

07-06-2018

Sundhedsprofessionelles adherence ved implementeret referenceprogram

**- Sekventiel metodetriangulering i case
studie om patienter med hoftenær
fraktur.**



AALBORG UNIVERSITET
STUDENTERRAPPORT

Udarbejdet af:
Ingerlise Rønfeldt

Titel:

Sundhedsprofessionelles adherence ved implementeret referenceprogram
- Sekventiel metodetriangulering i case studie om patienter med hoftenær fraktur.

Uddannelse:

Specialeprojekt 4. Semester
Kandidatuddannelse i
Klinisk Videnskab og Teknologi
Aalborg Universitet

Projektperiode:

2. februar- 7. juni 2018

Projektgruppe:

18gr.10503

Forfatter:

Ingerlise Rønfeldt

Vejleder:

Louise Bilenberg Pape- Haugaard

Sidetæl: 61**Antal bilag:** 8**Afleveringsdato:** 7. juni 2018

*Rapportens indhold er frit tilgængeligt,
men offentliggørelse (med kildeangivelse)
må kun ske efter aftale med forfatteren.*

Abstrakt

Indledning: Generelt er kvaliteten høj i det danske sundhedsvæsen, men der er stadig plads til forbedringer. Et af de værktøjer, der hjælper med at sikre høj kvalitet i pleje og behandling, er brug af evidensbaserede retningslinjer. Det ses derfor relevant, at disse implementeres og anvendes i klinisk praksis. Litteraturen belyser adskillige barrierer mod at anvende kliniske retningslinjer, som derved resulterer i manglende adherence. Barrierne som ses i litteraturen er bl.a. ressourcer, manglende viden og organisatoriske problemer ift. retningslinjerne.

Formål: Formålet med dette projekt er at få viden, der giver mulighed for at svare på, hvorfor kliniske retningslinjer ikke altid følges i praksis, når sundhedspersonale ved, at anvendelse bidrager til at sikre høj kvalitet og behandling af patienten. Det vil blive afklaret, om det skyldes patientens almene tilstand, eller om det skyldes at sundhedsprofessionelle har manglende adherence til at følge kliniske retningslinjer. På baggrund af fund og resultater i specialet, vil der blive præsenteret forsøg på løsningsmodeller for at sikre, at kliniske retningslinjer følges i fremtiden.

Metode: Metoden er sekventiel metode triangulering baseret på casestudie fra egen praksis i en ortopædisk afdeling. Dataindsamlingsmetoderne vil være systematisk litteratur søgning, audit og fokus gruppe interview. De indsamlede data vil blive diskuteret op imod litteraturen.

Fund og resultater: De vigtigste barrierer, der opstod var; Oplæring af nyansatte, dokumentation, Anvendelighed af PRI og ressourceforbrug. Barrierne syntes at lede til manglende adherence ift. at følge en klinisk retningslinje hos de sundhedsprofessionelle.

Barrierne er forsøgt belyst med forskellige løsningsmodeller. Disse er identificeret gennem litteraturen og ses derfor som anvendelige.

English abstract

Health Professionals Adherence to implemented Guidelines

-Sequential method triangulation in case study, including patients with a fractures hip

Introduction: Generally, quality is high in the Danish health service, but there is still room for improvement. One of the tools that help ensure high quality care and treatment is use of evidencebased guidelines in clinical practice. It seems therefor important that these are implemented and will be used in clinical practice. The literature shows several barriers as health professionals do not follow clinical guidelines, such as lack of time, lack of knowledge and organizational issues with the guideline.

Aim: The purpose of this project is to gain knowledge that enables to answer why clinical guidelines not always are followed in practice when health professionals contribute to ensuring high quality care and treatment for the patient. It will be clarified whether it is due to the general condition of the patients, or because nurses have a lack of adherence following clinical guidelines. Based on results and findings in this project, attempted solutions will be presented, to help ensure that clinical guidelines are followed in the future.

Methods: The methods are sequential method triangulation, based on a qualitative case study from own practice in an Orthopedic ward. There will be systematic literature search. Audit and Focus Group Interviews will be used collecting data, which will be discussed against literature.

Results and findings: The main barriers that emerged are; Lack of new employee training, Inadequate documentation, Convenience of document management and resources on the ward. These barriers seems to lead to adherence to following clinical guidelines.

Conclusion: Based on audit and focus group interviews, health professionals may have barriers to following clinical guidelines. The barriers are expressed in this thesis in the form of the need for further training of new employees, inadequate documentation, the ease of use of PRI and resource consumption for the health professionals.

All barriers are attempted to be met through different solutions. The solutions are identified through the literature and are therefore seen as a useful method for possible solutions. In conclusion, it can be said that the range of measures described as possible solutions has not been tested in practice, so it is not known if the measures are effective and useful in practice. Based on the literature, however, this is considered as properly.

Forord

Dette speciale er udarbejdet af gruppe 18gr.10503 i forbindelse med 4. semester projekt på kandidatuddannelse i Klinisk Videnskab og Teknologi ved Aalborg Universitet. Projektgruppen består af ét medlem, som er uddannet sygeplejerske i 1999 og har en diplomuddannelse fra 2010. Undertegnede arbejder som udviklingssygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling i Farsø og har sin daglige gang på afdelingen. Egne erfaringer derfra, vil blive anvendt undervejs i specialet sammen med de øvrige sundhedsprofessionelles oplevelser.

Projektet er udarbejdet i perioden 2. februar- 7. juni 2018.

Projektet henvender sig til sundhedsprofessionelle der arbejder med evidensbaserede kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser i klinisk praksis.

En stor tak skal lyde til samarbejdspartnere som har bidraget undervejs i udarbejdelsen af specialet.

- Ortopædkirurgisk afdeling O4 Farsø, som har stillet personale til rådighed til fokusgruppeinterview, samt patientdata til audit.
- Sygeplejerske med særlig klinisk funktion, Lis Kjær Larsen, Ortopædkirurgisk afdeling 109 Hjørring, som har deltaget i audit på patientdata fra Hjørring.
- Vejleder Louise Bilenberg Pape- Haugaard, Lektor på Aalborg Universitet, for støtte og konstruktiv feedback under udarbejdelsen af specialet.

Ingerlise Rønfeldt

Læsevejledning

Kapitlerne i specialet vil blive indledt med en kort metatekst, som står skrevet i kursiv under overskriften. Metatekstens formål er, at give læseren et overskueligt indblik i kapitlets indhold.

I specialet vil der ved kildehenvisninger efter punktum refereres til hele det foregående afsnit, kildehenvisninger før punktum, henviser til den enkelte sætning, mens kildehenvisninger midt i sætninger, henviser til teksten lige inden.

Forkortelser af ord angives i parentes. Første gang ordet anvendes skrives ordets fulde betegnelse, hvorefter forkortelsen anvendes. F.eks. elektronisk patientjournal (EPJ).

Citater vil være indrykket, med citationstegn og i kursiv. Kilde vil stå i parentes efterfølgende. Ved deltagere fra fokusgruppeinterview, vil de være betegnet som informant 1,2 osv. F.eks.

"For det er jo dem, der skal få det til at give mening for patienten, så det tror jeg er afgørende"
(INF2).

I rapporten anvendes referencesystemet Vancouver.

Ordforklaring

Adherence begrebet er oftest knyttet til patienten, men der kan endvidere ses på betydningen af om læger og sygeplejersker følger fælles kliniske retningslinjer. I dette speciale vil det være denne betydning der tales om, når adherence begrebet benyttes.

I specialet indgår flere betegnelser for forskellige retningslinjer, der følges i klinisk praksis. Jeg vil i denne læsevejledning kort forklare hvordan de skal forstås i denne sammenhæng:

Referenceprogram for patienter med hoftebrud: Nationalt referenceprogram som indeholder evidensbaserede anbefalinger til denne patientgruppe (1). Anbefalingerne danner grundlag for data der indsamles til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP). Denne database er en del af infrastrukturen for støttende landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser, hvoraf Dansk Tværfaglig Register for Hoftenerne lårbensbrud, er en del af.

Klinisk retningslinje: Systematisk udarbejdede retningslinjer, der kan bruges af klinikere og patienter, når de skal træffe beslutning om en passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i en specifik klinisk situation (2).

Patientforløbsbeskrivelse: I dette tilfælde en regional patientforløbsbeskrivelse, som tager udgangspunkt i referenceprogrammet og er derved udarbejdet ud fra evidens og best practice. Vil i dette speciale blive sidestillet med en klinisk retningslinje for at kunne generalisere resultater og fund.

Guidelines: Det engelske ord for retningslinje, og vil blive anvendt ved de kildehenvisninger som anvender denne betegnelse. De vil i specialet, blive betragtet som en klinisk retningslinje.

Instrukser: Et retningsgivende dokument, som omhandler en konkret opgave eller handling der skal udføres i plejen af patienter. Det kan ex. være "Iltbehandling efter større ortopædkirurgiske indgreb", "Hindsø test" m.m. De kan være en del af en bestemt Patientforløbsbeskrivelse, men kan oftest også anvendes til andre patientkategorier.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning.....	8
2.0 Problemanalyse	8
2.1 Barrierer ved implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer	9
2.2 Adherence	11
2.3 Problemformulering	12
2.4 Problemafgrænsning ved case	12
3.0 Metode	13
3.1 Studiedesign	13
3.2 Specialets flow.....	14
3.3 Teknologien	15
3.4 Litteratursøgning	15
3.5 Audit	18
3.6 Fokusgruppeinterview	19
4.0 Ethiske overvejelser	20
5.0 Teknologiens rammer og vilkår	21
5.1 Dokumentstyring PRI	21
5.1.1 Brugervenlighed ved anvendelse af PRI	23
5.2 Opbygning af patientforløbsbeskrivelsen	28
5.3 Delkonklusion	31
6.0 Resultater og fund	32
6.1 Resultater fra audit.....	32
6.1.1 Kvalitativ analyse af resultater fra audit.....	34
6.2 Fund fra fokusgruppeinterview	36
6.2.1 Professionelle og personlige barrierer	36
6.2.2 Den kliniske retningslinje som barriere	39
6.2.3 Organisatoriske- og omgivelser som barrierer	40
7.0 Diskussion	43
7.1. Oplæring af nyansatte	43
7.1.1 Løsningsmodel til oplæring af nyansatte.....	45
7.2 Dokumentation.....	46
7.2.1 Løsningsmodel til dokumentation.....	47
7.3 Anvendelighed af PRI.....	47
7.3.1 Løsningsmodel ift. anvendelighed af PRI.....	48

7.4 Ressourceforbrug	49
7.4.1 Løsningsmodel til ressourceforbrug	50
7.5 Metodens validitet	51
8.0 Konklusion	53
9.0 Perspektivering	54
Referencer	56

1.0 Indledning

I dette afsnit vil der komme en kort indledning ift. kvalitetsarbejde i det danske sundhedsvæsen.

I Danmark ses vores sundhedsvæsen som værende velfungerende og effektivt. Ministeriet for sundhed og forebyggelse har udarbejdet et nationalt kvalitetsprogram, som skal danne grundlag for kvalitetsarbejdet i årene 2015- 2018. I sundhedsvæsenet skal alle tilbydes lige adgang til behandling af høj kvalitet. Visionen for fremtidens kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet er, at kvaliteten skal være blandt den bedste i verden. Et af målene i kvalitetsprogrammet er at synlighed skal understøtte læringen og videndeling af den bedste praksis. Der anvendes en række forskellige redskaber til at sikre en høj kvalitet og patientsikkerhed, bl.a. tilsyn, kontrol og implementering af kliniske retningslinjer mv. Generelt er kvaliteten høj i det danske sundhedsvæsen, men der er stadig plads til forbedringer. Spredning af bedste praksis går for langsomt, og der findes områder med betydelig variation i kvaliteten. (3). Et af redskaberne der er med til at sikre pleje og behandling af høj kvalitet, er at der arbejdes ud fra evidensbaserede retningslinjer i klinisk praksis. Der er derfor vigtigt at disse er implementeret og anvendes, hvorfor det i dette speciale ses relevant at belyse yderligere.

2.0 Problemanalyse

Dette kapitel belyser kliniske retningslinjer som sundhedsteknologi samt hvilke barrierer der kan lede til adherence hos sundhedsprofessionelle ift. brug af kliniske retningslinjer. Adherence begrebet vil blive uddybet i dens betydning i dette speciale. Efterfølgende præsenteres problemformulering og problemafgrænsning som underbygges med case fra egen praksis.

For at supportere implementering af evidens i klinisk praksis, er der udviklet evidensbaserede guidelines og protokoller (4). Det aktuelle fokus på evidensbaseret praksis har ledt til udvikling af kliniske guidelines med det formål at supportere praktikere. Kliniske guidelines er bygget på evidens, og hvis den mangler, på kollektiv klinisk viden. Kliniske guidelines betegnes som en systematisk udviklet udmelding til at assistere praktikere og patienter ved valg af behandling. Brugen af evidensbaserede guidelines kan resultere i forbedret resultat for patient, personale eller organisationen. (5). Referenceprogrammer giver overblik over anbefalinger vedrørende de væsentligste kliniske problemstillinger (6). Ofte tager lokale patientforløbsbeskrivelser, kliniske vejledninger, instrukser m.m. udgangspunkt i et referenceprograms anbefalinger, for at sikre at pleje og behandling udføres ud fra evidens og høj kvalitet. Nogle af fordelene ved

at arbejde ud fra kliniske retningslinjer er, at det reducerer morbiditet, mortalitet, forbedrer effektiviteten og er besparende (7,8).

2.1 Barrierer ved implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer er i stigende grad en del af praksis og vil blive mere og mere anvendt i fremtiden. De kliniske retningslinjer kan ses som en strategi til forbedring af kvalitet af pleje til patienterne. Det kræver omhu at sikre deres anvendelse i praksis og kræver lokal tilpasning ved implementering (9).

WHO definerer sundhedsteknologi således:

*“Health technology refers to the application of organized knowledge and skills in the form of devices, medicines, vaccines, **procedures** and systems developed to solve a health problem and improve quality of lives” (10).*

Dette vil sige at procedurer, kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser ses som en sundhedsteknologi, hvilket de i dette speciale vil blive betragtet som.

Et systematisk review af Jin Jun har undersøgt sygeplejerskers barrierer ved anvendelse af kliniske retningslinjer, og gennem de inkluderede artikler (fra USA, Australien, Canada, Finland, Singapore, Sverige og Holland) ses det, at der i perioden 1995-2015 er stor variation i både hvordan og i hvilken grad kliniske retningslinjer er implementeret og anvendt (7). Den rapporterede adherence rate for sygeplejersker ift. guidelines var mellem 53% (11) og 83,4 % (4).

I Quiros et al.'s studie om personale på intensiv afdelings attitude til guidelines generelt og en specifik guideline om håndhygiejne, sås der manglende adherence ift. den specifikke guideline, da 52% af personalet mente de ville udvikle hudproblemer pga. alkoholen i plejeprodukterne, hvis de skulle følge guidelinen. Derfor fulgte kun 63,7% guidelinen, hvorimod personalet der ikke tænkte på hudproblemer, fulgte guidelinen i 72,3 % af tilfældene. Dette på trods af at 96,9% var enige om, at ved at følge guidelinen ville det mindske infektioner forårsaget af personalet (12).

McClusky et al. fandt i deres studie fra Australien, at der var flere slags barrierer mod implementering af en konkret guideline. En af barriererne, var personalets tro på både egne- og patientens evner. Det sås bl.a. ved at fysioterapeut ikke ville anbefale behandling, da han ikke forventede at patienten kunne udføre øvelse på gangbånd. Da patienten insisterede på dette, viste det sig at patienten kunne udføre testen (13). Dette viser vigtigheden af at personalet ikke drager forhastede beslutninger, om hvad patienten kan gennemføre af træning. Derudover var en del af barriererne om hvorvidt personalet var motiverede og havde intentioner

om at implementere guidelinen. Der var fokus på tilgængelige ressourcer og det enkelte personales egen opmærksomhed på at anvende best practice ud fra en guideline (13).

I et studie af Jannsson et al. sås der ingen forskel på sygeplejersker med lang og kort erfaring ift. anvendelse af klinisk retningslinjer. De erfarne sygeplejersker svarede dog rigtigt på flere spørgsmål end de uerfarne i spørgeskemaundersøgelsen, som omhandlede brug af mekanisk ventilation ift. pneumoni ved intensiv patienter. Der sås personalerelaterede barrierer såsom mangel på tid, mangel på evner, glemsomhed, mangel på personale og en oplevelse af at proceduren var unødvendig (14).

Ebben et al. udførte et studie i Holland om ambulancesygeplejerskers adherence til en national protokol. De sygeplejersker med længst uddannelse, anvendte guidelinen mindst. De var mere autonome og i mindre grad tilbøjelige til at anvende kliniske retningslinjer. De sygeplejersker, der kunne se mening med at anvende guidelines opfordrede kollegaer til at anvende dem. De havde en positiv tilgang til innovation og følte ejerskab af guidelinen. Dette førte til motivation og de komittede sig til at bedre plejen. Komplexitet af guidelinen havde betydning for adherence. (4). Det vil sige at det er vigtigt at der udarbejdes enkle og letforståelige guidelines.

McKee et al. undersøgte i deres studie sundhedsprofessionelles barrierer og bevidsthed ved implementering af kliniske retningslinjer. Der kom besvarelser af spørgeskema fra 37 lande og undersøgelsen var initieret af Europæisk Kardiovaskulært Selskab. Barrierer ift. at anvende kliniske retningslinjer blev opdelt i tre kategorier: Problemer med guidelinen i sig selv, professionelle og personlige problemer eller organisatoriske og omgivelseres problemer. Problemer med guidelinen skyldtes mangel på opmærksomhed på guidelinen, mangel på kendskab eller uenighed i konteksten i den enkelte guideline. Længde og kompleksitet af guideline havde betydning for om den blev anvendt. Ved kategorien professionelle og personlige problemer, viste det at professionelles attitude og færdigheder influerede på effektiv implementering. Mangel på træning, færdigheder eller viden havde betydning for implementering. Endvidere spillede motivation og personalets mening om at implementering af guidelines begrænser deres autonomi, når beslutninger skal træffes, en rolle ift. implementering. Ved organisatoriske og omgivelseres barrierer blev der blandt andet nævnt tid, ledelse, mangel på økonomiske ressourcer og at guidelines var uforenelige med lokale retningslinjer. Personalet oplevede i undersøgelsen, at de kliniske retningslinjer var for lange og for rigide til at kunne anvendes i praksis. Kun 12% implementerede guidelinen, hvor andre studier har en højere implementeringsgrad på 58- 80%. Personalet skønnede at det var pga. ledelsen, arbejdsbelastning og manglende tid, at implementeringen ikke lykkedes. (15). Dette understøttes af andre studier hvor tid, manglende adgang til guidelines, ressourcer og guidelines anvendelighed beskrives som årsager til ikke at anvende dem (16,17).

Kliniske retningslinjer er med til at sikre pleje og behandling til patienterne af høj kvalitet, idet der arbejdes ud fra evidens og best practice. Der ses hos sundhedsprofessionelle forskellige barrierer som leder til varierende grad af adherence ved implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer, på trods af at de ofte er bekendte med at det højner kvaliteten for patienten.

2.2 Adherence

De senere år er der kommet mere fokus på at patienten inddrages i egen pleje og behandling. Derved er begrebet adherence opstået. Adherence betyder tilslutning og afspejler, at patientens rolle er aktiv. Adherence begrebet indebærer, at patienten skal betragtes som en aktiv samarbejdspartner i et forsøg på at opnå et optimalt resultat. Læger og sygeplejersker har et ansvar for at gøre det nemmere for patienten at følge det behandlingsregime, som de foreskriver, frem for at formode, at det er patientens pligt at rette sig efter deres instruktioner. (18). Adherence begrebet er oftest knyttet til patienten, men der kan endvidere ses på betydningen af om læger og sygeplejersker følger fælles kliniske retningslinjer og betydningen af deres erfaring og uddannelse (19). Adherence omhandler i dette speciale, hvorvidt sundhedsprofessionelle følger kliniske retningslinjer og derved ikke har manglende adherence til dette.

Det er velkendt at sygeplejerskes arbejdskontekst er relateret til brug af evidens og at det kan påvirke sygeplejersken og patienttilfredsheden såvel som resultatet af plejen. Der er dog ikke beskrevet meget om sygeplejerskers forhold og adherence til guidelines. I Förberg's studie fra Sverige fulgte 91% af personalet guidelines om at spritte hænder, men kun 64 % brugte handsker, når de skulle rense venekateter. Ældre sygeplejersker havde i dette studie lavere adherence ift. at bruge handsker end yngre (11). Dette var en uventet opdagelse, da det i et andet studie sås størst adherence ved ældre sygeplejersker (20).

Litteraturen viser at det er relevant og vigtigt at arbejde ud fra kliniske retningslinjer. Læger og sygeplejersker skal etablere samarbejdsrelationer til patienterne, der kan bære, at patienterne tager magten over deres eget liv. Samtidig skal patienterne have støtte og hjælp til at gennemføre nødvendige forandringer i deres liv. Det betyder, at lægen og sygeplejersken skal opgive deres ekspertrolle, men ikke deres ekspertviden. Lægen og sygeplejersken skal sikre sig, at patienten har fået de faglige informationer, som er nødvendige for at kunne træffe en kvalificeret beslutning om f.eks. at starte behandling, og de skal sikre sig, at patienten har forstået, hvad det konkret indebærer, og hvad der sker, hvis behandlingen ikke følges. I stedet for kun at se på faktorer hos patienten som årsagen til nonadherence, bør man også inddrage betydningen af, om læger og sygeplejersker følger fælles kliniske retningslinjer, og betydningen af deres uddannelse og erfaring. (18).

Der kan ses forskel på standarders anbefalinger og patienters ønsker og forventninger. Medlidenhed med patienten kan få sygeplejersken til at fravige anbefalingerne i kliniske vejledninger. Ex. kan mobilisering af nyopererede patienter mod deres vilje opleves som en belastning for personalet. Patienter kan evt. tilbydes alternativer til programsatte aktiviteter, men det vil i nogle situationer være uhensigtsmæssigt. (19).

Nedsat adherence opleves hos nogle sundhedsprofessionelle ift. implementering og anvendelse af kliniske retningslinjer. Dette kan påvirke kvaliteten af den pleje og behandling patienterne bør modtage under indlæggelse, idet nedsat adherence kan medvirke til højere mortalitet og morbiditet for patienten (7,8).

2.3 Problemformulering

Den opnåede viden fra litteraturen leder hen til dette speciales problemformulering som lyder:

Når kliniske retningslinjer ikke følges kan det have betydning for kvaliteten af plejen og ved nogle patientgrupper få betydning for patientens mortalitet og morbiditet under og efter indlæggelse. Ved at anvende kliniske retningslinjer er det muligt for sundhedsprofessionelle at sikre at patienter modtager evidensbaseret pleje og behandling af høj kvalitet.

- **Hvilke barrierer kan ligge til grund for at sundhedsprofessionelle ikke følger kliniske retningslinjer, således at der ses manglende adherence?**
- **Hvilke løsningsmodeller kan medvirke til at sikre at kliniske retningslinjer følges, med henblik på at sikre patientpleje- og behandling af høj kvalitet i fremtiden?**

2.4 Problemafgrænsning ved case

Patienter med hoftebrud er en af de mest ressourcekrævende patientgrupper i det danske sundhedsvæsen. De har både høj komorbiditet og mortalitet (8). I 1999 blev det første referenceprogram til patienter med hoftebrud udarbejdet i Danmark. Programmet blev efterfølgende revideret i 2008. Referenceprogrammet omfatter overordnede kliniske anbefalinger for patienter over 65 år, der indlægges med hoftebrud. Formålet med referenceprogrammet har været at udarbejde landsdækkende opdaterede evidensbaserede kliniske anbefalinger til behandling, pleje og genoptræning til patienter med hoftebrud, for at optimere den sundhedsfaglige kvalitet til patienterne. Hos patienter med hoftebrud ses en et-års mortalitet på mellem 15- 30 %, og det er endvidere en skrøbelig patientgruppe med høj morbiditet. (1,21).

Referenceprogrammets anbefalinger strækker sig fra patienten indlægges på sygehuset til patienten udskrives og relaterer sig til de sundhedsfaglige ydelser patienten modtager i ortopædkirurgisk regi. (1).

På de ortopædkirurgiske afdelinger i Region Nordjylland, er der udarbejdet og implementeret en patientforløbsbeskrivelse, som tager udgangspunkt i anbefalingerne fra referenceprogrammet og derved sikrer at patientforløbet hviler på faglig evidens og best practice. Patientforløbsbeskrivelsen skal bl.a. sikre at der er en ensartet høj kvalitet i modtagelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienter med hoftenær fraktur på alle matrikler i de ortopædkirurgiske afsnit. Samtidig skal den sikre at alt personale kender egen rolle og ansvar i samarbejdet med og omkring patienten. (22).

Patientforløbsbeskrivelsen indeholder dag til dag programmer som er gældende for læger, sygeplejersker, sekretærer, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Den indeholder opgaver der skal løses den pågældende dag, for på den måde at give patienten den pleje og behandling de som minimum har behov for. For sygeplejersker kan det ex. være at observere smerter, sikre at patienten får ilt ved sengeleje, mobilisere patienten, samt sikre at patienten får tilstrækkelig ernæring, så det er muligt for patienten at restituere. (22).

Et tidligere udført studie om urinvejsinfektion hos patienter med hoftenær fraktur (Studiet er anmeldt til Den Regionale Videnskabetiske Komite, anmeldelses nr. 48712), har vist at 48% af patienter indlagt med hoftenær fraktur, ikke følger alle parametre af den implementerede patientforløbsbeskrivelse. Dette ses som et højt antal af afvigelser fra normal procedure, da patientforløbet er implementeret for år tilbage og forventes fulgt af plejepersonale og dermed patienter. Der er i det tidligere projekt ikke belyst, hvorfor patientforløbet ikke følges. Kan den manglende opfyldelse skyldes patienternes almene tilstand, da det er en skrøbelig patientgruppe med høj komorbiditet? Altså at patienterne er for dårlige til at deltage i de handlinger, der er en del af patientforløbet. Eller skyldes den manglende opfyldelse, at de sundhedsprofessionelle oplever barrierer i forhold til den implementerede patientforløbsbeskrivelse og dermed har manglende adherence til at følge kliniske retningslinjer?

3.0 Metode

I dette kapitel vil specialets metode blive præsenteret. Metoden der anvendes, er valgt for at kunne besvare problemformuleringen.

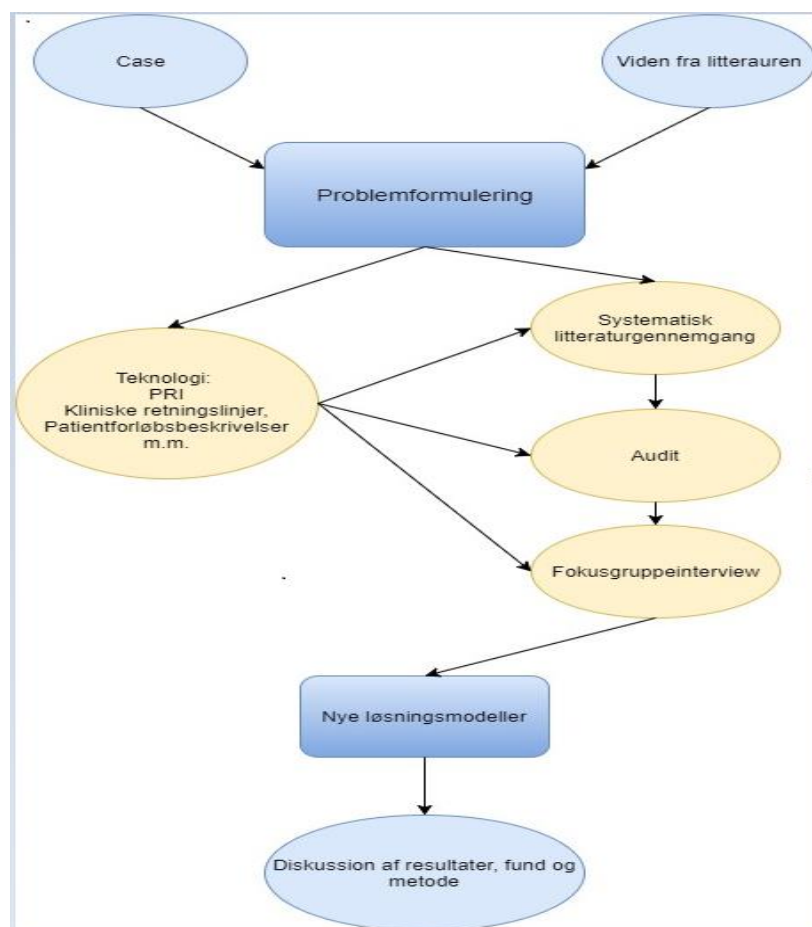
3.1 Studiedesign

For at kunne besvare dette speciales problemformulering vil der blive anvendt sekventiel metodetriangulering med udgangspunkt i et kvalitativt casestudie fra egen praksis.

Casestudier kan defineres som en strategi til at studere et komplekst eksempel og er baseret på en dybdegående forståelse af eksemplet, opnået ved omfattende beskrivelse, analyse og fortolkning af et eksempel taget i sin helhed og i sin sammenhæng (23). Casestudier kan være basis for generalisering, selv om dette er en udbredt misforståelse om case studier, at de ikke egner sig til dette (24). I dette speciale vil der blive taget udgangspunkt i en specifik case, som med audit som dataindsamlingsmetode vil blive anvendt til at belyse om patientens almene tilstand har betydning for om kliniske retningslinjer følges. Efterfølgende vil der blive foretaget fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle, for at belyse hvilke barrierer der ligger til grund for at de kliniske retningslinjer ikke følges og leder til manglende adherence. Interviewene udføres med en åben tilgang, for at opnå viden om en bredere og mere generel holdning til anvendelse af kliniske retningslinjer og patientforløb. Efterfølgende vil fund og resultater blive analyseret op imod relevant litteratur, der er fremkommet via systematisk litteraturgennemgang.

3.2 Specialets flow

For at skabe overblik over specialets flow er der udarbejdet nedenstående figur som viser dette (Figur 1):



Figur 1: Specialets flow, visende den anvendte sekventielle metodetriangulering.

3.3 Teknologien

For at kunne besvare problemformuleringen i specialet, er det nødvendigt at beskrive teknologiens vilkår i klinisk praksis. Herunder teknologiens brugervenlighed samt de fysiske rammer, som den fungerer i. Dette ses relevant, da brugervenligheden kan ses som værende relevant ift. at vurdere om de sundhedsprofessionelle har barrierer og nedsat adherence ift. at anvende kliniske retningslinjer.

PRI er Region Nordjyllands dokumentstyringssystem til retningsgivende dokumenter. PRI står for Politikker, Retningslinjer og Instrukser. I PRI kan man finde retningsgivende dokumenter for sygehusvæsenet i Region Nordjylland (25), herunder kliniske retningslinjer, patientforløbsbeskrivelser, instrukser m.m. PRI vil i specialet sammen med patientforløbsbeskrivelsen for patienter med hoftenære frakturer, danne baggrund for den teknologi der evalueres i dette speciale.

I specialet vil der blive anvendt ni overordnede heuristiske principper, som anvendes til at vurdere brugervenligheden af teknologien. Dette gøres ved at tage hvert enkelt heuristisk princip og analysere det, ud fra definitionen af princippet. De ni heuristikker er:

- Enkelhed
- Konsistens
- Opdagelighed
- Struktur
- Klarhed
- Kontrol
- Brugssignalering
- Tolerance
- Ergonomi
- Klinisk retningslinjes opbygning. (26)

Der vil blive foretaget gennemgang af Patientforløbsbeskrivelsen for hoftenære frakturer (22). Dette gøres for at vurdere dens opbygning ift. brugervenlighed og dens anvendelighed for de sundhedsprofessionelle, således at det bliver belyst om disse har indflydelse på eventuelle barrierer som opstår, ift. at anvende kliniske retningslinjer. Dette gøres for både at kunne præsentere fund og resultater ud fra egen praksis samt for at kunne generalisere ved hjælp af litteraturen.

3.4 Litteratursøgning

I specialets opstartsfase blev der foretaget fritekstsøgninger i Google Scholar og på Google.dk. Denne søgning skabte overblik omkring emnet og inspirerede til emneord, der kunne anvendes i den videre søgning i

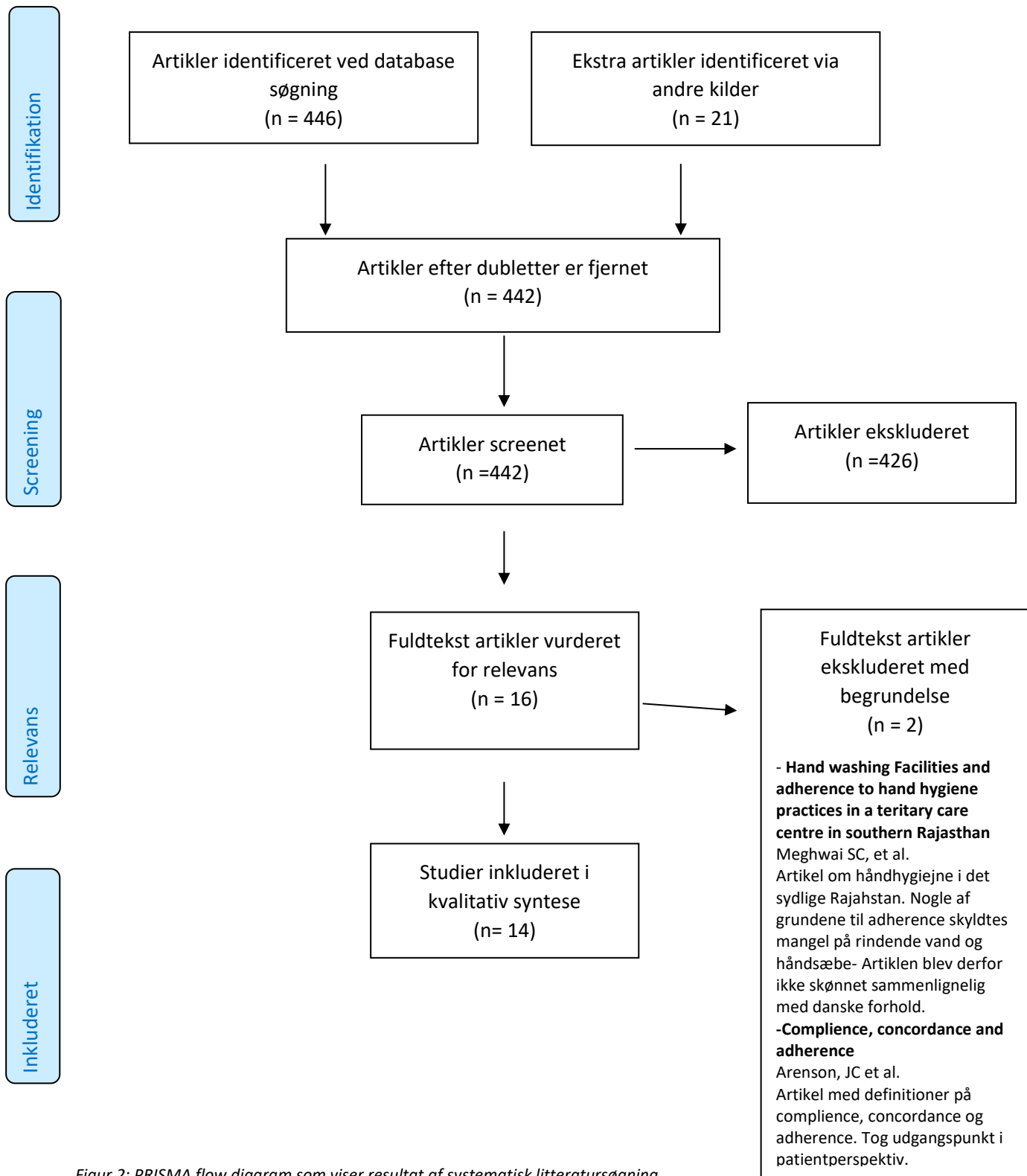
relevante videnskabelige databaser. Der blev endvidere søgt relevant litteratur i fagbøger og undervisningsmateriale fra uddannelsen.

Den systematiske litteratursøgning blev foretaget i de sundhedsfaglige databaser PubMed, Embase og CINAHL. Den er udført på baggrund af problemformuleringen ift. sundhedsprofessionelles adherence til at anvende kliniske retningslinjer. PubMed og Embase indeholder medicinsk og sundhedsteknologisk litteratur og er de største databaser i henholdsvis Amerika og Europa. CINAHL er en sygeplejefaglig database, hvilket ses relevant ift. problemformuleringen, som omhandler sundhedsprofessionelles adherence til kliniske retningslinjer, heriblandt sygeplejersker. Disse blev suppleret med søgninger i den tværfaglige citationsbase Web of Science. Der blev udarbejdet søgeblokke med boolske operatoren, således at det var muligt at foretage struktureret litteratursøgning. Søgeord er kvalificeret ved at anvende Mesh termer og CINAHL Headings. Derudover er der anvendt fritekstsøgning. Søgeblokke med anvendte boolske operatoren kan ses i bilag 1.

Yderligere er der søgt i tidsskriftet Sygeplejerskens bladarkiv, da dette eventuelt kunne vise relevant litteratur, idet databasen er sygeplejefaglig. Disse artikler er dog ikke videnskabelige, men kan give viden om emnet og via kædesøgning lede til evidensbaseret litteratur. Anvendt litteratur er lagt i artikelmatrix (Bilag 2), for på den måde at vurdere og systematisere evidensen af litteraturen, samt overskueliggøre litteraturen til brug ved skrivning af specialet. Udvælgelse af anvendt litteratur er foregået på baggrund af gennemlæsning af titel og abstract. Ved tvivl om relevans, ved læsning af den fulde artikel. Det følgende PRISMA flow diagram vil vise antal hits ved litteratursøgning (Figur 2):

PRISMA Flow Diagram

Frit oversat til dansk fra original litteratur (27).



Figur 2: PRISMA flow diagram som viser resultat af systematisk litteratursøgning.

3.5 Audit

Det tidligere udførte studie som blev beskrevet i casen, viste at 52 % af patienterne fulgte patientforløbsbeskrivelsen. De resterende 48 % fulgte ikke forløbet. Det er disse 48 % (30 patienter), der i dette studie vil blive anvendt som datamateriale til audit. Audit vil i specialet blive anvendt som en eksplorativ tilgang til at vurdere om patienterne er i så dårlig almen tilstand, at de ikke er i stand til at følge patientforløbet.

Audit er en metode til kvalitetsudvikling og kan anvendes til at fastlægge relevante kvalitetsmål. Metoden har til hensigt at sikre, at kvaliteten af ydelserne er i overensstemmelse med den eksisterende viden på området, eller er i overensstemmelse med konsensus om god klinisk praksis, såfremt der ikke foreligger eksisterende viden. (28). Audit vil blive gennemført som en retrospektiv kvalitativ analyse, baseret på data fra den elektroniske patientjournal (EPJ). Data vil i fremstillingen af resultater blive kvantificeret. Efterfølgende vil der ske en kvalitativ analyse af resultaterne.

Formålet med denne form for audit er at formulere standarder som udtryk for det, der ønskes opnået, samt fastlægge indikatorer til monitorering af kvaliteten (28). I dette speciale vil det sige, at standarden vil være, at alle patienter med hoftenær fraktur, behandles ud fra patientforløbsbeskrivelsen. Hvis der er afvigelser, pga. patientens almene tilstand eller andet, skal det dokumenteres i EPJ. Indikatoren vil være andelen af patienter med hoftenær fraktur, der behandles iht. patientforløbsbeskrivelsen, eller hvor afvigelsen er noteret i journalen. For at kunne vurdere hvilke dele af patientforløbet som patienterne ikke har fulgt, er der i det udarbejdede auditskema (Bilag 3) fokuseret på faktorer som er vigtige parametre i patientforløbsbeskrivelsen og som kan ses som kvalitetsmål for denne patientkategori. Audit vil blive gennemført på baggrund af eksplicite standarder, som er veldefinerede, objektive mål, der beskriver bedste praksis for en given ydelse. Eksplicite standarder kan have karakter af kvalitetsmål eller kliniske retningslinjer. (29).

Der vil blive auditeret på følgende parametre; Baseline data såsom køn og alder. Derudover hvilken form for bedøvelse der er anvendt, Ventetid fra indlæggelse til operation, Mobilisering inden for 24 timer efter operation, Smertescore noteret inden første mobilisering, Ernæring dokumenteret fuldt ud, delvist eller slet ikke, Komorbiditet, Mors under indlæggelse eller Andet. Disse parametre afspejler forskellige perspektiver af kvaliteten. Der ses et organisatorisk perspektiv, som omhandler koordination og kontinuitet set fra organisationens perspektiv (28). Dette ses blandt andet ved at der fokuseres på tilrettelæggelse af arbejdsopgaver, ex. ved ventetid på operation. Der anvendes også et klinisk perspektiv, som omhandler faglige kliniske ydelser og hvorvidt de lever op til de kliniske retningslinjer. (28). Ex. om der er smertescoret,

om kostregistrering er dokumenteret m.m. Målepunkterne er valgt ud fra patientforløbsbeskrivelsen, da disse er faktorer som bør være dokumenteret i EPJ.

3.6 Fokusgruppeinterview

I dette speciale vil der blive udført fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle ansat på en ortopædkirurgisk afdeling. Fokusgruppeinterviewet vil blive udført for at belyse om sundhedsprofessionelle har nedsat adherence ift. at anvende kliniske retningslinjer, og i så fald belyse hvilke barrierer der ligger til grund for dette.

Fokusgruppeinterview er et mildt styret interview, som koncentrerer sig om et bestemt emne. Ved at der er flere deltagere, vil interaktionen mellem personerne i gruppen stimulere til ægte og nuancerede udsagn (23). Den sociale interaktion er kilden til data, og den ses som en styrke i metoden. Deltagerne får mulighed for at sammenligne erfaringer og forståelser i gruppen, hvilket kan lede til at der produceres viden og koncentreret data om emnet (24).

Der er ved udvælgelse af deltagere til fokusgruppeinterviewet forsøgt at få både erfarne og mindre erfarne sundhedsprofessionelle til at deltage. Afdelingen er en arbejdsplads, hvor mange medarbejdere forbliver i en del år, så der vil eventuelt være overvægt af sundhedsprofessionelle med en del års erfaring fra afdelingen. Udvalget tog samtidig udgangspunkt i hvem der var på arbejde den pågældende dato, som afsnitsledende sygeplejerske valgte, ift. andre opgaver der skulle løses af personalet. Dette kan ses som hindrende for den sociale udveksling, hvis personalesammensætningen bliver for heterogen (30). Dog bør gruppen heller ikke være for homogen. Ex. hvis personalet er for ens ift. tid de har været uddannet, alder, køn m.m. Det at deltagerne er delvist tilfældigt udvalgt efter hvad der var muligt det pågældende tidspunkt, kan have betydning for interaktionen i fokusgruppen. Alle deltagerne er kvinder, idet der kun er ansat kvinder på sengeafdelingen i øjeblikket og det derved ikke var muligt at få mandlige deltagere.

Deltagerne kender hinanden fra arbejdspladsen. Dette har betydning for fokusgruppen, da deltagerne er trygge ved hinanden og har let ved at tage del i samtalen, fordi de kender hinandens reaktionsmønstre (24). De har mulighed for at uddybe hinandens perspektiver pga. delte erfaringer og oplevelser (30). Alle deltagerne er personer undertegnede kender, idet undertegnede selv er ansat i afdelingen. Dette kan være et kritikpunkt af fokusgruppeinterviewet, da det at moderator kender deltagerne, kan resultere i at kommunikationen bliver underforstået og der ikke kan stilles "dumme spørgsmål" om indlysende ting (30). Der blev inviteret fire sygeplejersker til at deltage i fokusgruppeinterviewet. Dette antal blev valgt da

samtaleemnet omhandlede bestemte arbejdsrutiner og litteraturen nævner at små fokusgrupper med fordel kan anvendes til dette emne (30).

Fokusgruppeinterviewets rammer var:

- Der var afsat 1,5 time til fokusgruppeinterviewet
- Deltagere blev inviteret via mail og indkaldt i arbejdskalender (Outlook)
- Deltagerne blev orienteret om at ledelsen havde afsat tid, således at det var muligt for dem at deltage
- Fokusgruppeinterview skulle foregå i mødelokale på hospitalet
- Der vil blive serveret kaffe, te, vand og lidt sødt til deltagerne

Deltagere skal give informeret samtykke til deltagelse i fokusgruppeinterviewet (30). Der er udarbejdet blanket med informeret samtykke, som deltagerne skal underskrive inden fokusgruppeinterviewet påbegyndes (Bilag 4). Deltagere vil blive informeret om at data anonymiseres ved videre anvendelse.

Ved udarbejdelse af moderatorguiden (Bilag 5) vil der blive anvendt en blandet tragtmodel til at strukturere fokusgruppen. I den blandede tragtmodel kan der indarbejdes fordele fra både den løse og den stramme model. Dette sker ved at starte åbent og slutte med en strammere styring af moderators spørgsmål. På denne måde bliver det muligt at give plads til deltagernes perspektiver og samtidig være sikker på at få belyst egne forskningsinteresser. (30).

Fokusgruppeinterviewet vil blive optaget på telefon, efterfølgende vil data vil blive transskriberet af moderator. Ved at undertegnede selv udfører transskribering, sikres detaljer som kan være relevante for den specifikke analyse, samt det vil være muligt at huske eller komme i tanke om sociale og emotionelle aspekter af interviewsituationen, således at meningsanalysen allerede her påbegyndes (31).

Data vil blive analyseret i e kategorier, der meningsmæssigt hænger sammen. På denne måde finder undersøgeren ud af hvad der er blevet talt om indholdsmæssigt. Ved den efterfølgende begrebsliggørelse sættes kategorierne op i forhold til teoretiske begreber (31). Dette ses ved at fund fra fokusgruppeinterviewet diskuteres op imod litteraturen på området.

4.0 Etiske overvejelser

Det tidligere projekt, som danner baggrund for den initierende undring i dette speciale er anmeldt til Den Regionale Videnskabsetiske Komite i Region Nordjylland, under anmeldelsesnummer: 48712, samt anmeldt til Datatilsynet under Aalborg Universitetshospitals paraplyanmeldelse.

Audit er anmeldt til Klinikledelsen i Hoved- Orto, idet der kræves ledelsesgodkendelse ifm. opslag i patientdata ved andet end vanligt kvalitets- eller UTH- arbejde (Utilsigtede hændelser) (Bilag 6). Det er ikke skønnet at specialet har betydning for patienterne. De er derfor ikke informeret om audit.

5.0 Teknologiens rammer og vilkår

I dette kapitel vil PRI blive yderligere præsenteret for at give større forståelse for teknologien. Dette for at forstå de sundhedsprofessionelles arbejdsgange ift. at få fysisk adgang til kliniske retningslinjer, herunder patientforløbsbeskrivelser, således at de er mulige for de sundhedsprofessionelle at anvende. Der vil blive anvendt heurstikker for at evaluere kvaliteten af brugervenligheden af dokumentstyringssystemet. Herunder en præsentation af afdelingens fysiske rammer, da disse kan have indflydelse på hvordan PRI anvendes i praksis.

Afsnittet vil endvidere komme med en uddybende beskrivelse af opbygningen af patientforløbsbeskrivelsen, for at beskrive, hvorledes brugervenligheden og anvendeligheden af denne, har indflydelse på de sundhedsprofessionelles arbejde.

Der vil i fremstillingen blive taget udgangspunkt i egne og øvrige sundhedsprofessionelles tidligere oplevelser på afdelingen, ift. måden at anvende teknologien på.

5.1 Dokumentstyring PRI

PRI er en database, som sundhedsprofessionelle anvender til at fremsøge patientforløbsbeskrivelser, instrukser, kliniske retningslinjer m.m. i klinisk praksis. Formålet med PRI er, at personalet altid skal have adgang til korrekte og opdaterede dokumenter, som er godkendt af relevante fagpersoner. Der er adgang til PRI-systemet fra alle PC'ere med internetforbindelse og det kræver ikke login at bruge systemet (32). Dette sikrer at de sundhedsprofessionelle altid har mulighed for adgang til databasen.

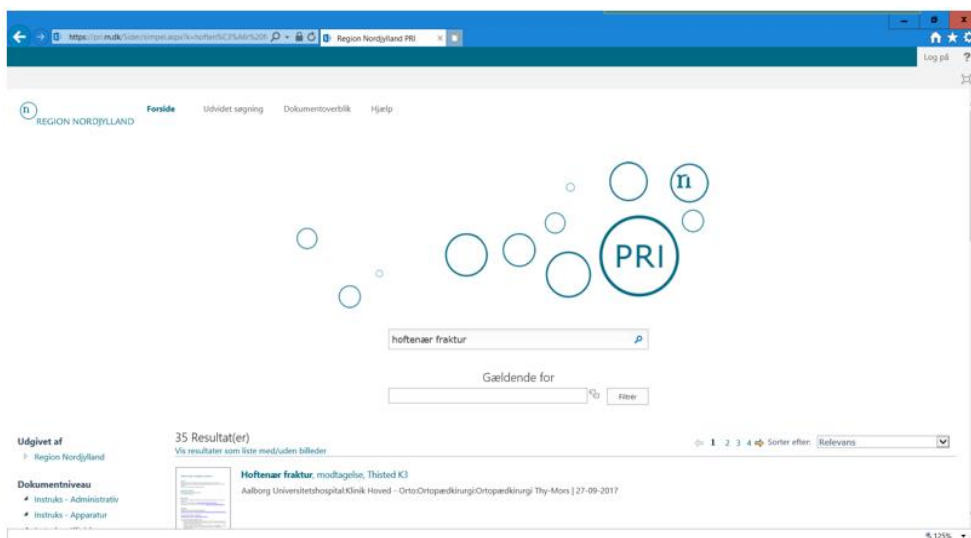
Hvis de sundhedsprofessionelle skal søge i PRI, er der følgende muligheder (Figur3) (33):

Hvad vil du søge på?	Forklaring	Hvad skal du skrive? (eksempler)
Ét ord	Du kan søge på et ord, som du ved/tror indgår i enten titel, søgeord eller i teksten.	Urografi
Frase	Du kan søge på en frase - dvs. mere end et ord, men hvor du kender den rette rækkefølge. Det kan eksempelvis være to ord adskilt af et mellemrum eller de første ord af en titel. Du skal sætte anførselstegn før og efter frasen.	"CT Urografi"
Flere ord	Du vil gerne søge på mere end ét ord, men ikke nødvendigvis i sammenhæng/korrekt rækkefølge. For at få et søgeresultat skal alle ord optræde i enten titel, dokumentets indhold eller i dokumentets søgeord.	collimation smooth
Enten eller	Du vil gerne søge på mere end ét ord, idet du er usikker på, hvilket af ordene der indgår. Der kan kun søges på to ord af gangen - og du skal sætte bindestreg imellem. Herved søges der på dokumenter, der indeholder et eller begge af de anførte ord (i enten titel, indhold eller som søgeord).	Planlægning-planlægger

Figur 3: Mulige søgemuligheder i PRI.

Egne og kollegaers oplevelser fra afdelingen viser at der ofte ses problemer med at fremsøge dokumenter i PRI. Ofte kommer relevante retningslinjer ikke frem, selv om der søges på den konkrete titel, som en given instruks har. Dette har påvirket personalet på afdelingen, således at de sundhedsprofessionelle flere gange har fortalt at de i stedet googler instrukser m.m. og efterfølgende printer dem ud og gemmer fysisk på afdelingen. Dette er ikke en tilladt metode at arbejde efter, da det kan medføre at instruksen der følges ikke er den korrekte, som der skal følges i Region Nordjylland. Endvidere kan det resultere i at instruksen der følges, ikke er opdateret med den nyeste viden.

De sundhedsprofessionelle oplever endvidere at hvis der kommer resultater frem ved en søgning i PRI, kan det stadig være vanskeligt at finde den rigtige instruks, da der ofte kommer mange hits. Se eksempel i nedenstående figur (Figur 4):



Figur 4: Billede af søgning i PRI, som viser 35 resultater på søgeordet, hoftefraktur.

Billedet viser, at hvis de sundhedsprofessionelle eks. skal finde patientforløbsbeskrivelsen for patienter med hoftefraktur, og skriver hoftefraktur i søgefeltet, fremkommer der 35 hits. Dette bekræfter at de sundhedsprofessionelle skal være skarpe i deres søgeord. Hvis der i stedet skrives patientforløbsbeskrivelse, fremkommer den for patienter med hoftefraktur, som den første, men iblandt 78 hits. Det store antal hits belyser at det kan være vanskeligt for de sundhedsprofessionelle at fremsøge den korrekte retningslinje. Det er endvidere en tidskrævende proces at lede efter den korrekte retningslinje blandt så mange mulige, da det ikke altid er den øverste, der er det relevante dokument som den sundhedsprofessionelle ledte efter.

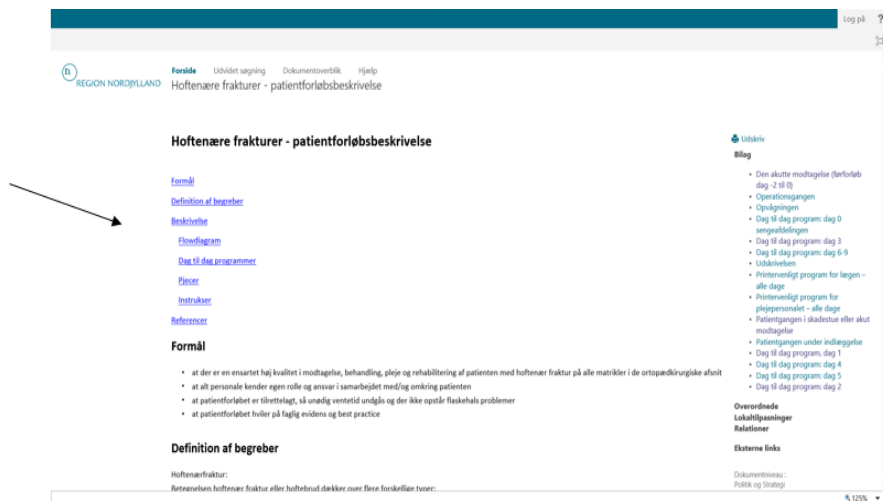
Disse udfordringer med teknologien PRI, kan ses som en faktor der eventuelt kan have indflydelse på hvorledes de sundhedsprofessionelle anvender kliniske retningslinjer i deres daglige arbejde på afdelingen. Det kan derved få indflydelse på kvaliteten af den pleje og behandling som patienterne tilbydes, da deres viden eventuelt ikke er opdateret, hvis der arbejdes ud fra en ældre klinisk retningslinje. Ydermere kan vanskelighederne ved at fremsøge den korrekte retningslinje, eventuelt føre til modstand mod at anvende PRI, samt manglende adherence ift. at følge patientforløbsbeskrivelsen, hvis de sundhedsprofessionelle har problemer med at lokalisere de relevante retningslinjer.

5.1.1 Brugervenlighed ved anvendelse af PRI

For at belyse brugervenligheden af en website kan der tages udgangspunkt i heuristikker. Disse vil i afsnittet blive anvendt til at belyse om brugervenligheden ved PRI, kan forklare hvorfor de sundhedsprofessionelle

eventuelt har barrierer ift. at anvende teknologien. Punkterne vil i det følgende danne udgangspunkt for en kort sammenligning mellem PRI og "Det gode design", således at brugervenligheden af PRI tydeliggøres.

- **Enkelhed-** Skal være med til at sikre at brugergrænsefladen er nem at overskue (26). Siden fremstår meget enkelt med regionens logo, søgefelt, faneblade med diverse muligheder og log on mulighed. I PRI kan brugeren efter at have tastet søgeord ind, indsnævre søgningen ved at indtaste den afdeling vedkommende er ansat på. Dette skal dog gøres hver gang man laver en søgning. Det kunne fungere mere enkelt, hvis dette var en standardindstilling, som kunne fravælges hvis der ikke var behov for denne, da det oftest er dokumenter fra ens egen afdeling der er relevante at fremsøge for sundhedsprofessionelle.
- **Konsistens-** Sikrer en genkendelig præsentation og interaktion som svarer til brugernes forventninger (26). PRI er opbygget med søgefelt i midten. Derudover er der fire faneblade der kan væges imellem. Der er i venstre hjørne regionens logo, og log on i øverste højre hjørne. Dette ses konsistent da det ligner andre søge- websides, ex. Google. Når der søges, kommer der en del hits frem i PRI (se eksempel i figur 4). Når der påbegyndes et ord i søgefeltet, kommer PRI med muligheder, der kan skrives. Dette ses som konsistent med andre sider. Når ens søgeord er tastet ind, kommer der hits frem med muligheder. Der er på skærmen en kolonne til venstre, som på andre sider med regionens navn, oplysninger om hvilken form for dokument det er m.m. Det er her muligt at scrolle ned til det relevante hit og klikke det frem. Når det fremsøges, forsvinder konsistensen, idet websiden ændrer udseende.
- Kolonnen med oplysninger om siden er flyttet over i højre side. Der skal scrolles et stykke ned på siden, før end oplysningen om hvilke hospitaler patientforløbet er gældende for viser sig. Først på siden ses der links til de forskellige afsnit i patientforløbsbeskrivelsen (se figur 5).



Figur 5: Forsiden af patientforløbsbeskrivelsen i PRI. Pilen viser links til de forskellige afsnit i patientforløbsbeskrivelsen, der kan vælges.

Formål og definitioner er de først fremkomne på siden. Når der scrolles ned på siden kommer der efterfølgende et flow diagram over patientens forløb. Først derefter kommer dag- til dag programmer, som er dem de sundhedsprofessionelle anvender ift. hvilke handlinger der skal udføres hos patienterne. Disse er også at se som link øverst i højre kolonne. Længere nede på siden kommer der link til pjecer og relevante instrukser. I alt er der 58 links i patientforløbet. Hvis der klikkes ind i dag- til dag programmet og den sundhedsprofessionelle ser at der er en handling om at patienten skal lejres i sengen, vil hun evt. som nyansat lede efter en instruks som forklarer hvordan patienten skal lejres. Denne forefindes ikke. De instrukser der er omkring lejring er til brug på operationsstuen under operationen. Dvs. at den sundhedsprofessionelle ikke kan finde hjælp til hvordan hun lejrer en patient med en hofte- og knæfraktur i patientforløbsbeskrivelsen. Dette medvirker til at konsistensen af patientforløbet mindskes. Dette kan dog ikke tilskrives teknologien, men mangel på instrukser.

- **Opdagelighed**- Handler om synlige elementer som er placeret således at de er lette at få øje på (26). Elementerne der kan vælges på PRI's forsider er placeret i øverste venstre hjørne og valgmuligheder er skrevet med lille skrift. Der er ingen hjælp, når cursoren kører hen over fanebladene. Man skal i stedet klikke på "Hjælp" for at få et billede frem, som siger noget om hvad fanerne anvendes til.
- **Struktur**- En naturlig gruppering og kategorisering ud fra brugernes behov og i en naturlig rækkefølge (26). Der er i PRI mulighed for strukturering af data. Ex. er der en fane der hedder "Dokumentoverblik", hvor ex. Ortopædkirurgien er en mulighed. I denne fane ligger alle dokumenter

fra Ortopædkirurgien, som angår selve behandlingen af patienterne. Derudover findes der dokumentsamlinger for administrative handlinger, patientforløbsbeskrivelser m.m. Dokumenterne er dog samlet på tværs af matrikler m.m. hvilket giver mulighed for mange instrukser om samme emne, da der ofte findes matrikel afhængige forskelle i instrukser m.m. Der kommer derved et stort antal dokumenter, som ikke umiddelbart er overskuelige for brugeren.

Hvis brugeren logger sig på systemet, fremkommer der en fane, der hedder "Min side". På denne er det muligt at gemme dokumenter som er relevante og ofte anvendes i praksis. Dette kan være en mulighed for at gemme de dokumenter, som de sundhedsprofessionelle bruger igen og igen. Der er dog en stor del af personalet, der ikke er bekendt med denne funktion.

- **Klarhed-** Forståelig, præcis kommunikation (26). Søgefelterne på forsiden af PRI, er uden hjælpetekst, så det ikke fremgår tydeligt hvorledes de skal anvendes. Dette skaber uklarhed over, hvad felterne kan bruges til. Ex. giver søgefeltet "Udvidet søgning", ingen mening for almenbrugeren, idet det ikke er muligt at fremsøge nogle resultater ved at anvende den blot med søgeord. Der skal også være datoer på for dokumenter, hvilket ikke giver mening for de sundhedsprofessionelle, som ikke kender og anvender dato for dokumentets oprindelse til noget i deres daglige arbejde. Dette vil for de sundhedsprofessionelle være en tidskrævende metode til at fremsøge instrukser.
- **Kontrol-** Brugeren og ikke systemet styrer. Passende tempo. Handlinger kan fortrydes (26). Brugeren af PRI er den styrende og tempo er tilpas. Det tager ikke lang tid at fremsøge dokumenter. Handlinger kan fortrydes ved at anvende "fortryd pil". Problemet opstår, da der fremkommer mange urelevante dokumenter ved en del søgninger. Ofte kommer der mellem 20-30 dokumenter frem, som de sundhedsprofessionelle skal gennemgå, for at finde den korrekte. Dette kan være en potentiel fejlkilde, da de sundhedsprofessionelle kan komme til at anvende en instruks, der ikke er godkendt i egen afdeling.
- **Brugssignalering-** Brugsanvisende udformning og interaktive signaler som fortæller hvordan de skal anvendes (26). Brugssignalering ved anvendelse af PRI er ikke en mulighed. Der kommer ikke interaktive signaler frem ved anvendelse, og fanerne fremstår ikke intuitive, således at det er enkelt at anvende. Hvis ikke den sundhedsprofessionelle forstår at anvende programmet, kan der under fanen "Hjælp" søges en instruks frem, hvor der fremgår hvordan PRI kan anvendes.

- **Tolerance-** Tolerance ses som en fornuftig tolkning af brugernes forsøg på at anvende systemet (26). PRI har fået en funktion som foreslår andre ord, hvis der foretages ex. en stavfejl. Hvis det korrekte ord kommer frem som forslag, kan der klikkes på dette og hits på søgeordet fremkommer. Denne funktion har været efterspurgt i flere år, før dette blev en mulighed i PRI. Tidligere kom der ingen muligheder frem som brugeren kender fra andre websider.
- **Ergonomi-** Skal være fysisk let at bruge. Udfordrer ikke motoriske og sanselige evner (26). Brugergrænsefladen i PRI viser at tekst med søgemuligheder er tæt på hinanden, så det er enkelt at lede i felterne. Teksten er meget lille på siden, og der er megen blank plads på forsiden, så større tekstfelter ville være en mulighed. Ergonomisk ses det endvidere at PRI har begrænsninger ift. de fysiske rammer, der er i afdelingen. Sengeafdelingen er en stor afdeling med fysiske rammer til 46 sengepladser. Der er derfor langt fra kontoret og ud til de yderste sengestuer. Dette forsøges vist på illustrationen nedenfor (Figur 6).

Træningssal	Gennemgangsrums Depoter, skyllerum m.m.	Observationsafsnit
4- sengsstue		
2- sengsstue		1- sengsstue
2- sengsstue		1- sengsstue
4- sengsstue	Medicinrum	4- sengsstue
Dagligstue	Gennemgang	Kontor
4- sengsstue	Gennemgangsrums Depoter, skyllerum m.m.	Kaffestue
2- sengsstue		2- sengsstue
2- sengsstue		2- sengsstue
4- sengsstue		4- sengsstue
4- sengsstue		4- sengsstue

Figur 6: Illustration af afdelingen, visende hvordan kontor er placeret ift. sengestuer.

Der er i afdelingen computere på rulleborde, således at de sundhedsprofessionelle kan medbringe dem til sengestuerne, når de uddeler medicin og skal dokumentere deres pleje m.m. Internet forbindelsen kan dog ses som værende svingende, da der ofte er problemer med den trådfri internetforbindelse ved de sengestuer som ligger længst fra kontoret. Der er forsøgt med internet forstærkere, dog uden et fuldstændigt positivt resultat, hvilket bevirker at de sundhedsprofessionelle ofte udfører dokumentation på kontoret og sjældent hos patienten på sengestuen. Dette er en medvirkende faktor mod at der udføres tidstro dokumentation i afdelingen.

Det ovenstående viser at PRI har visse mangler, for at leve op til heurstikker om "et godt design". Brugervenligheden af PRI, er af kollegaer vurderet til at være dårlig. At PRI er så vanskeligt og tidskrævende at anvende kan lede til barrierer mod at anvende teknologien i det daglige arbejde. At google instrukser er ofte hurtigere, end at skulle lede mellem mange hits i PRI. Dette kan lede til modstand mod at anvende programmet. Teknologien kan med fordel udbygges yderligere, for at gøre det mere brugbart og anvendeligt for sundhedsprofessionelle.

5.2 Opbygning af patientforløbsbeskrivelsen

Patientforløbsbeskrivelsen for hoftenære frakturer har følgende formål:

- At der er en ensartet høj kvalitet i modtagelse, behandling, pleje og rehabilitering af patienten med hoftenær fraktur på alle matrikler i de ortopædkirurgiske afsnit
- At alt personale kender egen rolle og ansvar i samarbejdet med/og omkring patienten
- At patientforløbet er tilrettelagt, så unødigt ventetid undgås og der ikke opstår flaskehals problemer
- At patientforløbet hviler på faglig evidens og best practice (22)

Patientforløbsbeskrivelsen er opbygget ud fra en skabelon, som anvendes til alle afdelingens patientforløbsbeskrivelser. Den indeholder formål, definition af begreber, beskrivelse med flow diagram, dag- til dag programmer, pjecer, instrukser og referencer.

Dag- til dag programmerne er det centrale i patientforløbet, som de sundhedsprofessionelle arbejder ud fra. Opstillingen af dag- til dag programmerne ses i nedenstående figur (Figur 7).

Lægebehandling:	Sygepleje:	Fysioterapi:	Ergoterapi:	Sekretær:
Information: Opfølgning af information om operation og postoperativt forløb og plan til patient og pårørende	Information: - Opfølgning af information om operation og postoperativ plan - Indlæggelsessamtale suppleres med patienten, hjemmeplejen, og pårørende i forhold til patientens før- og fremtidige ressourcer. - Pårørende anmodes om at medbringe tøj, sko, egen medicin og toiletsager jf. patienten bog	Information: Instrueres i regimet for patienter opereret for hoftefraktur.		
	Planlægning og koordinering: 2. avis til hjemmeplejen mhp. evt. behov for bistand / pleje ved udskrivelsen. Informere om postoperative plan.			
Behandling og undersøgelser: - Svar til patienten om evt. per – operative røntgenbilleder og deraf evt. afvigelser fra oprindelig postoperative plan - Vurdering af postoperative blodprøver - Stillingtagen til	Behandling og observationer: - Observation af dræn. Evt. seponering - Observation af P, BT, Tp - Observation af benets lejrning, varme, kapilær respons, bevægelighed og sensibilitet - Observation af forbindelse jf. hygiejniske retningslinjer - Observation af saturation jf. instruks - Decubitus profylakse jf. procedure	Behandling og observationer: - Patienten instrueres i øvelser for det opererede ben (aktive / ledet aktiv) - Forflytning ud og ind af seng - Op at stå og gå ved hjælp af passende ganghjælpemiddel - Scoring efter CAS.	Behandling og observationer: - Artrodesepute udleveres til patienter der fik indsat hemi-alloplastik - Evt. udlevering af småhjælpemidler	Behandling og observationer: - Klærgøre journal til stuegang - Have svar parat - Have henvisning til medicinsk stuegang klar - Lægge diabetesskema frem ved Diabetes

Figur 7: Dag- til dag program, Dag -1 i patientforløbsbeskrivelse

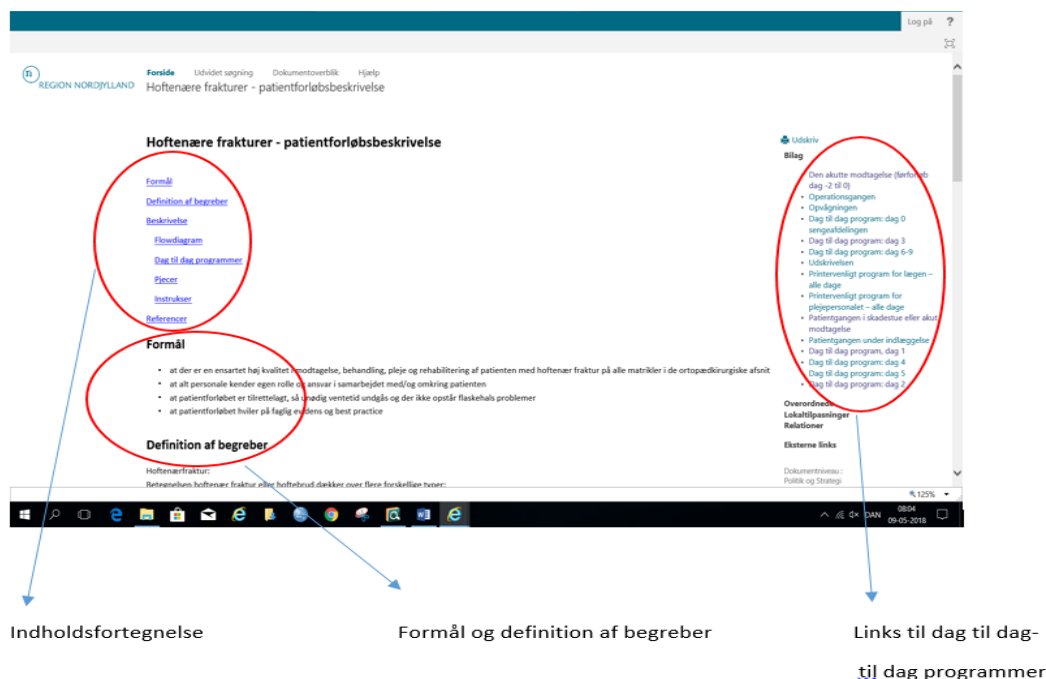
Dag- til dag programmerne kan anvendes som en huskeliste til sekretær, læge, plejepersonale, fys- og ergoterapeuter, hvor de handlinger der skal udføres ifm. den enkelte patient, er beskrevet for alle de nævnte faggrupper (22). Derudover bør der tages individuelle hensyn til den enkelte patients behov for yderligere pleje og behandling.

Alle dag til dag programmer er oplyst i:

- Den akutte modtagelse, dvs. førforløbet dag -2 til dag 0
- Dag 0, operationsgangen
- Dag 0, Opvågningen
- Dag 0, Sengeafdeling
- Dagene 1- 9. Dagene 1- 6 er forskellige i handlinger der skal udføres. Dagene 6-9 er ens, da det er samme handlinger der gentager sig dagligt
- Udskrivelsen (22)

Samlet, ses patientforløbet med et førforløb, et operationsforløb, et indlæggelsesforløb og udskrivelse.

Formål og definition af begreber er det første tekst der kommer frem, når man logger sig ind på siden (Figur 8). De øvrige punkter henvises der til med link (22).



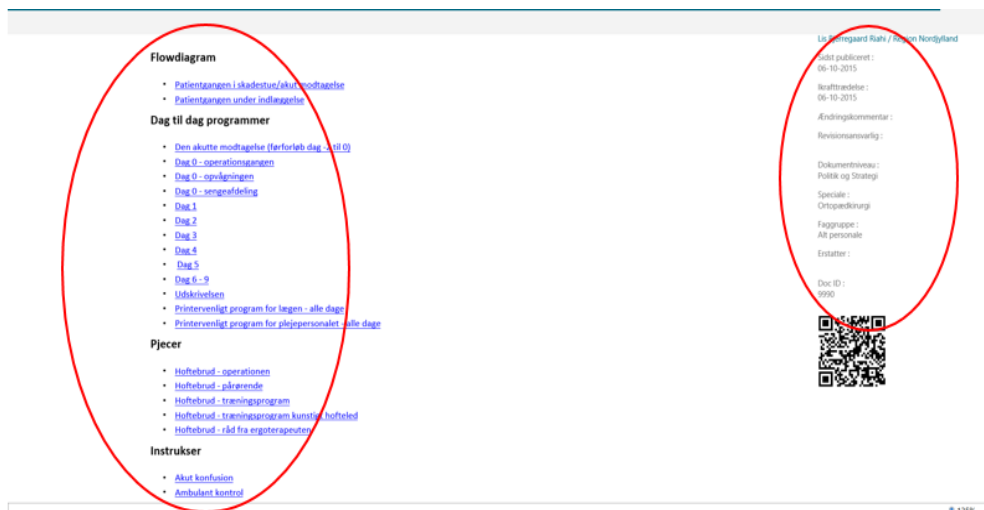
Figur8: Forside i PRI af "Hoftefraktur - Patientforløbsbeskrivelse".

I højre side af billedet, er der en kolonne, øverst med link til dag- til dag programmer, efterfølgende med diverse oplysninger om forfatter, hvornår dokumentet er gældende fra og til, faglig ansvarlig, redigeringsansvarlig m.m (Figur 9). Disse oplysninger er konsistente og opbygget ensartet på de fleste dokumenter i PRI.

Efterfølgende flow diagram viser patientens gang i skadestue/ modtagelsen og under indlæggelsen (22).

Der er mulighed for at printe en lommevenlig version af dag- til dag programmet ud, som ex. nyansat plejepersonale kan anvende, for at sikre at alle handlinger huskes og bliver udført. Den printervenlige version er et 10 sider langt dokument. Størstedelen af de sygeplejehandlinger, der ifølge patientforløbsbeskrivelsen skal udføres i dag- til dag programmerne, er det ikke muligt at finde instrukser på i patientforløbsbeskrivelsen. Disse handlinger ses som grundlæggende sygepleje og er derfor ikke nærmere beskrevet. Disse vil ofte tillæres af nyansatte, ved at observere erfarne kollegaer og ved sidemandsoplæring.

Nederst er der links til pjecer til patienten og links til relevante instrukser, som de sundhedsprofessionelle skal arbejde ud fra (Figur 9). Der er i alt 58 links i patientforløbsbeskrivelsen. Disse skal åbnes via diverse programmer, ex. Word, Exel m.m. hvilket tager tid, når de sundhedsprofessionelle skal fremsøge et dokument, de skal anvende i deres daglige arbejde.



Figur 9: Til venstre: Links til dag- til dagprogrammer, Pjecer og instrukser. Til højre informationer om forfatter, hvem instruksen er gældende for m.m.

Instrukserne der henvises til, i patientforløbsbeskrivelsen er både generelle på hospitalsniveau (Ex. Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom - TOKS) og mere specifikke for den enkelte patientkategori og afdeling (Ex. Dansk tværfagligt register for Hoftensære Lårbensbrud (tidligere NIP)). De generelle instrukser kan derfor være lettere at huske, idet de anvendes til flere patientkategorier i afdelingen.

Instrukserne er opbygget ift. en konkret handling, som der skal udføres. De ses konsistent ift. Patientforløbsbeskrivelsen, med opbygning af fanen til højre med de praktiske oplysninger om forfatter, revisionsdato m.m. I teksten starter instruksen ligeledes med formål og definition hvorefter der kommer beskrivelse af problemet, indikation for behandling samt behandlingsmulighed.

5.3 Delkonklusion

Udfordringerne ved at fremsøge patientforløbsbeskrivelsen i PRI kan vanskeliggøre de sundhedsprofessionelles arbejde og kan lede til barrierer mod at anvende teknologien. Brugervenligheden af PRI som teknologi, kan ses som værende nedsat. Dette blev tydeliggjort ved analysen af de ni heuristikker ift. brugervenlighed. Begge faktorer kan eventuelt have indflydelse på de sundhedsprofessionelles adfærd, således at der bruges "for meget tid" på at fremsøge dokumenter, eller de korrekte dokumenter fremsøges ikke, og der bliver i stedet fulgt instrukser, som er googlet og evt. ikke er gyldige i egen afdeling.

6.0 Resultater og fund

I dette kapitel præsenteres specialets resultater og fund. Der præsenteres kvantitative data fra audit samt kvalitativ analyse af disse. Efterfølgende præsenteres fund fra fokusgruppeinterviews.

6.1 Resultater fra audit

Resultaterne fra audit bidrager til at opnå viden om hvorfor de kliniske retningslinjer følges i utilstrækkelig grad i klinisk praksis.

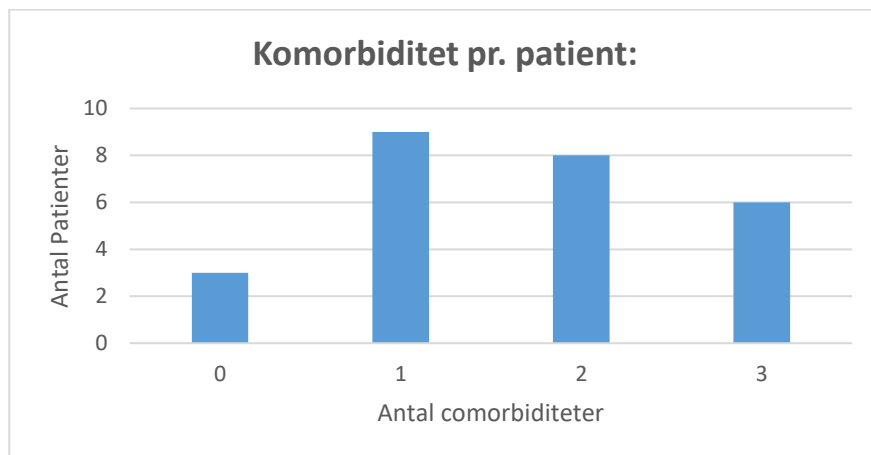
Af de 30 inkluderede patienter til audit, faldt tre patienter fra pga. alder under 65 år og en pga. overflytning til anden region. Audit blev derfor gennemført på 26 patienter.

En del af resultaterne præsenteres i tabel 1.

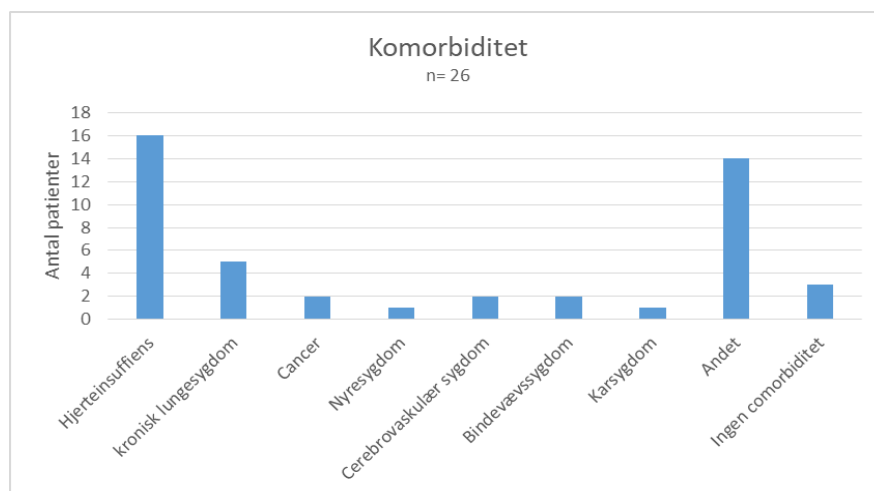
Køn	Kvinder 21	Mænd 5	
Alder gennemsnit	84,5 år (72- 96)		
Bedøvelsesform	Generel anæstesi 12	Spinal anæstesi 14	
Ventetid fra indlæggelse til operation (antal timer)	23,4 timer (3-49)		
Mobiliseret indenfor 24 timer postoperativt	Ja 13	Nej 13	
Hvorfor er patienter ikke mobiliseret?	Dårlig/ smerter 5	Ingen begrundelse 7	Ønsker ikke mobilisering 1
Dårlige patienter	Patienter der blev overflyttet til anden afdeling 5	Forvirret eller alment dårlige patienter 4	
Patienter som af ukendt årsag ikke fulgte patientforløbsbeskrivelse	n= 26 9 dårlige patienter + en mors = 10 Resterende 16 fulgte af ukendt årsag ikke patientforløbet.		

Tabel 1: Audit resultater, alle resultater i figuren er vist med det faktiske antal patienter.

Der sås tre patienter, som ingen komorbiditet havde under indlæggelsen (Figur 10). De øvrige patienter havde en eller flere slags komorbiditet, som kunne have betydning for deres tilstand under indlæggelsen (Figur 11).



Figur 10: Auditresultat ift. antal komorbiditet pr. patient.

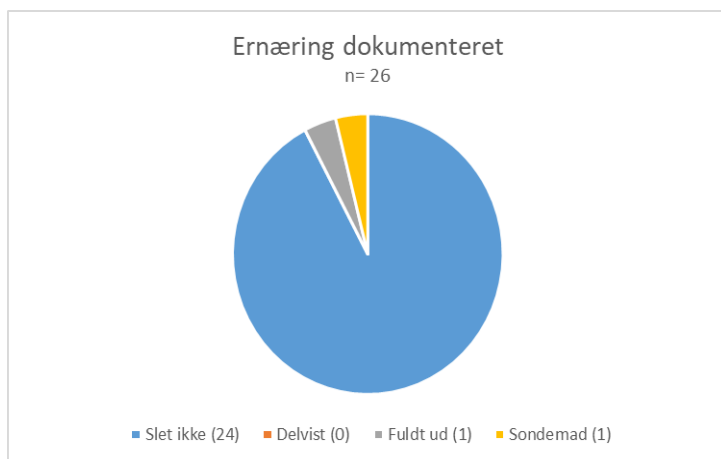


Figur 11: Auditresultater visende typer af komorbiditet hos patienterne.

En patient ønskede ikke at blive mobiliseret, første gang der blev forsøgt mobilisering, inden der var gået 24 timer efter operation.

Der sås en gennemsnitlig ventetid på operation på 23,4 timer. Der ses hos otte patienter, at ventetiden var over 24 timer.

Et andet parametre, der blev auditeret på, var om den anbefalede sufficente ernæring var fulgt. Der er ved kun to patienter, ført i EPJ, at de har fået ernæring ift. den kliniske retningslinje (Figur 12). Den ene patient fik sondemad og den anden er kostregistreret fuldt ud.



Figur 12: Auditresultat visende dokumentation af ernæring.

Kun ved 6 patienter (23%) var der dokumenteret, at der var blevet spurgt ind til smertescore, ved første mobilisering.

6.1.1 Kvalitativ analyse af resultater fra audit.

Størstedelen af patienterne, der var inkluderet i audit var kvinder (21) og 5 var mænd. Dette stemmer overens med litteraturen, som viser at der ses flest kvinder med hoftebrud (21). Gennemsnitsalderen var 84,5 år, rangerende mellem 72- 96 år. Den høje alder på denne patientgruppe er en medvirkende årsag til at det ses som en skrøbelig gruppe.

Der sås ved audit kun 3 patienter uden komorbiditet. De øvrige 23 patienter havde en eller flere slags komorbiditet, udover deres hoftefraktur. Dette ses lignende i litteraturen, som viser at der ofte ses høj komorbiditet og medicinske komplikationer hos patientgruppen (7,8,1). At en stor del af patienterne har en eller flere slags komorbiditet, tydeliggør at det er en svag patientgruppe. Dette kan have indflydelse på deres evne til at følge patientforløbsprogrammet, bl.a. ift. mobilisering.

Målet med genoptræning og tidlig mobilisering efter operation, er at patienten opnår bedst mulige funktions- og egenomsorgskapacitet (1). Derfor lægger patientforløbsbeskrivelsen op til tidlig mobilisering (inden 24 timer postoperativt).

Audit viste at kun 50% (13 patienter) af patienterne blev mobiliseret indenfor 24 timer postoperativt. Dette på trods af at mobilisering er vigtig for rekonvalescens og kan lede til yderligere komplikationer i

rekonvalescensperioden, hvis det ikke sker. Der ses bl.a. signifikant sammenhæng mellem forsinket mobilisering og udvikling af pneumoni og nyopstået delir (34). Tidlig mobilisering er associeret til kortere indlæggelse (35). Mobilisering er derfor en opgave, der bør vægtes højt på de ortopædkirurgiske afdelinger, da det kan have indflydelse på den enkelte patient samt indlæggelsestiden.

En patient ønskede ikke at blive mobiliseret indenfor 24 timer. Dette kan indikere nedsat adherence hos patienten på dette punkt, på det givne tidspunkt. Patienten blev dog mobiliseret efterfølgende.

Ventetid på operation kan skyldes praktiske forhold, som hvornår der er ledig plads på operationslejet. Ventetiden kan endvidere skyldes at patienten har behov for optimering inden operation, enten pga. nyopståede komplikationer ifm. frakturen, eller ifm. patientens komorbiditet. Referenceprogrammet henviser til at patienter bør opereres indenfor 24 timer (1). Dette underbygges af studier der viser øget mortalitet ved operationsforsinkelse udover 24 timer (36,37).

Audit viste at der kun var ført kostregistrering på to patienter. Dette kan afspejle at de øvrige patienter ikke fik sufficient ernæring, eller at dette ikke blev dokumenteret i EPJ. Patienter med hoftefraktur indtager ofte spontant kun 50-60 % af deres daglige energi- og proteinbehov (38). Mange har nedsat appetit og kan døje med kvalme pga. den smertestillende behandling. Dette kan medføre at de ikke indtager sufficient ernæring. Patientforløbsbeskrivelsen er med til at sikre at personalet skal have fokus på at udføre kostanamnese ved indlæggelse og opfordre og tilbyde proteinrige drikke samt mellemmåltider, således at patienterne får et højere kostindtag. Se eksempel fra patientforløbsbeskrivelsen med ernærings-relaterede sygeplejehandlinger dag 1 efter operation.

- Opfølgning af kostregistrering
- Udregne væskebalance mhp. tilskud
- Tilbyde p-drik og superkost
- Medinddrage patienten i ernæringsplan
- Patienten vejes
- Videreføre kost og væskeregistrering
- Mobilisere patienten til stol til måltiderne
- Evt. hjælp til indtagelse af mad og drikke
- Observation af kvalme, Evt. give kvalmestillende. (22)

Der var seks patienter, der var adspurgt om smertescore inden første mobilisering. Ifølge instruks skal patienter spørges ind til dette minimum en gang i hver vagt, samt ved behov (22). De første postoperative dage bør der spørges ind til patientens smertescore hyppigere, da der ofte ses stærke smerter her (39). At smertescores kun var dokumenteret ved seks patienter, ses som mangelfuldt ift. at følge

patientforløbsbeskrivelsen og evt. ift. at give patienten tilstrækkeligt med smertestillende medicin, således at det er muligt at mobilisere dem.

Audit viste en lille overvægt af patienter bedøvet med spinal anæstesi og lidt færre i generel anæstesi. At næsten halvdelen af patienterne opereres i generel anæstesi kan ses som uhensigtsmæssigt, da Referenceprogrammet for patienter med hoftebrud anbefaler operation i spinal anæstesi (1). Dette anbefales da bedøvelse i spinal anæstesi er med til at reducere risiko for dyb venetrombose samt kvalme og opkastning (40,41). En kontraindikation mod at bedøve patienten i spinal anæstesi, er hvis patienten er i antikoagulationsbehandling, hvilket er forekommende hos en del patienter med hoftefraktur (1). Der er ikke målt på denne indikator ved den aktuelle audit.

Målet ift. patientforløbsbeskrivelsen er at alle sundhedsprofessionelle skal følge den, for at sikre patienten bedst mulige kvalitet i plejen. Hvis dette ikke er muligt, skal afvigelser noteres i EPJ. Det kan konkluderes at dette ikke er sket hos en del af patienterne. Det kan ud fra audit ikke ses, om den manglende opfyldelse af at følge patientforløbsbeskrivelsen, skyldes at opgaverne ikke er udført, eller om de ikke er dokumenteret.

6.2 Fund fra fokusgruppeinterview

Der blev foretaget to fokusgruppeinterviews. Grunden til dette, var at det oprindelige fokusgruppeinterview blev aflyst pga. sygdom i afdelingen. Derfor blev der i stedet, foretaget to fokusgruppeinterviews med henholdsvis tre og en person, da dette var det fysisk mulige under de forekommende betingelser. Der deltog to sygeplejersker og en social- og sundhedsassistent i det første fokusgruppeinterview. Det andet fokusgruppeinterview var med én sygeplejerske. Alderen på deltagerne varierede mellem 25 og 61 år. Deres ansættelsestid i afdelingen var mellem 2 og 20 år, så der var opnået stor spredning i alder og ansættelsestid. Informanterne vil blive benævnt som værende fra fokusgruppeinterview 1 (Bilag 7), eller fokusgruppeinterview 2 (Bilag 8).

Moderatorguiden (Bilag 5) var delt op i tre emner og svarene fra interviews vil derfor blive præsenteret under disse overskrifter.

6.2.1 Professionelle og personlige barrierer

De sundhedsprofessionelles forståelse af kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser ses som værende dokumenter der skal følges, for ikke at glemme opgaver der skal udføres.

”Nu har vi så mange forskellige patientkategorier, så man skal også huske... Nu er jeg både på øst og på vest, og har også studerende, og er væk på uddannelse, så jeg kan ikke altid huske de forskellige kategorier” (Fokusgruppeinterview 1).

(I fokusgruppeinterviewene omtaler de sundhedsprofessionelle at de er på øst og vest. Dette er betegnelser der anvendes i afdelingen. På øst ligger de elektive patienter, der får nye hofter og knæ. På vest ligger de patienter, der er indlagt med traumer, heriblandt patienter med hoftenært brud, skulder- og hånd kirurgi).

Men samtidig ses det som værende en sikring for kvaliteten af de ting der skal udføres, idet patientforløbsbeskrivelsen er evidensbaseret. De er ”testet” og en af informanterne oplever det også som en sikkerhed for patienten.

Alle informanter oplyser at patientforløbene anvendes i hverdagen på afdelingen. Det er oftest ved patientkategorier, som de ikke plejer på daglig basis, at de anvender patientforløbene til at slå op i.

”Hvis man lige skal ind til en kategori patient man ikke har været inde ved i lang tid, så kan jeg godt finde på lige at tage dem. De hænger jo i mapperne over skrivebordet. Så kan man lige vinge dem til side og se, hov hvad er det nu, har du husket det hele?” (Fokusgruppeinterview 1)

Derudover anvendes patientforløbene i høj grad af de senest ansatte ifm. introduktion i starten af deres ansættelse, hvor en forklarer at hun sad og skrev ned på en seddel, hvad hun skulle huske hos de forskellige patientkategorier.

De patientforløb, som de arbejder oftest med, ligger på rygraden og der ses derfor sjældent behov for at slå op i patientforløbsbeskrivelsen. Men hvis der er opgaver som ikke udføres så ofte, går de ind og kigger. De sundhedsprofessionelles erfaring spiller derved ind ift. hvilke patientkategorier de normalt plejer og passer.

Hvis der opleves udfordringer ift. at gennemføre den pleje som er beskrevet i patientforløbsbeskrivelsen ses der en barriere ift. manglende tid.

”Der kan godt somme tider være nogle tidsfaktorer, synes jeg. Hvis man lige skal nå at have en patient klar til operation. Har du nået det hele? Så kan der måske være noget der smutter, på den konto, at man ikke har tiden”. (Fokusgruppeinterview 1)

Her opleves barrieren som at der ikke er tid nok til at klargøre patienten inden operation og derved er det ikke muligt at følge patientforløbet. En informant beskriver at hvis hun ikke kan følge patientforløbsbeskrivelsen, dokumenterer hun det og giver opgaven videre til sine kollegaer og beskriver hvordan det dokumenteres i EPJ.

”Så vidt muligt prøver jeg at skrive de afvigelser, der nu er altså, det er jo meningen med vores dokumentation, at vi skal skrive afvigelserne og ikke bare de normale forhold. Så det skriver man og laver en handling, ex. hvis der er en collum femoris patient, der ikke er blevet vejet som de skal på 3. dagen, så ved jeg at der skal laves en handling til 4. dagen, og så laver jeg en handling i vores system, hvor dagvagten den pågældende data skal veje patienten, så der er opfølgning på det”. (Fokusgruppeinterview 2)

Informanterne har endvidere oplevet at der ses handlinger, der ikke er udført af kollegaer iht. patientforløbsbeskrivelsen. Dette begrundes i overflytning af patienten fra anden afdeling, eller ukendt begrundelse for hvorfor handlingen ikke er udført.

Ift. om patientforløbet altid følges, ses der at informanterne ikke altid følger patientforløbsbeskrivelsen fuldt ud.

”Nej, det tror jeg ikke. Det vil jeg ikke påstå. For så skal jeg have det ved mig, hele tiden. Og jeg slår jo ikke op dagligt, for at kigge på den. Det er sjældent jeg slår op og tænker, hvordan er det nu lige med den her patient, og så slår jeg op. Men jeg kan jo godt føle at jeg har styr på det, og så slår jeg jo ikke op”. (Fokusgruppeinterview 1)

Ift. spørgsmål om hvordan de sundhedsprofessionelle dokumenterer deres sygepleje ses der uenighed om hvor meget der dokumenteres. En informant oplever at hun dokumenterer alt, hvorimod en anden påpeger at hun dokumenterer afvigelserne.

”Nu er jeg selv flasket op med at man skal dokumentere det som afviger fra normalen. Hvis patienten har spist og drukket sufficient de sidste 14 dage, så er der ingen grund til at blive ved med at skrive. Hvis han ikke spiser sufficient, skal man skrive det. Så er det også man kan oprette de problemområder, så man kan have fokus på afvigelserne”. (Fokusgruppeinterview 1)

En af informanterne oplever at hun opretter mange handlinger og til dels også problemmark. Dem har hun dog ikke erfaring med at hendes kollegaer anvender og læser, hvorfor hun ikke anvender dem så ofte, som hun mener de burde. Hun foreslår at problemmarkene kunne laves mere emnerelaterede, således at der blev opnået større overskellighed. Andre områder dokumenteres også forskellige steder.

Interviewer spørger ind til om de sundhedsprofessionelle anvender søgeordene ”ernæring” og ”smertescore” i EPJ.

”Vi skal jo screene for ernæring, når vi modtager en patient. Og smertescore, der bruger jeg godt nok mest at skrive i status”. (Fokusgruppeinterview 1)

”Så er det også meget afhængig af hvor travlt man har. Da jeg arbejdede i Aalborg, der arbejdede vi med rød, gul, grøn kode afhængig af hvor travlt vi havde. Den sidder sådan stadig lidt i mit baghoved. Og har jeg tid til det, er det en fornuftig arbejdsdag, så går jeg ind og kigger hvornår jeg skal screene igen, tryksår f.eks. der skal du jo gøre det hele tiden, kun hvis der ikke er lav risiko. Men nogle gange er jeg nødt til at prioritere det fra, hvis vi ligger vandret”. (Fokusgruppeinterview 2)

Informanterne oplever at de ind i mellem må lave prioriteringer, der påvirker dokumentationen. Endvidere oplyser de at de dokumenterer samme emner forskellige steder, hvilket giver et usikkerhedsmoment ift. om ens kollegaer læser det, der er noteret.

Informanterne oplever at motivation for at anvende kliniske retningslinjer er tilstede og vurderer at det har betydning for at de følges.

”For det er jo dem, der skal få det til at give mening for patienten, så det tror jeg er afgørende”. (Fokusgruppeinterview 2)

*”Vi **skal** jo bruge dem, så på den måde kan det være lige meget om man er motiveret. Men når først man har travlt så betyder motivationen jo noget. For hvis jeg har for mange opgaver ift. min tid, så skal jeg jo prioritere. Og så prioriterer jeg jo også ud fra hvad jeg synes der er vigtigst. Og finder jeg ikke dokumentation og tryksårsscreening vigtigt, fordi jeg finder noget andet vigtigst, så er det jo motivation for at bruge det. Så på den måde kan man godt dreje det sådan”. (Fokusgruppeinterview 1)*

Motivation til at følge de kliniske retningslinjer ses som værende tilstede ved de sundhedsprofessionelle. Både fordi de skal, men også fordi det har betydning for patienterne. Endvidere ses dog, at de prioriterer arbejdsopgaverne, hvis de er presset på tid.

”Man prioriterer hvad er vigtigst, når der er gået nogle dage. Så kan man godt lige vige fra et eller andet”. (Fokusgruppeinterview 1)

6.2.2 Den kliniske retningslinje som barriere

Informanterne vurderer at patientforløbsbeskrivelserne er overskueligt bygget op. De er hurtige og nemme at slå op i og finde det der søges. Det at de forskellige forløb er beskrevet ensartet, giver overskuelighed. En

informant oplyser at hun aldrig læser forord og referencer, da hun har blind tiltro til at patientforløbene er udarbejdet efter bedste evidens på området. Hun synes dog at forløbene er lange, målt på dage patienterne kan være indlagte.

"Jeg ved ikke hvor langt det er. Er det her det? De er alt for lange. Vi udskriver jo patienterne meget hurtigere end det her. Jeg ved at det benamputerede forløb har gået til dag 21, og det har vi jo stort set aldrig brugt. Det var måske lige da man indførte det". (Fokusgruppeinterview 2)

"De er overskuelige. Tekstmæssigt er de hurtige til at man kan få et overblik. Man skal ikke sidde og stave sig igennem en masse. Man kan godt ind imellem undre sig over forløbene, nogen skal ex. have tjekket urinen inden operationerne, og andre skal ikke, sådan nogle ting, synes jeg er lidt mystisk. Men selve anvendelsen af dokumentet, synes jeg er fin og overskuelig". (Fokusgruppeinterview 1)

Informanterne oplever at det er nemt med hængemapperne, der sidder ved skrivebordene på kontoret, således at de hurtigt kan slå op i dag- til dag programmer. De er dog bevidste om at de ikke må hænge der, idet de ikke opdateres straks, hvis der kommer ændringer i pleje af patienterne.

6.2.3 Organisatoriske- og omgivelser som barrierer

Der ses forskellige svar på om personalet oplever at de har god tid i løbet af en arbejdsdag. En informant oplyser at hun når det hun skal.

"Nææ, jeg synes egentligt, jeg synes der er tid nok, jeg synes jeg får brugt det tid jeg skal på mine patienter. Jeg føler det er tilstrækkeligt når jeg går hjem og er tilfreds med at jeg har leveret den sygepleje jeg gerne vil. Der kan selvfølgelig være en enkelt dag, det ikke går sådan, men ellers så synes jeg egentlig jeg er meget tilfreds med det jeg tilbyder patienterne". (Fokusgruppeinterview 2)

Dog oplyser hun, at hun ikke læser de kliniske retningslinjer, selv hvis hun har tid. Kun hvis hun har en patient, det omhandler. Hun holder sig ikke ajour med, hvad der ellers foregår i afdelingen.

De øvrige informanter ved fokusgruppeinterviewet oplever at de ofte har travlt. De oplever ikke, at de har tid til at fordybe sig i at læse patientforløbsbeskrivelserne.

"Nu har jeg jo studerende så jeg er ligesom nødt til at bruge tiden sammen med hende også, for at vi kommer godt igennem tingene og være et forbillede for hende også. Så på den måde er det lidt svært lige og...". (Fokusgruppeinterview 1)

En informant oplever dog at det er godt givet ud, hvis man tager sig tid til at sætte sig ind i forløbene.

"Det er ikke bare altid det er, det kan godt være at man synes man bruger tid på det, men så kan det være at det er givet godt ud i den anden ende. Fordi du så kommer forbi noget, du så ikke lige kommer i tanke om klokken fem minutter i tre. Åh, det fik jeg ikke lige gjort. Ved at du lige bruger tid på at skimme sådan en procedure. Så ja". (Fokusgruppeinterview 1)

Hvis der kommer ændringer i patientforløbene, bliver de orienteret på onsdagsmødet og ellers kan de jo selv gå ind og se om der er opdateringer af forløbene. Når interviewer spørger ind til om de gør det, svarer de alle nej. Kun hvis de skal anvende det hos en bestemt patient.

"I hverdagen går jeg ikke ind og studerer noget af det, kun hvis jeg skal bruge det. Det er på den måde". (Fokusgruppeinterview 1)

Informanterne føler alle at deres kollegaer også er motiverede for at anvende og arbejde ud fra de kliniske retningslinjer. De anvender ofte sidemandsoplæring og hjælper hinanden på den måde.

"Men vi deler jo meget erfaringer på afdelingen. Så hvis det er jeg ikke ved, eller en anden ikke ved, så spørger vi jo typisk en anden, som jeg tror har mere erfaring på området. Så søger jeg det ikke selv. Det gjorde jeg mere da jeg var i Aalborg...". (Fokusgruppeinterview 1)

"Ja, og sidemandsoplæring, det bruger vi rigtig meget". (Fokusgruppeinterview 2)

De to informanter, der har været ansat i kortest tid på afdelingen oplever at de kunne have haft gavn af en bedre oplæring og introduktion til de forskellige patientforløb.

"Jeg er ikke oplært på vest overhovedet. Jeg er oplært på øst, og så er jeg bare blevet smidt over på vest. Det har været lidt svært, og det ved jeg fra andre nye sygeplejersker at de har akkurat samme følelse, og nyansatte, de stemmer i med hælene. Fordi åh nej, nu skal jeg over til det. Jeg kunne godt bruge at der var lidt mere introduktion til vest og de patienter der er derovre, så man ikke selv skal opdage det hen af vejen". (Fokusgruppeinterview 1)

"Ja for hvis man tænker ift. patientforløbene, hvis du ikke er introduceret til dem, hvordan følger man dem så?" (Fokusgruppeinterview 1)

Der ses forskellige holdninger til om informanterne oplever ledelsesopbakning ift. at følge patientforløbsbeskrivelser.

”Det vil de da gerne have at vi gør, det vil jeg da sige. Det har man vel opfordret til”.
(Fokusgruppeinterview 1)

”Der oplever jeg ikke at der er..., jeg må sige at jeg ved ikke hvad ledelsen forventer af os på det her punkt. Jeg tror selvfølgelig at de har en tanke om at man skal implementere noget, for at det giver en vis kvalitet. Men hvad niveauet skal være, for at vi egentlig rammer den kvalitet, det har jeg ingen mening om”. (Fokusgruppeinterview 2)

”Nu er jeg sådan meget interesseret i udvikling, og det har jeg syntes har været lidt tungt på den her afdeling. Der har ikke været den store motivation for at gå ind i det, men så har jeg talt med afsnitsledende sygeplejerske om det, og nu synes jeg at hun er blevet meget lydhør om det, når man kommer og er selv med til det”. (Fokusgruppeinterview 1)

En informant har fået at vide at udvikling ikke er et prioriteret område i afdelingen.

”Da jeg var til min ansættelsessamtale, der tænkte jeg, jeg vil ikke lægge skjul på at det er sådan jeg tænker, men jeg lagde også mærke til, da jeg sagde det, at der skulle gives plads til at den enkelte medarbejder fik lov til at udvikle sig som de ønskede, for der er også nogle der ikke har behov for det, der blev meget stille. Og jeg sad sammen med fire, og de sagde, ja det er måske ikke lige det vi prioriterer mest. Men afsnitslederen sagde så også, da jeg var inde og snakke med hende, ifm. et eller andet for et stykke tid siden, hun kunne høre der var flere der bad om mere. Så nu ville hun forsøge at sætte det i værk”. (Fokusgruppeinterview 1)

Alle de interviewede oplever at det er vanskeligt at finde kliniske retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser i den elektroniske søgedatabase (PRI), der er i regionen.

”Det kunne være man skulle have mere oplæring i PRI, for det er som INF2. siger, det er hun aldrig introduceret til, det har hun selv fundet ud af. Det kunne være en ide. Og også fordi vi alle sammen synes det er megasvært at jonglere i det”. (Fokusgruppeinterview 1)

”Nej, det er de ikke. Man skal vide hvad de hedder, for der er ingen ordentlig søgefunktion i PRI. Søgefunktionen i PRI er dårlig. Ex. GIK-drop det har jeg nogen gange ledt efter”.
(Fokusgruppeinterview 2)

Flere af informanterne beskriver at de eks. ikke kan finde instruksen til GIK- drop i PRI, hvorimod hvis de googler den, kommer den frem.

7.0 Diskussion

I specialet har der været arbejdet ud fra sekventiel metodetriangulering. Dette er gjort gennem en struktureret metodisk tilgang med systematisk litteratursøgning, audit og fokusgruppeinterview. Der har undervejs i specialet været fokus på anvendelsen af PRI og patientforløbsbeskrivelsen, som ligeledes vil blive diskuteret. Resultater og fund er efterfølgende analyseret ift. de to undersøgelsesspørgsmål som var indeholdt i problemformuleringen. Dette har ledt til fire barrierer, som i dette kapitel vil blive diskuteret op imod litteraturen. Efterfølgende vil der være en diskussion af metodens validitet.

De væsentligste barrierer der fremkom i specialet var:

- Oplæring af nyansatte
- Dokumentation
- Anvendelighed af PRI
- Ressourceforbrug

7.1. Oplæring af nyansatte

Der var stor spredning i alder og erfaring blandt informanterne i fokusgruppeinterviewet. Dette bevirkede at de senest ansatte havde en del kommentarer til oplæringen i afdelingen, hvor sundhedsprofessionelle med lang tids ansættelse ikke havde bemærkninger ift. dette. De sundhedsprofessionelle der havde været ansat kortest tid i afdelingen, oplevede at de ikke var introduceret til patientkategorierne på både øst og vest. Dvs. at de enten var oplært i sygepleje til elektive patienter, som har kort indlæggelsestid, eller traumepatienter som ofte er mere komplekse og har længere indlæggelsestid. Der er i afdelingen udarbejdet nyt introduktionsprogram med kompetencekort, hvor leder og erfarne medarbejdere med specialistfunktion har hvert sit område, de skal sikre, at den nye medarbejder introduceres til. Fokusgruppeinterviewet belyser at kompetencekortene ikke er implementeret i tilstrækkelig grad på nuværende tidspunkt. Den mangelfulde

oplæring leder til at de sundhedsprofessionelle ikke føler, at de har de nødvendige kvalifikationer og evner for at løse alle opgaver i afdelingen. Deres oplevelser ses lignende litteraturen, hvor flere studier nævner at sundhedsprofessionelle ikke har den nødvendige viden på området og at de derved får nedsat adherence ift. at følge en given retningslinje (13,14,17).

Når der ansættes nye medarbejdere i en organisation starter der en socialisering. Denne indebærer at den enkelte medarbejder lærer hvordan vedkommende skal opføre sig for at blive accepteret i organisationen (42). Dette sker også på afdelingen, hvor der bl.a. foregår sidemandsoplæring, som der nævnes i fokusgruppeinterviewene. De sundhedsprofessionelle angiver at sidemandsoplæring er en anvendt metode, som de ofte benytter sig af, hvis de har brug for hjælp. Det kan diskuteres om sidemandsoplæringen kunne foregå mere formaliseret, således at kompetencekortene kommer mere i spil og bliver anvendt i oplæringen af nyansatte. Sidemandsoplæring kan systematiseres og bruges som en metode ifm. oplæring (43). Der er i afdelingen fælles introduktion for nyansatte, både på egen matrikel og på hospitalsniveau. Dette ses som værende en relevant metode til introduktion. Metoden anbefales af Jacobsen og Thorsvik, sammen med en indkøringsperiode, hvor den nyansatte er skilt ud fra den regulære organisation. (42). Dette er også en del af afdelingens introduktionsprogram, men ses ofte ikke som værende tilfældet i praksis, hvor de sundhedsprofessionelle beskriver at de blev kastet over på den anden side (øst/vest), uden at være oplært i plejen til disse patientkategorier.

For at opnå en tilfredsstillende oplæring af nyansatte, er det vigtigt at de sundhedsprofessionelle, der har været ansat på afdelingen i mange år, selv er opdaterede på den nyeste viden og kender patientforløbsbeskrivelser, kliniske retningslinjer m.m. Eldh's studie fra Sverige, omhandlende udvikling og formidling af guidelines ved mekanisk ventilation på intensiv afdelinger, viser at personalet gør som de plejer og ikke forholder sig til ændringer i kliniske retningslinjer. Ledelsen beskrev kulturen på intensiv afdelinger som en grund til at have nedsat adherence til guidelines, idet den intensive kontekst skulle gøre at personalet arbejder ud fra egen viden og erfaring. (44). Det kan diskuteres, om ikke den slags kultur kan overføres til andre afdelinger. I fokusgruppeinterview 2, nævnte informanten at dag- til dag programmet for benamputerede gik til 21 dage og hun vurderede dette som værende alt for langt. Dette er ændret for mindst 4 år siden, og understøtter tesen om at personale som har været ansat i afdelingen i mange år, ikke er opdateret på eksisterende retningslinjer. Derved ses det at arbejde ud fra egen viden og erfaring, værende lignende den, som fandt sted på intensiv afdelingerne i Eldh et al's. studie (44). Og en kultur hvor de sundhedsprofessionelle arbejder ud fra egen viden og erfaring synes ikke som værende urealistisk, ud fra informanternes oplevelser. Andre studier nævner at en barriere ift. at følge kliniske retningslinjer, er at de sundhedsprofessionelle ikke har opmærksomhed på den (13,14,16). Dvs. at de ikke medtænker den viden

der forefindes i den kliniske retningslinje, i deres daglige arbejde, begrundet i manglende opmærksomhed på den.

I patientforløbsbeskrivelsen for patienter med hoftenære frakturer, ses der mange instrukser, hvoraf nogle af disse er generiske og andre er specifikke for dette patientforløb. Alene i dette patientforløb er der 38 forskellige instrukser. De generiske kan være lettere for personalet at huske, da de sundhedsprofessionelle anvender dem ofte, også hos andre patientkategorier. Hvorimod de specifikke kan være vanskeligere at huske, da de ikke anvendes nær så ofte. Dette kan især ses som en barriere for nyansatte sundhedsprofessionelle, da der er mange nye ting at lære. Dette underbygges af Eldh et al. som nævner, at det høje antal af guidelines på en afdeling kan have indflydelse på villigheden til at følge dem (44).

7.1.1 Løsningsmodel til oplæring af nyansatte

En løsningsmodel til at sikre nyansatte tilstrækkelig oplæring, samt opdatering ved behov, af øvrige ansatte, ses som værende relevant og nødvendig. Informanterne i fokusgruppeinterviewet påpegede, at de var informeret om at de skulle arbejde ud fra patientforløbsbeskrivelser m.m., men de var usikre på hvad målet var og i hvilken grad de skulle kende patientforløbene. Ledelsesansvar ses her som en relevant faktor for at sikre at de sundhedsprofessionelle er tilstrækkeligt oplært og ved hvad målet er med deres opgaver, således at det er muligt at minimere at adherence hos de sundhedsprofessionelle opstår. I et studie af McKee som undersøgte barrierer mod implementering og anvendelse af guidelines findes der, at manglende ledelse er en væsentlig grund til at guidelines ikke anvendes i praksis (15).

Ledelse kan udføres både direkte og indirekte. Den direkte ledelse kommer til udtryk i alle former for interaktion og kommunikation mellem ledere og underordnede, ex. møder med medarbejdere, e-mails, deltagelse i arrangementer m.m. (42). Denne metode anvendes i egen praksis, hvor ledelsen sender mails, afholder ugentlige møder, som der også nævnes i fokusgruppeinterviewet. Indirekte ledelse omfatter alle måder, som lederen kan påvirke medarbejdernes organisatoriske adfærd på. Dette kan eksempelvis være udarbejdelse af mål og strategier, som fremlægges for personalet, samt formelle programmer for ex. uddannelse (42). Dette ses kun i nogen grad udført i egen praksis, hvilket informanterne i fokusgruppeinterviewet også gav udtryk for, idet de var uklare på målet ifm. at følge patientforløbsbeskrivelserne. Der er udarbejdet en strategi for oplæring af nyansatte, men den er tilsyneladende kun delvist implementeret og der bør fokuseres på dette i afdelingen. Yderligere bør ledelsen både direkte og indirekte have fokus på vigtigheden af at der arbejdes evidensbaseret. Ved at følge kliniske retningslinjer minimeres mortalitet, morbiditet og effektiviteten forbedres (7). Det kan dog være vanskeligt

at få personalet til at ændre adfærd idet flere studier påpeger at selv om de sundhedsprofessionelle ved at det at følge kliniske retningslinjer giver højere kvalitet for patienten, følges de ikke alligevel (4,12,17,20).

7.2 Dokumentation

Johansson et al. har udført observationsstudie ift. det at følge en klinisk retningslinje ved håndtering af perifert venekateter (5). Et observationsstudie kunne i eget speciale, have været udført som opfølgende tiltag efter audit, for på den måde at kunne belyse om sygeplejehandlinger er udført i henhold til patientforløbsbeskrivelsen. Dette ville tydeliggøre om det er dokumentationen der er mangelfuld. Om det er manglende sygepleje, som derved ses som manglende adherence til at følge patientforløbsbeskrivelsen, eller om der kan være andre årsager, ex. EPJ, som en begrundelse for den mangelfulde dokumentation?

Sygeplejersker og Social- og sundhedsassistenter har journalføringspligt. Journalføringen skal foregå løbende og i umiddelbar tilknytning til planlægningen og udførelsen af den sygeplejefaglige behandling af patienten (45). Tidstro dokumentation er derfor en opgave, der skal udføres i afdelingen. Det ses endvidere som værende tidsbesparende at dokumentere, mens den sundhedsprofessionelle er hos patienten (46). På afdelingen dokumenteres der sjældent på sengestuerne hos patienterne. Dette begrundes bl.a. i at der er dårlig internetdækning ude på de sengestuer som ligger længst fra kontoret (Se figur 6). Dette kan betegnes som en organisatorisk barriere, som der bør forsøges at forbedre med hjælp fra teknisk afdeling og IT-afdelingen på hospitalet. Hvis dette fungerede i tilstrækkelig grad, ville det være muligt at foretage tidstro dokumentation hos patienterne, hvilket måske kunne være en medvirkende faktor til at minimere at dokumentationen ikke blev udført.

Det har tidligere været forsøgt at få de sundhedsprofessionelle til at dokumentere på sengestuerne. Dette blev dog aldrig implementeret og gled hurtigt ud igen, dvs. der er ikke kultur i afdelingen for at dokumentere således. Ifølge Scheins syn på organisationskultur ses der ofte en afvigelse mellem den forventede adfærd og den faktiske adfærd i en organisation. Det kan beskrives som en opfattelse eller meninger, der gennem fælles fortolkning i sociale grupper bundfælder sig som sandheder, der ikke kan diskuteres og som det derfor er vanskeligt at ændre (42,47). Dette kan eventuel være det, der er foregået på afdelingen. Nyt personale gør som de øvrige, der har været ansat på afdelingen længe ift. dokumentation af sygeplejen, idet den grundlæggende antagelse er, at dette er den rigtige måde at gøre tingene på og derved dokumenteres der som der altid er gjort, selv om det ikke er tidstro og ikke en tilstrækkelig dokumentation. En metode mod en løsningsmodel kunne være et øget fokus på dokumentation og en ændring af organisationen, således at kulturen skubbes i den rigtige retning. Hvis ledelsen styrer kulturen, kan de derved være med til at definere

hvad der er passende adfærd i afdelingen (42). Hvis der er en stærk kultur i organisationerne ses der stærkere sammenhold, stabile og mere motiverede medarbejdere (42).

7.2.1 Løsningsmodel til dokumentation

Hvis ledelsen skal styre kulturen og derved lede den i den ønskede retning, kan det evt. gøres ved at ændre organisationsmedlemmernes adfærd, bl.a. ved styring. Denne angiver hvad der er passende adfærd i bestemte situationer og kaldes "præmiskontrol". Denne bidrager til at de ansatte frivilligt lægger vægt på de forhold som er angivet som vigtige (42). Dette kan ses som en planlagt og hierarkisk styret forandring. Den bygger på at ændringer sker, fordi mennesker har et ønske om at det skal ske (42). De sundhedsprofessionelle i afdelingen skal opleve at de har et behov for forandringen og derved er mulige at lede i den rigtige retning. Dette ville kunne føre til en kulturændring, hvor dokumentation kommer mere i fokus. Endvidere kan der fra ledelses side sættes fokus på tidstro dokumentation samt vigtigheden af at dokumentationen udføres.

7.3 Anvendelighed af PRI

De sundhedsprofessionelle har en oplevelse af at de følger patientforløbsbeskrivelsen. Det nævnes i fokusgruppeinterviewet, at de sundhedsprofessionelle må prioritere hvilke opgaver det er vigtigst at udføre og at dette kan lede til at patientforløbet fraviges. Samtidig ses det, at de sundhedsprofessionelle googler instrukser, da de ikke altid kan fremsøge instrukserne i PRI. De ni heurestikker (26), som blev gennemgået og analyseret tidligere i specialet, viser at der på alle punkter ses bemærkninger til brugervenligheden. PRI opleves af de sundhedsprofessionelle ikke som en brugervendig teknologi og dette kan have indflydelse på deres adherence ift. at følge patientforløbsbeskrivelsen.

Patientforløbsbeskrivelsen (22) er ikke konsistent ift. de forrige sider der kommer frem i PRI, når der forsøges at fremsøge et dokument, som blev nævnt i afsnittet om heurestikker. Konsistens skal som tidligere nævnt sikre en genkendelig præsentation og interaktion, som svarer til brugernes forventninger (26). Dette kunne ændres i den strukturelle opbygning der er i alle afdelingens patientforløbsbeskrivelser, således at en større ensartet og genkendelighed ville være tilstede. Dog opleves det ikke som et problem af de sundhedsprofessionelle. En informant nævnte i fokusgruppeinterviewet at patientforløbene er ens opbygget og hun ved hvor hun skal lede i dem. Så selv om patientforløbene ikke er konsistente med andre hjemmesider, oplever de sundhedsprofessionelle alligevel en form for konsistens, idet alle patientforløbsbeskrivelser er ens i opbygning.

Formål og definitioner er det første der fremkommer når de sundhedsprofessionelle fremsøger patientforløbsbeskrivelsen (22). Det kan diskuteres om dette er hensigtsmæssigt, da de sundhedsprofessionelle oplyser at de aldrig læser disse, men straks fremsøger dag- til dag programmer, eller relevante instrukser, som de skal bruge i en given situation. Strukturen af patientforløbet kunne med fordel ændres, således at siden fremstår med de oftest anvendte elementer øverst på forsiden. Dette vil være med til at minimere "scrollen og klikken" på computeren, før relevante dokumenter fremfindes, og dermed være tidsbesparende.

Der fremstår i patientforløbsbeskrivelsen 58 link til instrukser og pjecer (22). Dette kan synes af mange. Som tidligere nævnt, forefindes der ikke en instruks om lejring af patienten i seng, på sengeafdelingen. Dette hører ind under grundlæggende sygepleje, som det forventes at de sundhedsprofessionelle kan varetage ud fra deres uddannelses funktion. Men der forefindes instrukser om lejring, dog ifm. operation. Dette kunne med fordel fremgå på forsiden, hvor linket forefindes, således at de sundhedsprofessionelle på sengeafdelingen ikke behøver bruge tid på at lede efter en instruks om lejring i seng, når den er ikkeeksisterende.

De sundhedsprofessionelle på afdelingen har en oplevelse af brugervenligheden ved PRI er nedsat. De beskriver i fokusgruppeinterviewet, at det er vanskeligt at fremsøge retningslinjer i PRI. Flere studier påpeger at det er vigtigt at kliniske retningslinjer er let tilgængelige, da de ellers ikke vil blive anvendt af de sundhedsprofessionelle (16,17). Förberg nævner i sit studie, at elektronisk adgang til kliniske retningslinjer var med til at øge anvendelsen og dermed mindske adherence ift. at anvende kliniske retningslinjer (11). Den kliniske retningslinje om håndhygiejne blev fulgt i 91 % af tilfældene. Dog sås der at kun 64% brugte handsker ved rensning af venekateter (11). Derved tydeliggøres det, at nogle retningslinjer følges, mens andre ikke følges. Hvad der ligger til grund for dette, fremgår ikke af studiet. Dog anbefaler Förberg at guidelines skræddersys til den enkelte afdeling (11). Dvs. at der bør udarbejdes specifikke guidelines, da studiet vurderer disse som mest anvendte.

7.3.1 Løsningsmodel ift. anvendelighed af PRI

En løsning på problemerne med anvendelse af PRI kunne være at der gives undervisning til personalet i anvendelse af PRI. Dette har været tilbudt tidligere, men kunne gentages, da der er kommet mange nyansatte de senere år. Der kunne med fordel ses på hvordan denne undervisning blev tilrettelagt, således at undervisningen når ud til alle sundhedsprofessionelle og målrettes således at der undervises i hvad der er behov for. For at vurdere behovet, kunne The Technology Acceptance Model (TAM) anvendes.

TAM er en model, der kan anvendes til at forudsige eller evaluere på brugerens accept og brug af en informationsteknologi (48–50). Modellen kan ligesom heuristikkerne sige noget om brugervenligheden, i

TAM modellen kaldet "Perceived ease of use". Derudover siger TAM noget om anvendeligheden, kaldet "Perceived usefulness". Disse to faktorer kan påvirke brugerens holdning til teknologien, hvilket kan få indflydelse på anvendelsen af teknologien (48–50). Hvis der ses for store udfordringer ift. anvendeligheden af en teknologi, kan de overskygge de eventuelle fordele der er ved teknologien. Dog ses der hos sygeplejersker at de, hvis teknologien hjælper med at nå patientrettede mål, ofte anvender teknologien selv om den ikke er brugervenlig (50,51).

Ved at arbejde ud fra TAM ville det evt. komme frem at der med fordel kan arbejdes yderligere med brugervenlighed og anvendelighed af PRI. Dette kunne evt. føre til færre problemer for de sundhedsprofessionelle når de skal fremsøge dokumenter i PRI.

7.4 Ressourceforbrug

De sundhedsprofessionelle oplevede at de ikke altid havde tid til at udføre alle relevante opgaver på det korrekte tidspunkt. Informanterne nævnte i fokusgruppeinterviewet at dette kunne lede til at opgaver der skulle udføres iht. Patientforløbsbeskrivelsen, ikke blev udført pga. tidspres. Dette stemmer overens med andre studier der angiver manglende tid som en faktor til nedsat adherence ift. at følge en klinisk retningslinje (13,14,16).

Ebben et al. nævner i sit studie at kliniske retningslinjer ikke bør være komplekse da dette kan have indflydelse på de sundhedsprofessionelles anvendelse af denne (4). Informanterne fra fokusgruppeinterviewet oplevede ikke at patientforløbsbeskrivelsen var kompleks. De vidste hvor de skulle lede. Det de oplevede som komplekst, var at finde den pågældende retningslinje. Så selv om de kliniske retningslinjer ikke er konsistent med forsiden og søgesiderne i PRI, hvor der kommer forslag til dokumenter, finder de sundhedsprofessionelle det alligevel muligt at anvende dem.

Det danske sundhedsvæsen er under konstant pres for at effektivisere og spare ressourcer (52). Samtidig er der krav om at der leveres god kvalitet til patienterne. Dette er også gældende på Ortopædkirurgisk afdeling, hvor der ses omlægninger fra indlæggelse til ambulante funktioner på mange områder og kortere indlæggelsestid m.m.

De sundhedsprofessionelle skal sikres rum til at gennemføre ovennævnte besparelser. Det skal bl.a. sikres ved at rydde op i unødvendige registreringer og vejledninger samt ineffektive arbejdsprocesser, som hindrer, at personalet kan bruge arbejdstiden på det væsentligste; At skabe værdi for patienterne (3). Hospitalssygeplejersker bruger 12,5 millioner timer på dokumentation årligt. Dvs. to timer dagligt for den enkelte sygeplejerske. En fjerdedel af den tid, kan ifølge sygeplejerskerne selv skæres væk, hvis man fjernede

alt dobbeltarbejde og leverede ordentlige IT- løsninger. Analysen viser, at syv ud af 10 sygeplejersker oplever, at de skal lave dobbeltarbejde, fordi de skal dokumentere samme ting i flere forskellige systemer. Og flere end hver anden sygeplejerske oplever, at hun skal dokumentere det samme både på papir og elektronisk (53). Dette er en problemstilling som også er kendt i egen praksis, hvor ex. givning af præ medicin skal noteres på papir, selv om der forefindes elektronisk medicinmodel i afdelingen. De sundhedsprofessionelle oplever vanskeligheder ift. at dokumentere i EPJ. En af de sundhedsprofessionelle nævner i fokusgruppeinterviewet, at hun opretter problemark i EPJ, men at de ikke læses af kollegaer. Det kan skyldes at EPJ ikke er implementeret i tilstrækkelig grad på afdelingen, eller at teknologien har mange valgmuligheder ved de forskellige funktioner og søgeord, hvilket dermed får betydning for brugervenligheden. Al patientrelateret dokumentation skal dokumenteres i EPJ, men de sundhedsprofessionelle anvender ikke teknologien ens, hvilket leder til at de sundhedsprofessionelle eventuelt ikke læser rapport fra andre kollegaer og eventuelt mister værdifuld og relevant viden om patienten.

I fokusgruppeinterviewet kom det frem, at visse handlinger var mangelfuldt dokumenteret i EPJ. Dette kan skyldes manglende tid fra de sundhedsprofessionelles side. Når sundhedsprofessionelle er presset på tiden, for at nå at udføre deres arbejdsopgaver, ses der personale, der prioriterer deres handlinger. I fokusgruppeinterviewet, blev der taget en vurdering af hvad der var vigtigst at udføre af opgaver. Dette stemmer overens med litteraturen, hvor studier viser at sygeplejersker prioriterer at passe patienterne, frem for at følge en klinisk retningslinje (4,7).

7.4.1 Løsningsmodel til ressourceforbrug

Slutteligt må det siges at både PRI og EPJ kan ses som tidskrævende IT- løsninger. Derfor ses det, for en del af de sundhedsprofessionelle, at udfordringerne er større end effekten ved at anvende teknologierne, idet både brugervenligheden og anvendeligheden kan ses som værende mangelfuld og dermed fratage de sundhedsprofessionelle tid til at udføre deres kerneopgave, nemlig pleje og omsorg. En løsningsmodel kan være vanskelig at præsentere på dette område, da det vil kræve større organisatoriske forandringer. Dette både i egen afdeling med planlægning af opgaver, som evt. kunne frigive tid og andre steder i organisationen ift. elektroniske teknologier, som PRI og EPJ. Der ses bl.a. lang leveringstid på ændringer i software, IT systemer kan bedres, inden de sendes ud til slutbrugerne m.m.

I forhold til forrige afsnit, hvor det blev nævnt at afdelingsledelsen med fordel kunne have mere fokus på dokumentation, kan det ses modstridende med at sundhedsprofessionelle bruger op til to timer dagligt på dokumentation. I egen praksis ser der eksempelvis at alle patienter der indlægges over 24 timer skal ernærings (54)- og tryksårsscreenes (55). Dette på trods af at det kan være raske mennesker, som ex. bare

har en infektion i en finger el.lign. Eksemplet understøttes af Grete Christensen, formand for Dansk Sygepleje Råd, som udtaler:

"Når vi f.eks. screener alle mulige patienter for alle mulige ting. Eksempelvis bruger faldscreening på unge mennesker, der bliver indlagt for noget helt andet. Her er det, jeg tænker, lad nu fagligheden være i højsædet, og lad dem vurdere, hvad der er rigtigt at gøre her." (56)

Dette belyser problematikken ift. at der dokumenteres mere, end der ud fra fagligheden skønnes nødvendigt.

Overordnet set, kan det siges at der ses muligheder for at finde tid, til at udføre grundlæggende pleje, men det kræver overordnede ændringer, både politisk ift. lovgivning, i organisationen ift. forbedringer af anvendte teknologier samt i afdelingerne ift. organisationskultur.

7.5 Metodens validitet

Der er i specialet anvendt audit som metode til at undersøge patienternes almene tilstand. Dette for at kunne vurdere om patienterne var for dårlige, til at de kunne deltage i handlinger, som er beskrevet i patientforløbsbeskrivelsen. Dette har metoden gjort det muligt at få svar på, og validerer dermed den anvendte metode. Mc Clusky et al. betegner i sit studie, audit som en metode til at belyse gabet mellem praksis og publiceret evidens (13). En begrænsning ved audit er at kvalitetsvurderingen baserer sig på data i EPJ. Dette forudsætter at det skrevne afspejler det, der faktisk er foregået (2). Audit vil derved ikke kunne belyse om patientens pleje og behandling har været således at auditparametre er opfyldt, men vise om pleje og behandlingen er dokumenteret. Dette kan ses som en bias ift. resultaterne. Der kunne måske ses andre metoder, som kunne have været anvendt. Et observationsstudie kunne evt. have givet svar på, både om sygeplejehandlingerne var udført og om de blev dokumenteret.

Fokusgruppeinterviewet blev anvendt til at besvare den del af problemformuleringen som omhandlede hvilke barrierer der lå til grund for, at de sundhedsprofessionelle ikke fulgte de kliniske retningslinjer, således at der opstår manglende adherence. Analysen af dataindsamlingen belyser hvilke barrierer de sundhedsprofessionelle oplevede i deres praksis på Ortopædkirurgisk afdeling og metoden ses derved egnet til at give en mulig besvarelse.

Mc Clusky et al. udførte i sit studie, som tidligere nævnt, audit og fokusgruppeinterviews eller individuelle interviews med 28 sundhedsprofessionelle. Formålet var at identificere barrierer ved implementering af en ny klinisk guideline (13). Audit identificerede områder hvor der var behov for ændringer. De efterfølgende fokusgruppeinterview eller interview, belyste seks forskellige barrierer, som var: Tro på egne- og patientens

evner, Tro på konsekvenser af positive og negative handlinger ved implementering af klinisk retningslinje, Fokus på at kliniske retningslinjer er bedste practice, Tro på egen viden og evner til at implementere en klinisk retningslinje, Intention og motivation til at implementere kliniske retningslinjer og ressourcer. (13). Flere af barriererne i studiet, er enslydende med barriererne som er belyst i dette speciale. Ex. Tro på egen viden og evner, som i specialet er belyst under barrieren oplæring, motivation og ressourcer. At McClusky et al. belyser barrierer som er enslydende med fundet i specialet, ses som en validering af resultaterne i specialet.

Fokusgruppeinterview som metode, som er anvendt i specialet, ses ikke som den eneste måde at besvare problemformuleringen på. Andre studier anvender endvidere interview (44) og telefon interview (16). I Eldh et al's. nationale studie fra Sverige om mekanisk ventilation til intensiv patienter, blev der foretaget interview af oversygeplejersker og seniorfysioterapeuter ift. adherence eller nonadherence hos de sundhedsprofessionelle. 51 ud af 65 mulige afdelinger deltog i studiet. 91% af de sundhedsprofessionelle havde adherence til guidelinen og 9% havde nonadherence. Barriererne var at de sundhedsprofessionelle oplevede guidelinen som unødvendig viden, de glemte at anvende den, de gjorde som de pleje. Der var i afdelingen en kultur for at arbejde som man var vant til. Fysioterapeuterne havde en anden måde at udføre plejen på, som de anvendte. (44). Det at arbejde som man var vant til, ses i nogen grad i overensstemmelse med svarene fra fokusgruppeinterviewet i dette speciale.

Reinnikka et al. anvender i sit studie mixed methods med brug af selvrapporteret survey og telefoninterview af fysioterapeuter, der arbejder med patienter med bl.a. hoftefraktur. De selvrapporterede resultater viste adherence mellem 60- 69%. Der var enighed mellem fysioterapeuterne om at kliniske retningslinjer forbedrede outcome for patienterne, men de så klinisk erfaring som deres primære guide i praksis. Telefoninterviews belyste at barriererne mod at følge kliniske retningslinjer bl.a. var manglende tid, manglende adgang til de kliniske retningslinjer, manglende opmærksomhed på retningslinjerne og manglende viden. (16). Studierne tydeliggør at interview eller telefon interview kunne have været metoder til at få svar på spørgsmålet om barrierer, som hos sundhedsprofessionelle leder til manglende adherence til at følge en klinisk retningslinje.

I specialet blev de to fokusgruppeinterviews afviklet med henholdsvis tre og en sundhedsprofessionel. At afvikle fokusgruppeinterview med kun en person kan ses som værende uhensigtsmæssigt, da der ikke opstår en social interaktion mellem deltagerne, som ses som en styrke ved fokusgruppeinterview (24). Moderator fungerede som sparringspartner undervejs i fokusgruppeinterviewet, da denne har en del års erfaring fra afdelingen og kender arbejdsrutinerne. Der blev ikke opnået samme interaktion mellem moderator og informant, som i fokusgruppeinterview 1, hvor der var tre informanter. Det var vanskeligt at skifte rolle fra moderator til informant, idet en moderator ikke skal overføre egne vurderinger til deltagerne (23).

Der blev foretaget fokusgruppeinterview med sundhedsprofessionelle fra en afdeling. Der kan med fordel endvidere foretages yderligere et fokusgruppeinterview på afdelingen, for at opnå flere nuancer i svarene. Der kan også udføres fokusgruppeinterview på matriklen i Hjørring, hvor der også blev auditeret. Dette kunne eventuelt belyse en anden kultur, ex. ift. dokumentation og arbejdsrutiner m.m. Flere fokusgruppeinterviews vil også kunne føre til gentagelser af svar, således at det tydeliggøres at svarene er mættet. Dette ses ikke fuldt opnået, ud fra de to udførte fokusgruppeinterviews.

8.0 Konklusion

Specialets problemformulering var:

Når kliniske retningslinjer ikke følges kan det have betydning for kvaliteten af plejen og ved nogle patientgrupper få betydning for patientens mortalitet og morbiditet under og efter indlæggelse. Ved at anvende kliniske retningslinjer er det muligt for sundhedsprofessionelle at sikre at patienter modtager evidensbaseret pleje og behandling af høj kvalitet.

- **Hvilke barrierer kan ligge til grund for at sundhedsprofessionelle ikke følger kliniske retningslinjer, således at der ses manglende adherence?**
- **Hvilke løsningsmodeller kan medvirke til at sikre at kliniske retningslinjer følges, med henblik på at sikre patientpleje- og behandling af høj kvalitet i fremtiden?**

Der kan på baggrund af audit og fokusgruppeinterview ses at sundhedsprofessionelle kan have barrierer mod at følge kliniske retningslinjer, som leder til manglende adherence. Barriererne kommer i dette speciale til udtryk i form af behov for yderligere oplæring af nyansatte, mangelfuld dokumentation, brugervenligheden af PRI samt ressourceforbrug for de sundhedsprofessionelle.

Alle barriererne er forsøgt imødekommet gennem forskellige løsningsmodeller. Løsningsmodellerne er identificeret gennem litteraturen og ses derfor som en anvendelig metode til mulige løsninger. Konkluderende kan det yderligere siges, at den række af tiltag som er beskrevet som mulige løsningsmodeller, ikke er afprøvet i praksis, så det vides ikke om tiltagene er effektive og anvendelige i praksis. Med udgangspunkt i litteraturen ses dette dog som værende sandsynligt.

9.0 Perspektivering

I dette kapitel beskrives perspektiveringen, hvor der reflekteres over tiltag, der med fordel kan arbejdes videre med.

Der eksisterer i stigende grad dokumentation fra patienter og fra offentligheden for, at sygeplejersker verden over ikke så konsekvent som nødvendigt leverer tilstrækkelig kvalitet i sygepleje (57). Det betyder ikke, at sygeplejersker ikke længere ved, hvordan man yder sygepleje. Faktisk er det vigtigt at bemærke, at mange sygeplejersker hver dag over hele verden yder fremragende sygepleje. (58).

I takt med den sundhedsteknologiske udvikling og øgede specialisering er der set en tendens til, at der er oprettet incitament for at stimulere sygeplejersker til at fokusere mest på løsning af specielle opgaver fremfor at fokusere på planlægning og udøvelse af situationsorienteret og individualiseret sygepleje (58). F.eks. pådrager patienter sig lidelser på grund af utilstrækkelig opmærksomhed om infektionshygiejne, mobilisering, ernæring og hydrering (57). Det ses derfor relevant at der er de nødvendige ressourcer til rådighed ift. den grundlæggende sygepleje, som patientforløbsbeskrivelsen (22) foreskriver.

Dokumentation af sygeplejen sikrer en fælles ramme for sygepleje på tværs af specialer og sektorer. Samtidig er det med til at sikre patienten et sammenhængende patientforløb af høj kvalitet. Endelig sikrer dokumentation af sygepleje, patienten pleje på et højt fagligt niveau, når den bygger på evidens og best practice. (59). Det ses derfor relevant at dokumentere, men der bør ryddes op i hvad der dokumenteres.

Innovationsminister Sofie Løhde vil afbureaukratisere den offentlige sektor og udrydde unødvendig dokumentation. Dette vil frigøre millioner af arbejdstimer. (56). Dette kan ses som en vej til mindre dokumentation og mere tid til at yde pleje og omsorg for de sundhedsprofessionelle.

Som tidligere nævnt ses TAM (49,50) som en anvendelig model ift. at vurdere brugernes accept af en informationsteknologi, herunder PRI. For at sikre at der ikke blot gennemføres ny undervisning, som eventuelt ikke har den store effekt, kunne TAM anvendes i egen praksis, ifm. planlægning af undervisningen. Ved at lade de sundhedsprofessionelle beskrive hvad deres problemer og behov er, kunne det evt. lede til en mere brugervenlig og anvendelig teknologi. Endvidere ville anvendelsen af TAM tydeliggøre, hvilket undervisningsbehov der er ift. hvad der bør undervises i. Hvis PRI ses anvendeligt at de sundhedsprofessionelle, kan det være medvirkende til at sikre korrekt pleje og behandling til patienterne, samt understøtte at manglende adherence ikke opstår hos de sundhedsprofessionelle ift. at anvende kliniske retningslinjer.

Vanskelighederne ved at anvende PRI og dermed finde patientforløbsbeskrivelserne ses som udfordret ift. brugervenlighed og anvendelighed. Overordnet ses flere informationsteknologier i sundhedsvæsenet som vanskelige og tidskrævende at anvende i praksis. Ex. Sundhedsplatformen som er implementeret i

Østdanmarks hospitalsvæsen over de seneste to år (60). Sundhedsplatformen er skabt for at samle informationer om patienten i en elektronisk journal, således at der skabes overblik og høj sikkerhed for patienter og sundhedspersonale (61). Undervejs i implementeringen ses der, at der er store problemer ift. at overholde tidsfrister for kræftbehandling, medicin doser udskrives forkert, prøvesvar forsvinder m.m. (62). Udfordringerne ved at anvende Sundhedsplatformen har yderligere bekræftet at der ses plads til forbedringer i sundhedsvæsenet ift. at arbejde med sundhedsteknologier.

Referencer

1. Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Dansk Ortopædisk Selskab. Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud. 2008;1–128. Available from: http://www.ortopaedi.dk/fileadmin/Guidelines/Referenceprogrammer/Referenceprogram_for_patienter_med_hoftebrud2008.pdf
2. Kjærgaard J. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet : en lærebog. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2001. 288 sider, illustreret.
3. Ministeriet for sundhed og forebyggelse. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015-2018 [Internet]. 2015. Available from: https://www.sum.dk/~media/Filer - Publikationer_i_pdf/2015/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsområdet/Nationalt-kvalitetsprogram-for-sundhedsområdet-april-2015.pdf
4. Ebben RHA, Vloet LCM, Van Grunsven PM, Breeman W, Goosselink B, Lichtveld RA, et al. Factors influencing ambulance nurses' adherence to a national protocol ambulance care: An implementation study in the Netherlands. *Eur J Emerg Med*. 2015;22(3):199–205.
5. Johansson ME, Pilhammar E, Khalaf A, Willman A. Registered nurses' adherence to clinical guidelines regarding peripheral venous catheters: A structured observational study. *Worldviews Evidence-Based Nurs* [Internet]. 2008;5(3):148–59. Available from: <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L352350101%5Cnhttp://dx.doi.org/10.1111/j.1741-6787.2008.00105.x>
6. Bak Andersen I, Matzen P. Evidensbaseret medicin. 2nd ed. Kbh.: Gad; 2007. 214 sider, illustreret.
7. Jun J, Kovner CT, Stimpfel AW. Barriers and facilitators of nurses' use of clinical practice guidelines: An integrative review. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2016;60:54–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.006>
8. Palm H, Krashennikoff M, Jacobsen S. Operativ behandling af hoftenære femurfrakturer. *Ugeskr Laeger*. 2006;168(35):2891–6.
9. Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Clinical guidelines: Using clinical guidelines. *Bmj* [Internet]. 1999;318(7185):728–30. Available from: <http://www.bmj.com/cgi/doi/10.1136/bmj.318.7185.728>
10. Foundation of Healthcare Technologies Society. Health technology Innovations [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 12]. Available from: <http://fhts.ac.in/health-technology-innovations/>
11. Förberg U, Wallin L, Johansson E, Ygge B-M, Backheden M, Ehrenberg A. Relationship Between Work Context and Adherence to a Clinical Practice Guideline for Peripheral Venous Catheters Among Registered Nurses in Pediatric Care. *Worldviews Evidence-Based Nurs* [Internet]. 2014;11(4):227–39. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/wvn.12046>
12. Quiros D, Lin S, Larson EL. Attitudes toward practice guidelines among intensive care unit personnel: A cross-sectional anonymous survey. *Hear Lung J Acute Crit Care*. 2007;36(4):287–97.
13. McCluskey A, Vratsistas-Curto A, Schurr K. Barriers and Enablers to implementing multiple stroke guideline recommendations: A qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13(1):1–13.
14. Jansson M, Ala-Kokko T, Ylipalosaari P, Syrjälä H, Kyngäs H. Critical care nurses' knowledge of, adherence to and barriers towards evidence-based guidelines for the prevention of ventilator-associated pneumonia - A survey study. *Intensive Crit Care Nurs* [Internet]. 2013;29(4):216–27.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.iccn.2013.02.006>

15. McKee G, Kerins M, Hamilton G, Hansen T, Hendriks J, Kletsios E, et al. Barriers to ESC guideline implementation: results of a survey from the European Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Eur J Cardiovasc Nurs* [Internet]. 2017;16(8):678–86. Available from: <https://doi.org/10.1177/1474515117710097>
16. Reinikka KJE, Taylor D, Daniel S, Hogan SB, DePass B, McGill L, et al. Quality-based procedures for knee replacement hip replacement, and hip fracture: Physiotherapists' perceptions of adherence, barriers, and facilitators. *Physiother Canada*. 2017;69(2):133–41.
17. Elovainio M. Effects of job characteristics, team climate, and attitudes towards clinical guidelines. *Scand J Public Heal*. 2000;117–22.
18. Rodkjær LØ. Sygepleje til patienter smittet med hiv. *Sygeplejersken* [Internet]. 2005;34. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2005-25/sygepleje-til-patienter-smittet-med-hiv>
19. Egerod I, Rud K. En pakkeløsning til patienten - Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger. *Enhed Perioper Sygepleje* [Internet]. 2006;1–3. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2006-17/en-pakkeloesning-til-patienten-accelererede-operationsforloeb-og>
20. Potera C. Most nurses don't follow guidelines on im injections. *Am J Nurs*. 2011;111(8):16.
21. Sundhed.dk. Femur, lårhalsbrud [Internet]. 2018 [cited 2018 Mar 15]. Available from: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/knoglebrud/femur-laarhalsbrud/>
22. Region Nordjylland, Riahi LB. Hoftener frakturer- Patientforløbsbeskrivelse [Internet]. Patientforløbsbeskrivelse for ortopædkirurgisk afsnit, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland. 2015 [cited 2018 Feb 2]. Available from: https://pri.rn.dk/Sider/9990.aspx#a_Toc429644894
23. Launsø L, Rieper O, Olsen f. 1963 L. Forskning om og med mennesker : forskningstyper og forskningsmetoder i samfundsforskning. 6th ed. Kbh.: Nyt Nordisk Forlag; 2011. 250 sider, illustreret.
24. Brinkmann S og, Tanggaard L. Kvalitative metoder : en grundbog. 2nd ed. Kbh.: Hans Reitzel; 2015. 633 sider.
25. Region Nordjylland. Dokumentstyring PRI [Internet]. 2018. Available from: <http://www.rn.dk/da/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Kvalitet-og-patientsikkerhed/Kvalitet/Dokumentstyring-PRI>
26. Kristensen B, Soelberg M. Principper for webusability [Internet]. 2016. Available from: <http://www.copenux.dk/heuristikker>
27. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman D. PRISMA [Internet]. 2009. p. 1. Available from: <http://prisma-statement.org/prismastatement/Checklist.aspx>
28. Ammentorp J, Rørmann D. Audit i sundhedsvæsenet : en håndbog om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis. Kbh.: Books on Demand; 2008. 76 sider, illustreret.
29. Mainz J. Kvalitetsudvikling i praksis. Mainz J, Bartels P, Bek T, Pedersen K møller, Krøll V, Rhode P, editors. Kbh.: Munksgaard Danmark; 2011. 431 sider, illustreret.

30. Halkier B. Fokusgrupper. 3rd ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2016. 126 sider.
31. Kvale S, Brinkmann S. Interview : introduktion til et håndværk : Steinar Kvale, Svend Brinkmann [Internet]. Kbh.: Nota; 2013. p. 376 sider. Available from: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/608623>
32. Region Nordjylland. PRI [Internet]. 2017. Available from: <http://www.aalborguh.rn.dk/for-sundhedsfaglige/kvalitet/pri>
33. Region Nordjylland. Søg efter retningsgivende dokumenter i PRI systemet [Internet]. 2010. Available from: <http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjY-pSF1NLaAhWGyqQKHTfDAZkQFggsMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.rn.dk%2FSundhed%2FTil-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere%2FKvalitet-og-patientsikkerhed%2FKvalitet%2FDokumentstyring-PRI%2F>
34. Kamel HK, Iqbal M a, Mogallapu R, Maas D, Hoffmann RG. Time to ambulation after hip fracture surgery: relation to hospitalization outcomes. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2003;58(11):1042–5.
35. Michael Masaracchio WJH, Liu X, Kolber M, Kaitlin Kirker. Timing of rehabilitation on length of stay and cost in patients with hip or knee joint arthroplasty: A systematic review with meta-analysis. PLoS One [Internet]. 2017;12(6). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5456061/>
36. Bottle A, Aylin P. Mortality associated with delay in operation after hip fracture: Observational study. Br Med J. 2006;332(7547):947–50.
37. Sund R, Liski A. Quality effects of operative delay on mortality in hip fracture treatment. Qual Saf Heal Care. 2005;14(5):371–7.
38. Paillaud E, Bories PN, Le Parco JC, Campillo B. Nutritional status and energy expenditure in elderly patients with recent hip fracture during a 2-month follow-up. Br J Nutr [Internet]. 2000;83(2):97–103. Available from: http://journals.cambridge.org/download.php?file=%2FBJN%2FBJN83_02%2FS0007114500000131a.pdf&code=55b809fb803843a55367dab8427fc72d
39. Skivern J, Frandsen J. Vurdering af smertens intensitet hos den smertepåvirkede patient [Internet]. Sygeplejersken 2001 ; (19): 28-35. 2001. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2001-19/vurdering-af-smertens-intensitet-hos-den-smertepavirkede-patient>
40. Rodgers A, Walker N, Schug S, McKee A, Kehlet H, van Zundert A, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials. BMJ [Internet]. 2000;321:1–12. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=27550&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
41. Guay J, Parker MJ, Gajendragadkar PR, Kopp S. Anaesthesia for hip fracture surgery in adults. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2016;2(4):CD000521. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26899415>
42. Jacobsen I, Thorsvik J. Hvordan organisationer fungerer: en indføring i organisation og ledelse. 3. udgave. Kbh.: Hans Reitzels Forlag; 2014. page 114-148.
43. Kompetenceudvalget.dk, Kompetencesekretariatet. Det gode læringsmiljø- Brug sidemandsoplæring [Internet]. [cited 2001 Feb 17]. p. 1. Available from: https://kompetenceudvikling.dk/sites/default/files/files/02_Brug_sidemandsoplæring_0.pdf

44. Eldh AC, Vogel G, Soderberg A, Blomqvist H, Wengstrom Y. Use of evidence in clinical guidelines and everyday practice for mechanical ventilation in Swedish intensive care units. *Worldviews evidence-based Nurs.* 2013;10(4):198–207.
45. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Retsinformation.dk [Internet]. 2013;2013(9019):1–5. Available from: <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=144979>
46. Tram E. Til fare for patienterne. *Sygeplejersken* [Internet]. 2017;(11):22–5. Available from: <https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2017-11/til-fare-for-patienterne>
47. Christensen CM. What is an Organization's culture? *Harvard Buisness Sch.* 2006;8.
48. Holden RJ, Karsh B-T. The Technology Acceptance Model: Its past and its future in health care. *J Biomed Inform.* 2010;43(1):159–72.
49. Turner M, Kitchenham B, Brereton P, Charters S, Budgen D. Does the technology acceptance model predict actual use? A systematic literature review. *Inf Softw Technol.* 2009;52:463–79.
50. Legris P, Ingham J, Colletette P. Why do people use information technology? A critical review of the technology acceptance model. *Inf Manag.* 2003;40(3):191–204.
51. Strudwick G, McGillis Hall L. Nurse acceptance of electronic health record technology: a literature review. *J Res Nurs.* 2015;20(7):596–607.
52. Danske Regioner. Effektivisering [Internet]. 2018. Available from: <http://www.regioner.dk/sundhed/kvalitet-og-styring/effektivisering>
53. Kristiansen L. Sygeplejersker bruger 12,5 mio. timer om året på dokumentation [Internet]. 2012. Available from: <https://dagensmedicin.dk/125-millioner-timer-om-aret-pa-dokumentation/>
54. Region Nordjylland, Skadhauge LB. Ernæringsscreening, ernæringsplan, monitorering og opfølgning [Internet]. 28959BC [cited 2008 May 29]. Available from: <https://pri.rn.dk/Sider/22029.aspx>
55. Region Nordjylland, Terkelsen MG, Ebeling DD, Pedersen V. Tryksårsscreening og revurdering [Internet]. 4302BC. Available from: <https://pri.rn.dk/Sider/18432.aspx>
56. Tram E, Lundsteen J. Dobbeltinterview : Mere tid til kerneopgaven. 2017;
57. Kitson A, Conroy T, Kuluski K, Locock L, Lyons R. Reclaiming and redefining the Fundamentals of Care: Nursing's response to meeting patients' basic human needs [Internet]. Adelaide. 2013. 1-31 p. Available from: https://digital.library.adelaide.edu.au/dspace/bitstream/2440/75843/1/hdl_75843.pdf
58. Bøgh Bahnsen I, Elgaard Sørensen E, Pedersen PU, Uhrenfeldt L. Sygepleje tilbage til det basale. *Fag Forsk* [Internet]. 2017;2017, (1):52–7. Available from: https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/ff-nr-2017-1/sygepleje-tilbage-til-det-basale%0Ahttps://www.statsbiblioteket.dk/au/#/search?query=recordID%3A%22sb_dbc_artikelbase_37338699%22
59. Dansk Sygeplejeselskab og Sygeplejeråd. Dokumentation af sygepleje – en statusrapport. 2012;1–28.
60. RegionHovedstaden, RegionSjælland. Sundhedsplatformen- Tidsplan [Internet]. Available from: <https://www.regionh.dk/sundhedsplatform/om-sundhedsplatformen/Sider/tidsplan.aspx>
61. RegionSjælland, RegionHovedstaden. Sundhedsplatformen [Internet]. Available from: <https://www.regionh.dk/sundhedsplatform/Sider/default.aspx>

62. Information. Overblik: Problemerne med Sundhedsplatformen [Internet]. 2017. Available from: <https://www.information.dk/telegram/2017/12/overblik-problemerne-sundhedsplatformen>