for personale at registrere korrekt, i forhold til nogle af processmodellens delelementer?***

Interview er en kvalitativ metode, hvor tilgangen både kan være fænomenologisk, hermeneutisk eller dialektisk. I dette projekt vil den hermeneutiske tilgang blive brugt, som vil sige, at man arbejder på et fortolkningsmæssigt plan hvor man bearbejder den indsamlede viden som så danner grundlag for ny forståelse og forforståelse, som så kører i ring og som man så igen fortolker på. Dette kaldes også den hermeneutiske cirkel .



Figur 5 – Den hermeneutiske cirkel

Årsagen til at man interviewer er for at opnå viden om menneskers livssituation, meninger, holdninger og oplevelser. Når man interviewer vil det være det sekundære udtryk af fænomenerne som forskeren oplever i forhold til interviewpersonen. Målet med interviewstudiet er derfor at komme så tæt som muligt på informantens oplevelser af

fænomenerne i dens livsverden som muligt. [15]. Livsverden er den verden, som mennesker kender og møder i dagligdagen. En ting man skal være opmærksom på i forhold til denne undersøgelsesmetode er, at det tit kan være forskel på hvad mennesker siger de gør og hvad de rent faktisk gør. Det er også derfor en god ide at kombinere interview med en anden kvalitativ metode, som for eksempel observation eller som i dette projekt, lave en audit, hvis det er muligt. [15].

Alle interviewene i dette projekt vil foregå som en semistruktureret undersøgelse. En semistruktureret interviewundersøgelse er en iterativ process og foregår som en interaktion imellem forskerens spørgsmål og informantens svar om et særligt emne. Kvale [14] har opstillet en model med 7 stadier, som forskeren bør tage udgangspunkt i når han skal forberede og udføre en interviewundersøgelse. Disse 7 stadier illustreres her og er medtages i nedenstående afsnit.



Figur 6 - Kvales 7 undersøgelsesstadier

Han ser det som et vigtigt punkt, at forskeren forbereder interviewundersøgelsen grundigt, er opmærksom på forskningsprocessens strabadser og fastholder den oprindelige vision og fokus igennem undersøgelsen. Forskeren skal gøre sig klart inden interviewet hvad det er han vil vide noget om, skal afklare undersøgelsens “hvorfor” og “hvad” inden metoden “hvordan” fastlægges [14]. I dette projekt er “hvorfor” og “hvad” beskrevet i indledning i baggrund for valg af emne.

Ved hjælp af en interviewguide se bilag 4 og 5 udføres de semistrukturerede interviewundersøgelser. Interviewguiden kan være mere eller mindre styrende under selve interviewet, og er tænkt som en guide for at fastholde interviewer til det forudbestemte emne, men det er også vigtigt, at interviewer er åben overfor, at informanten går lidt udenom forventet, hvis det skulle kunne have relevans for den oprindelige planlagte undersøgelse.

Ved planlægningen af interviewundersøgelsen er det vigtigt at gøre sig klart hvordan man ønsker at interviewundersøgelsen skal foregå, for eksempel hvor mange deltagere man vil have deltager i et gruppeinterview og hvordan informanternes udsagn skal refereres [15]. I afsnittet "Valg af respondenter" begrundes valget af lige præcis denne medarbejdergruppe.

Interviewguiden udformes på dansk, men alle spørgsmål stilles på færøsk ligesom alle svar er på færøsk, da det både er interviewers og informanternes hovedsprog.

Interviewene optages på bånd og transkriberes derefter ordret. Ikke alle pauser er medtaget men kun de større pauser og / eller de afbrydelser der måtte være. Efterfølgende oversættes alle udsagn til dansk.

Bearbejdning af interviewdata med hensyn til gruppering, meningskondensering og kodning beskrives nærmere i afsnittet Bearbejdning af interviewdata.

Verificeringen, hvor der tages stilling til validitet, reliabilitet og generaliserbarhed beskrives i afsnittet "Refleksion af anvendt metode og teori".

6.5.1 Valg af respondenter

Til det indledende interview, som er med til at danne grundlag for indledningen og problemfeltet, udføres et interview med afdelingslederen for den sundhedsøkonomiske afdeling i sundhedsministeriet, se bilag 6. Valget at interviewe ham er på grund af hans viden og arbejde med de statistiske udtræk fra det færøske sundhedsvæsen, han er en af dem som kender til baggrunden for problemfeltet. Han, sammen med den øverste ledelse i Heilsumálaráðið, er dem som først og fremmest efterspørger valide oplysninger til ledelsesinformation fra det sundhedsinformatiske system Cosmic.

Til besvarelse af problemformuleringens forskningsspørgsmål besluttet at interviewe lægesekretærer fra henholdsvis medicinsk og kirurgisk center, samt de ledende lægesekretærer for disse centre. Årsagen til, at valget faldt på dem er, at de har anvendt systemet i lidt længere tid end de andre, på grund af den fysiske beliggenhed i forhold til interviewer og fordi jeg mener, at denne faggruppe er repræsentativ i forhold til problemstillingen.

Til gruppeinterviewene blev de ledende lægesekretærer bedt om at udvælge 4 lægesekretærer fra deres center, som de mente ville kunne repræsentere faggruppen for det respektive center. Fra kirurgisk center medvirkede 3 repræsentative informanter og på medicinsk center 4.

Efterfølgende blev de ledende lægesekretærer interviewet i form af ansigt-til-ansigt interview.

Som beskrevet i afsnittet medarbejdergrupper, så er grunden til at undersøgelsen udføres ud fra lægesekretærernes livsverden den, at de som medarbejdergruppe er repræsentative som gruppe og som typisk er dem der udfører opgaverne i forhold til problemstillingen.

Årsagen til at valget faldt på at lave et gruppeinterview er dels på grund af at jeg på den måde får samlet flere udsagn samtidig samt den manglende tid til undersøgelsen skulle være færdig. Da projektet ikke blev indleveret til tiden blev overvejet, om jeg skulle udføre en supplerende undersøgelse, men det gik jeg bort fra.

Jeg er bevidst om, at der i et gruppeinterview kan være stor påvirkning imellem informanterne og at deres udtalelser derfor kan afspejle hinandens, men det giver også mulighed for, at et udsagn kan give inspiration til hinandens udsagn.

6.5.2 Bearbejdning af interviewdata

Efter at have transskriberet bandede interview til færøsk er alle interviewene samlet i excel, hvor de først er grupperet efter udsagn og efter forskningsspørgsmål. Udsagnene er derefter kodet med initialer, alt efter hvilket interview de tilhørte og nummer. Derefter er udsagnene anonymiserede, så man ikke umiddelbart kan se hvem der er ejer hvilket udsagn.

Kvale kommer i bogen "Interview" [14] med et bud på metode til analyse af interview. De fem metoder er: Meningskondensering, meningskategorisering, narrativ analyse, meningsfortolkning og ad-hoc analyse. Lige bortset fra fortolkning af datamaterialet, så medfører de andre metoder, at interviewets mange udsagn nedbrydes mindre meningsfulde og grupperede udsagn.

Ved meningskondensering, fortolkning og narrative analyser vil den form, resultaterne foreligger i, hovedsagelig være ord. Resultatet af kategorisering vil ligge i endten tal eller enkelte kategoriske ord, mens ad-hoc analyse kan føre til både ord, figurer og tal [14].

Ved meningskondensering forstås, at de interviewedes udsagn trækkes sammen til kortere formuleringer. Lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, hvor hovedbetydningen formuleres i få ord. Dette medfører, at lange interviewtekster reduceres til kortere præcise formuleringer [14].

Meningskategorisering indebærer, at interviewudsagn kodes i kategorier. Det kan være tal eller enkelte kategorier. Kategorisering vil kunne reducere og strukturere det omfattende materiale ned til nogle få tabeller. Kategorierne kan være udarbejdet på forhånd eller opstå i løbet af analyseprocessen. man kan anvende teories enkelte delelementer som kategori for de enkelte udsagn.

Meningskondensering og meningskategorisering er anvendt i dette projekt som redskab til interviewanalysen. De enkelt udsagn er meningskondenserede og derefter videre grupperet i først overordnede kategorier samt teorier.

Oprindeligt blev besluttet, at det var ikke nødvendigt at oversætte interviewene, men at man kunne nøjes med at oversætte meningskondenseringen efterfølgende gruppere efter emne og teori. Det arbejde blev lavet allerede i 2012. Årsager gjorde, at projektet blev lagt til side og er først nu, et par år efter, taget frem igen til færdiggørelse.

Her to år efter blev så besluttet at oversætte interviewene til dansk, først og fremmest for at komme tilbage på sporet og dernæst for at give læseren mulighed for at gennemgå interviewene på dansk samt for nemmere at kunne gruppere i forhold til emne og teori.

Excel er brugt som redskab til at strukturere udsagnene. Excel gør det nemt at gruppere efter overskrifter, kode, udsagn, opstille i pivot med mere. Det er nemt at flytte frem og tilbage, alt efter hvad det er man ønsker at se.

Gruppering og pivot er anvendt til at emneopdele interviewene hvorfra det har medvirket til at gruppere meningen efter teoretisk ramme.

Nedenstående tabel viser et eksempel på hvordan interviewdata er opsat i oversigten, derefter vil der følge en forklaring på de enkelte kolonner.

Inf	Ko de	Nr	PF – USS	FS	USS nr	Interviewspørgs mål – DK	Interviewsvar - DK	Kategori	Teori
Læge- sekretær	K	17	1. Kan det være undervisningen som ikke har været dækkende nok i forhold til problemstilling en.	1 - Undervis ning ikke dækken de	1	Kan I sige lidt om hvilken form for undervisning I fik dengang. Kan I huske det?	Undervisningen foregik i lokalerne på HMR, både læger, Sygeplejersker og sekretærer - i nogle omgange	Under- visnings form	Lewin, Kotter

Tabel 1 - Kodning af interviewdata

Her følger en nærmere beskrivelse af felterne og deres betydning og indhold

Overskrift	Indhold	Forklaring
Inf.	Lægesekretær Ledende lægesekretær	Inf. står for informant.
Kode	K M KL ML	Kode står for forkortelse af hvilket center lægesekretæren og ledende lægesekretæren kommer fra. K står for lægesekretær på kirurgisk center M står for lægesekretær på medicinsk center KL står for ledende lægesekretær på kirurgisk center ML står for ledende lægesekretær på medicinsk center.
Nr	Numeriske løbende talrække mellem 1-1199	Løbende talrække for udsagnene. I analyse vil der referes til udsagnets kode og nr.
PF – USS	Problemformuleringens forskningsspørgsmål mellem 1-7	PF står for problemformulering og USS står for Forskningsspørgsmål. I projektet er der 7

Overskrift	Indhold	Forklaring
		forskningsspørgsmål. Analysen tager udgangspunkt i forskningsspørgsmålene
USS nr	1-7	USS står for forskningsspørgsmål
Interviewspørgsmål – DK	Interviewerens spørgsmål	Interviewspørgsmål – DK betyder at dette er de oversatte interview spørgsmål stillet af interviewpersonen.
Interviewsvar – DK	Informanternes svar	Interviewsvar – DK betyder at dette er tale om de oversatte svar fra informanterne.
Emne (meningskondensering)	F.eks. undervisningsform	De lange udsagn er nedbrudt i mindre mere præcise udsagn.
Teorier (meningskategorisering)	Lewin Kotter Sandberg og Targama Teknologibegrebet	Kolonnen udfyldes med den/de teorier som refererer til spørgsmål og svar

Tabel 2 – Beskrivelse af felterne i kodningsarket

6.6 Audit

Audit defineres som en systematisk metode til at undersøge, udvikle og evaluere faglig praksis. Metoden er et redskab, som kan bruges til kvalitetsudvikling i forhold til enkeltstående begivenheder eller systematisk, som en del af den overordnede kvalitetsstrategi. [16]

Metoden kan være med til at sætte fokus på en specifik problemstilling som man oplever i hverdagen indenfor et specifikt område, hvor man har et ønske at forbedre kvaliteten og få noget læring. [17]

DDKM¹⁰ definerer audit som en proces, hvor fagpersoner analyserer og vurderer data, der belyser kvaliteten, samt kommer med forslag til eventuelle forbedringstiltag. Analyse, vurdering og forslag danner grundlag for ledelsens prioritering af tiltag til kvalitetsforbedringer [16]

Formålet med auditprocessen er at vurdere om processerne udføres tilfredsstillende eller ikke, om der leves op til ledelsens krav og at beskrive eventuelle tiltag til forbedringer.

Auditprocessen består af 4 obligatoriske trin [16]:

- Fastlæggelse af vurderingsgrundlag i forhold til en given problemstilling.
- Indsamling og strukturering af data
- Vurdering af data, herunder årsagsanalyse
- Kvalitetsforbedring og evaluering af effekten heraf

En audit er velegnet når der er tale om et mere eller mindre erkendt problem og skal have en vis hyppighed. Man bør vælge en anden metode, hvis problemet forekommer sjældent.

Der skelnes imellem implicit og eksplicit og kvantitativ og kvalitativ audit.

- En implicit audit danner grundlag ud fra en fælles kollegial og faglig forståelse af "god klinisk praksis", hvor der på forhånd ikke er formuleret specifikke kriterier.
- En explicit audit danner grundlag ud fra nogle på forhånd formulerede (eksplicite) kriterier.
- En kvantitativ audit er baseret på kvantitative data vedrørende specifikke indikatorer i relation til den problemstilling, der vurderes.
- En kvalitativ audit er baseret på et antal enkeltstående tilfælde.

6.6.1 Fastlæggelse af given problemstilling

Auditprocessens første obligatoriske trin omhandler vigtigheden af, at problemstilling, audit udføres på er relevant, set ud fra et fagligt, organisatorisk eller patientrelateret perspektiv. [18]

I dette projekts afsnit "Afgrænsning" beskrives hvilke fejl/problemstillinger der menes forekomme i den daglige registreringspraksis i systemet og derved de givne problemstillinger man står overfor. Problemstillingen vil blive set ud fra et organisatorisk perspektiv, hvor man gerne ser, at anvendelsen af systemet foregår hensigtsmæssigt.

¹⁰ DDKM = Den Danske Kvalitets Model

6.6.2 Indsamling og strukturering af data

Indsamlingen af data vil foregå ud fra en kvantitativ metode med implicitte kriterier, da der ikke foreligger præcise foruddefinerede kvalitetestandarder. Processkortet på side **Fejl!**

Bogmærke er ikke defineret. vil dog ligge til grund for hvilken del af systemet audit laves ud fra.

Undersøgeren vil selv stå for undersøgelsen, da dette vil spare lidt tid. Undersøgeren har på grund af sin stilling, nem adgang til data og har et grundigt kendskab til hvordan handlingerne i systemet bør udføres samt har en hypotetisk formodning om hvor problemene kan opstå. Denne formodede viden kan også være en ulempe, da undersøgeren kan være indforstået for nogle handlinger og problemstillinger. Dette må undersøgeren huske at være bevidst om under undersøgelsen. Præsentationen af audit beskrives i afsnittet "Præsentation af audit".

6.6.3 Vurdering af data, herunder årsagsanalyse

Vurderingen af data vil blive gennemgået på baggrund af det materiale der er indsamlet. Tit anvendes anonymiserede patientjournaler, kliniske databaser eller beskrivelse af et hændelsesforløb. I dette projekt vil vurderingen af data stamme fra indsamlet udtræk fra database, audit af registreringsoversigter samt gennemgang af enkelt trin i processkortet, som der henvises til i afsnittet "Processkort". Indsamlet data fra audit og interview vil blive præsenteret i analysen.

6.6.4 Kvalitetsforbedring og evaluering af effekten heraf

Denne del af auditprocessen er tit den vanskeligste del og bliver måske også tit forsømt. Denne fase stiller krav til organisationens evne, vilje og styrke til at ville anende resultaterne fremadrettet. Det kræver i høj grad ledelse og engagement [18]. Der vil i dette projekt ikke blive fokuseret på at komme med forslag til kvalitetsforbedring.

7 Teori

I dette afsnit beskrives hvilken teoretisk ramme der anvendes til fortolkning i analysen af det indsamlede data. Teorierne skal være med til at belyse og give svar på problemformuleringen og dens forskningsspørgsmål.

Forud for selve interviewundersøgelsen er der ikke anvendt en bestemt teoretisk ramme til den efterfølgende analyse. Det medfører at undersøgelsen og den efterfølgende analyse af indsamlet data vil være mere datastyret end teoristyret. Fordelen kan være, at man ikke er så fastlåst til en enkelt teori i undersøgelsen, mens ulempen kan være, at det er svært at holde det indsamlede materiale op imod en bestemt teoretisk ramme.

Ud fra det indsamlede datamateriale viser det sig, at vi har med forandringsledelse at gøre. J. P. Kotter skriver, at forandring i dag er et vilkår i samfundet og at vi ikke kan undgå den, selvom det kan være svært, når en gruppe mennesker må tilpasse sig nye vilkår [19].

Forandringen er det eneste, der må siges at være stabilt. I den forlængelse skriver Hildebrandt og Brandt i bogen "Ledelse af forandring" [20], at forandring er en tilstand, som ikke kun påvirker det sted som ændres, men også de mennesker, der har forbindelse dertil. Det er derfor vigtigt at have fokus på begge elementer i forandringsprocessen. Mennesker har ikke noget imod forandring, de har noget imod at blive forandret. Alle mennesker har en unik evne til forandring, men på trods af dette kræver forandringen energi, accept, risikovillighed med mere, både fra ledelsens side og også fra medarbejdernes side. [20]

På grund af begrænset tid og ressource er valget af teori, der anvendes som ramme for analysen, H. J. Lewitt's organisationsanalysemodel [21] og K. Lewin's 3-trins model [22] samt Sandbergs og Targamas teori om forståelse i organisationer [23]. Grunden til at valget faldt på disse teoretiske modeller, også selvom de ikke er af nyere dato, er, at de stadigvæk mere og mindre er anerkendte som teoretiske rammer i forbindelse med forandringsledelse i organisationer. Ud fra det indsamlede datamateriale vil hovedtemaerne i analysen blive diskuteret i afsnittet **Fejl! Henvisningskilde ikke fundet.** holdt op imod ovenstående teoretiske ramme

I de næste afsnit vil teorierne blive nærmere belyst. Først kommer jeg kort ind på Jens Müllers teori om teknologi [24], som er anvendt til udformelse af forskningsspørgsmålene, derefter H. J. Lewitt's organisationsanalysemodel [21] og Lewin's 3-trins [22] om forandringsledelse [19]. Derefter kommer jeg kort ind på Sandbergs og Targama og forståelse i organisationer.

Til udformelse af interviewets fokuspørgsmål tages udgangspunkt i Jens Müllers teori om teknologi [24]. Denne teknologiramme anvendes som hjælp til at have fokus på at udforme fokuspørgsmålene i interviewene, således at man kommer rundt om teknologibegrebets fire delelementer: Teknik, viden, organisation og produkt. Teorien vil ikke blive anvendt til diskussion af analysens hovedemner.

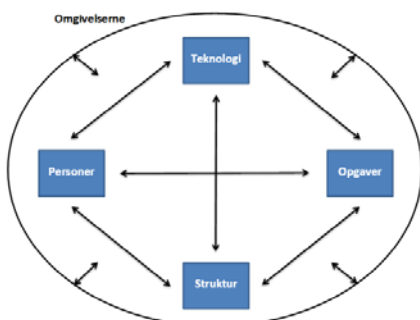
7.1 Leavitt's organisationsmodel

Den amerikanske organisationsforsker professor H. J. Leavitt præsenterede i 1960'erne en ny organisationsmodel. Hans formål var at samle de forskellige teorier om organisationsændringer i en enkelt model, der var mere kompleks end de forestillinger som var vanlige på det tidspunkt.

Leavitt var af den opfattelse, at man ikke kun kan lave strukturændringer uden at disse påvirkede og stillede krav til andre faktorer i en organisation, så som teknologi, aktører og opgaver.

Organisationsanalyse modellen er primært en forandringsmodel, som består af 4 hovedelementer: Opgave, struktur, aktører og teknologi. Disse er alle relaterede til hinanden således, at hvis f.eks. teknologien ændres, så vil det påvirke de andre elementer i organisationen.

Den oprindelige simple model også kaldt Leavitt's diamantmodel bestod af ovenstående fire delelementer. Denne model er sidenhen blevet kritiseret for at være mangelfuld, da der i dagens videnssamfund også er andre faktorer som påvirker organisationen. Modellen er af flere blevet tilpasset, hvor nogen har tilføjet kulturbegrebet mens andre har lagt en cirkel om modellen som skal repræsentere omgivelserne [20], se Figur 7.



Figur 7 - Leavitt's udvidede model

De fem hovedelementer, som alle er relaterede til hinanden på kryds og tværs og kan anvendes til at forstå sammenhænge internt i organisationen og kan også bruge til at analysere ændringer i organisationen. Modellen består af: teknologi, opgaver, struktur, personer og omgivelser.

7.1.1 Teknologi

Det første element, teknologi, omfatter såvel maskiner, som metoder og programmer. Det kan være lokaler, it-systemer, maskiner, samt de knyttede arbejdsprocesser og administrative procedurer. Både hardware og software.

Teknologi vil som element i diskussion af analysen relateres til selve SI-systemet, de administrative procedurer i form af arbejdsgangsbeskrivelser og huskesedler og vil blive anvendt i diskussionen om dens påvirkning på de andre delelementer i modellen.

7.1.2 Opgaver

Dette element er bestemt af organisationens eksistensgrundlag og dens målsætninger og består af de arbejdsopgaver som organisationen skal udføre. På sygehuset vil det overordnede mål være at søge at realisere sundhedsvæsenets overordnede mål samt at realisere de underordnede mål, der relaterer sig til den enkelte afdeling og i visse tilfælde til den enkelte patient.

I forhold til diskussionen af analysen vil dette element i Leavitt's model blive relateret til de arbejdsopgaver som medarbejderne til daglig udfører, både i forhold til de patientrelaterede opgaver og de patientadministrative opgaver.

7.1.3 Struktur

Strukturen består af de mere stabile elementer i organisationen, som består af organisationens horisontale og vertikale arbejdsdeling, som kan være imellem de forskellige afdelinger og kommunikationsmønstre. Struktur er de rammer, som organisationen er opdelt efter og arbejder ud fra.

Struktur vil i projektets diskussion relateres til de rammer som aktørerne skal arbejde holde sig til, her fokuseres på retningslinier i henhold til basisregistrering samt den information og krav der er underlagt, eller føler de mangler at få kendskab til

7.1.4 Aktører

Aktørerne er de medarbejdere som er ansat i organisationen, som alle har forskellig viden, værdier, holdninger, færdigheder og motivation. Aktørerne har relationen indbyrdes og udad, disse kan variere, alt efter af hvilke opgaver udføres i organisationen. Aktørerne kan danne både formelle og uformelle netværk.

Som element i diskussion vil aktørerne relateres til brugerne af systemet, i dette projekt særlig med fokus på interviewpersonerne, men aktører kan også være IT-personale, ledelse

7.1.5 Omgivelserne

Det femte element som er tilkommet senere på grund af at der i løbet af den periode hvor man er gået fra at være et industrisamfund til at være et videnssamfund, så er man blevet mere afhængig og påvirkes mere af omgivelserne.

Leavitt anfører at "Ingen organisation er en ø og sig selv nok", men at organisationen skal ses i et samspil med de omgivelser som den lever i. Den teknologisk udvikling har igennem de sidste mange år været enorm.

I dette projekt er omgivelserne at regne som de omgivelser, organisationen er omsluttet af, det være sig politikere her også sundhedsministeriet, hvor THS-organisationen er en statsfunktion. Mulige patienter i form af borgere.

I dette projekt vil modellen anvendes til diskussion af analysen af indsamlet audit- og interviewmateriale.

Teknologien vil være det implementerede SI-system, samt de administrative procedurerer der foreligger i form af arbejdsgangsbeskrivelser og huskesedler.

7.2 Kurt Lewins 3-trins forandringsmodel

Til besvarelse af problemformuleringens forskningsspørgsmål vil Kurt Lewin teori om forandring og dens 3-trins model blive anvendt.

Change management eller forandringsledelse er et velkendt begreb i dagens organisationer, hvor ændringer sker oftere og ofter. Det er ikke altid lige nemt at få succes med

forandringerne, og tit har det noget at gøre med hvordan forandringsprocessen håndteres i organisationen.

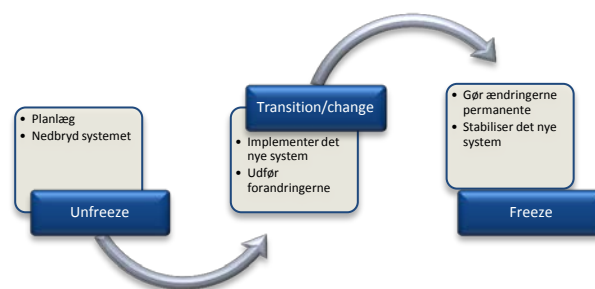
I følge Kurt Lewin er en organisation stabil når der er balance imellem to modsatrettede drivkræfter i organisationen. Drivkraften er de eksterne eller interne påvirkninger, som driver en forandring og organisationen i en ny retning. De undertrykte drivkræfter forhindrer, at en forandring kan ske.

Kurt Lewin mener, at en effektiv ledelse af forandring aktivt kan understøtte drivkræfterne som flytter organisationen imod en forandring og effektivt eliminerer de undertrykte drivkræfter.

Lewins forandringsmodel er mere en stabilitetsteori end en forandringsteori, fordi han definerer forandring som forbigående, flygtig, og en kortvarig ustabilitet, som forstyrrer en ellers stabil ligevægt [25].

I første halvdel af sidste århundrede udviklede Kurt Lewin en 3-trins model, om hvordan man gennemfører forandringer i organisationer og opnår succes via ændringer i tre separate faser [26] og [22].

Modellen er velkendt og er også anvendt af andre som basis for videreudvikling af andre forandringsteorier, f.eks. John P. Kotter.



Figur 8 - Lewins forandrings model

Lewin beskriver de tre faser at man skal forestille sig, at man har en stor terning af is, men indser, at det som du ønker dig, det er en kegle is, så stilles spørgsmålet hvad gør du? Lewin siger, at du først bliver nødt til at smelte isen (unfreeze) for at gøre det muligt at foretage ændringerne, dernæst skal du forme isvandet i formen som du ønsker

(Transition/change). Herefter skal du så styrke den nye form (freeze eller refreeze som det også tit kaldes) [22].

7.2.1 Unfreeze (optøning)

Denne første fase handler om at gøre organisationen klar til forandringen. Det handler om at komme dertil, at man skal få organisationen til at indse og acceptere, at en ændring er nødvendig, som Lewin udtrykte det, så skal *“Motivation for forandring genereres før ændringen kan forekomme”*

Dette indebærer at man først må nedbryde det eksisterende status quo inden man kan begynde at opbygge en ny måde at håndtere en opgave. Det kan gøres ved at få organisationen til at føle, at ændringen er nødvendig, dette medfører så en større motivation blandt medarbejderne for at gennemføre ændringen.

Denne første del af forandringsprocessen kan være meget svær. Mennesker har tendens til at befinde sig godt i det trygge og kendte, de ved hvordan tingene plejer at blive håndteret og derfor kan forandringer medvirke stærke reaktioner og få organisationen til at komme ud af balance.

For at få succes med forandringen er det vigtigt, at man har støtte fra ledelsen og gør klart hvad som skal ændres. Man må i denne fase tvinge organisationen til at revurdere kernekompetencen og få den til at se behovet for forandringen (hvorfor), det kan man gøre ved at skabe en kontrolleret krise, som igen opbygges af motivation, således at organisationen søger en ny balance. Uden denne motivation vil man ikke få den nødvendige deltagelse fra medarbejderne og det vil blive svært at indføre nogle mærkbare forandringer [22].

7.2.2 Transition / Change (forandring)

Kurt Lewin udtrykker, at det er vigtigt at være opmærksom på, at dette trin ikke blot er en opgave som skal løses, men en process en overgang som man skal igennem.

Dette trin handler om processen fra det som vi kom fra og til det som vi skal ende ud med, denne overgang sker ikke over nat. Overgangen er derimod en rejse igennem ændringen og skal ende ud med den nye måde at gøre tingene. I denne fase er mennesker tit usikre og måske også bange for om de nu også gør det rigtige. Man er måske tøet op, overbevidst om

at ændringen er nødvendig og begyndt at se på de nye måder at gøre tingene på, men man er bestemt ikke tryk. Trinet kan medføre frygt, men man lærer også i processen, at forandringen kan tage tid. Her er det vigtigt at man med lederskab og support støtter medarbejderne. Dette kan ske i form af regelmæssig kommunikation, undervisning, support og at det er acceptabelt at der laves nogle fejl [22].

7.2.3 Freeze (frys)

Også kaldt Refreeze er fasen efter at ændringen har taget form, når de nye arbejdsgange er ved at blive forankrede i organisationen og medarbejderne har taget de nye måder at arbejde på til sig, først her er organisationen klar til at blive genfrosset. Man er ved at etablere en ny stabilitet efter at ændringen er gennemført. Det kan være svært at gennemføre denne fase, da ændringer i organisationer sker så hurtigt og den næste ændring måske venter lige om hjørnet.

Her siger Lewin at det er vigtigt at fastsmelte den nye stabilitet før man går igang med den næste ændring, at man må styrke selve forandringen i organisationen så at den bliver accepteret og vedligeholdt. Hvis dette ikke sker, så har mennesker tendens til at gå tilbage til det kendte og gøre det som de altid har været vant til at gøre, fordi de ikke føler sig trygge i, at de gør tingene korrekt. Denne mangel på en ny frosen tilstand gør det vanskeligt at håndtere de næste forandringer effektivt i organisationen. Hvordan kan du overbevise folk, at noget nyt skal ændres, hvis man ikke har tilladt de seneste ændringer at stabiliseres? Ændringen vil blive opfattet som ændringer for ændringens skyld og det vil medføre at den motivation som kræves for at gennemføre nye ændringer, ikke vil være tilstede [22].

7.3 Ledelse gennem forståelse

Sandberg & Targamas [23] tanker om at lede gennem forståelse er ikke specifikt møntet på netværksorganisationer, men mere generelt på de forandrede organisationsformer, som tillader større individuel frihed og lokal selvstændighed. Sådanne organisationer forudsætter, at den direkte detaljestyling af arbejdet mindskes, og at ledelse i stedet foregår ved at påvirke medlemmernes forståelse af sit arbejde. Forståelse udgør grundlaget for de menneskelige handlinger i organisationer, idet mennesker handler ud fra, hvordan de

tolker og forstår sin situation. Det er ikke strukturer, systemer og forskrifter, som styrer folks handlinger, men tværtimod, hvordan folk opfatter og forstår disse strukturer, systemer og forskrifter. Ledelse indebærer et forsøg på at forme medarbejdernes forståelse af organisationen. Ved at tage udgangspunkt i medarbejdernes forståelse, ledes organisationen gennem et bottom-up- , snarere end gennem et top-down princip.

For at stimulere medarbejderne til at handle selvstændigt, må ledelsen værne om deres indre drivkræfter, engagement og ansvarsfølelse. Dermed får den forståelsesbaserede ledelsesform en konsultativ karakter, hvor den centrale opgave består i at vejlede, forklare og støtte. Den rådgivende rolle indebærer at finde relevant information frem til organisationens medlemmer – eller lokke dem til selv at gøre det – og stimulere.

Axel Targama hævder at kompetence drejer sig om at tolke det som man gør. Vi bruger kundskaben indenfor den ramme som vi forstår og som vi har gang i. Det vil sige, at kompetence har ingenting med uddannelse at gøre [27].

Management er ledelsens værktøj til at påvirke mennesker. Sørge for at mennesker udvikler forståelse. At ledelsen støtter sine medarbejdere er lige så vigtig som at give ordrer. Det nytter heller ikke bare at lave planer og lade det stå på et papir, det er ikke det som påvirker mennesker men derimod er vigtigt at ledelsen også viser handling. I bogen "Managing Changes i Organisations" [23] at en årsag til at det er så svært for ledelser at påvirke medarbejdernes arbejde er fordi at paradigmeskiftet kun har været retorisk og ikke vist i praksis – de påvirker på en instrumentel rationel handling.

Targamma taler om at der er to typer af handling:

- Instrumentel rationel handling
- Social rationel handling

Den instrumentelle rationelle handling indebærer at man har et mål og prøver på at opnå det på best mulig måde. Man tænker først og handler efterfølgende.

Den sociale rationelle handling er mere socialt indlært. Man handler på en bestemt måde, fordi det er almindeligt i den bestemte situation. Man gør ingen direkte valg uden at det er indlysende. Dette er ofte et resultat af at man efterligner sine omgivelser. Man danner

forskellige mønstre for forståelse. Mennesker ser ting forskelligt. Årsagen er at vi lærer af vores egne erfaringer. Vi har arvet andres måder at forstå virkeligheden. Vi er påvirket af vores forældre, af samfundet og fra medier. Handling eller indsats styres af vores forståelse og fortolkning ikke af fakta. Personer som har modtaget de samme oplysninger kan handle fuldstændig forskelligt. Fakta er let at overføre, hvorimod forståelser er mere kompliceret, fordi mennesker danner egen forståelse.

8 Analyse

“At analysere betyder bogstaveligt talt at bryde noget ned i mindre dele” [15]

således skriver Brinkmann og Tanggard [15] om begrebet analyse.

Man kan sige, at analysetilgangen begynder allerede i interviewsituationen. I følge Brinkmann og Tanggard forberedes analysen allerede i selve designfasen af selve interviewprojektet, hvor det er vigtigt at udforme projektet således, at man får et materiale, der er relevant i forhold til analysestrategien, som man ønsker at anvende [15].

Analyseprocessen er en bevægelse imellem at analyse (bryde ned) og at syntetisere (bygge op). Målet er at gøre undersøgeren i stand til at se nye sammenhænge og ny orden, som ikke har været så åbenbar i starten [15].

Formålet er at kunne give svar på problemformuleringen ved hjælp af at belyse, nedbryde og uddrage vigtige information fra det indsamlede datamateriale.

8.1 Præsentation af audit

I dette afsnit forsøges at give svar på undersøgelsen som er lavet ved hjælp af audit.

Audit'en er lavet ud fra selve systemet og ved hjælp af udtrækslister fra CI¹¹. Ved efterfølgende gennemgang af udtrækslister fra CI og audit fra selve systemet afgøres kun at tage udgangspunkt i audit, da oplysningerne fra CI ligner dem fra oversigterne i systemet.

Resultatet af audit vil blive præsenteret i tabeller sammen med en forklaring. Efter hvert delpunkt vil der være en delkonklusion.

¹¹ Cosmic Intelligence (rapporteringsværktøj)

Processkortet på side 19 ligger til grund for audit'en. Jeg vil se på de enkelte trin, hvor der er en formodning om, at der sker fejl. I processkortet peges på 7 mulige kritiske punkter.

I og med at undersøgeren selv har adgang til både system og udtrækslister, foretages audit undersøgelsen af undersøgeren selv. Undersøgeren forsøger hele tiden at have fokus på eventuel bias i form af forforståelse for system og arbejdsgange. Det skal bemærkes, at det giver den fordel, at undersøgeren ved præcis hvor i systemet oplysningerne findes. Risikoen er også, at undersøgeren overser andre alternative indfaldsvinkler.

Som nævnt ovenover peges på 7 forskellige punkter i processmodellen, hvor der er en formodning om, at der sker fejl.

Data vil blive præsenteret som følgende:

1. Type henvisninger til Akut modtagelsen på Landssygehuset
 - a. Antal henvisninger
 - b. Hvor mange henvisninger er af typen "indgående" og "udgående"
 - c. % vis antal henvisninger af typen "indgående" og "udgående"
 - d. Hvor mange henvisninger er dobbeltregistrerede
 - e. % vis antal henvisninger, der er dobbeltregistrerede
2. Antal planlagte og bookede besøg registrerede bagud i tid i ambulatorierne M1, M2, M3, K1, K2 og K3
 - a. Antal planlagte (status "ikke booket")
 - b. Antal bookede (status "booket")
3. Antal besøg pr status i perioderne bagud i tid i ambulatorierne M1, M2, M3, K1, K2 og K3
 - a. Antal status "Booket"
 - b. Antal status "Ankommet"
 - c. Antal status "Åben"
 - d. Antal status "Udført"
 - e. Antal status "Udeblevet"
 - f. Antal status "Makuleret"

8.1.1 Akut henvisning

Som beskrevet i processkortet, så er arbejdsgangen, at der altid skal foreligge en henvisning på et patientforløb, også i forbindelse med akutte besøg. Henvisning sendes fra den

læge/lægeenhed som henviser patienten til akut modtagelsen, dog er akutte skader undtaget. Oftest er det patientens praktiserende læge eller vagtlægen der sender patienten til akut modtagelsen. Denne del af audit'en refererer til "påstået fejl 1" i processkortet.

Da det er muligt at undersøge efter at selve interviewundersøgelsen blev udført i foråret 2012, udvælges to perioder på halvt år, henholdsvis 2. halvår i 2011 og 2. halvår i 2013. Man ser på hvor mange henvisninger der er af typen "udgående", det vil sige, som er sendt elektronisk (oprettet af henviser) og hvor mange henvisninger der er af typen "indgående", som er dem der er oprettet inde på skadestuen, på vegne af henvisende læge.

Nedenstående tabel viser, at der er i 2011 er 56% henvisninger der oprettes inde på skadestuen og 44% der sendes elektronisk. I 2013 er tallene ændrede en smule, til 48% af typen "indgående" og 52% af typen "udgående".

På grund af min stilling er jeg vidende om, at der i løbet af 2011/2012 blev lavet en kvalitetsrunde på medicinsk center, som også omfattede at skadestuen skulle have fokus på, at henvisningerne blev sendt elektronisk. Det kan derfor antages, at det har været medvirkende til, at måden at registrere på er forbedret i henhold til retningslinierne.

Periode	Indgående	Udgående	I alt	% indgående	% udgående	Dobbelt registrerede	% dobbelt registrerede
01-07-2011 - 31-12-2011	1859	1456	3315	56,08%	43,92%	200	6%
01-07-2013 - 31-12-2013	1723	1845	3832	48,29%	51,71%	140	4%

Tabel 3 - Oversigt over henvisninger efter type

8.1.1.1 Opsummering – Akut henvisning

Ud fra ovenstående kan konkluderes, at der er nu oprettes omkring 52% henvisninger af typen "udgående", som processmodellen og retningslinierne også lægger op til. Forskellen fra periode 1 til periode 2 er, at der er sket en forbedring i registreringspraksis i forhold til oprettelse af henvisninger på omkring 8%.

I forhold til de dobbeltregistrerede, så er det ikke så galt, at der kun er omkring 4% dobbeltregistrerede.

Med hensyn til, at der fortsat er næsten 50% henvisninger af typen "Indgående", det gør det besværligt i forhold til at "Svar på henvisning" i form af, at svaret ikke havner i rekvirentens indbakke, som den ellers ville gøre, hvis henvisningen var sendt elektronisk fra rekvirerende enhed. Svaret vil ligge i en "Svar på undersøgelse" oversigt, men den vil ikke ligge i lægens indbakke, som på den måde bliver gjort opmærksom på, at der foreligger en ny epikrise.

8.1.2 Planlagte aktiviteter

Denne undersøgelse tager udgangspunkt i hvordan brugerne anvender funktionaliteten "Planlagte aktiviteter", som er en slags planlægnings/bookingoversigt og venteliste. Denne del af audit'en refererer særlig til "påstået fejl 3", men også delvis til 4, 5, 6 og 7 i processkortet.

Audit er lavet ud fra 6 forskellige ambulatorier, 3 fra medicinsk center og 3 fra kirurgisk center. Ambulatorierne er valgt så de er repræsentative fra de to centre, hvor lægesekretærerne, som deltog i interviewene, repræsenterer.

Ambulatorierne er anonymiserede og kaldes i projektet for M1, M2, M3 og K1, K2 og K3.

I undersøgelsen har jeg gennemgået listen "Planlagte aktiviteter", som er en liste, der kun bør vise "ikke booked" (planlagte) og booked besøg frem i tiden. Hvis listen viser besøg tilbage i tiden, så anvendes funktionaliteten i systemet ikke hensigtsmæssigt.

Da det nu, på grund af, at projektet ikke blev færdigt i 2012, er muligt at se på nogle flere tal, så har jeg valgt at se på to perioder, den oprindelige planlagte periode, som var 2. halvår i 2011 og 2. halvår 2013.

Årsagen til at jeg har valgt to perioder er for at se om der er sket en forbedring, forværring eller måske status quo i hvordan brugerne anvender systemet.

Ud fra kendskab til brugernes måde at håndtere kalender, planlagte og booked besøg, så er årsagen til at besøgene stadig står som "booket" fordi man anvender kalenderen som planlægningsværktøj og flytter besøgene frem og tilbage. Denne arbejdsgang er uhensigtsmæssig og kan give en risiko for, at der er patienter der falder igennem i systemet og ikke kommer til planlagt besøg.

På medicinsk center har der, i løbet af 2011/2012, været en kvalitetsrunde, hvor der var fokus på at indføre nogle retningslinier for registreringer, deriblandt, at der ikke skulle være nogle planlagte/bookede kontakter bagud i tid. Så det er interessant at se om den indsats har medført forbedret anvendelse af systemet.

Nedenunder ses tabeller over tallene i de respektive ambulatorier.

Periode	Planlagte aktiviteter	Antal					
		M1	M2	M3	K1	K2	K3
01.07.2011 - 31.12.2011	Status "Ikke booket"	4	0	0	2	3	169
	Status "Booket"	83	4	31	28	36	27

Tabel 4 - Planlagte aktiviteter - status 2011

Periode	Planlagte aktiviteter	Antal					
		M1	M2	M3	K1	K2	K3
01.07.2013 - 31.12.2013	Status "Ikke booket"	55	5	2	33	155	493
	Status "Booket"	145	48	46	57	28	98

Tabel 5 - Planlagte aktiviteter - status 2013

8.1.2.1 Ambulatorium M1

I amb M1 ses at man er ikke blevet bedre til at følge op på, at der ikke ligger nogle planlagte og bookede besøg bagud i tid. Dette resultat verificerer påstanden, at funktionaliteten anvendes ikke efter hensigt. En årsag til at der er forholdsvis få i 2. halvår i 2011 er på grund af ovenstående kvalitetsrunde.

8.1.2.2 Ambulatorium M2

I ambulatorium M2 ses at der ikke er sket en forbedring i korrekt anvendelse, snarere er de blevet værre til at sørge for, at der ikke ligger nogle planlagte og bookede besøg bagud i tid. Resultatet verificerer påstanden, at funktionaliteten anvendes ikke efter hensigt. En årsag til at der er forholdsvis få i 2. halvår i 2011 er på grund af ovenstående optimeringsrunde i netop denne periode.

8.1.2.3 Ambulatorium M3

I ambulatorium M2 ses at der ikke er sket en forbedring i korrekt anvendelse, snarere er de blevet værre til at sørge for, at der ikke ligger nogle planlagte og bookede besøg bagud i tid. Resultatet verificerer påstanden, at funktionaliteten anvendes ikke efter hensigt. En årsag til

at der er forholdsvis få i 2. halvår i 2011 er på grund af ovenstående kvalitetsrunde i netop denne periode

8.1.2.4 Ambulatorium K1

I ambulatorium K1 ses at der ikke er sket en forbedring i korrekt anvendelse, der ligger også flere planlagte og bookede besøg bagud i tid. Resultatet verificerer påstanden, at funktionaliteten anvendes ikke efter hensigt. Ambulatorierne på kirurgisk center har ikke været igennem samme kvalitetsrunde som ambulatoriumulatorierne på medicinsk center.

8.1.2.5 Ambulatorium K2

I ambulatorium K2 ses at der heller ikke sket en forbedring i korrekt registrering. Der er en hel del flere planlagte og bookede besøg bagud i tid i oversigten. Resultatet verificerer påstanden, at funktionaliteten anvendes ikke efter hensigt.

8.1.2.6 Ambulatorium K3

I ambulatorium K3 ses der en klar forværring i at opretholde, at der ikke ligger nogle planlagte eller bookede tider tilbage i tid. Resultatet verificerer påstanden, at funktionaliteten anvendes ikke efter hensigt.

8.1.2.7 Opsummering – “Planlagte aktiviteter”

Generelt kan siges, at anvendelsen af “Planlagte aktiviteter” ikke anvendes som tiltænkt i forhold til system og processmodel. Igennem hele linien ses, at man er blevet værre til at rydde op og vedligeholde “Planlagte aktiviteter”.

8.1.3 Besøgslisten

Ved at undersøge “Besøgslisten” dannes et overblik over hvordan besøg håndteres i ambulatorierne. Om brugerne ser ud til at anvende funktionaliteten i henhold til retningslinierne. Denne del af audit'en refererer til flere af de ”påståede fejl”, delvis 3 og 7 men særlig 4, 5, 6 i processkortet.

Besøgslisten er et arbejdsredskab, hvor alle patienter som møder i ambulatorierne inden de møder står med status “booket”. Når de møder skal de registreres som “ankommet”, derefter kan man vælge at gøre brug af funktionalitet “åben” og registrere patienten som “åben” imens han er inde til det kliniske besøg. Herefter skal des å registreres som “udført”.

Nogle patienter møder ikke til aftalt besøg og kan i de tilfælde registreres som "udeblevne". Det er også muligt at aflyse eller ombooke et besøg, i de tilfælde får besøget status som "makuleret". At der er patienter som står med status "makuleret" er også på grund af, at brugerne anvender kalenderen som planlægningsværktøj og flytter (ombooker eller aflyser) patienterne frem og tilbage.

Hvis besøgslisten var hensigtsmæssig registreret, så skulle der ikke stå nogle kontakter med status "booket", "ankommet" og "åben", men kun som "udført", "udeblevet" og nogle få som "makuleret".

Når der er besøg registreret som "ankommet" og "åbne" så ser de ud til at besøgene stadigvæk er åbne, det har man dog i rapporteringsdelen taget højde for, og de ankomne og åbne tæller med som de udførte besøg.

Dem som står med status booket er en anden sag. Disse tæller ikke med i registrerede besøg og har også forbindelse til ovenstående afsnit omkring "Planlagte aktiviteter". Det er de samme som står bookede i "Planlagte aktiviteter" oversigten, som i "Besøgslisten". Da jeg i afsnittet "Planlagte aktiviteter" beskrev status "booket", så vil jeg ikke komme ind på det i dette afsnit..

Ved gennemgang af både den kliniske database CI samt audit i selve "besøgslisten" præsenteres tallene med samme tendens. Jeg vælger derfor i nedenstående tabeller kun at præsentere oversigten som den ser ud fra selve systemet. Tabellerne viser besøgslistens status.

Periode	Besøgsliste Status	Antal					
		M1	M2	M3	K1	K2	K3
01.07.2011 - 31.12.2011	Booket	83	4	31	28	35	27
	Ankommet	552	221	12	9	14	1593
	Åben	0	4	0	3	2	21
	Udført	881	562	360	1921	1101	2039
	Udeblevet	1	30	16	86	51	256
	Makuleret	303	907	53	371	223	721

Tabel 6 - Besøgslisten status 2011

Periode	Besøgsliste Status	Antal					
		M1	M2	M3	K1	K2	K3
01.07.2013 - 31.12.2013	Booket	145	48	46	57	28	97
	Ankommet	13	7	2	29	3	1651
	Åben	0	0	0	10	3	29
	Udført	638	703	203	1774	1101	2185
	Udeblevet	30	4	7	42	17	336
	Makuleret	195	738	49	286	157	657

Tabel 7 - Besøgslisten status 2013

8.1.3.1 Ambulatorium M1

Man kan på oversigten se, at man er blevet bedre til at afslutte besøget. Der er færre i 2013 som står med status "Ankommet" end der var i 2011. Man er også begyndt at anvende funktionaliteten "Udeblevet". Der er også sket en forbedring i, at der er færre som står med status "Makuleret", omkring 1 pr dag.

8.1.3.2 Ambulatorium M2

Her kan man også se, at man er blevet bedre til at afslutte besøget. Der er færre i 2013 som står med status "Ankommet" end der var i 2011. Med hensyn til makulering, så er der en lille forbedring i at der er færre med den status, men der er dog stadigvæk i gennemsnit 4 om dagen og er det for meget. Her kan man næsten gå ud fra, at her bliver patienterne stadigvæk flyttet frem og tilbage i kalenderen og således anvendes planlægnings-/bookingværktøjet optimalt.

8.1.3.3 Ambulatorium M3

I ambulatorium M3 er der nogenlunde status quo i hvordan registreringen foregår. I 2013 står der lidt færre besøg med status "Ankommet" og ligeledes er det med status "makuleret".

8.1.3.4 Ambulatorium K1

Her kan man også se, at man er ikke blevet bedre til at afslutte besøget. Der er flere i 2013 som står med status "Ankommet" end der var i 2011. Med tanke om, at kirurgisk center ikke har gennemgået samme kvalitetsrunde som medicinsk center, så er det helst sådan, at anvendelsen af system foregår som altid. Der er også fortsat en del af besøgene som makuleres, omkring 1,5 i gennemsnit om dagen.

8.1.3.5 Ambulatorium K2

Her kan man også se, at der ikke er så stor forskel på anvendelse af system. Der er færre i 2013 som står med status "Ankommet" og der er også færre med status "udeblevet" og status "makuleret". Så man kan sige, at der er status quo i anvendelsen af system, hverken forbedring eller forværring som sådan.

8.1.3.6 Ambulatorium K3

Tallene viser, at dette ambulatorium helt klart har det største antal besøg registrerede i perioderne. Der står også rigtig mange med status "Ankommet", både i 2013 og i 2011 og det samme kan siges om "makulerede" besøg. Derudover er også rigtig mange som har status "udeblevet" og er det en tendens som ikke ses på samme måde i de andre ambulatorier.

8.1.3.7 Opsummering – "Besøgslisten"

Generelt kan siges, at man er blevet bedre til at udføre kontakterne, så at der nu står færre med åbne besøg. Enkelte er også blevet bedre til at have færre makulerede besøg.

Det bemærkes, at ambulatorium K3, har rigtig mange makulerede og udeblevne besøg, også selv om der tages højde for, at de har størst patientflow.

8.1.4 Opsummering – Audit

Audit viser at der er visse ting, som man er blevet bedre til at registrere i organisationen i forhold til processmodellen.

Der ses en ændring i hvordan de akutte henvisninger oprettes. Hvor der før var omkring 46% af henvisningerne som blev oprettet som tiltænkt, det vil sige af typen "udgående" så er det ændret til, at der i 2. halvår 2013 er omkring 52% som oprettes af typen "udgående". Med hensyn til dobbeltregistreringer, så er de mindsket fra 6% til 4%.

Med hensyn til anvendelsen af "Planlagte aktiviteter" så er man ikke blevet bedre til at vedligeholde og rydde op i oversigten. Med hensyn dem med status "ikke-booket" så er der over hele linien som står med den status tilbage i tid. Optimalt skulle der kun stå nogle frem i tid. Med hensyn til status "booket", så er der kun et enkelt ambulatorium K2, hvor der er færre med den status tilbage i tid. I forhold til "Bookinglisten", så er de blevet bedre til at

udføre de åbne kontakter. Med hensyn til status makuleret så er der alle steder flere som står med den status. Det er iøjefaldende hvor mange i K3, som står med status udeblevet og status makuleret.

8.2 Præsentation af interviewdata

I dette afsnit præsenteres analysen af det indsamlede interviewdata. Analysestrategien i forhold til indsamlet interviewdata baseres ud fra problemformuleringen og dens forskningsspørgsmål. Problemformuleringen ***“Hvilke faktorer kan være årsag til, at det er svært for personale at registrere korrekt, i forhold til nogle af processmodellens delelementer?”*** vil blive besvaret ud fra nedenstående forskningsspørgsmål.

8.2.1 Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?

Hvorvidt undervisningen som brugerne fik i forbindelse med implementering af systemet så mener de, at undervisningsformen var ok. De blev undervist af THS-teamets medarbejdere (K17). Der kunne dog være flere undervisere og hjælpere da de var mange til undervisningen (M532) .

Undervisningen foregik sammen med andre faggrupper, læger, sygeplejersker og sekretærer. Nogle af sekretærerne synes det ville være bedre hvis der ikke var blandede faggrupperne, da der var forskellige behov for læring (M530, M531).

Altså, hvis vi kun var sekretærer, det var det ikke. Vi var blandede og det var ikke så godt (M529)

Dem der er startet efter implementeringen har ikke fået nogen rigtig undervisning. De har til dels fået sidemanddsoplæring og andre har lært af fejl og ved at spørge, og en er stadig i tvivl om det hun gør er hensigtsmæssigt. En var med til den halvårslige undervisning, der var tiltænkt lægerne, spurgte om lov til at komme med.

Adspurgte om de har fået noget information om hvor man kan få nogen oplæring svarer de at de er de ikke vidende om. De ved ikke om der udbydes nogen undervisning og eller hvem der skal oplære nyt personale.

Jeg lærte af fejl og ved at spørge. Jeg spørger stadigvæk (M535), Jeg tror ikke at man hernede har fået styr på hvem skal gøre hvad og hvad planen er (M558), Ja jeg ved ikke om der er noget (M559)

Spørgsmålet stilles også til de ledende lægesekretærer, om de har kendskab til om der udbydes nogen form for undervisning til nye brugere. Den ene ved at der før har været noget undervisning udbudt, man fik en pjece sendende i 2010, men den kommer ikke nu, tænker at den måske ligger på intranettet, men har ikke undersøgt det. Man har for lidt tid til det.

Nej – findes der nogen undervisning nu? (KL966), Jeg tror ikke at der er noget. Er der planlagt noget i år? (ML1139), Jeg har nemlig nogle, som gerne vil til grundundervisningen (ML1140)

Med hensyn til supportperioden, så husker de, at det var godt at have THS-medarbejderne og superbrugerne på afdelingen til support de første dage / uger, alt efter hvor stort et område blev implementeret, hvorefter de kunne ringe direkte til THS-medarbejderne, inden supporten gik over til IT-helpdesk. Derefter har man forsøgt at klare sig selv (K34).

Angående hvordan supporten var og er, så synes de, at supporten er for langt væk (K42) og at IT-helpdesk er et forstyrrende mellemlid imellem dem som brugere og dem der kan hjælpe med systemspørgsmål (K44). Dem hører man ikke altid fra, som K1 udtrykker: *Man ved ikke hvornår man kan få problemet løst og måske bliver det slet ikke løst. Man har næsten glemt hvad problemet var når man endelig får respons. Det er alt for langt væk* (K47). Efterhånden vænner man sig til problemerne (K49), skavankerne (K51). K2 siger: *På et eller andet tidspunkt siger man, at man har sendt mail, men der sker ingenting. Man tænker at det er ikke umagen værd, for de er et eller andet sted* (K51).

K2 udtrykker, at man burde have regnet med, at det ikke er nok med support i 2 uger, når man sætter sådan et stort system i værk (K399).

K3 mener at der burde være nogen at ringe til, når man har et konkret spørgsmål, sidder med specifikke problemstillinger (K404)

Til spørgsmålet om der findes nogen og om der er brug for opfølgende undervisning og mere specifik undervisning, så er de enige i, at der ikke har været nogen særlig opfølgende undervisning efter implementering. Kun lidt som de selv har stået for og noget med opsamling (K36, K38). De mener at der er brug for undervisning og opfølgning i det hele taget (K40). At man kan få svar på nogle spørgsmål. Der er også behov for at sidde sammen med specialisterne, for der er ting som mangler, K2 siger: *Og at man kan sidde sammen med specialisterne for der er ting som mangler, f.eks. udrulning af kalender. Der er for lidt respons. Vi har sendt et eller andet, så får vi måske noget specifikt rettet, men det er ikke godt nok, for så er der noget andet der er forkert (K41).*

Den ene af de ledende lægesekretærer udtrykker, at der helt klart skulle være opfølgende undervisning og regelmæssige kurser, desuden mener hun: *at alle burde få et supplerende kursus nu, efter at alt er implementeret og alt det som vi talte om, uhensigtsmæssigheder, så man kan se "nå kan man gøre det på den måde" For når du skal lære noget nyt, da får du ikke det hele med (ML1145).*

Angående om hvem der har ansvaret for at undervisningsmateriale udarbejdes og hvem som har ansvaret for at brugerne får lært at bruge systemet hensigtsmæssigt svarer begge grupper, at det er må være THS-teamet som udarbejder materialet, da det er dem som kender systemet (K76, K80) og at det må være både THS-teamet og sygehus- og centerledelserne som har ansvaret for at brugerne får undervisning (K81, K82).

Angående om ledelsen gør noget for at få brugerne til undervisning svarer M1 at den ledende siger at de altid kan tilmelde sig hvis der er noget undervisning, men at de måske selv ikke er så gode til det (M591). M4 siger, at hun kiggede særlig i starten efter om der var noget, men det var der ikke (M593), så tilsidst droppede hun det (M594). M2 tror at problemet er, at der findes intet kursus (M595).

8.2.1.1 Delkonklusion – Hvordan har undervisningen være i forhold til problemstillingen?

Grundlæggende undervisning: Dem der blev undervist inden implementeringen gik i gang på deres center synes at undervisning havde været bedre hvis der kun havde været egen faggruppe tilstede. Der var så meget at lære og der var så forskellige behov for undervisning

i forhold til faggrupper.

Dem der er startet efter at THS er implementeret på deres center har ikke fået noget rigtig undervisning udover sidemandsoplæring. De har lært af fejl og har nu efter et års tid i arbejde endelig kommet med til en undervisning rettet mod læger.

Til spørgsmålet om de kender til om der udbydes nogen regelmæssig undervisning i systemet, så er der kun enkelte inkluderet de ledende der er vidende om, at der udbyde kurser x antal gange pr år.

Opfølgende undervisning: Der har ikke været nogen planlagt opfølgning efter implementering. De har et par gange været samlet og har fået undervisning af deres superbruger. De udtrykker alle, at der er behov for opfølgning efter at man er gået i gang med at anvende systemet. Alle burde få et opfølgende kursus. Man har brug for at sidde sammen med eksperterne for at få svar på spørgsmål og for at få rettet op på nogle ting.

Undervisningsmateriale: Angående om hvem som skal udarbejde undervisningsmateriale udtrykker en, at det må THS-medarbejderne, det er dem der kender systemet.

Hvem som har ansvaret for at brugerne får nødvendig undervisninger mener de, at det må være en kombination mellem THS og sygehus-/centerledelserne.

Supportperioden: Er perioden i starten af implementeringen. De husker at det var godt at THS-medarbejderne var tilstede de større steder i to uger og mindre steder i få dage.

Derefter var de tilgængelige på telefon i to uger og efterfølgende har de klaret sig selv. En mener, at det er alt for kort tid med support i så kort tid, når man implementerer så stort system.

Supporten efterfølgende: De udtrykker, at supporten er alt for langt væk og at de føler at IT-helpdesk er et forstyrrende mellemlid imellem dem og dem der kan hjælpe med systemspørgsmål, de føler at de ikke ved hvornår de kan forvente at få hjælp. De udtrykker også, at det er sjældent at man hører fra THS og når man gør, så har mannæsten glemt hvad problemet var. Efterhånden vænner man sig til problemerne, de er opgivende overfor at de får respons.

8.2.2 Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?

I forbindelse med implementering af THS blev der udarbejdet en del huskesedler som er nøjagtige beskrivelser af arbejdsgangene i Cosmic til forskellige daglige arbejdsgange.

Til spørgsmålet om hvad de syntes om den form for informationsmateriale og om de bliver anvendt svarede sekretærerne de på begge centre, at de brugte huskesedlerne i starten. De er nemme at bruge med nøjagtig beskrivelse med systematisk gennemgang hvad man skal igennem og hvor man skal klikke og de er også nemme at tilgå.

De bliver ikke brugt til dagligt længere (K55, K59), kun hvis man er i tvivl om et eller andet og hvis der er noget man ikke gør så tit (M571), tit spørger man kollegerne istedet. Der er forskelligt hvad hver enkel kan (K65). Godt at vide hvor de ligger, dog er der ikke alle der ved at de kan tilgås via hjemmesiden ths.fo.

Den ene leder synes, at hun som leder kunne have gjort mere opmærksom på, at huske brugerne på at de skulle bruge huskesedlerne (ML1155).

“Når jeg er i vakt på skadestuen en gang imellem, f.eks. sommerperioden, da kan jeg forestille mig at jeg kommer til at bruge dem, f.eks. oprette udlændinge (K56)”, “Bruger huskesedlerne til ting som man ikke er vant til (K57)”, “Man spørger kollegaerne istedet for. Der er nogen der ved noget og andre der ved noget andet, hvis det er noget specifikt (K65)” hjemmeside? Jeg ved ikke hvad I snakker om (K64)”

I samme forbindelse med implementering af systemet, blev der også udarbejdet nogle arbejdsgangsbeskrivelser af interne arbejdsgange på centeret. Opgaven at få udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelser lå hos centerledelserne.

Adspurgte om disse arbejdsgangsbeskrivelser anvendes eller om de overhovedet blev lavet svarer de på K, at for en del af centeret blev nogle lavet, mens for et andet område blev der ikke lavet nogen. Dem der blev lavet blev lagt på intranettet, men de mangler at blive opdateret. De blev lavet i 2009. De mener også, at det er nødvendigt med opdatering, det burde være blevet gjort kort tid efter at man gik i gang, for det er hurtigt man kan se hvilke ting fungerer og hvilke ting ikke fungerer. Arbejdsgangene bør tilpasses efter man begynder at anvende systemet.

“Der blev lavet nogle og de ligger på intranettet, men de mangler at blive opdateret, tjekket efter. Blev lavet i 2009, der er sket meget siden dengang (K92)”, “Der findes ingen beskrivelsen indenfor vores område (K90)”, “De blev lavet og lagt på intranettet, der er bare ingen opfølgning (K103)”, “arbejdsgangene ændres meget efter man går i gang med at arbejde i systemet (105)”, “Det er hurtigt man kan se hvad fungerer og hvad som ikke fungerer (K106)”.

Som svar på ovenstående spørgsmål på medicinsk center var svaret nogenlunde det samme. De synes ikke at der har været særlig meget fokus på dem, og de syntes at der var rodet at finde dem på intranettet. En har prøvet, men har aldrig fundet det hun har ledt efter. Faktisk har de også fundet ud af, at der er fejl i dem som ligger der. De er nu i gang med at revidere dem. Det ville også være godt hvis de blev standardiserede så dem som kom at arbejde i organisationen kunne bruge dem som et aktivt redskab. At de blev mere synlige og nemme at tilgå.

“men jeg synes det er meget rodet at finde dem (M608)”. “Jeg tror ikke jeg har fundet det som jeg har ledt efter (M611)”, “Faktisk har jeg fundet ud af, det der er noget forkert i dem, nu da vi har revideret dem (M610)”, “Man hører aldrig noget om arbejdsgangs beskrivelserne, altså meget lidt, Der er ikke fokus på dem (M620)”. “Fulgt op på dem ind imellem, så at de, arbejdsgangen blev fulgt således som står skrevet (M628)”. Ja - så at alle som kom her at arbejde kunne bruge dem (M629)”.

I samtale med den ledende lægesekretær på medicinsk center kommer frem, at det er besluttet at alle arbejdsgangene skal ind i PLI-systemet (PRI=politikker, retningslinier, instrukser). Hun tror ikke, at arbejdsgangene er blevet brugt siden opstart, kun lige i starten.

“Nej jeg tror slet ikke at det er blevet brugt overhovedet, i perioden fra de blev lavet og til nu, hvor de skal ind i PLI (ML1159)”, “det er besluttet, at alle skal ind i det der PLI-system, så vi - jojo de er reviderede (ML1157)”.

8.2.2.1 Delkonklusion – Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?

Huskesedler: er en nøjagtig beskrivelse af en arbejdsprocess i systemet med en systematisk gennemgang over hvad man skal igennem og hvor man skal klikke.

De har alle brugt dem i starten da de begyndte at anvende systemet, men de bliver ikke brugt til dagligt længere, kun hvis der er noget man er i tvivl om.

Til spørgsmålet om de anvender dem via hjemmesiden ths.fo siger et par stykker at de gør, men en slet ikke kender til at den hjemmeside findes. En udtrykker, at hun synes, at de er nemme at tilgå.

Arbejdsgangsbeskrivelser: som beskriver de systemmæssige arbejdsgange på afdelingerne viser sig ikke at blive anvendt. De er ufuldstændige og kun udarbejdet for nogle områder. En mener, at de burde revideres kort tid efter implementering, for det er først når man er begyndt at anvende systemet til daglig, at man ser hvad som fungerer og ikke. Derudover er de ikke nemme at tilgå via Landsygehusets intranet.

I forbindelse med opfølgende kvalitetsrunde på medicinsk afsnit bliver de revideret og lagt ind i PLI-systemet(PRI)= Politikker, retningslinier, instrukser.

8.2.3 Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?

Til spørgsmålet om de kender den administrative processmodel i systemet, fra når henvisningen modtages, alle delelementerne i processen og til slut besvar af henvisning svarer de, at det gør de. "Ja det er det som vi laver til daglig(K111)". Derefter gennemgås alle punkterne og det viser sig, at det er forskelligt som de gør ved nogle af delelementerne.

Med hensyn til om der er styr på forløbene er der nogle der rydder op, mens forløbene i andre specialer får lov til at stå.

"Jeg rydder op i forløb. Gennemgår det som hører sammen og ser om noget skal afsluttes(K116)", "Ja - jeg gør det om til et forløb - afslutter og flytter (M633)"

"Det gør jeg ikke. Forløbene får lov at ligge. Kommer der en ny henvisning bliver forløb oprettet. Men jeg er ikke klar over hvordan man sletter dem(K117)"

Med hensyn til hvordan de interne henvisninger, det er de henvisninger som rekvireres af andre inde i organisationen udtrykker de at det er forskelligt hvordan de håndteres, det er også forskelligt hvad de synes på de to centre. Nogle modtager dem via systemet mens

andre modtager dem på papir. Også er der nogle som synes, at de er ikke nemme at få overblik over.

En på kirurgisk siger *"Jeg ved ikke rigtig hvor man ser dem. Man skal næsten vide at der er kommet en intern henvisning (K137)"* en anden siger at *"Vi modtager de interne henvisninger på papir - de skannes ind og der oprettes en henvisning som så accepteres, visiteres og så kører man den igennem (K138)"*, og en synes at *"Hvis man finder den, så skal man være opmærksom på den. Den "popper" ikke op og der er ikke noget der fortæller, at det ligger der.(K139)"*. En på medicinsk siger at de modtager interne henvisninger: *"Papir hvis de kommer fra andre udenfor det medicinske center. Kommer en fra en indenfor det medicinske center kommer den via bookinggrundlag. Vi har lavet en aftale om det (M645)"* og en anden på medicinsk siger: *"Vi modtager næsten altid bookinggrundlag. Dem som ikke sender via der, dem sender vi tilbage og beder om at de laver et bookinggrundlag (M646)"*.

På kirurgisk center synes de, at informationen om hvordan man skal gøre mangler *"Informationen om hvordan man gør mangler. Dette er ligesom kommet ind stille og roligt og vi har ikke modtaget nogen information om hvordan man skal gøre inden (K145)"*, *"Der mangler en arbejdsgang (K152)"*

Til spørgsmålet om funktionaliteten i skærbilledet "Planlagte aktiviteter", som er en planlægnings/venteliste, hvor de planlagte og bookedede besøg ses er overskuelig.

De udtrykker: *"Skærbilledet "Planlagte aktiviteter" er meget tungt. Kedeligt at man kan se et så kort tidsinterval. Jeg føler det meget uarbejdsligt (K157)"*, *"Jeg har ikke tænkt at skærbilledet er besværligt(M658)"*, *"Uoverskueligt. Jeg har 60 som jeg nu skal have styr på. Der passer kun 40. Så er det svært at overskue, eller se hvem som jeg skal prioritere. At man ikke kan gøre en rød eller markere den på en eller anden måde (M656)"*, *"Vi gør simpelthen det, at vi printer alle bookinggrundlagene ud og de ligger i en mappe (K158)"*, *"Vi bruger "planlagte aktiviteter". Det fungerer fint synes jeg. Men man må alligevel tjekke patientoversigten hele tiden i visitationen (K170)"*, *"Men så skal du sidde og klikke frem og tilbage (K175)"*, *"De står alle der og venter. Jeg booker først da tiden nærmer sig. Der hænger en masse (M659)"*

Til spørgsmålet om hvordan de anvender kalenderen, om de anvender dem som en slags venteliste og hvordan de anvender aflys og ombook svarer

“Jeg mener ikke vi anvender kalenderen som venteliste. Dem der skal møde til kontrol som planlægges i dag til om f.eks. ½ år. Så det er på en måde en venteliste (K194)”, “De nye står på ventelisten, de andre i systemet (K195)”, “Vi flytter sjældent, men patienterne ringer tit og ønsker at flytte tiden, hvis den ikke passer (K197)”. “Det er det vi ikke skal længere. Nu hænger alt hos os (M665)”

Når de ombooker anvender de både ombook og aflys. En der aflyser har lavet aftale med patienterne om at ringe tilbage og de anvender ikke muligheden at sætte patienten tilbage på ventelisten, da det tager for lang tid, hun siger *“Nej det gør vi ikke. Vi har papiret som vi skriver på (K219)”, “de står i mappen efter venteliste (K224)”, “Det andet tager for lang tid (K229)”*.

Den ledende på kirurgisk har kendskab til systemet, idet hun anvender det til daglig (KL972). Den ledende lægesekretær på medicinsk derimod anvender ikke systemet til daglig som sekretær, men var med til at lave behovsopgørelsen sammen med leverandøren i starten af processen (ML1056), bruger det til at slå op i, i starten visiterede hun alle henvisningerne sammen med centerets ledende overlæge (ML1057).

8.2.3.1 Delkonklusion - Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?

Anvendelse af system: De mener alle at de kender processmodellens delelementer. Hos de ledende lægesekretærer anvender den ene systemet til daglig i sit arbejde som lægesekretær mens den anden kender bedre systemet fra behovsopgørelsen hun var med til at lave inden man valgte system. Hun anvender mest systemet til at søge efter oplysninger.

Forløb: Det er forskelligt hvordan de håndterer forløb. Nogle rydder op i henhold til retningslinierne, mens andre gør ikke noget for at rydde op i forløbene. En kender ikke til arbejdsgangen.

Interne henvisninger: Her er det også forskelligt hvordan de håndteres. De er alle enige i, at det er svært at se forskel på en intern henvisning og en som man selv har planlagt. Hos nogle anvender de bookinggrundlag indenfor centeret, mens der er en enkelt der kun ønsker den via systemet. En mener, at man er næsten nødt til at vide at der er sendt en fra et andet speciale for at finde den.

Planlagte aktiviteter: Er skærbilledet hvor man bør have overblik over de planlagte ikke bookedede og bookedede besøg, bookedede besøg bør først forekomme når ambulatorieressource er planlagt. Der er enighed om, at skærbilledet og funktionen er tung og uarbejdslig. Datointervallet for oversigten er alt for kort. Der er dog en enkelt eller to som ikke synes at det er besværligt, men at det er svært at prioritere da der kun er et x antal rækker man kan se. Ved det ene speciale har de valgt at printe alle planlagte ud og har dem i mappen og derved styres ventelisten.

Kalenderen: De mener ikke at de anvender kalenderen som venteliste, men de booker kontroller direkte i kalenderen, så derved er det en slags venteliste. Hos er står de nye på Planlagte aktiviteter mens de gamle ventende står i kalenderen. K2 siger, at det er sjældent at de flytter patienterne, kun når patienterne ringer og aflyser. Den ene medicinske sekretær har lært, at man skal lade besøget stå på "Planlagte aktiviteter" indtil ressourcen er klar, så som hun siger: *Nu hænger alt hos os (M665)*".

De anvender både ombook og aflys. En der aflyser har lavet aftale med patienterne om at ringe tilbage og de anvender ikke muligheden at sætte patienten tilbage på ventelisten, da det tager for lang tid.

8.2.4 Har personale svært ved at se meningen med registreringen?

Omkring emnet at man ønsker at holde sig op ad de danske regler om basisregistrering af sygehuspatienter bliver lægesekretærene spurgt om de har kendskab til disse regler. De fleste svarer, at det har de ikke (K272, K275, K276, M713, M715) mens der er et par stykker der har hørt et eller andet, en fra tiden hun arbejdede i Danmark (M714) og den anden i forbindelse med, at hun har været til møde i THS-organisationen (M716, M717) i forbindelse med at medicinsk center er i gang med et optimeringsforløb.

De ledende lægesekretærer får også stillet samme spørgsmål og er de heller ikke bekendte med ovenstående regler (KL974, ML1062), den ene har dog på fornemmelse, at der nogle af de nyere læger, som kender det, for de bruger flere koder til registrering (KL977). Den anden har altid gået højt op i registrering og prioriterer det højt, hun kender også til enkelte dele af basiregistreringen, det som har med cancerregistrering at gøre (ML1063).

Lægesekretærerne udtrykker, at de synes at det giver mening at udføre de registreringer de gør, en siger, at det gætter hun må give mening, at der må være en eller anden som skal bruge tallene til et eller andet, men at det er ikke noget hun ser noget til (K277), en anden siger, at det må være til at skaffe penge til sygehusvæsenet (M718), men er i tvivl om lægerne kan se mening med det, de kommer ikke med koderne (M720).

Den ledende på kirurgisk center håber at tallene bliver brugt til et eller andet (KL998), hun har arbejdet i Danmark og var vant til at det blev anvendt i forhold til hvordan produktiviteten så ud (KL999). Hun siger også at hun ikke er blevet bedt om at skaffe oplysningerne til ledelsen (KL1001).

Den ledende på medicinsk center har altid lavet statistik, lige siden hun startede i 1990 og har stor interesse for det. Hun har altid leveret tal til ledelsen og sundhedsministeret for deres cetner (ML1094)

8.2.4.1 Delkonklusion – Har personale svært ved at se meningen med registreringen?

Kendskab til basisregistrering af sygehuspatienter: Der er kun et par stykker, inkluderet de ledende, som har hørt et eller andet om det. Den ene i forbindelse med at hun var elev i Odense og den anden nu i forbindelse med at medicinsk center er i gang med en optimeringsrunde.

Den ene ledende har på fornemmelse, at der nogle af de nyere læger, som kender reglerne, for de bruger flere koder til registrering Den anden har altid gået højt op i registrering og prioriterer det højt, hun kender ikke til fællesdokumentet, men til enkelte dele af basiregistreringen, det som har med cancerregistrering at gøre.

Giver registrering mening: De fleste siger, at det giver mening at lave de registreringer som de udfører. En gætter, at det må give mening, at en eller anden som skal bruge tallene til et

eller andet. De ser ikke noget til det. En anden mener, at det må være til at skaffe penge til sygehusvæsenet, men er i tvivl om lægerne kan se mening med det, de er ikke gode til at diktere koderne.

Den ledende på kirurgisk center håber at talle bliver brugt til et eller andet. Hun har arbejdet i Danmark og var vant til at registrere for at have overblik over produktiviteten. Hun er ikke blevet bedt om at skaffe oplysninger til ledelsen.

Den ledende på medicinsk center har lavet statistik siden hun startede i 1990 og har stor interesse i det. Hun har altid leveret tal til ledelsen og sundhedsministeret for deres center.

8.2.5 Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en uhensigtsmæssig registreringspraksis?

Lægesekretærene på kirurgisk udtrykker, at der er sket store forandringer i arbejdsgangene, særlig med henblik på registrering. En siger, at inden THS, havde man styr på tallene, det har man ikke mere, nu er der så mange som booker(K279). En har ingen ide om hvor rigtigt det gøres nu (K208), for der er meget der kommer i vagten og de ved ikke hvordan det registreres(K281). Det ville være bedre, hvis en sekretær også var på arbejde i vagten og startede kontakten (K283), fordi det der gøres i vagten er tit forkert (K284) og så må de rydde op når de er tilbage på arbejde (K284, K286). Så kan det ske at de ikke får besked, så får de ikke mulighed for at rydde(K287).

Før havde man et bedre overblik, man kunne man ikke afslutte en patient uden en diagnose, det kan man nu(K294). Det forekommer tit, at lægerne ikke sættes diagnose på nu(K297), før gik man meget højt op i at diagnoserne var registreret(K301). De stiller også spørgsmålstegn ved, om det er sekretærens opgave at fortælle de yngre læger hvordan de skal registrere med hensyn til diagnose (K302, K303, K304)

En af sekretærerne har arbejdet i et andet system, det var meget praktisk, Patienterne blev registrerede at de var mødt og man førte statistik en gang om året, hvor man optalte besøgene. Det gør de ikke mere(K293)

Med hensyn til ændrede arbejdsopgaver i forhold til registrering, så har der ikke været noget information om de ændrede arbejdsopgaver, de er bare sket. Man prøver i hvert fald at gøre det som man gjorde inden THS (K306, K307, K308)

På medicinsk center synes man også, at det er et helt andet arbejde nu (M724). På den ene afdeling, som også var pilot var de rigtig godt informerede om ændringerne, men det var også fordi at de havde en overlæge som var ildsjæl og gik højt op i at få systemet implementeret rigtig på afdelingen (M725, M728)

Den ledende lægesekretær på kirurgisk synes at det ville være godt med en sekretær i vagten, så ville tingene være registrerede korrekt fra start og der ville være mindre oprydningsarbejde (KL1033, KL1039).

Ledende lægesekretær på medicinsk udtrykker, at opgaverne er rigtig meget ændret. Det er vældig tidsbesparende ikke at skulle lede efter journaler og der er også mindre telefonopringninger fra kommunelægen for de er samme system (ML1072). Nu har man det hele i et system (ML1075). Førhen var det kun patientkontoret som havde et registreringssystem og man måtte ringe rundt. Nu kan man koncentrere sig om det administrerende og koordinerende arbejde (ML1076). Derudover synes hun også, at der er blevet et mere tværfagligt samarbejde nu (ML1079).

Spurgt om der blev gjort noget for at forberede lægesekretærene på at der skulle komme et nyt system og derved nye arbejdsgange, så udtrykker hun, at hun både som ledende og som formand for foreningen, havde arrangeret et internatkursus for alle sekretærene, hvor en psykolog var inde og gennemgik forandringer og fik lægesekretærene til at indse, at der var andet at tænke over end journalbunker der ventede på at blive afskrevet, at der også var vigtigt, at de fik lært noget nyt og lært at prioritere og fik dem til at reflektere over problemstillingen (ML1081, ML1082, ML1083)

Der bliver spurgt ind til, om den nærmeste ledelse gør noget for at gøre opmærksom på korrekt registrering. Sekretærene på kirurgisk mener at den nærmeste ledelse burde gøre det, men det er sjældent at de har forbindelse den vej (K316, K317, K318, K318) og de mærker ikke noget til, at ledelsen sikrer sig, at registreringer gøres korrekt (K320, K321)

Sekretærerne på medicinsk udtrykker at den ledende burde være mere med, ledelsen er for meget udenfor (M733, M735). De mener også, at man kunne prioritere korrekt registrering højere (M740). Man kan godt sidde i længere tid uden at nogen opdager det (M751), bedre hvis man fik det at vide med det samme (M752).

Det er dog et par specialer hvor man går højt op i korrekt anvendelse, her er det specialelægen som gør højt op i korrekt registrering (M742, M745, M746, M760, M761, M762, M769).

En af årsagerne mener de er at der ikke er tid til det (M770) og at der ikke er nogen kontrol (M771, M772).

De udtrykker også, at det ville være godt, hvis der blev informeret til alle om korrekt anvendelse, og ikke at der er nogle få der for noget at vide og andre der får anden information (M773, M775, M776, M779, M780).

Den ene af de interviewede har haft opgaven som superbruger, men føler ikke, at hun ved, hvad der er hendes opgave som superbruger (M784, M785) og hvem hun skal informere (M786, M788, M790). Det er godt at få lidt viden, men det er ikke godt, at man ikke ved hvad meningen er med den viden (M811). Det ville være godt hvis det var mere klart hvem der gør hvad og hvem har ansvaret (M810). Hun udtrykker også, at der er mangel på tid og ressource og der gør, at hun gør ikke noget for at informere kollegerne (M792, M795, M797).

Den ledende lægesekretær på kirurgisk udtrykker, at hun kunne tænke sig, at man lavede standard administrative arbejdsgange/patientforløb, så alle fik nogenlunde den samme behandling. Ser ikke nogen årsag at man arbejder så forskelligt på centeret (KL978), hvis 90% var standard, så var der 10% som krævede ekstra ressource (KL979).

Til spørgsmålet om hun gør noget for at følge op på om medarbejderne registrerer korrekt, så siger hun, at det gør hun ikke, kun når der er noget hun falder over (KL980), årsagen er manglende overblik i de andres arbejde (KL981). Det er specialelægerne som styrer deres område (KL981, KL982) og det er svært at få dem i tale om det (KL983). Hun mener at det ikke er svært at få sekretærerne at registrere korrekt, men der mangler bare klare linier (KL985). Hun svarer til spørgsmålet om hendes ledelse har fokus på om arbejdsgangen

følges så er svaret nej (KL988) og om de går op i om der registreres korrekt, så tror hun, at de tænker på output og ikke om input (KL989, KL990). Hun udtrykker også, at hun mener at sygehusledelsen bør give beskeden (KL994) men at det er lægesekretærene, som har ansvaret for at få det i systemet (KL993).

Omkring THS-teamet og deres rolle, so udtrykker hun, at de burde være mere synlige i organisationen. De mangler et sted at få løst problemerne i systemet (KL1006), hun synes at THS-teamet, det er noget der findes på den anden side af vejen (KL1008). Spurgt om det havde været en løsning om en THS-specialist var i IT-support, så er svaret at det er det så absolut (KL1012)

Den ledende på medicinsk center udtrykker, at hun prioriterer registrering meget højt, har en økonomisk baggrund og ønkser at tallene er i orden (ML1067). Hun mener selv, at hun gør noget som leder for at medarbejderne skal blive bedre til THS. Hun har altid antennerne ude efter om der er undervisning og hun har også besluttet, at THS er et fast punkt på møderne en gang om måneden (ML1068). Til spørgsmålet om hun gøre noget særligt for at følge med om registreringerne laves korrekt i systemet, så svarer hun at hun går ikke decideret og tjekker den, men de snakker om det på møderne, så folk er bevidste om det (ML1069)

Hun tilføjer, at hun hele tiden siden hun lige siden hun startede at arbejde som ledelsessekretær har prioriteret statistik højt og har leveret tal til ledelsen og sundhedsministeriet (ML1093). Hun mener at ledelsen i dag prioriterer at få tal, mere end de gjorde før (ML1097) og at det er centerledelsen som har ansvaret for, at der registreres korrekt i systemet (ML1107).

Med hensyn til den registreringsansvarlige, som de vil få ansat på centeret, så skal hun få så meget styr på brugen, at der skal holdes en temadag for alt personalet på centeret. Nytter ikke noget at have en registreringsansvarlig, som kun sidder på eget kontor med registreringerne (ML1109, ML1110).

8.2.5.1 Delkonklusion - Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en uhensigtsmæssig registreringspraksis?

Ændrede arbejdsgange i forhold til registrering: Der er sket store forandringer i arbejdsgangene. Inden THS havde man bedre styr på tallene. Der er for mange andre faggrupper der nu også registrerer. En udtrykker, at hun har ingen ide om hvor rigtigt det gøres nu. Hun mener det ville være bedre og der ville være mindre oprydning, hvis en sekretær også var på arbejde i vagten og startede kontakten og havde styr på registreringer. Det viser sig tit at være forkert det der gøres i vagten og så må de efterfølgende rydde op når de er tilbage på arbejde. Det sker at de ikke får besked, så har de ikke mulighed for at rydde op. En anden ting som var før var, at man kunne ikke afslutte en patient uden en diagnose, men det kan man nu. Det forekommer også, at læger ikke kommer med en diagnose. De stiller også spørgsmålstejn ved, om det er sekretærens opgave at fortælle de yngre læger hvordan de skal registrere med hensyn til diagnose. En sammenligne det nye system med et de anvendte før og synes hun, at det gamle var mere praktisk. Patienterne blev registrerede at de var mødt og man førte statistik en gang om året, hvor man optalte besøgene. Det gør de ikke længere.

På medicinsk center er opgaverne rigtig meget ændret. Det er en tidsbesparelse ikke at skulle lede efter journaler og der er også færre telefonopringninger fra kommunelægen for nu er alle i samme system. Førhen var det kun patientkontoret som havde et registreringssystem og man måtte ringe rundt. Der er også en del mere tværfagligt samarbejde nu.

Information om ændrede arbejdsgange og tjek op på opretholdelse af disse: Det er lidt forskelligt hvad de svarer her. De fleste på kirurgisk udtrykker, at der har ikke været nogen information om de ændrede arbejdsopgaver, de er bare sket. I forhold til registrering, så forsøger de i hvert fald at registrere det som man gjorde inden THS. De har sjældent kontakt til ledelsen og de mærker ikke noget til, at ledelsen sikrer sig om registreringer gøres korrekt.

En af de medicinske sekretærer, der er på afdelingen der startede op som pilotafdeling, udtrykker, at de var rigtig godt informerede om ændringerne, men det var også fordi at de

havde en overlæge, som gik højt op i at få systemet implementeret rigtig på afdelingen. Den ledende på kirurgisk siger sig ikke gøre noget for tjekke om registreringerne gøres korrekt, hun føler ikke hun rigtig har overblik over de andres arbejde, kun hvis der er noget hun falder over. Hun mener at det er specialelægerne der styrer hvordan lægesekretærene arbejder, men at det ikke er svært at få sekretærene at registrere korrekt, men der mangler bare klare linier. Ledelsen ovenover synes hun ikke har fokus på om arbejdsgangen følges og registreringen gøres korrekt, de tænker på output og ikke om input. Retningslinier bør komme fra sygehusledelsen, men det er lægesekretærene, som har ansvaret for at få det i systemet. Den ledende på medicinsk center udtrykker, at hun prioriterer registrering, har en økonomisk baggrund og ønsker at tallene er i orden. Som leder har hun altid antennerne ude efter undervisning til sekretærene og hun har også besluttet, at THS er et fast punkt på møderne. Ellers gør hun ikke decideret noget for at tjekke om registreringerne er korrekte, men de snakker om det på møderne, så folk er bevidste om det. Medicinsk center vil også udnævne en til registreringsansvarlig for centret. Hun mener også, at ledelsen fokuserer mere på registrering i dag end før. Hun har altid sendt tal for deres center til både sygehusledelse og Sundhedsministeriet.

THS-teamets rolle: Den ledende på kirurgisk mener, at de burde være mere synlige i organisationen. Brugere mangler et sted at få løst problemerne i systemet. THS-teamet, det er noget der findes på den anden side af vejen, noget abstrakt noget. Det ville være absolut være en ide at have en THS-specialist i IT-helpdesk.

Optøning af organisationen: I følge den ledende på medicinsk center, så blev der gjort en del for at forberede lægesekretærene på at der skulle komme et nyt system og derved nye arbejdsgange. Den ledende på medicinsk, som også er formand for foreningen arrangerede et internatkursus for alle sekretærene, hvor en psykolog var inde og gennemgik forandringer og fik lægesekretærene til at indse, at der var andet at tænke over end journalbunker der ventede på at blive afskrevet, at der også var vigtigt, at de fik lært noget nyt og lært at prioritere og fik dem til at reflektere over problemstillingen.

8.2.6 Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?

Omkring systemets applikation eller design, så er der en der siger, at der er alt for mange klik, særlig hvis man skal fribooke i kalenderen (K322), at det virkede uinteressant i starten at se på og at der var mange klik, men når man har lært at bruge systemet, så tænker man ikke over det (M812) også er der en der mener at det er let at lave fejl, at det er ulogisk (K323). En anden synes at det fungerer fint, er logisk og at man ikke helt kan komme ud på sidespor, fordi man bliver stoppet (M816, M820)

De fremhæver særligt, at oversigten "Planlagte aktiviteter" er tungt at arbejde i, der er for mange work arounds, for mange klik og for mange steder man skal ind for at få overblik (K326, K327, K328, K333, M831). En nævner, at hun savner forsiden på papirjournalen, et sted hvor man kan have overblikket (K329).

Derudover nævnes også notatmodulet, som den ene siger *"Jeg ved ikke om man kan kalde det en fejl, men skriveprogrammet - det er 'yesterday'"* (K335). Teksten er for lille og man kan ikke ændre på noget, det virker som det slet ikke hører hjemme i systemet, som om der er et eller andet gammelt som er sat ind (K343). Det føles lidt som et tilbageskridt i forhold til Word (K356).

Man glemmer det man var irriteret over i starten, når man har vænnet sig til systemet (M826).

8.2.6.1 Delkonklusion – Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?

Systemet generelt: I starten var det omfattende og uinteressant, som den ene udtrykker det, men man vænner sig til det da man har anvendt det et stykke tid. Det fungerer fint, er stort og man kan ikke helt komme ud på et sidespor.

Klik: Der er rigtig mange klik for at få udført en handling, kalenderen fremhæves som særlig omfattende, hvis man skal fribooke og kalenderen ikke er opsat hensigtsmæssigt. Man vænner sig til det.

Planlagte aktiviteter: De fremhæver særligt, at oversigten "Planlagte aktiviteter" er tungt at arbejde i, for mange work arounds, for mange klik og for mange steder man skal ind for at få overblik. En savner forsiden på papirjournalen, et sted hvor man kan have overblikket.

Notatmodulet: Som den ene udtrykker *Jeg ved ikke om man kan kalde det en fejl, men skriveprogrammet - det er "yesterday"*. Teksten er lille og man kan ikke ændre på noget, virker som det ikke hører hjemme i sysemet. Det føles lidt som et tilbageskridt i forhold til word.

8.2.7 Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?

Angående kendskabet til ledelsesinformation, så mener de på kirugisk center, at de gik højt op i statistik før(K359), det var også deres arbejde, man førte protokol og talte op ved årets afslutning(K35), K1 siger, at nu tænker hun på statistik egang imellem og forsøger at få det med, men ser aldrig noget til det mere, ser heller ingen årsopgørelse(K357). Det ville være sjovere hvis man fik lidt information om det (K361) og man havde måske haft lidt større interesse for det (K361). Nu har de ingen anelse om hvordan det ser ud(K376)

Nu føles alt så langt væk og man ved ikke hvorfor man skal gøre det (K364). K1 udtrykker, at man fylder et system med forskellige ting og så får man en forespørgsel om f.eks. hvor mange diagnoser blev registreret sidste år, men man kan ikke svare på det (K365).

K3 siger, at man som lægesekretær, så er man god til at registrere forskellige koder og kontakter, nu skal også andre gøre det, men det bliver ikke gjort (K369, K372). K2 udtrykker, at man har på fornemmelse at der er ingen som interesserer sig for dem længere, man arbejder bare som bedst muligt (K393)

Spurgt om ledelsen gør noget for at gøre opmærksom på, at de har behov for oplysninger til ledelsesinformation, så er svaret nej, det synes de ikke, intet ledelsesniveau (K421, K422, K423), de gætter, at de har behov for de samme oplysninger, som de fik før Cosmic (K424).

De mener, at det må være center- og/eller sygehusledelsen, som giver besked om hvad der er vigtigt at registrere (K439, K440, K441). K1 foreslår, at hele afdelingen blev indkaldt en gang om året og fik at vide, hvad var blevet udrettet året forinden, det ville måske gøre medarbejdere ivrigere efter at registree korrekt (K445).

Adspurgt om de har adgang til at se rapporter over statistik, så kan de ikke se det med deres login og en ved ikke hvor den menu er (K427, K426).

Angående om lægesekretærene på medicinsk center gør sig nogle tanker om hvad ledelsesinformation er og skal bruges til, så mener M4, at hun tænker på det hver gang hun kontaktregisterer og udfører aktiviteter (M842), at det tæller i regnskaben (M843). Spurgt om ledelserne gør noget for at gøre personale bevidste om ledelsesinformation, så udtrykker M2: *at de tit glemmer at komme ned til dem som sidder og laver tingene og giver dem en forklaring på hvorfor vi skal gøre det*(M853), man hører meget lidt til det, men det virker som om det er noget som rører på sig hos ledelsen (M856). *det kommer aldrig ned til dem som udfører opgaverne*(M858). De mener også, at der er nogle der er begyndt at registrere unødvendigt, fordi de er bange for, at ledelsen kigger efter hvad personalet går og laver (M861, M863, M865). Spurgt om de får information fra ledelsen om hvad den har behov for i forhold til ledelsesinformation, så siger de, at de engang om året leveret statistik på indlæggelser og ambulante til den ledende lægesekretær på centeret (M882, M883, M885). De optæller manuelt, fordi rapporten i systemet (nogle af dem har adgang) virker ikke hos dem, den viser forkert (M887, M888, M889, M890, M891). På M1's afdeling har de en seddel hvor alt registreres, starter ved indlæggelse, efterfølgende får hun det og hun tjekker om alt er registreret, så hun tjekker efter om alt er udført, ellers mener hun at det er umuligt at få alt med (M906, M907, M908)

Den ledende lægesekretær på medicinsk center, så udtrykker hun i forhold til hvad oplysningerne som registreres i systemet skal bruges til, at det er forudsætningen for argumentationen at skaffe penge til centeret, vor meget man udfører i forhold til den sum penge man får (ML1126).

Hun mener, at det er en stor fordel, at hun både har en økonomisk baggrund såvel som lægesekretærbaggrund, da hun sidder i den stilling hun gør, man har en anden indsigt end hvis man kun havde en økonomisk baggrund (ML1127, ML1128, ML1129, ML1130, ML1131). Adspurgt om hun tror at lægesekretærene er bevidste om at registreringerne er korrekte, udtrykker hun, at de ældre altid er blevet bedt om at levere tal, så de ved hvor vigtigt det er. De nye, de har fået det ind med ske og de lærer det også på skolen (ML1135).

8.2.7.1 Delkonklusion - Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?

Statistik før og efter implementering af THS: De, på kirurgisk, gik højt op i statistik før, det var en del af deres arbejde, man førte protokol og talte op ved årets afslutning. Nu har de ikke overblik over hvordan det ser ud. Før fik de forespørgsler om for eksempel hvor mange diagnoser blev registrerede sidste år og kunne svare på det, det kan de ikke længere. Alt føles så langt væk og man ved ikke hvorfor man skal gøre det. Man fylder i et system men man kan ikke svare på forespørgsler som før.

Fokus på registrering til ledelsesinformation: En på medicinsk center mener, at hun tænker på det hver gang hun kontaktregisterer og udfører aktiviteter, at det tæller i regnskaben. Den ene sekretær anvender papirseddel, hvor alt registreres og så hun tjekker de efter om alt er udført, ellers mener hun at det er umuligt at få alt med.

En på kirurgisk siger, at hun tænker på statistik engang imellem og forsøger at få det med som de gjorde før, men de ser aldrig noget til det, ser heller ingen årsopgørelse. Sjovere hvis man fik lidt information og man havde måske haft lidt større interesse for det.

En udtrykker, at man som lægesekretær er god til at registrere forskellige koder og kontakter, nu er der også andre der skal gøre det, men det bliver ikke gjort og at man har på fornemmelse at der er ingen som interesserer sig for en længere, man arbejder bare som bedst muligt.

Den ledende lægesekretær på medicinsk center, så udtrykker hun i forhold til hvad oplysningerne som registreres i systemet skal bruges til, at det er forudsætningen for argumentationen at skaffe penge til centeret. Det er en fordel, at hun både har en økonomisk baggrund såvel som lægesekretærbaggrund, da hun sidder i den stilling hun gør, man har en anden indsigt end hvis man kun havde en økonomisk baggrund. Hun mener at i forhold til at få lægesekretærene at komme med tal til ledelsesinformation, så er de ældre altid blevet bedt om at levere tal, så de ved hvor vigtigt det er. De nye, de har fået det ind med ske og de lærer det også på skolen.

Ansvar for korrekt ledelsesinformation: Det må være center- og/eller sygehusledelsen, som giver besked om hvad der er vigtigt at registrere. Deres opfattelse er, at ledelsen gør ikke noget for at gøre opmærksom på, at de har behov for oplysninger til ledelsesinformation.

De gætter, at ledelsen har behov for de samme oplysninger, som de fik før Cosmic. En foreslår, at hele centeret blev indkaldt en gang om året og fik at vide, hvad var blevet udrettet året forinden, det ville måske gøre medarbejdere ivrigere efter at registrere korrekt.

En sekretær på medicinsk udtrykker, at *de (ledelsen) tit glemmer at komme ned til dem som sidder og laver tingene og giver dem en forklaring på hvorfor vi skal gøre det*. Man hører meget lidt til det, men det virker som om det er noget som rører på sig hos ledelsen. En mener også, at der er nogle der er begyndt at registrere unødvendigt, fordi de er bange for, at ledelsen kigger efter hvad personalet går og laver.

En gang om året får de besked fra den ledende om at levere statistik på indlæggelser og ambulante til ledelsesinformation.

Adgang til rapporter: Sekretærerne på kirurgisk har ikke mulighed med deres login at se rapporter over statistik, en kender ikke til menu'en.

På medicinsk optælles manuelt, fordi rapporten i systemet (nogle af dem har adgang) virker ikke hos dem, den viser forkert.

9 Diskussion

I dette afsnit vil jeg diskutere resultaterne fra analysens resultater. Resultaterne holdes op imod teori om forandringsledelse, hvor jeg anvender Leavitt's organisationsanalysemodel og Lewins 3-trins model om forandring. Derudover vil Sandbergs og Targamas teori om forståelse i organisationer blive inddraget.

Diskussion tager udgangspunkt i hovedemner i analysen, som resultat ved gennemgang af indsamlet audit- og interviewmateriale.

Som nævnt i indledningen, så var et væsentligt argument for at indføre THS på Færøerne, at sygehusledelserne har brug for data til "aktivitets og budgetstyring" og at forvaltningen og den politiske myndighed har brug for data som grundlag for prioritering og styring [5]. De data som man taler om, er både patientadministrative data samt kliniske patientdata. Heri ligger, at THS (SI-systemet) ikke kun er tænkt til understøttelse af den klinisk praksis, men

også som et styringssystem for ledelsen i forhold til styring, prioritering af midler og overfor det politiske system, nævnt ledelsesinformation.

Nytteværdien at indføre et SI-system, skulle derfor gerne være, at klinikere har et daglig arbejdsredskab og at ledelsen har et redskab til styring og planlægning. Denne kombination kan kun opnås hvis de foreskrevne retningslinier i forhold til registreringspraksis i system overholdes.

Set i lyset af, at data efterhåndet er at par, så kan det være muligt, at enkelte oplysninger er forældede. Men jeg mener fortsat at set i forhold til, at auditundersøgelsen stadig viser en uhensigtsmæssig registreringsbasis, så er der fortsat relevans i indsamlet data.

Diskussionen vil blive opdelt efter problemformuleringens forskningspørgsmål og ud fra de hovedemner som fremkommer i analysen fra audit- og interviewundersøgelserne. Ved hjælp af teoretisk ramme vil jeg forsøge at hæve indsamlet datamateriale op på et mere overordnet abstraktionsniveau.

9.1 Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?

Aktørerne, lægesekretærerne og de ledende lægesekretærer mener at den grundlæggende undervisning og undervisningsform var ok, men der kunne have været flere hjælpere.

Undervisningen burde være delt op efter faggruppe, da der var for forskellig behov for undervisning (teknologi), alt efter faggruppe. De kender ikke til, at der efter implementering har været nogen form for undervisning, hverken grundlæggende eller opfølgning, den ene udtrykker, at hun har lært af fejl. Alle er enige om, at der er behov for opfølgende undervisning fra eksperterne, da der er behov for at rette nogle ting.

Leavitt nævner i sin udvidede model, at alle delelementerne er forbundet til hinanden og når et af elementerne i modellen ændres så påvirker og påvirkes elementerne af hinanden og sker der en ændring i den ene, så påvirkes de andre [28]. Ved at teknologien ændres i form af system og undervisning, så påvirkes de andre elementer tilsvarende, nogle måske mere end andre. I ovenstående kan man sige, at ændringen i teknologien har ikke medført tilstrækkelig justering i de andre delelementer. Aktørerne påvirkes i form af måske

utilstrækkelig kompetenceudvikling i forhold til den justerede opgave. Aktørerne føler sig usikre på opgavens og strukturens nye status i forhold til teknologien.

Supportperioden i forbindelse med implementering og den efterfølgende support er der også enighed om, at det var at have eksperthjælp på afdelingen det første stykke tid var godt, men de mener også, at perioden kunne have været længere.

Den efterfølgende support mener de ikke har været tilstrækkelig. IT-helpdesk har været et forstyrrende mellemlid og der går for lang tid fra de indmelder et problem til de hører fra eksperterne, hvis de overhovedet gør.

I følge Lewin så er en forandring en process som tager tid. Overgangen er en rejse igennem ændringen og skal ende ud med den nye måde at gøre tingene. Mennesker er tit usikre og bange i denne fase for om de nu også gør det rigtige – de føler sig utrygge, er i ubalance. Her er det vigtigt med support og støtte. Dette kan ske i form af regelmæssig kommunikation, undervisning, support og at det er acceptabelt at der laves nogle fejl [22].

Først når de nye arbejdsgange er forankret i organisationen og medarbejderne har taget de nye måder at arbejde på til sig, først da er organisationen klar til at blive genfrosset. Først her kan man opnå en ny stabilitet i organisationen. Mennesker har tendens til at gå tilbage til det kendte hvis de ikke føler sig trygge og går måske tilbage til at gøre det som de altid har været vant til.

I analysen ses at organisationen har ikke formået at gennemføre rejsen igennem forandringen således, at aktørerne føler sig trygge ved de nye arbejdsgange (opgaver). De føler, at de stadigvæk er i en ubalance, har behov for mere undervisning, både grundlæggende men også mere specifik og særlig at de har behov for at sidde med eksperterne. De er således ikke klar til at blive genfrosset. Der vil være stor risiko for, at aktørerne derfor går tilbage til at gøre tingene på en måde, som de føler sig trygge ved. Mennesker vil altid forsøge at opnå stabilitet.

9.1.1 Opsummering - Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?

Undersøgelsen viser, at informanterne synes, at den grundlæggende undervisning havde være bedre, hvis den kun var fagspecifik, da der på grund af flere faggrupper, var for

forskelligt behov for undervisning. Undervisningsformen var de dog tilfredse med, bortset fra, at der kunne have været flere hjælpere. Efter implementering kender de ikke til, at der har været udbudt hverken grundlæggende eller opfølgende undervisning. Opfølgning har dem på kirurgisk kun haft i form af gennemgang og undervisning fra egen superbruger. De udtrykker behov for opfølgende undervisning, særlig med henblik på svar på spørgsmål og at få rettet op på nogle ting.

Supportperioden, som var perioden lige i starten af implementering, var de tilfredse med. Det var godt at have eksperterne tilstede. Efterfølgende to ugers telefon support kunne have været længere, da der er rigtig mange ting man skal lære.

Med hensyn til den efterfølgende support viser undersøgelsen, at de føler, alt dem der ved noget er langt væk. De føler at IT-hjelpesk, der hvor de skal henvende sig, er et forstyrrende mellemlid imellem dem og THS-eksperterne som kan hjælpe. De føler at det går for lang tid fra de indberetter til de får den tiltrængte support. Man har næsten glemt hvad problemet var.

9.2 Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?

Teknologien Huskesedler synes at have påvirket aktørerne til det formål de er tiltænkt. De er blevet anvendt som vejledning til brugen af systemet i opstarten og efterfølgende til opgaver som ikke udføres så tit. Teknologiens påvirkning på delelementet aktøren er således opfyldt. Det medfører at påvirkningen af struktur i form af retningslinier har mulighed for at ændres tilsvarende. Det samme er gældende for de opgaver, dvs. organisationens eksistensgrundlag, hvor dens målætning er at realisere det overordnede mål.

Teknologien som Leavitt's beskriver i sin organisationsmodel, som værende både hardware, software og de procedurer som er tilknyttet, har i form af arbejdsgangsbeskrivelser, ikke haft tiltænkt påvirkning på de andre delelementer i organisationen. De er kun til dels blevet udarbejdet for nogle af områderne og har behov for revision. Det kan således siges at omgivelserne i form af forandringsagent (THS-implementerings projektledelse) har ikke gjort vigtigheden klar nok for aktørerne i organisationen, som havde til opgave at udarbejde disse.

Lewin nævner i forandringsfasen, at en ændring i organisationen sker ikke over nat, men det tager tid. Både med hensyn af udarbejdelse af manglende og revision af arbejdsgangene burde optimalt set blive lavet kort tid efter implementering, for det er først når man bygger at anvende systemet til daglig, at man ser hvad som fungerer og ikke.

Forandringsfasen bør i følge Lewin være en iterativ process, hvor man ved hjælp af undervisning, support og kommunikation får rettet op på de nye arbejdsgange. Først efter at de nye arbejdsgange er ved at blive forankrede i organisationen og aktørerne er ved at komme i balance igen er organisationen klar til genfrysning. I forhold til arbejdsgangsbeskrivelserne, så er mangelen af disse med til at de nye arbejdsgange ikke er blevet forankret i organisationen og kan det medføre, at organisationen har været klar til fastfrysning.

9.2.1 Opsummering - Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?

Informanterne udtrykker, at informationsmaterialet huskesedler er blevet brugt til formålet. De er blevet anvendt i starten af anvendelsen af systemet, som vejledning og bliver efterfølgende anvendt til ting, de ikke laver til daglig.

Derimod viser det sig, at informationsmaterialet i form af arbejdsgangsbeskrivelser aldrig er forankret i organisationen. Der er kun lavet nogle til enkelte områder og de har behov for at blive reviderede. Informant udtrykker, at det er først efter at man har arbejdet i systemet, at man kan se hvad der virker og hvad der ikke virker. Derudover er de ikke nemme at tilgå via intranettet.

9.3 Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?

Aktørerne mener alle, at de kender til processmodellens delelementer. Det er dog forskelligt hvordan opgaverne udføres. Nogle registrerer i forhold til retningslinierne, mens andre ikke gør.

Angående at følge retningslinierne i arbejdsgangen om forløb, så er der nogle som rydder op i forløb, mens andre ikke gør. Den ene sekretær kender ikke til arbejdsgangen.

I forhold til interne henvisninger er der også forskellige måder at håndtere arbejdsgangen i systemet. De synes alle at det er svært at have overblik over de interne henvisninger, som ligger blandet sammen med dem som de selv har planlagt. En sekretær udtrykker, at de modtager kun på papir, mens en kun ønsker at få dem elektronisk og returnerer dem som kommer på papir.

Planlagte aktiviteter som er et af de fire hovedemner i analysen er der også forskelligt hvordan den anvendes. Der er delte meninger om skærbilledet og funktionen. Et par stykker synes at have fint overblik mens de andre synes, at oversigten er tung og uarbejdslig.

Angående om de anvender kalenderen som en slags venteliste eller om de lader dem stå på "planlagte aktiviteter", så er det også forskelligt hvordan denne funktion håndteres. På kirurgisk afsnit har de patienterne stående i kalenderen istedet for på Planlagte aktiviteter, de mener ikke at have en venteliste. En medicinsk har lige lært, at de skal stå på ventelisten, så det gør hun nu. På en af afdelingerne har de valgt at printe alle ud og har dem stående i mapper, da de synes at det andet tager for lang tid.

Sandberg og Targama udtrykker, at det er vigtigt, at mennesker forstår det arbejde som de skal gøre. De siger, at forståelse er grundlaget for de menneskelige handlinger i organisation, idet mennesker handler ud fra, hvordan de tolker og forstår en situation.

Lewin siger, at mennersker der skal forandre sig først er klar til det efter optøningsfasen, hvor de kan se nødvendigheden af at skabe forandringen også kaldt "kognitiv rekonstruering". Hvis ikke forandringen medfører, at aktørerne føler sig trygge så har de en tendens til at gå tilbage til det kendte og gøre det som de altid har været vant til at gøre. Det kan man se at der er et par stykker som vælger, den ene vælger at printe alle planlagte ud for at have et bedre overblik, det er således som de altid har været vant til at gøre. Den nye arbejdsgang har ikke fået lov til at størkne.

Ved at se på audit af Planlagte aktiviteter ses, at anvendelsen af Planlagte aktiviteter generelt ikke anvendes korrekt i forhold til retningslinier i forhold til processmodel. Der er enkelt som er blevet bedre, mens flertallet er blevet værre til at rydde op i "Planlagte aktiviteter".

Audit af Besøgslisten viser, at man er blevet bedre til at udføre de åbne kontakter, men der er fortsat mange med bookede kontakter. Alle bortset fra en har færre makulerede kontakter. Det er iøjefaldende mange kontakter i K3 som står som makulerede og udeblevne.

9.3.1 Opsummering - Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?

Aktørerne mener, at de kender til processmodellens delelementer, men der er alligevel ikke alle der udfører arbejdsgangene i forhold til retningslinierne. Der er også enkelte som mener, at de gøre tingene korrekt, hvor der ved audit synes at vise sig et andet billede.

De fleste delelementer anvendes forskelligt i systemet. Oprydning af foløb gøres forskelligt, enkelte rydder op og enkelte gør ikke og en kender ikke til muligheden. Modtagelse af interne henvisninger er også forskellig. Enkelte modtager dem kun elektronisk, andre kun elektronisk indenfor centeret og enkelte kun på papir. De er enige om, at det er uoverskueligt at finde dem igen. Oversigten "Planlagte aktiviteter" er der delte meninger om og den anvendes også forskelligt. Nogle siger den er tung og uoverskuelig mens andre synes den giver fint overblik. Det ene speciale har valgt at printe dem og styre ventelisten på papir.

Aktørerne siger, at de ikke anvender kalenderen til venteliste, men de booker direkte i kalenderen langt frem i tid. En har de gamle stående i kalenderen mens de nye nu venter på "Planlagte aktiviteter". Ombook og aflys anvendes også.

Audit viser, at man er blevet lidt bedre til at modtage de akutte henvisninger som tiltænkt, det vil sige, som elektronisk. Der er også færre henvisninger som dobbeltregistreres. Audit viser også at man er ikke blevet bedre til at vedligeholde og rydde op i "Planlagte aktiviteter", det er et voksende antal som står som "ikke-booket" og "booket" i oversigten tilbage i tid, optimalt set skulle der ikke stå nogen tilbage i tid. Generelt kan siges om "Besøgslisten", at man er blevet bedre til at udføre de åbne kontakter, men der er fortsat mange besøg som står med status "booket" og har det sammenhæng med ovenstående problem i "Planlagte aktiviteter". Der er iøjefaldende, at ambulatorium K3, har rigtig mange makulerede og udeblevne besøg, også selv om der tages højde for, at det er dem med størst patientflow. De andre har lidt færre makulerede kontakter end før.

9.4 Har personale svært ved at se meningen med registreringen?

“Basisregistrering af sygehuspatienter”, som er det regelsæt, som man ønsker at registreringerne i det færøske SI-system holder sig op ad er ikke kendt blandt informanterne. Der er kun et par stykker, inkluderet de ledende, som har hørt et eller andet om dette, den ene i forbindelse med sin uddannelse i Danmark og den anden ved et møde i THS-organisationen. De kender ikke til hvad regelsættet indeholder.

Aktørerne synes ikke at have fået den påvirkning fra omgivelserne, som de har brug for så de kunne justere sin rolle i organisationen i forhold til den opgave, som var tiltænkt. Den ændrede struktur som skal være med til at opretholde organisationens opgave er ikke blevet kommunikeret til aktørerne.

Lewin siger om forandringsfasen, at det er vigtigt for gennemførelse af forandringen, at medarbejderne regelmæssig informeres og undervises i de nye forhold og hvis dette glemmes, så har mennesker tendens til at falde tilbage på det kendte og gøre det som de er vant til.

Sandbergs og Targamas siger, at forståelse udgør grundlaget for de menneskelige handlinger i organisationer, idet mennesker handler ud fra, hvordan de tolker og forstår sin situation. Med hensyn til der ikke er kendskab til det regelsæt som er med til at danne grundlag for den patientadministrative registreringspraksis, så er den manglende information og forståelsen af teknologien helst medvirkende til at korrekt registrering ikke opretholdes. Aktøren har ikke kendskab til den struktur som teknologien og opgaven skal løse.

Angående om de kan se mening med registreringerne, så er de enige om, at de kan se mening med det. En gætter at det er fordi det skal anvendes til et eller andet og en anden mener, at det skal bruges til at skaffe penge til sygehusvæsenet. De er tvivl om de andre faggrupper kan se mening med det. De får ellers ingen information om hvad det bruges til. De ledende synes begge det giver mening. Den ledende på kirurgisk har før arbejdet i Danmark, hvor hun var vant til at registrere i forhold til at have overblik over produktiviteten. Den ledende på medicinsk har og har altid haft fokus på statistik og levering af tal til ledelsen.

9.4.1 Opsummering – Har personale svært ved at se meningen med registreringen?

Undersøgelsen viser, at der blandt informanterne, de ledende inkluderet, så er der så at sige ingen kendskab til de basisregistreringer, som Heilsumálaráðið ønsker bliver fulgt eller holdes til. Der er kun et par stykker der siger sig at have hørt noget om dem. En i forbindelse med sin uddannelse til lægesekretær i Odense og den anden til et møde i THS-organisationen. En udtrykker at det virker som der er nogle af de nye læger som kender til reglerne.

Undersøgelsen viser også, at informanterne synes at det må give mening at lave registreringerne, de ved bare ikke helt hvad det skal bruges til, men mener at det må være til at skaffe penge til sygehusvæsenet. De er bare ikke informeret om det. Der er forskel på de ledendes opgave i forhold til at give oplysninger videre til ledelsen. Den ene sender ikke oplysninger til ledelsen, mens den anden gør, det har hun gjort siden hun startede i 1990.

9.5 Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en uhensigtsmæssig registreringspraksis?

Aktørerne mener, at der sket store forandringer i deres arbejdsgange. I forhold til statistik udtrykker en at hun havde bedre styr på tallene inden THS. Nu er der for mange som registrerer og de har mistet overblikket. Det ville være godt hvis en sekretær også var på arbejde i vagten, så alle besøg blev registrerede, det ville også medføre mindre oprydning efterfølgende, det sker også, at de ikke får besked om patienter i vagten og kan derfor ikke rydde op. Før THS kunne en patients kontakt ikke afsluttes før diagnose var registreret, det kan den sagtens nu. Andre ændringer som de bruger mindre ressource på er at lede efter journaler og færre telefonopkald fra praktiserende læger, som efterspørger epikrise.

Angående om der aktørerne blev forberedte på det kommende system og ændrede arbejdsgange (påvirkning af teknologi) udtrykker den ledende på medicinsk center, som også er formand for foreningen, at der blev arrangeret et internatkursus hvor man prøvede, som Lewin siger, at få organisationen at indse og acceptere at ændringerne var nødvendige. De fik en psykolog ind for at motivere aktørerne til den foreståede ændring ved at få dem til

at indse, at ændringen var nødvendig, at tiden var til mere end ventende journalbunker og at de også skulle være med i forandring og lære nye ting.

Ifølge Lewin, så er betingelsen for at få succes med forandringen, at man har støtte fra ledelsen og at den gør klart hvad som skal ændres. Man må i denne fase, allerede i optøningsfasen, tvinge organisationen til at revurdere kernekompetencen og få den til at se behovet for forandringen, herved opbygges motivation. Uden motivation er det svært at få medarbejderne til at indføre mærkbare forandringer. Ved undervisning og information igennem forandringsprocessen kan man opnå at medarbejderne ser nødvendigheden af ændringen og tager den til sig. Herefter er det vigtigt at ledelsen hjælper medarbejderne til at adaptere de nye måder at arbejde på, så forandringen kan forankres i organisationen.

Angående information om ændring i arbejdsgange udtrykker sekretærerne på kirurgisk, at der har ikke været nogen information om ændrede arbejdsopgaver. Ændringen er bare sket. De forsøger at registrere det de gjorde inden implementeringen af sytemet (teknologien). En af de medicinske sekretærer mener at hun har fået den information som hun har brug for, takket være overlægen, der har fokuseret meget på at få korrekt registrering indført på afdelingen.

Kurt Lewin udtrykker, at det er vigtigt at være opmærksom på, at dette trin ikke blot er en opgave som skal løses, men en process som man skal igennem. Den manglende information kan være medvirkende til, at rejsen ikke ender ud med, at man gør tingene rigtigt. Hvis ændringen bare sker, så kan dette medføre frygt og ikke forankre ændringen i organisationen. Det kan medvirke til, at aktørerne går tilbage og gør det de er vant til, de registrere som de er vant til. Manglende information kan ligeledes være skyld i at den nødvendige motivation for nye ændringer ikke er tilstede.

Med hensyn til opretholdelse af korrekt registrering, så gør ingen af de to ledende lægesekretærer noget for at tjekke op på om det laves korrekt. Den ledende på kirurgisk føler ikke, at hun har overblikket over de andres arbejde. Det er typisk overlægen som styrer eget område. Den ledende på kirurgisk mener at ansvaret at sikre korrekt registrering ligger på ledelse over hende. Den ledende på medicinsk tjekker heller ikke op på om registreringerne udføres korrekt, men hun prioriterer det højt og de diskuterer

regelmæssigt emnet på møder. Hun mener at ledelsen har mere fokus på registrering i dag end de havde før. Medicinsk center skal også til at udnævne en registreringsansvarlig for centeret.

9.5.1 Opsummering - Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en u hensigtsmæssig registreringspraksis?

Undersøgelsen viser, at der ikke er det samme overblik over registreringerne blandt lægesekretærene længere. De føler at der var bedre styr over tallene inden THS. Flere registreringsopgaver er overtaget af andre. Hvis en sekretær var i vagten, så var der mindre oprydning og der ville være styr på registreringerne.

Undersøgelsen viser, at der var et vist fokus på at forberede lægesekretærene på de nye system, Den ledende på medicinsk center udtrykker, at der blev afholdt et internatkursus, hvor man havde en psykolog inde og tale om organisationsændringer for at få lægesekretærene til at der var andre vigtige ting end journalbunker i forandringsfasen og at det var vigtigt, at de prioriterede at få ny læring.

Med hensyn til information, så viser undersøgelsen, at der er forskellig opfattelse om den problemstilling. På kirurgisk synes de, at ændringerne er bare sket og de er ikke blevet informeret. En på medicinsk, som er på pilotafdelingen synes, at hun har været godt informeret, men hun mener at det skyldes den ene overlæge, en ildsjæl, der har prioriteret korrekt registrering.

Undersøgelsen viser, at ingen af de ledende lægesekretærer tjekker op på om sekretærene registrerer korrekt. De ledende har ikke samme opfattelse af om ledelsen går op i korrekt registreringen. Den kirurgiske mener, at der er ikke fokus fra ledelsens side om korrekt input, de har kun interesse for output. Hun mener at ledelsen bør komme retningslinierne. Den ledende på medicinsk synes, at ledelsen har mere fokus på registrering nu end de havde før.

Med hensyn til THS-teamtes rolle i forhold til ovenstående, så viser undersøgelsen, at informanterne mener, at de mangler et sted at få løst deres problemer og at THS-teamet skulle være mere synlige i organisationen. THS-teamet er nu kun et abstrakt fænomen, istedet ville det være en ide at en THS-specialist sad i IT-helpdesk.

9.6 Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?

Teknologien i form af SI-system Cosmic og dens påvirkning på aktøren (lægesekretærene) var i starten stor og teknologisens applikation uinteressant. Man har som menneske tendens til at søge stabilitet og vil derfor anvende systemet vænne sig til nye ting, men det er ikke altid den mest hensigtsmæssige løsning der vælges. Hvis aktøren er usikker om han gør det rigtigt, så kan det være svært at forankre ændringen i organisationen og aktøren vil gå tilbage og gøre de ting som han kender.

Der er enighed om at applikation har mange klik og de fremhæver, at det er særlig oversigten "Planlagte aktiviteter" som er tung at arbejde i. De har fundet sig nogle work arounds for at få det til at fungere. De savner den gamle forside på papirjournalen hvor de dannede sig overblikket.

Aktørerne nævner også notatmodulet som en ting der ikke fungerer så godt. En siger: *"Jeg ved ikke om man kan kalde det en fejl, men skriveprogrammet - det er 'yesterday'"*(K2_335). Teksten er lille og man kan ikke ændre på noget, virker som det ikke hører hjemme i systemet.

9.6.1 Opsummering - Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?

Undersøgelsen viser, at informanterne opfatter systemet som omfattende og at layout var kedeligt, men det vænner man sig til og det fungerer fint.

I undersøgelsen fremhæver de nogle ting der er negative ved systemet. Der er for mange klik, særlig når delelementer ikke er opsat hensigtsmæssigt. De fremhæver registreringsoversigten "Planlagte aktiviteter", at den er tung at arbejde i og at de har fundet nogle work arounds til den. Notatmodulet synes de også er out of date. Overblikket – den gamle forside på papirjournalen – den savner de.

9.7 Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?

Ændringen til THS (teknologiskift) har medført at lægesekretærerne (aktørerne) på kirurgisk center ikke har samme overblik over statistik (opgave). Før har de leveret statistik til omgivelserne (ledelse og sundhedsministerium), men det har de ikke mulighed for længere. Alt virker så langt væk og man har ikke viden om til hvilket formål de registrerer. På

medicinsk center leverer sekretærerne en liste over ambulante besøg og indlæggelser for deres område. Disse optællinger sker manuelt og ikke via systemets rapporteringsystem.

Leavitt teori om at hvis et element af organisationens delelementer ændres, så påvirkes de andre, kan her ses ved at man ændrer på det teknologiske element påvirker aktørernes opgave og dens formål. Strukturændringen i form at man flytter en opgave fra en gruppe til en anden gøre at aktørerne kommer ud af balance.

Man kan se, at selv om de ikke har overblik over produktiviteten længere, så tænker de på det de registrerer. En udtrykker, at man som lægesekretær har fokus på at registrere. De mener at det ville være sjovere hvis man fik lidt information, en mener at interessen også ville stige. Nu føles det som om man gør som man synes er bedst.

Den ledende på medicinsk center udtrykker, at det er vigtigt med de oplysninger som registreres i systemet og at disse er en forudsætning for at skaffe penge til centeret. Hun synes at lægesekretærerne har været vant til at komme med information til ledelsesinformation og derfor kender vigtigheden. De nye sekretærer som er uddannet for nylig kender det godt idet det er en del af det de lærer på skolen.

Angående hvem som har ansvaret for at give besked om hvad der er vigtigt at registrere, så er de enige om, at det må være sygehus- og centerledelserne.

De mener alle, at ledelsen gøre ikke nok for at gøre opmærksom på, hvilket behov for oplysninger de har til ledelsesinformation. En gætter at ledelsen har brug for det de fik før indførelse af systemet.

Sandberg og Targama nævner at management er ledelsens værktøj til at påvirke mennesker på den måde som ledelsen ønsker. Sørge for at mennesker udvikler forståelse. Den rådgivende rolle indebærer at aktørerne får den relevante information, eller de forsøger at lokke dem til selv at gøre det, stimulere aktørernes ønske til kompetenceudvikling. Ledelsen støtter sine medarbejdere er lige så vigtig som at give ordrer. Fakta er let at overføre, hvorimod forståelser er mere kompliceret, fordi mennesker danner egen forståelse. Årsagen er at vi bærer alle på vores egne erfaringer. Vi har igennem vores forældre og samfund arvet måde at forstå verden. I bogen "Managing Changes i Organisations" skriver Sandberg og Targama [23], at en årsag til at det er så svært for ledelser at påvirke medarbejderne måde

at arbejde er fordi paradigmeskiftet kun består i retorisk form, fremfor at se den udført i praksis.

En sekretær udtrykker, at ledelsen glemmer at fortælle dem som sidder og udfører opgaver hvilke oplysninger de har brug for. En på kirurgisk center foreslår at ledelsen burde indkalde centerets medarbejde og informere om hvad der blev udrettet året forinden. De mener, at det ville gøre medarbejdere mere ivrigere at registrere korrekt.

9.7.1 Opsummering - Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?

Undersøgelsen viser, at de før implementering af THS var vant til at føre statistik. Man førte protokol og talte op ved årets afslutning. På kirurgeisk konstateres, at de har mistet overblikket angående statistik. På medicinsk leverer de årligt statistik på indlæggelser og ambulante til ledelsesinformation.

Undersøgelsen viser, at lægesekretærene tænker på hvad registreringerne skal bruges til. Den ene afdeling registrerer på papir det som skal med.

De synes det ville være sjovere hvis man fik noget af det at se, så havde man haft lidt større interesse for det.

Undersøgelsen konstaterer, at der fra ledelsens side kunne være større opmærksomhed i forhold til at gøre opmærksom på hvilke oplysninger der er brug for til ledelsesinformation. En informant udtrykker at: *de (ledelsen) glemmer tit at komme ned til dem som sidder og laver tingene og giver dem en forklaring på hvorfor vi skal gøre det.*

10 Konklusion

Ved hjælp af projektets undersøgelse vil jeg komme med et bud på konklusion i forhold til problemformuleringen

Hvilke faktorer kan være årsag til, at det er svært for personale at registrere korrekt, i forhold til nogle af processmodellens delelementer?

Ved hjælp af forskningsspørgsmål til ovenstående problemformulering har jeg undersøgt de patientadministrative og bookingrelaterede delprocesser i det sundhedsinformatiske system Cosmic, som anvendes af både sygehuse og praktiserende læger på Færøerne. De 7 forskningsspørgsmål vil hjælpe mig med at drage konklusion om problemformuleringen:

1. Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?
2. Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?
3. Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?
4. Har personale svært ved at se meningen med registreringen?
5. Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde eventuel ændret arbejdsgang medvirkende til en uhensigtsmæssig registreringspraksis?
6. Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?
7. Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?

Med hensyn til forskningsspørgsmål 1 er informanterne enige om, at den grundlæggende undervisning ville være bedre, hvis den var "minded" til enkelte faggrupper istedet for flere faggrupper samlet. Undervisningen var omfattende og derfor var fokus på for mange urelevante emner. Angående undervisningsformen, så var de tilfredse med den. For dem som er startet efter at systemet er taget i brug, så har de ikke modtaget grundlæggende undervisning, bortset fra sidemandsoplæring. Angående om de har fået nogen opfølgende undervisning, så er den ikke-eksisterende, de har kun undervist hinanden, men der er helt klart behov for opfølgning, særlig fra eksperterne med henblik på at få svar på tvivlsspørgsmål samt at få rettet op på nogle ting.

Undersøgelsen viser således, at den undervisning som har været tilbudt, har ikke været tilstrækkelig i forhold til det som informanterne mener de har brug for.

Med hensyn til supportperioden, så viser undersøgelsen at selve perioden var i orden, men den efterfølgende support via telefon kunne være længere.

Med hensyn til den efterfølgende support, så viser undersøgelsen, at informanterne mener at dem som kan hjælpe er for langt væk. IT-helpdesk, hvor de skal indberette fejl med mere, mener de er et forstyrrende mellemled imellem dem som brugere og dem som kan hjælpe, THS-eksperterne. Når de har indberettet en fejl/mangel, så går det lang tid inden de hører tilbage.

Det kan således konkluderes, at både den opfølgende undervisning og efterfølgende support til brugerne ikke har været tilfredsstillende.

Med hensyn til forskningsspørgsmål 2 om kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale, så viser undersøgelsen, at informationsmaterialet i form af huskesedler, som er en nøjagtig beskrivelse af arbejdsprocessen i systemet, den har været anvendt som tiltænkt. De er anvendt i starten, da de er begyndt at anvende systemet og de bruges når der er noget de er i tvivl om. Dog er der ikke alle som ved de ligger på hjemmesiden ths.fo.

Således konkluderes, at huskesedlerne som informationsmateriale er anvendt som tiltænkt, dog kan informeres om hvor de findes elektronisk.

Med hensyn til arbejdsgangsbeskrivelser, som er en beskrivelse af de systemæssige arbejdsgange på afdelingerne, så viser undersøgelsen, at de kender til dem, men at de er ufuldstændige, er ikke udarbejdet til alle områder og er ikke blevet revideret siden indstart. Undersøgelsen viser, at de burde blive revideret kort tid efter implementering af system, da det først er efter man er begyndt at anvende systemet i dagligdagen, at man ser hvad fungerer og ikke.

Med hensyn til forskningsspørgsmål 3 om nuværende arbejdsgang understøtter korrekt registrering, så viser undersøgelsen, at informanterne, selv om alle mener, at de kender processmodellens delelementer, så udfører de ikke opgaverne ens. Oprydning af foløb gøres forskelligt, enkelte rydder op, enkelte gør ikke og en er ikke kendt med muligheden.

Modtagelse af interne henvisninger er også forskellig, de modtages både elektronisk, elektronisk indenfor centeret op på papir udenfor og en modtager kun på papir. Der er enighed om, at det er uoverskueligt at finde dem igen.

Undersøgelsen viser også, at oversigten "Planlagte aktiviteter" anvendes også forskelligt. Et par stykker mener den er tung og uoverskuelig mens andre synes den giver fint overblik. Også med hensyn til kalenderne er der ikke ens arbejdsgang. Nogle booker alle, også dem som skal stå på "Planlagte aktiviteter" og anvender derved kalenderen til venteliste, men andre venter med at booke i kalenderen til der er tid.

Ved audit viser undersøgelsen, at man er blevet lidt bedre til at modtage de akutte henvisninger elektronisk, det er også hensigten. Der er også færre henvisninger som dobbeltregistreres. Derimod viser oversigten "Planlagte aktiviteter" at man er ikke bedre til at vedligeholde og rydde op. Der er et voksende antal som står som "ikke-booket" og "booket". Angående "Besøgslisten", så er man blevet bedre til at udføre de åbne kontakter, men der er fortsat mange besøg som står med status "booket" og "makuleret". Der er iøjefaldende, at amb K3 har særligt mange makulerede og udeblevne besøg, også når der tages højde for, at det er dem med størst patientflow.

Det kan således konkluderes, at selvom informanterne mener at de kender til processmodellens delelementer – til funktionaliteterne og hvordan de skal håndteres i systemet, så er det forskelligt hvordan disse håndteres. Derudover viser audit også, at der kun ved akutte henvisninger er sket en forbedring i registreringer, de andre har status quo eller er værre til at vedligeholde og rydde op.

Med hensyn til forskningsspørgsmål 4 om personale kan se mening med registrering, så viser undersøgelsen, at der kun er et par stykker, inklusiv de ledende, der har hørt om reglerne omkring basisregistrering for sygehuspatienter, som man fra Heilsumálaráðsins side har valgt, at man skal følge eller holde sig op ad på Færøerne. Den ene fra tiden som lægesekretærelev i Danmark og den anden i forbindelse med et møde i THS-organisationen. Derudover udtrykker lægesekretærerne, at det giver mening med at registrere og at der må være en eller anden der skal bruge tallene, en mener, at det må være for at skaffe penge til sygehusvæsenet.

Undersøgelsen viser også, at den ene af de ledende altid har gået højt op i registrering og at hun kender til enkelte dele i "Fællesdokumentet for basisregistrering af sygehuspatienter" i form af cancerregistrering, hun har også været vant til at levere tal til statistik siden hun

startede i 1990. Den anden har været vant til at registrere for at have overblik over produktiviten da hun har arbejdet i Danmark som lægesekretær. Hun er ikke blevet bedt om at levere tal til statistiske formål.

Med hensyn til forskningsspørgsmål 5, så viser undersøgelsen, at lægesekretærerne mener, at de havde bedre overblik og styr på tallene inden ibrugtagningen af det sundhedsinformatiske system. Nu er der andre faggrupper som også registrerer og de har ikke overblik længere. Det ville være bedre hvis der var en lægesekretær i vagten, så der ikke var et stort oprydningsarbejde efter andre og derved blev registreringerne lavet korrekt fra start.

Med hensyn til om der var et vist fokus på at forberede lægesekretærerne på de nye system, så udtrykker den ledende på medicinsk, at der blev afholdt et internatkursus, hvor der var fokus på organisationsændringer og at få lægesekretærerne til at fokusere på at der var andre vigtige ting end journalbunker i forandringsfasen og at det var vigtigt, at de prioriterede at få ny læring.

Med hensyn til hvordan information nås ned til dem dem, så viser undersøgelsen, at der er forskellig opfattelse om den problemstilling. På kirurgisk er ændringerne bare sket og de er ikke blevet informeret. Man glemmer dem som udfører handlingerne. På pilotafdelingen blev der informeret, men det skyldes den ene overlæge, en ildsjæl, der har prioriteret korrekt registrering.

Angående om der tjekkes op på om registreringerne udføres korrekt, så har ingen af de ledende lægesekretærer tjekket op på det. De ledende har ikke samme opfattelse af om deres ledelse går op i korrekt registreringen. Den kirurgiske mener, at der er ikke fokus fra ledelsens side om korrekt input, men kun på output. Retningslinierne bør komme fra oven. Den ledende på medicinsk synes, at ledelsen har mere fokus på registrering nu end de havde før.

Med hensyn til THS-teamtes rolle, så viser undersøgelsen, at informanterne mener, at THS-teamet skulle være mere synlige. De (brugerne) mangler et sted at få løst deres problemer. THS-teamet er nu kun et abstrakt fænomen. Ville være en ide at en THS-specialist sad i IT-helpdesk.

Med hensyn til forskningsspørgsmål 6 om systemets applikation/layout understøtter arbejdsgangene viser undersøgelsen, at man vænner sig til systemet efter et stykket tid og at det fungerer. Der fremhæves dog enkelte funktioner som ikke er brugervenlige. Der er alt for mange klik når for eksempel kalenderen ikke er opsat hensigtsmæssigt.

Registreringsoversigten "Planlagte aktiviteter" er tung og de har fundet nogle work arounds for at gøre det lettere og så nævnes notatmodulet som "out-of-date" i forhold til word, som man var vant til forinden.

Der konkluderes derfor, at systemet fungerer, men at der er enkelte funktioner som er uhensigtsmæssige.

Med hensyn til det sidste forskningsspørgsmål 7 om kendskab til ledelsesinformation, så viser undersøgelsen, at man før THS gik højt op i statistiske oplysninger, man førte protokol og talte op ved årets afslutning. Nu har de ikke muligheden. Før fik de forespørgsler om for eksempel hvor mange diagnoser de havde udført og kunne svare, det kan de ikke længere. Nu virker det fjernt, man "fylder" ind i et system, men man ved ikke hvorfor. På medicinsk afleverer fortsat ved årets afslutning tal på indlæggelser og ambulante og de optælles manuelt.

Undersøgelsen viser også, at lægesekretærerne tænker på hvad registreringerne skal bruges til. Den ene afdeling registrerer alt på papir, for at sikre at alle oplysninger senere registreres i systemet. Generelt synes de, at det ville være sjovere hvis man fik noget af det at se, så havde man haft lidt større interesse for det.

Undersøgelsen konstaterer, at der fra ledelsens side kunne være større fokus i forhold til at gøre opmærksom på hvilke oplysninger der er brug for til ledelsesinformation. En informant udtrykker at: *de (ledelsen) glemmer tit at komme ned til dem som sidder og laver tingene og giver dem en forklaring på hvorfor vi skal gøre det.*

11 Refleksion af anvendt metode og teori

I dette afsnit vil jeg forsøge at komme med en refleksion i forhold til den metode jeg har anvendt i projektet samt den teoretiske ramme.

11.1 Audit

Formålet med undersøgelsen var at undersøge, om forestillingerne, som undersøgeren havde af registreringspraksis i forhold til de patientadministrative og bookingrelaterede delelementer i processmodellen kunne be- eller afkræftes.

Audit som metode i denne undersøgelse giver et billede af hvordan anvendelsen er af de enkelte delelementer i processmodellen: Akut henvisning, Planlagte aktiviteter og Besøgslisten.

Audit'en blev begrænset til 6 ambulatorier, 3 fra medicinsk center og 3 fra kirurgisk center. Perioderne som undersøges er juli-december 2011 og juli-december 2013. Hermed formodes, at perioderne er repræsentative, er valide, for det overordnede billede af anvendelsen af undersøgte delelementer. At audit også er lavet for perioden juli-december 2013 er med for at undersøge om der er sket en ændring efter selve interview undersøgelsen i 2012.

I form af at undersøgeren er bekendt med både system, organisation og arbejdsgange kan være medvirkende til, at der kan forekomme selectionsbias i form af hvilke ambulatorier er udvalgt repræsenterende centrene. Undersøgeren har forsøgt at være bevidst om det.

11.2 Interview

Udvælgelse af informanter til interviewundersøgelse er altid en udfordring. Begrundelsen for at valget faldt på at lave gruppeinterview af lægesekretærer og ansigt-til-ansigt interview med de ledende lægesekretærer er beskrevet i afsnittet Valg af respondenter, på side 32. Man kan diskutere om det var det rigtige valg og om man også skulle have interviewet flere ledelsespersoner for at få deres version af problemstillingen. På grund af tid, ressource og omfang blev det valgt fra i dette projekt.

At lave en undersøgelse i egen organisation er altid en udfordring. Der er stor risiko for, at man behæftes af bias. Ved at være bevidst omkring det, kan risikoen formindskes, men ikke helt undgås.

For ikke at blive styret af selectionsbias og for ikke at lave undersøgelsen tilpasset de enkelte informanter blev de ledende lægesekretærer bedt om at udvælge informanterne.

Med hensyn til valget at interviewe de ledende lægesekretærer, så var det et bevidst valg i forhold til undersøgelsen.

Ved gennemgang og analyse af interview mener jeg at der forekommer bias i forholdet imellem interviewperson og informant. Jeg tænker særlig på bias i forholdet på grund af den tidligere status som kollegaer på sygehuset og den nuværende status som THS-specialist/underviser vs brugere af system (ekspert vs novice). Det er til daglig interviewpersonen som skal yde support og vejledning med hensyn til anvendelse af systemet. Denne relation imellem interviewperson og informant kan være medvirkende til, at informanternes er behæftet med udsagnsbias og er mere negative end de ville være, hvis en udefrakommende stillede de samme spørgsmål. Interviewpersonen kan også være behæftet med bias i forhold til det store forforståelse for både system, organisation og informanternes problemstilling. Det kan være medvirkende til, at samtalen ubevidst flytter sig i retninger, som ikke har været planlagt.

Andre faktorer som er værd at reflektere over, er nu hvor projektet færdiggøres, så er indsamlet interviewmateriale 2 år gammelt. I tiden efter interviewundersøgelsen, kan der være sket en del ændringer i forhold til registreringspraksis og informationsstrategi. Dog kan interviewundersøgelsen sammenholdt med audit fra 2013, som er 1½ år efter interviewundersøgelsen, vise, at der er ikke meget der tyder på forbedret registreringspraksis.

11.3 Teori

Den teoretiske ramme blev først valgt efter at selve undersøgelsen var udført. Det gør at den efterfølgende analyse og diskussion er mere datastyret end styret af en teoretisk ramme. Det erfares, at det måske ville være nemmere hvis der inden undersøgelsen var valgt en teoretisk ramme. Det begrundes ved, at analysen og diskussion stringent blev delt op efter forskningsspørgsmålene. Istedet kunne hovedemner i analysen have styret diskussionen.

12 Perspektivering

Et væsentligt argument for indførelsen af THS på Færøerne var, at ledelserne havde brug for data til "aktivitets og budgetstyring" og at forvaltningen og den politiske myndighed havde brug for data til styring og prioritering i fremtiden og i forhold til den årlige finanslov.

Ved indførelse af THS forventede man, at man fik et system, som kunne levere oplysninger til ledelsesinformation. Nu 8 år efter at man i Valcon¹² rapporten skrev: *Det er afgørende, at dette system(THS) indeholder såvel statistiske som patientadministrative funktioner*"

[5], så er det ikke lykkedes i betragteligt omfang. Hvad jeg ikke kommer ind på i undersøgelsen, er i hvor stort omfang der leveres oplysninger til ledelsesinformation. Nu vi skriver 2014 og vi har opgraderet til ny platform og version af system, samt et nyt business intelligence, så er man tilbage der hvor næsten alt skal bygges op fra grunden. Imens stilles der større og større krav, om levering af oplysninger til ledelsesinformation.

Som undersøgelsen viser, så er det at indføre et sundhedsinformatisk system andet end at indføre et elektronisk system og forvente at så er problemet løst. Som også flere andre undersøgelser viser, så er det at indføre en ny teknologi lige så meget en organisationstilpasning som teknisk tilpasning. I artikel skriver Nikula [29], at implementering involverer ikke kun installation af ny applikation (teknik), men at det er en del af processen, hvor ændringer i opgaver og organisationstruktur også er vigtige faktorer.

Som også Lewin [22] udtrykker, så sker en forandringsprocess ikke over natten, overgangen er en rejse igennem ændringen for at ende ud med at gøre tingene på en ny måde. Hvis man ikke giver plads til denne process og at de nye arbejdsmåder ikke forankres i organisationen, så er stor risiko for, at organisationens medlemmer har tendens til at gå tilbage og udføre opgaverne som de gjorde før, eller gør sig sin egen måde at gøre tingene på. Sandberg og Targama [23] er også inde på det, at det er forståelse som styrer folks handlinger i organisationen, idet de handler udfra hvordan de tolker og forstår en situation. Det er ikke strukturer, systemer og forskrifter, som styrer folks handlinger, handlingerne styres tværtimod af, hvordan folk opfatter dem. Management er ledelsens værktøj til at påvirke mennesker på den måde som ledelsen ønsker. Sørge for at de udvikler nødvendig forståelse.

¹² Valcon er et skandinavisk konsulentfirma www.valcon.dk

Ledelsens støtte er lige så vigtig som at give ordrer. Det nytter heller ikke bare at lave strukturer og systemer og lade det stå på et papir. Det som påvirker mennesker at ledelsen ledelsen også viser handling.

Undersøgelsen indikerer, at årsagen til at der ikke registreres hensigtsmæssigt i systemet er fordi at arbejdsgange ikke er forankrede i organisationen og der er ikke viden og forståelse nok blandt medarbejdere omkring hvilke oplysninger er vigtige i forhold til ledelsesinformation og hvordan de udføres i praksis.

For at rette op på registreringspraksis i system, er det nødvendigt med en fornyet forandringsprocess i organisationen, hvor medarbejderne får den læring de har behov for i forhold til de patientadministrative delprocesser. Ledelsen kan med tilstrækkelig opfølgning i form af regelmæssig kommunikation, undervisning og support opnå den nødvendige forståelse blandt medarbejderne, så ændringerne fastsmeltes i organisationen så de accepteres og vedligeholdes.

Implementeringen af THS foregik med hjælp fra THS-organisationen, sammensat af projektleder og fagpersoner fra organisationerne. THS-organisationen, som er hjemmehørende i Heilsumálaráðið har haft til opgave at implementere systemet og har fortsat til opgave at implementere nye moduler, drifte system, yde 2-level support til brugerne, samt undervise nøglepersoner i nyheder. Selve undervisningen af brugerne har organisationerne selv ansvaret af.

Det vil være relevant at se på om den rolle THS-organisationen har haft og fortsat har i forhold til implementering og drift af THS og hvilken rolle THS-organisationen skal have fremover. Det bør overvejes om THS-organisationen giver ledelserne og brugerne de forudsætninger de har behov for til at udføre korrekt forandringsledelse [30], det er også relevant at se på, om det er en del af THS-organisationens opgaver.

Set i lyset af at der i projektet er kortlagt mulige årsager til brugernes ikke hensigtsmæssige registreringspraksis og at der ikke bliver mindre efterspørgsel efter oplysninger til ledelsesinformation, så kan undersøgelsen være med til at understøtte eventuel fremtidig korrigerende af organisationens anvendelse af det sundhedsinformatiske system.

13 Abstract

This project has a starting point in the challenges to make use of health informatic systems to support the management information.

The interest originates from own assumption about that the system is used in an inexpedient way, that has influenced the reliability of information provided to management information.

The purpose with the project is to investigate which factors could influence if the system is used correctly in relation to the patient administrative registrations practice.

Method: Methodtriangulation is used for the investigation in form of auditing single patient administrative registration records and an interview, that investigated which factors could contribute to that the system is not used expediently in accordance with the guidelines.

Interview were analysed with the support of “meaning condensation” and audit was analysed and discussed from the problem statement’s insurance question by means of the technological framework around change of management and the understanding of Leavitt, Lewin, Sandberg and Targama.

Conclusion: The investigation by means of audit showed that improvements happen in the registration practice with reference to how acute references are made, however, registration practice referred to the registration records “Planned Activities” and “Visitors List” have not improved.

The interview investigation revealed factors that can cause that personnel does not register correctly, although the informants think that they know the process model’s part elements and focus on registration, is in the form of “archifacts”: incomplete work descriptions, inexpedient and lacking basic and follow-up training and lack of support.

The investigation also revealed that that there is no knowledge about the guidelines that the Heilsumálaráðið wishes to follow and that there is a lack of focus on inputs for the management in form of guidelines and monitoring correct use of the system.

The results of the study can be a foundation for improving the use of the system in purpose of quality and supporting information for management information.

14 Litteraturliste

- [1 European Commission. OECD, Health at a Glance. [Online].; 2010 [cited 2011 12 30.
] Available from: <http://www.oecd.org/dataoecd/13/45/46803628.pdf>.
- [2 nomesko. nomesko. [Online].; 2009 [cited 2011 12 30. Available from: <http://nomesco-da.nom-nos.dk/default.asp?side=213>.
- [3 Sundhedsstyrelsen. SST. [Online]. [cited 2011 12 30. Available from:
] <http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Landspatientregisteret.aspx>.
- [4 Sundhedsstyrelsen. Fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter 2011.
] Vejledning. København: Sundhedsstyrelsen; 2011. Report No.: ISSN: 1600-0307.
- [5 Valcon. Budgetanalyse for sygehusvæsenet på Færøerne. Budgetanalyse. Tórshavn:
] Sygehusvæsenet; 2008.
- [6 Økonomistyrelsen. Økonomi og erhvervsstyrelsen. [Online].; 2010 [cited 2011 12 15.
] Available from:
http://www.oes.dk/OEAV/OEkonomistyring/~/_media/Files/%C3%98AV/%C3%98konomistyring/Resultatopf%C3%B8lgning/Ledelsesinformation%20-Til%20inspiration%20og%20forslag.ashx.
- [7 acinta.dk. [Online]. [cited 2012 april. Available from: <http://acinta.dk/business-intelligence/>.
- [8 Wikipedia BI. Wikipedia. [Online]. [cited 2012 april. Available from:
] http://da.wikipedia.org/wiki/Business_intelligence.
- [9 Almanna- og heilsumáráððið. Færøernes vision og strategi i forbindelse med
] implementering af SI [Power Point].; 2004.
- [1 Andersen PER, Jensen TB, Hundahl D, Pedersen DS. Effektvurdering af EPJ/THS i det
0] færøske sundhedsvæsen. Aarhus.; 2010.

- [1 Nielson J. 2010.e-sundhedsobservatoriet.dk. [Online].; 2010 [cited 2012. Available from:
1] http://2010.e-sundhedsobservatoriet.dk/sites/2010.e-sundhedsobservatoriet.dk/files/slides/NielsonJacob_Demo_Healthcare_Information_Suite%5B1%5D.pdf.
- [1 Landssjúkrahúsið. www.lsh.fo. [Online].; 2012 [cited 2012 marts 12. Available from:
2] <http://www.lsh.fo//Data/Attachments/56590680-cd16-4b52-ade1-f7803ce9103d/9ba51885-9b1c-4e43-95ca-be6ec38ad3db.pdf>.
- [1 Eriksen H, Ulrichsen H. Tre kulturer i hospitalssektoren. 1st ed.: Handelshøjskolens Forlag
3] Nyt Nordisk Forlag; 1991.
- [1 Kvale S. Interview 2010; 2007.
4]
- [1 Brinkmann S, Tanggaard L. Kvalitative metoder, en grundbog. 12th ed. Havemann T,
5] editor. København: Hans Reitzels Forlag; 2010.
- [1 Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (DDKM). IKAS. [Online].; 2009
6] [cited 2012 marts 28. Available from:
<http://www.ikas.dk/Sygehuse/Akkrediteringsstandarde-for-sygehuse/Bilag-2.-Praktisk-auditvejledning.aspx>.
- [1 Blom A. www.jyfe.dk. [Online].; 2008 [cited 2012 marts 15. Available from:
7] <http://www.jyfe.dk/files/Sundhed/Sundhedsstaben/Center%20for%20Kvalitetsudvikling/JYFE/Jyfe-nyt/19112009Artikel.PDF>.
- [1 Ammentorp J, Rørmann D. Audit i Sundhedsvæsenet København: Books on Demand
8] GmbH; 2008.
- [1 Kotter JP. I spidsen for forandringer. 1st ed.: Peter Asschenfeldts nye Forlag a/s; 1997.
9]
- [2 Hildebrandt S, Brandt S. Ledelse af forandring; 2005.

0]

[2 net2change. net2change. [Online]. [cited 2014 mai. Available from:

1] <http://net2change.dk/leavitt-organisationsanalyse-model/#.U4V1LPI5N9U>.

[2 Mindtools. Mindtools.com. [Online].; 1999 [cited 2014 maj. Available from:

2] http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_94.htm.

[2 Sandberg , Targama A. Managing Understanding in Organisations. 1st ed. London: SAGE

3] Publications Ltd; 2007.

[2 Müller J. Hvad er teknologi. In Samfundet i teknologien. Aalborg: Aalborg

4] Universitetsforlag; 1991. p. 27-47.

[2 Sinedahl84's blog. sinedahl84.wordpress. [Online]. [cited 2014 mai. Available from:

5] <http://sinedahl84.wordpress.com/organisationsteori/teori-i-praksis/>.

[2 Lybech J, Wulff J. pure.au.dk. [Online]. Aarhus; 2009 [cited 2014 maj

6] [http://pure.au.dk/portal/files/6110/Afhandling010509__Jesper_Lybech_og_Jacob_Wulff_f.pdf]. Available from:

http://pure.au.dk/portal/files/6110/Afhandling010509__Jesper_Lybech_og_Jacob_Wulff_f.pdf.

[2 Wahlström U. businessregion.se. [Online].; 2011 [cited 2012 05 15. Available from:

7] <http://www.businessregion.se/huvudmeny/affarsomraden/strategiskkompetensforsorjning/avantonyheter20112012/larsem1ledningochforstaelse.4376.html>.

[2 forandringsledelse.wordpress.com. Evergreens – de tre klasiske teorier om forandring.

8] [Online]. [cited 2014 mai. Available from:

<http://forandringsledelse.wordpress.com/2007/02/04/evergreens-de-tre-klasiske-teorier-om-forandring/>.

[2 Nikula RE. ncbi.nlm.nih.gov. [Online].: AMIA Annual Symposium Preceeding Archive; 1999

9] [cited 2014 mai. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2232858/>.

[3 Møller M. Digitalisering og kvalitetsudvikling - fra EPJ til kvalitetsdatabaser. Master
0] projekt. Aalborg;; 2011.

15 Bilag

Bilag 1 – Ansøgning om lov til at lave undersøgelse på Landsygehuset.....	2
Bilag 2 – Aftale om at lave undersøgelse på Landsygehuset.....	3
Bilag 3 – Cosmic suiten.....	4
Bilag 4 – Interviewguide til gruppe.....	8
Bilag 5 – Interviewguide til ledende lægesekretær.....	12
Bilag 6 – Indledende interview.....	14
Bilag 7 – Interview.....	21

Bilag 1 - Ansøgning om lov til at lave undersøgelse på Landssygehuset

IT-afdelingen

Att.: Hanus Midjord

Landssjúkrahúsið

Ansøgning om udførelse af undersøgelse blandt klinisk personale og data på Landssygehuset

I forbindelse med at jeg er i gang med 3. år på Sundhedsinformatik Masteruddannelse på Aalborg Universitet, har jeg valgt at lave et projekt hvor undersøgelsesfeltet er Landssygehuset.

Temaet for 3. årgang er i henhold til studiordningen: *Sundhedsinformatik i et videnskabeligt perspektiv*

Formålet med projektet er: *At bidrage til at den studerende tilegner sig en videnskabelig arbejdsmetode.*

Mit formål med undersøgelsen på Landssygehuset er ud fra problemformuleringen at undersøge:

Hvordan kan man få valid ledelsesinformation fra et sundhedsinformatisk system

Undersøgelsen vil blive udført henholdsvis som audit, udført af undertegnede, observation og efterfølgende interview med relevant personale, typisk lægesekretærer, på Landssygehuset. Jeg vil udvælge 3 relevante ambulatorier.

Planen er på nuværende tidspunkt at observere og stille spørgsmål ud fra nedenstående, dog med mulighed for at der tilkommer flere fokuspørsmål:

- Hvordan understøtter nuværende arbejdsgang i PAS/bookingmodulet ledelsens ønske om valid ledelsesinformation fra systemet
- Hvordan oplever aktørerne PAS/booking funktionaliteten i Cosmic
- Hvordan kan aktørerne se mening med påkrævet arbejdsgang
- Hvordan har ledelsesmæssige og organisatoriske holdninger indflydelse på korrekt anvendelse af arbejdsgangen/applikation

Al information som jeg måtte få adgang til vil blive anonymiseret.

Undersøgelsen vil formentlig blive udført i tidsrummet:

- Audit: 01.04.12 – 15.04.12
- Evt. Observation: 17.04.12 – 27.04.12
- Interview: 17.04.12 – 27.04.12

For yderligere information, venligst kontakt undertegnede

Med venlig hilsen Sigbritt Dam, studerende

Bilag 2 - Aftale om at lave undersøgelse på Landsygehuset

Avtala millum Landssjúkrahúsið og Sigbritt Dam um samstarv í sambandi við høvuðsuppgávu í sundhedsinformatik á Aalborg Universitet

§ 1. Sigbritt Dam(SD) er í fer við at taka útbúgving sum Master í sundhedsinformatik á Aalborg Universitet. SD hevur sum høvuðsuppgávu við heitinum: " Hvordan kan man få valid ledelsesinformation fra et sundhedsinformatisk system"

§ 3. SD hevur á Universitetinum ein uppgávuvegleiðara. Praktiski parturin á LS er at gera audit, observatióin og interview sambært verkætlanarlýsingini.

§ 4. Sbrt. verkætlanarlýsingini verða observatióinir og interview gjørd anonym beinleiðis í sambandi við hendingarnar og tí er ikki talan um viðgerð av viðkvæmum persónsupplýsingum. Um hetta ikki er møguligt skal verkætlanin fráboðast til Dátueftirlitið. Undir øllum umstøðum skal SD tryggja at persónar í verkætlanini við atlitið til persónsverju ikki kunnu eyðmerkjast.

Stk. 2. Eru ivamál skal KT-deildin/KT-trygdarleiðarin spyrjast til ráðs.

§ 5. Í sambandi við at uppgávan er liðug kann LS biðja um at SD heldur ein fyrilestur á LS um úrslitið av verkætlanini.

§ 6. Hvørgin parturin rindar samsýning til hvønn annan í sambandi við verkætlanina og uppgávnar sum verða loystar.

§ 7. Víst verður til ásetingar í alment galdandi reglurnar fyri tagnarskyldu innan tað almenna og í sjúkrahúsverkinum.

§ 8. Verkætlanin byrjar 01. apríl 2012 og tekur umleið 3 mánaðir.

Stk. 2. Ásetingarnar viðv. tagnarskyldu eru eisini galdandi eftir at verkætlanin er endað ella er vorðin fullførd.

§ 9. Undirskrivning

Avtalan verður undirskrivað í einum eintaki, ið Landssjúkrahúsið fær, meðan SD fær avrit av tí.

Dato:

Dato:

Sigbritt Dam

Verkætlanarpersónur

Hanus Midjord

KT-trygdarsamskipari

Bilag 3 - Cosmic suite

Cosmic som standardrammesystem

Ved standardrammesystem forstås: Et system, der bygger på en standardiseret systemramme med nogle faste funktionaliteter, der kan tilpasses virksomheden i større eller mindre omfang. Et standard rammesystem er derfor ikke ens fleksibelt eller tilpasningsvenligt som et skræddersyet system.

På Færørene blev besluttet at man ønskede et standardrammesystem, som var afprøvet andre steder. Cosmic blev valgt og har det været anvendt i Sverige.

Systemet består som sagt i projektrapporten af moduler. Jeg vil kun belyse de funktioner i systemet som har med problemstillingen at gøre.

Disse dele af modulerne er:

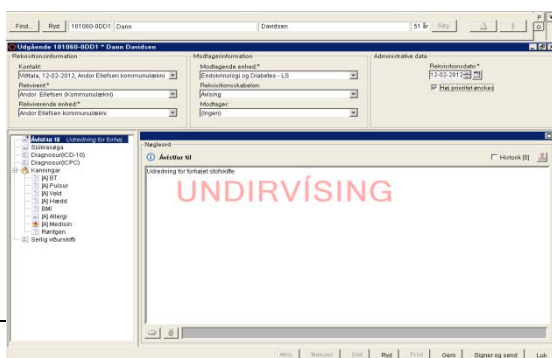
- Elektroniske henvisninger
- Visitering, planlægning og booking
- Kontaktregistrering

Elektroniske henvisninger

Når en patient henvises fra praktiserende læge til sygehusafsnit opretter praktiserende læge en elektronisk henvisning til det relevante speciale på et af de tre sygehuse. I forbindelse med akut henvisning, opretter henvisende læge en akut henvisning til skadesstuen/akutmodtagelsen. Alle patienter ankommer her.

I systemet er der oprettet en standard henvisning, men det er muligt for specialer at have en særlig efter eget ønske, f.eks. hvis der er nogle specifikke forundersøgelser et speciale ønsker er udført ude ved henvisende læge.

Når henvisende læge trykker på "signer og send" ligger henvisningen umiddelbart efter i specialets indbakke for uvisiterede henvisninger. Nedenstående billede viser henvisningen set ude hos den praktiserende læge.



Figur 9 – udgående henvisning

Visitering, planlægning og booking

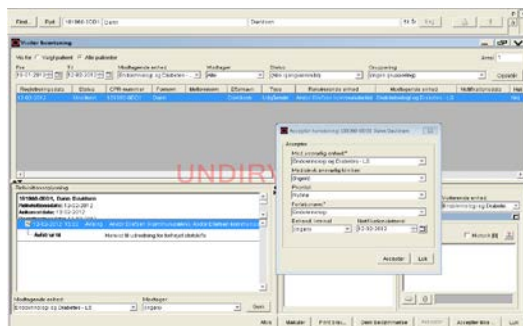
Visitering

Det er specialelægens ansvar at visitere henvisningerne, som sendes til specialet. Det kan han gøre selv eller han kan lave visitationen sammen med f.eks. en sekretær.

Med regelmæssige mellemrum ser han i indbakken om der er kommet en henvisning. Ud fra henvisningsteksten og eventuel anden form for dataindhentning tager han stilling til, om han vil acceptere henvisningen eller afvise den tilbage til henvisende læge. Lægen kan afvise henvisningen hvis patienten f.eks. er blevet henvist til forkert speciale eller hvis patienten allerede er henvist for det samme. Lægen begrundar sin afvisning inden den sendes tilbage til henvisende læge.

Vælger lægen at acceptere henvisningen oprettes der et forløb, som er gældende for de kontakter som patienten har i forbindelse med tilhørende sygdom. Nedenstående billede viser specialets visitationsindbakke.

Ved akutte henvisninger, visiteres den af sekretæren på skadestuen og registrerer efterfølgende kontakt.



Figur 10 – Visiter henvisning

Planlægning

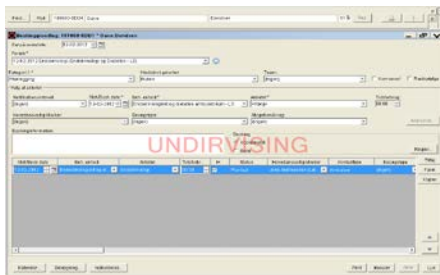
Lægen kan her vælge endten at lade den visiterede henvisning ligge, f.eks. hvis han ønsker at tilegne sig noget mere viden inden han ønsker at planlægge hvad patienten skal møde til, eller han kan planlægge patienten til den/de aktivitet-/er som han ønsker patienten skal

møde til. Det kan være båden en forundersøgelse, en indlæggelse, en operation. Han kan planlægge det hele med det samme, men kan også vælge kun at booke til det første besøg. I planlægningsprocessen skal lægen angive cirka hvornår han har tænkt sig at patientens besøg skal være.

Nedenstående Figur 3 viser skærbilledet på den applikation hvor specialelægen planlægger patientens kommende besøg.

Når specialelæge har planlagt de aktiviteter som patienten skal komme til, kan han vælge endten at booke patienten direkte i kalenderen¹³ / belægningen¹⁴, hvis han er sikker på at pågældende dato er reliabel. Han kan også vælge at lade patienten stå på ventelisten og først booke ham i kalenderen når tiden nærmer sig.

I planlægningsbilledet er det muligt at gå direkte til kalenderen / belægningen samt at vælge relevant indkaldelsesbrev.



Figur 11 - Planlæg patientforløb

Booking

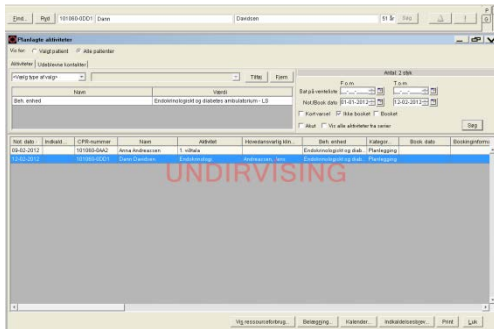
Kalenderen er ens hos både de praktiserende læger og på hospitalerne. Hos de praktiserende læger anvendes kalenderen som "fra dag til dag" kalenderen, idet der foregår ikke så megen planlægning længere frem i tide.

På sygehusene derimod foregår de planlagte tider via ventelisten. Når tiden nærmer sig til at patienten skal møde til endten indlæggelse eller ambulatorium bookes patienten i kalenderen / belægningen. Det er vigtigt for venteperioden at dette gøres rigtigt via den planlagte aktivitet.

¹³ Kalender bruges til ambulante besøg

¹⁴ Belægning referer til indlæggelses besøg

Derfor skal planlægger, som typisk er en sekretær, gå ind på ventelisten eller planlægningslisten, som i Cosmic kaldes "Planlagte aktiviteter" og finde de aftaler som skal bookes indenfor det givne tidsrum som planlægger nu er i gang med at planlægge.



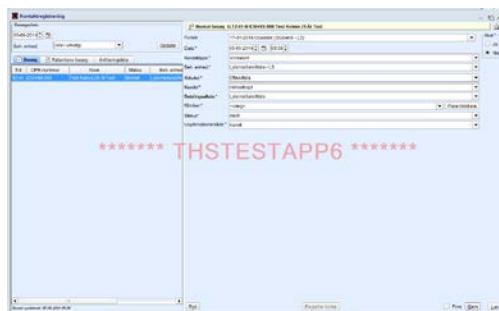
Nedenstående Figur 4 viser ventelisten med de planlagte aftaler

Figur 12 - ventelisten

Kontaktregistrering

Når patienten møder til et ambulant besøg registreres der ved ankomsten. Under besøget står kontakten som åben og den afsluttes, når patienten forlader henholdsvis ambulatoriet. Han får status udført.

Hvis patienten ikke møder til planlagt besøg, registreres han som udeblevet, men har han sagt fra forinden, ombookes han



Figur 13 – Kontaktregistrering

Booket tidspunkt	Ankomsttidspunkt	Status	P-nr	Navn	Kontakttype	Sundhedsarbejdet	Bookingsinformation	Belt. enhed	Kliniker
08-10-2013 10:00	08-10-2013 10:00	Udført	2506	T. Ambulant	Vittala	Endokrinologi	Endokrinologi	Anderssen Jens	Anderssen Jens
08-10-2013 11:21	08-10-2013 11:21	Manuleret	1605	S. Ambulant	Vittala	Endokrinologi	Endokrinologi	Joensen Beinta	Joensen Beinta
08-10-2013 12:00	08-10-2013 12:00	Booket	2507	K. Ambulant	SRF-vittala	Endokrinologi	Endokrinologi	Diabetes SRF-am	Diabetes SRF-am
08-10-2013 13:08	08-10-2013 13:08	Udført	2304	L. Ambulant	Vittala	Endokrinologi	Endokrinologi	Joensen Beinta	Joensen Beinta
08-10-2013 15:15	08-10-2013 15:15	Udført	2507	K. Ambulant	Gestationellur sygdom	Endokrinologi	Endokrinologi	Joensen Beinta	Joensen Beinta
08-10-2013 16:07	08-10-2013 16:07	Udført	1303	Fr. Ambulant	Vittala	Endokrinologi	Endokrinologi	Joensen Beinta	Joensen Beinta
08-10-2013 16:35	08-10-2013 16:35	Udeblevet	1104	Ar. Telefon vittala	Vittala	Endokrinologi	Endokrinologi	Joensen Beinta	Joensen Beinta

Figur 14 - Besøgslisten

Bilag 4 - Interviewguide til gruppe

Introduktion

- Præsentation af mig selv
- kort om projektet,
- formål med interviewet,
- forment (optagelse, transskribering og anonymisering,
- eventuelle spørgsmål fra informanterne

Problemformulering	Forskningsspørgsmål	Interviewspørgsmål
Hvilke faktorer kan være årsag til, at det er svært for personale at registrere korrekt, i forhold til nogle af processmodellens delelementer?	Baggrundsspørgsmål	• Præsentation • Hvor længe har I været i organisationen • Hvornår var du udlært • Hvornår startede I at anvende THS • Hvordan startede I at anvende THS, hele suiten (BigBang) eller enkelte moduler (step by step)

For at få svar på ovenstående problemformulering stilles nedestående undersøgelsesspørgsmål

Forskningspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?	Hvilken form for undervisning har brugerne modtaget (viden)	Kan I fortælle lidt om hvilken undervisning I har fået i THS. Hvordan foregik undervisningen Hvad synes I om formen af undervisningen Har der været nogen form for opfølgende undervisning Er der brug for mere undervisning hvis ja, Kan I beskrive det nærmere
Hvordan er kendskabet til	Hvordan anvendes huskesedler i	Der findes huskesedler til specifikke funktionalteter i THS

Forskningspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
tilgængeligt informationsmateriale?	dagligdagen (viden)(produkt)	Anvender I disse? Hvis ja – hvordan og hvor tit Hvis nej – hvorfor ikke Er der pga. manglende kendskab til hvor de er at finde Alle huskesedlerne ligger på hjemmesiden www.ths.fo har I kendskab til hjemmesiden? anvender I huskesedlerne via hjemmesiden Hvad mener I om denne form (huskesedler) for informationsmateriale hvis man er i tvivl om hvad man skal gøre? Har I forslag til anden form for informationsmateriale mht. anvendelse af systemet?
	Hvor ligger ansvaret for læring (organisation)	Hvem ser I som ansvarlig for at lave undervisningsmateriale? Hvem ser I som ansvarlig for at brugerne får lært systemet korrekt?
Hvordan understøtter nuværende beskrevne arbejdsgang korrekt registrering?	Hvordan er kendskabet til arbejdsgangene (viden)	Ved implementering på centrene blev der udarbejdet arbejdsgangsbeskrivelser. Ansvaret lå på centrene Hvor godt kender I arbejdsgangene generelt specifikke for PAS/booking Kender I processmodellen, dvs. arbejdsflowet i den patientadministrative / booking delene af systemet? Altså fra henvisning oprettes hos praktiserende læge, flowet hele vejen igen jeres organisation og levering af epikrise / amb. notat til praktiserende læge? Hvor god mener I at formidlingen af vigtigheden af arbejdsgangene

Forskningspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
		har været?
	Hvordan er anvendeligheden af arbejdsgangsbeskrivelserne (produkt)	Anvender I systemet ifølge arbejdsgangsbeskrivelserne hvis nej – hvorfor Anvender I arbejdsgangsbeskrivelserne? Mener I at de er fyldegørende – anvendelige i forhold til daglig brug Hvem mener I/du har ansvar for at arbejdsgange overholdes
Anvendes korrekt brug af de specifikke systemmæssige arbejdsgangene	Påstået fejl 1: Hvordan håndteres problemet med flere henvisninger til samme speciale	Når I ser at en patient har flere forløb af samme speciale. Hvad gør I? Tjekker I efter om der er flere henvisninger I så fald, hvad gør I
	Påstået fejl 2: Hvordan håndteres interne henvisninger	Indenfor jeres speciale - sendes der interne henvisninger via "bookinggrundlag/ planlagte aktiviteter"? Hvis nej - hvordan modtager I interne henvisninger Hvis ja - hvordan håndterer I dem
	Påstået fejl 3: Hvordan anvender I ventelisten / planlægningslisten "Planlagte aktiviteter"	Hvad er jeres holdning til skærbilledet og funktionaliteten i "Planlagte aktiviteter" Hvordan anvender I "planlagte aktiviteter" Når en patient skal planlægges til f.eks. ambulatoriet, bliver han planlagt og står på ventelisten / planlægningslisten eller bookes han direkte i en kalender Mener I at I anvender kalenderen som en slags venteliste Ændrer I tit på de bookedede tider
	Påstået fejl 4: Hvordan håndteres ændring af patients tid	Når I skal ændre en patients tid, hvordan gøres det?
	Påstået fejl 5: Hvordan håndteres	Når en patients tid skal aflyses hvordan gøres det?

Forskningspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
	aflysning af patientens tid	I får valget at vælge om patienten skal sættes tilbage på ventelisten eller ej. Hvad bruger I? Hvis han sættes tilbage på ventelisten, ændrer I så på not./book dato?
	Påstået fejl 6: Hvordan håndteres planlægningen af patienter som skal møde igen	Når en patient skal møde igen til videre udredning, behandling, kontrol - hvordan håndterer I det? bookes direkte sættes på planlagte aktiviteter?
	Ny opdaget evt. fejlkilde: Hvordan foregår kontaktregistrering af patienter	Patienter som kommer i jeres ambulatorium, hvor/ af hvem bliver de kontaktregistreret som mødt? Kontrollerer I om de har fået ændret status fra booket? Hvem registrerer kontakten som udført? Kontrollerer I om de får ændret status til udført
Manglende kendskab til basisregistrering	Kender brugerne fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter (viden)	Det er besluttet, at man skal følge den danske basisregistrering af sygehuspatienter. Hvad er jeres kendskab til Fællesindholdet?
Har personale svært ved at se meningen med registreringen?	Sensemaking (viden)	De registreringer som I har fået fortalt at vide skal gøres. Giver det mening Hvis ja – hvordan Hvis nej - hvad mener du årsagen er til det
Har der været tale om opgaveglidning	Har der være forandring i arbejdsopgaverne (organisation)	Er der, og i så fald, hvilke ændringer har været i jeres arbejde fra før implementering af THS i form af ændrede arbejdsopgaver i forhold til registrering af PAS / booking opgaver Hvordan mener I at formidlingen af evt ændrede arbejdsopgaver har

Forskningspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
		været? Hvem har informeret jer om ændrede arbejdsgange?
Er ledelsens manglende kendskab til system og fokus på at opretholde fastlagt måske ændret arbejdsgang medvirkende til den formodede ikke korrekte registrering?	Manglende ledelseopbakning (organisation)	Hvordan mener I at jeres ledelse har kendskab til de fastlagte arbejdsgange i forhold til processmodellen? Hvem er jeres ledelse Hvordan mener I at jeres nærmeste ledelse prioriterer korrekt anvendelse og derved registrering i systemet Hvem, hvilket led i organisationen, mener I har ansvaret for at registreringerne udføres korrekt Gør ledelsen noget for at der bliver fulgt op på korrekt registrering Hvordan gør ledelsen jer bevidste om korrekt anvendelse og hvis der er sket nogle fejlregistreringer
Understøtter systemets design / applikation arbejdsgangene?	Hvordan oplever brugere selve systemet (Teknik)	Hvad mener I om systemets design / applikation Er det logisk opbygget Hvis nej – uddyb Nemt at anvende i forhold til processmodellen bliver der lavet mange "work arounds" hvis ja – uddyb I forhold til PAS / booking, hvor mener I at systemet er sværest at gennemskue? Hvis I mener at det er det
Hvordan er kendskabet til ledelsesinformation?	Hvilket kendskab har brugerne til ledelsesinformation (viden) (produkt)	Gør I jer nogle tanker om hvad oplysningerne som registreres i THS skal anvendes til Hvilken kendskab har I til ledelsesinformation Bliver der fra ledelsens side gjort opmærksom på oplysninger til

Forskningsspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
		ledelsesinformation Hvis Ja – hvilket ledelsesniveau Informeres I om hvilke oplysninger ledelserne har brug for Har I adgang til nogen form for rapportering

Bilag 5 - Interviewguide til ledende lægesekretær

Introduktion

- Præsentation af mig selv
- kort om projektet,
- formål med interviewet,
- forment (optagelse, transskribering og anonymisering,
- eventuelle spørgsmål fra informanterne

Problemformulering	Forskningsspørgsmål Søger ofte forklaringer på bestemte fænomener, processer og sammenhænge	Interviewspørgsmål Søger konkrete beskrivelser af disse fænomener, processer og sammenhænge
Hvilke faktorer kan være årsag til, at det er svært for personale at registrere korrekt, i forhold til nogle af processmodellens delelementer?	Baggrundsspørgsmål	• Hvor længe har du været på LS • Hvor længe har du været i stillingen som ledende lægesekretær • Hvor meget kender du til Cosmic

For at få svar på ovenstående problemformulering stilles nedestående undersøgelsesspørgsmål

Forskningsspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
Manglende kendskab til systemet		- Anvender du Cosmic i dagligdagen - Hvad bruger du Cosmic til
Manglende kendskab til basisregistrering	Kender brugerne fællesindholdet for basisregistrering af sygehuspatienter (viden)	- Mar har besluttet på Færøerne, at vi skal følge de samme basisregistreringer som i Danmark. Disse basisregistreringer er nedfældet i dokumentet "Fællesindhold for basisregistrering af sygehuspatienter". Har du kendskab til disse regler. - Hvis ja - hvad er dit kendskab til dem?
Ledelsesansvar		- Hvad synes du, som ledende lægesekretær, er din opgave i forhold til THS overfor sekretærerne på centret - Følger du med i om de registreringer som registreres er korrekte? - Hvis ja - hvordan? - Er det en udfordring at få sekretærerne til at registrere korrekt?
	Har der være forandring i arbejdsopgaverne (organisation)	- Er der stor forskel på de arbejdsopgaver som sekretærerne havde før og efter Cosmic? - Hvis Ja - hvad blev der gjort for at forberede dem på de nye opgaver? - hvem informerede dem om disse ændringer?
		- Hvussu heldur tú at ávíkavist tín leiðsla og sjúkráhúsléiðslan leggur dent á at skrásetingarnar í mun til THS PAS / booking verða gjörðar rætt? - Hevur tú fingið nakra áheita frá leiðsluni um at tryggja at

Forskningspørgsmål	Underspørgsmål	Interviewspørgsmål
		skrásetingarnar eru rættar • Hvønn metir tú hefur ábyrgdina av at skrásetingarnar í skipanini verða rættar • Hvat heldur tú at THS-kjarnin hoyrir heima í hesum? • Gert tú tær nakrar tankar um hvat í upplýsingarnar sum verða skrásettar í skipanini skulu nýta til • Hvussu nógv kennir tú til leiðslukunning • Verður tú sum leiðandi læknaskrivari biðin um at fáa hendur á upplýsingum til leiðslukunning • Veitst tú hvar tú kanst fáa fatur á hesum upplýsingum • Hevur tú sjálv atgongd til hesar upplýsingar í form av atgongd til rapportir, sharepoint ella annað`?
Hvordan har undervisningen været i forhold til problemstillingen?		• Landssjúkrahúsið útbjóðar regluliga grundleggjandi undirvísing. Veitst tú hvat hetta gongur út upp á? • Hevur tú nakra meining um undirvísingina sum verður boðin út
Hvordan er kendskabet til tilgængeligt informationsmateriale?		• Veitst tú hvat fyri informatiónstilfar liggur atkomuligt - minnislepar og arbeidsgongdir • Gert tú nakrantíð vart við at brúkarnir kunnu brúkar hesar • Verður tað frá leiðslunar síðu fokusera upp á viðlíkahald av arbeidsgongum